

**FACULDADE SETE LAGOAS**

**FÁBIO PEREIRA MENDES**

**LENTE DE CONTATO DENTAL NA RECUPERAÇÃO ESTÉTICA DO PACIENTE**

**OSASCO**

**2019**

**FÁBIO PEREIRA MENDES**

**LENTE DE CONTATO DENTAL NA RECUPERAÇÃO ESTÉTICA DO PACIENTE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Dentística Restauradora.

**Área de concentração:** Dentística Restauradora

**Orientador:** Prof. Dr. Dirceu Vieira

**OSASCO**

**2019**

MENDES, FÁBIO PEREIRA

Lentes de contato dental na recuperação do paciente - 2019.

28 f.

Orientador: Prof. Dr. Dirceu Vieira

Monografia (especialização) – Faculdade Sete Lagoas, 2019.

1. Lente de contato dental 2. Estética

I.Título. II. Dirceu Vieira

## FACULDADE DE SETE LAGOAS

Monografia Intitulada “**Lentes de contato dental na recuperação estética do paciente**” de autoria do aluno Fábio Pereira Mendes, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof. Dr. Dirceu Vieira – ABO Regional Osasco - Orientador

---

Prof<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Araújo Ventura – ABO Regional Osasco – Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Cláudia Yanagui – ABO Regional Osasco - Examinador

Osasco, 22de março de 2019.

## RESUMO

A busca incessante pelos padrões de beleza faz com que as pessoas procurem tratamentos que ofereçam o sorriso perfeito. Com a evolução das técnicas e materiais ao longo dos anos na Odontologia, é possível obter dentes totalmente alinhados, sem diastemas, mais claros e principalmente funcionais. Alterar a estética de um sorriso envolve muito mais do que simples restaurações com cores homogêneas e morfologias pré-determinadas por conceitos e proporções numéricas estáticas. O profissional deve acima de tudo compreender as características individuais do paciente, suas necessidades e anseios, respeitando a composição do sorriso com a face e funções do aparelho estomatognático para, assim, indicar a melhor técnica e materiais restauradores. Atualmente, o tratamento proposto com lentes de contato dental apresenta excelentes propriedades físicas, ópticas e alto grau de biocompatibilidade. Isto permite devolver a integridade biomecânica, estrutural e estética, e quando bem indicados, proporcionam um tratamento altamente satisfatório, com maior longevidade e mínimo ou nenhum desgaste dos elementos dentários além de devolver ao paciente uma maior autoestima.

**Palavras-chave:** Autoestima; estética.

## **ABSTRACT**

The incessant search for beauty standards makes people look for treatments that offer the perfect smile. With the evolution of techniques and materials over the years in dentistry, it is possible to obtain totally aligned teeth, without diastemas, clearer and mainly, functional teeth. Changing the aesthetics of a smile involves much more than simple restorations with homogeneous colors and morphologies predetermined by concepts and numerical proportions. The professional must above all understand the individual characteristics of the patient, their needs and desires, respecting the smile composition with the face and functions of the stomatognathic apparatus to thus indicate the best technique and restorative materials. Currently, the proposed treatment with dental counting lenses has excellent physical, optical and high degree of biocompatibility. These allow restoring the biomechanical, structural and aesthetic integrity and when well indicated, provide a highly satisfactory treatment, with a longer life and minimum or none wear of the dental elements, in addition to it, gives back the patient self-esteem and his well-being.

Keywords: Self-esteem; aesthetic.

