

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

LARISSA ABDALA BARBOSA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRAUMA OCLUSAL
PRIMÁRIO EM PACIENTE COM SAÚDE PERIODONTAL:
RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

BAURU
2018

LARISSA ABDALA BARBOSA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRAUMA OCLUSAL
PRIMÁRIO EM PACIENTE COM SAÚDE PERIODONTAL:
RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de ciências da saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a orientação da Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos.

BAURU
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo
com ISBD

Barbosa, Larissa Abdala

B238d

Diagnóstico e tratamento de trauma oclusal primário em
paciente com saúde periodontal: relato de um caso clínico /
Larissa Abdala Barbosa. -- 2018.

29f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru -
SP

1. Oclusão Traumática Dentária. 2. Bruxismo. 3.
Apertamento. 4. Diagnóstico. 5. Assistência Odontológica. I.
Campos, Mirella Lindoso Gomes. II. Título.

Elaborado por Lidyane Silva Lima – CRB-8/9602

LARISSA ABDALA BARBOSA

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRAUMA OCLUSAL
PRIMÁRIO EM PACIENTE COM SAÚDE PERIODONTAL:
RELATO DE UM CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de ciências da saúde da Universidade do Sagrado Coração, como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob a orientação da Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos.

Bauru, 27 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Fabiano Jeremais
Universidade do Sagrado Coração

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

A todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial à Prof. Dra. Mirella Lindoso Gomes Campos, pela orientação deste trabalho e Prof. Dr. Marcelo Munerato responsável pela colaboração com as fotografias.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e dedicação foi que deram, em alguns momentos, a esperança para seguir. Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada. Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelos apoios constantes.

RESUMO

Trauma oclusal primário é uma lesão de origem não infecciosa que acomete o periodonto de inserção de dentes com altura normal, ou seja, sem perda de inserção clínica, devido a forças oclusais parafuncionais que excedam a capacidade adaptativa do mesmo. Dessa forma, o objetivo deste relato de caso clínico foi diagnosticar e apresentar uma possibilidade de tratamento de trauma oclusal primário. Paciente do gênero feminino, 20 anos, leucoderma, com saúde sistêmica, apresentou-se à clínica de Periodontia com relato de frêmito nos dentes 11 e 21. Na anamnese a paciente relatou bruxismo. Clinicamente, observou-se facetas de desgaste nos incisivos inferiores e um degrau na região do terço coronário dos incisivos superiores. A paciente apresentava mordida profunda anterior e alteração da curva de Spee. A paciente possuía saúde periodontal, não tinha perda de inserção clínica e tinha bom controle de placa. Observou-se mobilidade grau I no dente 21. Radiograficamente, observou-se leve aumento da espessura do ligamento periodontal na face distal dos dentes 11 e 21 e descontinuidade da lâmina dura desses dentes. O diagnóstico clínico foi de trauma oclusal primário. A paciente foi encaminhada para o tratamento ortodôntico e posterior confecção de placa mio-relaxante para minimizar os impactos do bruxismo. O acompanhamento clínico mostrou que após 7 meses da conclusão do o tratamento ortodôntico e 1 mês após início da utilização da placa mio-relaxante, pôde-se constatar remissão da mobilidade grau 1 no dente 21 e do frêmito nos dentes 11 e 21. O acompanhamento com radiografias periapicais após 16 dias, 4 e 7 meses da conclusão do tratamento ortodôntico mostrou a presença de lâmina dura ao redor de toda extensão das raízes dos dentes 11 e 21 e uma leve remodelação do ápice desses dentes devido à intrusão dos mesmos. Clinicamente, manteve-se saúde periodontal durante todo o tratamento ortodôntico e após sua finalização. Assim, pôde-se concluir que, quando há saúde periodontal, o tratamento ortodôntico seguido da confecção de placa mio-relaxante para minimização do bruxismo e estabilização da oclusão são eficazes para tratamento do trauma oclusal primário.

Palavras-chave: Oclusão Dentária Traumática. Bruxismo. Apertamento. Diagnóstico. Assistência Odontológica.

