

Conexão

Uma revista da Odontoprev para você

UNNA

ODONTOFOBIA

COMO LIDAR COM PACIENTES QUE TÊM MEDO
DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontoprev é integrante do ranking global de Companhias com igualdade de gênero pelo 3º ano consecutivo



Afirmando nosso compromisso com a diversidade, respeito e igualdade, fomos nomeados, pelo 3º ano consecutivo, como uma das 418 Companhias mundiais de capital aberto comprometidas em apoiar a igualdade de gênero, pelo índice global Bloomberg GEI (Gender-Equality Index) 2022. Apenas 13 empresas brasileiras fazem parte desse ranking!

A pesquisa é feita nos EUA, e contou com grande interação das áreas de Sustentabilidade, Relações com Investidores e RH para informações e dados da Odontoprev.

O índice mede a igualdade de gênero em cinco pilares: liderança feminina e trilha de carreira dos talentos, igualdade de salários e paridade de remuneração entre gêneros, cultura inclusiva, políticas contra assédio sexual e marca pró-mulher.

Continuaremos desenvolvendo os pilares acima através da elaboração e prática de políticas inclusivas, representação e transparência. Estamos comprometidos a assegurar a igualdade e o bem-estar dentro da Companhia, para garantir cada vez mais sorrisos dos nossos colaboradores, parceiros e clientes.



Sumário



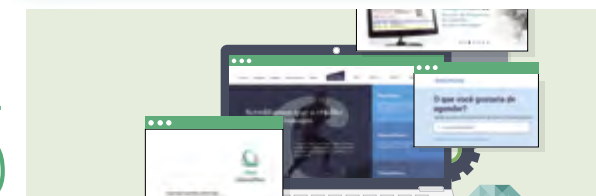
MATÉRIA DE CAPA
Medo de dentista

12



GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Produtos e serviços que facilitam a vida do cirurgião-dentista

05



OBE
O que se sabe sobre bruxismo

08



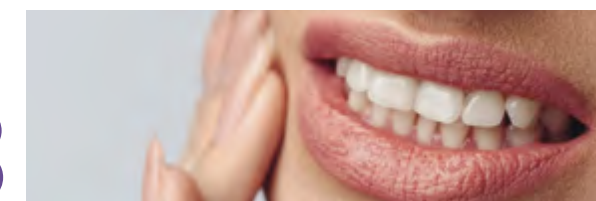
PESQUISA E TENDÊNCIAS
Periodontite e doenças sistêmicas

16



ARTIGO TÉCNICO
O trismo e suas causas

18



DEDO DE PROSA
Menos é mais

22



Conselho editorial
Emerson Nakao
José Maria Benozatti
Leandro Marques Avila
Leandro Stocco Baccarin
Marcos José Silva Costa
Regina Juhas
Rodolfo F. Haltenhoff Melani

burk

contato@burk.com.br

Eduardo Burckhardt
MTB 43.049
Editor-chefe

Ed Santana
Direção de arte

Érika Kobayashi
Fernanda Carpegiani
Reportagem

Paula Luize Burckhardt
Coordenadora editorial

Lygia Roncel
Revisão

*O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade de seu(s) autor(es).
Produzido por Burk Editora, sob encomenda de Odontoprev, dezembro de 2021. Material de distribuição exclusiva à classe odontológica.*



INFORMAÇÃO DE PONTA

Você certamente já passou por esta situação em seu consultório. Na cadeira está um paciente ansioso, apreensivo e, em casos mais extremos, tão nervoso que torna impossível realizar o tratamento odontológico. O popularmente chamado de "medo de dentista" acomete entre 15% e 20% da população. Já a versão mais grave, caracterizada por temor desproporcional e conhecida como fobia odontológica ou odontofobia, é vivida por 3% a 5%.

O que fazer em ambos os casos? Na reportagem de capa desta edição da **Conexão UNNA**, debruçamo-nos sobre esse tema e apresentamos as conclusões dos estudos mais recentes sobre ele, as maneiras de lidar com pacientes com esse tipo de fobia, os tratamentos disponíveis e as formas de identificar os diferentes graus de ansiedade odontológica. "Na fobia, o paciente costuma ter reações descontroladas ao iniciar o tratamento, que podem se manifestar, por exemplo, em uma crise de choro, na incapacidade de abrir a boca para que o profissional possa examiná-la ou simplesmente no impulso de se levantar da cadeira e fugir", diz o cirurgião bucomaxilofacial Renato Aló da Fontoura, um dos especialistas consultados para a reportagem.

Outros temas muito presentes em nosso dia a dia nos consultórios são abordados nas demais seções da revista. A OBE (Odontologia Baseada em Evidências) traz um extenso e interessante conteúdo sobre o bruxismo, com as principais frentes de pesquisa sobre a doença. Você sabia, por exemplo, que, como o bruxismo do sono e o em vigília apresentam comportamentos muito distintos, há um consenso que recomenda "aposentar" a definição única para o problema?

No Artigo Técnico, o professor Dr. Ivo Contin, do Departamento de Prótese Dentária da FOU SP, escreve sobre as origens do trismo, uma informação essencial ao cirurgião-dentista para que consiga agir corretamente. "O trismo tem uma série de causas potenciais, e seu tratamento dependerá exatamente da causa", reforça Contin. Já na seção Pesquisa e Tendências trazemos uma reportagem especial com diferentes estudos que apontam a relação entre a periodontite e doenças sistêmicas crônicas, como a diabetes, o Alzheimer e, inclusive, alguns tipos de câncer.

Essas frentes de pesquisas nos mostram a importância de analisar a Odontologia por um espectro mais amplo na saúde dos indivíduos e põem à prova alguns conceitos há tempos cristalizados, mas que precisam de um novo olhar para construirmos a chamada Odontologia do futuro. Neste contexto, é de extrema relevância o tema da entrevista do Dedo de Prosa desta edição. Conversamos com o professor Dr. José Carlos Imparato sobre a Odontologia de Mínima Intervenção, uma tendência focada em fundamentos básicos como prevenção e preservação.

Completa esta edição um guia prático que reúne todos os produtos e serviços oferecidos pela Odontoprev a seus credenciados e que facilitam, e muito, o trabalho do cirurgião-dentista.

Boa leitura!



Dr. José Maria Benozatti
Diretor Clínico-Operacional
do Grupo Odontoprev



PRODUTOS E SERVIÇOS QUE FACILITAM A VIDA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

É possível otimizar uma série de custos e processos no consultório usando os benefícios oferecidos pela Odontoprev aos seus credenciados

Empréstimo com condições especiais, programa de troca e desconto de materiais, avaliação gratuita de lesões potencialmente cancerígenas. Esses são apenas alguns dos benefícios do programa Partner Rede UNNA Odontoprev, criado com o intuito de atender às maiores necessidades dos cirurgiões-dentistas. A rede credenciada pode usufruir de um vasto pacote de produtos e serviços que ajudam a diminuir gastos, agilizar e aprimorar processos e até aumentar a visibilidade dos profissionais. Conheça, entenda e aproveite os benefícios da Odontoprev para seus credenciados:

PROGRAMA DE REPOSIÇÃO DE MATERIAIS

O QUE OFERECE:

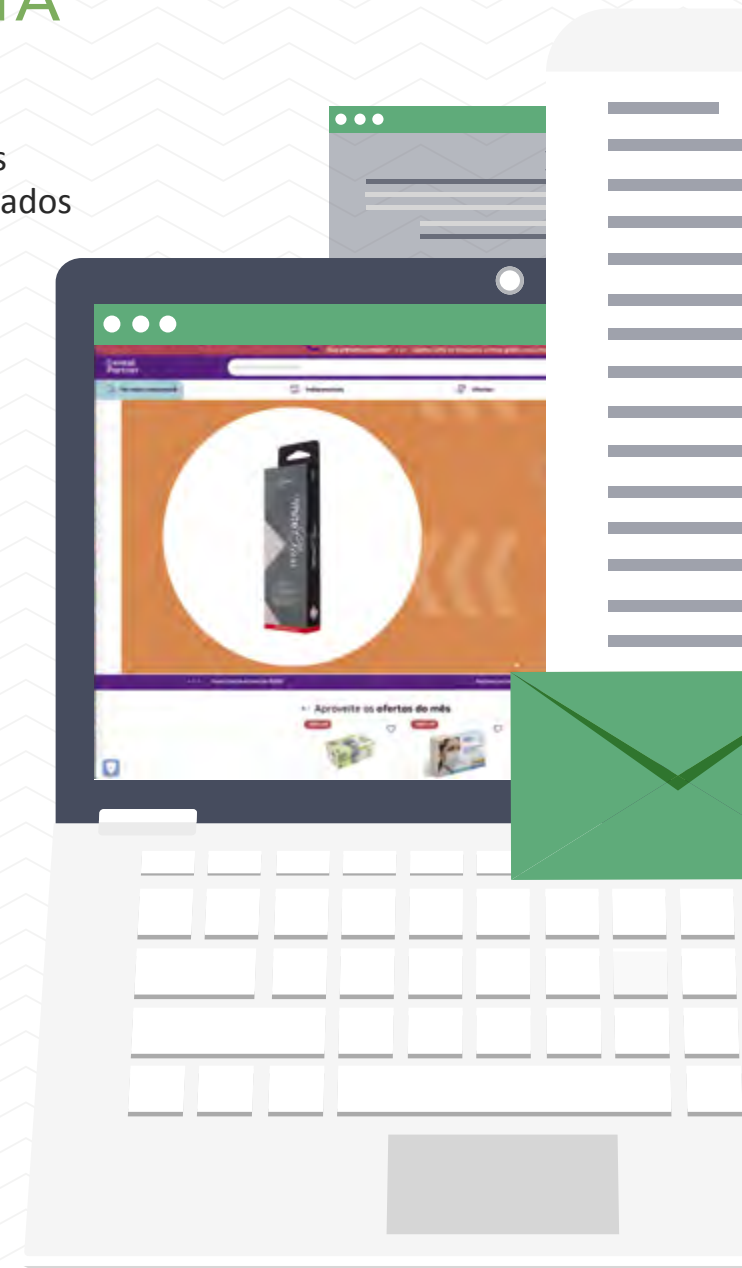
troca e compra com desconto de produtos da Dental Partner

COMO FUNCIONA:

Cada procedimento realizado no consultório gera pontos que podem ser trocados por qualquer tipo e marca de material odontológico na loja parceira Dental Partner. Os produtos são entregues em domicílio sem nenhum custo. Vale dizer que o programa existe desde 2009 e é exclusivo da Odontoprev. Em 2019, a Dental Partner também passou a disponibilizar descontos para a rede credenciada. Este é um benefício bastante utilizado e aprovado pelos nossos cirurgiões-dentistas.

