

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

THAMYRES CRISTINA DOS SANTOS SINHORINI

**DIAGNÓSTICO DE TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO
ASSOCIADO À PARAFUNÇÃO: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

**BAURU
2018**

THAMYRES CRISTINA DOS SANTOS SINHORINI

**DIAGNÓSTICO DE TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO
ASSOCIADO À PARAFUNÇÃO: RELATO DE 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 orientação da Prof.^a Dra. Mirella Gomes Lindoso Campos.

BAURU
2018

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

Sinhorini, Thamyres Cristina dos Santos

S61788d

Diagnóstico de trauma oclusal primário associado á
parafunção: relato de caso clínico / Thamyres Cristina dos Santos
Sinhorini. -- 2018.

32f. : il.

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

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

1. Hábitos. 2. Lesão. 3. Ligamento Periodontal. 4. Onicofagia.
5. Periodonto. I. Campos, Mirella Lindoso Gomes. II. Título.

THAMYRES CRISTINA DOS SANTOS SINHORINI

**DIAGNÓSTICO DE TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO ASSOCIADO À
PARAFUNÇÃO: RELATO DE 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 orientação do Prof.^a Dra. Mirella Gomes Lindoso Campos.

Bauru, 27 de novembro de 2018.

Banca examinadora:

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

Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior
Universidade do Sagrado Coração

Prof. Dr. Valdey Suedam
Universidade do Sagrado Coração

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu irmão, com amor.

AGRADECIMENTOS

Venho a partir deste trabalho expressar meu agradecimento a todos que fizeram parte da minha jornada acadêmica, que apoiaram na realização e conquista do meu sonho.

A princípio agradeço a Nossa Senhora da Conceição Aparecida por ter me permitido chegar até aqui, por ter me protegido e abençoado neste longo caminho e por sempre ter me fornecido forças para continuar as conquistas dos meus objetivos.

A minha família, meu pai **Marcelo Manoel de Barros Senhorini**, pois graças a sua luta diária permite que eu possa realizar meu sonho, expresse todo meu amor e meu reconhecimento de seus atos. A minha mãe **Sandra Regina dos Santos**, que apesar das dificuldades sempre me incentivou a conquistar meu lugar no mundo e a nunca desistir de seguir em frente apesar dos obstáculos que irei encontrar no meu caminho, agradeço imensamente seu amor e apoio diariamente. Ao meu irmão **Matheus Manoel Senhorini**, por estar ao meu lado me incentivando em todos os momentos da minha vida e por ajudar nossos pais a proporcionar este novo mundo a mim. Com todo meu amor, eu dedico este trabalho a vocês, pois não seria possível realiza-lo sem vocês.

Ao meu amor e amigo **Giovani**, que apesar da distância sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da minha vida, me incentivando e passando por todas as dificuldades junto a mim. Agradeço pela paciência, companheirismo e amparo em toda a nossa história.

A minha querida orientadora **Profa. Dra. Mirella Gomes Lindoso Campos**, agradeço por sua paciência e confiança em mim, por ter transmitido todo o seu conhecimento para que pudesse me conceder a oportunidade de realizar esta monografia. Obrigada novamente por fazer parte e ser responsável desta conquista em minha vida.

Agradeço o **Prof. Dr. Joel Ferreira Santiago Junior** e o **Prof. Dr. Valdey Suedam**, por aceitarem o convite para avaliar este trabalho. Pelo amparo na realização do mesmo, e todo o carinho e dedicação que tiveram para que eu conseguisse realizar esta monografia.