ABSTRACT

Primary occlusal trauma is a lesion of non-infectious origin that affects the periodontal of insertion of teeth with normal height, that is, without loss of clinical insertion, due to parafunctional occlusal forces that exceed the adaptive capacity of the same. Thus, the objective of this clinical case report was to diagnose and present a possibility of treatment of primary occlusal trauma. A female patient, 20 years old, leucoderma, with systemic health, presented to the Periodontics clinic with report of tremor in teeth 11 and 21. In the anamnesis the patient reported bruxism. Clinically, there were facets of wear in the lower incisors and a step in the region of the coronary third of the upper incisors. The patient had a deep anterior bite and a change in the Spee curve. The patient had periodontal health, had no clinical insertion loss and had good plaque control. Grade I mobility was observed in the tooth 21. Radiographically, there was a slight increase in the thickness of the periodontal ligament on the distal face of teeth 11 and 21 and discontinuity of the hard blade of these teeth. The clinical diagnosis was of primary occlusal trauma. The patient was referred for orthodontic treatment and subsequent preparation of myorelaxant plaque to minimize the impacts of bruxism. Clinical follow-up showed that 7 months after the conclusion of orthodontic treatment and 1 month after the start of the use of the myorelaxant plaque, there was remission of grade 1 mobility in tooth 21 and the tremor in teeth 11 and 21. The follow-up with periapical radiographs after 16 days, 4 and 7 months after orthodontic treatment showed the presence of a hard blade around the entire extension of the roots of teeth 11 and 21 and a slight remodeling of the apex of these teeth due to their intrusion. Clinically, periodontal health was maintained throughout orthodontic treatment and after its completion. Thus, it was concluded that, when there is periodontal health, the orthodontic treatment followed by the preparation of myorelaxant plaque to minimize bruxism are effective for the treatment of primary occlusal trauma.

Keywords: traumatic dental occlusion; bruxism, tightening; diagnosis; dental care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO.....	10
3	RELATO DE CASO CLÍNICO	11
4	DISCUSSÃO	16
5	CONCLUSÃO	18
	REFERÊNCIAS	19
	ANEXO A – Parecer consubstanciado	21
	ANEXO B – Ficha clínica de periodontia.....	23

1 INTRODUÇÃO

O trauma oclusal é definido como uma lesão de origem não-infecciosa que é instalada no periodonto de inserção frente a forças oclusais funcionais ou parafuncionais que excedam a capacidade adaptativa do mesmo (FAN; CATON, 2018; HALLMON, 1999; THE AMERICAN GLOSSARY OF PERIODONTAL TERMS, 2001). A lesão, portanto, instala-se nas dimensões do ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar propriamente dito de um dente ou grupo de dentes com altura normal do periodonto de inserção, sendo denominando trauma oclusal primário, ou com altura reduzida do periodonto de inserção, sendo denominado de trauma oclusal secundário (ARMITAGE, 1999; FAN; CATON, 2018; HALLMON, 1999).

O fator etiológico para o desenvolvimento do trauma oclusal são forças oclusais excessivas. Portanto, o trauma oclusal deve ser entendido como a lesão instalada no periodonto de inserção e não como a força que nele é aplicada (HALLMON, 1999; ARMITAGE, 1999). Interferências oclusais, prematuridades oclusais e bruxismo/apertamento, que podem levar a sobrecargas oclusais, são condições que podem predispor o indivíduo a desenvolver essa lesão no periodonto de inserção. Por terminologia, prematuridades oclusais são quaisquer contatos entre os dentes opositores que ocorra primariamente à oclusão planejada (The glossary of prosthodontic terms, 2005), as interferências oclusais são os contatos entre os dentes que inibem as superfícies de oclusão restantes de obterem contatos estáveis e harmônicos, podendo desviar a mandíbula de seu fechamento fisiológico (The glossary of prosthodontic terms, 2005). Sobrecarga oclusal, por sua vez, é a nomenclatura utilizada para definir uma carga mecânica que sobrexceda a capacidade de adaptação das estruturas de inserção dos dentes (ISIDOR, 2010; KAN; JUDGE; PALAMARA, 2014) e que também pode ocorrer quando as cargas mecânicas forem direcionadas sob um eixo excêntrico (KATO et al., 2013), podendo levar o periodonto de inserção ao colapso, pois os tecidos que compõem o aparato de suporte do dente possuem uma capacidade-limite de adaptação diante das forças oclusais, instalando-se o trauma oclusal.

O trauma oclusal, primário ou secundário, leva, portanto o paciente a ter alterações da homeostase periodontal, mesmo na ausência de infecção. Isso pode ser detectado por sinais clínicos, que podem ser avaliados pelo cirurgião-dentista,