VOCÊ SABIA?

A compra de insumos odontológicos representa de 10% a 15% do custo fixo do consultório. Por isso, o Programa de Reposição de Materiais tem um impacto positivo nos negócios ao proporcionar uma redução significativa nas despesas mensais.





EMPRÉSTIMO CAPTALYS

O QUE OFERECE:

contratação de empréstimos com condições e taxas especiais

COMO FUNCIONA:

A gestora de investimentos Captalys Asset fornece aos credenciados Odontoprev empréstimos com taxas bem abaixo do mercado sem necessidade de garantias e comprovações. O processo é feito de forma ágil, sem burocracias, na plataforma digital da Captalys.

O pagamento das parcelas também é facilitado: o cirurgião-dentista escolhe uma porcentagem que será deduzida do seu repasse. Assim, o valor mensal é atrelado ao montante total do repasse recebido, o que proporciona conforto financeiro.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O QUE OFERECE:

plataforma de *e-learning* que oferece cursos, artigos e conteúdos gratuitos, além de descontos em cursos de extensão, atualização e especialização

COMO FUNCIONA:

No portal Rede UNNA de Notícias, é possível acessar uma série de conteúdos sobre os assuntos mais relevantes e atuais da Odontologia. Entre eles, estão cursos *on-line* desenvolvidos em parceria com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico da Odontologia (FFO-Fundecto), credenciada à USP.

Também estão disponíveis boletins de notícias, artigos científicos e ainda congressos e palestras gravados durante o Fórum Internacional Rede UNNA. O evento teve sete edições, que contaram com a presença de especialistas renomados do Brasil e do mundo, debatendo e apresentando as principais tendências e pesquisas da área. A Odontoprev também oferece descontos em cursos de extensão, especialização e atualização.

VOCÊ SABIA?

Os cursos produzidos em parceria com a FFO-Fundecto têm duração de 40 a 50 minutos e abordam temas como a paramentação do cirurgião-dentista, barreiras para o controle de infecção cruzada e proteção do paciente. Já o Fórum Internacional Rede UNNA já abordou assuntos pioneiros, como a regeneração dental com células-tronco.

PRONTUÁRIO VIRTUAL

O QUE OFERECE:

histórico digital de exames e procedimentos realizados por pacientes

COMO FUNCIONA:

No aplicativo e no site da Odontoprev, o cirurgião-dentista pode acessar todo o histórico do paciente, o que o auxilia no diagnóstico e evita a refeição de exames e procedimentos. Esse registro também serve de suporte para o profissional demonstrar a realização de intervenções. No caso daquelas realizadas pelo próprio cirurgião-dentista, o acesso às informações é irrestrito. Para visualizar imagens de procedimentos realizados por outros profissionais, é necessário pedir autorização ao paciente.

VOCÊ SABIA?

Os registros do Prontuário Virtual da Odontoprev auxiliaram na identificação de vítimas de diversos acidentes que aconteceram no Brasil, entre eles a queda de aviões das companhias aéreas TAM e Gol em São Paulo (SP) e o rompimento da barragem da mineradora Samarco em Brumadinho (MG).

DESCONTO EASYDENTAL

O QUE OFERECE:

desconto na aquisição de *software* de gestão de consultório odontológico

COMO FUNCIONA:

Líder de mercado desde 1994, a EasyDental fornece um sistema completo de gestão para cirurgiões-dentistas, que inclui prontuário digital, agenda, controle de estoque, *marketing*, entre outros serviços. Credenciados da Odontoprev têm 40% de desconto na licença do *software*, que funciona via site e aplicativo.



SEGUNDA OPINIÃO A.C.CAMARGO CANCER CENTER

O QUE OFERECE:

avaliação gratuita de lesões suspeitas na cavidade bucal por oncologistas altamente qualificados

COMO FUNCIONA:

Ao deparar com uma lesão sugestiva, os cirurgiões-dentistas credenciados podem solicitar uma segunda opinião de especialistas do A.C.Camargo Cancer Center, referência internacional no tratamento de câncer. Para fazer o pedido, basta acessar o aplicativo da Odontoprev, fotografar as lesões – o que é feito com biossegurança, luminosidade e foco adequado –, preencher um breve formulário com especificações clínicas e enviar. O hospital, então, faz a análise do material e emite, em até 10 dias úteis, um laudo de segunda opinião com orientações. Tudo de forma simples e gratuita.

VOCÊ SABIA?

Foram diagnosticados 15.190 novos casos de câncer de boca e orofaringe por ano no Brasil entre 2020 e 2022, segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Apesar de preocupante, a incidência da doença nos consultórios odontológicos é baixa, o que pode dificultar e atrasar o diagnóstico. Além disso, a taxa de cura é maior quanto mais cedo a lesão é descoberta. Por isso, é essencial ter o apoio de especialistas na área de oncologia.

LICENÇA BOACONSULTA

O QUE É:

ferramenta de agendamento *on-line*

COMO FUNCIONA:

Para facilitar e otimizar o agendamento de atendimentos, a Odontoprev disponibiliza a seus credenciados licenças do site BoaConsulta. A ferramenta permite que o beneficiário tenha acesso à agenda do cirurgião-dentista e marque a consulta diretamente, de acordo com a disponibilidade do profissional. Além da confirmação de agendamento, o site possibilita que o paciente envie uma avaliação de satisfação, o que ajuda o cirurgião-dentista a aprimorar seus serviços.

VOCÊ SABIA?

Uma pesquisa realizada pela Odontoprev mostrou que o BoaConsulta também ajuda na divulgação dos cirurgiões-dentistas: 52% dos usuários relataram a captação de novos pacientes por meio da ferramenta. Segundo o levantamento, 84% dos credenciados estão satisfeitos com o serviço, e 15% deles estão extremamente satisfeitos.





O QUE SE SABE SOBRE BRUXISMO

A identificação e o tratamento do problema provocam divergências, mas há consenso em alguns pontos. Confira o que dizem as principais frentes de pesquisa

Emerson Nakao
Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani

O Glossário de Termos de Prótese Dentária (*Glossary of Prosthodontic Terms – GPT*) define bruxismo como uma atividade parafuncional de ranger de dentes, um hábito oral que consiste em um movimento mastigatório de trituração não funcional rítmico ou espasmódico, ou de apertamento dentário, que pode levar a um trauma oclusal.¹ Essa definição, embora publicada pela Academia Americana de Prótese Dentária, não abrange todos os aspectos envolvidos no entendimento desse problema; sendo assim, não é incomum encontrar na literatura outros autores abordando tais aspectos, no sentido de contribuir para o entendimento mais completo do bruxismo.

Um recente consenso internacional² o define como uma atividade repetitiva dos músculos mastigatórios que se caracteriza pelo apertar ou ranger dos dentes, mas sem atribuir necessariamente ao dente a origem do distúrbio, visto que indivíduos edêntulos também podem apresentá-lo, o que contribui para a hipótese de origem central, e não periférica (fatores anatômicos como a oclusão).

Acrescentam que existem duas manifestações circadianas distintas: a que ocorre durante o sono e a durante a vigília, sugerindo que a segunda pode causar mais efeitos deletérios ao sistema estomatognático que a primeira, talvez em função do tempo de atuação, que é maior no período em que um indivíduo está acordado. Propõem também um sistema de gradação no diagnóstico, assim descrito:

- **Possível:** baseado somente no relato do paciente (anamnese)
- **Provável:** baseado no relato do paciente + exame clínico
- **Determinado:** baseado no relato do paciente + exame clínico + polissonografia (preferencialmente com registro em áudio e vídeo)

Como o bruxismo do sono e o em vigília apresentam comportamentos distintos, esse consenso recomenda “aposentar” a definição única e adotar a seguinte:

- **Bruxismo do sono:** atividade muscular mastigatória durante o sono caracterizada como rítmica (fásica) ou não rítmica (tônica); não considerá-lo exclusivamente como distúrbio de movimento ou do sono no caso de indivíduos saudáveis.
- **Bruxismo em vigília:** atividade dos músculos mastigatórios durante a vigília caracterizada pelo contato repetitivo ou sus-

tentado dos dentes e/ou pelo encontro estático ou dinâmico da mandíbula com a maxila; não considerá-lo exclusivamente como distúrbio de movimento em indivíduos saudáveis.

Os autores enfatizam que, nas duas condições, deve-se concentrar a atenção na atividade dos músculos mastigatórios; e que, em um menor número de pacientes, o bruxismo pode ser um sinal de algum distúrbio, como, por exemplo, apneia obstrutiva do sono, epilepsia e alterações do sono REM. Também sugerem considerá-lo como um fator de risco para consequências negativas para a saúde bucal, e não como um distúrbio em indivíduos saudáveis, esclarecendo que fator de risco é um atributo que aumenta a probabilidade de um transtorno, mas não o garante – transtorno é uma disfunção prejudicial em si, causando danos ao indivíduo.²

Existem evidências, não conclusivas, de que o bruxismo pode ter consequências positivas em indivíduos saudáveis, como ser o episódio final de despertares respiratórios, atuando diretamente nas vias aéreas superiores durante o sono, prevenindo seu colapso e restaurando sua permeabilidade;^{3,4} ou, ainda, reduzindo o risco de desgaste dentário químico por aumentar a salivagem em casos de refluxo gastroesofágico,⁵ tornando-se um fator de proteção, o que mudaria completamente a forma como o bruxismo é entendido.

