UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

RUDSON BATISTA ALCÂNTARA

UTILIZAÇÃO DE APARELHO OCLUSAL PLANO ASSOCIADO A PRÓTESES TOTAIS PARA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PÓS TRAUMA **CONDILAR**: Relato de caso clínico

BELÉM
2025
RUDSON BATISTA ALCÂNTARA

UTILIZAÇÃO DE APARELHO OCLUSAL PLANO ASSOCIADO A PRÓTESES TOTAIS PARA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PÓS TRAUMA **CONDILAR**: Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Prof. Dr(a). Sidney Saint Clair Santos

BELÉM
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A347u Alcântara, Rudson Batista.
UTILIZAÇÃO DE APARELHO OCLUSAL PLANO ASSOCIADO A PRÓTESES TOTAIS PARA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PÓS TRAUMA CONDILAR : Relato de caso / Rudson Batista Alcântara. — 2025.
31 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. Sidney Saint Clair Santos
Trabalho de Conclusão (Graduação) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia, Belém, 2025.

1. Reabilitação Oral. 2. Placa Oclusal. 3. Disfunção Temporomandibular. I. Título.

CDD 341.64098

RUDSON BATISTA ALCÂNTARA

UTILIZAÇÃO DE APARELHO OCLUSAL PLANO ASSOCIADO A PRÓTESES TOTAIS PARA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PÓS TRAUMA CONDILAR: Relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Data da aprovação: ____/____/_____

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Sidney Saint Clair Santos
Orientador- UFPA/ICS/FODONTO

_____

Prof. Dr. João Evandro da Silva Miranda
Membro da Banca- UFPA/ICS/FODONTO

_____

Prof. Dr. Cícero Almeida de Andrade
Membro da Banca- UFPA/ICS/FODONTO

_____

Profa. Dra. Lurdete Maria Rocha Gauch
Diretor(a) da Faculdade de Odontologia - FODONTO

Dedico esse trabalho a minha família, em especial aos meus pais que
estiveram comigo sendo suporte fundamental para chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a **Deus** por ter me dado forças, saúde e disposição para ter enfrentado tudo que eu passei, sem **Ele** presente nos dias bons e ruins nada disso seria possível, obrigado por todas as bençãos sempre.

Aos meus pais **Dona Gicely e Seu Sarmento**, por serem o suporte fundamental durante toda a minha vida. A minha mãe por sempre fazer o possível e o impossível para tornar a minha rotina mais fácil possível, por ter acordado todos os dias 05:00 da manhã (mesmo estando em Soure ou Mosqueiro) comigo para me ajudar a me preparar para o dia. Ao meu pai por nunca ter deixado faltar nada em casa e sempre cobrar de mim o melhor que eu possa oferecer, seja como pessoa, amigo ou profissional. Obrigado a ambos por sempre olharem por mim e me educarem da melhor forma possível, **amo vocês.**

Ao meu primo e melhor amigo **Rai e** minha grande amiga **Lídia,** por todas as cervejas e conversas jogadas fora, muito obrigado aos anos de amizade, sei que posso contar com vocês para o que eu precisar e espero que saibam que podem também contar comigo sempre.

A minha namorada **Flávia Letícia,** por todo o suporte e palavras de apoio para que eu não enlouquecesse com o TCC, por todo o amor e cuidado que temos um com o outro, espero poder construir um futuro extremamente feliz ao seu lado, obrigado por tudo até aqui, **amo você**.

Ao meu irmão **Rubens** e meu primo **Kluivert** por todos os anos de amizade e companheirismo, sei que sempre poderei contar com vocês para o que eu precisar, espero estar com vocês sempre que precisarem também.

Ao meu amigo de infância e dupla de faculdade **Carlos Eduardo,** obrigado por todos os anos de amizade e parceria, ter como dupla uma pessoa como tu foi fundamental para a minha evolução como aluno, sem dúvidas se não estivesse comigo no box eu não teria feito metade das coisas que eu fiz, tenho certeza que nossa amizade vai ser pra sempre, tamo junto.

Aos meus amigos de turma pelos 5 anos e meio de muito desespero, aprendizados, vivências, mas principalmente de amizade, sem vocês o caminho teria sido sem dúvidas nenhuma quase impossível, sou muito grato por todas as risadas, gracinhas e perturbações diárias, espero que consigamos permanecer próximos na medida do possível, se não, sou eternamente grato a vocês **Petrus, Iago, Gabrielle, Kaline, Eloíza e Carol.**

Agradecer a **Renata e ao Matheus,** meus amigos de turma por tudo que falei anteriormente e também pela ajuda com esse TCC, o suporte de vocês durante as consultas e etapas laboratoriais foi de extrema importância para a conclusão desse caso.

Muito obrigado ao efetivo da tarde da Odontoclínica da PMPA, o tempo que passei foi de extremo aprendizado e muito enriquecedor, não só como aluno, mas como colega de trabalho, as tardes que passei com vocês sem dúvidas foram inesquecíveis para mim, o pão com café de toda tarde e as risadas sempre serão boas lembranças para mim, obrigado **Ellen, Bruna, Kevin e Laís.** Esses agradecimentos se estendem ainda ao **Ten. Cavalcante e ao Sub. Santana** por me apresentarem não só a endodontia, mas uma odontologia de excelência, os ensinamentos repassados por vocês sempre são e serão lembrados por mim, mas além da odontologia, obrigado por junto ao **Vinicius,** terem sido grandes amigos que me ajudavam a enfrentar todas as tardes cansativas com muitas risadas, alegrias e conselhos.