por sintomas relatados pelo paciente e, em alguns casos, por comprovação por diagnóstico complementar de imagem. Os indicadores clínicos que podem estar associados ao trauma oclusal são o relato de frêmito (HALLMON, 2001), mobilidade dentária progressiva (RAMFJORD, ASH Jr, 1981; HALLMON, 1999; HALLMON; HARREL, 2004), presença de facetas de desgaste e interferências oclusais como possíveis fatores de risco associado (HARREL, 2003; FAN; CATON, 2018; HALLMON, 1999), migração e fratura dentária (HALLMON, 1999; HALLMON; HARREL, 2004; FAN; CATON, 2018), sensibilidade térmica (HALLMON, 1999; HALLMON; HARREL, 2004; FAN; CATON, 2018), desconforto ou dor ao mastigar (AAP, 2000), sensibilidade à percussão (AAP, 2000), necrose pulpar (COOPER et al., 1997; ESTRELA; FIGUEIREDO, 2001) e os radiográficos que podem ser associados são aumento da espessura do ligamento periodontal, reabsorção radicular, trinca ou ruptura do cimento (HALLMON, 1999; The American Academy of Periodontology, 2000; FAN; CATON, 2018), reabsorção óssea (CONSOLARO, 2008; HALLMON, 1999; The American Academy of Periodontology, 2000) . Porém, o clínico deverá estar atento, pois o diagnóstico é presuntivo e a presença de um ou mais dos sinais, sintomas e achados radiográficos não necessariamente sejam diagnósticos de trauma oclusal, necessitando a interconexão de dados de anamnese, clínicos e histórico da queixa principal do paciente, incluindo dados como tempo, frequência e intensidade dos eventos oclusais que possam estar relacionados ao desencadeamento do trauma oclusal. O único diagnóstico definitivo seria um exame histopatológico do dente em questão, podendo o pesquisador avaliar apropriadamente as alterações vasculares e celulares dos tecidos envolvidos (FAN; CATON, 2018). Porém, esta técnica não é utilizada na clínica, visto claros problemas éticos para sua realização, como perda do dente em questão.

Alguns casos, a migração dental e o desgaste das superfícies dentais, reconhecidas como facetas de desgaste, podem retirar os dentes do contato prematuro e de interferências oclusais. Conseqüentemente as sobrecargas parafuncionais não mais incidirão sobre o periodonto de inserção desses dentes, podendo restabelecer a homeostase do periodonto de inserção e a remissão fisiológica do trauma oclusal. Em casos em que não haja adaptação às forças oclusais, o trauma oclusal pode tornar-se crônico e o periodonto, em vez de ser remodelado, sofrerá aumento das áreas de reabsorção óssea e uma diminuição de formação óssea, deixando o espaço do ligamento periodontal ainda mais

aumentado, resultando num perceptível defeito ósseo angular, sem que tenha havido migração apical de epitélio juncional, perda de inserção clínica e, portanto, sem detecção de bolsa periodontal (VEDANA, 1999). A mobilidade dental nesses casos, muitas vezes já são perceptíveis.

Para o tratamento do trauma oclusal, Furlaneto et al. (2008) analisam em seu estudo sobre terapia oclusal que há significativa melhora nos níveis de inserção clínica quando o tratamento oclusal é associado ao periodontal quando há periodontite associada ao trauma oclusal. Fernando Neto (2017) enumera algumas condutas terapêuticas utilizadas atualmente para o tratamento clínico dos casos em que tenham sido diagnosticados trauma oclusal. São eles o uso de placa oclusal, o ajuste oclusal seletivo, terapias ortopédica, ortodôntica, restauradora e cirúrgica e terapias de suporte (psicológica, farmacológica, fisioterápica e acupuntura).

Devido a questões éticas, há impossibilidade de desenvolvimento de estudos clínicos prospectivos neste tema de trauma oclusal. Por isso, os relatos de casos clínicos abordando diagnóstico e tratamento são importantes, pois possibilitam aos cirurgiões-dentistas esclarecerem dúvidas, absorverem novos conhecimentos e compartilharem suas experiências com a finalidade atualizar os tratamentos existentes e desenvolverem novas terapias.

2 OBJETIVO

Relatar um caso clínico de trauma oclusal primário, seus possíveis fatores etiológicos, o processo de diagnóstico clínico e radiográfico e o tratamento do caso.

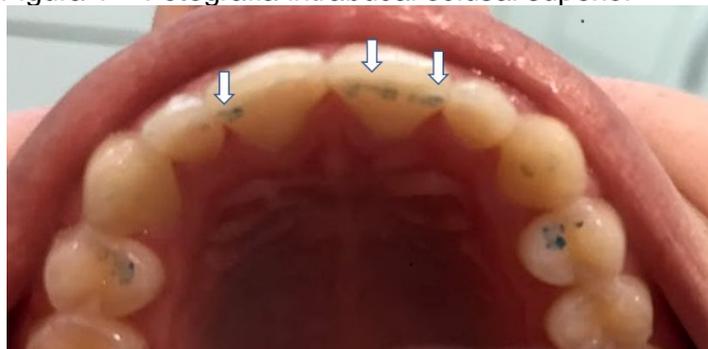
3 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente relato de caso clínico foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o protocolo de número 3.017.766 (ANEXO A). Paciente gênero feminino, 20 anos, leucoderma, procurou a clínica de Periodontia, com queixa principal de frêmito nos dentes 11 e 21, e mobilidade no dente 21. A paciente apresentava saúde sistêmica e na anamnese auto relatou bruxismo.

