

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CAROLINA PALMEIRA NIELSEN

PAULO VICTOR AGUIAR RAMOS

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE COM OSTEONECROSE
MAXILAR ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATO: RELATO DE
CASO**

VOLTA REDONDA

2020

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE COM OSTEONECROSE
MAXILAR ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATO: RELATO DE
CASO**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia do Centro Universitário de Volta Redonda, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Alunos: Carolina Palmeira Nielsen

Paulo Victor Aguiar Ramos

Orientadora: Máira Tavares de Faria

Coorientador: Cláudio Luis de Melo Silva

VOLTA REDONDA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária: Alice Tacão Wagner - CRB 7/RJ 4316

N669r Nielsen, Carolina Palmeira

Reabilitação protética em paciente com osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato: relato de caso. / Carolina Palmeira Nielsen; Paulo Victor Aguiar Ramos. – Volta Redonda: UniFOA, 2020.

54 p. II

Orientador (a): Maíra Tavares de Faria

Monografia (TCC) – UniFOA / Curso de Odontologia, 2020.

1. Odontologia - TCC. 2. Reabilitação bucal. 3. Prótese dentária. 4. Osteonecrose - bifosfonatos. I. Faria, Maíra Tavares de. II. Centro Universitário de Volta Redonda. III. Título.

CDD 617.6



FOLHA DE APROVAÇÃO



Trabalho de Conclusão do Curso intitulado: “Reabilitação Protética em Paciente com Osteonecrose Maxilar Associada ao uso de Bifosfonato: Relato de Caso.”

Elaborado por: Carolina Palmeira Nielsen e Paulo Victor Aguiar Ramos

E apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Odontologia.

Aprovada em 26/11/2020

Banca Avaliadora:

Prof.^a Doutora Máira Tavares de Faria

Prof. Doutor Cláudio Luis de Melo Silva

Prof.^a Doutora Maria Lívia Salles Tavares

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho a Deus, que sem ele nada seria possível, a minha avó Célia que me inspirou e confiou em mim essa linda missão de ajudá-la. Aos meus avôs Celso e Marco que me incentivaram a seguir em frente. Aos meus familiares, com carinho, meus tios e padrinho, Celmara, Fernando, Natália e Eric que me apoiaram e fizeram meu sonho se tornar realidade, acreditando sempre no meu potencial. Aos meus pais, irmãos e amigos que mesmo em momentos de ausência permaneceram ao meu lado e me deram forças para enfrentar cada obstáculo. Muito obrigada.”

Carolina Palmeira Nielsen

“Dedico este trabalho à minha mãe Sônia, que depositou toda sua confiança em mim, mergulhou de cabeça comigo e não mediu esforços para fazer com que eu chegasse até aqui. Ao meu pai Jorge, que sempre me apoiou. À minha família, especialmente minha avó Dulcelina, que sempre acreditou em mim e sempre esteve ansiosa para me ver formando. Aos meus amigos que nunca deixaram de me incentivar, estando sempre presentes para me ouvir e me ajudar nos piores momentos. Muito obrigado, vocês fazem parte dessa conquista!”

Paulo Victor Aguiar Ramos

AGRADECIMENTOS

“Agradeço a Deus pela força que foi me dada para chegar até esse momento e concluir mais uma etapa dessa vida com saúde. Aos meus pais, Tatiana e Alexandre pela vida, aos meus irmãos, Maria Eduarda, Bernardo e Sophia pela força e compreensão. Aos meus familiares por todo apoio e credibilidade que a mim foi depositada. Aos meus amigos que mesmo longe sempre deram um jeito de estarem presentes. A nossa orientadora Dra. Máira Tavares fundadora do “Projeto Pacientes Oncológicos” nos proporcionando momentos, aprendizados incríveis e únicos, que desde o início esteve ao nosso lado apoiando e acreditando em nosso potencial, se entregando por completo nesse trabalho, pela confiança, oportunidade, paciência e por todo carinho dentro e fora de sala de aula, você é sensacional. Ao professor Claudio Melo por todo carinho e auxílio. A profissional Roana por todo carinho e dedicação. Aos professores que fizeram parte dessa longa trajetória, sempre se doando e ensinando brilhantemente a cada um de nós. Agradeço em especial à minha dupla e amigo, Paulo Victor, pela parceria, confiança e por ter aceitado embarcar ao meu lado nessa caminhada tão especial, por ter se entregue de cabeça para proporcionar um trabalho tão maravilhoso, por sempre estar ao meu lado em dias bons e ruins e por termos conseguindo chegar ao fim com sentimento de dever cumprido e felicidade, desejo a ti muito sucesso nessa vida. A todos vocês que contribuíram nessa jornada, meu muito obrigada.”

Carolina Palmeira Nielsen

AGRADECIMENTOS

“Agradeço à todos os professores com os quais eu tive a honra de usufruir tanto aprendizado, durante toda a graduação. Definitivamente, todos eles são responsáveis pela minha formação e bagagem que carrego. Agradeço à professora Dra. Maíra Tavares por aceitar nos orientar neste trabalho super especial e nos ajudar tanto, apesar de tantos outros compromissos, assim como ter nos permitido participar do Projeto Pacientes Oncológicos, onde aprendi muito e, certamente, todo o conhecimento fará diferença na minha vida pessoal e profissional. Agradeço à minha amiga Carolina pela confiança que tem em mim e por ter me convidado para fazer parte dessa construção tão importante. Foi árduo, mas conseguimos! Muito obrigado à todos vocês.”

Paulo Victor Aguiar Ramos

EPÍGRAFE

“São as nossas escolhas que revelam quem realmente somos, muito mais do que as nossas habilidades.”

(J.K. Rowling)

RESUMO

Os bifosfonatos são fármacos indicados para o tratamento de doenças que comprometem a densidade óssea, como a osteoporose. Entretanto, seu uso crônico, juntamente com outros fatores de risco, pode desencadear osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato (OMAB). O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação protética em paciente oncológica idosa com OMAB em maxila. O caso clínico relatado compreende uma paciente com mieloma múltiplo que, em tratamento com bifosfonato intravenoso, foi submetida a uma exodontia e durante 6 meses veio apresentando sintomatologia dolorosa com secreção purulenta e exposição óssea no local do procedimento, sendo diagnosticada com OMAB. O tratamento foi realizado com antibioticoterapia e bochechos com clorexidina. A paciente apresentou-se estável durante 6 meses, sem sinal inflamatório ou infeccioso e, então, foi confeccionada uma prótese total superior a fim de restabelecer função, estética e bem estar social. Através deste relato embasado em literatura, vimos que há um despreparo dos cirurgiões-dentistas em lidar com pacientes oncológicos e seus riscos de desenvolverem OMAB, bem como a importância desse conhecimento. Pensando na qualidade de vida do paciente, a reabilitação protética deve ser considerada, porém, muito bem planejada e sendo acompanhada com certa periodicidade, a fim de evitar possíveis complicações.

Palavras-chave: Osteonecrose Associada a Bifosfonatos; Reabilitação Bucal; Prótese Dentária.

ABSTRACT

Bisphosphonates are drugs commonly indicated for treatment of diseases which impair the bone density, like osteoporosis. However, the long-term use of this medication with some other risk factors might lead to development of the bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ). The aim of this study was to report a prosthetic rehabilitation case of an oncological elderly patient with BRONJ in upper jaw. The case which was reported consists of a patient with multiple myeloma who went through a tooth extraction during a treatment with intravenous bisphosphonate. For 6 months since then, she has presented purulent discharge with pain and bone exposure in the procedure region, being diagnosed with BRONJ. The patient was treated with antibiotic therapy and chlorhexidine mouthwashes. She remained clinically stable for 6 months without any sign of infection or inflammation and then a full upper denture was made in order to restore functionality, esthetics and social well-being. Through this report based on literature we noticed that most of dentists are not able to deal with oncological patients and their risks of developing BRONJ, as well as the importance of this knowledge. Referring to the patient's quality of life, the prosthetic rehabilitation must be considered, but it has to be well previously planned and followed-up regularly to avoid possible complications.