Agradeço também ao meu orientador **Professor Sidney,** e aos demais professores que de alguma forma me ajudaram não apenas nesse TCC, mas durante toda a minha graduação.

Obrigado de coração a todos os citados e aos não citados, mas que de alguma forma estiveram presentes comigo nessa caminhada de 5 anos e meio, sou muito grato a todos que já passaram pela minha vida.

RESUMO

Esse trabalho irá apresentar um relato de caso, o qual foi realizado uma reabilitação oral de forma integrada. Paciente E.O.D.S., 65 anos, sexo feminino, buscou atendimento odontológico no Projeto de Extensão DTM/DOF vinculado a FO/UFPA após encaminhamento do Hospital Beneficente Portuguesa, com queixa de dor e estalido na região das ATM´s, incomodo e dificuldade ao abrir e fechar a boca, após uma queda e trauma na região mentoniana. Sendo diagnosticada fratura da cabeça do côndilo mandibular com auxílio de tomografia computadorizada. Além disso, foi relatado também a falta de adaptação de suas próteses (PT superior e PPR inferior) causando desconfortos estéticos, fonéticos e funcionais. Após anamnese e avaliação dos exames de imagem (tomografia computadorizada), foi proposto o tratamento inicial com o uso de um aparelho oclusal plano visando controlar sintomas dolorosos e restabelecimento de função, realização de coronectomia e posteriormente, a confecção de duas próteses totais.

Palavras-chave: Disfunção Temporomandibular; Placa Oclusal; Reabilitação Oral.

ABSTRACT

This study presents a case report involving comprehensive oral rehabilitation. The patient, E.O.D.S., a 65-year-old female, sought dental care through the DTM/DOF Extension Project affiliated with the School of Dentistry at the Federal University of Pará (FO/UFPA), following referral from the Beneficent Portuguese Hospital. The chief complaints included pain and clicking in the temporomandibular joint (TMJ) region, along with discomfort and difficulty in opening and closing the mouth, which began after a fall resulting in trauma to the chin region. A diagnosis of mandibular condylar head fracture was confirmed through computed tomography imaging. Furthermore, the patient reported poor adaptation of her existing prostheses (maxillary complete denture and mandibular removable partial denture), leading to aesthetic, phonetic, and functional discomfort. Based on clinical and radiographic evaluation, the initial treatment plan involved the use of a flat occlusal splint aimed at managing pain symptoms and restoring function, followed by the execution of a coronectomy and, subsequently, the fabrication of two complete dentures.

Keywords: Temporomandibular Dysfunction; Occlusal Splints; Oral Rehabilitation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DTM/DOF	Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial
FO/UFPA	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará
ATM	Articulação Temporomandibular
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
ASA	Articulador Semi-ajustável
TC	Tomografia Computadorizada

Sumário

1 INTRODUÇÃO 11
2 OBJETIVOS 12
3 RELATO DE CASO 12
4 DISCUSSÃO 24
5 CONCLUSÃO 26
6 REFERÊNCIAS 26

1 INTRODUÇÃO

Por um longo período, a abordagem terapêutica para pacientes edêntulos baseou-se na confecção de próteses totais mucossuportadas. Essas próteses devolvem a função e a estética ao paciente, promovendo a sua reintegração social (Feine, J. S. et al. 2002). Com as tecnologias atuais, o tratamento de escolha nesses casos, torna-se a overdenture sobre implantes. Entretanto, aspectos adicionais, como o status econômico do paciente, bem como o custo-benefício e as suas expectativas devem também ser considerados (Wismeijer D, Vermeeren Jijf, Van Waas Maj. 1995). Em muitos casos ocorre a exodontia total, previamente à reabilitação protética, que resulta em um processo irreversível de reabsorção e remodelação óssea na mandíbula, afetando negativamente a adaptação de próteses mucossuportadas (Carlsson, 2014). Porém a coronectomia torna-se útil em muitos casos onde a reabsorção óssea acentuada está presente.

A coronectomia consiste em remover a coroa dentária e preservar as raízes no alvéolo dentário, reduzindo substancialmente a perda óssea pós-exodontias (Carlsson, 2014). Sendo assim, torna-se uma opção de tratamento viável quando não é possível a colocação de implantes, auxiliando numa melhor adaptação protética e satisfação do paciente.

As principais causas de fraturas faciais abrangem os acidentes automobilísticos, agressões e quedas. Outras etiologias dessas lesões incluem, os acidentes esportivos e os de trabalho (Peterson, Larry J. 2005). A abordagem terapêutica deve seguir critérios de análise, como avaliação do comprometimento anatômico e funcional, idade do paciente, edentulismo, presença de corpos estranhos e associação a outras doenças da articulação temporomandibular (Meikle Mc. 1973).

O simples realinhamento e interdigitação dos segmentos ósseos no local da fratura, sem que antes tenha sido restabelecida a oclusão normal do paciente, raramente resultarão em uma oclusão funcional satisfatória no pós-operatório (Peterson, Larry J. 2005). Nesses casos, o uso do aparelho oclusal está indicado, visto que ele pode ser utilizado para promover uma posição articular mais estável e funcional, além de uma condição oclusal ideal, que reorganiza a atividade neuromuscular e, por sua vez, reduz a atividade muscular anormal (Okeson, J. P. 1992).

Portanto, é evidente a necessidade de um tratamento reabilitador completo, que restabeleça não apenas a dimensão vertical de oclusão (DVO) e a função oclusal normal, mas também a estética, um aspecto importante para a reabilitação satisfatória do paciente.

2 OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo relatar a reabilitação oral de uma paciente com DTM através do uso de aparelho oclusal plano associado a duas PT´s restabelecendo aspectos funcionais, estéticos e por consequência qualidade de vida.