A paciente foi submetida à criteriosa anamnese e avaliação periodontal (ANEXO B) para correto diagnóstico periodontal. Os índices periodontais avaliados foram: profundidade de sondagem (PS); nível de inserção clínica (NIC); recessão gengival (RG); índice dicotômico de placa bacteriana de O'Leary (1972); índice gengival de Mühlemann e Son (1971) (ANEXO B). A paciente apresentou saúde periodontal com índice de placa 0% (O'LEARY, 1972) e sangramento a sondagem 0% (MÜLLEMAN; SON, 1971). Não foram detectados perda de inserção clínica e recessão gengival. Ao exame de mobilidade dental foi detectado mobilidade grau I e à percussão vertical, a paciente relatou mais sensibilidade dolorosa nos dentes 11 e 21.

Avaliação específica sobre sinais e sintomas relacionados ao trauma oclusal, baseados em Hallmon (1999), foi realizada para diagnosticar o desenvolvimento e instalação dessa lesão nos dentes 11 e 21 que apresentam um proeminente *overbite* e alteração da curva de *Spee*. Observou-se a presença de facetas de desgaste na região de incisivos inferiores e na lingual dos incisivos superiores. Foi realizado o teste de oclusão com carbono e verificou-se contatos acentuados na região de incisivos superiores e inferiores (Figura 1).

Figura 1 – Fotografia intrabucal oclusal superior



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 2 – Fotografia intrabucal oclusal inferior



Fonte: Elaborada pela autora

Como avaliação complementar de imagem, foram realizadas radiografias periapicais. O exame radiográfico inicial apresentou aumento da espessura do ligamento periodontal na face distal dos dentes 11 e 21 e descontinuidade da lâmina dura ao redor de toda extensão das raízes desses dentes. As setas indicam regiões de aumento da espessura do ligamento periodontal e descontinuidade de lâmina dura dos dentes 11 e 21 (Figura 3).

Figura 3 – Radiografia periapical dos incisivos superiores realizada no *baseline*

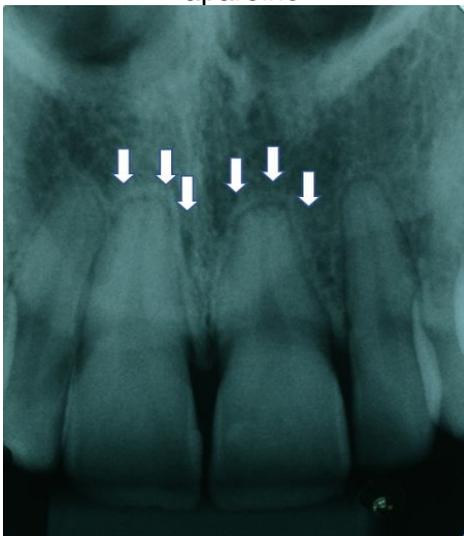
Fonte: Elaborada pela autora

Após a realização dos exames clínicos e radiográficos, foi diagnosticado trauma oclusal primário associado à presença de má oclusão e bruxismo, levando à quebra da homeostase do periodonto de inserção desses dentes e instalação dessa lesão não-infecciosa. Foi indicado o tratamento ortodôntico para correção do overbite, ajuste da curva de *Spee* e redistribuição dos contatos oclusais excessivos e posterior realização de placa miorelaxante pós finalização do tratamento ortodôntico.

Foram colados braquetes na região de pré-molares e molares, inserindo-os no terço cervical para extrusão desses dentes e nos incisivos e caninos colaram-se os braquetes no terço incisal com finalidade de intrusão desses dentes. Os objetivos da execução desses passos foram corrigir a curva de *Spee* e a mordida profunda (*overbite*), redistribuindo o contato oclusal dos dentes em questão. O tratamento ortodôntico teve duração de 12 meses e a paciente apresentou saúde periodontal durante todo o tratamento.

Foi realizada uma radiografia periapical após 16 dias da remoção do aparelho ortodôntico. Pôde-se verificar remodelação do ápice dos dentes 11 e 21 devido intrusão ortodôntica e leve aumento da espessura do ligamento periodontal. A paciente não relatava mais frêmito e clinicamente houve remissão da mobilidade dental e manutenção da saúde periodontal (Figura 4).

