

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANDRESSA DE CASTRO SOUZA

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA MOTRICIDADE
ORAL UTILIZANDO PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS: RELATO DE CASO**

Uberlândia
2022

ANDRESSA DE CASTRO SOUZA

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA MOTRICIDADE
ORAL UTILIZANDO PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Germana de Villa Camargos

Uberlândia

2022

ANDRESSA DE CASTRO SOUZA

**REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA MOTRICIDADE
ORAL UTILIZANDO PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Uberlândia, 2022.

Banca Examinadora:

Prof.^a Germana de Villa Camargos – Doutora (UFU)

Prof.^a Alessandra Maia de Castro Prado – Doutora (UFU)

Prof.^a Luana Cardoso Cabral – Doutora (UFU)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ter me dado saúde e perseverança durante toda a minha vida. Aos meus pais Lucirene e Itamar minha eterna gratidão, não só pela força nos momentos difíceis, mas por todo apoio e incentivo na realização dos meus sonhos. Sem o apoio de meus pais eu não teria conseguido completar essa jornada, eles foram o meu alicerce ao longo do caminho, e meu modelo a ser seguido. Ao meu irmão Gustavo, pelo carinho e irmandade de sempre.

Aos meus avós Valdira e Otávio que contribuíram com a minha formação. Agradeço, também, ao meu namorado Daniel que esteve ao meu lado aliviando momentos difíceis tornando tudo mais leve. A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Germana de Villa Camargos pela oportunidade de executar esse caso clínico. Obrigada por todo ensinamento, paciência e dedicação.

Aos meus colegas de turma, por esses cinco anos de aprendizados, e conhecimento que construímos juntos. A minha dupla de clínica Isabela Félix que esteve ao meu lado ao longo do curso, que passou por todas as situações comigo. Também quero agradecer à Universidade Federal de Uberlândia e o seu corpo docente que demonstrou estar comprometido com a qualidade e excelência do ensino. Minha eterna gratidão.

RESUMO

A Reabilitação Oral de pacientes edêntulos com Próteses Totais Removíveis (PTRs) é desafiadora na presença de discinesias orais, já que esses pacientes possuem capacidade reduzida em controlar a motricidade oral impactando de forma grave o prognóstico do tratamento reabilitador com PTRs. Como solução para evitar a instabilidade da PTRs nesses casos, dentes artificiais com inclinação cuspídea de zero grau (monoplanos) podem ser utilizados para minimizar a interferência das cúspides dos dentes posteriores durante os movimentos excêntricos da mandíbula, permitindo maior liberdade dos movimentos mandibulares. Portanto, o objetivo deste relato de caso foi descrever a reabilitação de uma paciente totalmente edêntula com discinesia oral, relacionada à epilepsia e uso de drogas neuroepiléticas por meio PTRs convencionais com esquema oclusal monoplanar. Paciente, 62 anos procurou atendimento na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Uberlândia queixando-se de desconforto na mastigação durante o uso das PTRs, assim como precária retenção desses aparelhos protéticos confeccionados há quatro anos. Durante o exame clínico observou-se que a paciente apresentava distúrbios de motricidade oral, e na anamnese foi relatado uso de medicamentos anticonvulsivantes, antipsicóticos e estabilizadores de humor para tratamentos psiquiátricos e da epilepsia. Como solução, o plano de tratamento proposto consistiu na confecção de novas PTRs utilizando dentes monoplanos. Para a confecção das PTRs foram necessárias sete etapas clínicas e quatro etapas laboratoriais, desde a moldagem anatômica até a acrilização e instalação das próteses. Ao final do caso clínico, conclui-se que com o esquema oclusal monoplanar reduziu a instabilidade das PTRs, especialmente àquela mandibular, resultando em maior satisfação da paciente com o tratamento protético.

Palavras-chave: Discinesias; Prótese Dentária; Oclusão Dentária; Relatos de Casos.

ABSTRACT

Oral Rehabilitation of edentulous people with Complete Dentures (CDs) is challenging in the presence of oral dyskinesias, since these patients have a reduced ability to control oral motricity, which impacts on this treatment prognosis. As a solution to avoid CD instability in patients with oral dyskinesia, artificial teeth with zero degree cuspal inclination (monoplanes) can be used to minimize the interference of posterior teeth cusps during eccentric mandibular movements, allowing free mandibular movements. Therefore, the aim of this case report was to describe the rehabilitation of a edentulous patient with oral dyskinesia, related to epilepsy and neuroepileptic drug use, through conventional CDs with monoplanar occlusal scheme. A 62-year-old patient sought care at the Dental Clinic of the Federal University of Uberlândia complaining of discomfort during chewing during and poor retention of CDs fabricated four years ago. During the clinical examination, it was observed that the patient had oral motor disorders, and in the anamnesis was reported the use of anticonvulsant drugs, antipsychotics and mood stabilizers for psychiatric and epilepsy treatments. As a solution, the treatment plan consisted of making new CDs using monoplane teeth. Seven clinical steps and four laboratory steps from the anatomical impression to the prostheses acrylization, were necessary to make the new CDs using the traditional method. At the end of the clinical case, it was concluded that the monoplanar occlusal scheme reduced the instability of the CDs, especially the prosthesis mandibular, resulting in greater patient satisfaction with the prosthetic treatment.

Keywords: Dyskinesias; Dental Prosthesis; Dental Occlusion; Case Reports.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Paciente vista frontal e de perfil.....	13
Figura 2 – Rebordos edêntulos maxilar (A) e mandibular (B).....	14
Figura 3 – Radiografia panorâmica.	14
Figura 4 – Moldes do arco superior e inferior (A,B) e modelos anatômicos (C,D); Moldeiras individuais (E,F).....	16
Figura 5 – Moldes funcionais (A,B); Registro intermaxilar (C,D); Modelos de trabalho no articulador (E,F).....	17
Figura 6 – Dentes artificiais.....	18
Figura 7 – Montagem dos dentes artificiais- para avaliação estética e funcional.	19
Figura 8 – Avaliação estética e funcional dos dentes artificiais. A: PTR antiga da paciente; B: PTR nova com dentes monoplanos	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVO.....	11
3	RELATO DE CASO.....	12
3.1	Informações do paciente.....	12
3.2	Achados clínicos, diagnóstico e prognóstico	12
3.3	Plano de tratamento	15
3.4	Etapas clínicas e laboratoriais	15
4	DISCUSSÃO.....	21
5	CONCLUSÃO.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A Reabilitação Oral de pacientes edêntulos com Próteses Totais Removíveis (PTRs) é desafiadora na presença de distúrbios da motricidade oral. O quadro clínico de motricidade excessiva ou diminuída pode ser hipercinético (bruxismo, distonia, discinesia) ou hipocinético (mal de Parkinson), respectivamente. Esses distúrbios reduzem, a capacidade dos pacientes em controlar a motricidade muscular da maxila e da mandíbula, impactando de forma grave o prognóstico para o tratamento reabilitador com PTRs [1].