## LISTA DE FIGURAS

Figuras 1A e 1B – Caso 1 – Amelogênese imperfeita.....	Pág 15
Figuras 2A, 2B e 2C – Caso 2 – Pré-tratamento clínico, dentes anômalos e com pigmentação.....	Pág 15
Figura 2D – Caso 2– Preparo do tratamento para confecção metal-free e lentes de contato dental.....	Pág 15
Figura 2E – Caso 2 – Confecção dos provisórios.....	Pág 15
Figuras 3A e 3B – Caso 3 - Dentes apresentando grande desgaste e escurecimento das coroas dentárias .....	Pág 16
Figuras 4A e 4B – Caso 4 - Paciente com perda da DVO.....	Pág 16
Figura 4C - Caso 4 – Preparo de coroas e aplicação de Post.....	Pág 16
Figuras 5A e 5B – Caso 5 – Confecção da PAEV para a recuperação da DVO.....	Pág 17
Figuras 1C, 1D e 1E – Resultados – Caso 1.....	Pág 18
Figuras 2F, 2G, 2H e 2I – Resultados – Caso 2.....	Pág 18
Figuras 3C, 3D, 3E e 3F – Resultados – Caso 3.....	Pág 19
Figuras 4D e 4E – Resultados – Caso 4.....	Pág 19
Figuras 5C e 5E – Resultados – Caso 5.....	Pág 20

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**CAD/CAM** = sigla em inglês utilizada para descrever desenhos elaborados por computador.

**DVO** = Dimensão vertical de oclusão.



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. PROPOSIÇÃO.....	12
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
4. RELATO DE CASOS CLÍNICOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

## 1- INTRODUÇÃO

A porcelana surgiu na China por volta de 100 a.C. e sempre foi motivo de sucesso entre seus conhecedores. Mas em meados de 1774 que a porcelana foi introduzida à Odontologia na substituição dos dentes de marfim das próteses totais. As coroas puras livres de metal no início do sec. XX. Em 1995 surgiu a ideia de lente de contato dental baseado na lente de contato ocular. Hoje com o avanço da adesividade a fixação se tornou possível e os resultados mais duradouros. Quando a estética está comprometida as pessoas se retraem prejudicando o seu convívio social. Através da mídia e de artistas a estética está cada vez mais em alta fazendo com que a procura por tratamentos cresce e assim a segurança e auto estima a saúde e bem estar sejam devolvidos com o passar dos anos diversas composições de cerâmica tem sido desenvolvidas com o objetivo de alcançar materiais com melhores propriedades mecânicas e físicas. Dentre os materiais cerâmicos disponíveis no mercado para confecção de facetas feldspáticas, fluorapatita, feldspática reforçada com leucita e as cerâmicas de dissilicato de lítio todas estas cerâmicas apresentam grande quantidade de matriz vítrea em sua composição o que garante uma elevada translucidez e este tipo de material e reatividade ao ácido fluorídrico, essencial para cimentação e longevidade deste tipo de restauração. Dentro do conceito exposto o enceramento diagnóstico podem ser feitos segundo alguns autores de forma digital. A popularização desta técnica deve-se a facilidade de acesso a informações sobre lentes de contato através de cursos, internet e outros meios de comunicação. Além disso, esta técnica conquista os pacientes não apenas por dispensar o uso de anestesia, mas também por preservar a estrutura dental sadia podendo ser confeccionada de forma tradicional ou utilizando a tecnologia CAD/CAM. O conceito de laminados deve ser considerado de forma cautelosa. Apesar de ser uma técnica relativamente simples para o profissional a confecção das lentes parte de uma técnica muito delicada para que seja obtido um resultado natural, sem sobrecontorno e margens salientes. Se não há o mínimo de desgaste existe a possibilidade das margens ficarem volumosas, comprometendo o perfil de emergência do laminado ou ainda muito fino aumentando o risco de fraturas durante o manuseio e cimentação. Sendo assim todos os materiais e situação devem ser

levadas em consideração pelo profissional de modo que seja feita uma boa escolha e obtidos bons resultados.

## 2- PROPOSIÇÃO

Este trabalho tenta esclarecer através de casos clínico e revisão literária se:

- 1) As lentes de contato dental é um trabalho para diferentes classes sociais?
- 2) As lentes dentais podem ser aplicadas em trabalhos pré-existentes?
- 3) As lentes de contato dental podem ser aplicadas concomitantemente com outros trabalhos protéticos?
- 4) As lentes de contato dental proporcionam uma elevação da autoestima do paciente?

