



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FACULDADE SETE LAGOAS

SAMILLE PATRIZZIA SANTOS

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTE PROTADOR DO MAL DE
ALZHEIMER: RELATO DE CASO**

RECIFE
2019

SAMILLE PATRIZZIA SANTOS

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTE PROTADOR DO MAL DE
ALZHEIMER: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização *Lato Sensu* apresentado ao Centro de Pós-Graduação em Odontologia - CPGO, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientadora: Prof.^a Nayane Chagas Carvalho
Alves

RECIFE


2019

CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
FACULDADE SETE LAGOAS

Trabalho conclusão de curso intitulado “TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTE PROTADOR DO MAL DE ALZHEIMER: RELATO DE CASO” de autoria da aluna Samille Patrizzia Santos aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profa. Nayane Chagas Carvalho Alves



Prof. Glauco dos Santos Ferreira



Prof. Antônio Vinícius Holanda Barbosa

RECIFE
2019

RESUMO

Como a expectativa de vida vem aumentando nesses últimos anos, as patologias crônicas e síndromes demenciais, como a doença de Alzheimer, tiveram sua prevalência aumentada. Essas doenças reduzem a qualidade de vida dos pacientes, tem efeitos sistêmicos e orais tornando-se necessário uma atenção especial durante o atendimento odontológico. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é relatar o caso de um tratamento endodôntico em um paciente do portador do mal de Alzheimer. As principais dificuldades encontradas nesse tratamento foram no condicionamento do paciente, que não aceitava ficar muito tempo sentado na cadeira odontológica para a realização da conduta endodôntica, e na localização e acesso dos canais radiculares, em virtude da atresia da câmara pulpar. Em virtude dessas dificuldades, o tratamento endodôntico foi realizado em um maior número de sessões e para localização dos canais radiculares foi necessário o uso de inserto ultrassônico E3D (Helse, São Paulo, Brasil), Após localização e preparo químico-mecânico, o canal foi obturado. Para isso, utilizou-se a técnica de cone único a fim de permitir maior agilidade e segurança no tratamento. Foram necessárias 3 sessões para realizar o tratamento completo e concluiu-se que sempre que se tem um paciente com necessidades especiais deve-se respeitar a individualidade do mesmo realizar o tratamento no ritmo deles, além disso deve-se fazer o tratamento mais conservador possível.

PALAVRAS-CHAVES: Endodontia; Doença de Alzheimer; Saúde bucal.

ABSTRACT

With life expectancy increasing in recent years, chronic pathologies and dementia syndromes, such as Alzheimer's disease, have increased in prevalence. These diseases have systemic and oral effects and reduce the quality of patients' lives who, under these circumstances, will need special care during treatments. Thus, the aim of this task is to report the case of an endodontic treatment in patients with Alzheimer's disease. The biggest obstacles were keeping the patient sitting still for longer periods of time, long enough for this treatment, as well as locating access of root canals, due to pulp chamber atresia. To locate these channels, it was necessary to use an ultrasonic insert E3D (Helse, São Paulo, Brasil). After localization and chemical-mechanical preparation, the canal was filled. It took 3 sessions to complete the treatment and it was concluded that whenever you have a patient with special needs you should respect their individuality to perform the treatment at their own pace, and you should make the treatment as conservative as possible.

KEY WORDS: Endodontics; Alzheimer's disease; Oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 RELATO DE CASO.....	8
3 DISCUSSÃO.....	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da população de idosos, o índice das doenças demenciais, como o mal de Alzheimer, tem aumentado bastante e os profissionais de saúde devem estar preparados para dar assistência a esses pacientes que são cada vez mais comuns nos consultórios e que necessitam de atendimento individualizado (KOCAELLI et al., 2002).

A demência é um distúrbio importante da velhice caracterizada por uma grave perda de função intelectual que leva ao comprometimento global nas funções corticais superiores, incluindo a memória e a capacidade de resolver os problemas da vida diária (KOCAELLI et al., 2002). A doença de Alzheimer (DA) é a causa mais comum de demência e tem, associados a ela, muitos fatores de risco como: idade, gênero, apolipoproteína E4, idade avançada dos pais, doença cerebrovascular, traumatismo craniano, enfarte do miocárdio e defeitos imunológicos. A isso soma-se também fatores genéticos, como defeitos cromossômicos (síndrome de Down); e de meio ambiente como agentes infecciosos, toxinas, nível de educação e ocupação (KOCAELLI et al., 2002).