3 RELATO DE CASO

Paciente E.O.D.S., 65 anos, sexo feminino, procurou atendimento odontológico no Projeto de Extensão DTM/DOF da FO/UFPA, após ser encaminhada pelo Hospital Beneficente Portuguesa, relatando sintomas como zumbido e incômodo no lado esquerdo da face. Durante a anamnese, a paciente relatou ter distúrbios de coagulação e histórico de câncer no estômago, para o qual foi submetida a uma cirurgia para retirada parcial. Além disso, relatou também ter sofrido um desmaio e uma queda durante o pós-operatório dessa cirurgia, batendo a região de mento, desenvolvendo sintomas como trismo, zumbido e estalidos no ouvido. Inicialmente, tais sintomas manifestaram-se apenas no lado esquerdo, porém, com o passar do tempo, estenderam-se para o lado direito, embora com menor intensidade em comparação ao lado oposto.

No exame físico extraoral, a paciente não relatou dores musculares à palpação bilateral dos seguintes músculos: masseter, temporal anterior, temporal medial, temporal posterior, occipital, trapézio e esternocleidomastoideo. A diminuição da dimensão vertical de oclusão foi constatada por meio do método métrico. (Imagem 1).

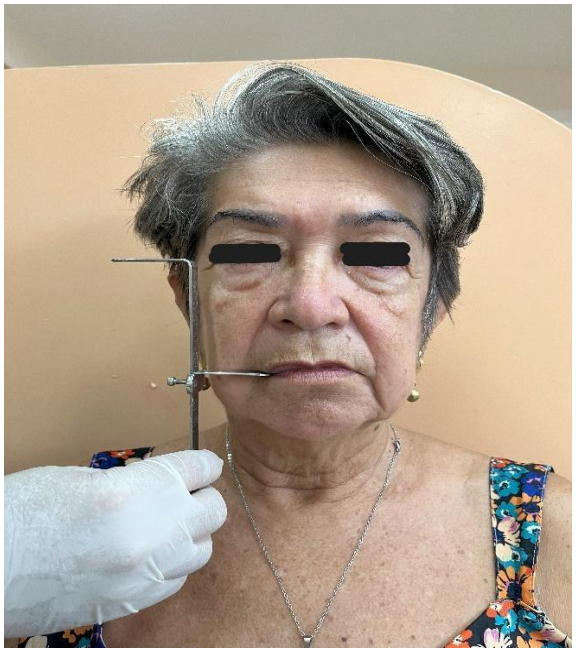


IMAGEM 1- Medição da DVO.

No exame intraoral, foi constatada a utilização de prótese total superior (Imagem 2) e prótese parcial removível inferior (Imagem 3) (Classe I de Kennedy), ambas mal adaptadas. Além disso, os dentes anteroinferiores (43, 42 e 41) apresentavam necessidade de tratamento endodôntico para, posteriormente, ser realizada coronectomia a fim de preservar o pouco rebordo alveolar presente para posterior confecção da Prótese Total. (Imagens 4 e 5).



IMAGEM 2- Vista oclusal da Prótese total superior.



IMAGEM 3- Vista oclusal da PPR inferior.



IMAGEM 4- Radiografia da região de incisivos inf.

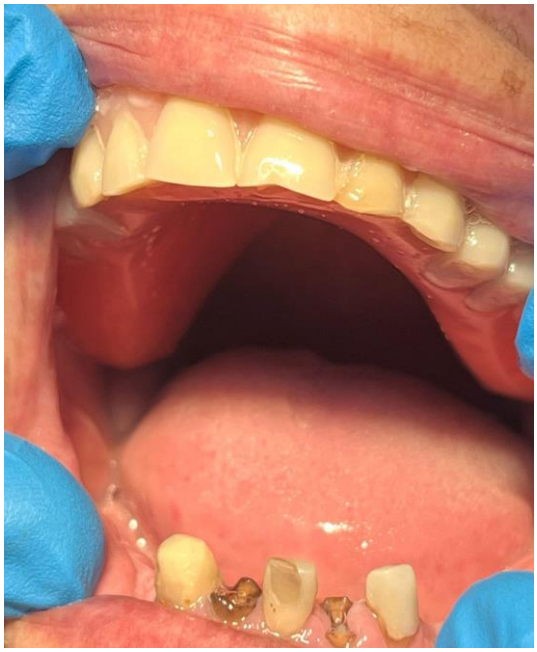


IMAGEM 5- Foto intraoral.

Ainda na primeira consulta, foi avaliada a tomografia computadorizada das ATM´s, na qual o laudo apresentou diagnóstico de fratura da cabeça do côndilo, confirmando a hipótese diagnóstica sugerida (Imagens 6, 7 e 8). Diante disso, foi proposto um tratamento integrado com o objetivo de diminuir a dor e o desconforto durante a abertura e o fechamento bucal, através do uso de aparelho oclusal plano, a realização dos tratamentos endodônticos e, posteriormente, a reabilitação por meio de novas próteses.