Dentre as doenças neurológicas que podem ter impacto na motricidade oral, a epilepsia é a que ocorre com maior frequência na população, afetando aproximadamente 1% da população mundial. No Brasil, são diagnosticados aproximadamente 340 mil casos novos de epilepsia por ano, havendo 1,8 milhões de pacientes com epilepsia ativa. A epilepsia é caracterizada como uma hiperatividade neurológica, na qual descargas elétricas anormais e excessivas com a descoordenação dos sinais neurológicos resultam, nas crises epiléticas [2].

O tratamento padrão para a epilepsia consiste no uso de drogas anticonvulsivantes para controle das crises epiléticas. Todavia, naqueles casos em que a etiologia das crises esteja relacionada a presença de tumores cerebrais e abscessos, além do tratamento padrão é necessária a intervenção cirúrgica [3].

Além das alterações inerentes a epilepsia, esses pacientes também podem desenvolver transtornos psiquiátricos como a, depressão, ansiedade, psicoses e ainda sintomas bipolares com alterações de humor, demonstrando episódios de mania, hipomania ou episódio misto com sintomas depressivos. Para o tratamento de todas essas comorbidades, uma combinação de agentes estabilizadores do humor como o, lítio, anticonvulsivantes e medicamentos antipsicóticos são recomendados [4,5].

No entanto, os antipsicóticos são responsáveis pelos distúrbios do movimento induzidos por drogas, principalmente os que alteram a neurotransmissão da dopamina, em especial o haloperidol. Os sintomas desencadeados pelo medicamento incluem movimentos involuntários, contração rápida e aleatória de grupos musculares dos membros e da face, com localização orobucolingual [6].

Nesses casos, quando a reabilitação do sistema estomatognático é realizada por meio de próteses removíveis, para garantir a estabilidade da prótese e satisfação do paciente, é necessário um planejamento criterioso com relação a oclusão. O esquema oclusal dos dentes artificiais a serem selecionados deve levar em consideração, além da altura e largura do rebordo, as condições sistêmicas, como a presença dos distúrbios da motricidade oral [7].

Segundo Haralur (2015), nos casos de pacientes que possuem o controle muscular deficiente e que necessitam de PTRs a oclusão monoplana deve ser preferível, pois acomoda movimentos mandibulares irregulares. Este tipo de padrão oclusal é caracterizado pelo uso de dentes posteriores com suas superfícies oclusais sem altura [8].

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho de conclusão de curso foi relatar um caso clínico que envolve reabilitação oral de paciente com distúrbios de motricidade oral, induzidos pelo uso de drogas neuroepiléticas associadas ao controle da epilepsia, por meio de PTRs convencionais utilizando o esquema oclusal monoplanar.

3 RELATO DE CASO

O relato de caso foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia para apreciação ética e aprovado com o número CAAE: 64266222.4.0000.5152 (Anexo 1).

O desenvolvimento e redação do relato de caso deste trabalho foi realizado de acordo com as diretrizes do guia científico CARE [9] as quais tem como objetivo otimizar a precisão, transparência e utilidade dos relatos de casos.

3.1 Informações do paciente

Paciente de 62 anos, leucoderma, gênero feminino, procurou a Clínica Odontológica da Universidade Federal de Uberlândia com queixa de desconforto na mastigação durante o uso das PTRs, assim como precária retenção desses aparelhos protéticos confeccionados há quatro anos.

Na anamnese a paciente relatou que sofre de epilepsia, diagnosticada ainda na infância. Entretanto, as crises epiléticas se intensificaram nos últimos três anos, e desde então foi prescrito o uso de medicamentos anticonvulsivantes, como o Topiramato 100mg: fármaco que influencia vários processos químicos no cérebro, reduzindo a hiperexcitabilidade de células nervosas. Concomitantemente, a paciente realiza tratamentos psiquiátricos para depressão e bipolaridade com drogas antipsicóticas e estabilizadores de humor há mais de oito anos. Dentre os fármacos utilizados pela paciente para o tratamento psiquiátrico estão: Haloperidol 5mg, Clonazepam 30 gotas e Carbonato de Lítio 300mg.

3.2 Achados clínicos, diagnóstico e prognóstico

Durante o exame físico extraoral, conforme mostra a Figura 1, pode-se observar discreta assimetria facial e ocorrência de movimentos involuntários envolvendo face, lábios, língua e mandíbula, configurando assim um quadro de discinesia oral. Os membros superiores braço, antebraço e mão tanto do lado direito quanto esquerdo também apresentavam movimentos involuntários. Segundo relatos da paciente e de seu acompanhante os movimentos discinéticos iniciaram há um ano com o uso dos fármacos mencionados anteriormente, especialmente o Haloperidol. Dentre os efeitos adversos do Haloperidol estão as reações extrapiramidais, afetando a área do cérebro responsável pela coordenação dos movimentos.

