

O DESAFIO NO MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON NA CONFECCÃO DE PRÓTESE TOTAL: LIMITAÇÕES E BENEFÍCIOS - RELATO DE CASO

THE CHALLENGE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE IN THE MANUFACTURE OF COMPLETE DENTURES: LIMITATIONS AND BENEFITS – CASE REPORT

Recebido em: 19/11/2022

Aceito em: 17/05/2023

DOI: 10.47296/salusvita.v41i03.409

KAROLYN SALES FIORAVANTI¹

AMANDA APARECIDA MAIA NEVES GARCIA²

MARIA GABRIELA ROBLES MENGUA³

VINÍCIUS CARVALHO PORTO⁴

KARIN HERMANA NEPELENBROEK⁵

SIMONE SOARES⁶

¹*Mestranda do Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, Área de Concentração em Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil, karolynsf@usp.br, <https://orcid.org/0000-0002-3420-4795>*

²*Mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas, Área de Concentração em Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil, amanda_maia1994@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9774-1010>*

³*Mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas, Área de Concentração em Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil, gabrielaroblesmengoa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0286-2582>*

⁴*Professor Titular, Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, vcporto@fob.usp.br, <https://orcid.org/0000-0002-6609-9934>*

⁵*Professora Associada nível 3 do Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil, khnepp@yahoo.com.br, <https://orcid.org/0000-0001-7086-2667>*

⁶*Professora Associada nível 2, Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, São Paulo, Brasil, sisoares@usp.br, <https://orcid.org/0000-0003-0811-7302>*

Autor correspondente:

KAROLYN SALES FIORAVANTI

E-mail karolynsf@usp.br

O DESAFIO NO MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON NA CONFEÇÃO DE PRÓTESE TOTAL: LIMITAÇÕES E BENEFÍCIOS - RELATO DE CASO

THE CHALLENGE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE IN THE MANUFACTURE OF COMPLETE DENTURES: LIMITATIONS AND BENEFITS – CASE REPORT

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, a população idosa aumentou substancialmente. Estima-se que esse crescimento chegará em média a 81,04 anos em 2060. Esse processo de envelhecimento contribui para o surgimento de doenças. O Brasil é o sexto país no ranking mundial que constitui a população mais idosa e com alta prevalência de doenças crônicas. No país, existem 300 milhões de pessoas com a doença de Parkinson (DP), uma patologia neurodegenerativa que devido à perda de neurônios dopaminérgicos, sintomas motores e não motores compromete a qualidade de vida dos portadores dessa condição. Os sinais e sintomas da DP comprometem os movimentos motores e esses indivíduos não conseguem realizar uma higiene bucal adequada, a qual favorece o edentulismo em decorrência da susceptibilidade às doenças periodontais e cárie dentária. Assim, este relato de caso tem por objetivo explicar as etapas clínicas envolvidas durante a reabilitação com prótese total superior e inferior em um paciente com Parkinson e demência, demonstrando que, apesar da dificuldade durante o manejo, a técnica de confecção não diferiu daquela utilizada em um paciente saudável. Dessa forma, o tratamento reabilitador protético restabeleceu a função mastigatória e estética, as quais favoreceram a reinserção social e contribuíram para a melhora na qualidade de vida do paciente. Entretanto, tratar uma pessoa com DP apresenta desafios e nem todos os cirurgiões dentistas sentem-se preparados para o manejo dessa condição. Apesar das limitações inerentes durante as etapas clínicas, as próteses totais resultaram em maiores benefícios para a saúde bucal e geral do indivíduo.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Prótese Dentária. Envelhecimento. Saúde Bucal. Qualidade de vida.

ABSTRACT

With the increase in life expectancy, the elderly population has substantially increased. It is estimated that this growth will reach an average of 81.04 years by 2060. Such an aging process contributes to the emergence of diseases. Brazil is the sixth country in the world ranking that constitutes the oldest population and has a high prevalence of chronic diseases. In the country, there are 300 million people with Parkinson's disease (PD), a neurodegenerative pathology, which due to the loss of dopaminergic neurons, motor, and non-motor symptoms compromises the quality of life of people with this condition. The signs and symptoms of PD compromise motor movements, and these individuals are unable to perform adequate oral hygiene, which favors edentulism because of their susceptibility to periodontal diseases and dental caries. Thus, this case report aims to explain the clinical steps involved during rehabilitation, maxillary and mandibular complete denture in a patient with Parkinson's disease and dementia, demonstrating that despite the difficulty during management, the fabrication technique did not differ from that used in a healthy patient. The prosthetic rehabilitation treatment restored the masticatory and esthetic functions, which favored social reintegration and contributed to the improvement in the patient's quality of life. However, treating patients with PD presents challenges, and not all dentists are prepared to manage this condition. In the inherent limitations during the clinical stages, complete dentures resulted in greater benefits for oral and general health.

Keywords: *Parkinson Disease. Dental Prosthesis. Aging. Oral Health. Quality of Life.*

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento altera naturalmente a fisiologia do corpo humano predispondo a incidência e prevalência de doenças crônicas, as quais são inerentes à população idosa. (SILVA *et al.*, 2017). Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) indicam que, em 2022, a expectativa de vida subiu para 77,19 anos e observa-se que essa tendência chegará a 81,04 anos em 2060.

Mattson e Arumugam (2018) revelam que, na velhice, o cérebro tende a diminuir o seu tamanho e que taxas de atrofia podem prever o desenvolvimento de deficiências cognitivas e demência. Indivíduos após os 60 anos estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, principalmente aqueles que não possuem hábitos de vida saudáveis, como a prática de exercícios físicos e uma alimentação balanceada. Isso ocorre por apresentarem maior tendência a atrofia hipocampal.

A Doença de Parkinson (DP) está presente na vida de 1% da população com mais de 65 anos, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde). O Brasil é o sexto país no ranking mundial que constitui a população mais idosa e com alta prevalência de doenças crônicas. A ABP (Associação Brasil Parkinson) relatou que 300 milhões de indivíduos convivem com essa condição no Brasil e que os sintomas podem ocorrer após 10 a 15 anos. Há evidências que o desenvolvimento da doença pode ser influenciado por fatores ambientais, genéticos e principalmente em decorrência do avanço da idade (GOMES; VITORINO, 2019).