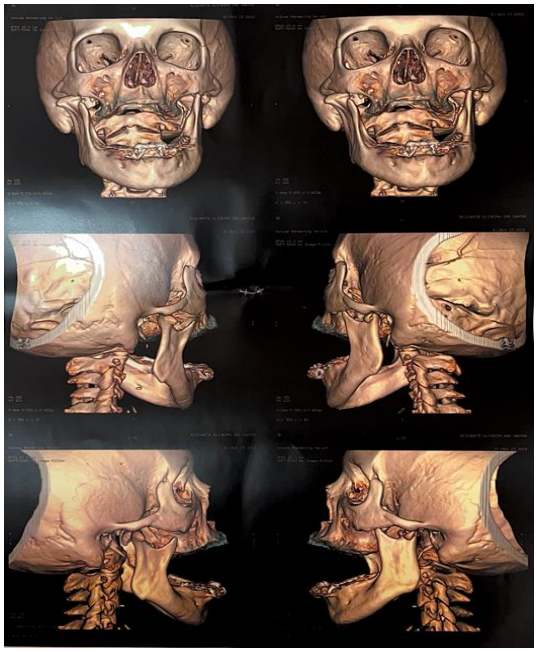


IMAGEM 6- Vista frontal e lateral da TC (boca aberta)

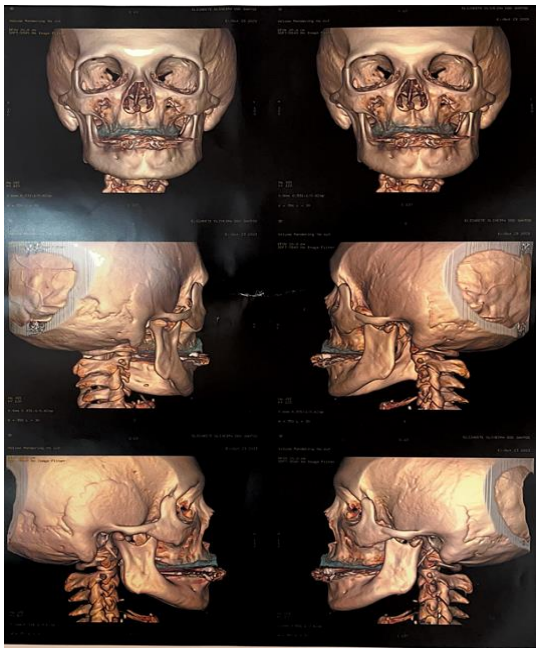


IMAGEM 7- Vista frontal e lateral da TC(boca fechada).

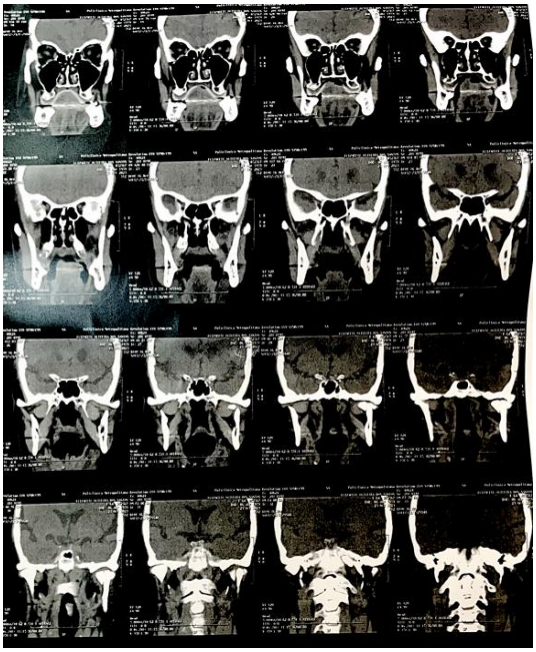


IMAGEM 8- Corte coronal da TC.

Na segunda consulta, foi realizada a moldagem com alginato da arcada inferior e superior (PT), sem a utilização da PPR inferior (Imagens 9 e 10). Em seguida, os modelos foram vazados com gesso especial tipo IV e gesso pedra tipo III.



IMAGEM 9- Moldagem de alginato PPR.



IMAGEM 10- Moldagem de alginato PT.

Antes de montar os modelos no articulador semi-ajustável (ASA), foi necessária a confecção de chapa de prova com resina acrílica autopolimerizável e rolete de cera devido a perda de DVO (Imagens 11).



IMAGEM 11- Vista lateral da chapa de prova com rolete de cera.

Para a montagem do modelo superior no ASA, foi necessário a tomada do arco facial junto com a posição dentária, utilizando o garfo e silicona pesada. Foram feitas três marcações (duas posteriores e uma anterior) para maior precisão da arcada superior da paciente em relação

ao crânio. Após isso, o modelo superior foi montado no ASA (Imagem 12). Para a montagem do modelo inferior, o registro de mordida foi realizado com pasta zinco-enólica na boca da paciente e, posteriormente, transferido para o ASA, completando assim a montagem e encaminhando para o protético para confecção do aparelho oclusal.

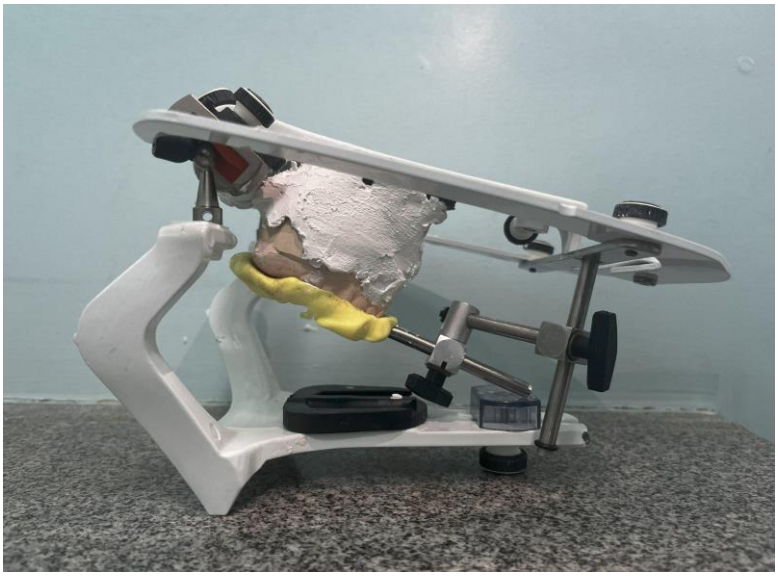


IMAGEM 12- Modelo superior montado no ASA.