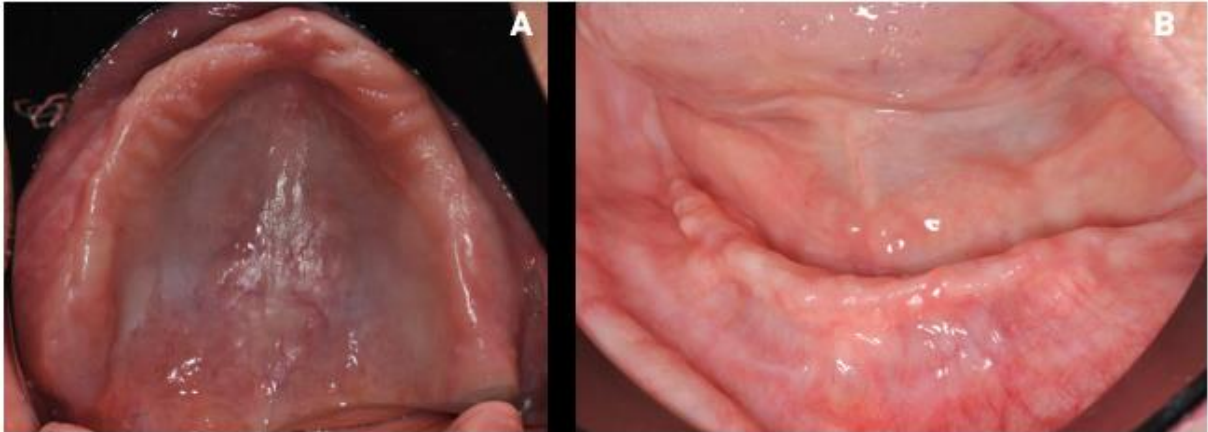
Figura 1 – Paciente vista frontal e de perfil.



Fonte: Autor, 2022.

No exame clínico intraoral, as mucosas que recobriam os rebordos edêntulos encontravam-se visivelmente saudáveis com a coloração rosa claro, demonstrando a ausência de processos inflamatórios e lesões orais como hiperplasias, estomatites e úlceras (Figura 2). O rebordo alveolar superior apresentava bom volume ósseo com formato ovoide, ausência de exostoses e espículas ósseas, abóboda palatina com profundidade média (entre 10,1 e 17,9 mm) e encontrava-se recoberto por uma fibromucosa com resiliência média, tais características conferem adequado suporte e estabilização para PTR superior (Figura 2A). Diferentemente, o rebordo alveolar inferior apresentava acentuada reabsorção alveolar e presença de cordão fibroso sobre a área de suporte principal, o que resultava em um pior prognóstico do tratamento com PTR inferior quando comparado ao arco superior (Figura 2B).

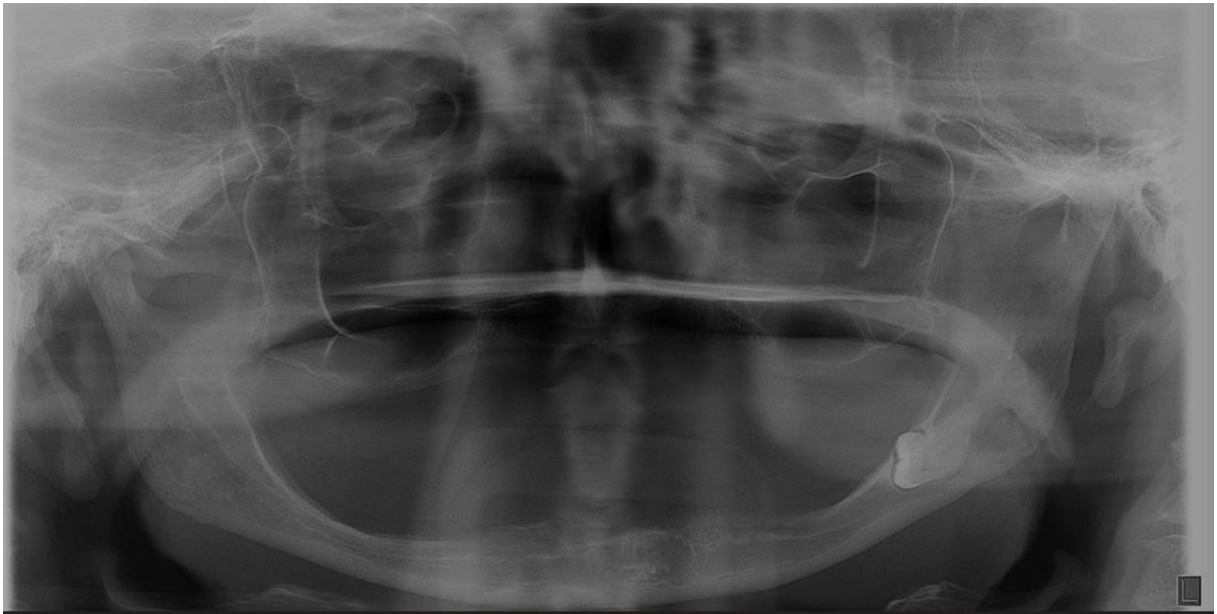
Figura 2 – Rebordos edêntulos maxilar (A) e mandibular (B).



Fonte: Autor, 2022.

No exame radiográfico foi solicitada uma radiografia panorâmica (Figura 3), a qual revelou a presença do terceiro molar inferior esquerdo incluso no nível da cortical óssea superior e aspecto radiolúcido do trabeculado ósseo na região anterior mandibular do lado esquerdo. Logo a paciente foi encaminhada para a Clínica de Estomatologia local para avaliação e diagnóstico dessa alteração radiográfica.

Figura 3 – Radiografia panorâmica.



Fonte: Autor, 2022.