Key-words: Bisphosphonate-Associated Osteonecrosis of the Jaw; Mouth Rehabilitation; Dental Prosthesis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Bifosfonatos, suas vias de administração e indicações.....	18
Tabela 2: Geração e potência dos bifosfonatos	19
Tabela 3: Estadiamento, apresentação clínica e condutas indicadas	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Osso necrótico exposto.....	23
Figura 2: Radiografia panorâmica – osteólise e esclerose óssea	23
Figura 3: Radiografia panorâmica – sequestro ósseo	24
Figura 4: Lesão granulomatosa com secreção purulenta.....	32
Figura 5: Radiografia panorâmica - lado esquerdo	33
Figura 6: Regressão do edema, infecção e inflamação	34
Figura 7: Modelo de trabalho e moldeira individual	34
Figura 8: Plano de cera	35
Figura 9: Confecção da prótese total superior removível	35
Figura 10: Prótese total superior removível finalizada.....	36
Figura 11: Paciente proteticamente reabilitada	36
Figura 12: Aumento da lesão clínica	37
Figura 13: Radiografia periapical de acompanhamento	37
Figura 14: Marcação para o desgaste da prótese	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAOMS	American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
BFs	Bifosfonatos
BRONJ	Bisphosphonate-related Osteonecrosis of the Jaw
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CoEPs	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
COVID-19	Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus) 2019
CTX	Série C Telopectídeo
et al.	E colaboradores
mg	Miligramas
OMAB	Osteonecrose Maxilar Associada ao uso de Bifosfonato
OMIB	Osteonecrose dos Maxilares Induzida por Bifosfonato
UI	Unidade Internacional
UniFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
%	Porcentagem

LISTA DE APÊNDICE

APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido	48
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs	51
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Bifosfonato	17
2.1.1 Definição	17
2.1.2 Indicações	17
2.1.3 Classificação	17
2.1.4 Mecanismo de ação.....	19
2.2 Osteonecrose	20
2.2.1 Definição e etiologia.....	20
2.2.2 Características clínicas e imagenológicas.....	22
2.2.3 Prevenção e tratamento.....	24
2.3 Fatores psicossociais	27
2.3.1 Qualidade de vida do paciente oncológico	27
2.4 Reabilitação protética em pacientes com osteonecrose	28
2.4.1 Reabilitação com próteses	28
2.4.2 Reabilitação com implantes	29
3 RELATO DE CASO	32
4 DISCUSSÃO	38
5 CONCLUSÃO	42
6 REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES	48
ANEXO	51

1 INTRODUÇÃO

Os bifosfonatos (BF) são fármacos comumente indicados para a inibição da reabsorção óssea causada por doenças como osteoporose, doença de Paget e certos tipos de câncer. Ele promove o controle da densidade óssea através da apoptose de osteoclastos e estimulação da atividade osteoblástica (SCANSETTI et al., 2013).

Entre outros efeitos adversos, seu uso crônico pode desencadear a osteonecrose dos maxilares associada aos BF (OMAB). De acordo com os parâmetros de identificação da OMAB, definidos pela American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, devem existir simultaneamente: a) uso de bifosfonato atual ou prévio; b) persistência de necrose óssea na região maxilofacial por mais de 8 semanas; c) inexistência de história de radioterapia local (BARIN et al., 2016).

A OMAB pode se desenvolver espontaneamente ou devido a traumas. Além de procedimentos odontológicos como extrações dentárias, cirurgias com envolvimento ósseo, próteses mal adaptadas e doença periodontal, o fumo, consumo de álcool e uso de glicocorticóides podem ser fatores de risco para o desenvolvimento da lesão (SCANSETTI et al., 2013).

Exames intraorais e tratamentos adequados são indispensáveis para reduzir o risco da OMAB nos pacientes em tratamento com drogas antirreabsortivas e/ou antiangiogênicas, ou antes de iniciar o uso da medicação. O tratamento da OMAB ainda é um desafio, portanto, prevenção é essencial (ROSELLA et al., 2017).

A obtenção de uma prótese removível a fim de proteger os locais lesionados é bastante viável, desde que esta seja de fácil higienização e não traumatize ainda mais a região, evitando o agravamento do caso. Caso o paciente já faça uso de uma prótese removível, é extremamente importante que haja uma avaliação do cirurgião dentista, para que nenhuma área da mucosa fique sob trauma. Além disso, deve ser orientado sobre a correta higiene e a remoção da prótese ao dormir (RUGGIERO et al., 2006).

Aspectos funcionais e sociais devem ser levados em consideração ao tratar de um paciente edêntulo apresentando OMAB. A utilização de próteses dentárias possibilita uma melhor interação social além da auxiliar na reabilitação funcional

através da mastigação. Nesse contexto, desde que a prótese atenda as expectativas do paciente, seu uso é capaz de melhorar a autoestima e as relações interpessoais (UNFER et al., 2006).

O objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação protética em paciente oncológica idosa com OMAB em maxila.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Bifosfonato

2.1.1 Definição

Os BFs são análogos dos pirofosfatos inorgânicos, que são compostos naturais do metabolismo, amplamente administrados em todo o mundo, especialmente para minimizar fraturas ósseas patológicas. Devido sua afinidade pela hidroxiapatita, eles atuam e se alojam em áreas mineralizadas, principalmente aquelas que possuem intensa remodelação óssea, como é o caso dos ossos maxilares. Além disso, podem diminuir os níveis de cálcio no sangue (RAJE, 2011; COLÉTE et al., 2019).

2.1.2 Indicações

Há anos os bifosfonatos (BFs) vêm sendo utilizados para o tratamento de algumas condições sistêmicas importantes como doença de Paget, mieloma múltiplo, metástases ósseas, câncer de pulmão, além de ajudar no controle do metabolismo do cálcio (FLEISCH, 1998; ADA, 2006). Esses fármacos podem atuar na apoptose dos osteoclastos ou até mesmo cessando sua maturação e diferenciação, levando a uma diminuição da reabsorção e remodelação óssea (MOZZATI; ARATA; GALLESIO, 2013).

2.1.3 Classificação

Existem dois tipos de bifosfonatos: os não nitrogenados, como o etidronato, o clodronato e o tiludronato, e os nitrogenados, como o pamidronato, o alendronato e o zoledronato – estes, por sua vez, possuem um maior grau de atuação sobre as células e são chamados de aminobifosfonatos (RUSSEL et al., 2008; NEVILLE et al., 2016).

Eles estão disponíveis para administração via oral, como o alendronato, que é o mais indicado em casos de osteoporose, e via intravenosa, como o pamidronato e

zoledronato, sendo este segundo mais prescrito para neoplasias e metástases ósseas, devido sua meia vida ser mais longa e, por isso, permanece por um período maior no organismo. A via de administração da droga varia de acordo com a indicação clínica (Tabela 1), assim como sua potência que varia com o tipo e a geração (Tabela 2) (SCARPA et al., 2010; POUBEL et al., 2012; COLÉTE et al., 2019).

Nome genérico	Nome comercial	Via de administração	Aprovação para uso clínico pelo FDA	Indicações
Alendronato de sódio	Fosamax	oral	1995	Osteoporose
Alendronato de sódio Plus vitamina D	Fosamax Plus D	oral	2005	Osteoporose
Etidronato de sódio	Didronel	oral	1977	Lesões ósseas como doença de Paget, prevenção e tratamento da ossificação ectópica
Tiludronato de sódio	Skelid	oral	1997	Doença de Paget
Risedronato de sódio	Actonel	oral	1998	Osteoporose pós-menopausa, osteoporose induzida por corticoide e doença de Paget
Risedronato de sódio Plus carbonato de cálcio	Actonel com cálcio	oral	2005	Prevenção e tratamento pós-menopausa
Ibandronato de sódio	Boniva	oral/intravenosa	2003	
Pamidronato de sódio	Aredia	Intravenosa	1991	Hipercalemia maligna, mieloma múltiplo e metástases ósseas de câncer de mama, próstata e pulmão
Ácido zoledrônico	Zometa	intravenosa	2001	Hipercalemia maligna, mieloma múltiplo e metástases ósseas de câncer de mama, próstata e pulmão

Tabela 1: Bifosfonatos, suas vias de administração e indicações.
Adaptado de SCARPA et al., 2010.

Medicamentos	Nome comercial	Via de administração	Geração	Potência
Etidronato	Didronel	Oral	1º	1x

Clodronato	Bonefos Loron	Oral	2º	10x
Tiludronato	Skelid	oral/intravenosa	2º	10x
Pamidronato	Aredia	Intravenosa	2º	100x
Alendronato	Fosamax Alendil Recalfe Endrox Cleveron Osteoral Osteoform Osteonan Osteotrat Bonalen Endronax Minusorb	Oral	3º	500x
Ibandronato	Bondronati Bonviva	Oral	3º	1000x
Residronato	Risedross Actonel	Oral	3º	2000x
Zoledronato	Zometa	Intravenosa	3º	10000x

Tabela 2: Geração e potência dos bifosfonatos.
Adaptado de POUBEL et al.,2012.

2.1.4 Mecanismo de ação

Segundo Neville et al. (2016), o efeito dos bifosfonatos e sua incorporação na matriz óssea variam de acordo com sua concentração. Em doses baixas ele diminui o poder de reabsorção e degradação óssea dos osteoclastos, enquanto em altas doses, geralmente administradas via intravenosa, a droga induz a apoptose dessas células. Também apresentam potencial para comprometer a angiogênese inibindo o crescimento endotelial vascular. Quando as funções dos osteoclastos são reduzidas tornam o osso vulnerável. Por apresentarem alta afinidade com a hidroxiapatita, esses medicamentos possuem maior atuação em áreas de remodelação óssea, como os ossos gnáticos.

Esses medicamentos podem permanecer por um longo período no organismo, podendo variar de meses a anos. Estima-se que o alendronato, por exemplo, pode permanecer por 12 anos. Mesmo que o tratamento seja interrompido, é extremamente importante ficar atento ao tempo pelo qual essa droga foi administrada naquele indivíduo, seu potencial e a duração do turnover ósseo (RUSSEL et al., 2008; NEVILLE et al., 2016). É possível, através de um exame de sangue, analisar a

dosagem de série C telopeptídeo (CTX), que avalia o risco de osteonecrose em pacientes que usaram ou fazem uso de bifosfonato (CASTILHO et al., 2013).

2.2 Osteonecrose

2.2.1 Definição e etiologia

Miranda, Mendes e Silva (2016) relatam através de um estudo que desde 1970 houve um crescimento significativo da população idosa e diminuição da taxa de fecundidade no Brasil. Constatou-se que só entre 2002 e 2012 houve um aumento de mais de 40% do número de pessoas com mais de 60 anos de idade.