### 3- REVISÃO DE LITERATURA

Em 2003, Amantéa e colaboradores realizaram uma revisão de literatura a respeito da utilização da toxina botulínica tipo A na dor e Disfunção Temporomandibular. Verificaram, a partir do material pesquisado, que a síndrome dolorosa da articulação temporomandibular pode ser consequência de espasmos dos músculos da mastigação que ao se encontrarem em contínua contração e fadiga, desencadeiam a dor (TRAVELL, 1942), e sendo a toxina botulínica um potente miorelaxante, sua utilização proporcionará relaxamento da musculatura ocasionando melhora da dor e trazendo equilíbrio às funções mandibulares (FREUND & SCHWARTZ, 1998; FREUND 1999; LINDERN 2001). Verificaram ainda que apesar de ter sua eficácia evidenciada em vários trabalhos (CHESHIRE 1994; FREUND 1999; LINDERN 2001). Há autores que não acreditam que a toxina botulínica promova melhora do quadro álgico (WHEELER, 1998; CLARK 1999).

Alóe e colaboradores, em 2003, publicaram o artigo Bruxismo durante o Sono, onde diferenciam o bruxismo diurno (BD) do bruxismo durante o sono (BS) e argumentam que, sendo entidades clínicas diferentes, requerem estratégias de tratamento distintas. O BS, de maior incidência entre adultos, é considerado primário quando não possui causa médica evidente seja ela sistêmica ou psiquiátrica e secundário, quando atrelado a algum transtorno clínico, neurológico, psiquiátrico ou ainda, relacionado a fatores iatrogênicos (uso ou retirada de medicamentos ou substâncias) ou a transtorno do sono. O bruxismo é causa principal de lesão traumática e hiper mobilidade dentária. Pacientes portadores de BS apresentam desgastes dentários ou exposição de dentina, porém cerca de 40% são assintomáticos. Indivíduos com BS apresentam maior risco de Disfunção Temporomandibular. É relatado no artigo, que durante o sono, há registros de atividade muscular mastigatória rítmica (AMMRS) tanto em pessoas normais quanto em portadores de BS. Durante os episódios de AMMRS há estímulo da salivação e transtornos médicos que causam xerostomia promovem um aumento de natureza compensatória dos episódios de AMMRS. Em muitos casos, o AMMRS pode ocorrer associado a ranger de dentes. Segundo o artigo, não havia, até então, uma estratégia específica, tratamento único ou sequer cura para o BS, sendo utilizado

tratamento comportamental, odontológico, farmacológico e suas combinações, conforme o perfil do paciente, para alívio de sintomas. Quanto ao tratamento exclusivamente odontológico são recomendados ajuste oclusal, restauro de superfícies dentárias, ortodontia e uso de dispositivos intra orais. O tratamento comportamental inclui medidas de higiene do sono, técnicas de relaxamento, hipnoterapia e tratamento da ansiedade. No que tange ao tratamento farmacológico são utilizados relaxantes musculares, antidepressivos, agentes dopaminérgicos, antidepressivos, agentes anticonvulsivantes, agentes beta-adrenérgicos e toxina botulínica do tipo A. De acordo com o artigo, o uso clínico da TxB0 no bruxismo secundário produz efeitos benéficos com redução dos sintomas por cerca de quatro meses, sendo um tratamento relativamente seguro, porém o mesmo refere que um estudo realizado em 2000 concluiu que não existem estudos de longo prazo que comprovem a eficácia do tratamento com TxB0 em casos de bruxismo primário ou secundário.