3.3 Plano de tratamento

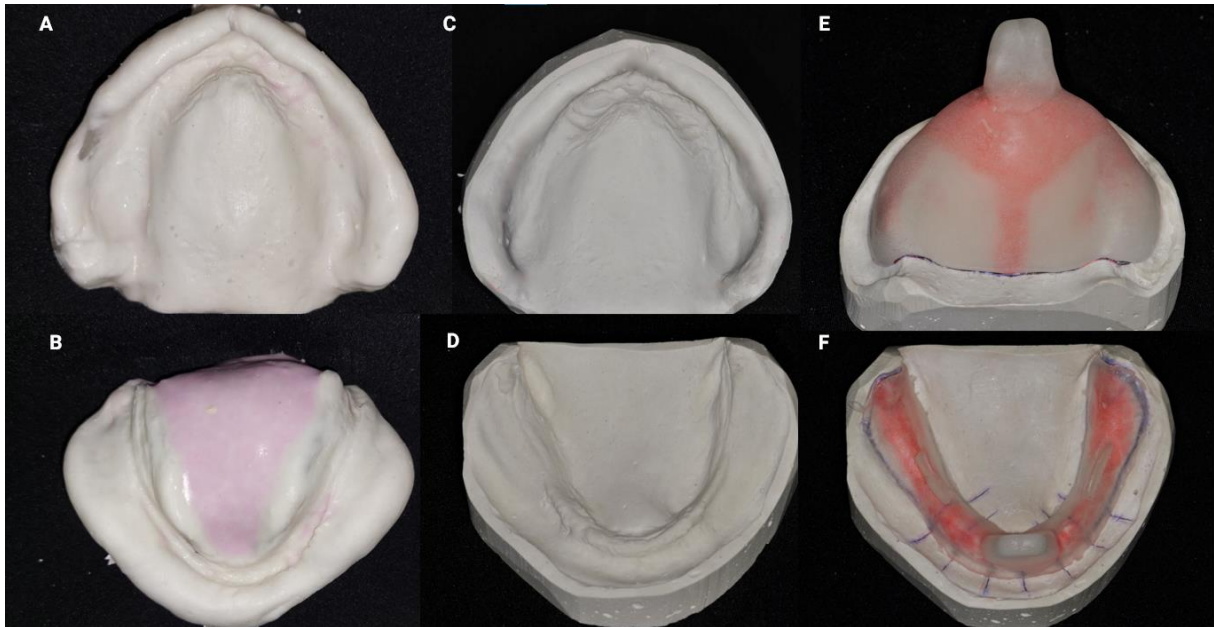
Devido a discinesia oral apresentada pela paciente e reabsorção alveolar aumentada do arco inferior, o plano de tratamento consistiu na substituição das PTRs insatisfatórias por novos aparelhos protéticos com esquema oclusal monoplanar. Esse padrão oclusal proporciona maior liberdade dos movimentos mandibulares devido à ausência das cúspides, já que as contrações involuntárias musculares decorrente da discinesia orofacial faz com que a mandíbula tenha deslocamentos laterais descoordenados. Adicionalmente, o uso de dentes monoplanos reduz a possibilidade de serem geradas forças oblíquas, que tendem a instabilizar as próteses, especialmente as PTRs inferiores.

3.4 Etapas clínicas e laboratoriais

O atendimento odontológico foi dividido em 7 etapas clínicas e 4 etapas laboratoriais.

Na primeira etapa clínica foi realizada a moldagem anatômica dos rebordos edêntulos. Para isso, moldeiras de estoque (HDR; GIACHETTI Ind. Metalúrgica LTDA), previamente selecionadas (P53 e P54 para os arcos inferior e superior, respectivamente) foram individualizadas com cera periférica (Cera Periférica nº6; Lysanda) para que o material de moldagem o alginato (Ezact Kromm; Coltene) tivesse suporte na região do fundo de vestibulo a fim de obter uma conformação geral da cavidade oral com o afastamento máximo dos tecidos que as circunscvem. Os moldes anatômicos (Figura 4A-B) obtidos foram desinfetados com Digliconato de Clorexidina a 1% por 10 minutos e os modelos anatômicos confeccionados em gesso pedra tipo III (ASFER Indústria Química Ltda) (Figura 4C-D). No laboratório, foi demarcado nos modelos anatômicos superior e inferior o limite da área a ser coberta pelas moldeiras individuais (delimitação da área basal), prevendo a área de suporte da futura prótese. Em seguida, regiões nobres e retentivas foram aliviadas com cera rosa 7, os modelos foram isolados e moldeiras individuais foram confeccionadas utilizando resina acrílica quimicamente ativada (RAAQ) (Resina Auto; TDV Dental Ltda) na fase plástica. As moldeiras individuais obtidas apresentaram adequada rigidez com espessura de 3mm, bordas lisas arredondadas e cobriam toda a extensão da área basal delimitadas nos modelos anatômicos dos rebordos edêntulos superior e inferior (Figura 4E-F).

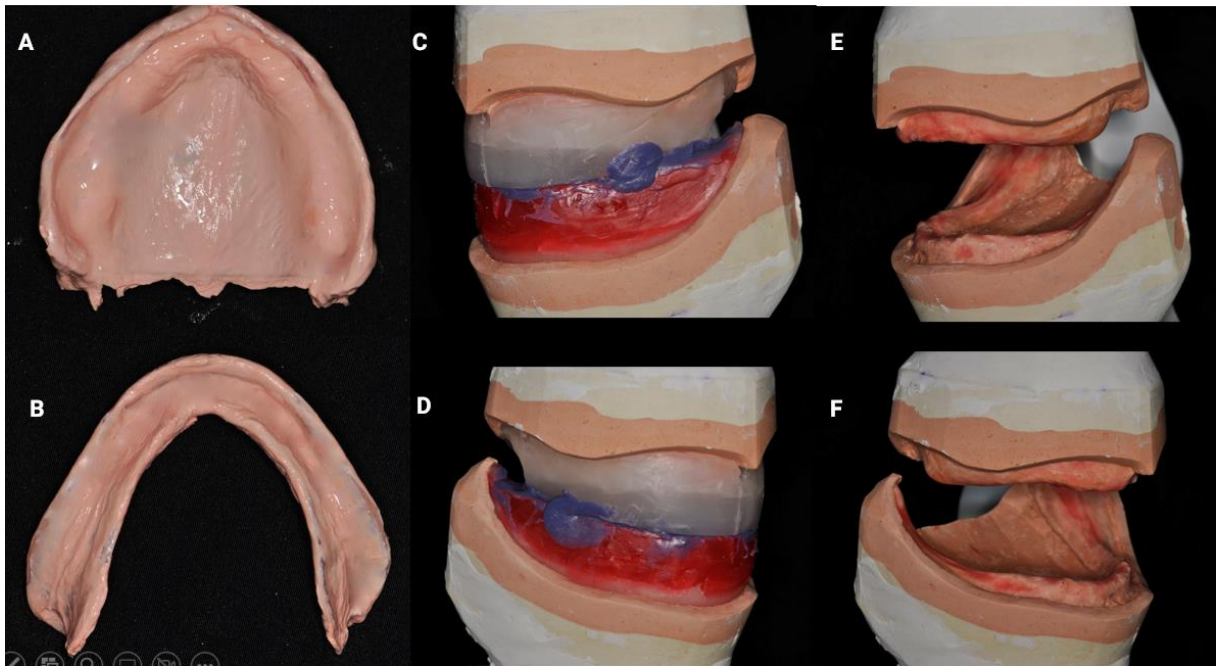
Figura 4 – Moldes do arco superior e inferior (A,B) e modelos anatômicos (C,D); Moldeiras individuais (E,F).