RESUMO

O trauma oclusal é definido como uma lesão não infecciosa que afeta o periodonto de inserção devido a forças oclusais que excedem sua capacidade de adaptação, sendo classificado como primário e secundário. Dessa forma, o trauma oclusal primário é uma lesão resultante de forças oclusais excessivas aplicadas a um dente ou grupo de dentes com suporte periodontal normal, visto que o trauma oclusal secundário refere-se às alterações de forças oclusais excessivas que ocorrem em dentes ou grupo de dentes com o periodonto de suporte inadequado ou reduzido. Esta monografia é um relato de caso clínico da paciente T.C.S.S, sexo feminino, com 21 anos de idade, leucoderma, sem alterações de ordem sistêmica, que compareceu a clinica de graduação de Periodontia da Universidade do Sagrado Coração com queixa principal de “dor na face agravado pelo período de provas regimentais”. Durante o exame clínico constatou que no exame extrabucal a paciente apresentava dor na face gerada pelo apertamento, e no intrabucal verificou-se trinca de esmalte na borda incisal do dente 11 associada à onicofagia, esta apresentou saúde periodontal, índices periodontais e altura do periodonto de inserção normais. Radiografias periapicais de incisivos superiores e inferiores foram realizadas como exame complementar para analisar a extensão da trinca, porem foi observado um aumento da espessura do ligamento periodontal e descontinuidade da lâmina dura dos dentes 11, 21. Os parâmetros radiográficos sofreram piora relacionada ao estresse das provas regimentais, por esse motivo após trinta dias foi diagnosticado presença de contrato prematuro nos dentes 41 e 21, que possivelmente estava associado à movimentação dentária causada pelo apertamento dentário agravado pelo estresse. Realizou-se ajuste oclusal da interferência, a paciente foi instruída a suspender o hábito parafuncional de onicofagia e orientada a realizar uma placa miorelaxante, para que assim houvesse uma remodelação dos tecidos periodontais e uma regressão da lesão não infecciosa instalada. O diagnóstico clínico e radiográfico de trauma oclusal primário é importante para o planejamento clínico e resolução da lesão. O tratamento para resolução do trauma oclusal associado à parafunção é de competência de equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Hábitos. Lesão. Ligamento Periodontal. Onicofagia. Periodonto.

ABSTRACT

Occlusal trauma is defined as a noninfectious lesion that affects the insertion periodontium due to occlusal forces that exceed its adaptive capacity, being classified as primary and secondary. Thus, primary occlusal trauma is an injury resulting from excessive occlusal forces applied to a tooth or group of teeth with normal periodontal support, since secondary occlusal trauma refers to changes in excessive occlusal forces occurring in teeth or a group of teeth with inadequate or reduced support periodontium. This monograph is a clinical case report of the female TCSS patient, aged 21 years, leucoderma, without systemic alterations, who attended the graduation clinic of the University of Sacred Heart with a major complaint of "face pain aggravated by the period of regimental evidence ". During the clinical examination, she found that in the extraoral exam the patient had pain on the face generated by the tightening, and intrabuccal cracking of the enamel was observed on the incisal edge of the tooth 11 associated with onicophagy, which presented periodontal health, periodontal indexes and height of the periodontium of insertion. Periapical radiographs of the upper and lower incisors were performed as a complementary exam to analyze the extent of the crack, but an increase in the thickness of the periodontal ligament and discontinuity of the hard blade of the teeth were observed 11, 21. The radiographic parameters suffered a worsening related to the stress of the regimental tests. For this reason, after 30 days, a premature contract was diagnosed in the teeth 41 and 21, which was possibly associated with the dental movement caused by the stressful dental tightening. Occlusal adjustment of the interference was performed, the patient was instructed to suspend the parafunctional habit of onychophagia and to perform a myorelaxing plaque, so that there would be a remodeling of the periodontal tissues and a regression of the non-infectious lesion installed. The clinical and radiographic diagnosis of primary occlusal trauma is important for the clinical planning and resolution of the lesion. The treatment for resolution of occlusal trauma associated with parafunction is a multidisciplinary team.

Keywords: Habits. Lesion. Periodontal ligament. Onicophagy. Periodontium.

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 8 |
| 2. | OBJETIVOS | 10 |
| 3. | RELATO DE CASO CLÍNICO | 11 |
| 3.1 | PRIMEIRA CONSULTA | 11 |
| 3.2 | SEGUNDA CONSULTA..... | 12 |
| 4. | DISCUSSÃO | 15 |
| 5. | CONCLUSÃO..... | 18 |
| | REFERÊNCIAS | 19 |
| | ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP | 22 |
| | Anexo B- Fichas de anamnese e avaliação periodontal..... | 24 |

1 INTRODUÇÃO

O trauma oclusal é um termo usado para descrever a lesão tecidual não infecciosa que resulta alteração patológica ou modificação adaptativa que ocorre no periodonto de inserção dos dentes (ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar) como consequência de aplicação de forças oclusais que são denominadas de forças alternadas, que excedem sua capacidade de reparação portanto não havendo tempo para que os tecidos periodontais sejam reparados biologicamente, podendo ocorrer em um periodonto normal ou em um periodonto reduzido causado pela doença periodontal (CORTELLI et al., 2005; LINDHE et al., 2005).