Pereira e colaboradores, em 2006, realizaram uma revisão de literatura que constatou que o bruxismo pode ser cêntrico(ato de apertar) e/ou excêntrico (ato de ranger); diurno e/ou noturno e consciente ou inconsciente. É considerado bruxismo primário aquele que é idiopático e secundário, o que ocorre frente a desordens neurológicas, psiquiátricas ou é seguido ao uso de determinadas drogas. A predisposição genética pode interferir na origem do bruxismo, porém o modo de transmissão e os mecanismos exatos não são ainda conhecidos. Na intenção de se estabelecer uma terapêutica que controle essa parafunção, alguns aspectos como estresse e ansiedade, qualidade do sono, terapia oclusal, restrição ao consumo de substâncias estimulantes, terapia medicamentosa, que inclui relaxantes musculares, antidepressivos e toxina botulínica (que bloqueia a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular) entre outros, e terapias de suporte como a fisioterapia devem ser considerados. Concluiu-se que a ocorrência desta parafunção é melhor controlada quando uma equipe multidisciplinar atua na orientação do paciente quanto às prováveis causas.

Colhado e colaboradores, em 2009, realizaram um estudo que objetivou revisar histórico, propriedades farmacológicas e aplicações da toxina botulínica (TxB0) quando empregada no tratamento da dor de variadas origens. Foi

evidenciado que a toxina botulínica tem a capacidade de enfraquecer de modo seletivo a musculatura dolorosa, permitindo assim, o alívio sustentado da dor. De acordo com os estudos revisados, em humanos o efeito analgésico da TxBo foi primeiramente demonstrado após observação de significativo alívio de dor na distonia cervical. Em 1990, o NIH (National Institutes of Health) divulgou um consenso onde considera o uso clínico da TxBo no tratamento do estrabismo, tratamento sintomático do blefaroespasma essencial, distonia cervical, espasmo hemifacial, disfonia espasmódica do adutor, bruxismo, apertamento dentário, distonia mandibular, sendo que apenas os três primeiros tem aprovação pela ADA (Food and Drug Administration). Estudos adicionais são necessários, mas a terapêutica com TxBo mostra-se promissora em diversas outras condições. Com relação específica à dor, diversas publicações têm demonstrado a segurança e eficácia da TxBo no tratamento da cefaleia tensional, migrânea, dor lombar crônica e dor miofascial (incluindo a dor ocasionada por DTM). Colhado e colaboradores concluíram então, que apesar do alto custo a terapia com a TxBo deve ser considerada por se mostrar segura, bem tolerada em distonias crônicas, apresentar baixa incidência de efeitos colaterais, possibilitar redução de medicamentos adjuvantes e por ter tempo de ação de três a quatro meses por dose, ainda que pesquisas futuras se mostrem necessárias a fim de se estabelecer o exato mecanismo de ação e eficácia da TxBo em distonias dolorosas crônicas, assim como seu potencial em tratamentos multifatoriais.

Em 2012, Borges e colaboradores realizaram um estudo a respeito do efeito da toxina botulínica no tratamento da cefaleia tipo tensional no controle da dor miofascial. Foram avaliadas 17 pacientes do sexo feminino, com idade entre 23 e 41 anos que haviam sido tratadas de cefaleia com uso de toxina botulínica no período de cinco a oito dias antes da primeira avaliação. Os músculos da mastigação foram apalpados e os que apresentavam sensibilidade durante o exame foram registrados. Utilizou-se uma tabela de intensidade de dor (Tabela 1), determinada subjetivamente pelo paciente na primeira consulta e repetida aos 60, 120 e 180 dias, que derivou na tabela 2. Os resultados obtidos após análise das tabelas levaram à conclusão de que a toxina botulínica não se constitui num medicamento para tratamento efetivo da cefaleia, apenas o controla por tempo determinado e que efeitos colaterais como

hiperatividade e dor muscular podem advir de seu uso, devido à imposição de sobrecarga.

