



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

**SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER REABILITAÇÃO NA ODONTOLOGIA:
RELATO DE CASO**

JÉSSICA FONTES VIEIRA

FORTALEZA-CE
2022

JÉSSICA FONTES VIEIRA

SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER REABILITAÇÃO NA ODONTOLOGIA:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Henrique Acioly
Guedes Peixoto Vieira

FORTALEZA-CE

2022

JÉSSICA FONTES VIEIRA

SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER REABILITAÇÃO NA ODONTOLOGIA:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao curso de Odontologia do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Me. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

Aprovado em: 31/05/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Daniel Sartorelli Marques de Castro
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Profa. Dra. Rebeca Bastos Vasconcelos Marinho
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Centro
Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha
Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus,
com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V657s Vieira, Jéssica Fontes.

SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER
REABILITAÇÃO NA ODONTOLOGIA: RELATO DE
CASO / Jéssica Fontes Vieira. -2022.

45 f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Centro Universitário Christus - Unichristus, Curso
de Odontologia, Fortaleza, 2022.

Orientação: Prof. Me. Pedro Henrique Acioly
Guedes Peixoto Vieira.

1. Porencefalia. 2. Oftalmologia. 3. Insuficiência da
válvula mitral. I. Título.

CDD 612

Dedico este trabalho de conclusão de curso à Deus que sempre me acompanhou nessa jornada que se encerra, mas outra ainda maior se inicia.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** e à **Santa Rita de Cássia** por estarem me guiando e me protegendo, por terem me concedido saúde, fé, esperança e disposição para fazer a faculdade e o trabalho final do curso e que me conduziram na minha missão e vocação.

Aos meus avós, pelas palavras de conforto e pelas orações e, primordialmente, ao meu avô **Antônio Fontes Lira** por ter me iluminado para eu fazer o curso de odontologia e, em memória de **Raimunda Moreira Lira, Francisco Rodrigues Vieira e Francisca de Araújo Vieira**.

Aos meus pais, **José de Jesus Araújo Vieira** e **Marilene Fontes Vieira** pelo apoio, cuidado, dedicação e sacrifícios que fizeram por mim, por sempre estarem comigo nos meus momentos mais difíceis e felizes da minha vida.

Aos meus irmãos **Guilherme, Guilherme Bruno, William e Letícia** pelos ensinamentos, lições e inspirações. A **Ana Cecília Martins** e **Juliana Soares** por sempre estarem comigo me incentivando.

Ao meu noivo **Tales Anastácio Costa** pelo companheirismo, apoio em todos os momentos durante a graduação e compreensão pelos meus momentos de ausência pelo meu tempo dedicado aos estudos.

Aos **familiares** pelos incentivos durante o período da graduação.

Aos **meus amigos** da faculdade, especialmente a minha dupla de clínica **Victoria Almeida Oliveira** pela força e que sempre esteve comigo nessa longa jornada.

Aos **professores** da graduação pelos conselhos e pelos ensinamentos que me guiaram para o meu aprendizado.

Ao meu prezado e querido orientador **Prof. Dr. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira** pelo empenho, dedicação, compreensão e amizade.

Essa conquista não é só minha, mas de todos nós!

“Para os males extremos, só são eficazes os remédios intensos.”

(HIPOCRÁTES)

RESUMO

A Síndrome de Axenfeld-Rieger foi descrita inicialmente por Theodor Axenfel e Rieger no início do século 20, é uma patologia rara, que acomete de 1:200.000 mil nascidos vivos, sem predileção por raça ou sexo, de origem hereditária com padrão autossômico dominante com mutações nos genes PITX2, FOXO1A e FOXC1. Está associado a características clínicas sistêmicas, oculares e dentárias, entre as características clínicas sistêmicas, estão as malformações cardíacas e renais, pele periumbilical redundante, malformações auriculares e alterações hipofisárias, podendo haver déficits cognitivos. São relatadas hipodontia superior, lábio superior hiperplásico, microdontia, hipoplasia do esmalte dentário, hipoplasia maxilar, prognatismo mandibular, base nasal proeminente e ampla, hipertelorismo e telecanto. As características clínicas oculares apresentam malformações oculares, na íris, na córnea e no ângulo anterior. A síndrome de Axenfeld-Rieger apresenta três tipos de base genética, a tipo 1 apresenta fenótipos oculares e sistêmicos, tipo 2 apresenta microdontia, perda prematura dos dentes e hipoplasia maxilar e tipo 3 apresenta características oculares, incluindo corectopia e glaucoma, podendo ter perda auditiva neurossensorial. O presente estudo visa um relato de caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 15 anos de idade com síndrome de Axenfel-Rieger com base genética tipo 2, considerando como tratamento a reabilitação oral e posterior procedimentos necessários para o tratamento.

Palavras-chaves: Porencefalia. Oftalmologia. Insuficiência da válvula mitral.

ABSTRACT

The Axenfeld-Rieger Syndrome was described initially by Theodor Axenfel and Rieger at the start century 20th, It's one pathology rare, what attacks in 1:200.000 thousand born alive, without predilection per breed or sex the origin it's hereditary with standard autosomal dominant with mutations in the genes PITX2, FOXO1A and FOXC1. It is associated to characteristics clinics systemic and eyepieces, among the characteristics clinics systemic, are the malformations heart and kidneys skin periumbilical redundant, malformations earphones and changes pituitary, being able be deficits cognitive. Are reported hypodontia higher, lip higher hyperplastic, microdontia, hypoplasia of enamel dental, hypoplasia jaw, prognathism mandibular, base nasal prominent and wide, hypertelorism and telecanth. As characteristics clinics eyepieces present malformations eyepieces, in the iris, in the cornea and not angle previous. The syndrome in Axenfeld-Rieger features three types in base genetics, the type 1 features phenotypes eyepieces and systemic, type 2 features microdontia, loss premature from teeth and hypoplasia jaw and type 3 features characteristics eyepieces, including corectopia and glaucoma, being able to have loss auditory sensorineural. The gift study visa a report in case clinical in one patient of sex feminine in 15 years in age with syndrome in Axenfeld-Rieger with base genetics type two considering as treatment the rehabilitation oral and posterior procedures necessary for the treatment.

Keywords: Porencephaly. Ophthalmology. Mitral valve insufficiency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- (A) Paciente portadora de Síndrome de Axenfeld-Rieger com cegueira em um olho e visão subnormal em outro. (B) Vista lateral direita e (C) Vista lateral esquerda.	16
Figura 2 - (A) Vista frontal arcada dentária. (B) e (C) Arcada dentária superior. (D) Arcada dentária inferior.	17
Figura 3 - Exame complementar-Radiografia panorâmica.....	17
Figura 4 - (A) Modelo de estudo superior e (B) Modelo de estudo inferior do caso clínico.	19
Figura 5 - Desenho dos grampos no modelo superior e inferior	19
Figura 6 - (A) Registro de mordida em cera e (B) Seleção de cor com a escala VITA.	19
Figura 7 - Placas reabilitadoras instaladas em boca.....	20
Figura 8 - Aumento de retenção com resina composta Z350 (Resina Restaurador Universal Filtek Z350 XT A3D 4g-3M) nos elementos dentários 36 e 46.....	20
Figura 9 - (A) Pasta zinco-enólica e (B) Evidenciação com pasta zinco-enólica para verificar áreas de compressão.	21
Figura 10 - (A) Moldagem de estudo arcada superior e (B) Arcada inferior.....	21
Figura 11 - Individualização dos planos de orientação superior e inferior e registro oclusal.....	22
Figura 12- Prova estética e funcional superior e inferior.....	23
Figura 13 - (A) Próteses parciais removíveis superior e inferior e (B) paciente com as próteses parciais removíveis superior e inferior instaladas em boca.....	23

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4. METODOLOGIA	16
4. RELATO DO CASO CLÍNICO	16
5. DISCUSSÃO	24
6. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	33

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi redigido na forma de apresentação de artigo científico para publicação, conforme normas do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Christus.