Esse constante aumento da taxa populacional idosa, devido a melhora da qualidade de vida e assistência à saúde dessas pessoas, traz consigo um crescimento na incidência de doenças crônicas degenerativas que comumente acometem indivíduos dessa faixa etária. Entre essas doenças, encontram-se o câncer, além da osteopenia e osteoporose, que são distúrbios que interferem no metabolismo ósseo, diminuindo a densidade estrutural desse osso, podendo levar a uma fratura por fragilidade. Entre os medicamentos normalmente indicados para tratar essas condições, estão os bifosfonatos (MARTINI et al., 2009).

A osteonecrose é uma patologia representada pela necrose do osso, consequente de fatores locais e sistêmicos que prejudicam a vascularização e reparação óssea. Essa condição é mais comumente encontrada em ossos maxilares, por eles possuírem alta atividade de remodelação óssea, principalmente na mandíbula, devido sua menor vascularização quando comparada a maxila. Essa condição pode estar associada com o uso de drogas antirreabsortivas, como os bifosfonatos, que geralmente são indicados para o tratamento de doenças que comprometem a densidade óssea (SCARPA et al., 2010; VIANA et al., 2019).

Esse efeito adverso ocorre uma vez que o BF provoca a inibição da reabsorção óssea, visto que ele diminui a capacidade dos osteoclastos de degradação, além da diminuição da vascularização, em razão de seu efeito antiangiogênico. Com isso, há uma queda na oxigenação sanguínea e capacidade de reparação tecidual, levando à necrose (VIANA et al., 2019).

Os bifosfonatos encontram-se no mercado desde 1977, porém, foi Marx (2003) que através de um estudo observacional, fez a primeira correlação entre o uso desses medicamentos e a osteonecrose dos maxilares. Por ele foram relatados 36 casos de exposições ósseas dolorosas em maxila ou mandíbula em pacientes que faziam uso de pamidronato ou ácido zoledrônico.

Após os estudos de Marx (2003) e Ruggiero et al. (2004), com 36 e 63 casos relatados consecutivamente, a empresa farmacêutica Novartis, responsável pela produção de medicamentos como o Aredia (pamidronato) e Zometa (ácido zoledrônico), passou a alertar os pacientes em suas bulas sobre a relação do uso dessas drogas com o possível surgimento da osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato (OMAB).

A OMAB pode ser desencadeada por associação de alguns fatores de risco, como: o tipo de bifosfonato, o tempo decorrido da terapia com a droga, uso concomitante de corticosteróide, prótese mal adaptada causando injúria local, abscesso periodontal e procedimentos odontológicos invasivos como exodontia e instalação de implantes. (SCARPA et al., 2010).

Na maioria dos casos, a osteonecrose se desenvolve a partir de um trauma, como uma exodontia, em associação ao uso de um bifosfonato. Seu desenvolvimento espontâneo é mais incomum. Além de comprometer a atividade osteoclástica, a droga também prejudica a deposição de osso novo pelos osteoblastos e a angiogênese, reduzindo o suprimento sanguíneo local e conseqüentemente a capacidade de cicatrização óssea (NEVILLE et al., 2016).

Embora qualquer pessoa possa estar sujeita ao desenvolvimento da OMAB, estudos apontam que há uma prevalência entre o sexo feminino, já que os BFs são amplamente usados nos tratamentos de osteoporose, que afeta majoritariamente mulheres no período pós-menopausa, e câncer de mama (COLÉTE et al., 2019).

Em 2007, a American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) definiu a Osteonecrose dos Maxilares Induzida por Bifosfonato (OMIB) como uma área de exposição óssea podendo ser encontrada na maxila ou na mandíbula e que não há melhora em oito semanas e acomete indivíduos que estejam recebendo ou que

receberam previamente bisfosfonato (BF) de maneira sistêmica e que não sofreram radiação no complexo maxilomandibular.

2.2.2 Características clínicas e imagenológicas

De acordo com a AAOMS (2007), a osteonecrose pode ser dividida e classificada em estágios, onde no estágio 1 existe a exposição do osso necrótico naqueles pacientes que estão fazendo uso ou fizeram uso da medicação, porém encontram-se sem sintomas ou sinal de infecção; no estágio 2 pode-se observar osso necrótico exposto concomitantemente com presença de infecção, havendo sintomatologia dolorosa e eritema na região da lesão, podendo ainda estar com ou sem drenagem purulenta; no estágio 3 o osso necrótico exposto é acompanhado de uma infecção, tendo sintomatologia dolorosa e uma ou mais alterações, como osteólise, fratura patológica ou fístula extraoral.

As características clínicas podem variar de acordo com o estágio da doença, porém a exposição de osso necrótico é o sinal principal (Figura 1), podendo estar ou não acompanhado de infecção. Outros sinais e sintomas são: dor, eritema, abscesso, osteólise e fratura patológica (SCARPA et al., 2010).



Figura 1: Osso necrótico exposto em região posterior esquerda da mandíbula.
Fonte: SCARPA et al., 2010.

As características radiográficas se assemelham as da osteorradiocrose (Figura 2 e 3). Caso haja um comprometimento significativo do osso, pode-se observar

áreas radiolúcidas irregulares com limites difusos, variando com o tamanho e extensão da lesão, representando as áreas de sequestro ósseo e esclerose óssea. Em estágio inicial da condição, pode não ser possível encontrar anormalidades no exame (GEGLER et al., 2006; POUBEL et al., 2012; PEXE et al., 2018).



Figura 2: Radiografia panorâmica revelando imagens radiolúcidas que representam áreas de osteólise e esclerose óssea.

Fonte: PEXE et al., 2018

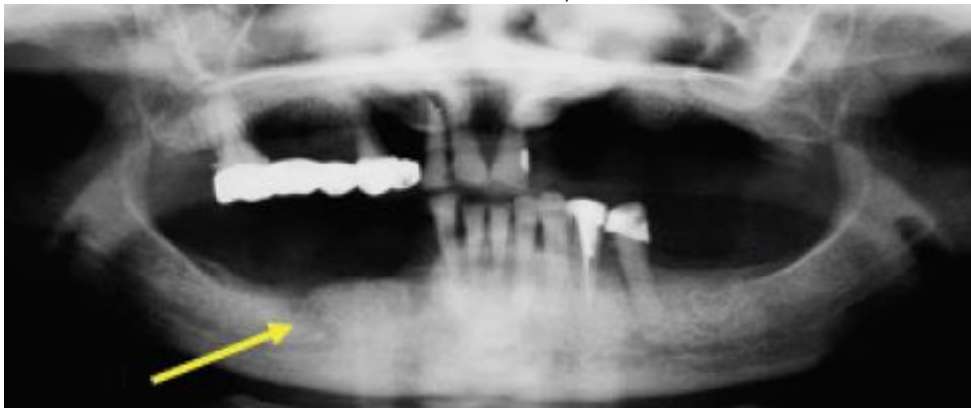


Figura 3: Radiografia panorâmica revelando área de sequestro ósseo.

Fonte: PEXE et al., 2018

2.2.3 Prevenção e tratamento

Para os pacientes que possuem risco de desenvolver a OMAB, o melhor tratamento é a prevenção e a realização de certos procedimentos odontológicos antes de iniciar o tratamento com bifosfonato (ADA, 2006; RUGGIERO; WOO, 2008). Porém, para aqueles que já se encontram com a doença instalada, a preservação da qualidade de vida, controle da dor e infecção através de antibioticoterapia e prevenção da contaminação de novas áreas é de suma importância (RUGGIERO; WOO, 2008;

SALDANHA et al., 2012). Em casos extremos, poderá ser realizada a intervenção cirúrgica podendo conter riscos, logo, o paciente deve estar ciente e assinar um termo de concordância com o tratamento (ADA, 2006; RUGGIERO; WOO, 2008).

É de extrema importância o conhecimento do cirurgião-dentista em relação aos bifosfonatos, tempo de utilização no indivíduo e até mesmo o que pode ou não ser feito em determinados casos, além de uma conversa com o médico para se manter ciente de toda a situação. Isso garantirá a elaboração de um plano de tratamento coerente e seguro (BROZOSKI et al., 2012; CUNHA et al., 2019).

É fundamental que os pacientes que apresentam risco de desenvolver OMAB sejam claramente orientados em relação à possibilidade do surgimento da lesão, principalmente aqueles que fazem uso de BF intravenoso. O cirurgião-dentista deve avaliar o paciente minuciosamente, juntamente com o médico responsável e qualquer intervenção odontológica deve ser feita previamente a terapia medicamentosa (SANTOS et al., 2008).

A suspensão do uso do BF deve ser criteriosamente avaliada por uma equipe multiprofissional e indicada somente pelo médico, levando em consideração suas vantagens e desvantagens, visto que isso pode afetar diretamente o bem estar do paciente (SANTOS et al., 2008).

O tratamento para a OMAB varia de acordo com o estágio da doença. Na Tabela 3 pode ser observada uma correlação do estadiamento da osteonecrose, suas características clínicas e o tratamento indicado (RUGGIERO et al., 2009).