Em 2013, Dall'Antonia e colaboradores realizaram uma revisão bibliográfica acerca do uso da toxina botulínica na dor miofascial nos músculos da mastigação. Alguns critérios foram utilizados para se determinar quais estudos seriam incluídos na revisão. Deveriam ser estudos randomizados, duplamente encobertos ou encobertos, com 10 ou mais participantes, os aspectos metodológicos foram aleatórios, porém deveriam relacionar o uso da toxina botulínica na dor miofascial da Disfunção Temporomandibular nos músculos da mastigação, de modo mais específico, com o Masséter e Temporal e limitados para a língua inglesa. Seis estudos foram selecionados. Concluiu-se que o uso da toxina botulínica não se mostrou mais eficiente para o fim de tratamento da dor miofascial do que os tratamentos convencionais já estabelecidos. Diversas variáveis não foram controladas nos poucos estudos pertinentes, portanto, mais estudos com criteriosas metodologias devem ser realizados a fim de viabilizar sua aplicação em pacientes submetidos inicialmente a tratamentos conservadores.

Pedron, em 2014, publicou um relato de caso acerca da utilização da toxina botulínica tipo A associada à cirurgia gengival ressectiva. Paciente leucoderma, gênero feminino, 38 anos, compareceu à clínica relatando queixa de sorriso gengival. A mesma apresentava leve discrepância entre o comprimento dos dentes 11,12 e 21 e ainda exposição gengival superior a 03 mm, o que caracteriza o sorriso gengival. O tratamento proposto e aceito consistiu em gengivoplastia e aplicação de toxina botulínica. Após 21 dias houve reparação gengival satisfatória. Não houve relato de efeitos colaterais. A recorrência do sorriso gengival deu-se seis meses após a aplicação da toxina botulínica. A conclusão obtida foi que o uso daTxBo, apesar do efeito temporário é uma alternativa menos invasiva, rápida e segura, frente aos tratamentos cirúrgicos e que proporciona resultado harmônico, respeitando-se os músculos alvo, a dose e o tipo de sorriso. Em associação à cirurgia ressectiva fornece resultados estéticos ainda melhores.

Em 2014, Sposito e Teixeira publicaram uma revisão de literatura a fim de sistematizarem as evidências científicas a respeito da eficácia da toxina



botulínica tipo A no tratamento de dor miofascial relacionada aos músculos da mastigação. Selecionaram quatro estudos do tipo ensaio clínico randomizado duplo-cego. A Disfunção Temporomandibular (DTM) é um termo usado para reunir um grupo de doenças que acometem os músculos da mastigação, articulações temporomandibulares e estruturas vizinhas. A DTM tem tido sua incidência aumentada de forma considerável. Pacientes portadores de DTM têm como principal sintoma a dor miofascial, que é provocada por espasmos dos músculos da mastigação, em associação à alteração da função mandibular, podendo ser desencadeada por contração, distensão ou ainda fadiga muscular que é geralmente causada por hiperatividade muscular e responde por 80% dos casos de DTM. A hiperatividade muscular é causada por hábitos parafuncionais, podendo ser agravada pelo estresse emocional. O diagnóstico da DTM é feito por meio de anamnese e exame clínico, utilizando-se a palpação muscular para identificação do local da dor. Nos artigos citados na revisão, todos abordavam o uso da toxina botulínica tipo A como alternativa terapêutica no tratamento da dor miofascial. A revisão concluiu que a diminuição dos níveis de dor com a utilização da toxina botulínica é satisfatória nesta patologia, além de não causar efeitos adversos significativos e aprimorar os tratamentos já existentes. Ainda assim, tornam-se indispensáveis mais estudos para se chegar a uma avaliação definitiva sobre segurança e eficácia.