O Parkinson é a segunda condição neurodegenerativa que mais acomete os idosos após o Alzheimer, ocorrendo mais em homens do que em mulheres na proporção de 1,5 vezes (KAKÁ; LANE; SHERWIN, 2019). A doença tem desenvolvimento progressivo em detrimento da degeneração de neurônios produtores de dopamina, situados na substância negra do cérebro (LIU *et al.*, 2015). É considerado um distúrbio do movimento pela presença de sintomas motores típicos: tremor, bradicinesia (movimentos lentos), rigidez muscular, instabilidade postural e distúrbios da marcha. Porém, também está associado a sintomas não motores, como: alterações olfativas, comprometimento cognitivo, sintomas psiquiátricos, distúrbios do sono, disfunções do sistema nervoso autônomo e sensação de fadiga (MASSIMO *et al.*, 2020).

Os problemas bucais mais comuns em portadores de DP, segundo a literatura, são: disfagia, sialorreia, xerostomia, sensação de ardor oral, cárie, doença periodontal e dificuldade de adaptação ou ao uso de próteses dentárias (MACHADO; PIAZERA, 2017; CASTRO *et al.*, 2021), podendo existir diversas manifestações na cavidade oral (NETO *et al.*, 2020). A disfagia é a dificuldade em realizar a deglutição, a qual pode ocasionar a aspiração da saliva, líquidos e alimentos (SANTANA; SIMIONATO, 2021). Observa-se com frequência que esses indivíduos apresentam hipo ou hipersalivação. A sialorreia é caracterizada pelo aumento da produção de saliva que pode estar associada às medicações utilizadas

ou devido ao estágio da doença. Já a xerostomia é definida como a sensação de boca seca, a qual é causada pela baixa produção de saliva, sendo o sintoma mais comum em portadores de DP (MACHADO; PIAZERA, 2017; NETO *et al.*, 2020). A hipossalivação acarreta diversos problemas bucais em relação à saúde oral desses pacientes, como: a suscetibilidade à cárie, doenças periodontais, comprometimento fonético, dificuldade de retenção das próteses totais, e pode causar úlceras e desencadear a síndrome da ardência bucal. Essa síndrome é caracterizada pela sensação de ardor oral em decorrência do uso da medicação Levodopa, que predispõe ao hábito parafuncional e pode surgir de desequilíbrios hormonais, deficiências minerais e vitamínicas (MACHADO; PIAZERA, 2017; CASTRO *et al.*, 2021).

As limitações encontradas durante o tratamento reabilitador com próteses totais em portadores de distúrbios neuromusculares, como na DP, dificultam principalmente a fase do registro das relações maxilo-mandibulares em relação cêntrica (RC) e determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO), devido à movimentação involuntária da musculatura orofacial. Outra dificuldade está na comunicação entre profissional-paciente, a qual pode ser comprometida devido ao déficit cognitivo, no qual influencia na capacidade de compreensão, resposta e consentimento do paciente. Tais fatores são importantes durante as etapas clínicas e para o sucesso do tratamento. Dessa forma, a identificação dos aspectos sistêmicos, bucais e sociais devem ser identificados inicialmente para que o planejamento do tratamento seja individualizado e técnicas clínicas possam ser aplicadas, a fim de promover um manejo adequado do paciente favorecendo a adaptação das próteses totais (BISPO; DIXON; MISTRY, 2021).

As pessoas, ao buscarem o tratamento reabilitador, vislumbram não somente restabelecer a função, mas sim melhorarem a qualidade de vida e a reinserção no convívio social. Apesar do edentulismo impactar negativamente a função mastigatória causando deficiências nutricionais, envelhecimento prematuro dentre outros problemas, o fator psicossocial envolvido também tem grande influência na autoestima. Assim, o tratamento reabilitador, independentemente do tipo de reabilitação protética, contribui para a melhora da qualidade de vida e da saúde geral dos indivíduos (CARVALHO *et al.*, 2021).

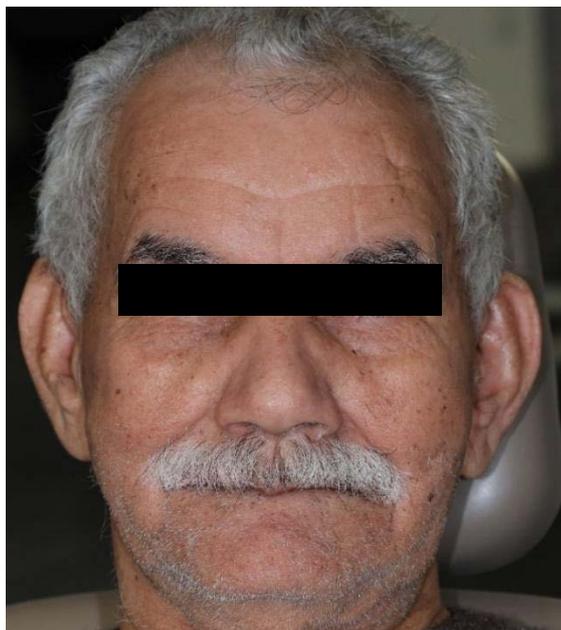
O presente estudo tem por objetivo apresentar um relato de caso clínico, o qual descreve o procedimento reabilitador com próteses totais convencionais no arco superior e inferior em um paciente com Parkinson, demonstrando que, apesar da dificuldade durante o manejo, a técnica de confecção não diferiu daquela utilizada em um paciente em condições normais.