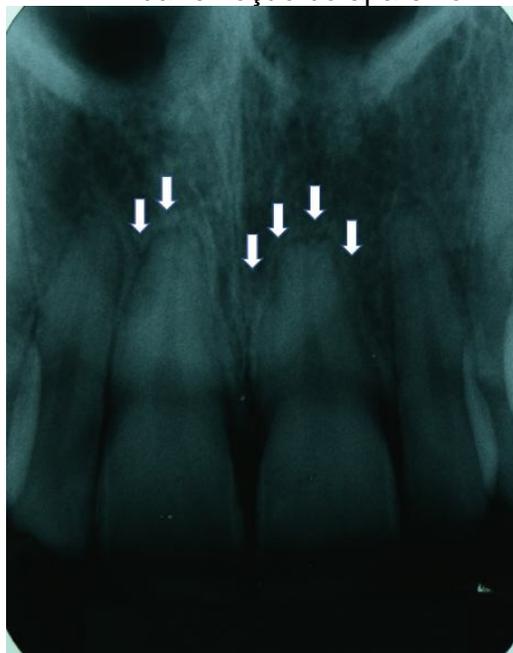
Figura 4 – Radiografia periapical realizada após 16 dias da remoção do aparelho



Fonte: Elaborada pela autora

Pôde-se constatar pelo acompanhamento clínico dos parâmetros periodontais manutenção da saúde periodontal após 4 e 7 meses da finalização do tratamento ortodôntico. Radiograficamente, observou-se após 4 meses da finalização da terapia ortodôntica discreta redução do espaço do ligamento periodontal dos dentes 11 e 21 e pôde-se observar uma lâmina dura mais proeminente na face mesial dos dentes 11 e 21 quando comparado à radiografia realizada 16 dias após finalização do tratamento ortodôntico (Figura 5).

Figura 5 – Radiografia periapical realizada após quatro meses da remoção do aparelho



Fonte: Elaborada pela autora

A placa miorrelaxante foi confeccionada após 6 meses do término do tratamento ortodôntico e o controle radiográfico foi feito após 7 meses da remoção do aparelho e 1 mês de utilização da placa (Figura 6).

Figura 6 – Placa miorelaxante



Fonte: Elaborada pela autora

Pôde-se observar um aumento da espessura da lâmina dura em toda extensão das raízes dos dentes 11 e 21, destacando-se a distal do dente 21 e região apical do dente 11 (Figura 7).

Figura 7 – Radiografia periapical realizada após sete meses da remoção do aparelho.



Fonte: Elaborada pela autora

4 DISCUSSÃO

O trauma oclusal primário é um achado importante em pacientes com saúde periodontal e muitas vezes não é constatado clinicamente devido à incompreensão do cirurgião-dentista da existência de uma lesão não-infecciosa no periodonto de inserção e outras vezes devido ao desconhecimento do trauma oclusal enquanto lesão (HALMMON, 1999; FAN, 2018). Muitas vezes, o termo trauma oclusal tem sido utilizado de maneira inadequada como sinônimo de força oclusal ou má-oclusão, dificultando o diagnóstico clínico.

Borges et al. (2013) analisam que o trauma oclusal poderia incidir sobre um dente com saúde periodontal e altura normal do periodonto de inserção, como neste relato, e seus sinais clínicos poderiam aparecer de maneira isolada ou combinada como o frêmito, mobilidade progressiva (podendo evoluir para migração dentária), facetas de desgaste e, em alguns casos, sensibilidade térmica e fratura dental. Radiograficamente, esses autores relatam aumento do espaço do ligamento periodontal, um indício radiográfico semelhante àquele encontrado no presente relato de caso clínico. Eles também relatam a possibilidade de encontrar perda óssea e reabsorção radicular, indícios não encontrados neste relato de caso clínico possivelmente devido a duração dos eventos parafuncionais e intensidade serem menores ao relatado por esses autores.