TÍTULO DO ARTIGO: SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER REABILITAÇÃO NA ODONTOLOGIA: RELATO DE CASO

AUTORES: Jéssica Fontes Vieira; Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira.

Eu, Jéssica Fontes Vieira, RG: 20084448444, autorizo o curso de Odontologia e meu Orientador, Prof. Me. Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira, a reestruturar o presente artigo científico (modificando texto, incluindo autores e modificando a revista escolhida) com vistas a publicação do mesmo em periódico científico. Por ser verdade, firmo o presente.

Fortaleza, 17 de novembro de 2022

Jéssica Fontes Vieira

Jéssica Fontes Vieira

Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

1. INTRODUÇÃO

A síndrome de Axenfeld-Rieger engloba um heterogêneo grupo de distúrbios com características oculares, dentárias e sistêmicas. Foi descrita inicialmente por Theodor Axenfeld e Rieger no início do século 20, a incidência é de 1 para 200.000 mil nascidos vivos, é uma patologia rara, sem preferência por raça ou sexo. A origem é hereditária com padrão autossômico dominante com mutações nos genes PITX2, FOXO1A e FOXC1 (BINETI et al., 2018).

A síndrome de Axenfeld-Rieger apresenta manifestações clínicas variáveis, que inclui alterações no desenvolvimento ocular que acometem a córnea com deslocamento proeminente e anterior da linha de Schwalbe que está inserida no embriotoxon posterior. Além da córnea a íris também tem alterações que inclui hipoplasia, corectopia e policoria. Outra manifestação clínica importante é o glaucoma que acomete 50% dos pacientes frequentemente bilateral ou unilateral, além de malformações sistêmicas que acometem pele, dentes e os ossos da face (COSTA et al., 1995).

As características clínicas oculares apresentam como malformações oculares, na íris, na córnea e no ângulo da câmara anterior, sendo que as alterações podem ser de sutis a profundas. A corectopia é o deslocamento da pupila de sua posição normal, associada a alta miopia, além disso as alterações oculares podem ser caracterizadas por uma tríade composta por hipoplasia da íris, sinequias anteriores (adesão iridocorneana) e uma proeminente linha de Schwalbe deslocada anteriormente. Os defeitos oculares causam um aumento da pressão ocular que resulta em glaucoma em aproximadamente em 50% dos pacientes (BINETI et al., 2018).

Dentre as manifestações sistêmicas, estão as malformações cardíacas e renais, pele periumbilical redundante, malformações auriculares e alterações hipofisárias, podendo haver déficits cognitivos, hipermobilidade das articulações, escoliose e surdez congênita (BINETI et al., 2018).

Dentre as características dentárias são relatadas hipodontia superior, lábio superior hiperplásico, microdontia, hipoplasia do esmalte dentário, hipoplasia maxilar, prognatismo mandibular, base nasal proeminente e ampla, hipodontia dos dentes permanentes que varia de um único dente ausente a vários dentes ausentes, os incisivos superiores e inferiores e os caninos são mais frequentemente ausentes

seguido dos pré-molares. Outros achados dentários são erupção tardia, raízes encurtadas, dentes deformados e taurodontismo (JENA e KHARBANDA, 2005).

Outras características clínicas comuns em pacientes portadores de síndrome de Axenfeld-Rieger são lábio inferior pronunciado e retração do lábio superior, deficiência no crescimento esquelético que pode ser notada pela maxila subdesenvolvida quanto pela deficiência de estatura corporal baixa, idade óssea tardia, hipoplasia maxilar, mordida aberta posterior e cruzada anterior também são achados notórios (JENA e KHARBANDA, 2005).

A etiologia da síndrome de Axenfeld-Rieger inicialmente foi atribuída a disgenesia mesodérmica, o qual é um defeito no tecido ectodérmico, estudos relatam que há uma parada no desenvolvimento dos tecidos derivado do ectoderma da crista neural durante o terceiro trimestre da gravidez, ou seja, já nos três últimos meses da gravidez. Este distúrbio acomete retenção da camada endotelial primordial da íris e o ângulo da câmara anterior que é responsável pela aderência irídica, hipoplasia e uma linha de Schwalbers. As células da crista neural são consideradas no envolvimento da formação óssea facial, desse modo, o seu desenvolvimento pode causar distúrbios o que explicaria a anormalidade morfológica da maxila, mandíbula, hiperlorismo, dentes, e a falha de involução pele periumbilical (JENA e KHARBANDA, 2005).

A síndrome de Axenfeld-Rieger apresenta três tipos de base genética, tipo 1, tipo 2 e tipo 3. Tipo 1 apresenta manifestações oculares e sistêmicas, sendo que as características sistêmicas são as mais comuns deste grupo incluindo anormalidades dentárias e faciais. A tipo 2 dentre as manifestações sistêmicas apresentam oligodontia, microdontia e perda prematura de dentes. O tipo 3 apresentam fenótipos oculares e sistêmicos, embora as características oculares apresentam maior expressividade, especialmente disgenesia do segmento anterior, incluindo deslocamento anterior da linha de Schwalbe, acomete a íris incluindo corectopia, hipoplasia ou policoria e glaucoma, além disso a perda auditiva neurosensorial e anormalidades cardíacas podem ser comuns (ARMENGOL et al., 2020).

Dessa forma, o presente estudo visa relatar um caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 15 anos de idade com síndrome de Axenfeld-Rieger com base genética tipo 2 considerando procedimentos necessários para o tratamento da reabilitação oral e posterior acompanhamento.

2. JUSTIFICATIVA

Por ser uma síndrome rara que acomete 1:200.000 nascidos vivos, é imperioso o entendimento do que pode ser feito diante de casos de síndrome de Axenfeld-Rieger considerando a necessidade do tratamento da reabilitação oral.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem o objetivo apresentar um relato de caso clínico de tratamento reabilitador através de placas reabilitadoras do tipo Hawley, no arco superior, e do tipo Schwartz, no arco inferior.

3.2 Objetivos Específicos

Descrever de forma detalhada os procedimentos que foram realizados, bem como medidas complementares para controle e acompanhamento do tratamento reabilitador.

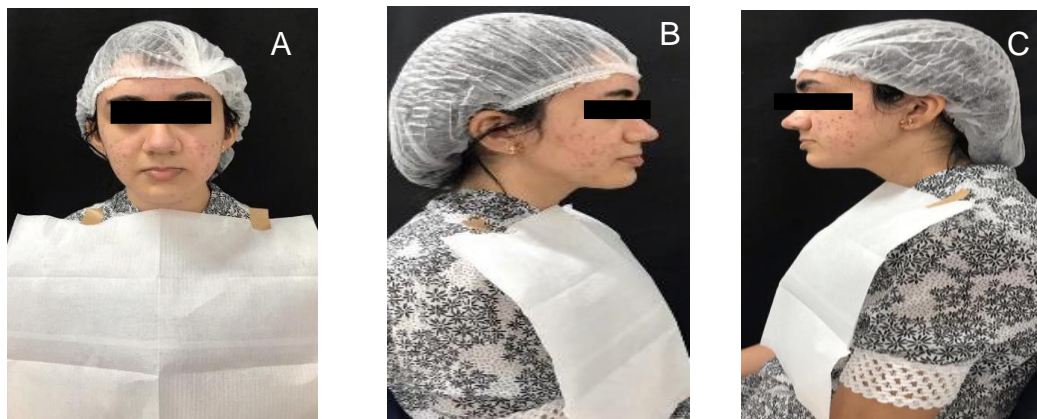
4. METODOLOGIA

4. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente N.G.M, do sexo feminino, 15 anos de idade, natural de Fortaleza, Ceará, procurou a Clínica Escola de Odontologia da Unichristus na disciplina de Clínica IV, com a queixa principal colocar prótese dentária. Em senso, teve-se a conclusão que seria melhor acompanhá-la na Clínica Infantil I para ofertar um melhor tratamento associado a ortopedia. Durante a anamnese a paciente não relatou problema odontológico de imediato, a paciente relatou que estava sobre tratamento médico oftalmológico e que já tinha sido submetida a cirurgia no olho. No exame clínico extraoral foi constatado alteração ocular, cegueira em um olho e visão subnormal em outro, hipoplasia maxilar e diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO) (Figura 1).