No dia da instalação do aparelho oclusal, foram explicados à paciente os cuidados necessários para a manutenção e limpeza, além das orientações sobre o seu uso (Imagem 13 e 14). Foi recomendado uso contínuo, removendo-o apenas durante as refeições, por um período de cinco meses. Além disso, a paciente deveria comparecer à faculdade a cada sete dias para a realização do ajuste oclusal e o monitoramento dos sintomas.



IMAGEM 13- Vista oclusal do aparelho oclusal.



IMAGEM 14- Vista de ´dentro´ da aparelho oclusal.

Esse ajuste oclusal foi realizado da seguinte maneira, primeiramente, a oclusão foi verificada com papel carbono para visualizar os pontos de contato interoclusais. Em seguida, foi realizado o desgaste nos locais onde o contato era mais intenso, utilizando a peça reta e fresa de tungstênio Maxicut, com o objetivo de distribuir e suavizar os contatos ao máximo possível pela superfície da placa oclusal, evitando contatos intensos em um único ponto (Imagem 15). Após isso, a placa foi polida com as brocas do kit de acabamento e polimento universal para prótese.



IMAGEM 15- Primeiro ajuste oclusal no dia da instalação da placa.

Já na primeira consulta de manutenção, a paciente relatou uma leve melhora nos sintomas, com diminuição dos estalidos e do desconforto ao abrir e fechar a boca. Nas consultas seguintes, ela mencionou pequenas melhoras graduais dos sintomas (Imagens 16-20). A paciente queixou-se de sua PPR inferior estava ficando cada vez mais desadaptada a cada semana em que retornava para realizar os ajustes no aparelho oclusal.



IMAGEM 16- Primeiro retorno antes do ajuste.



IMAGEM 17- Primeiro retorno após ajuste.



IMAGEM 18- Após ajuste oclusal.



IMAGEM 19- Após ajuste oclusal.



IMAGEM 20- Oclusão antes da confecção da guia incisal.

A partir do momento em que foi constatado que não seria mais necessário realizar o ajuste oclusal em curtos períodos de tempo (de 7 em 7 dias), devido à estabilização da oclusão, uma vez que todos os contatos estavam bem distribuídos e suavizados por toda a extensão do aparelho oclusal, foi realizada a confecção da guia anterior (Imagem 21 e 22). A confecção dessa guia foi realizada com a paciente utilizando a placa em oclusão. Primeiramente, uma linha foi desenhada com lapiseira demarcando a incisal dos dentes anteriores no aparelho oclusal. Visto que o aparelho oclusal dessa paciente é inferior, a marcação foi feita com base na oclusão dos dentes anterosuperiores. Após isso, uma pequena depressão foi feita sobre a linha usando a fresa de tungstênio Maxicut para, posteriormente, ser aplicada resina acrílica autopolimerizável formando uma pequena elevação, sendo realizado o ajuste na guia posteriormente. A guia anterior deve permitir que o movimento de protrusão ocorra de maneira suave, ao mesmo tempo em que atua como um ´stop´ anterior, servindo também para desocluir os dentes posteriores.

Após 3 meses da confecção da guia anterior, é confeccionada a guia canina, de maneira semelhante a que foi feita anteriormente. O objetivo da guia canina, portanto, é realizar a desoclusão da função em grupo, protegendo assim os dentes posteriores das forças resultantes dos movimentos de lateralidade, seja tanto no lado de balanceio quanto no lado de trabalho.



IMAGEM 21- Guia anterior feita.



IMAGEM 22 - Ajuste após a confecção da guia incisal.

Paralelamente às consultas para ajuste oclusal e confecção das guias, a paciente foi encaminhada para a clínica integrada da graduação da FO/UFPA para realização dos tratamentos endodônticos necessários, visando o sepultamento dessas raízes. Entretanto, devido a dificuldades para localizar o canal radicular do dente 43, se fez necessário encaminhar a paciente para a Clínica de Especialização em Endodontia do CESUPA para ser realizado o tratamento endodôntico.

Após a realização dos tratamentos endodônticos foi realizada a cirurgia de coronectomia, onde foram sepultadas todas as raízes em uma única cirurgia utilizando pontas diamantadas 1014, 3145 e 3168FF, deixando as raízes cerca de 1mm abaixo da crista óssea e com as bordas arredondadas para um melhor pós operatório. Durante a cirurgia a paciente apresentava um sangramento levemente acentuado devido o seu problema de coagulação, porém, não foi um problema para a continuidade da cirurgia que ocorreu sem mais intercorrências. No pós-operatório foi prescrito o uso de corticóide mais analgésico (durante 5 dias) e antibiótico (durante 7 dias). Ainda no pós-operatório a paciente apresentou edema que teve sua diminuição a partir do terceiro dia, apresentou também leve sangramento durante quatro dias; devido os pontos da região do canino soltarem foi necessário marcar duas consultas de retorno para refazê-los.