Estágios de ONMB e seus tratamentos		
Estágio	Apresentação clínica	Conduta
Em risco	Sem exposição óssea	Orientações ao paciente
1	Exposição óssea assintomática com pequena inflamação de tecido mole	Orientações ao paciente, bochechos com soluções antibacterianas e acompanhamento criterioso
2	Osso exposto com dor, inflamação ou infecção de tecido mole adjacente	Orientações ao paciente, bochechos com soluções antibacterianas, antibioticoterapia, desbridamento ósseo superficial e acompanhamento criterioso
3	Osso exposto com dor, inflamação ou infecção de tecido mole adjacente, podendo apresentar osteólise estendendo-se até a borda inferior da mandíbula ou fraturas patológicas e fístulas extraorais	Orientações ao paciente, bochechos com soluções antibacterianas, cirurgias paliativas e acompanhamento criterioso

Tabela 3: Estadiamento, apresentação clínica e condutas indicadas.
Fonte: BROZOSKI et al., 2012.

Não existe padrão ouro para o tratamento da OMAB, algumas alternativas para controle e tentativas de resolução podem ser consideradas, como: tratamento conservador paliativo para controle da dor, antibioticoterapia, uso de enxaguantes bucais com digluconato de clorexidina (MARX et al., 2005; LEE; DAVID; NISHIME, 2007), laserterapia (VESCOVI et al., 2008), ozonioterapia (BROZOSKI et al., 2014) e desbridamento cirúrgico (MAGOPOULOS et al., 2007; RIBEIRO et al., 2011), porém podem não apresentar melhora clínica (ADA, 2006; RUGGIERO; WOO, 2008).

A terapia conservadora deve ser a primeira escolha como tratamento, podendo resultar no alívio significativo das lesões, apesar de nem sempre apresentar uma resolução efetiva. Entretanto, esta deve ser suspensa caso haja progressão da doença e a dor não estiver sendo controlada. Nesse caso, outras opções terapêuticas menos conservadoras devem ser consideradas (VILELA-CARVALHO et al., 2018)

Actinomyces, *Fusobacterium*, *Bacillus*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Selenomana* foram alguns tipos de bactérias encontradas em área de exposição do

osso necrótico. Esses microorganismos são sensíveis a Penicilina, logo é a droga escolhida para o tratamento não cirúrgico da OMAB (SEDGHIZADEH et al., 2008).

De acordo com o caso relatado por Oliveira et al. (2014), paciente do sexo feminino fazendo uso de ácido zoledrônico (Zometa) para tratamento de câncer de mama realizou exodontias dos elementos 33 e 43 e 1 mês após a cirurgia não houve cicatrização. A paciente foi diagnosticada com OMAB, o uso do bifosfonato foi suspenso por 2 meses e, como tratamento, foi feito o debridamento cirúrgico e remoção da espícula óssea exposta e antibioticoterapia com Amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas por 14 dias e bochechos com Clorexidina a 0,12%. Houve melhora do quadro sintomatológico e apresentou-se estável sem exposição óssea.

Gegler et al. (2006), em um de seus relatos, descreveram o caso de uma paciente que fazia uso de bifosfonato como tratamento quimioterápico. Após realizar extrações dentárias foi diagnosticada com OMAB e, devido a isso, o BF foi suspenso e foi iniciada uma antibioticoterapia com Clindamicina por via oral, bochechos com Clorexidina e uso tópico de Iodopovidona. Houve regressão da exposição do osso necrótico e da sintomatologia dolorosa. Paciente manteve-se estável e em acompanhamento.

Paciente em tratamento de câncer de pulmão com Pamidronato realizou exodontia do elemento 45 e foi diagnosticado com OMAB. Foi orientado a não utilizar prótese e reforçar hábitos de higiene oral. Estabeleceu-se o uso de Amoxicilina de 500mg com Clavulanato de Potássio (Clavulin) de 125mg de 8 em 8 horas, bochechos com Clorexidina 0,12% e foi feita a exérese do osso necrótico. Houve cicatrização da ferida e permaneceu em acompanhamento por 1 ano sem complicações (SOUZA JUNIOR et al., 2020).

De acordo com o relato de Barros et al. (2019), paciente em tratamento de mieloma múltiplo com Zoledronato realizou uma extração do elemento dentário 37 e foi diagnosticado com OMAB. Foi administrada Amoxicilina 500mg com Clavulanato de Potássio 125mg simultaneamente ao uso de Clorexidina 0,12% e foi realizada a exérese do osso necrótico. Com o controle pós-operatório foi observada boa evolução do quadro e cicatrização total da mucosa.

A laserterapia também parece ter um bom efeito nessas lesões. De acordo com Scoletta et al. (2010), foi realizado um estudo com 10 aplicações de laser de baixa intensidade em dias intercalados em 20 pacientes com osteonecrose mandibular induzida por bifosfonato. E pode ser analisado que houve uma melhora da dor, edema, pus, fistula e tamanho clínico da lesão. Sugerindo ser um tratamento promissor e conservador para pacientes com essa patologia se bem administrado e tolerado, porém mais estudos precisam ser realizados e analisados.

Paciente em tratamento para osteoporose com Prolia (denosumabe) foi submetida a exodontia dos molares inferiores direitos e posteriormente foi diagnosticada com OMAB. Como tratamento, optou-se pelo uso de ozônio na forma de gás, aplicado em fundo de vestibulo para estimular uma resposta local do tecido e água ozonizada intracanal no elemento 45. A lesão regrediu e a densidade óssea foi recuperada havendo involução total da fístula e dor (RODRIGUES; MACEDO; OLIVEIRA, 2016).

2.3 Fatores psicossociais

2.3.1 Qualidade de vida do paciente oncológico

A experiência de um paciente ao receber um diagnóstico de câncer e seu tratamento é única, porém, alguns sentimentos vêm acompanhados dessa notícia, como ansiedade, angústia e medo até a solução da doença. Podendo assim interferir no jeito de viver, na tomada de certas decisões e na sua autoestima (SOUZA; ARAÚJO, 2010). Abordar um paciente em tratamento oncológico é uma tarefa delicada, pois cada indivíduo possui uma maneira particular de aceitar e enfrentar a doença e seu respectivo tratamento (LEITE; NOGUEIRA; TERRA, 2015).

A autoestima é o principal fator no processo pessoal de olhar a si próprio. Esta, dependendo da situação em que o indivíduo esteja passando, pode ser elevada ou diminuída (RAMOS, 2014). Aqueles pacientes que passaram por tratamento de câncer devem e tem direito de retornar a sua rotina social sem sofrer qualquer discriminação (FARIA; ARAGÃO, 2017).

De acordo com Faria e Aragão (2017) a interferência de um cirurgião-dentista na saúde geral do paciente é extremamente relevante e pode surpreender de maneira positiva no tratamento e na qualidade de vida. Além de que, a prevenção é o melhor manejo para possíveis complicações orais decorrentes do tratamento de câncer.

A abordagem multidisciplinar respaldada em conhecimentos científicos com o paciente idoso é de extrema importância, seja agindo em medidas preventivas, diagnóstico, ou outros tipos de intervenções - podendo ser curativa ou reabilitadora - pois ajudam a garantir uma qualidade de vida melhor (MEIRA et al., 2018).

2.4 Reabilitação protética em pacientes com osteonecrose

2.4.1 Reabilitação com próteses

O edentulismo é um problema atual que, mesmo com toda a evolução da odontologia, impacta na vida de muitas pessoas, comprometendo a função mastigatória e fonética, a estabilidade oclusal e a estética, gerando muitas vezes problemas psicológicos. Estima-se que a prevalência dessas perdas dentárias entre indivíduos acima de 65 anos é de 24,4% em homens, enquanto 29,3% das mulheres são acometidas (CERQUEIRA et al., 2017).

Em pacientes idosos, a perda de elementos dentários pode trazer aspectos negativos, não somente funcionais, mas também físico e psicológico. Além de influenciar no convívio social e na autoestima do indivíduo (RIBEIRO et al., 2009). A reabilitação protética influencia de maneira positiva na qualidade de vida, pois além de devolver a parte funcional, como mastigação e fonação, atua em uma melhora psicológica e estética (NASCIMENTO et al., 2018).

A confecção de uma prótese tem por objetivo restabelecer oclusão ajudando na mastigação, fonação, estética trazendo um conforto para quem usa, porém precisam ser muito bem confeccionadas para não trazer complicações e até mesmo para trazer um resultado satisfatório (BARROS et al., 2016). Atuando positivamente não somente na saúde bucal como na saúde geral, inclusive psicologicamente, permitindo que o paciente haja de forma confiante e natural no ambiente familiar e social (KUO et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2018).

De acordo com uma pesquisa realizada por Cardoso et al. (2015), foi observado que a reabilitação protética em pacientes edêntulos trouxe benefícios para a vida dos mesmos. Recuperando a imagem corporal que havia sido perdida pela perda dos dentes, uma melhora na relação interpessoal, uma sensação de bem-estar aumentando a autoestima, além de obter resultados satisfatórios na mastigação, fonação e estética.

De acordo com o caso clínico relatado por Cunha et al. (2019), um paciente que fez uso de Zoladex (bifosfonato) intravenoso para tratamento de câncer de próstata procurou serviço odontológico pois estava insatisfeito com sua condição bucal. Para proporcionar saúde e bem-estar oral breve e minimamente invasivo foi realizada a confecção de próteses parciais removíveis e fixas superior e inferior, instruções de higiene oral, como fazer a manutenção das próteses e ressaltada a importância de uma revisão periódica ao dentista. Ao final do tratamento pode-se observar uma harmonia do sorriso, tanto funcional quanto estético e sem danos, paciente se encontra estável e em acompanhamento há 2 anos.