RELATO DE CASO

O caso clínico foi aprovado pelo comitê de ética sob o nº CAAE:62888322.1.0000.5417. Paciente I.D.S (figura 1), do sexo masculino, 74 anos de idade, compareceu a Clínica da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. A queixa principal era restabelecer a função e es-

tética, pois era desdentado total no arco superior e inferior há mais de 5 anos e não possuía próteses totais. A etiologia principal da perda dos dentes foi doença periodontal. Durante a anamnese, o responsável legal pelo paciente comunicou o diagnóstico de DP com demência subtipo intermediário (sintomas motores e não motores moderados) (ARMSTRONG; OKUN, 2020), relatando que ele estava em terapia medicamentosa sob acompanhamento com neurologista há 3 anos, tratado com Prolopa BD (levodopa + cloridrato de benserazida 100/25 mg) e Biperideno 2mg, apresentando boa regressão dos sintomas. Além disso, o paciente era hipertenso controlado e utilizava outras medicações como SeloZok (succinato de metoprolol 50mg), Cloridrato de sertralina 50mg e Zilepam (clonazepam 2mg). Devido às dificuldades motoras, cognitivas e financeiras, o responsável legal foi orientado por um cirurgião dentista particular a procurar o serviço especializado na Faculdade de Odontologia de Bauru FOB/USP para confecção de prótese total superior e inferior.

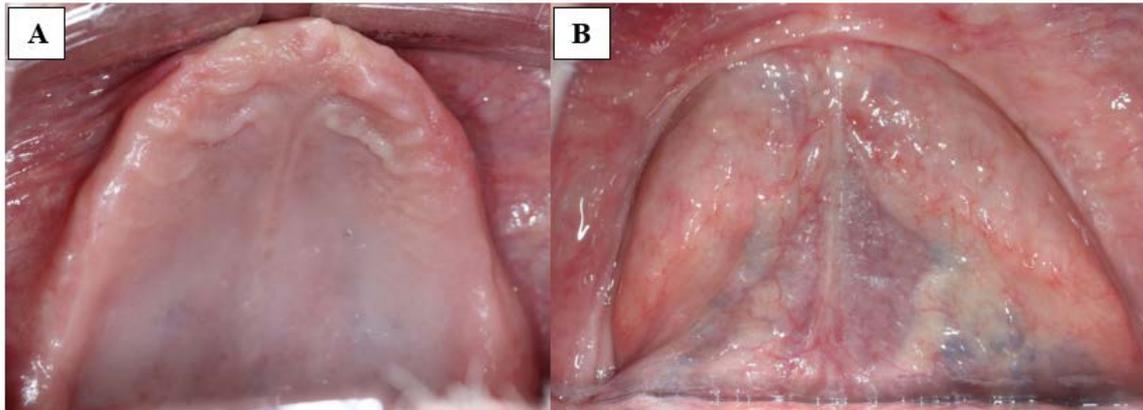
Figura 1 - Aspecto inicial do paciente



Na consulta inicial, durante o exame do paciente, algumas informações referentes à análise extraoral e da área chapeável, tanto da maxila como da mandíbula (Figura 2), foram coletadas a fim de contribuir para a escolha mais adequada do material de moldagem a ser utilizado na sessão seguinte. Após o exame intraoral da área chapeável maxilar, verificou-se que a forma da face e do rebordo eram ovoide. O tamanho do rebordo era médio com altura normal, porém irregular. Já no exame intraoral da área chapeável mandibular, constatamos que o tamanho do rebordo também era médio, mas a altura do rebordo estava reabsorvida. A consistência da mucosa foi considerada rígida e o paciente classificado como indiferente. Por meio do exame clínico, verificou-se que o prognóstico era favorável para a confecção de prótese superior e desfavorável para prótese inferior.

No segundo atendimento, a moldagem anatômica foi realizada convencionalmente, sendo no arco superior obtida com alginato (Hydrogum 5 Zhermack), e no arco inferior realizada utilizando a técnica da dupla moldagem com o silicone de condensação (Optosil/Xantopren – Kulzer). Após realizadas as moldagens superior e inferior, os moldes foram vazados com gesso pedra tipo III. Após a obtenção dos modelos, eles foram enviados ao laboratório para confecção das moldeiras individuais.

Figura 2 – Exame intraoral da área chapeável da maxila (A) e mandíbula (B)

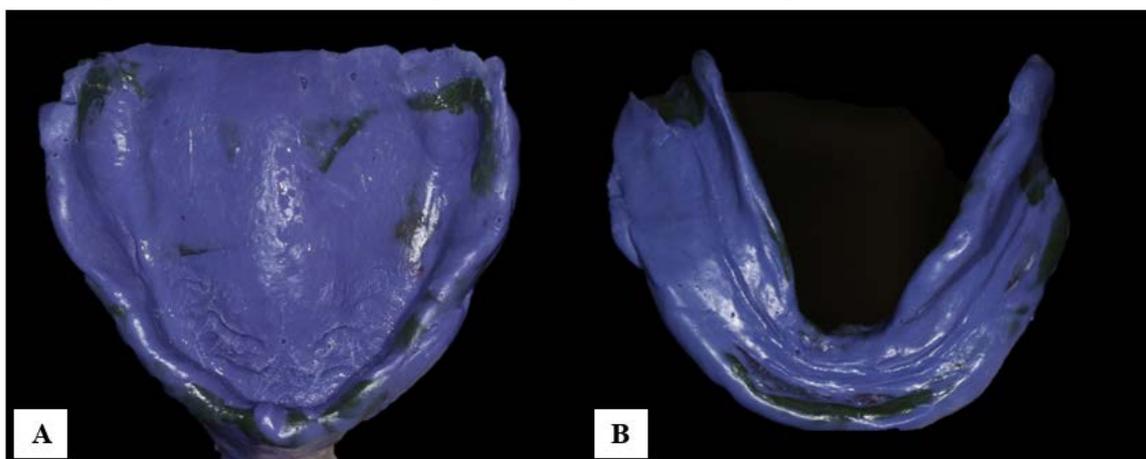


Na terceira consulta, realizou-se a moldagem funcional pela técnica de pressão seletiva. Após os ajustes das moldeiras, demarcou-se a linha do “AH” com lápis cópia, a moldeira foi inserida, pressionada e solicitou-se ao paciente pronunciar “AH”. Devido às dificuldades de comunicação com o paciente nesta etapa clínica, foi necessário o auxílio do cuidador para que o paciente entendesse e realizasse a pronúncia corretamente e mantivesse a boca aberta para a marcação adequada. Logo após, foi realizado o desgaste referente à extensão.