Na demência, as lesões patológicas características são emaranhados neurofibrilares e placas neuríticas que consistem em fibras nervosas moribundas agrupadas ao redor de depósitos de amiloide. Embora placas e emaranhados possam ser detectados nos cérebros dos idosos não-dementados, eles são mais numerosos em pacientes com demência. Os déficits colinérgicos são a classe mais comum de distúrbios neuroquímicos em pacientes com DA e acredita-se que contribuam para a deterioração da memória e outras funções cognitivas (CAMPOS et al., 2017).

Clinicamente, a doença de Alzheimer é caracterizada por perda gradual e progressiva da memória e outras atividades cognitivas, levando à dificuldade em nomear objetos, ou em escolher as palavras certas para expressar uma ideia (anomia), incapacidade de reconhecer familiares ou de realizar as mais simples tarefas, alterações de personalidade, deterioração geral das habilidades motoras, desorientação e comportamento grosseiramente inadequado ou bizarro. Alterações de personalidade, delírios, alterações de humor ou depressão e vários problemas

comportamentais podem estar associados (BIANCHETTI, TRABUCCHI, 2001; VARJÃO, 2006). Quanto a saúde bucal, estudos de caso controle, concluíram que os pacientes portadores de DA tinham pior saúde bucal (cárie e doença periodontal), mais lesões nas mucosas (queilite e candidíase), e pior quantidade e qualidade da saliva (ARAGÓN et al., 2018; DELWEL et al., 2018).

Os principais problemas das pessoas com DA e muitos outros tipos de demência são comportamentais e a cognição prejudicada pode afetar severamente as atividades diárias e a má execução da higiene bucal pode levar a cáries e eventual perda de dentes. Nos estágios iniciais as consultas dentárias e instruções são esquecidas. Mais tarde, há uma negligência progressiva da saúde como resultado de esquecer até mesmo como escovar os dentes ou limpar as dentaduras. Outro problema é que pacientes com DA a percepção da dor pode ser distorcida e a localização de dor dentária é geralmente muito pobre (MANCINI et al., 2010; MARTANDE et al., 2014).

O planejamento do tratamento odontológico, o cuidado oral e o manejo comportamental de pessoas com mal de Alzheimer deve ser feito levando-se em consideração a gravidade da doença e deve envolver os familiares. É importante antecipar o futuro declínio oral no planejamento do tratamento e instituir medidas preventivas agressivas (como o uso de flúor tópico, clorexidina ou ambos) e a prática de visitas frequentes de recordação e higiene bucal diária (VARJÃO, 2006; MANCINI et al., 2010). Dessa forma, o objetivo desse trabalho é relatar o caso de um tratamento endodôntico em um paciente do portador do mal de Alzheimer.

2. RELATO DE CASO

Paciente I.A., sexo masculino, chegou a clínica do curso de Especialização em Endodontia no Centro de Pós-Graduação em Odontologia, para realizar tratamento endodôntico no segundo pré-molar superior direito (dente 15). O paciente chegou à clínica acompanhado da responsável (sua esposa) que, nos primeiros instantes da anamnese, relatou que o mesmo possuía mal de Alzheimer e precisava de acompanhamento. Ela informou também que o tratamento do marido já havia sido iniciado porém o profissional anterior não conseguiu localizar o canal radicular. A responsável afirmou que o paciente não referia nenhuma sintomatologia dolorosa ou queixa em relação ao dente 15. Ao exame físico, foi observado que o dente estava com selamento provisório e não possuía fístula, edema e nem bolsa periodontal. Constatou-se também a ausência de dor à percussão e a palpação. Durante o exame físico também foi possível observar que o dente que precisava do tratamento endodôntico era um dos responsáveis pela fixação da prótese parcial removível do paciente, portanto, se o tratamento endodôntico não fosse possível, o paciente perderia a prótese. Quanto à condição pulpar, percebeu-se ausência de vitalidade no teste de sensibilidade pulpar com ENDO ICE (Maquira, Maringá, Brasil). O paciente já chegou com a tomografia computadorizada para ajudar na localização dos canais, a qual foi analisada antes de começar o tratamento endodôntico (Figuras 1 e 2).

