EABILITAÇÃO NEURO OCLUSAL EM PACIENTE COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA- ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO.

Rosana Queiroz- Cirurgiã Dentista, especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares, Mestre em Ciências da Saúde Programa de Pós graduação de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da UNIFESP– EPM
José Ricardo Gurgel Testa 2-Professor Doutor Adjunto da Disciplina de Otorrinolaringologia Pediátrica da UNIFESP- EPM
José Lázaro Barbosa dos Santos. - Professor Doutor Coordenador do Curso de Ortopedia Funcional dos maxilares da ACDC -Campinas

Abstracts-Paralysis is the complete abolition of mobility and ability to move certain parts of the body. Medically, there are two types of facial paralysis- central and peripheral-body require specialized treatment. **Purpose:** The objective of this study has been the use of Occlusal Neural Rehabilitation (ONR) as auxiliary on the treatment chronic facial paralysis. **Method-**Fourteen adult patients of the both sex with age 18 until 50, have been randomized to 2 groups and have received occlusal neural rehabilitation, whereas the other group waited for comparable time period. Both groups received first a treatment prophylactic and have done your mastication own assessment by using visual analogue scale (VAS), and all after the treatment, another assessment.
The treatment consisted in occlusal neural rehabilitation by using selective wear, and Plana´s direct track. The diagnostic had done with function analysis and carbon marks.
Result: After three times of the treatment occurred the change of quality of mastication and degree the scale, 100 percent of the patients have obtained any type of change, the minimal 1 degree and maximum 6 degree.
Conclusion- The result was an improvement in functional quality, muscle directly or indirectly connected with the jaw.

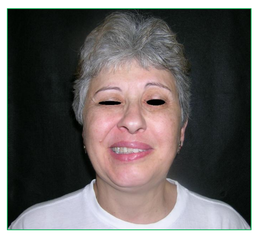
O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, protocolado sob o número 0323/08

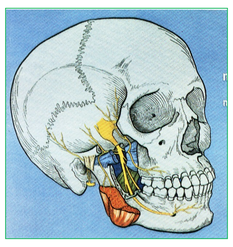
INTRODUÇAO

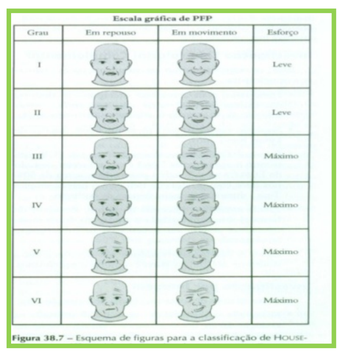
Paralisia é a abolição completa da mobilidade, da capacidade de efetuar um movimento em certo território do corpo .
A paralisia facial decorre do comprometimento do sétimo nervo craniano (nervo facial) responsável pela movimentação dos músculos da expressão facial.
Clinicamente existem dois tipos: a central e a periférica.

Paralisia Facial → Central / Periférica
Periférica → 50% de origem desconhecida
Periférica → 1 Lugar as idiopáticas 2o. Lugar traumática

Trajeto do n. facial

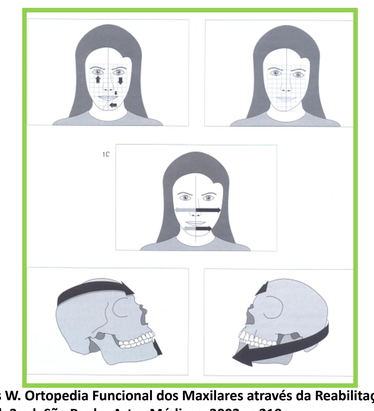

Paralisia facial periférica unilateral


Trajeto do n. trigêmio



Classificação de House e Brackman de acordo com a função facial. Foram selecionados pacientes a partir de grau III

Na paralisia facial a musculatura encontra-se num estado de hipotonia muscular, o paciente vai adquirindo uma preferência mastigatória unilateral devido a mastigação dificultada , o sétimo nervo craniano (facial) está comprometido e o quinto nervo (trigêmio) está sadio. A Reabilitação Neuro oclusal (RNO) é uma técnica da Ortopedia Funcional dos Maxilares que atua no plano oclusal como guia de orientação para um desenvolvimento correto do sistema estomatognático, utiliza técnicas que possibilitam mastigação bilateral e alternada, quando ocorre a normalização do plano oclusal, ocorre uma harmonia da musculatura leva-se a uma eficiência mastigatória e ao crescimento correto das estruturas, da mesma forma, se ocorre uma mastigação viciosa unilateral, todo o arcabouço ósseo passa a sofrer deformações (síndrome da rotação frontal morfológica) .