Para diminuir o tempo de consulta clínica, indicado na literatura, a moldagem do selado periférico foi realizada em um único passo. Por isso, a godiva em bastão foi posicionada e adaptada sobre toda a moldeira, aquecida e posicionada em boca e, imediatamente, foram realizados os movimentos funcionais com ajuda relativa do paciente e com o tracionamento da musculatura. Nesta etapa, a dificuldade foi evidenciada devido à falta de resposta do paciente às nossas orientações. Por isso, essa etapa foi repetida, a região foi finalmente moldada e os excessos internos de godiva foram removidos com espátula Lecron.

A seguir, prosseguimos com a moldagem funcional propriamente dita. Após remoção do alívio em cera da moldeira, o poliéster (3M ESPE, Impregum Soft) foi proporcionado e espatulado até ficar homogêneo e aplicado na moldeira individual, a qual foi levada em boca. Após o posicionamento da moldeira, os movimentos funcionais foram copiados por meio do tracionamento e movimentação da musculatura jugal, labial, mento e sucção (figura 3).

Figura 3 – Moldes obtidos após moldagem funcional superior (A) e inferior (B)



Na quarta consulta clínica, foi realizada a individualização dos planos de orientação superior e inferior. Essa etapa é de suma importância, pois as bases de prova são um recurso fundamental para o registro das relações maxilares e montagem dos dentes de forma harmônica. Devido às limitações motoras inerentes a condição do paciente, foi uma das etapas mais desafiadoras, porém, foi possível obter um resultado satisfatório. Para isso, alguns critérios fundamentais foram analisados em sequência na individualização do plano de orientação superior. Inicialmente, o plano de cera superior foi ajustado seguindo os parâmetros: a) suporte labial; b) altura incisal, 1 mm abaixo da linha do lábio em repouso; c) linha do sorriso (curva de Spee), com régua de Fox apoiada sobre o plano de cera para avaliar na vista sagital a relação de paralelismo com o plano de Camper e linha bipupilar; d) corredor bucal, esse passo é essencial, pois a presença de corredor bucal adequado favorece a estética e evita traumas à mucosa jugal.

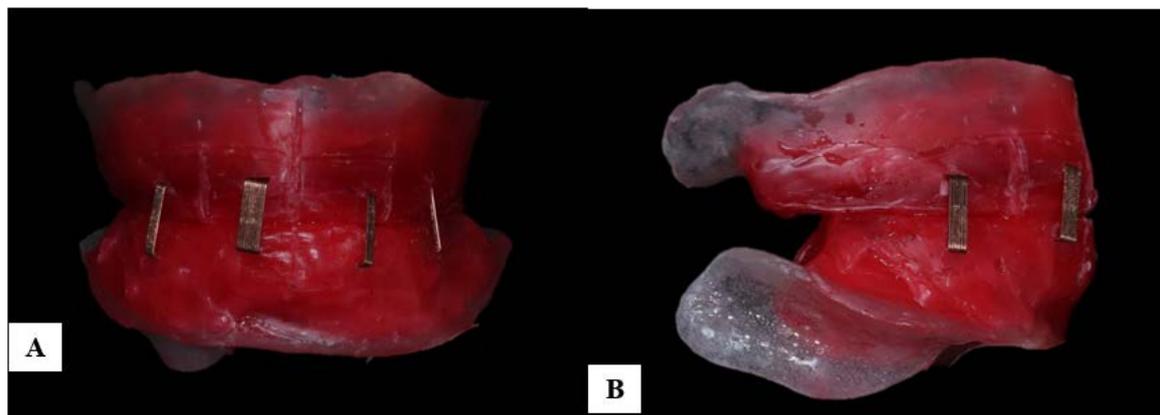
Por fim, demarcamos as linhas de referência (linha média, dos caninos e do sorriso) com a finalidade de selecionar os dentes e orientar, o técnico em prótese dentária, a montagem dos dentes. A linha do sorriso determina a altura do incisivo central e foi referenciada através do sorriso forçado do paciente com a espátula Lecron. O modelo superior com a chapa de prova e plano de cera foi montado no articulador semi-ajustável (ASA) com a mesa de Camper.

Na individualização do plano de orientação inferior, o objetivo é buscar o restabelecimento da posição mandibular em relação a maxila nos planos vertical e horizontal. Primeiramente avaliou-se o plano vertical, onde utilizamos a combinação dos métodos (fisiológico, métrico e estético) para determinar a DVO (Dimensão Vertical de Oclusão). Com o auxílio do compasso de Willis, o qual foi posicionado sobre a base do mento à base do nariz (sem os planos de orientação em boca), solicitamos ao paciente selar os lábios sem contrair a musculatura e obtivemos a DVR (Dimensão Vertical de Repouso) subtraindo-se 3mm (referente ao espaço funcional livre) do valor obtido, atingindo a DVO. O maior desafio desse caso clínico foi nessa etapa, pois havia grande dificuldade em manter o paciente em

posição de repouso, por isso esse teste foi repetido algumas vezes até que o valor obtido se confirmasse repetidamente.

Em seguida, o plano de cera inferior foi ajustado na boca do paciente, acompanhando o plano de orientação superior. Logo após, para determinação da posição horizontal, o paciente foi manipulado em Relação Cêntrica (RC) pelo método guiado não forçado. Devido às dificuldades de cooperação do paciente, o registro interoclusal foi realizado por meio de grampos metálicos. O operador com uma mão estabilizou a base de prova e com a outra guiou a mandíbula até a posição de RC, enquanto outro operador realizou a inserção dos grampos. O trabalho a quatro mãos foi fundamental nesta etapa clínica. Os planos de orientação foram removidos em conjunto da boca do paciente e higienizados (Figura 4). O próximo passo foi analisar os critérios para a seleção dos dentes artificiais: tamanho, forma e cor. O modelo inferior, com o registro da relação maxilo-mandibular, foi montado no ASA e enviado ao protético com os dentes selecionados.

