



A UTILIZAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA NO TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE DE TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS: relato de caso¹

Mirtes Maria Ferreira Corrêa²

Rodolfo Israel Rêgo Sousa³

Graça Maria Lopes Mattos⁴

Natália de Castro Corrêa⁵

César Augusto Abreu-Pereira⁶

Rosana Costa Casanovas⁷

RESUMO

Objetivo: O trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico com o uso de Toxina Botulínica (TB) como alternativa de tratamento em um paciente com autofagia do lábio inferior e sequela neurológica realizado por um Cirurgião-dentista, membro da equipe multiprofissional de um hospital de referência do estado. **Relato de caso:** Paciente do gênero masculino, 43 anos, internado em enfermaria de Hospital de Alta Complexidade em São Luís, com diagnóstico de sequela de Acidente Vascular Cerebral isquêmico. Apresentando decorticação, espasticidade e hipertonia intensa com autofagia em lábio inferior, que causou traumatismo por mordedura. Foi proposta a terapia com o uso de duas aplicações de TB na região do músculo masseter. O paciente apresentou excelente resposta entre 24 e 48h e melhora do quadro pelas aplicações. **Conclusão:** A terapia com TB reduziu os episódios de contração muscular involuntária, possibilitando a involução da autofagia e lesão traumática de lábio. Ações terapêuticas não invasivas, quando possíveis, para prevenir novas lesões por automutilação podem ser bastante eficientes. A presença de CD capacitado em uso de TB nas equipes multiprofissionais hospitalares pode melhorar a qualidade de vida de pacientes submetidos a cuidados paliativos.

Palavras-chave: Espasticidade Muscular; Toxina Botulínica Tipo A; Equipe Hospitalar de Odontologia.

¹ Artigo proveniente de Projeto de Pesquisa Uso de Toxina Botulínica na terapia de espasticidade de transtornos neurológicos

² Graduanda, Universidade Federal do Maranhão, mirtes.mfc@discente.ufma.br

³ Cirurgião-dentista, Universidade Federal do Maranhão, rodolfo.rego@discente.ufma.br

⁴ Mestre, Universidade CEUMA, gm.mattos@hotmail.com

⁵ Mestre, Universidade CEUMA, natccorrea@hotmail.com

⁶ Doutorando, Universidade Estadual Paulista, cesar.abreu@unesp.br

⁷ Doutora, Universidade Federal do Maranhão, rosana.c.casanovas@hotmail.com

ESPAÇO DESTINADO AO ANEXO (TCLE, CEP, CEUA):

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso de Toxina Botulínica na terapia de espasticidade de transtornos neurológicos

Pesquisador: Rosana Costa Casanovas de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17668319.8.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.681.398

Apresentação do Projeto:

Introdução: A espasticidade é o distúrbio mais frequente de lesão do neurônio motor superior, e tem como causas principais os acidentes vasculares encefálicos e traumatismos cranioencefálicos, sendo caracterizada pelo aumento do tônus muscular e exacerbação do reflexo miotático. Essa desordem afeta a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente em relação a tarefas simples, como alimentação e cuidados de higiene. E dentre os tratamentos para a espasticidade, a toxina botulínica (TB) tem se mostrado um importante aliado no controle dos sinais e sintomas, promovendo ao paciente qualidade de vida e independência. Relato de caso: Paciente M.J.C.B., gênero masculino, 43 anos, em dieta sob gastrostomia, com diagnóstico de seqüela de AVCi (Acidente Vascular Cerebral isquêmico) com edema, UPP (Úlcera por Pressão, localizada na sacra), tetraplegia espástica e Hiperreflexia Profunda Universal. Nega alergias. Em escala de Coma de Glasgow o paciente registrou 4 + 1T + 4, não contactuante com o examinador. Paciente apresentava hipertonia intensa, decorticação e espasticidade quando estimulado e como consequência realizava autofagia, traumatizando o lábio inferior, causando traumatismo de mordedura e foi realizada aplicação de Toxina Botulínica (TB). Nas duas aplicações, os procedimentos realizados foram: diluição da TB; limpeza da face com Clorexidina em Gel e marcação dos pontos nos músculos masseter e temporal; aplicação da TB com seringa e agulha de insulina. A primeira aplicação de TB foi realizada no dia 31 de dezembro de 2018 e a segunda aplicação foi realizada no dia 14 de janeiro de 2019. Palavras-chave: Autofagia. Toxinas

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br



CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.

CROMA CONSELHO REGIONAL DE
ODONTOLOGIA DO
MARANHÃO



UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.681.398

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_P ROJETO_1339554.pdf	24/10/2019 14:27:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	botox_projeto.docx	24/10/2019 14:26:21	Rosana Costa Casanovas de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_botox.docx	24/10/2019 14:24:29	Rosana Costa Casanovas de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_pesquisa.docx	24/10/2019 14:02:07	Rosana Costa Casanovas de Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tb.pdf	28/06/2019 14:58:22	Rosana Costa Casanovas de Carvalho	Aceito
Outros	scaner3.jpeg	22/05/2019 09:29:29	Rosana Costa Casanovas de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 04 de Novembro de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br



UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.681.398

Botulínicas. Acidente Vascular Cerebral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o uso de TB tipo A em paciente neurosequelado com episódio de autofagia.