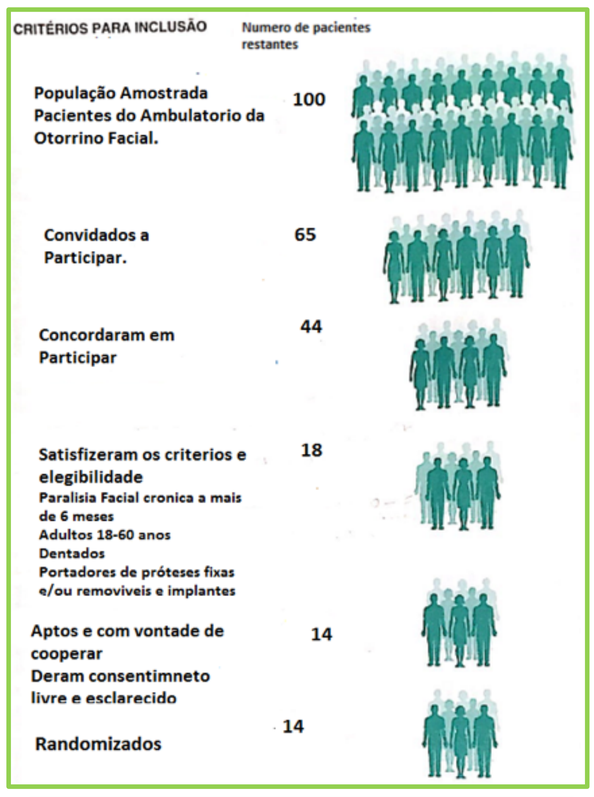

Simões W. Ortopedia Funcional dos Maxilares através da Reabilitação Neuro Oclusal, 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p 210.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi utilizar a RNO, como auxiliar no tratamento da paralisia facial periférica persistente e conhecer até que ponto as mudanças nos padrões mastigatórios podem ajudar reabilitação destes pacientes.

MATERIAL E MÉTODO

MATERIAL

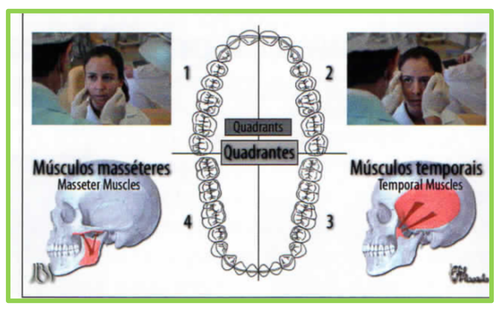


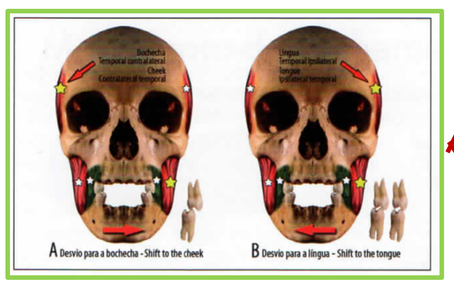
Fletcher SW. Epidemiologia Clinica.4ed Porto Alegre:Artmed,2006, p155-178.

MÉTODO

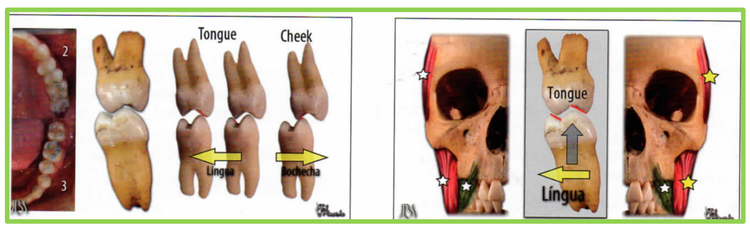
MÉTODO: Segundo os critérios da RNO , foi realizado ajuste oclusal por desgaste, nas superfícies em que estavam causando desequilíbrio na relação oclusal e conseqüentemente alterando o padrão funcional dos músculos relacionados direta ou indiretamente com a mandíbula onde o ajuste não foi suficiente se fez acréscimo na face oclusal dos dentes (1 caso) visando o equilíbrio da musculatura para que o trabalho dos músculos da mastigação tanto na abertura e fechamento, ocorressem sem ressaltes ou impedimentos. Os ajustes foram feitos partindo da relação Centrica (RC) visando a posição de intercuspidação máxima.
Este ajuste oclusal foi realizado obedecendo os critérios da palpação muscular das grandes massas, dos masseteres, direito e esquerdo e temporais direito e esquerdo. Associando com as marcas de carbono. Antes e após o tratamento foi realizada uma avaliação da mastigação de acordo com a escala EVA. As respostas foram comparadas.