Figura 4 – Vista frontal (A) e lateral (B) dos planos de orientação individualizados



Na quinta sessão clínica, provamos os dentes em cera. O objetivo da prova dos dentes é verificar se as informações enviadas ao realizar a individualização dos planos de orientação foram reproduzidas de forma satisfatória. Em um primeiro momento, realizamos a desinfecção com spray de hipoclorito 1%, em seguida lavamos em água corrente e secamos as próteses com jatos de ar. Logo após, as próteses foram inseridas em boca com intuito de verificar a estética e a oclusão, a qual apresentou-se de forma satisfatória com a correta oclusão dos dentes posteriores, sem contatos deflectivos, coincidindo a linha média dos incisivos centrais com a linha média facial. Na sequência, a conferência final da DVO foi verificada pelo teste fonético, no qual solicitamos ao paciente pronunciar as palavras com sons sibilantes “sessenta e seis”, por exemplo, enquanto observamos durante o movimento mandibular a presença do espaço funcional de pronúncia. A linha do sorriso demonstrou a presença da curva de Spee, exposição de gengiva, altura incisal, cor dos dentes e corredor bucal adequados (figura 5). Com a aprovação do paciente e seu responsável legal, selecionamos a cor da gengiva artificial 16, pela escala de cores do Sistema Tomaz Gomes de caracterização (STG) de resinas.

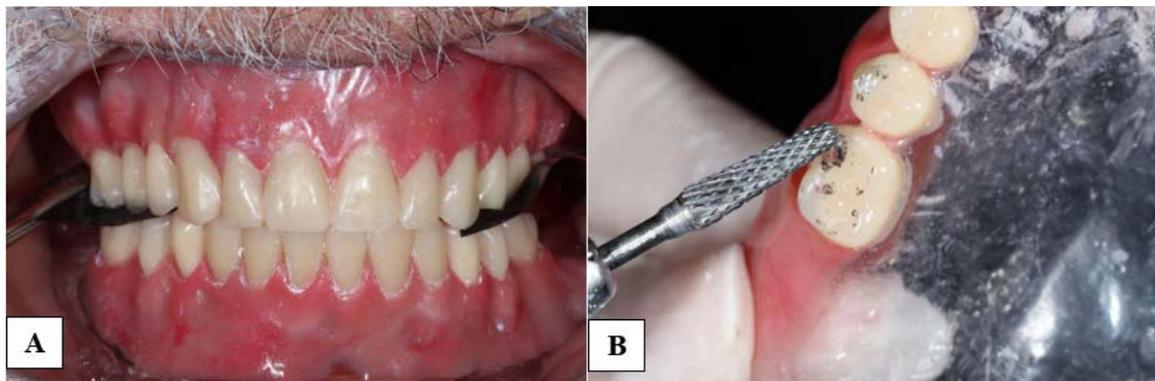
Figura 5 – Análise estética dos dentes em cera com os lábios em repouso



No sexto atendimento, as próteses foram instaladas. Inicialmente, através da inspeção visual e tátil, identificamos irregularidades na base da prótese inferior, as quais foram demarcadas com lapiseira, os ajustes executados com lâmina de bisturi e broca maxicut e, na sequência, realizou-se a desinfecção. A seguir, as próteses foram introduzidas na boca do paciente para análise do freio labial, bridas, sobre extensão da base e áreas de compressão, as quais necessitavam de alívio. Os ajustes foram realizados primeiramente na prótese superior e, em seguida, na inferior.

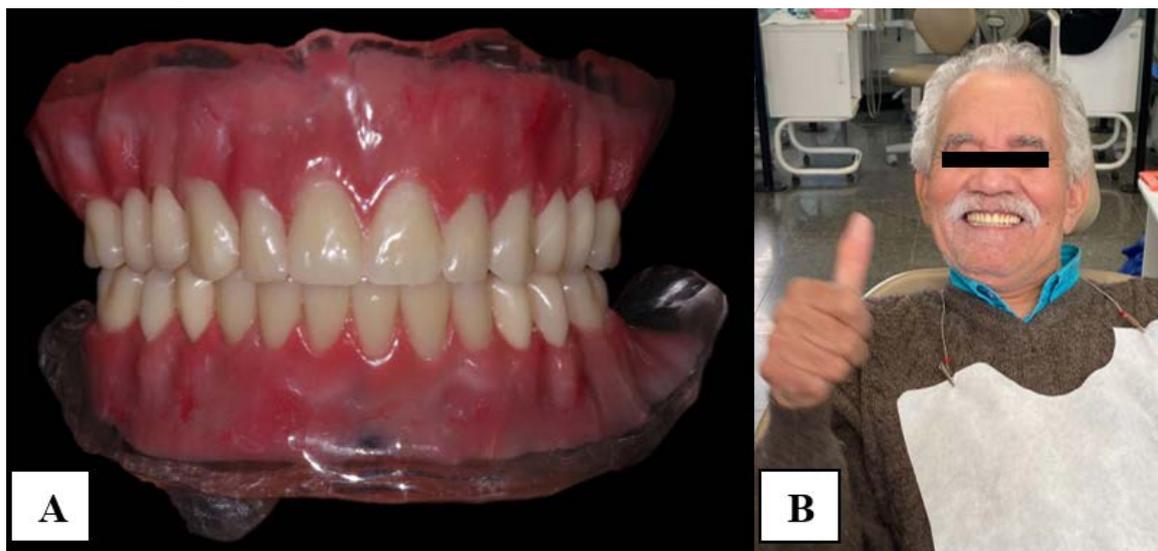
Por fim, o ajuste oclusal foi executado. Após jatos de ar direcionados aos dentes, fitas de carbono (Accufilm) foram interpostas na superfície oclusal com o auxílio da pinça Miller bilateralmente, a fim de promover uma marcação correta em ambos os lados da arcada (Figura 6A). Observou-se contatos prematuros no lado esquerdo, os quais foram desgastados com a broca minicut até que os contatos oclusais estivessem efetivos bilateralmente (Figura 6B), bem distribuídos e simultâneos nas regiões das pontas de cúspides funcionais, fossas e cristas marginais em posição de oclusão cêntrica e nos movimentos excursivos mandibulares.