Fonte: Autor, 2022.

Na segunda etapa clínica, foi realizada a moldagem funcional com pressão seletiva dos rebordos edêntulos (Figura 5A-B). As moldeiras individuais confeccionadas em RAAQ foram avaliadas clinicamente a fim de certificar se estavam abrangendo toda a extensão da área basal e pequenos ajustes foram realizados nas suas bordas para aliviar regiões de freios labiais e bridas. Para a moldagem funcional utilizou-se como material de moldagem a pasta zinco-enólica (PRINT Pasta de Impressão; Maquira) tanto para a moldagem do selado periférico quanto para a moldagem da superfície de apoio (toda área basal). Vale salientar que devido a presença de cordão fibroso na região anterior da mandíbula, a moldeira individual inferior foi perfurada (Broca Carbide nº8; Angelus Prima Dental LTDA) nessa região antes da moldagem de toda área basal a fim de evitar a deformação da mucosa nessa região. Os moldes funcionais obtidos foram desinfetados com Digliconato de Clorexidina a 1% por dez minutos, e em seguida confeccionados os modelos de trabalho em gesso tipo IV (Durone IV Salmon; Dentsply Sirona). No laboratório, sobre os modelos de trabalho obtidos foram confeccionadas bases de prova em RAAQ e roletes de cera (Newwax 7; Technew), obtendo assim os planos de orientação para uso nas etapas de registro intermaxilar.

Figura 5 – Moldes funcionais (A,B); Registro intermaxilar (C,D); Modelos de trabalho no articulador (E,F).



Fonte: Autor, 2022.

Na terceira etapa clínica foi realizado o registro intermaxilar (Figura 5C-D), a qual foi dividida em duas sessões clínicas a fim de minimizar o impacto da discinesia oral sobre a acurácia do registro intermaxilar e fixação dos planos na posição de relação cêntrica. Portanto, na primeira sessão do registro intermaxilar, foi realizada a individualização do plano de orientação superior quanto ao suporte labial, altura incisal, corredor bucal, plano oclusal e incisal. Primeiramente o suporte labial foi ajustado, adicionando ou removendo cera do plano de orientação superior de modo que o ângulo formado entre a base do nariz e o filtro do lábio formasse uma angulação próximo de 90° . Em seguida à altura incisal, ou seja, a porção visível dos dentes com o lábio em repouso, foi definida com base em parâmetros fisiológicos com o auxílio da régua de Fox de modo que, houvesse paralelismo entre a linha bipupilar e a região anterior do plano de orientação e entre o plano oclusal e o plano de Camper. Após o ajuste do corredor bucal, marcações de referências foram traçadas no plano de orientação superior na região da linha média, linha alta do sorriso (10mm) e comissuras bucais (49 mm em curva) para auxiliar a seleção e montagem dos dentes artificiais. A partir das mensurações provenientes da marcação das linhas de referências, foram selecionados na cor A3 os modelos de dentes artificiais com oclusão monoplanar: L23, L33, LU18 e LL18 (Leonardo Silver; Defama) para as regiões anterior superior, anterior inferior, posterior superior e posterior inferior, respectivamente (Figura 6).

Figura 6 – Dentes artificiais.



Fonte: Autor, 2022.

Na segunda sessão clínica do registro intermaxilar, foram realizados os ajustes no plano de orientação inferior relacionados ao restabelecimento da posição da mandíbula em relação à maxila nos planos vertical e horizontal. No plano vertical, o plano de orientação inferior foi ajustado de acordo com a dimensão vertical de oclusão determinada (DVO; 5,5 cm) utilizando a combinação dos métodos métrico, fisiológico e estético. Em seguida, os planos de orientação foram fixados passivamente no plano horizontal na posição de relação cêntrica com poliéter (Impregum Soft; 3M). No laboratório, os modelos de trabalho com os respectivos planos de orientação foram montados em um articulador semi-ajustável (A7 Plus; Bio-Art) (Figura 5E-F), sendo o modelo superior montado auxílio da mesa de Camper. Posteriormente, os dentes artificiais selecionados foram montados levando em consideração fatores como a disposição, alinhamento, posição e oclusão (Figura 7).

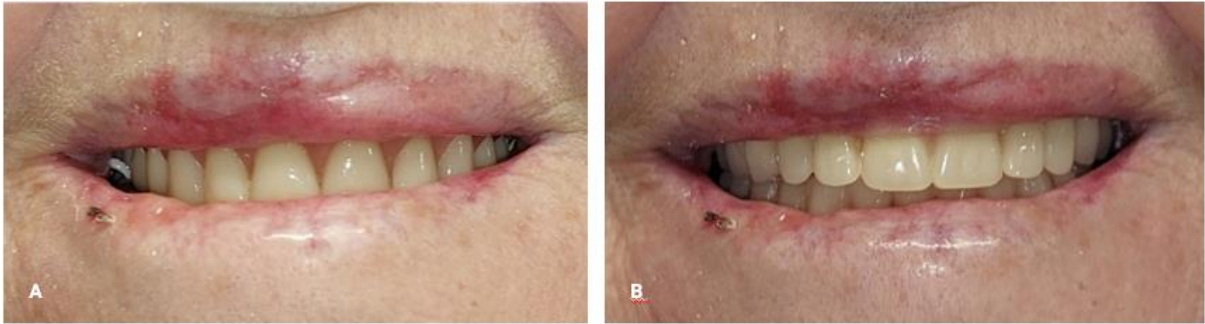
Figura 7 – Montagem dos dentes artificiais- para avaliação estética e funcional.



Fonte: Autor, 2022.

Em relação a oclusão, os dentes anteriores foram montados com leve trespasse vertical e horizontal (aproximadamente 1 mm) e os dentes posteriores monoplanos foram montados com curvas de compensação e desoclusão pelo canino. Após duas avaliações funcionais e estéticas da montagem dos dentes artificiais (Figura 8), primeiro com a prova dos dentes anteriores e depois dos dentes posteriores, as próteses foram processadas no laboratório (ceroplastia, inclusão, caracterização, polimerização, desinclusão, acabamento e polimento) e instaladas.

Figura 8 – Avaliação estética e funcional dos dentes artificiais. A: PTR antiga da paciente; B: PTR nova com dentes monoplanos



Fonte: Autor, 2022.