As forças oclusais excessivas, além de poderem causar danos ao periodonto de inserção, podem também lesionar a polpa dental, os músculos da mastigação, a articulação temporomandibular e sistema nervoso central (LINDHE et al., 2005; PARKER, 1990).

O trauma oclusal é classificado pela Academia Americana de Periodontia como trauma de oclusão primário e secundário. A forma primária é uma lesão no periodonto de inserção resultante de forças oclusais excessivas aplicadas a um dente ou grupos de dentes com periodonto de altura normal, enquanto a forma secundária é uma lesão que ocorre no periodonto de inserção de um dente ou grupo de dentes com o periodonto de altura reduzida diante de forças oclusais que excederam sua capacidade adaptativa (HALLMON, 1999; FAN; CATON, 2018).

Os possíveis fatores etiológicos que podem levar o desenvolvimento do trauma oclusal podem variar de acordo com a magnitude das forças (espessamento do ligamento periodontal), direção das forças (reorientação da tensão e pressão), frequência, duração (tempo de exposição) e tipo de periodonto. Essas mudanças na condição fisiológica do dente e do periodonto podem resultar em um aumento e compressão do ligamento periodontal, remodelação óssea, hialinização e/ou necrose, aumento na quantidade de células, dilatação e/ou permeabilização vascular, trombose e reabsorção vascular (HALLMON, 1999; JINGYUAN; CATON, 2017; LOPES et al., 2012).

O direcionamento das forças pode ser explicado por zonas de tensão e zonas de pressão que convergem em um mesmo ponto devido à aplicação de

forças alternadas e distribuídas de forma não paralela ao dente. Com o excesso de cargas oclusais alternadas há um desequilíbrio entre os osteoblastos (reabsorção óssea) e os osteoclastos (formação óssea), assim como na remodelação das fibras do ligamento periodontal, que resulta em uma injúria aos tecidos de suporte do dente. Na tentativa de adaptação fisiológica verifica-se um alargamento do ligamento periodontal em toda extensão dental frente a demanda traumatogênicas das forças excessivas (HALLMON, 1999, LOPES et al., 2012; JINGYUAN; CATON, 2017).

Os indicadores clínicos do trauma oclusal podem incluir um ou mais dos seguintes itens: mobilidade progressiva, presença de frêmito, sensibilidade trémica ou dolorosa a mastigação e a percussão, migração dentária, presença de contato prematuro, presença de faceta associado a outros indicadores clínicos, fraturas dentarias ou trinca de esmalte, sensibilidades nos músculos da mastigação (HALLMON,1999; LOPES et al., 2012; JINGYUAN; CATON, 2017).

Os indicadores radiográficos do trauma oclusal podem incluir um ou mais dos seguintes itens: espessamento do ligamento periodontal, descontinuidade da lâmina dura, presença de zonas radiolúcidas na furca ou no ápice do dente, reabsorção óssea ou radicular (HALLMON,1999; LOPES et al., 2012; JINGYUAN; CATON, 2017).

Os tratamentos possíveis para o trauma oclusal são o ajuste da oclusão (remoção de contatos prematuros com dentes antagonistas), contenção de dentes com mobilidade, uso de aparelhos ortodônticos e remoção de hábitos parafuncionais. O prognóstico dessa lesão é favorável, pois quando é removido as forças excessivas e não há inflamação instalada a lesão é reversível (HALLMON, 1999; LOPES et al., 2012; JINGYUAN; CATON, 2017).

Devido a impossibilidade de acompanhamento prospectivo dessas lesões, os relatos de casos clínicos são importantes para melhor compreensão do trauma oclusal primário. Assim, existe a necessidade de relatos de casos clínicos que melhor elucidem o processo de diagnóstico e o tratamento para que o cirurgião-dentista compreenda melhor a importância dessa lesão não infecciosa que pode acarretar o insucesso do plano de tratamento proposto para seus pacientes.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo é relatar um caso clínico de trauma oclusal primário, seus possíveis fatores etiológicos, o processo de diagnóstico clínico e radiográfico e o tratamento do caso exposto.

3 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente relato de caso objetiva relatar o diagnóstico clínico e radiográfico de trauma oclusal primário de uma estudante de Odontologia do sétimo semestre na Universidade do Sagrado Coração. 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 do sexo feminino, 20 anos de idade, leucoedema, apresentou-se à clínica de graduação de Periodontia da Universidade do Sagrado Coração com queixa principal dor na face associada ao apertamento agravado pelo período de provas regimentais.