Para ambos os arcos, foi planejada a confecção de prótese total. Inicialmente, realizou-se a moldagem anatômica para confecção de modelo de estudo, usando alginato e vazando o modelo com gesso especial tipo IV. Em seguida, foi confeccionada a moldeira individual em resina acrílica autopolimerizável, usando o modelo de estudo como base e realizando alívios

nas áreas necessárias, como freios, bridas e inserções. A moldeira individual foi ajustada previamente com peça reta e fresa de tungstênio Maxicut, após isso, foi realizada a moldagem do selado periférico com godiva em bastão. Dando sequência, realizou-se a moldagem funcional com a moldeira individual, utilizando silicona de condensação leve para garantir maior riqueza de detalhes. Em seguida, foi confeccionada a chapa de prova e os planos de orientação de cera respeitando os determinantes verticais e horizontais de oclusão. Por fim, o modelo foi montado em ASA para a seleção dos dentes, seguindo o protocolo preconizado pelo Manual Clínico de Prótese Total do Centro Universitário Uningá-PR. Após a montagem em ASA, foi encaminhado ao Técnico em Prótese Dentária para montagem dos dentes, em seguida foi realizada a prova em boca para sua posterior acrilização (Imagem 23-25), instalação (Imagem 26-30) e reavaliação do rebordo da coronectomia (Imagem 31 e 32).



IMAGEM 23- PT Superior.



IMAGEM 24- PT Inferior.



IMAGEM 25- PT´s ocluindo.



IMAGEM 26- PT´s em boca.

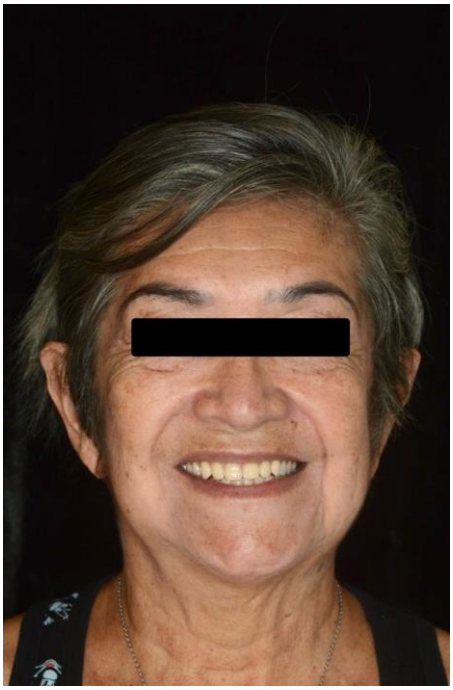


IMAGEM 27- Paciente com PT de frente.



IMAGEM 28- Paciente com PT na diagonal.

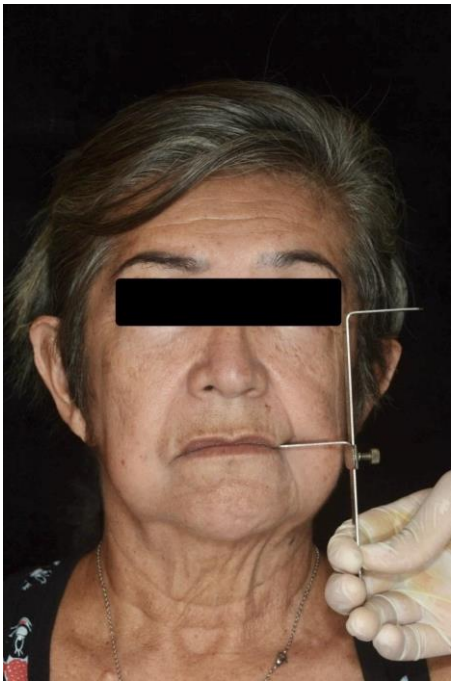


IMAGEM 39- Medição da DVO com a PT.



IMAGEM 30- Medição da DVO com a PT.



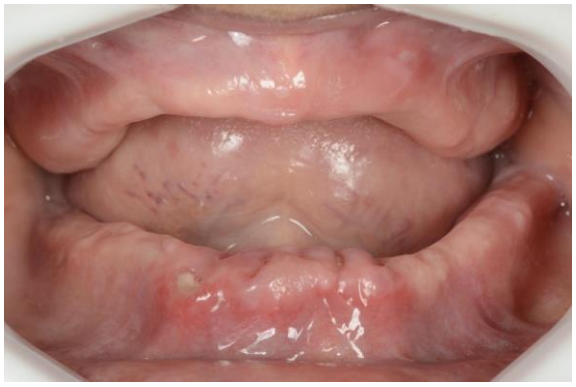


IMAGEM 31- Foto da oclusal do rebordo inferior.

IMAGEM 32- Foto dos rebordos sem próteses.

No momento da instalação a paciente relatou um pequeno incômodo que rapidamente foi resolvido realizando um pequeno desgaste e posterior acabamento e polimento, após isso a paciente foi instruída quanto aos cuidados com as suas próteses, sendo orientada a evitar dormir com as PT´s, realizar escovação após as refeições com uma escova própria e uma vez por semana deixar as próteses de molho em 250 ml de água diluída com uma colher de sopa de hipoclorito de sódio por 15-30 minutos, evitar alimentos duros e pegajosos e realizar consultas periódicas para manutenção.

.

4 DISCUSSÃO

Visto que o aparelho oclusal relaxa a musculatura; permite o assentamento do côndilo na posição de Relação Cêntrica; promove informação diagnóstica; protege dentes e estruturas adjacentes do bruxismo; auxilia a propriocepção do ligamento periodontal (Dylina, T. J., 2001), o seu uso mostrou-se fundamental para a redução dos sintomas dolorosos dos quais a paciente se queixava após a sua fratura condilar.

O primeiro sintoma que houve diminuição significativa logo após o uso contínuo do aparelho oclusal foi o zumbido. Devido os aparelhos oclusais planos possuírem a capacidade de melhorar os sintomas otológicos associados às disfunções da articulação temporomandibular e promover mudanças radiográficas na posição condilar (reposicionaram as cabeças da mandíbula nas fossas mandibulares) após o tratamento (Nichthauser, Brigitte et al., 2012).