4 DISCUSSÃO

Nos últimos 50 anos com a chegada dos antipsicóticos, o interesse pelo estudo das discinesias orais cresceu em virtude do aumento de casos discinéticos, principalmente na população idosa em decorrência de quantidades acumulativas de antipsicóticos, duração do tratamento e história de abuso ou dependência de álcool [10]. Portanto, durante a anamnese, toda a história sistêmica e medicamentosa deve ser registrada e avaliada antes que os procedimentos odontológicos sejam propostos. Pacientes com a presença de distúrbios da motricidade oral frequentemente apresentam deficiência de fala; desordem mastigatória; movimentos involuntários da boca, língua e lábios; movimentos laterais inespecíficos da mandíbula com deslocamento das PTRs; e conseqüentemente prejuízos na vida social e qualidade de vida [11]. A paciente do presente estudo relatou todos os sinais e sintomas supracitados, os quais eram compatíveis com a discinesia oral associada ao uso de antipsicóticos e histórico de epilepsia.

Quando os cirurgiões dentistas são confrontados com pacientes que tenham epilepsia e façam uso de neuroepiléticos, o tratamento odontológico pode se tornar desafiador, especialmente na presença de edentulismo total e necessidade de reabilitação oral com PTRs [12] como nesse relato de caso. Adicionalmente, devido maior taxa de reabsorção óssea na mandíbula comparada à maxila após as perdas dentárias [13], a área de suporte para as PTRs mandibulares nesse caso clínico estava bastante reduzida, impactando diretamente na retenção do aparelho removível. Sendo, assim, é fundamental que as PTRs tenham estabilidade para que o tratamento protético seja bem-sucedido. A estabilidade da PTRs está relacionada diretamente com a oclusão [14].

Logo, como solução para evitar a instabilidade das PTRs inferiores em pacientes com discinesia oral, foram utilizados nesse relato de caso dentes artificiais com inclinação cuspídea de zero grau (dentes monoplanos), minimizando assim interferência das cúspides dos dentes posteriores durante os movimentos excêntricos da mandíbula [12]. Logo, os dentes monoplanos permitem uma liberdade maior dos movimentos mandibulares nos pacientes com discinesia oral, além de reduzirem a ação das forças oblíquas, causadas pela inclinação das cúspides presentes em dentes anatômico, as quais podem instabilizar a prótese e contribuir para maior taxa de reabsorção alveolar [15,16]. Adicionalmente, a montagem dos dentes artificiais monoplanos é mais simples devido à ausência do relacionamento cúspide/fossa, uma vez que os contatos oclusais compreendem superfícies planas em vez de pontos [17].

No entanto, durante a seleção dos dentes artificiais, a influência de fatores locais e

sistêmicos relacionados ao grau de reabsorção dos rebordos alveolares, padrões de movimentos mandibulares e distúrbios musculares são frequentemente negligenciados [18]. Somado a isso, dentes não anatômicos (monoplanos) são pouco difundidos no mercado odontológico brasileiro, o que talvez seja explicado pela dificuldade em afirmar que um dente sem cúspides seja tão eficiente na função mastigatória quanto um dente cuspidado [17]. Medeiros (2013) avaliou a influência do esquema oclusal utilizado em PTRs (Oclusão balanceada bilateral, OBB; oclusão lingualizada, OL; e oclusão monoplanar OM) sobre a força de mordida necessária para causar ruptura de alimentos teste naturais (amêndoa, cenoura, amendoim e café torrado) e um artificial (silicona). Para isso utilizou uma máquina de Ensaio Universal EMIC, a qual realizou força de compressão sobre um verticulador dotado de manequins com os esquemas oclusais em estudo. De acordo com os resultados encontrados os grupos OBB e OL dentes anatômicos apresentaram menores valores de forças de mordida para que houvesse a ruptura dos alimentos testes em relação ao grupo OM. Logo, a força mastigatória necessária para causar ruptura dos alimentos testados é menor em dentes com cúspides (anatômicos) comparada a dentes sem cúspides (não anatômicos) [19]. Todavia, a ausência das cúspides não implicaria na perda da eficiência mastigatória, desde que fossem preservados elementos anatômicos como os sulcos, cristas e fossas, ou seja, a ausência de cúspides não significa que a superfície oclusal seja lisa e plana [17]. Além disso, Lemos et al., (2018) assegura que desempenho mastigatório vai além do esquema oclusal escolhido, podendo ser influenciado também pela idade, gênero, doenças sistêmicas, e distúrbios temporomandibulares [20].

Por fim, de acordo com Borges et al., (2021) os diversos esquemas oclusais que estão em prática atualmente podem interferir na satisfação dos pacientes com PTRs [21]. Sutton et al., (2007) realizaram um ensaio clínico randomizado do tipo cruzado para avaliar o nível de satisfação de 45 pacientes com o uso de PTRs com diferentes esquemas oclusais (Oclusão balanceada bilateral - OBB; Oclusão lingualizada - OL; Oclusão monoplanar - OM). Cada esquema oclusal foi utilizado apenas por oito semanas e, a satisfação com o tratamento referente a função, estética e facilidade de higienização foram avaliadas por meio de uma escala analógica visual. Os autores concluíram que os esquemas oclusais OBB e OL, utilizando dentes anatômicos, obtiveram índices de satisfação significativamente maiores do que aqueles apresentados pela OM, com dentes não anatômicos [22]. Todavia, nesse trabalho as avaliações foram realizadas antes do período de adaptação de três meses necessário para o sistema neuromuscular se adaptar às novas PTRs [23]. Além disso, os pacientes com distúrbios de motricidade e/ou rebordos reabsorvidos não foram considerados nesse estudo, os quais poderiam ter se beneficiado do uso do esquema oclusal monoplanar. Quando a satisfação dos

pacientes quanto ao uso de PTRs com diferentes esquemas oclusais (OBB, OL e OM) é avaliada no grupo de pacientes com rebordos reabsorvidos, como realizado no estudo de Grech et al., (2022), verificou- que o tipo de esquema oclusal não influenciou a satisfação geral dos pacientes com o tratamento [24]. De maneira similar, nesse relato de caso, o tratamento com PTRs utilizando OM não afetou a capacidade mastigatória da paciente e o nível de satisfação com o tratamento.