2.4.2 Reabilitação com implantes

É extremamente relevante que os implantodontistas tenham conhecimento sobre os efeitos adversos do uso de bifosfonatos, visto que a procura por reabilitação dentária com implantes vem se tornando mais frequente. Entretanto, esses procedimentos devem ser evitados em pacientes com histórico ou que estejam em tratamento com esses medicamentos, já que cirurgias invasivas, como a instalação de implantes, são consideradas fatores desencadeantes da OMAB (ZANICOTTI et al., 2018).

Sabendo como os bifosfonatos atuam sobre os ossos maxilares e seus efeitos adversos, estudos avaliaram os riscos de OMAB em reabilitações com implantes dentários em pacientes com histórico ou uso atual de BF, visto que a capacidade de osseointegração nesses indivíduos é questionável (CERQUEIRA et al., 2017).

Cerqueira et al. (2017) analisaram diversos estudos atuais em que mostraram grande divergência em relação a previsibilidade das reabilitações com implantes

osseointegrados. Enquanto muitos autores afirmam não haver alto risco, outros afirmam que embora não seja uma contraindicação absoluta, o prognóstico ainda é desfavorável, devido a inexistência de um protocolo consensual para prevenção da OMAB nesses procedimentos.

Zanicotti et al. (2018) descreveram 3 casos clínicos de três pacientes do sexo feminino de idades entre 58-67 anos que faziam ou fizeram uso de bifosfonato para tratamento e submeteram-se a reabilitação oral com implantes. Foi observada a falta de osseointegração e exposição óssea, levando ao diagnóstico de OMAB. Inicialmente, as pacientes foram tratadas com amoxicilina de 500mg associada ao metronidazol de 400mg de 8 em 8 horas por 14 dias e bochechos com clorexidina de 0,12% duas vezes ao dia. Foi iniciado um protocolo com Pentoxifilina de 800mg por dia e Tocoferol 1.000 UI por dia na tentativa de melhorar a vascularização local, no entanto, o tratamento não foi bem sucedido e houve a perda dos implantes.

Leite et al. (2015) relataram 2 casos clínicos em pacientes do sexo feminino que faziam uso de bifosfonato e se submeteram a reabilitação com implantes. Complicações pós-operatórias foram descritas, como exposição óssea, mobilidade do implante, fístula, dor e perda óssea, levando a perda de alguns implantes. O diagnóstico de OMAB foi confirmado e as pacientes foram tratadas com amoxicilina de 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias e bochechos com solução de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia por 15 dias. As pacientes mantiveram-se em acompanhamento e tratamento com laserterapia de baixa potência e irrigação local com antibiótico.

3 RELATO DE CASO

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Volta Redonda (CoEPs) – UniFOA, com número CAAE 34490720.0.0000.5237 e aprovado em 12/07/2020 (Anexo A).

Paciente C.M.P.N., com 69 anos, do gênero feminino, leucoderma, foi encaminhada para atendimento no projeto de pacientes oncológicos do curso de Odontologia do UniFOA, queixando-se de “dor intensa após exodontia”.

Inicialmente foi realizada uma anamnese minuciosa abordando aspectos gerais da paciente. A mesma relatou ter sido diagnosticada com Mieloma Múltiplo há 2 anos, sendo tratada desde então com 10 sessões de radioterapia em coluna torácica e utilizando ácido zoledrônico (Zometa) intravenoso 1 vez ao mês, durante 2 anos. Durante o uso do bifosfonato, relatou ter sido submetida a uma exodontia de um dente superior e apresentou sintomatologia dolorosa intensa durante 6 meses.

Ao exame físico extraoral não foi encontrada nenhuma anormalidade. No exame físico intraoral foi observado edema em região maxilar esquerda com áreas de saída de secreção purulenta e tecido de granulação (Figura 4). Trata-se de uma paciente edêntula total superior e parcial inferior.



Figura 4: Lesão granulomatosa com secreção purulenta.

Na radiografia panorâmica foi observada uma imagem radiolúcida bem definida em maxila em sua região posterior do lado esquerdo sugestiva de osteomielite (Figura 5).



Figura 5: Imagem radiolúcida em região posterior esquerda da maxila.

Levando em consideração as informações de que se trata de uma paciente oncológica em uso de bifosfonato, com lesão necrótica persistente por mais de 8 semanas e sem radioterapia em região de face, o diagnóstico foi definido como Osteonecrose Maxilar Associada ao uso de Bifosfonato, devido à realização da exodontia concomitantemente ao uso do ácido zolendrônico (Zometa).

Em primeiro momento foi prescrito Clavulin BD de 875mg - 1 cápsula de 12 em 12 horas por 14 dias, em associação com metronidazol de 250mg - 1 cápsula de 12 em 12 horas por 14 dias, e bochechos de digluconato de clorexidina 0,12% com água morna, de 6 em 6 horas por 14 dias.

Após os 14 dias de tratamento, a paciente retornou apresentando melhora clínica e sintomatológica da lesão (Figura 6), permanecendo-se estável por 6 meses, sem sinal de processo inflamatório ou infeccioso.



Figura 6: Regressão do edema, infecção e inflamação.

Por se tratar de uma paciente colaborativa em seu tratamento, presente nas consultas e com desejo ímpeto de confeccionar uma prótese total, por questões funcionais e estéticas, após discussão do caso, a equipe optou pela reabilitação protética da mesma.

Foi confeccionada uma prótese total superior mucossuportada com alívio na área de exposição óssea (Figuras 7, 8, 9, 10 e 11), ficando a mesma em proervação por 7 meses sem que houvesse alteração da lesão.



Figura 7: Confeção do modelo de trabalho e moldeira individual.

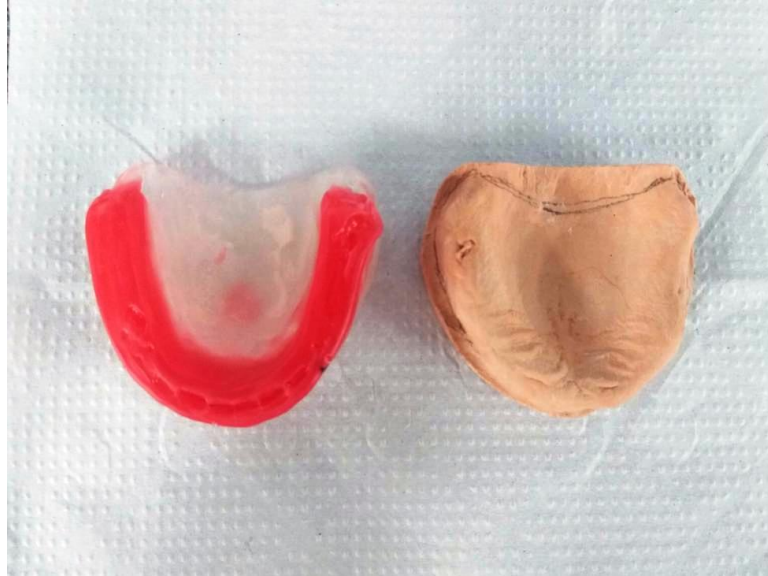


Figura 8: Confeção do plano de cera.



Figura 9: Confeção da prótese total superior removível.



Figura 10: Prótese total superior removível finalizada.



Figura 11: Paciente proteticamente reabilitada.

Devido à pandemia da COVID-19, a paciente ficou 10 meses sem acompanhamento, retornando com um pequeno aumento clínico da lesão (Figura 12), porém sem queixas sintomatológicas. Frente ao novo quadro clínico, foi realizada uma radiografia periapical de rotina (Figura 13), um desgaste na prótese total superior (Figura 14) e orientação quanto a necessidade de confecção da prótese inferior evitando movimento de báscula na mastigação e consequentemente aumento da exposição óssea.



Figura 12: Aumento clínico da lesão.



Figura 13: Radiografia periapical de acompanhamento.

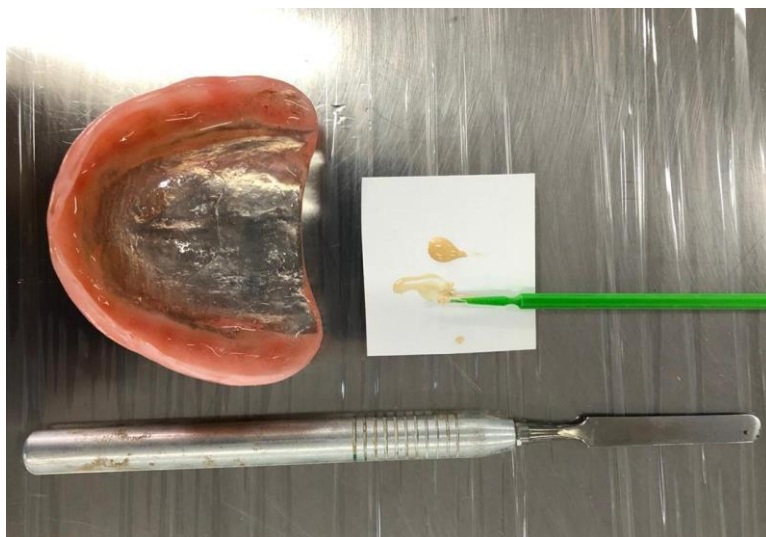


Figura 14: Marcação para o desgaste da prótese.

4 DISCUSSÃO

Os BFs são fármacos usualmente indicados para o controle da reabsorção óssea causada por algumas condições, como doença de Paget, osteoporose e metástases ósseas (FLEISCH, 1998; ADA, 2006). Além dessas patologias, outra importante indicação para o uso dessas drogas é o mieloma múltiplo, que foi o caso da paciente do relato deste trabalho.