Em 2017, Silva e colaboradores realizaram uma revisão de literatura que teve por objetivo abordar a utilização da toxina botulínica como alternativa terapêutica na prática da clínica odontológica. Os autores realizaram uma busca nas bases LILACS, Bireme e Pubmed sobre artigos publicados entre 1999 e 2014 que relacionassem a injeção de toxina botulínica com a cavidade oral e a face. Os estudos mostraram que a toxina pode ser usada na Disfunção Temporomandibular e dor orofacial, podendo atuar nesses casos como uma ótima alternativa devido a suas propriedades antinociceptivas e analgésicas. A neurotoxina botulínica pode ainda ser utilizada na hipertrofia do Masséter, que muitas vezes traz desconforto estético ao paciente. Sorriso gengival também consiste em indicação para terapia com toxina botulínica, associada a ou evitando um procedimento cirúrgico. Alergia ao fármaco, gravidez, lactação, paciente pouco colaborativo, infecção ou inflamação no local da injeção, comorbidades, pacientes que usam medicamentos

anticoagulantes, aminoglicosídeos ou com desordens na junção neuromuscular constituem restrições ao uso da toxina. Dor ou rigidez muscular, fraqueza muscular, edema no local da injeção, disfonia, hematoma, disfagia ou ptose estão entre os efeitos adversos conhecidos. Sua ocorrência depende da técnica e dose utilizada. Por fim, o estudo concluiu que o uso da toxina botulínica é um tratamento viável na rotina odontológica e apresenta grande potencial de emprego tanto no âmbito estético quanto funcional quando praticado por profissional capacitado. Contudo, concluiu-se também que são necessários mais estudos que demonstrem a ação da neurotoxina no corpo humano em longo prazo.

#### 4- RELATO DE CASOS CLÍNICOS

Caso 1 - C.L., paciente leucoderma, gênero feminino, publicitária, 49 anos de idade. Foi submetida à cirurgia ortognática há 5 anos. Apresentava hipertrofia do músculo Masséter bem mais evidente no lado direito, causando importante assimetria. Além da questão estética, queixava-se de forte algia em hemiface direita. Nunca fez uso de placa de relaxamento muscular.

Foram realizadas fotos de diagnóstico, exame clínico e após os relatos de sintomas da paciente, optou-se pela terapia com toxina botulínica. Foi detalhado à mesma todo o processo de aplicação da toxina, tempo aproximado de duração do efeito, custos e o tratamento proposto foi aceito.



**Fig.1**

**Fig.2**

**Fig. 3**



**Fig.4**

A toxina botulínica selecionada foi Botox®, do laboratório Allergan, frasco de 100U. A mesma foi restituída em 2 ml de solução de cloreto de sódio a 0,9% estéril, conforme orientação do fabricante, com o auxílio de uma seringa de 5 ml e uma agulha 18G x 1 ½ “. Para a injeção, foi utilizada uma seringa de insulina de 1,0 ml /50U e agulha 30G x ½”.



**Fig.5**

Pediu-se para a paciente ocluir, tensionando e evidenciando o músculo Masséter. Em seguida foi realizada a palpação do mesmo, avaliando sua posição, dimensão e tônus. Identificada a área a ser tratada, foi realizada a assepsia da pele, com solução alcoólica de digliconato de clorexidina a 0,5% e feita a marcação dos pontos de aplicação. A técnica selecionada determinou três pontos de aplicação, sendo dois inferiores e um central superior (Fig.6). A aplicação se deu apenas no lado direito, onde o músculo mostrava-se significativamente com volume aumentado, buscando-se assim, um maior equilíbrio entre as hemifaces. Foram injetadas 10U de toxina botulínica em cada ponto.

**Fig.6**

A paciente recebeu orientação quanto aos cuidados pós procedimento e retornou para avaliação após 40 dias. Relatou diminuição significativa da dor e também do volume no lado direito da face, mostrando satisfação quanto ao conforto e harmonia estética obtidos.