Ainda no decurso da anamnese, a responsável legal da paciente relatou que a sua filha sofre de síndrome de Axenfeld-Rieger (CID 10 H54-1). Ademais, o laudo médico foi emitido pela especialista oftalmologista Dra. Paula Soares de Matos Carneiro (CRM: 13663) que está subscrito no (Anexo 1), o laudo oftalmológico apresentava pressão intraocular (PIO) de 09/12mmHg e biomicroscopia com corectopias, córnea nebulosa com sinequias no olho direito (OD), corectopia e córnea transparente também no olho direito (OD), no olho esquerdo possui visual field inde (VFI) com 95% md-10.57 mmHg (Anexo 1). A partir dos dados do laudo oftalmológico foi possível diagnosticar que a paciente possui síndrome de Axenfeld-Rieger. Além disso, a paciente realiza acompanhamento regular pela sua médica oftalmológica.

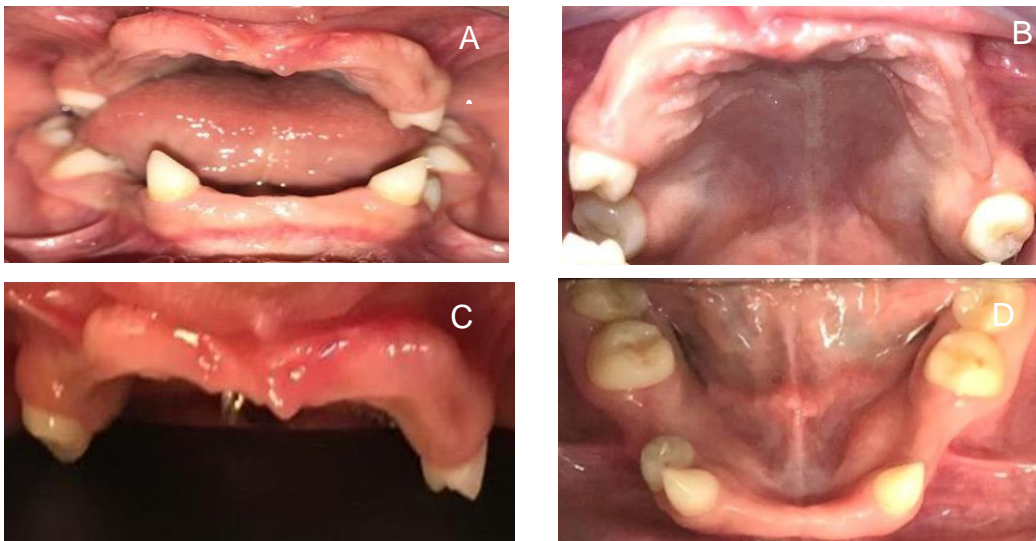
Figura 1: (A) Paciente portadora de Síndrome de Axenfeld-Rieger com cegueira em um olho e visão subnormal em outro. (B) Vista lateral direita e (C) Vista lateral esquerda.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

No exame intraoral avaliou-se que a paciente tem ausências dentárias (Figura 2) em decorrência da Síndrome de Axenfeld-Rieger, também constatou-se mobilidade no dente 74. Como exame complementar solicitou-se radiografia panorâmica (Figura 3), a partir da qual se pôde confirmar reabsorção da raiz do elemento dentário 74, hipodontia permanente, caninos inferiores com raízes encurtadas, além disso o crescimento mandibular. Para o plano de tratamento foi proposto controle de biofilme, raspagem supragengival nos elementos dentários presentes, aplicação tópica de flúor, instrução de higiene oral, exodontia do elemento 74, moldagem anatômica das arcadas superior e inferior, planejamento do aparelho funcional superior e inferior com grampos e dispositivos, plano de cera (ajustes), seleção de cor, registro, acrilização, prova em boca, instalação em boca e manutenção dos aparelhos funcionais e da saúde bucal.

Figura 2: (A) Vista frontal arcada dentária. (B) e (C) Arcada dentária superior. (D) Arcada dentária inferior.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 3: Exame complementar- Radiografia panorâmica.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Após o plano de tratamento ter sido proposto, aceito pela paciente e responsável legal, o termo de consentimento livre e esclarecido para tratamento na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus ter sido assinado pelo responsável legal (ANEXO 4), a primeira conduta realizada foi controle de biofilme com profilaxia, utilizou-se escova de Robinson e pasta profilática, conseguinte realizou-se raspagem supragengival dos dentes presentes. Dente 17 segundo molar superior direito, dente 24 primeiro pré-molar superior direito, dente 27 segundo molar superior esquerdo, dente 36 primeiro molar inferior esquerdo, dente 37 segundo molar inferior esquerdo, dente 74 primeiro molar decíduo esquerdo, dente 33 canino inferior esquerdo, dente 43 canino inferior direito, dente 46 primeiro molar inferior direito, dente 47 segundo molar inferior direito.

Após a raspagem supragengival foi aplicado flúor com concentração de 2% (Flúor em Gel-Maquira®), durante dois minutos, com recomendações de não beber água ou comer por até 30 minutos após à aplicação. Após isso, orientações sobre instrução de higiene oral sobre como escovar os dentes e usar o fio dental entre os dentes 47,46, 36 e 37 foram realizadas. A segunda conduta do plano de tratamento foi exodontia do elemento dentário 74, fizemos manejo clínico para a paciente explicando como seria o procedimento, procedeu-se para anestesia no fundo de sulco e nas papilas do elemento dentário 74, o anestésico de escolha foi um tubete de mepivacaína 2% com epinefrina (Anestésico mepiadre mepivacaína 2%®). Em seguida realizou-se diérese incisa com cabo e lâmina de bisturi, utilizou-se a técnica primeira com o fórceps 151 com indicação para incisivos e pré-molares inferiores, a sutura foi realizada com fio de seda 3-0 (Fio de sutura de seda preta-Procure com agulha®) com um ponto simples, orientamos a paciente quanto aos cuidados pós-operatórios e prescrição, como medicação pós-operatória, analgésico em caso de dor.

A terceira conduta realizada foi uma moldagem de estudo das arcadas superior e inferior com alginato. Após a desinfecção dos moldes com hipoclorito de sódio à 1% por 10 minutos, foi realizado o vazamento dos modelos com gesso comum tipo II (Gesso Comum Tipo II G2- Durastone®) na proporção de 100 gramas para 55ml de água (Figura 4). Efetuou-se então desenho dos grampos no modelo superior e inferior (Figura 5), realizou-se registro de mordida em cera e seleção de cor com a escala VITA Classical (Escala de Cores Classical A1-D4 Vita®) (Figura 6). Portanto, o material foi enviado ao laboratório Francilene de ortodontia para confecção das placas reabilitadoras, placa superior do tipo HAWLEY com parafuso expensor com dois

grampos de ADAMS nos molares e um grampo em C no pré-molar e placa inferior do tipo SCHWARTZ com grampos em C nos caninos e grampos interproximais nos molares.