5 CONCLUSÃO

Na literatura ainda não há um consenso sobre o melhor esquema oclusal para PTRs, por isso características individuais do paciente quanto a fatores locais (grau de reabsorção do rebordo) ou sistêmicos (discinesias orais) devem ser levadas em consideração ao definir o esquema oclusal a ser utilizado na PTR. Logo, a reabilitação da paciente do presente estudo PTRs utilizando o esquema oclusal monoplanar reduziu a instabilidade das próteses ao proporcionar maior liberdade durante os movimentos excursivos da mandíbula sem a interferências das cúspides, o que resultou em maior satisfação da paciente com o tratamnto protético.

REFERÊNCIAS

- [1] ZARB, George *et al.* **Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos**: próteses totais convencionais e implantossuportadas. 13. ed. [S.I.]: Elsevier, 2013.
- [2] COSTA, Lílian Lúcia de Oliveira *et al.* Atualização em epilepsia: revisão de literatura. **Rev Med**, São Paulo, v. 2, n. 99, p. 170-181, mar./abr. 2020.
- [3] BAUMGARTEN, Alexandre *et al.* Epilepsia e Odontologia: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 73, p. 231-236, jul. 2016.
- [4] RIBEIRO, Ângela *et al.* Psicose Pós-Ictal: A Importância do Controle da Epilepsia. **Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, [S.I.], v. 1, n. 12, p. 80-85, 2014.
- [5] MULA, Marco *et al.* Epilepsy and bipolar disorders. **Expert Reviews Neurother**, [S.I.], v. 1, n. 10, p. 13-23, 2010.
- [6] PROTÓGENES, Marcela. Distúrbios do movimento induzidos por drogas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 1, n.9, p. 55-62, jan./jun. 2010.
- [7] ABBASI, Maria Shakoor *et al.* The Concepts of Complete Denture Occlusion amongst Dental Fraternity. **JBUMDC**, [S.I.], v. 2, n. 11, p. 65-69, 2021.
- [8] HARALUR, Satheesh B. Clinical Strategies for Complete Denture Rehabilitation in a Patient with Parkinson Disease and Reduced Neuromuscular Control. **Case Reports in Dentistry**, [S.I.], v. 2015, p. 1-5, 2015.
- [9] GAGNIER, Joel J. et al. The CARE Guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. **Deutsches Ärzteblatt International**, [S.I.], v. 110, n. 37, p. 603-608, 2013.
- [10] JESTE, Dilip V. Tardive Dyskinesia in Older Patients. **J Clin Psychiatry**, San Diego, v. 61, n. 4, p. 27-32, 2000.
- [11] BLANCHET, Pierre J *et al.* Oral Dyskinesia: A Clinical Overview. **The International Journal of Prosthodontics**, [S.I.], v. 18, n. 1, p. 10-19, 2005.
- [12] MORITA, Hiromitsu. *et al.* Successful Fitting of a Complete Maxillary Denture in a Patient with Severe Alzheimer's Disease Complicated by Oral Dyskinesia. **Case Reports in Dentistry**, [S.I.], v. 2016, p. 1-5, 2016.
- [13] TELLES, Daniel *et al.* O Exame do Paciente Edentado. In: TELLES, Daniel. **Prótese Total Convencional**. [S.I.]: Santos, 2011. p. 12.

- [14] TELLES, Ronaldo de Moraes *et al.* Montagem dos Dentes Artificiais: arranjos estéticos e oclusais em próteses totais. In: TELLES, Daniel. **Prótese Total Convencional**. [S.I.]: Santos, 2011. p. 212-216.
- [15] GOMES, João Miguel da Fonseca. **PRINCÍPIOS DE OCLUSÃO IDEAL EM DIFERENTES TIPOS DE REABILITAÇÃO**. 2012. 63 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012.
- [16] BECKER, Curtis M. *et al.* Lingualized occlusion for removable prosthodontics. **J. Prosthet.Dent**, [S.I], v. 38, n. 6, p. 601-608, dez. 1977.
- [17] PEREIRA, Arnaldo Horácio *et al.* USO DE DENTES PLANOS (ZERO GRAU) EM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Belo Horizonte, p. 60-64, 2006.
- [18] AHMED, Naseer. *et al.* Comparison of Canine-Guided Occlusion with Other Occlusal Schemes in Removable Complete Dentures: A Systematic Review. **Prosthesis**, [S.I], v. 3, p. 85-98, 2021.
- [19] MEDEIROS, Flavia Regina Machado de. **Comparação da força de ruptura de alimentos teste entre três diferentes esquemas oclusais para próteses totais**. 2013. 120f. Tese (Doutorado) – Curso de Faculdade de Odontologia de Araraquara, Unesp- Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2013.
- [20] LEMOS, C.A.A. *et al.* Bilateral balanced occlusion compared to Other occlusal schemes in complete dentures: A systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**., [S.I], v. 45, n. 4, p. 344-354, abr. 2018.
- [21] BORGES, Maria Helena Rossy *et al.* Clinical performance of and patient satisfaction with conventional complete dentures with diferente occlusal schemes: A systematic review of systematic reviews. **J Prosthet Dent**, [S.I], p. 1-10, jan. 2022.
- [22] SUTTON, A. F. *et al.* A randomized clinical trial comparin anatomic, lingualized, and zero-degree posterior occlusal forms for complete dentures. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [S.I], v. 97, n. 5, p. 292-298, 2007.
- [23] FARIAS-NETO, Arcelino *et al.* Changes in patient satisfaction and masticatory efficiency during adaptation to new dentures. **Compend Contin Educ Dent**., [S.I], v. 36, n. 3, p. 174-177, mar. 2015.
- [24] GRECH, Caitlin *et al.* Patient-Reported Outcomes on Different Occlusal Schemes in Complete Denture Wearers. **Clinical Research**, [S.I], v. 35, n. 1, p. 53-61, 2022.

Anexo 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DA MOTRICIDADE ORAL UTILIZANDO PROTESES TOTAIS REMOVÍVEIS: PROJETO DE RELATO DE CASO

Pesquisador: Germana De Villa Camargos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64266222.4.0000.5152

Instituição Proponente: FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.727.620

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa <PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025030.pdf> e Projeto Detalhado <PROJETO.pdf>, postados em 13/10/2022.