3.1 PRIMEIRA CONSULTA

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 detectadas perda de inserção clínica e recessão gengival.

Na primeira consulta foram realizados os exames clínicos de rotina ilustrado no Quadro 1 e foram observados os seguintes aspectos: ao exame extra-bucal foi relatado pela paciente dor na face ao toque (especificamente na região do músculo masseter) e nenhuma anormalidade presente; ao exame clínico intra-bucal foi verificada a presença de trinca de esmalte na borda incisal do dente 11 associada à onicofagia, saúde periodontal, índices periodontais e altura do periodonto de inserção normais; ao exame complementar foram tomadas radiografias periapicais da região de incisivos superiores e inferiores onde observou-se o aumento da espessura do ligamento periodontal e descontinuidade da lâmina dura dos dentes 11, 21 e nenhuma lesão foi vista no periodonto de inserção dos incisivos inferiores.

Quadro 1 - Exame intra e extra-bucal.



Fonte: elaborado pela autora.

Nota: A (fotografia da face da paciente); B (exame extra-bucal); C (exame intra-bucal: análise de toda arcada dentária); D (exame intra-bucal: trinca de esmalte na borda incisal do dente 11); E (exame de profundidade de sondagem no arco superior); F (exame de profundidade de sondagem no arco inferior); G (exame complementar de incisivos superiores: aumento da espessura do ligamento periodontal e descontinuidade da lâmina dura dos dentes 11, 21); H (exame complementar de incisivos inferiores: nenhuma lesão foi vista no periodonto de inserção).

3.2 SEGUNDA CONSULTA

Após trinta dias da primeira consulta, foi realizada uma segunda consulta ilustrada no Quadro 2, analisando os mesmos quesitos analisados anteriormente: ao exame extra-bucal encontravam-se nas mesmas condições da primeira consulta; ao exame intra-bucal verificou-se contato prematuro do dente 41 com o dente 21 (confirmado pelo teste do carbono e imediatamente realizado ajuste oclusal), houve a manutenção da saúde periodontal.

Quadro 2 - Contato prematuro e teste de carbono

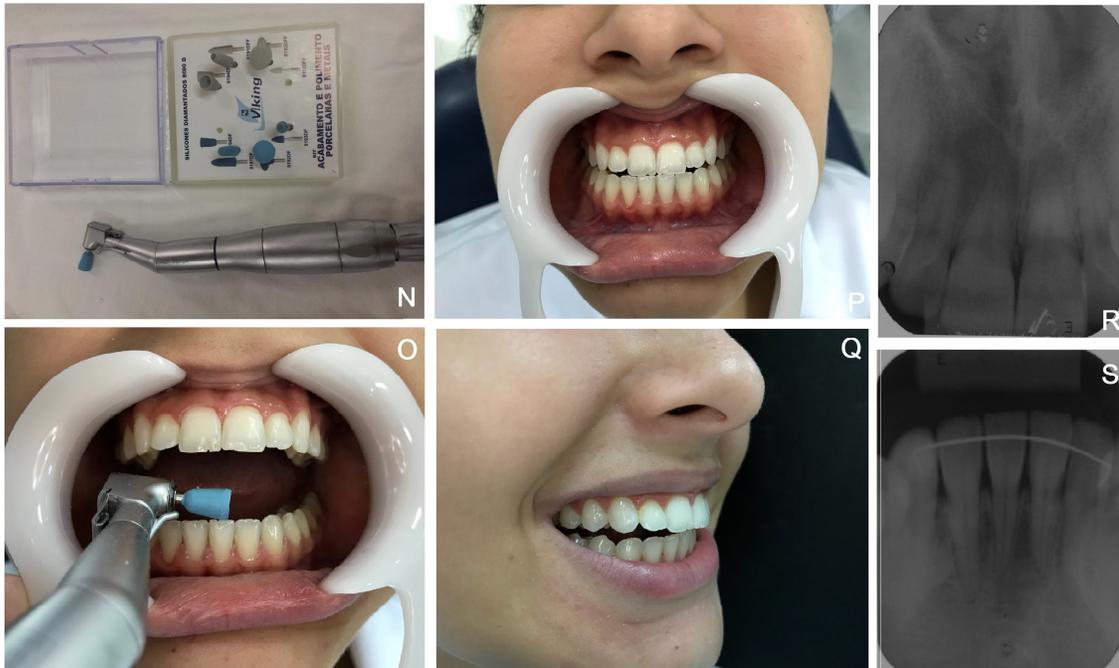


Fonte: elaborado pela autora.