Figura 4: (A) Modelo de estudo superior e (B) Modelo de estudo inferior do caso clínico.



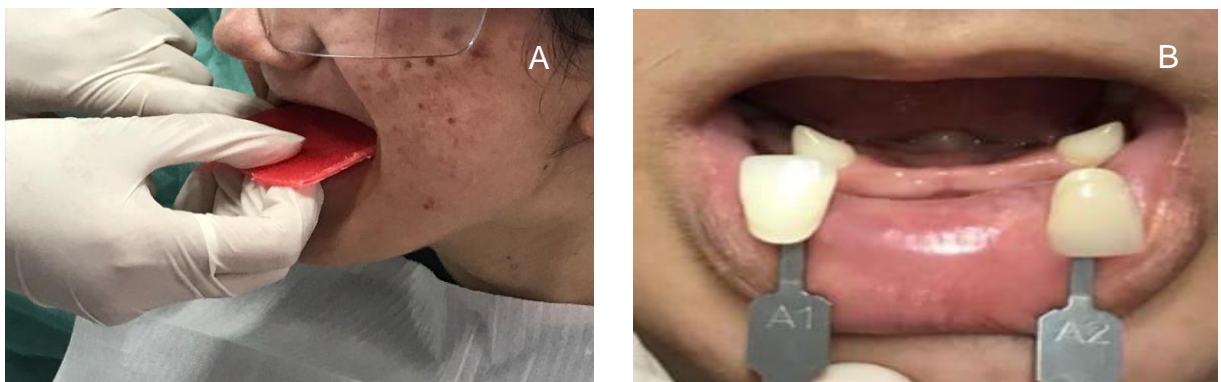
Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 5: Desenho dos grampos no modelo superior e inferior.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 6: (A) Registro de mordida em cera e (B) Seleção de cor com a escala VITA.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Portanto, realizou-se a prova e instalação em boca das placas reabilitadoras superior e inferior (Figura 7), aumento de retenção com resina composta Z350 (Resina Restaurador Universal Filtek Z350 XT A3D 4g-3M®) nos elementos dentários 36 e 46 (Figura 8), instrução para uso e higienização, após as placas reabilitadoras instaladas realizou-se evidenciação com pasta zinco-enólica (Pasta Zinco-Enólica- Technew®) para verificar áreas de compressão e desgaste com broca minicut instalado na peça reta e micro motor nas áreas registradas (Figura 9). Ao decorrer dos atendimentos realizou-se condutas necessárias a respeito da higiene oral e cuidados com a placas reabilitadoras superior do tipo Hawley e inferior do tipo Schwartz, abertura do parafuso expensor quando julgado necessário e paciente acusou incômodo em região de rebordo vestibular esquerdo. Assim sendo, foi necessário a substituição das placas reabilitadoras por uma prótese parcial removível superior e inferior.

Figura 7: Placas reabilitadoras instaladas em boca.



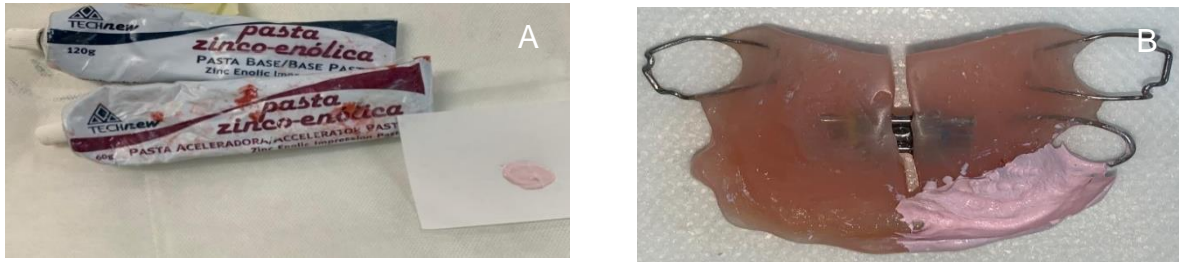
Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 8: Aumento de retenção com resina composta Z350 (Resina Restaurador Universal Filtek Z350 XT A3D 4g-3M®) nos elementos dentários 36 e 46.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

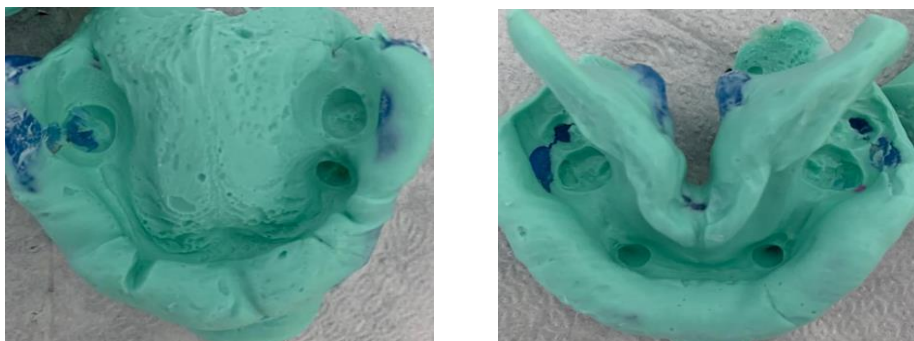
Figura 9: (A) Pasta zinco-enólica e (B) evidência com pasta zinco-enólica para verificar áreas de compressão.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

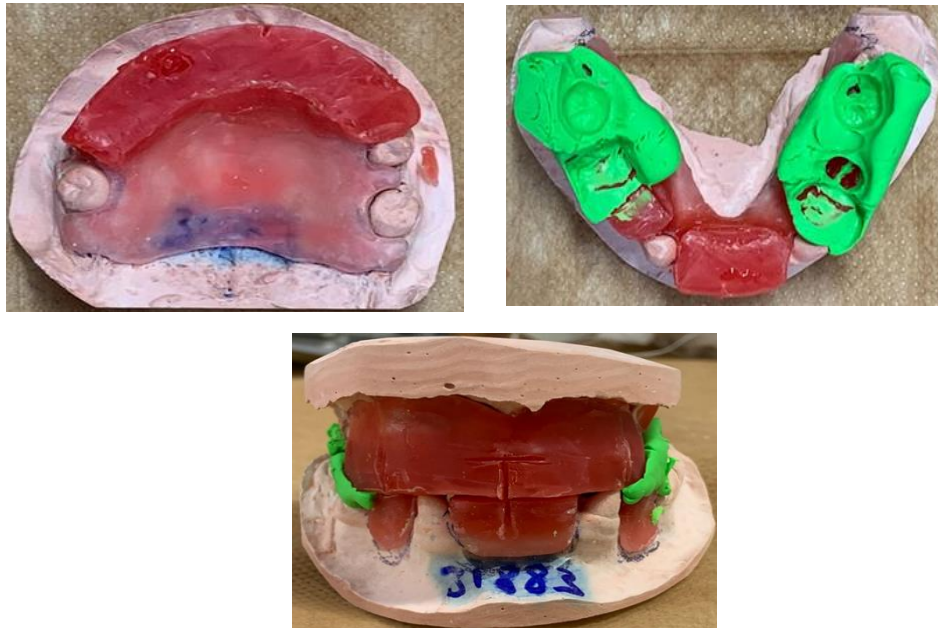
Após oito meses da instalação das placas reabilitadoras não obteve-se o resultado esperado da recuperação da dimensão vertical de oclusão (DVO), com as placas reabilitadoras instaladas em boca observou-se mordida cruzada posterior e paciente relatou desconforto durante uso das placas reabilitadoras, foi necessário substituí-las por uma prótese parcial removível superior e inferior do tipo overlay, utilizando dentes pré-fabricados. A primeira conduta realizada para confecção das próteses parciais removíveis foi moldagem de estudo das arcadas superior e inferior com alginato (Figura 10), realizou-se o vazamento dos modelos com gesso especial tipo IV (Gesso Pedra Especial Tipo IV – Durastone®), encaminhou-se o modelo de estudo para o laboratório PAIVA para confecção da chapa de prova, plano de orientação superior e inferior para confecção de PPR'S provisórias, a segunda conduta do planejamento das próteses parciais removíveis foi a individualização dos planos de orientação superior e inferior, registro oclusal e seleção de cor 62 PROTONE (DENTE BIOCLER 62®) (Figura 11).