A Osteonecrose Maxilar associada ao uso de Bifosfonato (OMAB) é representada por uma exposição óssea persistente por mais de oito semanas em indivíduos que usam ou já usaram BF e não receberam radioterapia local (AAOMS, 2007). Outros fatores associados ao uso de BF podem aumentar o risco do aparecimento da lesão, como trauma, uso de corticosteroides, prótese mal adaptada, entre outros (SCARPA et al., 2010). Como foi descrito no relato de caso, em que a paciente fez uso de BF e foi submetida a uma exodontia, apresentando sintomatologia dolorosa intensa por 6 meses, sendo diagnosticada com OMAB.

Em relação aos bifosfonatos, existem diferenças entre eles que podem influenciar diretamente no prognóstico da OMAB, são elas: tipo, geração, potência e, principalmente, via de administração (SCARPA et al., 2010; POUBEL et al., 2012; COLÉTE et al., 2019). Sabendo disso, pode-se dizer que a paciente do caso relatado neste trabalho se submeteu ao tratamento com BF mais agressivo entre eles, visto que utilizou o zoledronato (Zometa), cuja via de administração é intravenosa e possui a maior potência.

A OMAB pode se apresentar com características clínicas de estágios diferentes. Sendo o principal sinal a exposição de osso necrótico, entretanto, outros sinais e sintomas podem acompanhar, como: dor, eritema, presença de infecções, secreção purulenta, fístula extraoral, osteólise e fratura patológica (AAOMS, 2007; SCARPA et al., 2010). Assimilando com algumas características apresentada pela paciente, que foram: dor intensa, edema com áreas de drenagem de secreção purulenta e tecido de granulação, porém não apresentava a exposição de osso necrótico no início e sem nenhuma anormalidade extraoral.

Caso a patologia se encontre em estágio inicial, pode não ser possível encontrar anormalidades no exame radiográfico, mas se o osso estiver significativamente comprometido, pode haver áreas radiolúcidas irregulares e difusas, sequestro ósseo e esclerose óssea (GEGLER et al., 2006; POUBEL et al., 2012; PEXE et al., 2018). No entanto, nesse relato, o exame apresentava imagem radiolúcida com limites bem definidos em maxila sugestiva de osteomielite.

Antes do tratamento medicamentoso, a prevenção da OMAB deve ser considerada em primeiro lugar (ADA, 2006; RUGGIERO; WOO, 2008). Porém, quando a doença já se encontra instalada, devemos controlar a infecção através do uso de antibióticos e prevenir contaminação de novas áreas (RUGGIERO; WOO, 2008). Algumas bactérias sensíveis a Penicilina foram encontradas em áreas de osso necrótico, com isso, esta é considerada a droga de escolha para tratamentos não cirúrgicos (SEDGHIZADEH et al., 2008).

Oliveira et al. (2014) em seu relato de caso para tratamento de OMAB, além do debridamento cirúrgico, optaram pelo tratamento com Amoxicilina e bochechos com Clorexidina à 0,12%. Gegler et al. (2006) utilizou Clindamicina, bochechos com Clorexidina e uso tópico de Iodopovidona. Souza Junior et al. (2020) e Barros et al. (2019) além da exérese do osso necrótico prescreveram Amoxicilina com Ácido Clavulânico e bochechos com Clorexidina. Já neste relato, foi escolhido o tratamento não invasivo utilizando Clavulin BD em associação com Metronidazol e bochechos com digluconato de Clorexidina.

Outras formas de tratamento como laserterapia (SCOLETTA et al., 2010) e ozonioterapia (RODRIGUES; MACEDO; OLIVEIRA, 2016) também são ótimas alternativas, mostrando resultados surpreendentes, porém não foram necessárias no atual caso.

Receber um diagnóstico de câncer interfere na maneira de viver e até mesmo na autoestima (SOUZA; ARAÚJO, 2010). A atuação de um cirurgião-dentista na saúde do paciente pode surpreender positivamente na qualidade de vida (FARIA; ARAGÃO, 2017). Com a abordagem multidisciplinar, atuar na parte curativa ou reabilitadora do paciente idoso é essencial (MEIRA et al., 2018). O edentulismo é um problema que impacta a vida das pessoas comprometendo a mastigação, fonação e estética, além

de influenciar no convívio social e autoestima (RIBEIRO et al., 2009). E a reabilitação protética atua na melhora psicológica, funcional e estética (NASCIMENTO et al., 2018).

Neste trabalho, por se tratar de uma paciente oncológica, idosa, edêntula total superior, que foi assídua em suas consultas e colaboradora durante todo o tratamento, a equipe multidisciplinar se reuniu e decidiu reabilitá-la com uma prótese total superior removível para restituir as funções de mastigação, deglutição e fonação, assim como devolver a estética adequada e reinseri-la no convívio social de maneira positiva, recuperando a autoestima e o bem-estar.

Cunha et al. (2019) reabilitaram de maneira conservadora o paciente que fez uso de BF com próteses parciais fixas e removíveis e o mesmo se manteve em acompanhamento e estável por 2 anos. Bernardes (2017) reabilitou a paciente através de uma prótese parcial removível e foram passadas orientações caso surgisse alguma lesão na mucosa. A paciente se mostrou estável e realizada com o procedimento. No caso relatado neste trabalho, por se tratar de uma paciente edêntula total superior, optou-se pela reabilitação através de uma prótese total mucossuportada, com bastante alívio na região da lesão.

Diferente do visto nos trabalhos acima relatados, devido a pandemia da COVID-19, a preservação da lesão e prótese inevitavelmente foi prolongada, permanecendo 10 meses sem revisão. Com isso, ao retorno da paciente, pôde ser observado um aumento da lesão, logo foi realizado um alívio ainda maior na prótese superior com intuito de diminuir o trauma no local e estabilizar a lesão.

Atualmente está sendo cada vez mais frequente que os pacientes procurem por uma reabilitação através de implantes. Por isso, é de extrema importância que o implantodontista conheça sobre os BFs e evitar que indivíduos que fizeram ou fazem uso desses medicamentos sejam submetidos a cirurgia de instalação de implante, visto que é um fator desencadeante da OMAB (ZANICOTTI et al., 2018). Tais fármacos possuem um papel questionável na osseointegração, tendo em resultado um prognóstico desfavorável (CERQUEIRA et al., 2017).

Zanicotti et al. (2018) relataram 3 casos clínicos com reabilitação com implantes e obteve os seguintes resultados: falta de osseointegração e exposição óssea

exacerbada. Leite et al. (2015) descreveram 2 casos clínicos onde foi realizada a colocação dos implantes, porém houve perda óssea, apresentou fístula, exposição óssea, mobilidade e perda dos implantes. Já Coléte et al. (2019) mostraram em seu caso que a paciente foi reabilitada com implantes e após 5 anos ela se submeteu a um tratamento com BF e, posteriormente, houve uma fratura da prótese sobre implante e grande exposição óssea. Com estes estudos pode-se observar o insucesso da reabilitação com implantes em pacientes que fazem uso de bifosfonatos.

5 CONCLUSÃO

O caso relatado trata-se de uma paciente com mieloma múltiplo em uso de bifosfonato, que desenvolveu osteonecrose em maxila devido à exodontia. Após tratamento da lesão, foi realizada reabilitação protética da mesma com prótese total superior, melhorando sua qualidade de vida.

Considerando as questões abordadas, podemos afirmar que há uma necessidade entre os cirurgiões-dentistas de aprimorarem os conhecimentos em relação a OMAB e as condutas envolvidas, especialmente quando se fala em prevenção.

Os pacientes oncológicos precisam de cuidados delicados e é comum que sejam indivíduos carentes e com baixa autoestima. Se já não bastasse isso, se tornarem edêntulos e terem que lidar com um outro problema simultaneamente, no caso da osteonecrose, deixa a situação ainda mais difícil para eles.

A reabilitação protética oral deve ser considerada, pensando tanto no restabelecimento funcional, quanto no bem estar emocional do paciente, mas isso deve ser muito bem avaliado e planejado. Como ocorreu no caso relatado, a prótese pode levar a uma recidiva da lesão, por isso, o paciente deve passar por um acompanhamento periódico, a fim de evitar possíveis complicações.