Figura 6 – PTs em oclusão com as fitas carbono (Accufilm) interpostas bilateralmente (A); Desgastes dos contatos prematuros (B)



Posteriormente, o polimento final foi executado sobre as regiões desgastadas. As próteses foram higienizadas e entregues ao paciente, o qual ficou satisfeito com o tratamento reabilitador (Figura 7). O paciente e seu responsável receberam as orientações pós instalação, referente aos cuidados com a higiene e adaptação das próteses.

Figura 7 – Próteses totais finalizadas (A); Aprovação do paciente (B)



DISCUSSÃO

Em 2030 estima-se que existirão 9,3 milhões de diagnósticos de Parkinson no mundo. Por isso, é necessário que os odontólogos estejam preparados para identificar as manifestações orofaciais, desenvolvendo habilidades para o correto manejo, planejamento e execução eficaz do tratamento odontológico dessa enfermidade, os quais podem ser os primeiros a detectarem os sinais e sintomas da DP precoce (PRETE; OUANONOU, 2021).

Outros estudos relatam que os cirurgiões-dentistas devem ter autonomia e habilidade para tratar pacientes com DP de forma eficiente. Porém, a autocrítica do profissional de saúde bucal em reconhecer as suas limitações, individualidade e complexidade de cada caso,

deve ser soberana ao decidir iniciar o tratamento ou optar pelo encaminhamento quando necessário (BISPO; DIXON; MISTRY, 2021). Neste relato de caso, houve o encaminhamento correto do paciente pelo cirurgião dentista, o qual foi procurado inicialmente em consultório particular. No entanto, ao detectar as dificuldades do caso, referente ao diagnóstico de Parkinson associado às limitações financeiras do paciente, o profissional optou por encaminhá-lo ao serviço especializado na instituição de ensino, Faculdade de Odontologia de Bauru.

Para Machado e Piazero (2017), ainda que os trabalhos sobre a DP estejam crescendo, há carência de pesquisas na área odontológica. No entanto, quando os estudos são disponibilizados, verifica-se ausência de consenso na literatura de forma a direcionar os profissionais no atendimento desses pacientes. Estes dados da literatura corroboram com o nosso relato, pois o paciente foi encaminhado para realizar o tratamento reabilitador na Faculdade após ter sido atendido em consultório particular e orientado a buscar o serviço gratuito e especializado.

O atendimento odontológico de pacientes com Parkinson se torna um desafio porque as limitações causadas pelas deficiências motoras, cognitivas e comportamentais dificultam as etapas clínicas. Os sinais e sintomas motores (os tremores, rigidez muscular, postura inadequada de cabeça e pescoço dentre outros) e não motores como as oscilações de comportamento (stress e ansiedade), resultam na exacerbação dos sintomas, os quais dificultam as manobras de reabilitação oral. Problemas urinários e intestinais necessitam de interrupções durante as consultas, as quais não podem ser extensas. A posição da cadeira deve ser em 45° com intuito de evitar a hipotensão ortostática, bem como a aspiração de materiais e produtos. A relação entre paciente-dentista é deficiente em detrimento das alterações na comunicação verbal e não verbal, pela ausência de expressão facial, olhar fixo, entre outros fatores causados pela DP (AUFFRET *et al.*, 2021).

Por meio deste caso clínico, busca-se contribuir com a literatura odontológica, a qual é escassa em relação ao manejo clínico em pacientes com Parkinson, relatando que os benefícios do atendimento odontológico são tanto diretos como indiretos. Os benefícios diretos estão relacionados com a melhora da qualidade de vida, resultante do tratamento reabilitador. Os benefícios indiretos se estendem a comunidade odontológica, abordando o contexto da reabilitação protética em paciente com necessidades especiais (doença de Parkinson), demonstrando que apesar das limitações inerentes a DP, neste relato de caso, a condição do paciente em relação ao estágio da doença permitiu realizar a confecção de próteses totais utilizando a técnica convencional, a qual é aplicada em pacientes saudáveis. Todavia, foram apresentadas algumas orientações específicas utilizadas para superar essas limitações e assim direcionar os cirurgiões dentistas no adequado manejo durante o atendimento clínico desses indivíduos, o qual é escasso na literatura.

Al-Omari *et al.* (2014) revelam que outras estratégias como: visitas de manhã para reduzir o tempo de espera, orientar a ingestão da medicação entre 60 e 90 minutos antes da consulta com o propósito de reduzir o estresse e demais sinais e sintomas parkinsonianos durante o atendimento, devem ser associadas a fim de promover um melhor atendimento. Haralur (2015) também orienta que as consultas devem ser rápidas e divididas em mais sessões sempre com a presença do cuidador para tranquilizar o paciente de forma a auxiliar o profissional na interpretação da fala. Também aconselha que o dentista tenha uma abordagem atenciosa e seja paciente, mantendo o contato visual com toques leves e expressão amigável para favorecer o controle da ansiedade. Aborda ainda que o odontólogo deve se apresentar a cada consulta, fazendo perguntas curtas e claras permitindo tempo de assimilação e resposta com o intuito de favorecer uma comunicação eficaz. No presente relato, seguimos essas orientações embasadas na literatura, a qual possibilitou contornar as limitações motoras e não motoras dessa patologia e conduzir o atendimento de forma satisfatória.

Neste caso clínico, observamos a comprovação dessas limitações em virtude dos sinais característicos da DP apresentados pelo paciente, tais como: tremores, rigidez dos músculos, déficit cognitivo (movimentos lentos), sialorreia e contrações musculares involuntárias, as quais limitavam e demandaram maior tempo clínico. A primeira limitação encontrada foi na etapa de moldagem funcional do selado periférico com godiva, devido a hipersalivação (ocasionada pelas medicações), associada à dificuldade em deglutir e comprometimento cognitivo em realizar os movimentos funcionais, o qual resultou em repetição do procedimento com a cadeira inclinada em 45°, para evitar a aspiração do excesso de saliva e adaptando a godiva sobre toda a moldeira.