Nota: I (oclusão da paciente); J (movimentos de protrusão para checagem de contato prematuro); K (teste do carbono); L (análise da marcação do carbono na região incisal palatina superior); M (análise da marcação do carbono na região incisal vestibular inferior).

Na mesma sessão ilustrada nas imagens do Quadro 3 foi realizado o ajuste oclusal com kit de silicões diamantada na região demarcada pelo teste de carbono. Ao exame radiográfico realizado posteriormente ao alívio oclusal observou-se manutenção do aumento de espessura do ligamento periodontal e descontinuidade da lâmina dura dos dentes 11 e 21 e o dente 41 apresentou-se com aumento da espessura do ligamento periodontal em toda sua extensão.

Quadro 3 - Ajuste oclusal



Fonte: elaborado pela autora.

Nota: N (kit de silicones diamantadas); O (ajuste oclusal com kit de silicones diamantadas); P (movimentos de protusão para checagem do ajuste oclusal); Q (fotografia da oclusão do paciente); R (radiografia periapical de incisivos superiores); S (radiografia periapical de incisivos superiores).

Os parâmetros radiográficos observados na segunda sessão sofreram piora relacionada ao estresse das provas regimentais e durante todo o período foi verificado a manutenção da saúde periodontal. O contato prematuro observado na segunda consulta possivelmente estava associado à movimentação dentária causada pelo apertamento dentário agravado pelo estresse.

Diante disso, a paciente foi instruída a confeccionar uma placa miorelaxante para amenizar seus apertamentos em vigília e durante o sono, procurar auxílio de uma equipe multidisciplinar para a realização de terapias psicológicas para diminuir o estresse causado pelas provas regimentais.

Após o diagnóstico do contrato prematuro a paciente foi submetida ao ajuste oclusal para que houvesse uma remodelação da injúria causada pelo contato. Foi feita a orientação para que a mesma cessasse com o hábito parafuncional de onicofagia utilizando métodos que considerasse válidos.

4 DISCUSSÃO

Os dentes e o periodonto respondem a alterações funcionais adaptativas às forças mastigatórias, no entanto as forças oclusais que excedem a capacidade adaptativa do suporte do dente causam injúrias no periodonto, porém quando não há inflamação instalada e as forças oclusais são removidas há uma regressão da lesão instalada (LOPES et al., 2012).

O presente relato de caso clínico mostra uma paciente jovem que desenvolveu trauma oclusal primário devido à realização de hábitos parafuncionais de onicofagia e bruxismo. A mesma teve aumento significativo da lesão no periodonto de inserção, constatado por exames clínicos e radiográficos, devido ao estresse provocado provas regimentais, e consequente aumento da frequência e duração dos eventos parafuncionais. Os exames complementares de imagem são de fundamental importância para realizar o correto diagnóstico, pois a partir dele iremos analisar o espessamento/aumento do ligamento periodontal, a descontinuidade da lâmina dura, reabsorções ósseas e radiolusência no ápice de dentes vitais (HALLMON, 1999).

Dentre os sinais clínicos e sintomas que podem estar associados à presença de trauma oclusal, a paciente apresentava trinca de esmalte no 11 e dor nos músculos da face à pressão (HALLMON, 1999; LOPES et al., 2012; JINGYUAN; CATON, 2017). O bruxismo desenvolvido pela paciente pôde ter levado ao desenvolvimento de facetas de desgaste e trincas de esmalte e, também ao desenvolvimento de trauma oclusal verificados clínica e radiograficamente (SAFARI; JOWKAR; FARZIN, 2013). Com relação à onicofagia, a literatura relata danos ao periodonto de suporte devido ao traumatismo mecânico e impactação de unhas no sulco gengival (ELLISON et al., 2014; HODGES; ALLEN, DURHAM, 1994; KREJCI, 2000), porém não há nenhum relato de trauma oclusal relacionado a este hábito parafuncional. Apesar disso, sabe-se que a onicofagia aumenta o tempo, a intensidade e a frequência de contato entre os dentes, além de poder distribuir as forças de forma excêntrica, podendo levar ao desenvolvimento ou agravamento do trauma oclusal primário.