Com o uso contínuo do aparelho oclusal e com os ajustes sendo feitos de maneira correta, notou-se a redução dos principais sintomas relacionados a DTM, devido a Teoria do reposicionamento da articulação temporomandibular, esta teoria é baseada no conceito de que melhorando-se a posição do côndilo na fossa, a função da ATM e do sistema neuromuscular,

também melhoram (Weinberg, L. A., 1979). O trismo, que é o sintoma mais grave da DTM também foi tratado devido a esse uso contínuo do aparelho oclusal, o principal objetivo deste dispositivo é desengatar a oclusão, colocar o côndilo na posição cêntrica, relaxar os músculos mastigatórios e prevenir maior desgaste dentário devido à atividade parafuncional noturna, quando realizadas corretamente, essas placas também desobstruem uma abertura bucal limitada (Wieckiewicz, Mieszko et al, 2015). Portanto, nota-se a importância de restabelecer de maneira saudável os determinantes de oclusão antes da reabilitação oral protética propriamente dita.

Em casos onde se torna possível, a coronectomia, substituindo exodontias, tem se mostrado uma alternativa promissora com relação à reabilitação oral (Mattos & Marchionni, 2021). Pois mantendo esses dentes, mais especificamente suas raízes, preservando o tecido ósseo periodontal e de regiões subjacentes, mantém a forma e volume do osso alveolar, e aumenta a área de suporte da prótese, fatores que contribuem para a retenção e estabilidade (Cunha & Marchini, 2014). Além de ajudar na retenção e na estabilidade, a coronectomia auxilia na manutenção do ligamento periodontal mantendo a propriocepção, a sensibilidade ao toque e a carga, tornando mais fácil a adaptação do paciente à nova prótese (Deroncelé, Mario Castaneda, 2014). Em vista disso, é notável a importância de se preservar o máximo de estruturas visando futuramente a reabilitação com o uso das próteses.

Para que o resultado estético da reabilitação seja satisfatório, é necessário obter harmonia facial ao sorrir, fonética e suporte labial adequados, fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente (Laport et al., 2017). Entretanto, antes de se reabilitar a estética é fundamental achar maneiras para restaurar a função; caso tivéssemos optado por reabilitar a arcada inferior com PPR convencional, poderia ocorrer o insucesso do tratamento, devido a redução no suporte ósseo que corrobora para o insucesso na reabilitação com prótese total removível mandibular a longo prazo, devido à falta de retenção do aparelho protético e consequente, reduzida funcionalidade do mesmo, resultando em desconforto com seu uso, redução da eficiência mastigatória, lesões na mucosa bucal e também desconforto social quando a prótese se desloca ao conversar (Jayaraman S., et al., 2018). Esses problemas odontológicos visíveis, como a falta de dentes ou prótese insatisfatória esteticamente, afetam a autoestima e podem interferir nas interações pessoais e profissionais (Bandeira et al., 2016). Portanto, a reabilitação protética com prótese total removível está diretamente relacionada à saúde do paciente, que por definição não se resume ao bem-estar físico, mas também psíquico e social (Turano et al., 2010).

Diante do exposto, torna-se evidente a necessidade de um planejamento onde seja

levado em consideração tanto a reabilitação estética quanto a funcional, pois ambas são aliadas e devem ser priorizadas de maneira igual na reabilitação oral, porém, além de um planejamento de qualidade deve-se ter uma boa execução para o sucesso do tratamento.

5 CONCLUSÃO

O tratamento de DTM/DOF através do uso de aparelhos oclusais planos mostra-se eficaz quando diagnosticados e indicados de maneira correta mesmo em casos de maiores complexidades. As próteses mucossuportadas ainda mostram-se eficientes quando são confeccionadas respeitando os princípios biomecânicos, além de ser economicamente viáveis e de fácil manutenção mesmo que sua estabilidade e retenção sejam um desafio a ser superado, por isso técnicas como a coronectomia, realizada nesse caso, devem ser alternativas a serem levada em consideração durante o planejamento a fim de se obter sucesso no tratamento.

6 REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Juliana Felippe de Azevedo et al. Editorial - Sociedade Contemporânea e o papel da Odontologia Estética. Journal of Dentistry & Public Health (inactive / archive only), [S. l.], v. 7, n. 1, 2016. https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v7i1.853

CARLSSON, Gunnar. Implant and root supported overdentures - a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws. J Adv Prosthodont 2014. https://doi.org/10.4047/jap.2014.6.4.245

CUNHA, Vicente de Paula Prisco da; MARCHINI, Leonardo; Prótese total contemporânea na reabilitação bucal. 2. ed. rev., ampl. e atualizada. – São Paulo: Santos, 2014.

DERONCELÉ, Mario Castaneda. Sobredentadura: alternativa terapéutica para disminuir las extracciones dentarias. *MEDISAN*, v. 18, n. 11, Santiago de Cuba, nov. 2014

DYLINA, T. J. A common-sense approach to splint therapy. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 86, n. 5, p. 539-545, 2001.