Figura 10: (A) Moldagem de estudo arcada superior e (B) arcada inferior.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

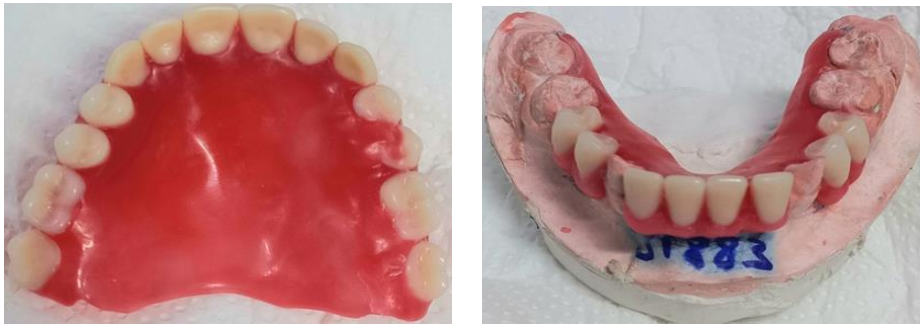
Figura 11: Individualização dos planos de orientação superior e inferior e registro oclusal.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

A terceira conduta foi prova estética e funcional superior e inferior (Figura12), na quarta conduta realizou-se a entrega das próteses parciais removíveis superior e inferior, instalação e ajustes das próteses (Figura 13). A paciente recebeu instruções sobre higienização das próteses e orientações de como inserir e remover as próteses parciais removíveis da boca. Após cinco meses da instalação das próteses a paciente retornou ao atendimento para proervação, não relatou incômodo durante uso das próteses e a paciente recebeu alta.

Figura 12: Prova estética e funcional superior e inferior.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

Figura 13: (A) Próteses parciais removíveis superior e inferior e (B) Paciente com as próteses parciais removíveis superior e inferior instaladas em boca.



Fonte: Acervo pessoal (2022).

5. DISCUSSÃO

Segundo o autor Armengol et al. (2020), para o diagnóstico da síndrome de Axenfeld-Rieger é realizado por meio da combinação de sintomas oculares, dentários e sistêmicos, exames oftalmológicos, como estudos de imagem do segmento anterior do olho, biomicroscopia ultrassônica (UBM) e tomografia de coerência óptica. Além disso, observa-se alterações, como anormalidades faciais e dentais (microdontia, hipodontia e oligodontia), pele periumbilical reduntante e alterações cardíacas, essas manifestações facilitam o diagnóstico. No presente relato de caso, a paciente foi diagnosticada pelo exame oftalmológico com síndrome de Axenfeld-Rieger quando possuía 15 anos de idade, o laudo oftalmológico apresentava pressão intraocular (PIO) de 09/12mmHg e biomicroscopia com corectopias, córnea nebulosa com sinequias no olho direito (OD), corectopia e córnea transparente também no olho direito (OD), no olho esquerdo possuía visual field inde (VFI) com 95% md-10.57 mmHg (Anexo 1), a partir dos dados do laudo oftalmológico foi possível diagnosticar que a paciente possui síndrome de Axenfeld-Rieger, além dos achados oftalmológicos a paciente apresentava poucos dentes presentes em boca, hipodontia, lábio inferior pronunciado, retração do lábio superior, nariz largo e base nasal ampla e raízes dos caninos encurtadas.

A causa ainda é desconhecida, mas acredita-se que a etiologia da síndrome de Axenfeld-Rieger foi atribuída inicialmente a disgenesia mesodérmica, o qual é um defeito no tecido mesodérmico, há uma parada no desenvolvimento dos tecidos do ectoderma da crista neural já no final da gestação, que dá origem a maxila, ao desenvolvimento ocular, dentário, craniofacial e ao tecido conjuntivo. Enquanto ao prognóstico é variável para cada paciente, pois podem apresentar apenas uma pequena alteração ocular, ou até mesmo alterações cardíacas que podem piorar o quadro clínico do paciente. No presente relato de caso clínico não relatou-se casos na família com síndrome de Axenfeld-Rieger que estejam diretamente ligados com a paciente. O tratamento é individualizado para cada paciente, pois as manifestações clínicas são variáveis, nos casos dos pacientes que desenvolvem glaucoma é necessário o tratamento cirúrgico inicial, como trabeculectomia e trabeculotomia que são essenciais para o tratamento e acompanhamento da pressão intraocular. Em pacientes com polícoria e corectopia que apresentam fotofobia, os pacientes podem

usar lentes de contato para cobrir a íris, no presente relato de caso clínico a paciente faz uso de óculos de grau (ZAMORA e SALINI, 2020).

Na literatura existem dados sobre características oculares, tratamento oftalmológico e sobre a etiologia genética da síndrome de Axenfel-Rieger, porém existem muitos poucos casos que são relatados sobre características dentárias, como realizar um tratamento reabilitador adequado para os pacientes e manejo, segundo os autores JENA e KHARBANDA, (2005) citam o caso de uma criança de 11 anos de idade com síndrome de Axenfeld-Rieger que foi encaminhada para o departamento de terapia ortodôntica para correção de desalinhamento dos dentes anteriores superiores e inferiores. Como resultado, o objetivo deste relato de caso, é descrever o tratamento reabilitador através de dois dispositivos do tipo Hawley, no arco superior, e do tipo Schwartz, no arco inferior, descrever de forma detalhada os procedimentos que foram realizados e medidas complementares para o tratamento reabilitador.

Para a resolução do caso clínico, realizou-se na primeira sessão clínica proposto no plano de tratamento da paciente, raspagem supragengival dos dentes presentes em boca, aplicação tópica de flúor e instrução de higiene oral. Newman et al. (2020), afirmaram que a raspagem é a remoção de elementos que provocam inflamação gengival sendo esses elementos o biofilme dentário, cálculo e endotoxinas que são removidos de suas superfícies dentárias tanto supragengivais como subgengivais. Os autores citam que, para a diminuição do número de microrganismos é através da instrumentação, assim sendo a raspagem e alisamento radicular não devem ser consideradas procedimentos isolados e sim acoplados ao plano de tratamento na fase inicial, ademais é essencial realizar a raspagem e alisamento radicular para o sucesso da terapia periodontal. Após a raspagem realizou-se a aplicação tópica de flúor (Flúor em Gel-Maquira®) com concentração de 2% durante dois minutos. A aplicação tópica de flúor é um procedimento que tem o objetivo de prevenir a cárie dentária, para aplicar o flúor tem duas técnicas de aplicação sendo a técnica de aplicação com uso da moldeira que preenche 1/3 do volume da moldeira, seca a superfície dos dentes, introduz a moldeira na boca e deixa agir por 4 minutos, retira a moldeira e o paciente expeli o excesso do produto e tem a técnica com cotonetes faz o isolamento relativo com rolos de algodão, isola a superfície dos dentes e seca bem, aplica o produto e deixa agir por 4 minutos, logo depois os rolos de algodão são removidos e o flúor é removido dos dentes com auxílio de gaze, orientar o paciente de não beber água ou comer por 30 minutos após a aplicação, seguindo o

protocolo (CURY et al., 2015). Ainda assim, segundo os autores para instrução de higiene oral devemos começar com a escolha da escova de dente, dando preferência a escova de cerdas macias, sendo que as cerdas macias são flexíveis e limpam abaixo da margem gengival utilizando a técnica de BASS, o qual a escova é posicionada em ângulo de 45 graus em relação ao eixo longitudinal dos dentes, assim sendo o posicionamento da escova nos dentes direciona a ponta das cerdas da margem gengival até a borda incisal dos dentes, na instrução de higiene oral recomendamos o uso do fio dental, sendo que o uso deve ser feito passando entre uma gengiva e outra do dente de forma suave sem machucar a gengiva marginal livre.