6 REFERÊNCIAS

- AAOMS American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. **J Oral Maxillofac Surg.** Philadelphia, v.65, n.3, p.369-76, 2007.
- ADA. Dental management of patients receiving oral bisphosphonate therapy: expert panel recommendations. **J Am Dent Assoc.** v. 137, n. 8, p. 1144-50, 2006.
- BARIN, L.M.; PILLUSKY, F.M.; PASINI, M.M.; DANESI, C.C. Osteonecrose dos Maxilares Associada ao Uso de Bifosfonatos: Uma Revisão de Literatura. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** São Paulo, v. 28, n. 2, p. 126-34, mai-ago. 2016.
- BARROS, C.E.C.; OLIVEIRA, H.C.; GODÓI, M.F.C.L.; ARTUZI, F.E. Osteonecrose Mandibular Induzida por Bifosfonato: Relato de Caso em Paciente com Mieloma Múltiplo. **Rev. Odontol. HACO.** Canoas, Rio Grande do Sul, v.1, n.1, p.26-32, 2019.
- BARROS, A.W.P.; PORTO, E.; LIMA, J.F.S.; BRITO, N.M.S.O.; SOARES, R.S.C. Steps for biomodel acquisition through additive manufacturing for health. RGO, **Rev Gaúch Odontol.** v.64, n.4, p.442-6, 2016.
- BERNARDES, B. A. M. **Relato de caso: reabilitação oral em paciente submetido a tratamento oncológico sem orientação odontológica prévia.** 2017. 41 p. Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Odontologia) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2017.
- BROZOSKI, M.A.; LEMOS, C.A.; NACLÉRIO-HOMEM, M.G.; DEBONI, M.C.Z. Adjuvant aqueous ozone in the treatment of bisphosphonate induced necrosis of the jaws: Report of two cases and long-term follow-up. **Minerva Stomatol., Torino,** v. 63, n.1-2, p.35-41,2014.
- BROZOSKI, M.A.; TRAINA, A.A.; DEBONI, M.C.Z.; MARQUES, M.M.; NACLÉRIO-HOMEM, M.G. Osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonatos. **Rev. Bras. Reumatol.** São Paulo, v. 52, n. 2, p. 260-70, 2012.
- CARDOSO, S.O.; PASSOS, K.K.M.; LÔBO, S.N.C.; MELO, M.V.S.; TRINDADE, M.O. Representações Ideativas sobre Edentulismo e Reabilitação Protética na Percepção de Idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde,** Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, v.28, n.3, p.394-401, jul-set. 2015.
- CASTILHO, L.S. et al. Considerações sobre o paciente em tratamento de bisfosfonatos: o que todo cirurgião dentista deve saber. **Revista CROMG.** Belo Horizonte, v.14, n.1, p.19-24, jan-jun, 2013.
- CERQUEIRA, G.F.; CERQUEIRA, K.R.M.; FERREIRA, E.J.; CORRÊA, G.O.; STABILE, G.A.V. Instalação de implantes osseointegrados em pacientes submetidos a tratamento com bisfosfonato nitrogenado: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research.** Cianorte, v. 20, n. 1, p. 191-97, 2017.

COLÉTE, J.Z.; HADAD, H.; MOMESSO, G.A.C.; SANTOS FILHO, H.; FERNANDES, B.R.; GARCIA JÚNIOR, I.R. Implantes em pacientes com osteonecrose dos maxilares associado ao uso de bifosfonatos. Relato de caso e revisão de literatura. **Archives of Health Investigation**. v. 8, n. 1, p. 20-27, 2019.

CUNHA, K.S.; LIPPERT, V.F.; BALDINO, M.E.L.; DREYER, J.W.; CUNHA, R.M. Alternativa de tratamento reabilitador para pacientes em uso de bisfosfonato intravenoso: relato de caso clínico. **Rev Odontol Araçatuba**, São Paulo, v.40, n.1, p.29-34, jan-abri, 2019.

FARIA, M.T; ARAGÃO, J.C.S. **Atendimento Odontológico ao paciente com câncer: orientação para cirurgias dentistas**. 2017. 73p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente) – Faculdade de Odontologia, Fundação Oswaldo Aranha Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2017.

FLEISCH, H. Biphosphonates: mechanisms of action. **Endocr Rev**, New York, v.19, n.1, p.80-100, 1998.

GEGLER, A.; CHERUBINI, K.; FIGUEIREDO, M.A.Z.; YURGEL, L.S.; AZAMBUJA, A.A. Bisfosfonatos e osteonecrose maxilar: revisão de literatura e relato de dois casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 25-31, 2006.

KUO, H.C.; KUO, Y.S.; LEE, I.C.; WANG, J.C.; YANG, Y.H. The association of responsiveness in oral and general health-related quality of life with patients' satisfaction of new complete dentures. **Qual Life Res**. v.22, n.7, p. 1665-74, 2013.

LEE, C.Y.; DAVID, T.; NISHIME, M. Use of platelet-rich plasma in the management of oral bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a report of 2 cases. **J Oral Implantol**. v.33, n.6, p. 371-82, 2007.

LEITE, M.A.C.; NOGUEIRA, D.A.; TERRA, F.S. Avaliação da autoestima em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6, p.1082-9, nov-dez. 2015.

LEITE, G.B.; LOURO, R.; VIVACQUA, C.F.P.P.; MOTTA, S.H.G. Osteonecrose induzida pelo uso de bisfosfonatos após instalação de implantes dentário: relato de dois casos. **ImplantNews**. v.12, n.6, p.771-8, nov-dez. 2015.

MAGOPOULOS, C.; KARAKINARIS, G.; TELIOUDIS, Z.; VAHTSEVANOS, K.; DIMITRAKOPOULOS, I.; ANTONIADIS, K. et al. Osteonecrosis of the jaws due to bisphosphonate use. A review of 60 cases and treatment proposals. **Am J Otolaryngol**. v.28, n.3, p. 158-63, 2007.

MARTINI, L.A.; MOURA, E.C.; SANTOS, L.C.; MALTA, D.C.; PINHEIRO, M.M. Prevalência de diagnóstico auto-referido de osteoporose, Brasil, 2006, **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, s. 2, p. 107-16, 2009.

MARX, R.E. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. **J Oral Maxillofac Surg**. New York, v. 61, n. 9, p. 1115-57, 2003.

- MARX, R.E.; SAWATARI, Y.; FORTIN, M.; BROUMAND, V. Bisphosphonate-related exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. **J Oral Maxillofac Surg.** v.63, n.11, p.1567-75, 2005.
- MEIRA, I.A.; MARTINS, M.L.; MACIEL, P.P.; CAVALCANTI, Y.W.; ARAÚJO, T.P.; PIAGGE, C.S.L.D. Multidisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso. **Rev Ciên Med.** v.27, n.1, p. 39-45, 2018.
- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras, **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-19, 2016.
- MOZZATI, M.; ARATA, V.; GALLESIO, G. Tooth extraction in osteoporotic patients taking oral bisphosphonates. **Osteoporos Int.** v. 24, n. 5, p. 1707-12, 2013.
- NASCIMENTO, J.E.; SALES, M.S.M.; FERREIRA, E.F.; FARIAS, P.K.S.; FERREIRA, R.C.; MARTINS, A.M.E.B.L. Reabilitação com prótese dentária total em idosos e melhoria na dimensão do OHIP. **Arq Odontol,** Belo Horizonte, v.54: e.05, 2018.
- NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; CHI, A.C. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2016.
- OLIVEIRA, M.A.; MARTINS, F.M.; ASAH, D.A.; SANTOS, P.S.S.; GALLOTTINI, M. Osteonecrose induzida por bisfosfonatos: relato de caso clínico e protocolo de atendimento. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med.** Santa Casa, v.59, n.1, p.43-8, 2014.
- PEXE, M.; CURI, M.M.; COSTA, B.E.; KOGA, D.H.; CARDOSO, C.L. Estudo retrospectivo da osteonecrose dos maxilares associada ao uso de bisfosfonatos sem exposição óssea clínica. **SalusVita.** Bauru, v. 37, n. 4, p. 867-78, 2018.
- POUBEL, V.L.N.; CRUZ, D.S.M.; GIL, L.F.; LIMA JÚNIOR, N.; CLAUS, J.D.P.; GIL, J.N. Osteonecrose maxilo-mandibular induzida por bifosfonato: revisão bibliográfica. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo.** Fac. Camaragibe, v.12, n.1, p.33-42, jan-mar, 2012.
- RAJE, N.; ROODMAN, G.D. Advances in the biology and treatment of bone disease in multiple myeloma. **Clinical Cancer Research.** Philadelphia, v. 17, p. 1278-86, 2011.
- RAMOS, M. Adaptação para uma população de estudantes universitários portugueses da escala de autoestima de estado de Heartherton e Polivy. **Psicologia.** Lisboa, v.28, n.1, p. 32-8, 2014.
- RIBEIRO, D.G.; SILVA, M.M.; NOGUEIRA, S.S.; ARIOLI FILHO, J.N. A saúde bucal na terceira idade. **Salusvita.** Bauru, São Paulo, v.28, n.1, p.101-11, 2009.
- RIBEIRO, R.C.; VITORINO, N.S.; FREITAS, P.H.L.; SOUZA, R.C.N. Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de bisfosfonatos orais: relato de caso. **Rev Odontol UNESP,** Araraquara, São Paulo, v.40, n.5, p. 264-267, set./out. 2011.
- RODRIGUES, R.C.S.; MACEDO, S.B.; OLIVEIRA, L.A. **Ozonioterapia em Paciente com Osteonecrose Mandibular: Relato de Caso.** 2016. 55p. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade de

Ciência da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para conclusão do curso de Graduação em Odontologia – Faculdade de Odontologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

ROSELLA, D.; PAPI, P.; POMPA, G.; CAPOGRECO, M.; DE ANGELIS, F.; DI CARLO, S. Dental students' knowledge of medication-related osteonecrosis of the jaw. **European Journal of Dentistry**. Mumbai, v. 11, n. 4, p. 461-68, 2017.

RUGGIERO, S.L.; DODSON, T.B.; ASSAEL A.; LANDESBURG, R.; MARX, R.E.; MEHROTA, B. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws--2009 update. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. New York, v. 67, p. 2-12, 2009.

RUGGIERO, S.; GRALOW, J.; MARX, R.E.; HOFF, A.O.; SCHUBERT, M.M.; HURYN, J.M. et al. Practical Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Osteonecrosis of the Jaw in Patients With Cancer. **Journal of Oncology Practice**. Alexandria, VA, v. 2, p. 7-14, 2006.