No presente relato, a paciente apresentava frêmito, facetas de desgaste nos incisivos inferiores e superiores, mobilidade dental e sensibilidade à percussão vertical, que constituem sinais e sintomas clínicos clássicos frequentemente relacionados ao trauma oclusal (Hallmon, 1999; Fan, Caton, 2018). A literatura mostra que o bruxismo pode estar associado ao desenvolvimento do trauma oclusal e às facetas de desgaste dos dentes (Safari, Jowkar, Farzin, 2013). A paciente deste relato apresentou auto-relato de bruxismo e foi constatado clinicamente a presença de facetas de desgaste nos incisivos e, possivelmente pela intensidade e direcionamento excêntrico das forças oclusais parafuncionais, houve rompimento da homeostase. Além disso, a constatação de mordida profunda (*overbite*) e de contato prematuro, também poderiam ter desencadeado o trauma oclusal (VEDANA, 1999). Deve-se, porém, ter em mente que a presença desses sinais e sintomas não necessariamente estão relacionados diretamente à presença dessa lesão não

infecciosa, devendo o cirurgião-dentista sempre lançar mão de outros exames clínicos e radiográficos para o correto diagnóstico.

Para se chegar ao diagnóstico preciso deste relato, além da avaliação clínica, foi necessário analisar as imagens obtidas através de exame radiográfico periapical que, de acordo com Consolaro (2008), proporciona a comprovação de má oclusão e junto com a *overbite*, levam à lesão no periodonto e são uma ferramenta crucial para determinação do diagnóstico desta lesão.

Consolaro (2008) orienta que o desajuste oclusal – como neste caso determinado pelo desgaste que resultou em facetas e a mobilidade dental – justifica a indicação para tratamento ortodôntico. Ele ainda aponta para o fato de que, induzindo o movimento dentário, o dente voltará à posição normal e, em alguns casos, poderá ser necessária a confecção de placas de alívio para estabilização da oclusão.

Amilhatii et al. (2002) também indica o tratamento ortodôntico para a correção do trauma oclusal. Neste relato de caso, a paciente passou por esse processo com o objetivo de corrigir o *overbite*, ajustar a curva de *Spee* e redistribuir os contatos oclusais excessivos. Posteriormente, foi indicado o uso de placa miorelaxante pós-finalização do tratamento ortodôntico para aliviar dentes e periodonto das forças parafuncionais desenvolvidas pelo bruxismo. Para esses autores, o tratamento requer um cuidado especial no momento da confecção do aparelho, sendo necessário antes de tudo, identificar o fator etiológico mais importante dessa desordem para que, dessa forma, seja eficaz na eliminação da mobilidade oclusal (AMILHATII et al., 2002).

Especificamente neste caso, a terapia ortodôntica trouxe benefícios clínicos e radiográficos que puderam ser constatados e mantidos após 7 meses da finalização do tratamento ortodôntico, havendo remissão da mobilidade clínica e do frêmito, além de discreta redução na espessura do ligamento periodontal e aumento da espessura da lâmina dura, que no *baseline* era descontínua.

Amilhatti et al. (2002) relatam ainda a importância da confecção da placa oclusal no restabelecimento de contatos estáveis entre os dentes das arcadas superior e inferior, devendo ser confeccionada preferencialmente com resina acrílica rígida, que se ajusta sobre a superfície oclusal e incisal dos dentes. Neste relato de caso, optou-se pela confecção da placa miorelaxante para melhorar o prognóstico do caso clínico.

5 CONCLUSÃO

Pôde-se concluir que, quando há saúde periodontal, o tratamento ortodôntico seguido da confecção de placa miorreloxante para minimização do bruxismo e estabilização da oclusão são eficazes para tratamento do trauma oclusal primário.

REFERÊNCIAS

ALMILHATTI, H. J. et al. Como aumentar o índice de sucesso no tratamento com placas oclusais mio-relaxantes. **JBA : j. bras. oclusao, ATM dor orofac.**, Curitiba, v. 2, n.8, p.340-343, out./dez. 2002. Disponível em: <<https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/10/Como-Aumentar-o-%C3%8Dndice-de-Sucesso-no-Tratamento-com-Placas-Oclusais-Miorrelaxantes.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BORGES, R.N. et al. Tratamento de perda óssea por trauma oclusal primário. Relato de caso. **Robrac: rev. odontol. Bras. Central**, Goiânia, v. 21, n. 61, p. 73-75, 2013. Disponível em: <<http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/681>>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CHAMBRONE, L.; CHAMBRONE, L. A.; LIMA, L. A. Effects of occlusal overload on peri-implant tissue health: a systematic review of animal-model studies. **J Periodontol**, Chicago, v. 81, n. 10, p. 1367-1378, Oct. 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1902/jop.2010.100176>>. Acesso em: 23 ago. 2018.

CONSOLARO, A. Trauma oclusal antes, durante e depois do tratamento ortodôntico: aspectos morfológicos de sua manifestação. **R Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 13, n. 6, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192008000600003>. Acesso: 03 set. 2018.