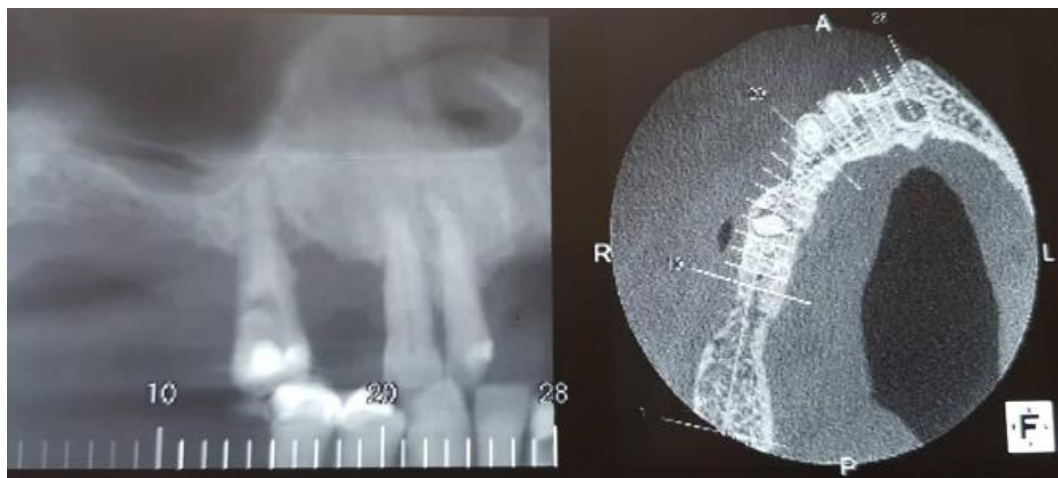


Figura 1: Cortes tomográficos do elemento dental 15.

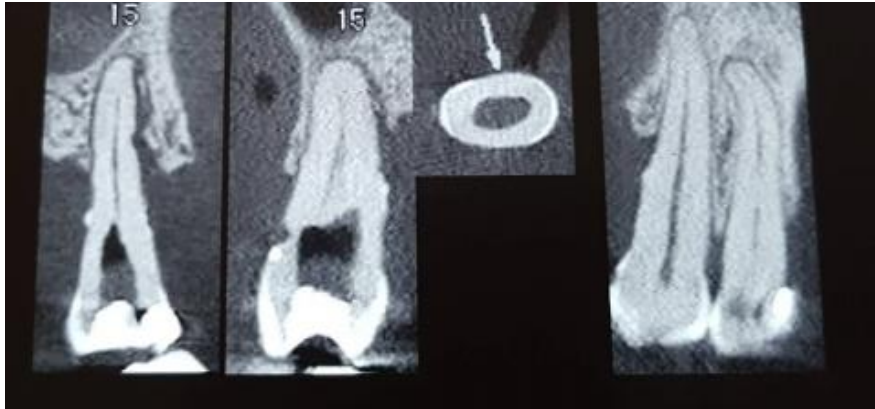


Figura 2: Cortes tomográficos do elemento dental 15.

Para iniciar o tratamento endodôntico, foi realizado o bloqueio anestésico do nervo alveolar superior com o anestésico Mepivacaina 2% com epinefrina 1:100.000 UI (DLF, Rio de Janeiro, Brasil), em seguida, foi realizada a remoção da restauração provisória e a aplicação do isolamento absoluto. Para realizar a localização dos canais radiculares foi utilizado o inserto ultrassônico E3D (Helse, São Paulo, Brasil) e lima K #10 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça). (Figura 3). Além disso, foi realizada irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5%. Após a localização do canal o mesmo foi explorados com a lima K #15 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) e posteriormente foi colocado tricresol formalina (Maquira, Maringá, Brasil) com uma bolinha de algodão estéril e feito um selamento provisório com ionômero de vidro restaurador (3M do Brasil LTDA, BRASIL). A sessão foi encerrada porque o paciente começou a se mostrar impaciente pois estava sentado na cadeira odontológica a aproximadamente uma hora e, por causa da DA, ele não permitia sessões mais longas que isso. Essa foi, inclusive, uma das maiores dificuldades encontradas nesse tratamento.



Figura 3: Inseto ultrassônico usado na localização do canal.