Seguindo o plano de tratamento do caso clínico, realizou-se na segunda sessão clínica exodontia do elemento dentário 74. Segundo Pogrel et al. (2016), afirmam que para realizar exodontias simples e/ou complexas é preciso avaliar o paciente saber sobre a história dos sistemas esquelético, muscular, cardiovascular, respiratório, endócrino, gastrointestinal, urinário, nervoso, hematopoiético, linfático e se o paciente tem alguma comorbidade, solicitar exames laboratoriais a partir de indicações definidas, saber das indicações e contraindicações de exodontias, solicitar exames radiológicos, o qual a radiografia fornece informações sobre o diagnóstico, na radiografia panorâmica do presente relato de caso clínico observou-se reabsorção da raiz do elemento dentário 74 e não observou-se nenhuma comorbidade sistêmica da paciente que contraindicasse a exodontia.

Na terceira sessão clínica realizou-se moldagem anatômica da arcada superior e inferior. Segundo Pegoraro et al. (2013) a moldagem tem como objetivo a delimitação da área chapeável, confecção de moldeira individual, análise das estruturas anatômicas e necessidade de tratamentos prévios. Foi utilizado alginato para a moldagem anatômica, utilizou-se a moldeira S3 para a maxila e I3 para a mandíbula, o material alginato foi escolhido devido a facilidade de manipulação, baixo custo, de fácil limpeza e bom tempo de trabalho. Para planejamento do aparelho funcional superior e inferior e a delimitação dos grampos, realizou-se o desenho dos grampos no modelo superior e inferior com grafite 0.7 na lapiseira (Lapiseira BIC Shimmers 0,7mm, Corpo Colorido Brilhante, Borracha na Ponta, multicolor®).

Na quarta sessão de atendimento do caso clínico, realizou-se registro de mordida com o plano de cera. O plano de cera é escolhido para registro de cera, devido a sua aplicabilidade e indicação descrita por Manso et al. (2005), cita que a

cera rosa 7 (Cera 7 Rosa Lâmina Lysanda®) é usada nos casos de formação da área chapeável e regiões que necessitam de camada média de cera, para realizar a técnica com cera rosa 7 é preciso aquecê-la em chama de lamparina para copiar os detalhes, após isso é levado em boca para o registro de mordida. A técnica de seleção de cor foi escolhida através do método visual por meio de comparações, utilizou-se a escala VITA Classical (Escala de Cores Classical A1-D4 Vita®).

Para a resolução do caso clínico utilizou-se um aparelho expansor removível do tipo Hawley para a arcada superior e do tipo Schwartz para a arcada inferior. A placa de Hawley é indicada tanto para os casos de tratamento ortodôntico que já foram finalizados, que tem como finalidade de ser usado como uma contenção de forma passiva, como é indicada para os casos que tem a função de ser usada de forma ativa usando o aparelho com parafuso expansor. Como foi visto o aparelho Hawley tem a indicação de servir como contenção em tratamentos ortodônticos, apesar da paciente não ter feito nenhum tipo de tratamento ortodôntico devido as ausências dentárias, optou-se pela placa Hawley com parafuso expansor utilizando dentes pré-fabricados, devido a sua funcionalidade para o caso clínico como, estética, mastigação, fonação, respiração e bom custo benefício que supria e correspondia no momento a queixa da paciente. Além disso, evita problemas de mordida cruzada posterior unilateral ou bilateral, como problemas de oclusão. A seleção do aparelho de Hawley para a arcada superior e optou-se pela placa Schwartz que é um aparelho indicado para o arco inferior, que tem suporte tanto em dente como mucosa, ou seja, é dentomucossuportada, sua retenção é mecânica, suas indicações são mordidas cruzadas posteriores bilaterais com inclinação lingual dos dentes e mordida cruzada unilaterais. A vantagem dos aparelhos expansores removíveis é devido a sua fácil remoção pelo próprio paciente e ajuste com o parafuso expansor existente em caso de desconforto, já a sua desvantagem é a falta de colaboração do paciente para usar o aparelho (MIYAZAKI et al., 2015).

Para a prova e instalação em boca, utilizou-se a técnica descrita por Pegoraro et al. (2013) no momento da instalação observou-se áreas de retenção, verificou-se trauma em tecido mole, arestas cortantes, o ajuste de áreas de compressão realizou-se com broca minicut, orientou-se a paciente sobre as instruções para uso e sobre a higienização das placas reabilitadoras. Após entrega e instalação em boca, é importante orientar o paciente quanto a higiene oral usando métodos mecânicos,

como a escova dental macia e o fio dental, a escovação dentária deve ser feita pelo menos três vezes ao dia após as três principais refeições café da manhã, almoço e o jantar, também podem ser indicados métodos químicos, como colutórios, mas para complementar os métodos mecânicos e não para substituí-los. Além da higiene oral, orientar a paciente para remover as placas reabilitadoras para dormir, pois durante o sono o fluxo salivar diminui, o qual favorece acúmulo de biofilme nas placas e nos dentes presentes. Após todas essas medidas de orientação de higiene terem sido adotadas no caso da paciente, como medida complementar para controle posterior e acompanhamento solicitou-se o retorno para os atendimentos para ajustes e desgastes, utilizou-se pasta zinco-enólica (Pasta Zinco-Enólica- Technew®) para evidenciação nas áreas de compressão.

Após oito meses da instalação das placas reabilitadoras foi necessário substituí-las por uma prótese parcial removível superior e inferior, utilizando dentes pré-fabricados. Segundo Pegoraro et al. (2013), as próteses parciais removíveis têm retenção dentomucossuportada, têm como função melhorar a mastigação, devolver a estética e mantém ou recupera a dimensão vertical de oclusão. Para a substituição das placas reabilitadoras escolheu-se próteses parciais removíveis do tipo overlay utilizadas em reabilitações orais para casos que tem-se a necessidade da recuperação da dimensão vertical de oclusão (DVO) e substituição de dentes perdidos, proporcionando conforto e funcionalidade estética, mastigação e fonação. Como vantagem apresenta baixo custo, facilidade de higienização, os dentes não necessitam de desgastes, além de obtenção de estética e função mastigatória. Como desvantagem tem-se a técnica laboratorial mais complexa e possível desconforto da adaptação da prótese. Assim sendo, a prótese parcial removível overlay permite uma nova adaptação de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO), possibilitando a reabilitação do paciente. No presente relato de caso clínico optou-se pelas próteses parciais removíveis do tipo overlay devido ao seu custo benefício, que apresentou-se como viável e funcional para a paciente.