COOPER, M.B.; LANDAY, M.A.; SELTZER, S. The effects of excessive occlusal force on the pulp. II. Heavier and longer term forces. **J Periodontol**, Chicago, v. 42, n. 6, p. 353-359, Jun. 1971. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5282576>>. Acesso: 24 set. 2018.

ESTRELA, C.; FIGUEIREDO, J. A. P. **Endodontia: princípios biológicos e mecânicos**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001.

FAN, J.; CATON, J.G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **J Periodontol**, Chicago, v. 80, n.1, p. 214-222, Jun. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29926937>>. Acesso: 26 out. 2018.

FERNANDES NETO, A. J. Disfunção Temporomandibular – DTM disfunção periodontal. **Fo.ufu**, Uberlândia, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.fo.ufu.br/sites/fo.ufu.br/files/conteudo/page/dtm_disfuncao_periodontal_fernandesneto_aj_2017.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2018.

FERRO, K.J. Glossary of periodontal terms. 4 ed. **The American Academy of Periodontology**, v. 117, n. 5, p. 1-205, May. 2001. Disponível em: <https://www.academyofprosthodontics.org/_Library/ap_articles_download/GPT9.pdf>. Acesso: 13 set. 2018.

FURLANETO, F. A. et al. Oclusão e periodontia: uma análise crítica da literatura. **Revista brasileira de odontologia**, Joinvile, v. 6, n.1, p. 85-95, 2008.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=153013636012>>. Acesso: 115 out. 2018.

HALLMON, W.W. Occlusal trauma: effect and impact on the periodontium. **Ann Periodontol**, Chicago v. 4, n.1, p. 102-108, Dec. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863382>>. Acesso: 24 set. 2018.

ISIDOR, F. Influence of forces on peri-implant bone. **Clin Oral Implants Res**, Copenhagen, v. 17, n. 2, p. 8-18, Oct. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968378>>. Acesso: 12 nov. 2018.

KAN, J.P., JUDGE, R.B.; PALAMARA, J.E. In vitro bone strain analysis of implant following occlusal overload. **Clin Oral Implants Res**, Copenhagen, v. 25, n. 2, p. 73-82, Feb. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23067316>>. Acesso: 22 set. 2018.

KATO, T.; YAMAGUCHI, T.; OKURA, K.; ABE, S.; LAVIGNE, G.J. Sleep less and bite more: sleep disorders associated with occlusal loads during sleep. **J Prosthodont Res**, Amsterdam, v. 57, n. 2, p. 69-81, Apr 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23601992>>. Acesso: 12 ago. 2018.

PERAMETER on occlusal traumatism in patients with chronic periodontitis. **J Periodontol**, Chicago, v. 71, n. 5, p. 873-875, May. 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10875697>>. Acesso: 13 ago. 2018.

SAFARI, A.; JOWKAR, Z.; FARZIN, M. Evaluation of the relationship between Bruxism and Preamture Occlusal Contacts. **Journal Contemporary Dental Practice**, India, v. 14, n. 4, p. 616-621, Jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24309338>>. Acesso: 25 out. 2018.

THE glossary of prosthodontic terms. **J Prosthet Dent**, [S.l.] v. 94, n. 1, p. 10-92, Jul. 2005. Disponível em: <https://www.academyofprosthodontics.org/_Library/ap_articles_download/GPT8.pdf>. Acesso: 12 out. 2018.

VEDANA, L. C. G. **Trauma oclusal, efeitos sobre o periodonto**. 1999. 27 f. Monografia (Especialização em Periodontia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORACÃO



Continuação do Parecer: 3.017.788

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1225148.pdf	29/10/2018 14:24:10		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/10/2018 14:22:34	Mirella Lindoso Gomes Campos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	24/09/2018 18:21:38	Mirella Lindoso Gomes Campos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ComiteLarissaeThamyres.docx	24/09/2018 18:20:59	Mirella Lindoso Gomes Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 13 de Novembro de 2018

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Imã Arminia Nº 10-50 CEP: 17.011-160

UF: SP Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

ANEXO B – Ficha clínica de periodontia

NOME: _____
 ENDEREÇO: _____
 TELEFONE:(____)_____ PROFISSÃO:_____ RG: _____
 DATA NASCIMENTO:___/___/___ SEXO:_____ IDADE:_____

HISTÓRICO MÉDICO

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1 – Está em tratamento médico? | Sim () | Não () |
| 2 – Faz uso de algum medicamento? | Sim () | Não () |
| 3 – Teve alguma das seguintes doenças? | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatite | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Artrite | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Asma | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Reumatismo | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Febre reumática | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio de pressão arterial | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Anemia | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Problema renal | Sim () | Não () |
| 4 – Já teve hemorragia? | Sim () | Não () |
| 5 – É alérgico ou tem reação adversa a: | | |
| <input type="checkbox"/> Anestésico | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | Sim () | Não () |
| <input type="checkbox"/> Iodo | Sim () | Não () |