Na segunda sessão, após 30 dias da primeira sessão, foi realizada a anestesia, isolamento absoluto e o preparo químico-mecânico do canal radicular com o instrumento recíprocante X1 Blue 25.06 (MK LIFE, Porto Alegre, Brasil) com irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5%. Essa lima foi escolhida por ser uma lima única e permitir um preparo mais rápido do canal radicular. A odontometria foi realizada com auxílio do localizador apical RomiApex A-15 (ROMIDAN LTD, ISRAEL) e da tomografia, sendo encontrado um canal com comprimento real do dente de 20 mm. A instrumentação foi realizada no comprimento 20 mm, seguida da colocação do hidróxido de cálcio - Utracal XS (Ultradent Products Inc., South Jordan, UT, USA), como medicação intracanal, o mesmo foi aplicado com auxílio de uma agulha Navitip (Ultradent Products Inc., South Jordan, UT, USA). Posteriormente foi colocado cotosol (Siemens Healthcare Diagnostics INC, EUA) e ionômero de vidro restaurador (3M do Brasil LTDA, BRASIL) para fazer o selamento provisório.

A sessão seguinte, após 30 dias da segunda sessão, foi planejada para realizar a obturação dos canais radiculares. Após a anestesia e isolamento absoluto foi realizada a retirada da medicação intracanal e feita a recapitulação da lima X1 Blue no comprimento real de trabalho. Após isso, foi realizado o protocolo de irrigação final, para isso, usou-se Easy Clean para ativação da solução irrigadora em 3 ciclos de 20 segundos alternando Hipoclorito de sódio a 2,5% - EDTA Trissódio (Maquira, Maringá, Brasil) – Hipoclorito de Sódio a 2,5%. Posteriormente os canais foram secos com cone de papel absorvente estéril de acordo com o diâmetro da lima correspondente do

preparo radicular. O cone de guta percha principal (MKLife, São Paulo) foi calibrado no diâmetro e comprimento compatíveis com o preparo químico-mecânico e desinfectado com Hipoclorito de Sódio 2,5% por 5 minutos e posteriormente seco com gaze estéril. A obturação do sistema de canais radiculares foi realizada pela técnica de cone único respeitando o comprimento real dos canais radiculares. O cimento endodôntico selecionado foi o Sealer Plus (MK LIFE, Porto Alegre, Brasil) pois o mesmo apresenta toxicidade reduzida, excelente fluidez, fácil manipulação e alta radiopacidade. Foi realizada a condensação vertical com condensador de Paiva e limpeza final da câmara pulpar com algodão estéril e Hipoclorito de Sódio 2,5%. Após obturação, tendo em vista a condição do paciente, buscou-se reduzir uma sessão de tratamento odontológico e decidiu-se fazer, na mesma sessão, a restauração definitiva, que foi feita com resina bulk fill (3M do Brasil LTDA, BRASIL). Em seguida, foi realizada a radiografia periapical final pela técnica do paralelismo (Figura 4).



Figura 4: Radiografia Final.

3. DISCUSSÃO

A doença de Alzheimer, forma de demência mais comum no idoso, caracteriza-se pela perda progressiva e persistente de múltiplas áreas das funções intelectuais. Clinicamente é de caráter irreversível, apresenta gradual declínio da memória, aprendizado, orientação, estabilidade emocional e capacidade de comunicação. Acomete também as funções motoras, comprometendo os cuidados pessoais e a vida social e diária do indivíduo (MIRANDA, 2012).

A higienização bucal nesses pacientes é precária, uma vez que eles vão perdendo a capacidade de realizar o autocuidado à medida que a doença avança. Nesse contexto, o papel desempenhado pelo cirurgião-dentista, pelos familiares e pelos cuidadores é de extrema importância para que se possa dar uma melhor qualidade de vida aos portadores desse mal. Pressupõe-se que tanto a própria doença (sintomas como a deterioração cognitiva, apatia e apraxia causam falta de interesse e incapacidade de realizar a higiene diária), como o tratamento farmacológico (diminuição do fluxo salivar), aumentam o risco de patologia bucal (cárie e doença periodontal, xerostomia e candidíase) (ARAGÓN et al., 2018).

Esses pacientes requerem atendimento de equipe multidisciplinar, na qual se insere também o cirurgião dentista e o plano de tratamento deve levar em consideração as características individuais dos pacientes e as fases evolutivas dessa doença. Comumente no estágio inicial é plausível o tratamento em consultório; no entanto, nas fases moderada e avançada, o tratamento tende a tornar-se mais complexo ou complicado, advindo das manifestações clínicas da doença (paranoia, agressividade, dependência de terceiros, pouca cooperação e não comunicação) e das limitações geradas. Muitas vezes, parte-se para tratamento com cunho paliativo pela impossibilidade de realizar o tratamento curativo requerido (SPEZZIA, 2018).