Cabe salientar que os conceitos e classificações encontradas na literatura variam amplamente há décadas²

e criam uma área cinza, que causa confusão a quem acessa esses estudos. A falta de cuidado na coleta e na leitura de estudos leva o profissional a utilizar somente uma parte da informação (da que foi coletada ou da que foi entendida) para identificar o problema e tratar seus pacientes. Como as formas de tratamento podem variar de acordo com o diagnóstico, é primordial que se tenha definido aquilo com que se está lidando, da maneira mais exata possível, para identificar e tratar corretamente ou, pelo menos, dentro de uma margem de erro aceitável, da qual o paciente se beneficie terapeuticamente. Conceitos e definições são constantemente testados à medida que a ciência e o tempo avançam, e estão constantemente em evolução, o que faz com que sejam difíceis de acompanhar. E a literatura, até o presente momento, não apresenta nada definitivo, o que não deve ser interpretado como uma carta branca que justifique adotar tipos de abordagem de forma aleatória.

“Como o bruxismo do sono e o em vigília apresentam comportamentos distintos, há um consenso que recomenda 'aposentar' a definição única”



Percebem-se os impactos que essas variações conceituais causam ao se consultar a literatura a respeito de mais aspectos relativos ao bruxismo, pois fica clara a dificuldade dos estudos de estabelecer uma forma de diagnosticar, formas de abordar o problema e a sua prevalência.

As formas de diagnosticar mais vantajosas seriam as não específicas, aquelas que conseguissem abordar o problema de forma mais ampla para, depois, se aprofundar. A combinação das técnicas não instrumentais (autorrelato + anamnese + exame clínico) e instrumentais (eletromiografia ou polissonografia com registro de áudio e vídeo) é bem-vinda desde que siga os princípios de acurácia, viabilidade, acessibilidade e adequação para uso clínico diário.²

Tratar o bruxismo é outra grande questão dentro da literatura. Parte-se da premissa de que não há uma cura estabelecida para ele,⁶ assim, as formas de tratamento existentes hoje servem no máximo para combater sintomas e/ou evitar danos. Os estudos utilizados pelo consenso concluíram que o uso da toxina botulínica ainda não pode ser considerado com certeza de resultado, pois dados conflitantes em estudos clínicos se fizeram presentes devido à heterogeneidade de critérios.

Quanto ao uso de drogas sistêmicas como antidepressivos e controladores de atividade muscular, tais estudos também apresentaram resultados inconsistentes. Apesar de resultados positivos terem sido alcançados com o *biofeedback* associado à eletromiografia, os resultados também não mostraram consistência suficiente para recomendá-lo em razão da falta de evidências (baixa quantidade de estudos). A placa miorelaxante parece ser até o momento a forma terapêutica mais conhecida, aceita e utilizada no mundo, com alguma evidência de sucesso, desde que o paciente receba a devida orientação de uso e acompanhamento.

Analisando o tema um pouco mais a fundo, percebe-se que outro aspecto não abordado na definição do GPT¹ é o desgaste dentário. Nos casos severos, o atrito não funcional dos dentes com altas frequência e intensidade pode causar danos estruturais extensos na coroa dos dentes, um achado clínico comum no dia a dia de um cirurgião-dentista. E novamente surge um problema quando se considerada apenas uma parte da informação, quando muitos profissionais assumem, de forma equivocada, que o desgaste dentário é sempre uma consequência direta do bruxismo, o que ajuda a entender o motivo de esse aspecto não fazer parte da definição de bruxismo que consta no glossário.

O desgaste dentário deve ser considerado, primeiramente, como parte de um processo natural ligado ao envelhecimen-



Há evidências de que a placa interoclusal e o biofeedback possam ser utilizados no tratamento do bruxismo do sono

to,^{7,8} e que resulta de três processos: abrasão (desgaste produzido pela interação entre os dentes e outros materiais), atrição (desgaste pelo contato dente-dente) e erosão (dissolução do tecido duro por substâncias ácidas). Seu impacto biológico é relativamente inócuo e o tratamento é muitas vezes um processo orientado pelo paciente. A propósito, muitos deles nem têm consciência de que seus dentes apresentam algum grau de desgaste. Os dentes são parte do sistema estomatognático, que está em constante processo de mudança, permitindo que haja tempo para adaptação.⁴ Assim, considera-se que somente de 2% a 10% dos casos de desgaste dentário são severos e necessitam de alguma intervenção.⁹

Outro aspecto a se considerar durante o diagnóstico do bruxismo é a sua relação com a maloclusão, anteriormente citado no início deste artigo, que aparece na literatura como uma das possíveis causas, definida como um distúrbio de desenvolvimento do sistema maxilofacial que pode causar perturbações funcionais e estéticas. Essa hipótese baseia-se na teoria de que a oclusão pode influenciar a atividade muscular e desencadear o hábito parafuncional.¹⁰ Por outro lado, existe uma corrente que defende a tese de que o controle do bruxismo tem origem central (por exemplo, psicológica), embora as evidências sejam moderadas,¹¹ e não periférica (por exemplo, morfológica, oclusal).¹² Atualmente a literatura fundamenta mais a teoria do controle central do que a do controle periférico, além de estabelecer interessante relação com o apinhamento dentário.¹³ Uma recente revisão sistemática e com meta-análise concluiu o mesmo, não encontrando associação com maloclusão.⁶

Para entender a grande variação dos números da prevalência do bruxismo na população encontrada na literatura, uma publicação de consenso expõe que esses estudos foram baseados no autorrelato do paciente, informação colhida na anamnese, tipicamen-

te considerado pouco confiável dada a sua imprecisão.¹⁰ Daí o motivo da proposta, de Lobbezoo e colaboradores, de um sistema de gradação no diagnóstico.² A dificuldade em conceituar o bruxismo também influencia na correta identificação e prevalência, tornando possível uma estimativa alta de falsos positivos, o que, por sua vez, elevaria o número de sobretratamentos.

CONCLUSÕES DO CONSENSO SOBRE BRUXISMO⁶

- Devido a variações demográficas e da dependência de dados anamnéticos, a verdadeira prevalência do bruxismo em qualquer população específica ainda é desconhecida.
- Há moderada evidência de que fatores psicossociais como estresse, mau humor, sofrimento, nervosismo e sentimento de tristeza estejam associados com o bruxismo que ocorre

durante o sono, assim como cafeína, álcool e tabagismo.

- Não há consenso sobre quais sintomas devem ser tratados no bruxismo do sono ou da vigília.
- Há alguma evidência de que a placa interoclusal e o *biofeedback* possam ser utilizados no tratamento do bruxismo do sono.
- Há evidências conflitantes no uso da toxina botulínica A (BTA)
- Não há evidência convincente para o uso de terapia medicamentosa para tratar o bruxismo do sono.
- Parece haver uma relação entre bruxismo e complicações mecânicas com implantes dentários.
- Não há cura estabelecida para o bruxismo.
- Recomenda-se cautela ao cirurgião-dentista ao reabilitar pacientes com desgaste oclusal severo.

REFERÊNCIAS:

1. The Glossary of Prosthodontic Terms: Ninth Edition. J Prosthet Dent. 2017 [acesso em 2022 Jan 05];117(5S):e1-e105. doi: 10.1016/j.prosdent.2016.12.001. PMID: 28418832. Disponível em: https://www.academyofprosthodontics.org/lib_ap_articles_download/GPT9.pdf.
2. Lobbezoo F, Ahlberg J, Raphael KG, Wetselaar P, Glaros AG, Kato T, Santiago V, Winocur E, De Laat A, De Leeuw R, Koyano K, Lavigne GJ, Svensson P, Manfredini D. International consensus on the assessment of bruxism: report of a work in progress. J Oral Rehabil. 2018;45(11):837-44. doi: 10.1111/joor.12663. Epub 2018 Jun 21. PMID: 29926505; PMCID: PMC6287494.
3. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med. 2003;14(1):30-46. doi: 10.1177/154411130301400104. PMID: 12764018.
4. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Marchese-Ragona R, Lobbezoo F. Theories on possible temporal relationships between sleep bruxism and obstructive sleep apnea events. An expert opinion. Sleep Breath. 2015;19(4):1459-65. doi: 10.1007/s11325-015-1163-5. PMID: 25794544.
5. Ohmure H, Oikawa K, Kanematsu K, Saito Y, Yamamoto T, Nagahama H, Tsubouchi H, Miyawaki S. Influence of experimental esophageal acidification on sleep bruxism: a randomized trial. J Dent Res. 2011;90(5):665-71. doi: 10.1177/0022034510393516. PMID: 21248360.
6. Ribeiro-Lages MB, Martins ML, Magno MB, Masterson Ferreira D, Tavares-Silva CM, Fonseca-Gonçalves A, Serra-Negra JM, Maia LC. Is there association between dental malocclusion and bruxism? A systematic review and meta-analysis. J Oral Rehabil. 2020 [acesso em 2022 Jan 05];47(10):1304-18. doi: 10.1111/joor.12971. PMID: 32246486. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/joor.12971>.
7. Shellis RP, Addy M. The interactions between attrition, abrasion and erosion in tooth wear. Monogr Oral Sci. 2014;25:32-45. doi: 10.1159/000359936. PMID: 24993256.
8. Bartlett D, O'Toole S. Tooth wear: best evidence consensus statement. J Prosthodont. 2020;30(S1):20-25. doi: 10.1111/jopr.13312. PMID: 33350551.
9. Smith BG, Knight JK. A comparison of patterns of tooth wear with aetiological factors. Br Dent J. 1984;157(1):16-9. doi: 10.1038/sj.bdj.4805401. PMID: 6588978.
10. Lavigne GJ, Khoury S, Abe S, Yamaguchi T, Raphael K. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. J Oral Rehabil. 2008 Jul;35(7):476-94. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x. PMID: 18557915.
11. Goldstein G, DeSantis L, Goodacre C. Bruxism: Best Evidence Consensus Statement. J Prosthodont. 2021 Apr;30(S1):91-101. doi: 10.1111/jopr.13308. PMID: 33331675.
12. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. J Oral Rehabil. 2001 [acesso em 2022 Jan 05];28(12):1085-91. doi: 10.1046/j.1365-2842.2001.00839.x. PMID: 11874505. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2842.2001.00839.x>.
13. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Martins-Júnior PA, Corrêa-Faria P, Gonzaga GC, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Prevalence of sleep bruxism and associated factors in preschool children. Pediatr Dent. 2014 Jan-Feb [acesso em 2022 Jan 05];36(1):46-50. PMID: 24717709 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24717709/>.