FEINE, J. S. et al. The McGill Consensus Statement on Overdentures. International Journal of Prosthodontics, Lombard, v. 15, n. 4, p. 413-414, 2002

JAYARAMAN, S et al. Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures (Review). Local: John Wiley & Sons, 2018. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012256.pub2

LAPORT, Larissa Bom Rocca et al. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - Relato de caso. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 2017. Vol.20,n.1,pp.108-114. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf

MANUAL DE PÓTESE TOTAL - UNINGÁ https://uninga.br/wp-content/uploads/2022/07/MANUAL-CLINICO-DE-PROTESE-TOTAL.pdf – DOI:10.46311/978-65-80328-04-8

MATTOS, Fabiane Pereira Santos de; MARCHIONNI, Antônio Márcio Teixeira; Endodontia e sepultamento radicular como tratamento conservador em paciente submetido à radioterapia: Relato de caso. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.12, p. 114300-114314, 2021. https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-284

Meikle MC. The role of the condyle in the postnatal growth of the mandible. Am J Orthod 1973; 64(1):50-62.

NICHTHAUSER, Brigitte et al. Sintomas otológicos em pacientes com disfunção temporomandibular tratados com aparelhos oclusais lisos e planos. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 53, n. 4, p. 213-220, 2012.

OKESON, J. P. *Fundamentos de oclusão e desordens temporomandibulares.* São Paulo: Artes Médicas, 1992. 449 p.

Princípios de cirurgia bucomaxilofacial -Cap. 24 ´tratamentos de fraturas faciais´ --- **Peterson**, Larry J. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

TURANO, José Cerratti et al. Fundamentos de Prótese Total. Livraria Santos Editora Ltda. 9.ed. - São Paulo : Santos, 2010.

WEINBERG, L. A. Role of condylar position in TMJ dysfunction-pain syndrome. *Journal of Prosthetic Dentistry*, v. 41, p. 636-643, 1979.

WIECKIEWICZ, Mieszko et al. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. **The journal of headache and pain**, v. 16, p. 1-12, 2015.

Wismeijer D, Vermeeren JIJF, Van Waas MAJ. A 5-year evaluation of patient satisfaction and prosthetic aftercare in patient treatment using overdentures supported by ITIimplants. Int J Oral Maxillofac Implants 1995; 10:744-9.

ANEXO A - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Elizabete Oliveira dos Santos RG: 1522976 e CPF: 108846882.91 declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa referente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:**UTILIZAÇÃO DE APARELHO OCLUSAL PLANO ASSOCIADO A PRÓTESES TOTAIS PARA REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE PÓS TRAUMA CONDILAR**: Relato de caso clínico, desenvolvido pelo aluno Rudson Batista Alcântara. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Professor Sidney Saint Clair Santos. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é construir um(a) monografia/artigo referente ao Trabalho de Conclusão de Curso. Minha colaboração se fará de forma anônima, em que me voluntario para a realização do tratamento odontológico, bem como cedo o uso da documentação fotográfica do caso clínico, análise do prontuário, de exames radiográficos, laboratoriais, tomografias computadorizadas e etc. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e seu orientador, os quais serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos. Não me foram dadas garantias nem assegurando que o tratamento proposto terá sucesso total, pois, devido às diferenças individuais entre pacientes, há possibilidade de insucesso. A explicação que recebi que menciona os riscos e benefícios dos procedimentos a serem realizados foram suficientes. Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Belém - Pa, 22 de agosto de 2024.

Elizabete Oliveira dos Santos

Assinatura do (a) Participante

Rudson Batista Alcântara

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Assinatura do (a) orientador (a)

Nome do aluno: Rudson Batista Alcântara
Odontologia/UFPA/Belém
Fone: (91) 98449-3765/ e-mail: rudsonb.alcantara@gmail.com

ANEXO B - Encaminhamento



Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará

Atend.: 02720664 ELIZABETE OLIVEIRA DOS SANTOS Sexo: Fem

Pront.: 0003742422 Setor: Idade: 64 Anos 9 Meses 11 Dias

Data do atendimento: 17/01/2024 - 15:43 Convênio: SUS - AMBULATORIO

Médico: ALESSANDRA ARNAUD MOREIRA

RECEITUÁRIO

17/01/2024 15:56:38

A FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFPA
SERVIÇO DE DTM DO PROFESSOR SAINT CLAIR

ENCAMINHO PACIENTE ACIMA COM HISTÓRICO DE TRAUMA DE FACE HÁ 8 MESES POR QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA, BATENDO A REGIÃO DE MENTO E SOFRENDO FRATURA DE CODILO INTRACAPSULAR.
ENCAMINHO PARA TRATAMENTO DE DTM PÓD TRAUMA
DESDE JÁ AGRADEÇO
ATTE

Prestador Logado: ALESSANDRA ARNAUD MOREIRA

Dra. Alessandra Arnaud Moreira
Cirurgia Buco-maxilo-facial
CRO/PA 2660

Assinatura e carimbo

ANEXO C - Laudo da tomografia

Governo de Estado do Pará
Secretaria de Estado de Saúde
Poli Metropolitana Policlínicas do Pará

Nome: Elizabete Oliveira Dos Santos
Nascimento: 06/04/1959
Registro: 852567

Realização: 23/10/2023
Modalidade: CT
Médico solicitante: Nao Informado

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Técnica:
Aquisição volumétrica sem injeção intravenosa do meio de contraste iodado não iônico. Imagens adquiridas em repouso e com manobra de abertura bucal.

Relatório:
Fragmentação cominutiva do côndilo mandibular esquerdo, apresentando alteração a sua excursão.
Côndilo mandibular direito anatômico.
Eminências temporais com forma, contornos e atenuação habitual.
Espaços e superfícies articulares de aspecto habitual.
Excursão mandibular satisfatória à direita à manobra de abertura bucal.
Planos musculoadiposos íntegros.

Opinião:
Fragmentação cominutiva do côndilo mandibular esquerdo, apresentando alteração a sua excursão.

Dra. Dyandra Moreira de Araújo
Médica Radiologista CRM 12350 RQE 6996
Membro titular do CBR