INTRODUÇÃO

A Reabilitação Oral de pacientes edêntulos com Próteses Totais Removíveis (PTRs) é desafiadora na presença de distúrbios da motricidade oral, já que possuem capacidade reduzida em controlar a motricidade muscular da maxila e da mandíbula impactando de forma grave o prognóstico para o tratamento reabilitador com PTRs. E para garantir a estabilidade da prótese e satisfação do paciente, é necessário que haja uma harmonia da oclusão. O melhor esquema oclusal a ser escolhido deve levar em consideração os distúrbios neuromusculares, condições sistêmicas, altura e largura do rebordo, dentre outros. Para pacientes com controle muscular deficiente e que necessitam de PTRs a oclusão monoplana deve ser preferível, pois acomoda movimentos mandibulares irregulares. O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico reabilitador de uma paciente com distúrbios de movimento induzidos por drogas neuroepiléticas e com histórico de epilepsia usando um novo esquema oclusal, a oclusão monoplano, para PTRs convencionais.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

Paciente, 62 anos procurou atendimento odontológico na Clínica Odontológica da Universidade Federal de Uberlândia queixando-se que as PTRs machucam durante a mastigação e estão com baixa retenção. Durante o exame clínico observou-se que a paciente possui distúrbios de motricidade oral, pois faz uso de medicamentos anticonvulsivantes, antipsicóticos e estabilizadores de humor, pois a mesma sofre de epilepsia e realiza tratamentos psiquiátricos. Como solução foi definido um plano de tratamento por meio da troca das próteses utilizando dentes não anatômicos e espera-se que a reabilitação com esse tipo de esquema oclusal ofereça mais conforto durante os movimentos mandibulares por maior período, além de, uma melhor estabilidade da prótese.

METODOLOGIA

(A) Pesquisa/Estudo – qualitativa, descritiva, tipo projeto de relato de caso.

(B) Tamanho da amostra – 1 (relato de caso).

(C) Recrutamento e abordagem dos participantes – O caso será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia para análise e aprovação. O participante será devidamente esclarecido e informado seu objetivo e métodos. Os procedimentos serão fotografados e usados para o relato de caso, mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

(D) Local e instrumento de coleta de dados / Experimento – Faculdade de Odontologia.

A sequência clínica das próteses totais removíveis convencionais corresponde àquela preconizada pela Área de Prótese Removível e Materiais Odontológicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, compreendendo as seguintes etapas (seis sessões clínicas):

1. Moldagem preliminar/estudo com moldeira de estoque e alginato

- Etapas laboratoriais: confecção do modelo anatômico/estudo, delimitação da área basal e confecção da moldeira individual;

2. Moldagem funcional, segundo princípios de pressão seletiva

- Etapas laboratoriais: confecção do modelo de trabalho, bases de prova e roletes de cera

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

3. Individualização do plano de orientação superior, registro das relações maxilomandibulares e seleção de dentes artificiais.

- Etapas laboratoriais: montagem dos modelos no articulador semi-ajustável (ASA), sendo o superior montado com o auxílio da mesa de camper;
montagem dos dentes artificiais seguindo o esquema oclusal de oclusão monoplano.

4. Prova funcional dos dentes anteriores;

5. Prova funcional dos dentes posteriores;

- Etapas laboratoriais: Processamento das próteses, acabamento e polimento.

6. Instalação das próteses totais confeccionadas pelo método convencional.

(E) Metodologia de análise dos dados – Haverá uso do prontuário do paciente para elaboração do relato de caso.

CRONOGRAMA – Submissão do projeto relato de caso ao CEP/UFU 27/09/2022 a 27/11/2022; Execução do Relato de Caso 28/11/2022 a 01/03/2023.

ORÇAMENTO – Financiamento próprio R\$ 886,00.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO - O objetivo principal deste estudo será relatar um caso clínico que envolve a reabilitação oral de uma paciente com distúrbios de movimento induzidos por drogas neuroepiléticas e com histórico de epilepsia por meio de PTRs convencionais utilizando o esquema oclusal de oclusão monoplana.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - O relato de caso não é isento de riscos, podendo ocorrer quebra da confidencialidade. Esta pode trazer danos, materiais e morais, ao participante e a terceiros. Contudo, a equipe executora se compromete com o sigilo absoluto da identidade do participante por meio do uso de tarja preta nos olhos das imagens divulgadas, minimizando os riscos de divulgação da identidade.

BENEFÍCIOS - Os benefícios da oclusão monoplanar para a paciente estão relacionados a uma maior conforto e eficiência mastigatória por maior período, pois próteses totais com dentes monoplanos se adaptam melhor às alterações negativas causadas pela reabsorção óssea

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

Bairro: Santa Mônica

CEP: 38.408-144

UF: MG

Município: UBERLÂNDIA

Telefone: (34)3239-4131

Fax: (34)3239-4131

E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

proveniente da idade ou de outros fatores funcionais, como aqueles relacionados aos distúrbios da motricidade oral, proporcionando uma maior liberdade oclusal, sem o comprometimento da estabilidade da prótese.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de relato de um caso, com aplicação posterior à aprovação pelo CEP/UFU de TCLE.

Após a análise do CEP/UFU não foram encontradas pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- 1) PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025030.pdf 13/10/2022 10:53:24
- 2) PROJETO.pdf 13/10/2022 10:53:05
- 3) Lattes.docx 30/09/2022 15:33:25
- 4) TermoDeConsentimentoLivreEsclarecido.pdf 30/09/2022 15:32:40
- 5) TermoCompromisso.pdf 30/09/2022 15:32:28
- 6) FolhaRosto.pdf 30/09/2022 15:30:44

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise do CEP/UFU não foram observados óbices éticos nos documentos do estudo.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: JUNHO/2023*.

* Tolerância máxima de 01 mês para o atraso na entrega do relatório final.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
 - b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
 - c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.
-

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2025030.pdf	13/10/2022 10:53:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	13/10/2022 10:53:05	Germana De Villa Camargos	Aceito
Outros	Lattes.docx	30/09/2022 15:33:25	ANDRESSA DE CASTRO SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoDeConsentimentoLivreEsclarecido.pdf	30/09/2022 15:32:40	ANDRESSA DE CASTRO SOUZA	Aceito
Outros	TermoCompromisso.pdf	30/09/2022 15:32:28	ANDRESSA DE CASTRO SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	30/09/2022 15:30:44	ANDRESSA DE CASTRO SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 5.727.620

UBERLANDIA, 27 de Outubro de 2022

Assinado por:
ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br