Além disso, a maior dificuldade encontrada foi durante a individualização dos planos de orientações (linhas de referência, corredor bucal, obtenção da DVO e registro oclusal) devido à dificuldade de estabilização dos mesmos e na comunicação com o paciente. Na determinação da DVR, a movimentação involuntária da musculatura continha o paciente em permanecer em repouso e dificultava a obtenção da medida. A rigidez muscular e a contração involuntária da musculatura restringiam a tomada das linhas de referência porque o paciente mantinha a boca fechada, e o déficit cognitivo limitou o tempo de assimilação e resposta, sendo mais lento quando solicitado abrir/fechar a boca e sorrir para obtenção das medidas e análise do volume labial e corredor bucal. O registro interoclusal também se mostrou desafiador, porque a inter-relação dos sinais da DP, mencionados acima, dificultavam muito a estabilização dos planos de cera durante o registro, principalmente a rigidez e contração involuntária da musculatura que associada ao comprometimento cognitivo não permitiram a colaboração do paciente para abrir e fechar a boca, dificultando a inserção, oclusão e remoção dos planos em boca. Dessa forma, o registro foi obtido com grampos metálicos (para simplificar), assim que conseguimos estabilizar os planos de cera. Nessa etapa, a contribuição do paciente é fundamental, mas a condição apresentou algumas ad-

versidades que foram solucionadas após algumas tentativas, trabalho a 4 mãos e ajuda do familiar responsável.

O tratamento reabilitador com próteses removíveis é uma alternativa para melhorar a condição mastigatória. Porém, a aspiração das próteses dentárias é habitualmente relatada na literatura em portadores de DP (CHEN; YE; SHEN, 2017). Um relato de caso clínico publicado por Langlois e Byard (2015), descreveu que um homem de 80 anos com Parkinson, demência e outras comorbidades faleceu após aspiração de prótese total. Os autores explicam que a associação da DP com demência favorece o aumento de asfixia durante a alimentação devido à dificuldade de deglutição e reflexos diminuídos. Todavia, Carvalho *et al.* (2021) comprovaram por meio de estudo transversal com 62 idosos (31 usuários de PT e 31 não usuários de PT, mas que necessitavam da reabilitação) que houve melhora na satisfação e qualidade de vida dos idosos reabilitados com próteses totais.

Nesse relato, a experiência obtida pelo paciente corrobora com a literatura em relação aos benefícios da reabilitação, uma vez que obtivemos feedback positivo no que concerne a adaptação das próteses dentárias, além da ação benéfica do restabelecimento funcional (mastigatório) e estético na percepção da autoestima e qualidade de vida, de forma a reinserir o paciente em convívio social, permitindo retomar as atividades básicas, como por exemplo, acompanhar as idas ao supermercado, fazer piadas e voltar a sorrir.

No presente relato, identificamos dificuldades durante a reabilitação protética, as quais estão de acordo com a literatura devido às manifestações dos sinais e sintomas referentes ao Parkinson. Porém, essas limitações foram passíveis de solução e obtivemos sucesso no tratamento. Observamos também que a reabilitação protética promoveu maiores benefícios e não houve malefícios nesse caso exposto, o qual contribuiu positivamente para melhora da qualidade de vida e saúde bucal do paciente.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações inerentes à condição da doença de Parkinson, este relato, baseado na literatura, demonstra as estratégias para o manejo odontológico adequado durante a confecção de próteses totais, relatando a importância dos benefícios para a saúde bucal e sistêmica, assim como dos aspectos psicossociais, os quais promoveram a reinserção do indivíduo na sociedade e contribuíram para a melhora de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AL-OMARI, F. *et al.* Oral rehabilitation of Parkinson's disease patient: a review and case report. **Case Rep Dent**, Cairo, v. 2014, n. 432475, p. 1-4, Jan. 2014. DOI 10.1155/2014/432475. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24551462/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

ARMSTRONG, M. J.; OKUN, M. S. Diagnosis and Treatment of Parkinson Disease: A Review. **JAMA**, Chicago, v. 323, n. 6, p. 548-560, Feb. 2020. DOI 10.1001/jama.2019.22360. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044947/>. Acesso em: 08 jun. 2023.

AUFFRET, M. *et al.* Oral Health Disorders in Parkinson's Disease: More than Meets the Eye. **J Parkinsons Dis**, Amsterdam, v. 11, n. 4, p. 1507-1535, July 2021. DOI 10.3233/JPD-212605. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250950/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

BISHOP, M.; DIXON, J.; MISTRY, B. Complicating factors in complete dentures: assessing case complexity. **Br Dent J**, London, v. 231 n. 8, p. 451-455, Oct. 2021. DOI 10.1038/s41415-021-3528-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34686807/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

CARREIRO, A. F. P. *et al.* **Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis**. 12 Ago. 2016. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21145>. Acesso em: 03 jan. 2022.

CARVALHO, L. S. J. *et al.* Satisfação e qualidade de vida de idosos institucionalizados usuários e não usuários de prótese total. **Res., Soc. Dev**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 4, p. 1-10, abr. 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i4.14614. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14614>. Acesso em: 07 jan. 2022.

CASTRO, A. P. F. *et al.* Abordagem odontológica em pacientes idosos portadores da doença de Parkinson. **Unimontes**, Montes Claros, v. 23, n. 1, p. 1-17, jan./jun. 2021. DOI 10.46551/ruc.v23n1a08. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4619>. Acesso em: 16 jun. 2023.

CHEN, K.; YE, M.; SHEN, X. Anesthetic management for retrieval of a large aspirated denture in a patient with Parkinson's disease. **J Clin Anesth**, Stoneham, v. 43, p. 59-60, Dec. 2017. DOI 10.1016/j.jclinane.2017.09.016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28985585/>. Acesso em: 07 jan. 2022.