Objetivo Secundário:

Discutir acerca da importância do uso da toxina botulínica em odontologia;

Mostrar a eficácia do uso da toxina botulínica como tratamento à autofagia em paciente internado em um hospital de alta complexidade em São Luís, Maranhão;

Divulgar à comunidade científica um caso clínico envolvendo o uso terapêutico de toxina botulínica aplicada pelo cirurgião-dentista nos músculos masseter e temporal em um paciente em ambiente hospitalar;

Incluir a atuação da Odontologia no contexto multiprofissional, demonstrando o benefício das terapias odontológicas disponíveis, além da visão holística que a odontologia precisa ter dentro do contexto hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haver melhora na espasticidade apresentada por paciente neurosequelado após uso de Toxina Botulínica tipo A.

Benefícios:

Melhora na espasticidade apresentada por paciente neurosequelado após uso de Toxina Botulínica tipo A, garantindo melhor qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários para o seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br



CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.



	Termo de Consentimento	
T.CON.S.ODO.001	Termo de Consentimento Realização de Procedimentos Odontológicos	Revisão: 00 Data:

Declarante: () Paciente Responsável ou Representante Legal

Nome (completo): PATRICIA CRISTINA NUNES GAMA
Grau de Parentesco: ESPOSA
Data de Nascimento: 28/02/76
Identidade Nº. 350792-0 Órgão Expedidor: SSP-MA CPF: 91392758341

Cirurgia: _____

1. Declaro que o Odontólogo abaixo identificado informou-me da necessidade de realização da cirurgia acima especificada.
2. Fui informado(a) pelo Odontólogo abaixo identificado que o procedimento ao qual serei submetido(a) necessitará do auxílio de outro(s) Odontólogo (s): () SIM () NÃO () NÃO SE APLICA.
3. A proposta do procedimento que será realizado e seus benefícios, complicações potenciais e alternativas me foram claramente explicadas, assim como os riscos e complicações potenciais, especificamente os seguintes:

4. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória.
5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame ou tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante este tratamento e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
6. Assim declaro que agora estou satisfeito(a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos desta cirurgia. Por tal razão, e nestas condições, dou o meu consentimento para o procedimento cirúrgico proposto, devendo ser informado em caso de mudanças, para que possa renovar o consentimento.
7. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento e desistir do procedimento.

Patricia Cristina Nunes Gama
Paciente ou Responsável/Representante Legal

Página 1 de 2


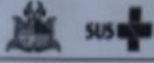


CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.



 Conselho Regional de Odontologia do Maranhão	Termo de Consentimento	
T.CONS.ODO.002	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Revisão: 00


Declaro que fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

São Luís, 30 de dezembro de 2018

Assinatura do Participante ou Responsável: x Patrícia Cristina Nunes Gomes
Documento de Identidade: 350798-0

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Assinatura do Odontólogo Residente: _____

Pesquisador responsável: 
Dr. Graça M. Lopes Netto
Cirurgiã-Dentista Intensiva
CRO-MA 1527

Contato:
(98) 9 88291302

2


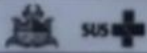


CIOMA

CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ODONTOLOGIA DO MARANHÃO

Conectando Mentes e Inspirando Sorrisos.

CTO MA CONSELHO REGIONAL DE
ODONTOLOGIA DO
MARANHÃO 

 <small>CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO MARANHÃO</small>	Termo de Consentimento	 <small>SUS</small>
T.CONS.ODO.002	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Revisão: 00

O (A) Sr (a). Marcio Conna Santos, portador (a) do documento de identidade: 9897492-9, está sendo consultado (a) no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e exames complementares de seu caso clínico que se encontram em seu prontuário, para apresentação do mesmo em encontro científico e publicação do caso em revista científica como "Relato de Caso".

Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico e tratamento.

O (A) Sr (a). será submetido (a) aos exames clínico, de imagens, de laboratório e fotos, para estabelecermos o diagnóstico e a progressão do tratamento. A realização do tratamento é importante para a saúde da sua boca, bem como para sua saúde geral. Todas as informações obtidas durante o exame serão anotadas em ficha clínica e os exames anexados à mesma. Não haverá qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a).

Todos os dados e fotos serão exibidos em público após sua aceitação. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Nas fotos será colocado uma tarja preta cobrindo seu rosto, com o intuito de proteger sua identidade. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação.

É importante esclarecer que mesmo permitindo o relato do caso, poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento. A sua participação não será remunerada e nem pagará para participar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Observação: Caso o paciente não tenha condições de ler e/ou compreender este TCLE, ou caso seja menor de idade, o mesmo poderá ser assinado e datado por um membro da família ou responsável legal pelo paciente.