**Fig.7**

Caso 2 - M.N, paciente leucoderma, gênero masculino, médico neurologista, 55 anos de idade. O paciente relatou bruxismo, dor facial bilateral constante e limitação de abertura de boca, apesar do uso de placa miorrelaxante, que fraturava recorrentemente. Realizadas fotos de diagnóstico e exame clínico intra e extra oral, observando-se aumento de volume do músculo Masséter e desgastes dentários. A opção de terapia com toxina botulínica foi apresentada pelo profissional e aceita pelo paciente. A toxina, sua restituição, a técnica para localização e determinação dos

pontos de injeção no músculo, a assepsia da pele, material empregado, assim como a dose utilizada foram realizados da mesma maneira que no Caso 1, porém neste caso, a aplicação foi bilateral, devido ao tipo de queixa do paciente e da avaliação do profissional. A abertura de boca foi medida com o auxílio de um paquímetro digital, antes da aplicação e o valor mensurado foi 41,75 mm (Fig.8).



**Fig.8**

O paciente foi reavaliado após 30 dias. Relatou diminuição significativa da dor e redução do volume da face, suavizando-a. Manifestou maior conforto e amplitude na abertura de boca, o que foi constatado com nova medição na qual o valor obtido foi 51,25 mm (Fig.9). Não houve fratura da placa mio-relaxante após a aplicação da toxina.



**Fig.9**

O Caso 2 foi executado e gentilmente cedido para esse trabalho, pelo Cirurgião-Dentista Dr.Tarley Pessoa de Barros.

## 5- DISCUSSÃO

Em 2003, Amantéa e colaboradores salientaram que o emprego da toxina botulínica (TxBo) provoca melhora dos quadros álgicos.

Alóe e colaboradores, em 2003, concluíram que o tratamento do bruxismo com toxina botulínica produz efeitos benéficos que duram cerca de quatro meses, sendo relativamente seguro, ainda que sejam necessários, a longo prazo, mais estudos que comprovem sua eficácia.

Em 2006, Pereira e colaboradores concluíram que para a obtenção de melhores resultados no controle do bruxismo, deve-se contar com a atuação de uma equipe multidisciplinar que observe aspectos tais como terapia medicamentosa com uso de antidepressivos, miorrelaxantes e toxina botulínica; qualidade do sono; terapia oclusal e fisioterapia, entre outros.

Em 2009, Colhado e colaboradores chegaram à conclusão que, ainda que estudos adicionais se façam necessários, o uso da toxina botulínica tem sido eficaz no tratamento de diversas algias, entre elas a cefaleia tensional e a dor miofascial causada pela disfunção temporomandibular. Apesar de seu alto custo, a terapia com TxBo deve ser considerada por se mostrar segura, com baixa incidência de efeitos colaterais e por ter tempo de ação de três a quatro meses por dose, além de possibilitar a redução do uso de outros medicamentos.

Em 2012, o estudo realizado por Borges e colaboradores levou-os a concluir que a toxina botulínica não se mostrou um medicamento efetivo no tratamento da cefaleia tensional, apenas o controla por tempo determinado e mais ainda, que seu uso pode ocasionar efeitos colaterais, devido à imposição de cargas.

Em 2013, a revisão bibliográfica realizada por Dall'Antonia e colaboradores concluiu que a toxina botulínica, não se mostrou mais eficiente que as terapias convencionais usadas no tratamento da dor miofascial. Ressaltaram, entretanto, que nos poucos estudos publicados a respeito não foram utilizadas metodologias



suficientemente criteriosas e a realização de novos estudos sobre o tema foi sugerida.

No relato de caso que publicou em 2014, Pedron mostrou ser relevante o resultado obtido na associação do uso da toxina botulínica nos casos de cirurgia gengival ressectiva. Apesar de seu efeito temporário, a toxina é uma alternativa segura, rápida e menos invasiva.

Nota-se que Borges e Dall'Antonia concluem que a toxina botulínica não se mostra um medicamento efetivo no tratamento da cefaleia tensional, enquanto Sposito salientou que sua utilização nesta patologia traz resultados satisfatórios. Parece ser consenso entre os autores que associação da toxina botulínica a outras medidas terapêuticas tem demonstrado resultados satisfatórios no enfrentamento de dores causadas por disfunções temporomandibulares assim como no tratamento de bruxismo e do sorriso gengival. A realização de estudos mais criteriosos e que abordem melhor o mecanismo de ação da toxina assim como seus efeitos no corpo humano, a longo prazo, sugere ser senso comum entre a maioria dos autores.