RUGGIERO, S.L.; WOO, S.B. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. **Dent Clin North Am**. v.52, n.1, p.111-28, 2008.

RUSSEL, R.G.; WATTS, N.B.; EBERTINO, F.H.; ROGERS, M.J. Mechanisms of action of bisphosphonates: similarities and differences and their potential influence on clinical efficacy. **Osteoporos Int**. v.19, n.6, p. 733-59, 2008.

SALDANHA, S.; SHENOY, V.K; EACHAMPATI, P.; UPPAL, N. Dental implications of bisphosphonate-related osteonecrosis. **Gerontology**. v.29, n.3, p. 177-87, 2012.

SANTOS, P.S.S.; GAMBIRAZI, L.M.; FELIX, V.B.; MAGALHÃES, M.H.C.G. Osteonecrose maxilar em pacientes portadores de doenças neoplásicas sob uso de bisfosfonatos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**. São Paulo, v. 30, n. 6, p. 501-04, 2008.

SCANSETTI, M.; SOARES, L.G.; DA SILVA, D.G.; TINOCO, E.M.B.; MOLERI, A.B.; FALABELLA, M.E.V. Osteonecrose Medicamentosa Associada ao Uso de Bifosfonatos. **PerioNews**. São Paulo, v. 7, n.3, p. 267-71, 2013.

SCARPA, L.C.; LEITE, L.C.M.; LACERDA, J.C.T.; ARANTES, D.C.B. Osteonecrose nos ossos da maxila e mandíbula associada ao uso do bifosfonato de sódio. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. Vitória, Espírito Santo, v. 12, n. 1, p. 86-92, 2010.

SCOLETTA, M.; ARDUINO, P.G.; REGGIO, L.; DALMASSO, P.; MOZZATI, M. Effect of low-level laser irradiation on bisphosphonate-induced osteonecrosis of the jaws: preliminary results of a prospective study. **Lasers Med Sci**.v.25, n.1, p.101-13, 2010.

SEDGHIZADEH, P.P; KUMAR, S.K; GORUR, A.; SCHAUDINN, C.; SHULER, C.F; COSTERTON, J.W. Identification of microbial biofilms in osteonecrosis of the jaws secondary to bisphosphonate therapy. **J Oral Maxillofac Surg**. v.66, n.4, p. 767-75, 2008.

SOUZA, J.R.; ARAÚJO, T.C.C.F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estud Psicol**. Campinas, São Paulo, v.27, n.2, p.187-96, 2010.

SOUZA JUNIOR, E.F.; SILVA, J.A.; SOARES, M.S.; MORAIS, H.H.A. Necrose Mandibular Associada ao Uso de Bifosfonato: Relato de Caso. **Revista Ciência Plural**. Rio Grande do Norte, v.6, n.2, p.189-203, 2020.

UNFER, B.; BRAUN, K.; SILVA, C.P.; PEREIRA FILHO, L.D. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, SP, v. 10, n.19, p. 217-26, jan/jun 2006.

VESCOVI, P.; MERIGO, E.; MANFREDI, M.; MELETI, M.; FORNAINI, C.; BONANINI, M. et al. Nd:YAG laser biostimulation in the treatment of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: clinical experience in 28 cases. **Photomed Laser Surg.** v.26, n.1, p.37-46, 2008.

VIANA, M.V.G.; CARVALHO, M.M.M.; FIALHO, P.V.; CARDOSO, L.C.; LASSO, D.M.M.; MOREIRA, C.V.A. et al. Considerações clínicas sobre o uso do L-PRF na terapêutica de osteonecrose medicamentosa dos maxilares: relato de caso. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3313-17, jul./ago. 2019.

VILELA-CARVALHO, L.N.; TUANY-DUARTE, N.; ANDRADE-FIGUEIREDO, M.; LÓPEZ-ORTEGA, K. Osteonecrose dos maxilares relacionada ao uso de medicações: Diagnóstico, tratamento e prevenção. **Rev. CES Odont.** Medellín, v. 31, n. 2, p. 48-63, 2018.

ZANICOTTI, R.T.S.; DELIBERADOR, T.M.; CANDIDO, B.; HURCZULACK, M.V.; SCHUSSEL, J.L.; PEREIRA, C.T. et al. Implantes dentários em pacientes usuários de bifosfonatos: o risco de osteonecrose e perda dos implantes é real? Relato de três casos clínico. **RSBO**. Rio Grande do Sul, v.5, n.1, p.50-9, jan-jun. 2018.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**MODELO DE CARTA PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO
LIVRE E ESCLARECIDO PARA PESQUISA QUE ENVOLVA:
Relato de caso**

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Maira Tavares de Faria, cirurgiã dentista, portadora do CPF 13139131704, RG 216426528, estabelecido(a) na Rua Professor Hemani Melo, 55, apto 901, São Domingos, Niterói - RJ CEP 24210-130, cujo telefone de contato é (24) 981107654, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é "Reabilitação protética em paciente com osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato: relato de caso".

O objetivo deste estudo será relatar um caso clínico de reabilitação protética em paciente oncológica idosa com osteonecrose induzida por bifosfonatos em maxila.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco.

Sua participação não trará qualquer benefício direto mas proporcionará um melhor conhecimento à respeito da Osteonecrose dos maxilares induzida por bifosfonatos, que em futuros tratamentos poderão beneficiar outros pacientes ou, então, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Você poderá, caso sinta necessidade, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, cujo endereço é: UniFOA - Campus Universitário Oezio Galotti – Prédio 1 - Av. Paulo Erfei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda RJ. CEP: 27240-560 ou pelo telefone 3340-8400, ramal 8540.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

A sua não identificação, não poderá ser garantida pois os dados serão relacionados unicamente a você e a(s) fotografia(s) facilitará(ão) o reconhecimento. Entretanto, serão resguardados o nome, endereço e filiação.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o Sr.(a) e outra arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Reabilitação protética em paciente com osteonecrose maxilar associada ao uso de bifosfonato: relato de caso.

Discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em permitir a minha participação nesse estudo.


Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro que a minha não identificação, não será possível pois os dados se referem unicamente a mim e a(s) fotografia(s) facilitaram meu reconhecimento. Entretanto, o endereço, nome e filiação permanecerão em sigilo absoluto.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data 17/05/2020


Assinatura do participante ou do responsável

Nome: Líbia Maria Pereira Terebin

Endereço: Rua Epitácio Campos n° 62 - casa Pirai - Curitiba

RG. 367802 M. Mexinda

Fone: (L) (41) 996285768

Data 20/05/2020


Assinatura do(a) pesquisador(a)

Maira Tavares de Faria

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CoEPs



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO PROTÉTICA EM PACIENTE COM OSTEONECROSE MAXILAR ASSOCIADA AO USO DE BIFOSFONATO: RELATO DE CASO

Pesquisador: Maíra Tavares de Faria

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34490720.0.0000.5237

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO ARANHA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.149.982

Apresentação do Projeto:

Os bisfosfonatos são fármacos indicados para o tratamento de doenças que comprometem a densidade óssea, como a osteoporose. Entretanto, seu uso crônico, juntamente com outros fatores de risco, pode desencadear osteonecrose maxilar associada ao uso de bisfosfonato (OMAB). O caso clínico relatado compreende uma paciente com mieloma múltiplo que, em tratamento com bisfosfonato intravenoso, foi submetida a uma exodontia e durante 6 meses veio apresentando sintomatologia dolorosa com secreção purulenta e exposição óssea no local do procedimento, sendo diagnosticada com OMAB. O tratamento foi realizado com antibioticoterapia e bochechos com clorexidina. A paciente apresentou-se estável durante 6 meses, sem sinal inflamatório ou infeccioso e, então, foi confeccionada uma prótese total superior a fim de reestabelecer função, estética e bem estar social.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse trabalho será relatar um caso clínico de reabilitação protética em paciente oncológica idosa com OMAB em maxila.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de um relato de caso clínico, ao qual o tratamento odontológico já foi realizado, a

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.149.982

paciente não apresentará riscos com a pesquisa. Com relação ao tratamento reabilitador protético, há risco de trauma na exposição óssea devido à desadaptação fisiológica causada pelo processo de reabsorção óssea que acontece no idoso. Para prevenir, a mesma está em proervação de 6 em 6 meses e deverá realizar a confecção de uma Anova prótese a cada 2 anos.

Benefícios:

A paciente será beneficiada pelo diagnóstico, tratamento e proervação da lesão óssea, bem como na reabilitação protética, devolvendo função, estética e bem estar social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa se mostra pertinente e de grande valor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos se adequam com as normas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendencias.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1560125.pdf	25/05/2020 12:25:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	project.pdf	25/05/2020 12:25:30	Maíra Tavares de Faria	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	25/05/2020 12:12:59	Maíra Tavares de Faria	Aceito
Outros	usoimg.jpg	25/05/2020 12:12:22	Maíra Tavares de Faria	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	25/05/2020 12:11:52	Maíra Tavares de Faria	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	25/05/2020 12:10:25	Maíra Tavares de Faria	Aceito

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br



Continuação do Parecer: 4.149.982

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOLTA REDONDA, 12 de Julho de 2020

Assinado por:

**Walter Luiz Moraes Sampaio da Fonseca
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325
Bairro: Prédio 03, Sala 05 - Bairro Três Poços **CEP:** 27.240-560
UF: RJ **Município:** VOLTA REDONDA
Telefone: (24)3340-8400 **Fax:** (24)3340-8404 **E-mail:** coeps@foa.org.br