Um ponto forte do presente estudo é o tratamento reabilitador proposto e aceito pela paciente e responsável legal, com o objetivo de repor os dentes ausentes, devolvendo para a paciente a capacidade de mastigar, como também a possibilidade da paciente voltar a sorrir. Um ponto limitante do presente estudo inclui o tempo variável de acompanhamento a longo prazo.

6. CONCLUSÃO

No presente relato de caso clínico uma abordagem multidisciplinar para o tratamento reabilitador da paciente foi realizada, proporcionando benefícios estéticos, fonéticos e mastigatórios, além de melhoria na qualidade de vida. De forma integral, os aspectos psicológicos, econômicos e sociais foram valorizados, e seus direitos éticos, civis e culturais foram respeitados.

O planejamento e execução dos procedimentos foram essenciais para obtenção do êxito no tratamento reabilitador do caso clínico. Assim sendo, na fase adulta será necessário um novo planejamento de tratamento reabilitador como a colocação de dentes sobre implantes para substituição das próteses parciais removíveis superior e inferior. Ademais, é necessário o acompanhamento longitudinal da paciente para prognóstico e controle no quadro oftalmológico e dentário.

REFERÊNCIAS

ARMENGOL, Armando Rafael Milanés; CASTELLANOS, Kattia Molina; CURBELO, Yusnavy Lozano; MOLINA, Marla Milanés; LEAL, Ángel Miguel Ojeda. Síndrome de Axenfeld-Rieger. Presentación de un caso. **Medisur**, Cuba, v. 18, n. 6, p. 1233-1240, 02 dez. 2020.

ANTEVIL, Jared; UMAKANTHAN, Ramanan; MARZIALEACCHE; BREWER, Zachary; SOLENKOVA, Natalia; BYRNE, John G.; GREELISH, James P. Idiopathic mitral valve disease in a patient presenting with Axenfeld-Rieger syndrome. **The Journal Of Heart Valve Disease**, Eua, v. 3, n. 18, p. 349-351, junho 2009.

BARATIERI, Luiz Narciso. **Odontologia Restauradora-Fundamentos & Técnicas**. 1. ed. São Paulo: Editora Santos, 2010. 431 p.

BENETI, Gabriela Castanheira; BARBOSA, Julia Carvalho; FARIA, Natalia Maia de; FRANCISCO, Fernanda Cristina de Oliveira; NOGUEIRA, Laila Rahme; MAGALHAES, Larissa Lima; RESENDE, Leonardo Santos; FERREIRA, Thassia Stefany. Síndrome de Axenfeld-Rieger: a importância do diagnóstico precoce e da avaliação oftalmológica. **Revista Médica Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 18, p. 21-25, fev. 2018.

CAPPELLETTE JÚNIOR, Mário. **Disjunção Maxilar**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2014. 432p.

COSTA, Vital P.; KATZ, L. Jay; MCNAMARA, J. Arch. Síndrome de Axenfeld-Rieger associada à maculopatia tipo "Bull's eye". **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, p. 1-3, abr. 1995.

CHRYSTAL, Paul W.; FRENCH, Curtis R.; JEAN, Francesca; HAVRYLOV, Serhiy; VAN BAARLE, Suey; PETURSON, Ann-Marie; XU, Pengfei; CRUMP, J. Gage; PILGRIM, David B.; LEHMANN, Ordan J. The Axenfeld-Rieger Syndrome Gene FOXC1 Contributes to Left-Right Patterning. **Genes Basel**, Canadá, v. 12, n. 2, p. 1-170, 26 jan. 2021.

CURY, Jaime Aparecido; DANTAS, Emanuelle Dayana Vieira; TENUTA, Livia Maria Andaló; ROMÃO, Dayse Andrade; TABCHOURY, Cinthia Pereira Machado; NÓBREGA, Diego Figueiredo; VELO, Marília Mattar de Amoêdo Campos; PEREIRA, Andrea Cíntia Maruki. Concentração de fluoreto nos dentifrícios a base de MFP/CaCO₃ mais vendidos no Brasil, ao final dos seus prazos de validade. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 69, n. 3, p. 1-4, set. 2015.

FERRER, Francisco Sánchez; D, Lic. María; MURCIA, Grima. Insuficiencia mitral moderada progresiva en un niño con síndrome de Axenfeld-Rieger. Importancia del seguimiento cardiológico. **Arch Argent Pediatr**, Espanha, v. 114, n. 6, p. 1-4, 2016.

GONZÁLEZ, Dra. Yanileidy Blanco; SÁNCHEZ, Teresita de Jesús Méndez; CABEZA, Haymy Casanuevas; FELIPE, Daniel López; ARGONES, Liament Fernández; PÉREZ, Pedro Castro. Glaucoma en anomalia de Rieger. **Rev of Oftalmol**, Cidade de Havana, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013.

HUPP, James R.; III, Edward Ellis; TUCKER, Myron R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2015. 696 p.

JENA, Ashok; KHARBANDA, Om P. Axenfeld-Rieger Syndrome: Report on dental and craniofacial findings. **The Journal Of Clinical Pediatric Dentistry**, Índia, v. 30, n. 1, p. 1-8, 2005.

KARADAG, Remzi; RAPUANO, Christopher J.; HAMMERSMITH, Kristin M.; NAGRA, Parveen K. Causes of congenital corneal opacities and their management in a tertiary care center. **Arquivos brasileiros de Odontologia**, Instambul, v. 83, n. 2, p. 98-102, abril. 2020.

KLINEBERG, Iven. **Oclusão Funcional em Odontologia Restauradora e Prótese**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 296 p.

MALAMED, Stanley F. **Manual de ANESTESIA LOCAL**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 429 p.

MALLYA, Sanjay M.; LAM, Ernest W. N. **White & Pharoah Radiologia Oral - princípios e interpretação**. 8. ed. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2020. 632 p.

MARCHINI, Leonardo; SANTOS, Jarbas Francisco Fernandes dos; SANTOS, Mateus Bertolini Fernandes dos. **Oclusão dentária: princípios e prática clínica**. 2. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2021. 232 p.

MANSO, Gloria M. Marín; YSLA, Rebeca Fernández; BARCELÓ, Rosa M. Massón. Registro de mordida. Algunas consideraciones. **Revista Cubana de Estomatologia**, Cuba, v. 42, n. 2, p. 1-7, ago. 2005.

MILORO, Michael; GHALI, G.E; LARSEN, Peter E.; WAITE, Peter D. **Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2016. 1344 p.

MIYAZAKI, Marisa T.; YANIKIAN, Fábio. **Aparelhos ortodônticos removíveis: Técnicas laboratoriais para construção**. 1. ed. São Paulo: Editora Érica Saraiva, 2015. 128 p.

MONDELLI, José. **Fundamentos de Dentística Operatória**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017. 372 p.

NEWMAN, Michael G.; TAKEI, Henry H.; KLOKKEVOLD, Perry R.; CARANZA, Fermin A. **Newman e Carranza - Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: Gen Guanabara Koogan, 2020. 1048 p.

NOVAIS, Aline. **Fundamentos de Ortodontia e Próteses**. 1. ed. São Paulo: Editora Érica, 2014. 120 p.

OLIVEIRA, Adelmir da Silva. **Procedimentos Restauradores Aspectos Históricos, Desenvolvimento, Recursos e Aplicabilidade**. 1. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2015. 160 p.

OLIVEIRA, Adelmir da Silva. **Materiais Dentários Protéticos: Conceitos, Manuseio, Conservação e Manutenção**. 1. ed. São Paulo: Editora Érica, 2014. 136 p.