Prof. Emerson Nakao

Mestre e Especialista em Prótese Dentária e professor da FFO-Fundectó, fundação conveniada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)



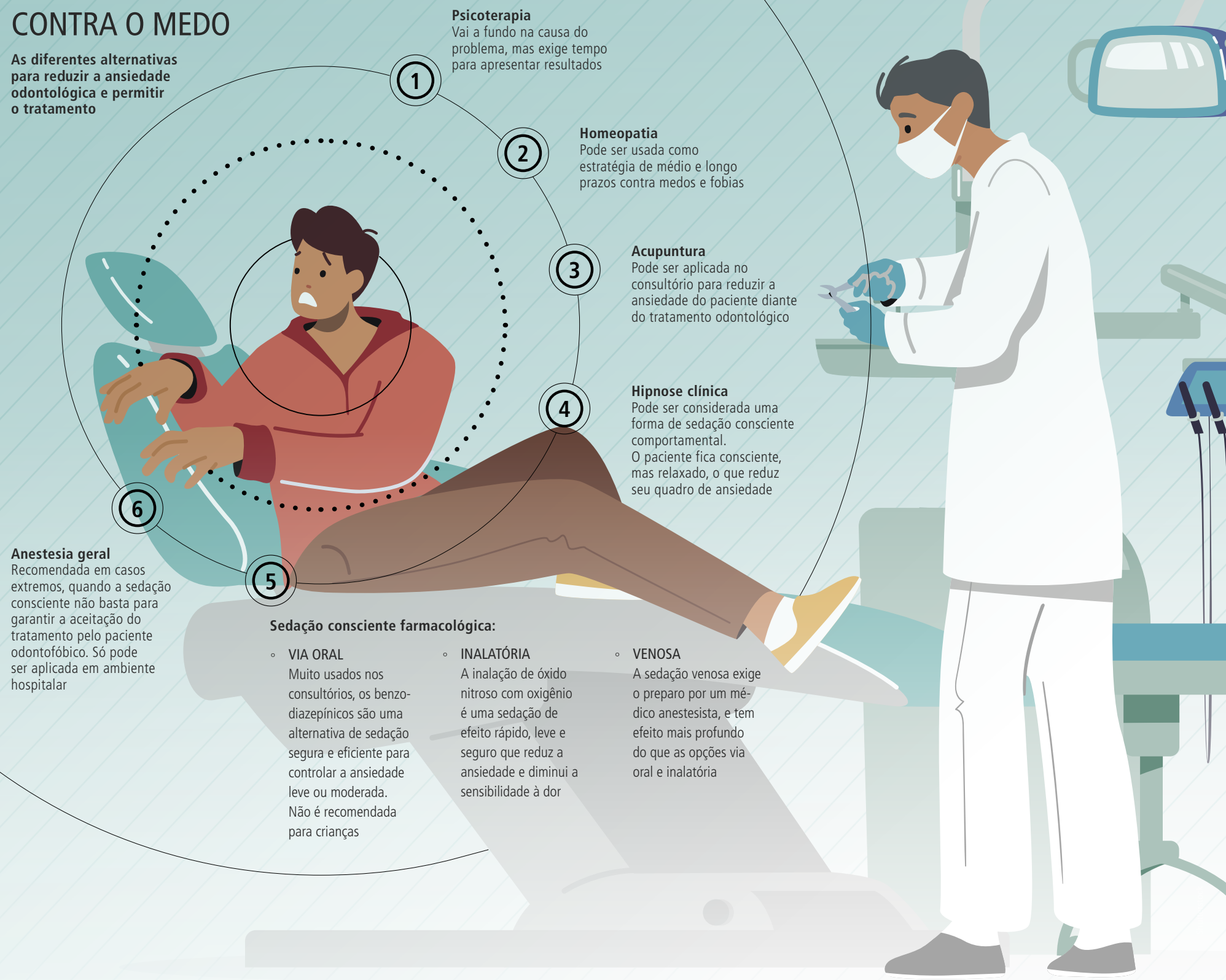
Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani

Professor associado do Departamento de Odontologia Social e responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ambos na FOUSP



CONTRA O MEDO

As diferentes alternativas para reduzir a ansiedade odontológica e permitir o tratamento



MEDO DE DENTISTA

O medo do tratamento odontológico chega a acometer 1 em cada 5 pacientes e, nos casos mais graves, pode até impedir que a pessoa receba os cuidados necessários. A boa notícia é que as alternativas à disposição dos cirurgiões-dentistas para lidar com a odontofobia são cada vez mais numerosas

É absolutamente normal ficar apreensivo quando chega a data da visita ao cirurgião-dentista. Mesmo um adulto que já fez diversas consultas odontológicas pode sentir ansiedade nesse momento, desencadeada talvez pela possibilidade de descobrir que será necessário passar por um procedimento desagradável ou pela simples lembrança da agulha da anestesia.

Um pouco de ansiedade, que não impeça nem atrase a ida ao consultório, não preocupa tanto e pode ser aliviado com uma conversa do cirurgião-dentista para tranquilizar o paciente. Mas estudos mostram que entre 15% e 20% da população de fato têm medo do atendimento dentário e que de 3% a 5% têm um temor desproporcional do tratamento ou do próprio cirurgião-dentista. Essa parcela minoritária — mas ainda assim significativa — é a que sofre de fobia odontológica, também chamada de odontofobia. Em alguns casos, a odontofobia chega a inviabilizar o tratamento, motivo pelo qual o tema merece a atenção de cirurgiões-dentistas.

Com o avanço nas técnicas que permitem resolver problemas bucais sem procedimentos invasivos e que possibilitam aliviar incômodo e dor durante o tratamento odontológico, o medo exacerbado de cirurgiões-dentistas é considerado um fenômeno em queda.



A pandemia de Covid-19 acendeu um alerta para a possibilidade de haver um novo gatilho para a odontofobia, pelo medo de que o consultório pudesse ser um local propenso ao contágio. A experiência de muitos profissionais, porém, tem sido de que isso não ocorreu, graças aos cuidados redobrados com equipamentos de proteção individual (EPI) e higienização que foram incorporados à rotina dos consultórios.

DA ANSIEDADE À FOBIA

Existem diferentes graus de ansiedade odontológica. Em suas manifestações extremas, ela pode ser classificada como odontofobia, que é considerada pela psiquiatria uma fobia específica. Tal como o medo exagerado de avião ou de água, a odontofobia é um medo desproporcional e persistente que impede a pessoa de enfrentar a situação da qual tem pavor. Na literatura acadêmica, existem alguns métodos para avaliar o grau de ansiedade odontológica. O mais conhecido é o questionário desenvolvido por Norman Corah em 1969 para ser submetido aos pacientes, que divide o diagnóstico em quatro graus de ansiedade, sendo que a maior faixa de pontuação pode ser classificada como fobia.

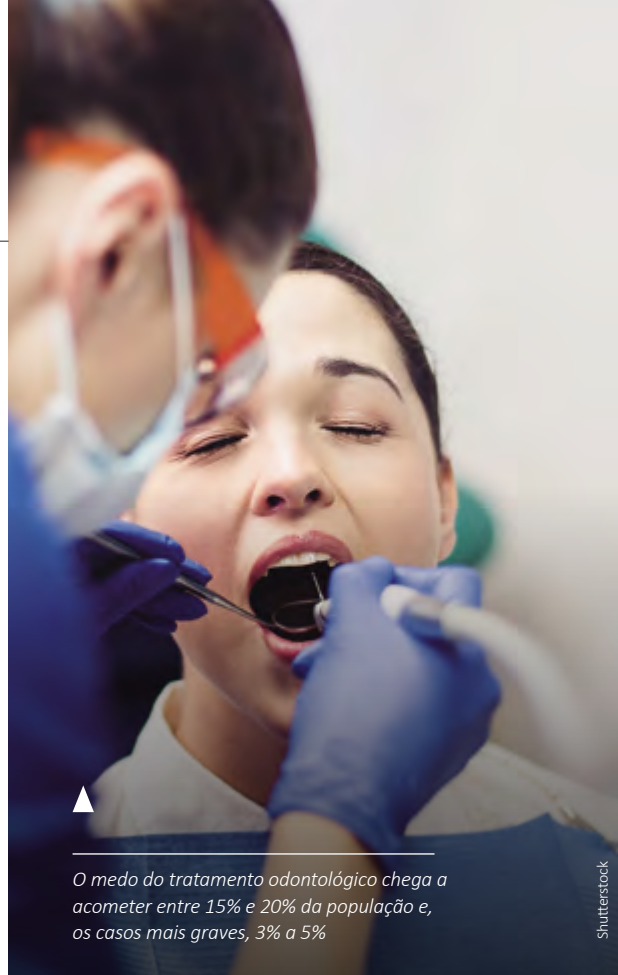
Há outras formas de identificar um paciente odontofóbico. “Ele costuma ter reações descontroladas ao iniciar o tratamento, que podem se manifestar, por exemplo, em uma crise de choro, na incapacidade de abrir a boca para que o profissional possa examiná-la ou simplesmente no impulso de se levantar da cadeira e fugir”, diz o cirurgião bucomaxilofacial Renato Aló da Fontoura, coordenador dos cursos de pós-graduação em implantologia e cirurgia do Certo Odontologia, no Rio de Janeiro, e autor do livro *Terapêutica e Protocolos Medicamentosos em Odontologia*.

Ao suspeitar de um caso de odontofobia, Fontoura diz que costuma conversar com o paciente e acalmá-lo, dizendo que naquele dia nenhum procedimento vai ser realizado. Ao final da consulta, ele pede para medir a pressão arterial. Na consulta seguinte, faz nova medição e, se a pressão estiver muito mais alta do que na vez anterior, conclui que se trata de um caso de odontofobia.

MÚLTIPLAS OPÇÕES DE TRATAMENTO

O primeiro passo para reduzir a ansiedade é criar um ambiente receptivo, que não se pareça com um hospital. Alguns cirurgiões-dentistas também têm evitado usar jalecos brancos, associados à atmosfera hospitalar, trocando-os por azuis ou de outra cor.

A relação que se deve estabelecer com os pacientes é a de confiança, evitando o que Fontoura chama de “síndrome do ‘inho’”, ou seja, a propensão de muitos cirurgiões-dentistas de minimizar os procedimentos a serem realizados, descrevendo-os com palavras no diminutivo: “dorzinha”, “obturaçõzinha” etc.