Corroborando com os achados clínicos deste relato de caso, a literatura mostra experimentalmente que o desenvolvimento de modelos de estresse em animais altera os padrões de normalidade clínica periodontal e radiográfica (BUDTZ-JØRGENSEN, 1980). Modelo de elemento finito avaliando a biomecânica de forças oclusais excessivas também mostra danos ao periodonto de inserção, principalmente nos terços médio e apical de incisivos superiores (POIATE et al., 2009). No presente relato de caso, durante a segunda avaliação clínica, percebeu-se manutenção da lesão nos incisivos superiores e constatação de lesão nos incisivos inferiores devido à piora dos hábitos parafuncionais associados ao estresse. Provavelmente, a constatação do trauma oclusal primário ocorreu nos incisivos inferiores e não houve piora nos parâmetros radiográficos nos incisivos superiores devido à menor área de periodonto de inserção dos incisivos inferiores comparado aos incisivos superiores, fazendo com que respondessem de maneira mais danosa à biomecânica oclusal, instalando a lesão.

Como solução para o trauma oclusal, realizou-se ajuste de interferências oclusais, pois o ajuste oclusal de pequenas interferências pode trazer benefícios para involução do trauma oclusal, remissão do frêmito e mobilidade dental (SLOW, 2018), além do tratamento e prevenção de desordens têmporo-mandibulares (KOH; ROBINSON, 2003). Portanto, quando bem aplicado, o ajuste oclusal por desgaste permite o desgaste seletivo, buscando obter a harmonização da oclusão e redistribuição dos contatos oclusais e, conseqüentemente, das forças e do direcionamento dos vetores de forças aplicados nos dentes. Um relato de caso clínico mostrou a reversão do trauma oclusal após a realização do ajuste oclusal, levando a formação de novo osso e remissão da mobilidade dental (BORGES et al., 2011).

Os hábitos parafuncionais como morder lábio, bruxismo, onicofagia, mascar chicletes e morder objetos podem gerar danos para as estruturas dentais e periodontais. Para controlar e prevenir as conseqüências deletérias destes hábitos são indicados os três seguintes fatores: a realização de estratégias de orientação que iram acarretar em uma mudança comportamental do paciente; a farmacoterapia para dores crônicas e agudas; e o uso de dispositivos intraorais dentro a mais indicada a placa estabilizadora rígida lisa, visto que protegem os dentes evitando desgaste dentário, reduzem atividades

dos músculos mastigatórios e a articulação temporomandibular, reduzem o estímulo periférico muscular e articular, previnem movimentos dentários e previnem danos a estruturas periodontais, além de serem utilizadas no tratamento de cefaléias tipo tensional, disfunções temporomandibulares musculares e articulares (BARBOSA et al., 2013; CONTI, 2012; COSTA, 2015).

5 CONCLUSÃO

O diagnóstico clínico e radiográfico de trauma oclusal primário é importante para o planejamento clínico e resolução da lesão. O tratamento para resolução do trauma oclusal associado à parafunção é de competência de equipe multidisciplinar para se conseguir atingir a homeostasia de todas as funções de maneira adequada e, conseqüentemente, restabelecer saúde.

REFERÊNCIAS

- ARMITAGE, G.C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 4, n. 1, p. 1-6, Dec. 1999. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863370>>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- BARBOSA, J.S. et al. Bruxismo: Quando a parafunção abala a estética. **Revista APCD de Estética**, Brasil, v. 01, n.3, p. 280-93, Ago. 2013. Disponível em: <<http://www.apcd.org.br/revistaestetica>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- BORGES, R.N.; ARANTES, B.M.; VIEIRA, D.F.; GUEDES, A.O.; ESTRELA, C. Occlusal adjustment in the treatment of primary traumatic injury. **Stomatol**, [S.l.] vol. 17, n. 33, Jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/sto/v17n33/a09v17n33.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- BUDTZ-JØGENSEN, E. Bruxism and trauma from occlusion. An experimental model in Macaca monkeys. **J Clin Periodontol**, Copenhagen v. 7, n. 2, p. 149-62, Apr. 1980. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6769975>>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- CLARK, G.T. Nocturnal masseter muscle activity and the symptoms of masticatory dysfunction. **J Oral Rehabil**, Oxford, v. 8, n. 3, p. 279-86, May. 1981. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6942140>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- CONTI, P.CR et al. Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. **Journal of Oral Rehabilitation**, Chicago, v. 39; n. 39, p. 754–760, Oct. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672361>>. Acesso em: 18 nov. 2018.
- CORTELLI, J.R. et al. Glossário da Sociedade Brasileira de Periodontia. **SOBRAPE**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 04, 2005. Disponível em: <<https://www.sobrape.org.br/>>. Acesso em: 25 ago. 2018.
- COSTA, Y.M. et al. Additional effect of occlusal splints on the improvement of psychological aspects in temporomandibular disorder subjects: A randomized controlled trial. **Archives of Oral Biology**, Chicago, v 60, n. 5, p. 738-744, May. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2015.02.005>>. Acesso em: 19 nov. 2018.
- ELLISON, R.; RAHMAN, S.; BARKER, D.; LARMOUR, C. Onychophagia and subgingival foreign body embedment: a case report. **Br Dent J**, Oxford, v. 216, n.9, p. 519-520, May. 2014. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.351>>. Acesso em: 12 nov. 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 em: 03 jun. 2018.