A doença de Alzheimer pode afetar a função mastigatória, afetando a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a reabilitação oral com próteses removíveis convencionais. Além disso, a epidemiologia estudos relataram que a perda dentária é um fator de risco significativo para demência ou DA. Os danos cerebrais causados pela DA também podem reduzir as sensações de olfato e paladar, afetando o fluxo

salivar, o apetite e a função motora e, com isso, prejudicando a função mastigatória (CAMPOS, RIBEIRO, GARCIA, 2018).

Consultas curtas para pacientes com doença de Alzheimer podem ser menos estressante e os planos de tratamento devem ser projetado com alterações mínimas na cavidade bucal e não deve envolver reabilitação completa (KOCAELLI et al., 2002). No presente caso, optou-se por um maior número de consultas, com um menor tempo de atendimento clínico, por causa da condição do paciente, que não conseguia ficar na cadeira odontológica por muito tempo.

O preparo químico-mecânico do canal radicular é a etapa que demanda mais tempo no tratamento endodôntico. Por isso, há muito tempo os endodontistas e as indústrias de materiais odontológicos preocupam-se com a criação de sistemas que permitam a modelagem dos canais por meio de uma instrumentação automatizada, o que facilita e acelera o preparo químico-mecânico dos canais radiculares (SEMAAN et al., 2009). Visto que o paciente possui mal de Alzheimer e tem um tempo limitado na cadeira odontológica, devido a sua condição sistêmica, precisa-se realizar o tratamento mais rapidamente, por isso, optou-se pelo sistema automatizado que permite menor tempo para preparar os canal e uma maior segurança na limpeza e desinfecção dos canais radiculares (SEMAAN et al., 2009).

Além disso, também com o objetivo de reduzir o tempo de trabalho, optou-se pela técnica de obturação de cone único, que dispensa a introdução de muitos cones secundários como exige a técnica de condensação lateral, o que reduz o tempo operatório da obturação (NABESHIMA, 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento odontológico dos pacientes com doença de Alzheimer deve ser feito no ritmo do paciente, respeitando as particularidades dos mesmos, de preferência com um número de consultas compatível com a tolerância do paciente e menor tempo de atendimento odontológico. Além disso, torna-se importante o uso de técnicas automatizadas durante o tratamento endodôntico a fim de proporcionar maior segurança e agilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÓN, F. et al. Oral health in Alzheimer's disease: a multicenter case-control study. **Clinical oral investigations**, p. 1-10, 2018.

BIANCHETTI, A.; TRABUCCHI, M. Clinical aspects of Alzheimer's disease. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 13, n. 3, p. 221-230, 2001.

CAMPOS, C. H. et al. Mandibular movements and bite force in Alzheimer's disease before and after new denture insertion. **Journal of oral rehabilitation**, v. 44, n. 3, p. 178-186, 2017.

CAMPOS, Camila H.; RIBEIRO, Giselle R.; GARCIA, Renata CM Rodrigues. Mastication and oral health-related quality of life in removable denture wearers with Alzheimer disease. **The Journal of prosthetic dentistry**, v. 119, n. 5, p. 764-768, 2018.

DELWEL, Suzanne et al. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. **Clinical oral investigations**, v. 22, n. 1, p. 93-108, 2018.

KOCAELLI, Hümeýra et al. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, v. 93, n. 5, p. 521-524, 2002.

MANCINI, M. et al. Oral health in Alzheimer's disease: a review. **Current Alzheimer Research**, v. 7, n. 4, p. 368-373, 2010.

MARTANDE, Santosh S. et al. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, v. 29, n. 6, p. 498-502, 2014.

MIRANDA, Alexandre Franco et al. Atenção em Saúde Bucal aos Pacientes do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília: uma visão especial da

odontologia no contexto multidisciplinar: avaliação do Projeto de Extensão. **Revista Meta: Avaliação**, v. 4, n. 10, p. 68-77, 2012.

NABESHIMA, C. K. **Avaliação do selamento marginal das técnicas de obturação de cone único modificada, condensação lateral e termoplastificada por onda contínua de condensação**. 2011. 64 f. Dissertação (Mestrado em Endodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SEMAAN, Fabiana Salloum et al. Endodontia mecanizada: a evolução dos sistemas rotatórios contínuos. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6, n. 3, p. 297-309, 2009.

SPEZZIA, Sérgio. Saúde bucal e doença de Alzheimer. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 4, p. 191-194, 2018.

VARJÃO, Fabiana Mansur. Assistência odontológica para o paciente portador da doença de Alzheimer. **Revista Odonto Ciência**, v. 21, n. 53, p. 284-288, 2006.