## 6- CONCLUSÃO

Diante da revisão de literatura e resultados obtidos após a execução dos dois casos clínicos, pode-se concluir que:

O consenso entre a maioria dos autores é que a toxina botulínica e seus efeitos devem ser objeto de maior investigação, mas seus resultados têm se mostrado, até o momento, seguros e satisfatórios.

Os pacientes dos casos aqui apresentados relataram bastante melhora de seus sintomas. Acredita-se que, nos casos relatados, o conforto alcançado motiva o paciente a realizar novas aplicações a despeito do custo e do tempo curto de ação da toxina.

Além da melhora funcional, os pacientes apresentaram uma estética facial mais harmônica.

Pelos motivos acima descritos, a toxina botulínica, até o momento, tem se mostrado uma boa alternativa terapêutica no tratamento de hipertrofia do músculo Masséter, ainda que sejam necessários mais estudos a respeito de seu mecanismo de ação e efeitos no corpo humano, a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALOÉ F, GONÇALVES LR, AZEVEDO A, BARBOSA RC. Bruxismo durante o sono. **Rev. Neurociências**. vol 11(4) p: 4-17. 2013.

AMANTÉA DV, NOVAES AP, CAMPOLONGO GD, BARROS TP. A Utilização da Toxina Botulínica tipo A na Dor e Disfunção Temporomandibular. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**. Curitiba vol. 3 (10) p: 170-173. Abr/Jun 2003.

BARBOSA CMR, BARBOSA JRA. **Toxina Botulínica em Odontologia**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.

CFO altera Resolução que dispõe sobre toxina botulínica. Disponível em <http://www.croms.org.br/noticias.php?id=253>. Acesso em 21 de fevereiro de 2018.

COLHADO OCG, BOEING M, ORTEGA LB. Toxina Botulínica no Tratamento da Dor. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Vol.59, nº3, Maio-Junho, 2009.

DALL'ANTÔNIA M, NETTO RMO, SANCHES ML, GUIMARÃES AS. Dor miofascial dos músculos da mastigação e toxina botulínica. **Revista Dor. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**. Vol. 14 (1) p: 52-57. 2013.

Extinção da liminar suspensiva da Resolução 176/2016. Disponível em <http://cfo.org.br/website/2018/11/06/>

Liminar Suspensiva da Resolução 176/2016. Disponível em <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/20171215150152.pdf>. Acesso em 26 de fevereiro de 2018.

PEDRON, IG. Utilização da toxina botulínica tipo A associada à cirurgia gengival ressectiva: Relato de caso. **Braz J Periodontol**. Vol. 24(3) p:35-39. 2014.

RAULINO NB, MELO M, BARCELOS BA, CARVALHO JÚNIOR H, SANTOS ARBR, HONORATO ISS. Efeito da toxina botulínica na terapêutica da cefaleia tipo tensional. **Robrac Revista Odontológica do Brasil-Central**.vol 21(61). Abr/Jun 2003.

Resolução nº 176, de 06 de setembro de 2016. Disponível em [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe\\_eletronico/2016/iels.set.16/lcls180/U\\_RS-EFEPL-CFO-176\\_060916.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.set.16/lcls180/U_RS-EFEPL-CFO-176_060916.pdf). Acesso em 23 de fevereiro de 2018.

SILVA BL, PAULIN RF, MISSON LB, OLIVEIRA JML, MARANHÃO C.O **Revista Ciência e Odontologia** Uso da Toxina Botulínica na Odontologia. vol (1) p; 5-9. 2017.

SPOSITO MMM, TEIXEIRA SAF. Toxina Botulínica Tipo A no tratamento da dor miofascial relacionada aos músculos da mastigação. **Acta Fisiátr.** vol 21(3) p: 152 - 157. 2014.