HODGES, E.D.; ALLEN, K.; DURHAM, T. Nail-biting and foreign body embedment: a review and case report. **Pediatr Dent**, Chicago, v. 16, n. 3, p. 236-238, Jun. 1994. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8058551>>. Acesso em: 15 set. 2018.

JINGYUAN, F.; CATON, J.G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. **J Periodontology**, Chicago, v. 89, n. 1, p. 214–222, Jun. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29926937>>. Acesso em: 14 ago. 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. **Other Journals in Brief**, Oxford, v. 57, n. 2, p. 69-81, abr. 2013. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2013.713>>. Acesso em: 10 set. 2018.

KOH, H.; ROBINSON, P.G. Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders. **Cochrane Database Syst Rev**, Oxford, v. 30, n. 4, p. 30- 45, 2003 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12535488>>. Acesso em: 26 jun. 2018.

KREJCI, C.B. Self-inflicted gingival injury due to habitual fingernail biting. **J Periodontol**, Chicago, v. 71, n. 6, p. 1029-31, Jun 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10914808>>. Acesso em: 26 out. 2018.

LOPES, A.C.T.A. et al. Efeito das forças excessivas sobre os dentes e o periodonto de inserção. **Rounesp**, [S.l.], v. 1, n. 1. P. 1-15, 2012. Disponível em: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rounesp-scielo?URL_MASK=c3fa17b980ea4705ad9d0f0e6531420c>. acesso em 02 ago. 2018.

CONTI, P.C. et al. Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. **Journal of Oral Rehabilitation**, Chicago, v. 39; p. 754–760, Oct. 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22672361> >. Acesso em: 18 nov. 2018.

MÜHLEMANN, H.R.; SON, S. Gingival sulcus bleeding--a leading symptom in initial gingivitis. **Helv Odontol Acta**, [S.l.] v. 15, n. 2, p. 107-13, Oct. 1971. Disponível em: <<https://www.docphin.com/research/article-detail/14561250/PubMedID-5315729/Gingival-sulcus-bleeding-a-leading-symptom-in-initial-gingivitis>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

NILNER, M. Relationship between oral parafunctions and functional disturbances in the stomatognathic system in 15 to 18 year olds. **Acta Odontol Scand**, England, v. 41, n.4, p. 197-201, ago. 1983. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6578661>>. Acesso em: 15 set. 2018.

O'LEARY, T.J.; DRAKE, R.B.; NAYLOR, J.E. The plaque control record. **J Periodontol**, Chicago, v. 43, n. 1, p. 38-47, Jan. 1972. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1902/jop.1972.43.1.38>>. Acesso em: 14 set. 2018.

PARKER, M. W. A dynamic model of etiology in temporomandibular disorders. **J Am Dent Ass**, Chicago, v. 120, n.3, p. 283-290, Mar. 1990. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2179357>>. Acesso em: 23 out. 2018.

POIATE, I.A.; DE VASCONCELLOS, A.B.; DE SANTANA, R.B.; POIATE, E. Three-dimensional stress distribution in the human periodontal ligament in masticatory, parafunctional, and trauma loads: finite element analysis. **J Periodontol**, Chicago, v. 80, n. 11, p. 1859-67, Nov. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19905956>>. Acesso em: 18 set. 2018.

SAFARI, A.; JOWKAR, Z.; FARZIN, M. Evaluation of the relationship between bruxism and premature occlusal contacts. **J Contemp Dent Pract**, Oxford, v. 14, n. 4, p. 616-21, Jul. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24309338>>. Acesso em: 24 ago. 2018.

SOLOW, R.A. Clinical protocol for occlusal adjustment: Rationale and application. **Cranio**, England v. 36, n. 3 ,p. 195-206, May. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28398167>>. Acesso em: 24 jun. 2018.