GENNARI FILHO, H. *et al.* **Prótese Total: manual de laboratório**. 2018. [recurso eletrônico]. Disponível em: <http://sgcd.foa.unesp.br/home/graduacao/apostila-de-protese-total-2018>. Acesso em: 03 jan. 2022.

GOIATO, M. C. *et al.* Prova Estética e Funcional: uma decisão em conjunto. **Rev Odontol Arac**, Araçatuba, v. 35, n. 2, p. 09-14, jul./dez. 2014. ISSN 1677-6703. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/133255>. Acesso em: 04 jan. 2022.

GOMES, C. R.; VITORINO, C. A. Características demográficas dos idosos com doença de Parkinson para reabilitação. **Avanços & Olhares**, Barra do Garças, n. 3, p. 370-377, ago. 2019. Disponível em: <https://revista.institutoies.com/arquivos/117>. Acesso em: 08 jan. 2022.

HARALUR, S. B. Clinical strategies for complete denture rehabilitation in a patient with Parkinson disease and reduced neuromuscular control. **Case Rep Dent**, Cairo, v. 2015, n. 352878, p. 1-5, Feb. 2015. DOI 10.1155/2015/352878. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25737785/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Expectativa de Vida no Brasil**. Brasil: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 08 jan. 2022.

KAKA, S.; LANE, H.; SHERWIN, E. Dentistry and Parkinson's disease: learnings from two case reports. **Br Dent J**, London, v. 227, n. 1, p. 30-36, June 2019. DOI 10.1038/s41415-019-0470-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31300777/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

LANGLOIS, N. E.; BYARD, R. W. Dentures in dementia: a two-edged sword. **Forensic Sci Med Pathol**, Totowa, v. 11, n. 4, p. 606-608, Dec. 2015. DOI 10.1007/s12024-015-9683-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26013678/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

LIU, F. C. *et al.* All-on-4 concept implantation for mandibular rehabilitation of an edentulous patient with Parkinson disease: A clinical report. **J Prosthet Dent**, St. Louis, v. 114, n. 6, p. 745-750, Dec. 2015. DOI 10.1016/j.prosdent.2015.07.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26409584/>. Acesso em: 08 jan. 2022.

MACHADO, B. B.; PIAZERA, C. Doença de parkinson e odontologia: uma revisão de literatura narrativa. **Revista Ceuma Perspectivas**, São Luís, v. 30, n. 1 p. 193-212, 2017. DOI 10.24863/rccp.v30i2.113. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/113/0>. Acesso em: 08 jan. 2022.

MASSIMO, C. *et al.* Orofacial Functions and Chewing Efficiency in Elderly Patients with Parkinson's Disease Rehabilitated with Removable Protheses. **The Open Dentistry Journal**, v. 14, n. 1, p. 13-18, Feb. 2020. DOI 10.2174/1874210602014010013. Disponível em: <https://opendentistryjournal.com/VOLUME/14/PAGE/13/>. Acesso em: 07 jan. 2022.

MATTSON, M. P.; ARUMUGAM, T. V. Hallmarks of Brain Aging: Adaptive and Pathological Modification by Metabolic States. **Cell Metab**, Cambridge, v. 27, n. 6, p. 1176-1199, June 2018. DOI 10.1016/j.cmet.2018.05.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29874566/>. Acesso em: 07 jan. 2022.

MONITORIA PPR/PT FOB USP – Monitoria de Prótese Parcial Removível e Total da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo. **Sequência completa**. Bauru, SP: MONITORIA PPR/PT FOB USP, 2021. Disponível em: <https://sites.google.com/view/proteseFOBusp/pt/sequ%C3%Aancia-completa?authuser=0>. Acesso em: 03 jan. 2022.

NETO, J. M. A. S. *et al.* Cuidados em pacientes com doença de Parkinson na odontologia: revisão narrativa. **REAS**, São Paulo, v. 12, n. 11, p. 1-8, nov. 2020. DOI 10.25248/reas.e4828.2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4828>. Acesso em: 16 jun. 2023.

ODONTOLOGISTAS – Graduandos e Profissionais da Odontologia. **Prova e Instalação da Prótese**. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.odontologistas.com.br/odontologistas/protese/protese-total/prova-e-instacao-da-protese/>. Acesso em: 06 jan. 2022.

ODONTOLOGISTAS – Graduandos e Profissionais da Odontologia. **Relações Intermaxilares: prótese total**. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.odontologistas.com.br/odontologistas/protese/relacoes-intermaxilares-protese-total/>. Acesso em: 03 jan. 2022.

PRETE, B. R. J.; OUANOUNOU, A. Medical Management, Orofacial Findings, and Dental Care for the Patient with Parkinson's Disease. **J Can Dent Assoc**, Ottawa, v. 87, n. 110, p. 1-16, juin 2021. ISSN 1488-2159. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343073/>. Acesso em: 07 jan. 2022.

SALVADOR, M. C. G. *et al.* **Manual de Laboratório: prótese total**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2013. 110 p.

SANTANA, M. R. O.; SIMONATO, L. E. Manifestações orais associadas à doença de Parkinson: revisão de literatura. *In: CONGRESSO NACIONAL DE INOVAÇÕES EM SAÚDE (CONAIS)*, 2., 2021, Fortaleza. **Anais [...]**. Ceará: Sociedade Cearense de Pesquisa e Inovações em Saúde, 2021. Trabalho 2763-9789. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/conaiis/trabalho/188216>. Acesso em: 17 jun. 2023.

SILVA, M. W. L. A. *et al.* Doença de Parkinson na vida senil: panorama das taxas de morbimortalidade e incidência entre as regiões brasileiras. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO*, 2017, 5., 2017, Maceió. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Eventos Científicos e Editora Ltda, 2017. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/34315>. Acesso em: 08 jan. 2022.

TELLES, D. **Prótese Total: convencional e sobre implantes**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2011. 492 p.