O medo do tratamento odontológico chega a acometer entre 15% e 20% da população e, os casos mais graves, 3% a 5%

Shutterstock

“Quando o paciente tem medo ou fobia odontológica, devem-se sugerir a ele as opções disponíveis para lidar com o problema e viabilizar o tratamento. Essa é uma decisão conjunta entre cirurgião-dentista e paciente”, afirma a odontopediatra Amélia Mamede, de Salvador (BA), diretora de Promoção de Saúde da Associação Brasileira de Odontologia (ABO). E as opções para lidar com a odontofobia, felizmente, são cada vez mais numerosas e eficazes (veja no quadro que abre esta reportagem).

Quando a fobia é identificada antes da necessidade de realização de procedimentos odontológicos mais complexos, indica-se um acompanhamento com psicoterapeuta, para ir a fundo na causa do problema. O tempo desse tratamento, porém, varia muito, e pode ser necessário complementá-lo com a ajuda de um psiquiatra, que tem à disposição instrumentos de efeito mais imediato, receitando medicamentos específicos para reduzir a ansiedade.

A acupuntura e a homeopatia são duas especialidades odontológicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) que podem auxiliar na redução de ansiedade e medo do tratamento odontológico, justamente por serem indicadas no tratamento de problemas crônicos.

Assim como na psicoterapia, na homeopatia procura-se compreender o paciente como um todo e ir na raiz do problema. É cada vez mais comum encontrar no Brasil cirurgiões-dentistas que se especializaram em acupuntura ou homeopatia, ou ambas, para oferecer essas técnicas como complemento em seus consultórios.

TIPOS DE SEDAÇÃO

Para muitos pacientes com medo ou fobia, a única maneira de conseguir se submeter ao tratamento odontológico é por meio da sedação, que pode ser consciente (quando o paciente mantém a capacidade de se comunicar e de reagir a estímulos físicos) ou inconsciente (a anestesia geral).

Amélia Mamede considera a hipnose uma forma de sedação consciente. “É uma técnica reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e indicada para doenças crônicas e emocionais. Pode ser feita dentro do consultório odontológico pelo próprio cirurgião-dentista capacitado, para a diminuição do medo e a aceitação do tratamento”, diz Mamede. A ABO oferece cursos de capacitação em hipnose para aplicação em Odontologia. Alternativamente, o cirurgião-dentista pode buscar um profissional especializado para realizar o procedimento em seu consultório.

Renato Aló da Fontoura já testemunhou a eficácia da hipnose, útil, por exemplo, para pacientes que têm fobia de anestesia, mas destaca que se trata de um tipo de sedação fraca, tal como a sedação oral com benzodiazepínicos e a sedação inalatória com óxido nitroso — também muito usados para possibilitar o tratamento de pacientes com odontofobia, além de reduzir a sensibilidade à dor.

Um efeito mais profundo pode ser obtido com sedação venosa, que exige a ida de um médico anestesista ao consultório.

Em último caso, quando a odontofobia se revela tão grave que nenhuma dessas intervenções mencionadas se mostra capaz de viabilizar o tratamento, pode ser necessário levar o paciente a um centro cirúrgico em um hospital para que receba anestesia geral. É a sedação inconsciente.

No Brasil, a sedação ainda não é uma realidade tão disseminada nos tratamentos odontológicos como ocorre nos consultórios americanos. Segundo Fontoura, nos Estados Unidos, mais de 95% dos procedimentos são feitos com pacientes sedados. No Brasil, a porcentagem não chega a 1%. Ele considera que, mais do que a busca pelo conforto do paciente, a sedação é necessária como uma medida de segurança, principalmente para quem tem problemas de saúde, como diabetes e hipertensão.

O CIRURGIÃO-DENTISTA COMO AMEAÇA

A odontofobia pode estar relacionada a aspectos específicos do tratamento odontológico, como o medo de sentir dor, medo de

agulha, medo dos instrumentos ou de seus ruídos, medo do consultório, medo de ficar com a boca aberta durante muito tempo ou de esgasgar e medo da própria figura do cirurgião-dentista. Em qualquer caso, é importante compreender a origem da fobia. De maneira geral, ela pode ter sido causada por uma ou mais experiências negativas durante tratamentos dentários ou por experiências indiretas, ou seja, pelo relato de outras pessoas.

Uma criança que demonstra ansiedade exacerbada em ir ao cirurgião-dentista, por exemplo, pode ter absorvido as experiências ruins relatadas por parentes ou está reagindo a uma estratégia dos pais de usar o tratamento como ameaça: “Escove os dentes, senão você vai ficar com os dentes podres e serei obrigado a te levar ao dentista para arrancar as cáries com uma broca!”.

A experiência dos irmãos também pode ter uma influência na atitude de uma criança em relação ao tratamento. Um estudo realizado na Universidade de Hong Kong e publicado em 2018 identificou uma incidência de ansiedade odontológica maior entre crianças que possuíam irmãos do que entre filhos únicos.

“A odontofobia é um medo desproporcional e persistente que impede a pessoa de enfrentar a situação da qual tem pavor: o tratamento odontológico”

Geralmente, é possível identificar dois tipos de jovens adultos com odontofobia: aquele que tem tanto medo de ir ao cirurgião-dentista que se torna um obcecado por higiene bucal, na esperança de nunca precisar ir a um consultório, e aquele que, apesar da boa condição financeira, só busca tratamento quando os proble-

mas se acumularam a ponto de não ser possível mais evitá-lo. Essa é uma das graves consequências da odontofobia: a não realização de procedimentos preventivos que poderiam evitar problemas odontológicos maiores.

Acabar com a fobia odontológica, portanto, passa por uma mudança cultural profunda, relacionada à atitude da sociedade em relação aos cirurgiões-dentistas. Esse processo está em curso. Crianças, adolescentes e jovens adultos, que não viveram a época em que os procedimentos eram mais dolorosos ou traumáticos, já não têm a mesma percepção negativa dos consultórios.

Pais e mães podem ajudar não usando os cirurgiões-dentistas como ameaça e levando seus filhos o mais cedo possível às primeiras consultas, mesmo que apenas para ações preventivas. Isso permitirá a formação de pacientes mais confiantes e menos suscetíveis à fobia odontológica.

PERIODONTITE E DOENÇAS SISTÊMICAS

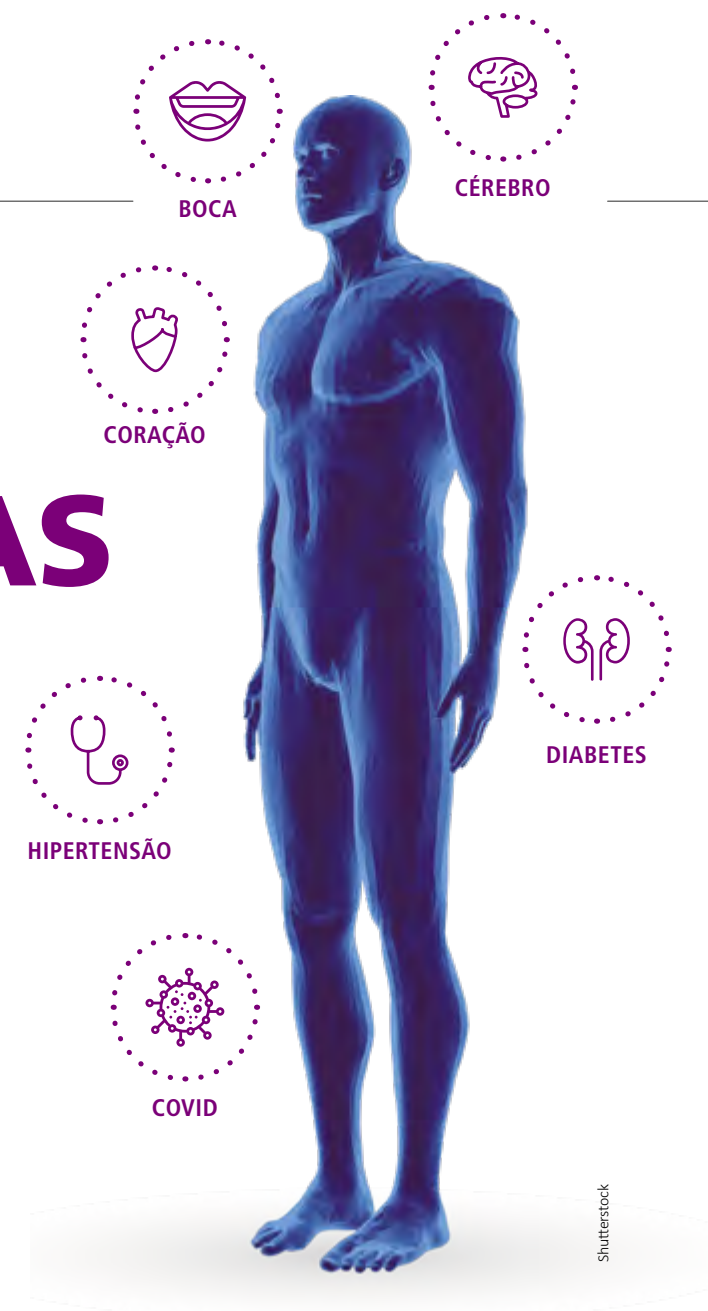
Pesquisas apontam relação entre inflamações bucais e doenças crônicas como diabetes, Alzheimer e câncer

Em outubro de 2021, a Federação Dentária Internacional (FDI World Dental Federation) publicou a nota "Por que e como integrar a saúde bucal em doenças não transmissíveis na cobertura universal de saúde". Alinhada com o relatório "Visão 2030: Saúde Bucal para Todos", que tem como meta a promoção de políticas universais para a saúde bucal, a nota apresenta evidências que associam a presença de doenças bucais em pacientes com doenças crônicas. As mais comuns, segundo artigo publicado na revista *Biomedical Journal*, são diabetes, alguns tipos de câncer, doenças cardiovasculares e Alzheimer.

Não se pode afirmar a existência de uma relação de causa e efeito entre doenças bucais e sistêmicas, mas ambas compartilham alguns determinantes sociais e fatores de riscos modificáveis (relacionados a maus hábitos alimentares, consumo de açúcar e álcool, tabagismo etc.). A associação também pode ser explicada pela presença da bactéria *Porphyromonas gingivalis*, encontrada em 85,75% das amostras de biofilme colhidas em pacientes com periodontite crônica, de acordo com a publicação *Frontiers in Microbiology*. Essas bactérias produzem endotoxinas, desequilibram o microbioma oral e espalham-se pela corrente sanguínea. Tal processo inflamatório pode exacerbar a condição de órgãos que já se encontram fragilizados e agravar as condições de saúde.