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO SAGRADO
CORÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO EM PACIENTES COM SAÚDE PERIODONTAL: RELATO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Pesquisador: Mirella Lindoso Gomes Campos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02083018.8.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.017.766

Apresentação do Projeto:

apresenta documentos pertinentes e suficientes para análise da proposta de estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Relatar 2 casos clínicos de trauma oclusal primário, seus possíveis fatores etiológicos, o processo de diagnóstico clínico e radiográfico

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

riscos pertinentes ao exame clínico de caso já estabelecido, o que se confunde com a atenção odontológica e, portanto, incluída no processo. Benefícios ligados à área de estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um relato clínico após anamnese e práticas propedéuticas com uso de protocolos conhecidos e validados, aí incluindo exames radiográficos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com o adequado para o caso

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

estudo pode ser conduzido

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Imã Arminda Nº 10-50 **CEP:** 17.011-160

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comfedeeticadehumanos@usc.br

Continuação do Parecer: 3.017.766

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_P ROJETO_1225148.pdf | 29/10/2018 14:24:10 | | Acelto |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 29/10/2018 14:22:34 | Mirella Lindoso Gomes Campos | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 24/09/2018 18:21:38 | Mirella Lindoso Gomes Campos | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ComiteLarissaeThamyres.docx | 24/09/2018 18:20:59 | Mirella Lindoso Gomes Campos | Acelto |

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 Armanda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

ANEXO B - Fichas de anamnese e avaliação periodontal

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()
- 25 – Faz uso de fio dental? Sim () Não ()
- 27 – Qual creme dental utiliza
-
- 28 – Utiliza algum bochecho/ colutório? Sim () Não ()
- 28.1- Qual? _____
- 29- Faz uso de outra fonte contendo flúor? Sim () Não ()
- 30 – Oclusão:
- Sente os dentes abalados? Sim () Não ()
- Algum dente mudou de lugar? Sim () Não ()
- Tem espaços entre os dentes que não existiam? Sim () Não ()
- Sente dores no rosto pela manhã? Sim () Não ()
- Sente algum ruído quando abre a boca ou mastiga? Sim () Não ()
- Tem dificuldade de abrir muito a boca? Sim () Não ()
- Sente algum dente tocar primeiro que os outros quando fecha a boca? Sim () Não ()
- Usa aparelho ortodôntico? Sim () Não ()

FATORES ETIOLÓGICOS E PREDISPOANTES ASSOCIADOS RECESSÃO GENGIVAL

31- Que tipo de escova usa? Dura () Média () Macia ()

32- Qual marca da escova?

33- Qual o tamanho da cabeça da escova? Pequena () Média () Grande ()

34- Com qual frequência troca a sua escova?

34- Existe algum hábito que possa estar relacionado com a recessão?

AVALIAÇÃO CLÍNICA ESPECÍFICA PARA IDENTIFICAÇÃO FATORES ETIOLÓGICOS E PREDISPOANTES ASSOCIADOS À RECESSÃO GENGIVAL

- 35- Usa ou já usou aparelho ortodôntico? Sim () Não ()
- 36- Usa ou já usou piercing? Sim () Não ()
- 36.1 Qual a localização do piercing (colocar a região)? _____
- 37- Profundidade de vestibulo 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)

- Inserção mucosa
Inserção gengival
Inserção papilar
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.
Classe I _____
Classe II _____
Classe III _____
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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| DIAGNÓSTICO | | P1 | P2 | P3 | P4 | SAÚDE | | P1 | P2 | P3 | P4 | SAÚDE | | P1 | P2 | P3 | P4 | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| DIAGNÓSTICO | | P1 | P2 | P3 | P4 | SAÚDE | | P1 | P2 | P3 | P4 | SAÚDE | | P1 | P2 | P3 | P4 | SAÚDE |

DIAGNÓSTICO DO PACIENTE - Data: ___/___/____

Diagnóstico AAP _____

Índice de Placa O'Leary (placa visível)

$$IP\% = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dentes com placa} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de dentes}}$$

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENTE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | |
| | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENTE | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | <input type="checkbox"/> |

Índice Gengival (sangramento), Mülleman & Son, 1971

$$IG\% = \frac{\text{N}^\circ \text{ de dentes com sangramento} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de dentes}}$$

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENTE | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| DENTE | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | <input type="checkbox"/> |

Nº total de dentes