Outros: _____

6 – Está grávida? Sim () Não ()

7 – Está amamentando? Sim () Não ()

8 – Você tem alguma doença não listada acima que acha importante relatar? Sim () Não ()

Qual? _____

FATORES SISTÊMICOS ASSOCIADOS À DOENÇA PERIODONTAL

9 – É fumante? Sim () Não ()

10 – É diabético? Sim () Não ()

11 – Está estressado por algum motivo? Sim () Não ()

12 – Tem insônia? Sim () Não ()

13 – Range os dentes? Sim () Não ()

14 – Tem osteoporose? Sim () Não ()

15 – Tem imunodepressão (neutropenia, drogas imunodepressoras)? Sim () Não ()

16 – Tem AIDS? Sim () Não ()

HISTÓRIA DA DOENÇA PERIODONTAL

17 – Queixa Principal:

18- História da Doença Periodontal:

19 – Sua gengiva sangra? Sim () Não ()

20 – Sua gengiva dói? Sim () Não ()

21 – Sente sensibilidade dental (dentinária?) Sim (...) Não (...)

22 – Tem halitose? Sim () Não ()

23 – Respira pela boca? Sim () Não ()

24 – Quantas vezes escova os dentes por dia? 1() 2() 3() +3()

36.1 Qual a localização do piercing (colocar a região)? _____

37- Profundidade de vestíbulo Raso () Médio () Profundo ()

38- Presença de freios/bridas associados à recessão? Sim () Não ()

39 - Possui apinhamento dental, giroversão ou extrusão associada à recessão? Falar a condição e o dente.

40- Qual o tipo de freio quanto à inserção (Placek et al.,1976)

- a) Inserção mucosa
- b) Inserção gengival
- c) Inserção papilar
- d) Inserção interdentária/papilar penetrante

41- O freio/brida provoca isquemia da gengiva livre? Sim () Não ()

42- O freio/brida provoca deslocamento da marvem gengival quando tracionado? Sim () Não ()

43- Qual é a classificação da recessão gengival (Miller, 1985)? Identificar os dentes.

- a) Classe I _____
- b) Classe II _____
- c) Classe III _____
- d) Classe IV _____

44 – Se houver, qual a altura (em mm) de tecido gengival ceratinizado do(s) dente(s) com recessão? Identificar o dente e colocar a altura.

45- Qual a largura da recessão gengival (identificar o dente e colocar em milímetros – mm a largura)

46 – Qual a espessura inicial do tecido gengival (se houver) dos dentes com recessão?

47 - Há presença de lesão cervical não-cariosa associada à recessão?

48 – Há presença de restauração ou cárie associada à recessão?

INDICADORES CLÍNICOS DE TRAUMA OCLUSAL PODEM INCLUIR UM OU MAIS DOS SEGUINTE INDICADORES:

49. Há mobilidade progressiva? Sim () Não ()

50. Há relato de frêmito? Sim () Não ()

Se sim, quais dentes? _____

51. Há presença de prematuridades oclusais? Sim () Não ()

Se sim, quais dentes? _____

52. Há facetas de desgaste ou outros indicadores clínicos? Sim () Não ()

Se sim, quais dentes? _____

53. Houve migração dentária? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
54. Há fratura dental ou tricas em esmalte? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
55. Paciente relata sensibilidade térmica? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
56. Teste frio Alterado () Normal ()
57. Dor à percussão vertical? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
58. Dor à percussão horizontal? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____

INDICADORES RADIOGRÁFICOS RELACIONADOS AO TRAUMA OCLUSAL

59. Aumento da espessura do ligamento periodontal? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
60. Reabsorção óssea (defeitos de furca; defeitos verticais; circunferenciais) ?
Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____
61. Reabsorção radicular? Sim () Não ()
Se sim, quais dentes? _____

EXAME INICIAL - Data: ___/___/____

DENTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
BOLSA	<input type="checkbox"/>															
RETRAÇÃO	<input type="checkbox"/>															
N.I.C.	<input type="checkbox"/>															
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>															
BIFURCAÇÃO	<input type="checkbox"/>															

DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------

DENTE	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
BOLSA	<input type="checkbox"/>															
RETRAÇÃO	<input type="checkbox"/>															
N.I.C.	<input type="checkbox"/>															
MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>															
BIFURCAÇÃO	<input type="checkbox"/>															

DIAGNÓSTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SAÚDE
--------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE - Data: ___/___/____