RECOMENDAÇÕES E CONSCIENTIZAÇÃO

A integração entre cuidados da saúde bucal e da saúde geral como política pública global é um dos pilares das metas propostas pela FDI para 2030. Alguns órgãos, já atentos às implicações de condições da saúde bucal em pacientes portadores de doenças sistêmicas, recomendam que o exame bucal faça parte do processo de avaliação de pacientes com **insuficiência renal**. A Fundação do Rim dos Estados Unidos sugere a adoção dessa medida a pacientes que estão na fila de transplante, levando em



conta que estes podem ter o procedimento retardado e até mesmo cancelado quando apresentam outros quadros inflamatórios, entre os quais se inclui a periodontite.

No tratamento de pessoas com **diabetes**, doença que acomete 537 milhões de adultos no mundo, a cooperação entre médicos e dentistas é necessária para evitar um "efeito bumerangue" no que diz respeito à taxa glicêmica. Níveis descontrolados de açúcar no sangue podem predispor à doença periodontal, que, por sua vez, afeta negativamente os níveis de açúcar no sangue (inflamações subgingivais aparecem em muitas pesquisas associadas ao desenvolvimento da diabetes). Evidências científicas mostram que o tratamento de doenças periodontais pode baixar as taxas de hemoglobina glicada (HbA1C), que são importantes no controle da doença. Outros estudos em pacientes diabéticos mostram que a doença periodontal em estágio avançado se combina a doenças cardiovasculares, doenças renais e retinopatia.

PROCESSOS INFLAMATÓRIOS EM CâNCER E ALZHEIMER

A periodontite é um fator de risco em doenças como o **câncer**, que aparece ligado a infecções crônicas e inflamações, e o **Alzheimer**, que possui uma forte relação com processos inflamatórios. A correlação entre periodontite e câncer aparece principalmente quando os órgãos afetados pela doença fazem parte dos sistemas digestivo e respiratório (as bactérias causadoras da periodontite podem migrar da boca para esses órgãos).

O Jornal do Instituto Nacional do Câncer, vinculado à Universidade de Oxford, publicou um estudo que compilou dados de 7.466 pessoas que passaram pelo programa de avaliação de risco de arteriosclerose em comunidades entre o final dos anos 90 e 2012. Foi constatado que pessoas com periodontite tinham um risco 24% maior de desenvolver câncer, principalmente de pulmão e colorretal. O risco aumentou para 28% em pacientes que não possuíam dentes.

Segundo o mesmo raciocínio, pesquisadores da Escola de Saúde Pública T.H. Chan de Harvard detectaram um risco maior de desenvolver câncer de estômago e esôfago em pessoas com doenças gengivais. Segundo estudo realizado com cerca de 150 mil mulheres e homens publicado no jornal *Gut* em 2020, houve um aumento de 43% de risco de desenvolvimento de câncer no esôfago e de 53% de câncer no estômago quando comparado a pessoas que não possuem doenças bucais. Além dos fatores previamente citados, outra hipótese é que a falta de higiene oral e a periodontite interferem na transformação de nitritos em nitrosaminas, que são consideradas substâncias cancerígenas.


Os estudos que traçam relações entre a periodontite e o Alzheimer tiveram como alvo de pesquisas evidências diversas. O periódico *Science Advances* apresentou testes realizados em portadores de Alzheimer em que a bactéria *Porphyromonas gingivalis* foi encontrada no cérebro e no líquido espinhal dos pacientes. Como a doença se caracteriza pela perda sináptica e pela morte neuronal em regiões do cérebro responsável por funções cognitivas e de memória, pessoas com esse diagnóstico podem ter a alimentação e a higiene bucal comprometidas. A inflamação na boca pode provocar e acentuar uma inflamação sistêmica e vice-versa.

Uma pesquisa realizada no Laboratório de Neuroimagem do Hospital de Clínicas da Unicamp também se concentrou na associação entre inflamação sistêmica e a diminuição da conectividade

de redes neurais. Foi constatado que altas taxas de citocina (marcadores inflamatórios) no sangue propiciam a evolução de um comprometimento cognitivo leve para a doença de Alzheimer. Testes publicados pelo periódico *Science Advances* encontrou, no cérebro de pacientes com essa doença, gengivinas, enzimas essenciais para a bactéria *Porphyromonas gingivalis* e que prejudicam a formação de uma proteína necessária para o funcionamento neural normal.

ASSOCIAÇÃO ENTRE OBESIDADE, COVID-19 E PERIODONTITE

Desde o surgimento da Covid-19, sabemos que a obesidade é um fator de risco de agravamento da doença. A associação entre obesidade e doenças periodontais em estágio avançado também é conhecida pelos profissionais de saúde. Em uma análise em retrospectiva de estudo realizado pelo UK Biobank com 59 mil participantes, dos quais 24,5% estavam diagnosticados com Covid-19, foi verificado que a doença periodontal em

pacientes obesos e com Covid-19 aumentou o número de hospitalizações e taxas de mortalidade. As taxas de hospitalizações aumentaram 57% em obesos com doenças periodontais em comparação com pessoas que apresentavam apenas obesidade. A taxa de mortalidade mostrou-se mais alta de acordo com o índice de massa corporal e subiu ainda mais em casos de doença periodontal. Uma das razões que pode explicar essa correlação é que tanto a obesidade quanto a doença periodontal deixam o organismo mais propenso a inflamações. 

“Pesquisa da Universidade de Oxford constatou que pessoas com periodontite têm risco 24% maior de desenvolver câncer, principalmente de pulmão e colorretal”

SAIBA MAIS:

- Glick M, Williams DM, Ben Yahya I, Bondioni E, Cheung WWM, Clark P, Jagait CK, Listl S, Mathur MR, Mossey P, Ogawa H, Seeberger GK, Sereny M, Séverin T. Vision 2030: Delivering optimal oral health for all. Geneva: FDI World Dental Federation; 2021.
- who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization. Oral Health; 2020 Mar 25 [acesso em 2022 Jan 05]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
- Lo CH, Kwon S, Wang L, Polychronidis G, Knudsen MD, Zhong R, Cao Y, Wu K, Ogino S, Giovannucci EL, Chan AT, Song M. Periodontal disease, tooth loss, and risk of oesophageal and gastric adenocarcinoma: a prospective study. *Gut*. 2021 Mar;70(3):620-21. doi: 10.1136/gutjnl-2020-321949. PMID: 32690603.
- Dominy SS, Lynch C, Ermini F, Benedyk M, Marczyk A, Konradi A, et al. *Porphyromonas gingivalis* in Alzheimer's disease brains: Evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. *Sci Adv*. 2019 Jan 23;5(1):eaau3333. doi: 10.1126/sciadv.aau3333. PMID: 30746447; PMCID: PMC6357742.



O TRISMO

E SUAS CAUSAS

Descobrir a origem deste problema muito encontrado pelos cirurgiões-dentistas é essencial para fazer o tratamento correto

Prof. Dr. Ivo Contin

A palavra trismo, que vem do grego *trismos*, é definida como um espasmo tetânico prolongado dos músculos da mandíbula que limita ou dificulta a abertura normal da boca. A designação foi originalmente usada apenas relacionada ao tétano, mas, como a incapacidade de abrir a boca pode ser observada em uma variedade de condições, o termo é usado atualmente para qualquer restrição de abertura mandibular, independentemente da etiologia.¹³ Simplificando a definição, trismo indica uma abertura de boca severamente restrita, seja qual for a etiologia, ou seja, uma abertura de boca de 35 mm ou menos deve ser considerada trismo.⁹ Em Medicina, tanto o teta-

no⁵ como as sequelas dos tratamentos de tumores na região da face são as causas mais importantes do trismo; este, entretanto, é geralmente um sinal secundário de um quadro clínico rico.² O trismo é um problema comumente encontrado pelo dentista. Ele tem uma série de causas potenciais, e seu tratamento dependerá exatamente da causa.³

No âmbito odontológico, dividimos o trismo em:

- 1- CAUSAS EXTRA-ARTICULARES**
- 2- CAUSAS INTRA-ARTICULARES**

1- CAUSAS EXTRA-ARTICULARES

1.1- Trauma durante cirurgias

Trauma durante cirurgias envolvendo divulsão de tecidos na região que envolvam músculos mastigatórios que possam causar lesão no tecido muscular e suas fâscias e o paciente apresentar dificuldade de abertura por alguns dias pelo trauma. Segundo Wagner Costa Rossi Júnior e colaboradores, 2011,¹⁴ ao submeterem-se pacientes a exame de eletromiografia após cirurgia de siso incluso na mandíbula, observou-se que todos eles apresentaram trismo em diferentes graus. Isto pode ser explicado exatamente pelo espasmo muscular em decorrência do hematoma ou da inflamação dos tecidos moles no pós-operatório, ou ainda por um espasmo muscular reflexo por meio de um processo inflamatório. A própria dor local ocasionada pelo trauma impede o paciente de acionar a musculatura responsável pela abertura da boca. O tratamento nesses casos é medicamentoso, à base de analgésicos e anti-inflamatórios, e, caso haja risco de infecção, o uso de antibiótico é recomendado.

É fundamental acompanhar a evolução positiva do caso e tomar outras medidas caso isso não ocorra, pensando em outras possibilidades que possam explicar o trismo ou dificuldade de abertura após, no máximo, uma semana. Nesta categoria, podemos acrescentar as fraturas dos ossos da face, que podem provocar dificuldades motoras e necessitam de exames adicionais como radiografias e tomografias e do tratamento adequado.

1.2- Trauma químico/mecânico

O trismo pode ser ocasionado por injeção de anestésico diretamente no músculo ou por ferimento por uma agulha com a ponta danificada, que causam irritação nas fibras musculares e comprometem a função e a própria dor pode impedir o paciente de executar o trabalho muscular. Esse tipo de trauma se resolve com o tempo, uma vez que o anestésico é rapidamente absorvido e a fibra se recupera, exigindo apenas tratamento sintomático e observação. Evitamos essa situação usando anestésico de boa procedência, agulhas em perfeito estado e a técnica correta.