Simões W. Ortopedia Funcional dos Maxilares através da Reabilitação Neuro Oclusal, 3 ed. São Paulo: Artes Médicas.p322



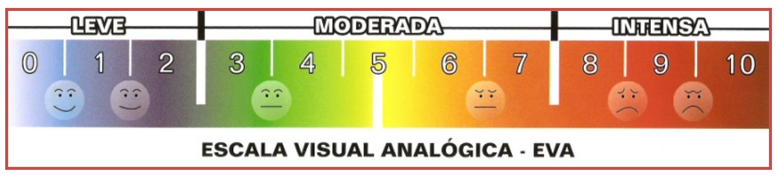


Simões W. Ortopedia Funcional dos Maxilares, DTM e Dor Orofacial, p100-101



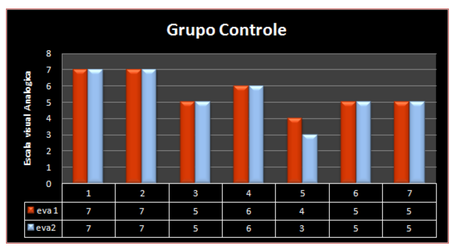
Como os pacientes foram interrogados

- Você mastiga bem?
- Como você classifica sua mastigação neste momento? (deixe ele falar livremente, faça observações na pasta sobre o que ele falar)
- Se não tiver problemas para mastigar, a classificação é **zero**.
- Se tiver algum desconforto ao mastigar, seu nível de referência é **cinco**.
- Se o desconforto for intenso, seu nível de referência é **dez**.

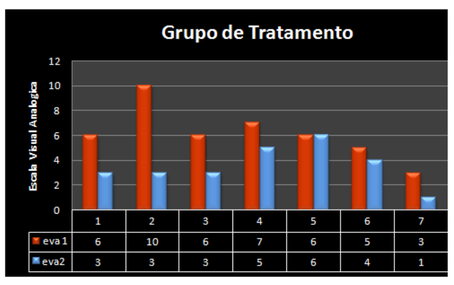


Resultados

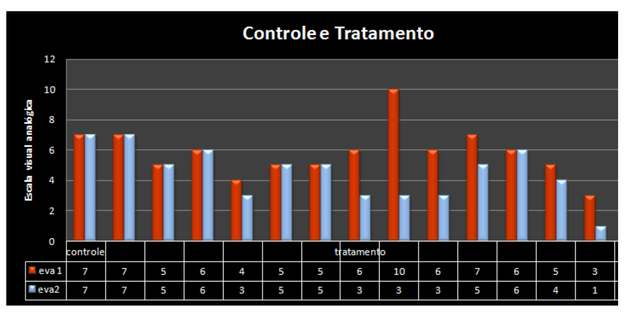
	Paciente	eva 1	eva2
controle	1	7	7
	2	7	7
	3	5	5
	4	6	6
	5	4	3
	6	5	5
	7	5	5



	Paciente	eva 1	eva2
tratamento	8	6	3
	9	10	3
	10	6	3
	11	7	5
	12	6	6
	13	5	4
	14	3	1



	Paciente	eva 1	eva2
controle	1	7	7
	2	7	7
	3	5	5
	4	6	6
	5	4	3
	6	5	5
	7	5	5
tratamento	8	6	3
	9	10	3
	10	6	3
	11	7	5
	12	6	6
	13	5	4
	14	3	1



De acordo com a Escala EVA 93% dos pacientes tiveram algum grau de melhora, o Máximo foi de 6.

Conclusões finais

O resultado foi uma melhora na qualidade funcional; da musculatura direta ou indiretamente ligada com a mandíbula, na qualidade da mastigação dos pacientes e na qualidade de vida dos mesmos.

Referencias Bibliografica- 1-Testa, JRG, Fukuda, Y. ACTA AWHO; 12(1): 9-18, jan-abr. 1993.tab. Paralisia facial Periférica idiopática: da incidência e do fatores prognósticos.2-Guedes ZCF, São Paulo ; s.n. 1994. 96 p. ilust, tab.graf., tese apresentada na EPM . Curso de Pos graduação em distúrbios da Comunicação Humana para obtenção do grau de Doutor. Atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar no atendimento ao portador de paralisia facial periférica3-Manicard NA- Síndrome de Goldenhar- relato de um caso clínico tratado com Ortopedia funcional dos maxilares. Orthop Rev. Int Ortop Func 2005; 1 (4): 437-49.4-Planas P. Reabilitação Neuro Oclusal. 2 ed. Rio de Janeiro: Médica Científica, 1997, p.186-195,p 288-293,p 208.5-Simões W. Ortopedia Funcional dos Maxilares através da Reabilitação Neuro Oclusal, 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003, p.140, p 57-58, p 70,280-297.6-Santos JBL. Como resolver pequenos problemas ortodônticos sem o auxilio do especialista. Atualização na Clínica Odontológica. In: XVII Congresso Paulista de Odontologia. Artes Médicas, 1996, p263-75.7-Douglas CR. Patofisiologia Oral,1 ed.São Paulo: Pancast, 1998,p.165-168. 8-Santos JBL. Prevenção das maloclusões, Atualização na clinica Odontológica- Cursos Antagônicos. In XVIV Congresso Paulista de Odontologia. Artes Médicas 2000, p 333-53. 9- Simões W. Ortopedia Funcional dos Maxilares, DTM e Dor Orofacial. 1 ed. São Paulo:Livraria Editora Tota,2013,p90-102. 10-Fletcher,RH; Fletcher SW. Epidemiologia Clinica.4ed Porto Alegre:Artmed,2006, p155-178.