1.3- Parotidite infecciosa, por obstrução e induzida por iodoterapia

A parotidite pode ser causa de trismo, pois, devido ao aumento da glândula parótida e à dor, o paciente tem dificuldade de abrir

a boca. A causa da parotidite deve ser averiguada, sendo mais comum a parotidite viral (cachumba). Outra possibilidade que pode ocorrer é a sialolitíase, a obstrução do ducto secretor da glândula por um cálculo ou mesmo por um trauma na saída do ducto de Stenon. Uma vez resolvido o problema do aumento e da dor glandular com tratamento adequado, a abertura se normaliza. Outra causa de inflamação das parótidas está associada ao tratamento de iodoterapia dos tumores de tireoide, pelo fato de as parótidas absorverem o iodo radioativo e este danificar a glândula. É recomendado aos pacientes que, durante a iodoterapia, consumam alimentos azedos para estimular as glândulas salivares a secretarem saliva, eliminando de seus ácinos e ductos o iodo radioativo e diminuindo a chance de uma sialoadenite.⁷⁻¹⁰

1.4 Sequela pós irradiação no tratamento de tumores malignos na região da face

O trismo é frequentemente visto em pacientes que sofrem de tumores malignos de cabeça e pescoço. A prevalência relatada de trismo nesses pacientes varia consideravelmente na literatura e vai de 0% a 100%, dependendo da localização e da extensão do tumor. O trismo pode piorar ou permanecer o mesmo com o tempo, ou os sintomas podem diminuir, mesmo na ausência de tratamento. Quando um paciente apresenta trismo após o tratamento do tumor, é importante determinar se o trismo é resultado do tratamento ou é o primeiro sinal de recorrência do tumor. A abertura da boca restrita pode impedir a inspeção da cavidade oral conforme necessário para atendimento odontológico e, particularmente, para acompanhamento oncológico.⁹⁻¹¹

1.5- Hiperplasia do processo coronoide

A hiperplasia do coronoide é uma das raras causas de limitação progressiva da abertura bucal devido ao impacto do processo coronoide dilatado da mandíbula no osso zigomático.⁵ Essa condição comumente envolve o processo coronoide bilateral da mandíbula. Embora a etiopatogenia da hiperplasia coronoide ainda não seja conclusiva, o tratamento com coronoidectomia produziu boa melhora na abertura da boca. A investigação diagnóstica em pacientes com trismo deve ser minuciosa para diagnosticar corretamente entidades raras, como hiperplasia do coronoide. Se tratada corretamente, essa condição tem um bom resultado, desde que a adesão do paciente seja adequada.¹⁵

“O trismo indica uma abertura de boca severamente restrita, seja qual for a etiologia. Uma abertura de boca de 35 mm ou menos deve ser considerada trismo”



2- CAUSAS INTRA-ARTICULARES

2.1- Deslocamento anterior do disco articular

A desordem temporomandibular interna é uma disfunção comum do sistema estomatognático.⁸ De acordo com a classificação de Critérios de Diagnóstico em Pesquisa para DTM (desordem temporomandibular), existem três principais tipos de desordem de ATMs internas:

- 2.1.1- Deslocamento de disco com redução;
- 2.1.2- Deslocamento de disco sem redução com limitação de abertura da boca (*closed lock*), que pode ser agudo ou crônico;
- 2.1.3- Deslocamento de disco sem redução sem limitação de abertura da boca.

A prevalência de deslocamento de disco é de cerca de 41% em pacientes com DTM. A maioria é de deslocamento de disco com redução caracterizado por clique na articulação temporomandibular. Em cerca de 5% dos casos, observa-se o deslocamento agudo de disco sem redução com abertura limitada da boca (*acute closed lock*). Os principais sintomas do deslocamento agudo são dor na articulação afetada e diminuição da gama de abertura da boca (≤ 35 mm). A etiologia do deslocamento de disco não é clara, mas há algumas razões possíveis que causam mudanças na estrutura das ATMs, como parafunções (por exemplo, bruxismo), fatores anatômicos, trauma ou hiper mobilidade geral das articulações. O curso natural do deslocamento de disco sem redução é autolimitante; a maior parte deles pode se resolver sem maiores procedimentos.

Os exames de ressonância magnética revelam que o disco fica permanentemente deslocado e deformado em pacientes de deslocamento agudo não tratados, criando uma situação crônica. Embora o deslocamento anterior do disco sem redução seja autolimitante, condição benigna, também é sabido que o desarranjo interno nas ATMs pode levar à osteoartrose.⁴ Assim, se não houver significativa melhora após 12 semanas de resolução natural do deslocamento de disco sem redução, o tratamento deve ser implementado. A terapia inicialmente aplicada deve ser minimamente invasiva. Os métodos cirúrgicos de tratamento devem ser considerados após seis meses de tratamento conservador malsucedido.

Observação que vem da experiência clínica, embora não conste na literatura consultada, é o deslocamento agudo de disco que ocorre durante o tratamento dentário, seja ele endodôntico, seja de remoção de siso ou outro procedimento, em que o paciente fica com a boca aberta por muito tempo. Esse deslocamento agu-



O trismo tem uma série de causas potenciais, e seu tratamento dependerá exatamente da causa

Shutterstock

do de disco se manifesta na sequência do tratamento e, às vezes, é confundido com um trismo traumático, deixando o paciente com dificuldade de abertura sem o devido tratamento. É importante que o profissional faça um exame minucioso do estado articular previamente a um tratamento dentário, pois pode prevenir esse tipo de intercorrência.

2.2 Anquilose das ATMs

A anquilose da articulação temporomandibular é definida como uma constrição permanente dos maxilares com abertura bucal menor que 30 mm medida entre os incisivos, ocorrendo por fusão óssea, fibrosa ou fibro-óssea.¹ Dela podem decorrer complicações na fala ou na mastigação, dificuldade de deglutição, higiene bucal deficiente, entre outras. O manejo da anquilose quando já estabelecida é cirúrgico, com ressecção do bloco de anquilose em combinação com coronoidectomia bilateral. A ressecção do bloco pode ser compensada pela interposição de retalho de fásia temporal, por enxerto costochondral ou prótese de ATM. A reabilitação pós-operatória é essencial e deve ser iniciada precocemente, ser intensa e prolongada. A reabilitação deficiente é a principal causa de recorrência da anquilose. Com o advento da prototipagem e de sistemas CAD-CAM, próteses customizadas envolvendo o conjunto cavidade articular e côndilo têm sido muito utilizadas.¹⁶

2.3 Tumores da ATM

Tumores benignos e malignos podem afetar a articulação temporomandibular (ATM) como qualquer outra articulação.¹² Os tumores da ATM, no entanto, são raros e, em sua maioria, benignos. Sua expressão clínica é variada, incluindo sintomatologia semelhante a distúrbios disfuncionais da ATM, patologias otológicas ou neurológicas. Em alguns casos, eles permanecem totalmente assintomáticos. Portanto, o diagnóstico é difícil, pois a sintomatologia pode ser enganosa com distúrbios disfuncionais da ATM ou distúrbios otológicos diagnosticados erroneamente. Há, portanto, frequentemente um longo atraso entre o início dos sintomas e o diagnóstico. A grande variedade de lesões da ATM explica a ampla gama de modalidades de tratamento possíveis, principalmente baseadas em cirurgia. Os tumores malignos de ATM são extremamente raros,¹⁷ entretanto, podem aparecer, ocasionando dificuldades no movimento mandibular, e o trata-

mento radioterápico pode causar o trismo permanente, exigindo tratamento cirúrgico.

CONCLUSÃO

A etiologia do trismo é variada e o diagnóstico da sua causa é muito importante, pois é fundamental que as ATMs passem a funcionar o mais rápido possível, principalmente após algum trauma, pois o movimento articular cria condições de drenagem de substâncias algicas, diminuindo a dor, e de derrames sanguíneos que podem complicar o caso, levando à anquilose fibrosa ou óssea. Assim, movimentos dentro do limite de dor do paciente devem ser estimulados, alongando os músculos e movimentando os côndilos dentro das ATMs. Esses procedimentos evidentemente têm que estar alinhados com ausência de fraturas, crescimentos teciduais neoplásicos e processos inflamatórios ativos.

REFERÊNCIAS:

1. Bénateau H, Chatellier A, Caillot A, Diep D, Kün-Darbois JD, Veyssièrre A. L'ankylose temporo-mandibulaire [Temporo-mandibular ankylosis]. Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale. 2016 Sep;117(4):245-55. French. doi: 10.1016/j.revsto.2016.07.001. Epub 2016 Aug 27. PMID: 27481673.
2. Devoize JL, Bedock B. Diagnostic des trismus à l'exclusion du tétanos et des causes locales [Diagnosis of trismus, excluding tetanus and local causes]. Rev Stomatol Chir Maxillofac. 1983;84(5):272-8. French. PMID: 6580711.
3. Dhanrajani PJ, Jonaidel O. Trismus: aetiology, differential diagnosis and treatment. Dent Update. 2002 Mar;29(2):88-92, 94. doi: 10.12968/denu.2002.29.2.88. PMID: 11928347.
4. Dimitroulis G. The prevalence of osteoarthritis in cases of advanced internal derangement of the temporomandibular joint: a clinical, surgical and histological study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005 Jun;34(4):345-9. doi: 10.1016/j.ijom.2004.10.013. Epub 2005 Jan 26. PMID: 16053840.
5. Giannini L, Maccari A, Chiesa V, Canevini MP. Trismus, the first symptom in a challenging diagnosis of Tetanus. BMJ Case Rep. 2016 Feb 11;2016:bcr2015213897. doi: 10.1136/bcr-2015-213897. PMID: 26869628. PMCID: PMC5483546.
6. Goh YC, Tan CC, Lim D. Coronoid hyperplasia: A review. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2020;121(4):397-403. doi: 10.1016/j.jormas.2019.12.019. PMID: 31904534.
7. Maier H, Bihl H. Effect of radioactive iodine therapy on parotid gland function. Acta Otolaryngol. 1987 Mar-Apr;103(3-4):318-24. PMID: 3495094.
8. Miernik M, Więckiewicz W. The basic conservative treatment of temporomandibular joint anterior disc displacement without reduction – review. Adv Clin Exp Med. 2015 Jul-Aug;24(4):731-5. doi: 10.17219/acem/35165. PMID: 26469120.
9. Rapidis AD, Dijkstra PU, Roodenburg JL, Rodrigo JP, Rinaldo A, Strojjan P, Takes RP, Ferlito A. Trismus in patients with head and neck cancer: etiopathogenesis, diagnosis and management. Clin Otolaryngol. 2015;40(6):516-26. doi: 10.1111/coa.12488. PMID: 26098612.
10. Sánchez Barrueco A, González Galán F, Alcalá Rueda I, Santillán Coello JM, Barrio Dorado MP, Villacampa Aubá JM, Escanciano Escanciano M, Llanos Jiménez L, Mahillo Fernández I, Cenjor Español C. Incidence and risk factors for radioactive iodine-induced sialadenitis. Acta Otolaryngol. 2020 Nov;140(11):959-62. doi: 10.1080/00016489.2020.1802507. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32815758.
11. Satheeshkumar PS, Mohan MP, Jacob J. Restricted mouth opening and trismus in oral oncology. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014 Jun;117(6):709-15. doi: 10.1016/j.oooo.2014.02.031. Epub 2014 Mar 12. PMID: 24842447.
12. Schlund M, Roland-Billecart T, Aubert S, Nicot R. Tumeurs de l'articulation temporo-mandibulaire – revue de la littérature [Tumors affecting the temporomandibular joint – a literature review]. Bull Cancer. 2020;107(11):1186-98. French. doi: 10.1016/j.bulcan.2020.05.015. PMID: 33059872.
13. Tveterås K, Kristensen S. The aetiology and pathogenesis of trismus. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1986;11(5):383-7. doi: 10.1111/j.1365-2273.1986.tb00141.x. PMID: 3536195.
14. Rossi Jr WC, Esteves A, Bérzin F, do Couto Filho CEG, Nogueira DA, Villela Jr GA, Arruda LM, Jorge M. Masseter e exodontia de terceiros molares: avaliação eletromiográfica. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2011;11(2):101-8. ISSN: 1679-5458.
15. Warwas FB, Wiedemeyer V, Kramer FJ, Heim N. Trismus due to hyperplastic coronoid process: series of five cases and review of literature. J Craniofac Surg. 2021 Nov-Dec 01;32(8):2798-2801. doi: 10.1097/SCS.00000000000007982. PMID: 34261973.
16. Wolford LM, Pitta MC, Reiche-Fischel O, Franco PF. TMJ Concepts/Techmedica custom-made TMJ total joint prosthesis: 5-year follow-up study. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003 Jun;32(3):268-74. doi: 10.1054/ijom.2002.0350. PMID: 12767873.
17. Yibulayin F, Yu CX, Feng L, Wang M, Lu MM, Luo Y, Liu H, Yang ZC, Wushou A. Malignant tumours of temporomandibular joint. BMC Cancer. 2020 Oct 6;20(1):967. doi: 10.1186/s12885-020-07425-9. PMID: 33023507. PMCID: PMC7539439.



Prof. Dr. Ivo Contin
Professor do Departamento de Prótese Dentária FOU SP, das disciplinas de Prótese Parcial Fixa e Prótese Básica. Doutor em Prótese Dentária, Mestre em Periodontia e Especialista em DTM e Dor Orofacial pelo CFO



MENOS É MAIS

Entenda as vantagens da intervenção mínima para a saúde bucal e integral dos pacientes



Arquivo pessoal

A Odontologia de Mínima Intervenção é uma tendência que está focada em fundamentos básicos como prevenção e preservação. Muito recorrente na Odontopediatria, ela também pode se destinar às demais faixas etárias. Em ambos os casos, requer um diagnóstico precoce e preciso.

“Inovações técnicas como os selantes fotopolimerizáveis trazem resultados excelentes, e o tempo de atendimento é mais rápido, proporcionando conforto aos pacientes”, explica **José Carlos Imparato**, especialista em Odontopediatria, Arqueologia e Radiologia e professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) e do programa de pós-graduação da Faculdade São Leopoldo Mandic. Uma das maiores vantagens da intervenção mínima é o bem-estar para pacientes que possuem fobias, traumas e necessidades especiais, além de bebês e crianças.

A técnica convida profissionais a dialogar com pacientes, explicando sobre as chances de recuperação e conscientizando-os de que o dente é um órgão do corpo humano. O foco sai do tratamento de crises agudas para o planejamento da saúde bucal a longo prazo.

Por que esse tratamento pede mudanças de ponto de vista geral?

No senso comum, não se dá importância ao dente como um órgão que tem funções específicas. O mesmo ocorre em relação aos dentes decíduos, cuja preservação é importante até mesmo para a obtenção de células-tronco. No entanto, essa visão já tem avançado na formação de profissionais. Chegará o dia em que a população também entenderá e cuidará dos dentes como cuida de outros órgãos do corpo. Os dentes têm funções específicas, por isso é importante não os perder.

Acredita-se que o sucesso da intervenção mínima aumenta se a cárie não for considerada uma doença infecciosa. Essa é uma das mudanças incorporadas por esse tratamento?

Sim. Para a Odontopediatria, já está claro que a cárie não é uma doença infectocontagiosa, mas uma disbiose que se apresenta a partir do momento em que vários fatores interagem. Quando se fala em tratamento, alguns cirurgiões-dentistas são imediatistas: eles removem o que está visível, mas a cárie continua no dente do lado. Como o meio bucal continua doente, a longevidade das restaurações deixa a desejar, por melhores que sejam os materiais. Estudos clínicos não dão mais suporte para a remoção total do tecido cariado.

Esse conceito pode ser aplicado em qualquer idade?

Sim, em qualquer fase da vida do paciente que precise de intervenção. A intervenção mínima é também uma estratégia psicológica, de bem-estar. Falamos de prevenção, mas também de atuação. A intervenção mínima é a intersecção entre detecção precoce, prevenção e atuação. Para alguns, será a Odontologia do futuro.

Como diagnosticar se é possível fazer uma intervenção mínima?

O ICDAS (Sistema Internacional de Detecção e Avaliação de Cárie) torna o diagnóstico e a detecção menos subjetivos. O diagnóstico clínico e o radiográfico são os mais eficientes. Mesmo um primeiro pré-molar permanente com score C ou 6 (muito severos) pode ser preservado sem agredir a polpa do dente. Fazemos uma remoção seletiva, mantemos o tecido e o dente é restaurado.

Como decidir pela remoção seletiva ou total do tecido cariado?

Estudos comparativos mostram que a longevidade do tratamento é a mesma nos dois casos. É preciso fazer uma análise para

saber se a polpa é capaz de passar por um tratamento mais conservador ou radical. Sabemos que remover toda a polpa do dente pode provocar mais danos. É possível preservá-lo sem agredir a polpa apenas restaurando e recuperando sua estética e função. Colocar um selante resinoso sobre a dentina cariada afetada paralisa e bloqueia o avanço da cárie. É provável que tenhamos de fazer um reparo em um dado momento, mas isso está dentro da filosofia da intervenção mínima. A revisão é uma parte do processo, e fazemos a preservação máxima da estrutura do dente.

Esse conceito pode ser aplicado em dentes desvitalizados?

Não, principalmente quando as lesões são profundas. É preciso entender bem em que estágio se encontra a polpa do dente. O mais indicado no caso é o tratamento endodôntico, e existem correntes de mínima intervenção dentro da Endodontia.

Houve avanços técnicos nos materiais?

Usamos materiais já existentes como o cimento de ionômero de vidro, que passou a ser usado cápsula. A fotoativação dos selantes diminuiu nosso tempo de trabalho. Estamos fazendo pesquisas com materiais bioativos (Giomar) para conhecer seu efeito no meio bucal. Temos a Hall Technique, que utiliza uma coroa de aço para dentes decíduos. Mesmo tendo uma questão estética por serem metálicas, ela costuma ser aceita pelas crianças por seu

“A intervenção mínima é a intersecção entre detecção precoce, prevenção e atuação. Para alguns, será a Odontologia do futuro”

aspecto mais lúdico. Na proposta de não intervenção, podemos também aplicar um cariostático à base de diamino fluoreto de prata, mas há uma desvantagem estética, pois o material é sensível à luz e escurece. As propostas precisam ser compartilhadas e decididas com o paciente. Temos que dar a opção de escolha.

Então são usados os mesmos materiais?

Sim, não há nada específico. Mesmo em relação aos instrumentais, os mais usados são a cureta e o escareador. Os profissionais precisam fazer uma reciclagem, devem se atualizar constantemente sobre a técnica.

Por que a Odontopediatria esteve mais à frente nesses estudos?

Nos últimos anos, a Dentística se voltou mais para inovações estéticas, enquanto um grupo de profissionais dentro da Odontopediatria se aprofundou em pesquisas de dentística e cariologia. A Odontopediatria tem um olhar voltado para a prevenção, a detecção precoce e técnicas de mínima intervenção. O conceito começa a ser mais entendido e aceito a partir do momento em que existirem mais estudos clínicos randomizados trabalhando com essas técnicas. 🌐



Benefícios Rede Odontoprev

Dental Partner :D

Em 2018, a Dental Partner, além de fazer a troca de pontos dos dentistas Odontoprev, iniciou a operação de varejo para o mercado nacional, com o objetivo de serem parceiros dos clientes, levando a facilidade desejada para as clínicas e consultórios odontológicos. Os nossos credenciados possuem um benefício exclusivo que só a Rede Odontoprev oferece, que é a reposição de materiais odontológicos. Você acumula pontos a partir da conclusão e auditoria dos tratamentos realizados e pagos em nossos beneficiários, e basta atingir 200 pontos para começar a efetuar as trocas.

Vantagens

Troca de pontos Rede Odontoprev;

Pagamento com dinheiro - Hoje temos a opção de compra com cartão de crédito (1 ou 2 cartões na mesma compra) e em breve adicionaremos as opções de débito e boleto;

Mix de produtos que abrange todas as necessidades principais de um consultório;

Entrega Sedex para todo o Brasil.

Acesse e conheça o nosso e-commerce: www.dentalpartner.com.br

ANS - nº 301949

OdontoPrev – CRO/SP nº 2728
RT: J. M. Benozatti – CRO/SP nº 19009

 **odontoprev**