OLIVEIRA, Mariana Borges; MITRAUD, Roberto dos Santos; YAMANE, Riuitiro. Axenfeld-Rieger anomaly and corneal endothelial dystrophy: a case series. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p. 303-308, 01. dez. 2008.

PEGORARO, Luiz Fernando; VALLE, Accácio Lins D.; ARAUJO, Carlos dos Reis Pereira D.; BONFANTE, Gerson; CONTI, Paulo César Rodrigues. **Prótese fixa: bases para o planejamento de reabilitação oral**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 488 p.

POGREL, M. Anthony; KAHNBERG, Karl-Erik; ANDERSSON, Lars. **Cirurgia Bucomaxilofacial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Santos, 2016. 392 p.

TELLES, Daniel de Moraes. **Prótese total convencional sobre implantes**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2009. 508 p.

WANNMACHER, Lenita; FERREIRA, Maria Beatriz Cardoso. **Farmacologia Clínica para Dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 568 p.

WANG, Rui; WANG, Wei-Qian; LI, Xiao-Qin; ZHAO, Juan; YANG, Kun; FENG, Yong; GUO, Meng-Meng; LIU, Min; LIU, Xing; WANG, Xi. A novel variant in FOXC1 associated with atypical Axenfeld-Rieger syndrome. **Bmc Medical Genomics**, China, p. 1-9, 22 nov. 2021.

WATANABE, Plauto Christopher Aranha; ARITA, Emiko Saito. **Radiologia oral: texto e atlas**. 1. ed. Santana de Parnaíba [SP]: Editora Manole, 2021. 536 p.

WATANABE, Plauto Christopher Aranha; Arita, Emiko Saito. **Imaginologia e Radiologia Odontológica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. 568p.

ZAMORA, Edgar A.; SALINI, Baby. Síndrome de Axenfeld-Rieger. **Ncbi Bookshelf**, Treasure Island, p. 1-9, nov. 2020.

ANEXOS**ANEXO 1- Atestado laudo médico**

ATESTADO

LAUDO MÉDICO

NAELY GONÇALVES MARQUES

Laudo Oftalmológico
Paciente portadora de Síndrome de Axenfeld-Rieger

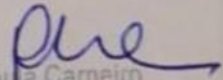
AVc om correção MM
20/40
PIO 09/12mmHg

BIO – corectopias, córnea nebulosa com sinéquias em od.
Corectopia e córnea transparente olho direito

FO escavação 0,8x0,8 e 0.7x0.7
CAMPO VISUAL
OE –VFI 95% md -10.57 mmHg.

CID 10 - H54.1 Cegueira em um olho e visão subnormal em outro

Fortaleza, 03 de Fevereiro de 2021 11:04


Dra. Paula Carneiro
Oftalmologista
CRM 13.663 RQE 7541

Dra. PAULA SOARES DE MATTOS CARNEIRO
CRM : 13663

Fonte: Acervo pessoal (2022).

ANEXO 2- Parecer consubstanciado do cep

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER: RELATO DE CASO CLÍNICO

Pesquisador: PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58193222.0.0000.5049

Instituição Proponente: Instituto para o Desenvolvimento da Educação Ltda-IPADE/Faculdade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.441.773

Apresentação do Projeto:

asíndrome de Axenfeld-Rieger engloba um heterogêneo grupo de distúrbios com características oculares e sistêmicas. Foi descrita inicialmente

por Theodor Axenfeld e Rieger no início do século 20, a incidência é de 1 para 200.000 mil nascidos vivos, é uma patologia rara, sem preferência por

raça ou sexo. A origem é hereditária com padrão autossômico dominante com mutações nos genes PITX2, FOXC1A e FOXC1. (Bineti., et al 2018).

A síndrome de Axenfeld Rieger representa um espectro de anomalias de desenvolvimento caracterizadas por alterações da periferia da córnea, íris

e seio camerular, além de malformações ósseas e dentárias. (COSTA., et al 1995). As características clínicas oculares apresentam-se como

malformações oculares, na íris, na córnea e no ângulo da câmara anterior, sendo que as alterações podem ser de sutis a profundas. A corectopia é

o deslocamento da pupila de sua posição normal, associada a alta miopia. Dentre as manifestações sistêmicas, estão as malformações cardíacas e

renais, pele periumbilical redundante, malformações auriculares e alterações hipofisárias, podendo haver déficits cognitivos. São relatadas

hipodontia superior, lábio superior hiperplásico, microdontia, hipoplasia do esmalte dentário, hipoplasia maxilar, prognatismo mandibular, base nasal

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 5.441.773

proeminente e ampla, hipertelorismo e telecanto. (Binetti., et al 2018). A síndrome de Axenfeld-Rieger apresenta três tipos de base genética, tipo

1, tipo 2 e tipo 3. Tipo 1 geralmente apresentam fenótipos oculares e sistêmicos. Anormalidades dentárias e faciais estão entre as características

sistêmicas. A tipo 2 comumente apresentam oligodontia, microdontia, perda prematura de dentes e hipoplasia maxilar e tipo 3 podem apresentar

fenótipos oculares e sistêmicos, embora, apresentem apenas características oculares, especialmente disgenesia do segmento anterior, incluindo

deslocamento anterior da linha de Schwalbe, hipoplasia do estroma da íris, corectopia e glaucoma e podem ter perda auditiva neurossensorial e

anormalidades cardíacas. (Armando., et al 2020). O presente estudo visa relatar um caso de uma paciente do gênero feminino de 15 anos de

idade com síndrome de Axenfeld-Rieger considerando como tratamento a reabilitação oral e posterior procedimentos necessários para o tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem o objetivo de apresentar o projeto de um relato de caso de tratamento reabilitador com placa reabilitadora superior do tipo

Hawley e placa reabilitadora inferior do tipo Schwartz.

Objetivo Secundário:

Descrever de forma detalhada os procedimentos que serão realizados, bem como medidas complementares para o tratamento reabilitador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

-Estigmatização- divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação;

-Divulgação de dados confidenciais;

-Risco de segurança dos prontuários;

-Riscos relacionados a divulgação de imagem, quando houver filmagens ou registros fotográficos.

Benefícios:

-A contribuição do projeto para (o) paciente, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilita melhor qualidade de vida,

respeitando os direitos éticos, civis, sociais e culturais.

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133

Bairro: Cocó

CEP: 60.190-060

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3265-6668

Fax: (85)3265-6668

E-mail: fc@fchristus.com.br

Continuação do Parecer: 5.441.773

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CIENTÍFICA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PRESENTES

Recomendações:

SEM RECOMENDAÇÕES

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM PENDÊNCIAS

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_BASICAS_DO_PROJETO_1911897.pdf	27/04/2022 09:00:30		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_V2.pdf	27/04/2022 08:57:07	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RELATO_DE_CASO_CLINICO.doc	11/03/2022 19:02:32	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP.pdf	11/03/2022 18:59:50	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	11/03/2022 18:58:20	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO.pdf	11/03/2022 18:56:23	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	11/03/2022 18:55:23	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	11/03/2022 18:54:09	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_DE_CONCORDANCIA.pdf	11/03/2022 18:51:45	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito

Endereço: Rua Joao Adolfo Gurgel, 133**Bairro:** Cocó**CEP:** 60.190-060**UF:** CE**Município:** FORTALEZA**Telefone:** (85)3265-6668**Fax:** (85)3265-6668**E-mail:** fc@fchristus.com.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 5.441.773

Outros	CARTA_DE_SOL_DE_APRECIACAO_A O_CEP.docx	11/03/2022 18:48:54	PEDRO HENRIQUE ACIOLY GUEDES PEIXOTO VIEIRA	Aceito
--------	--	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

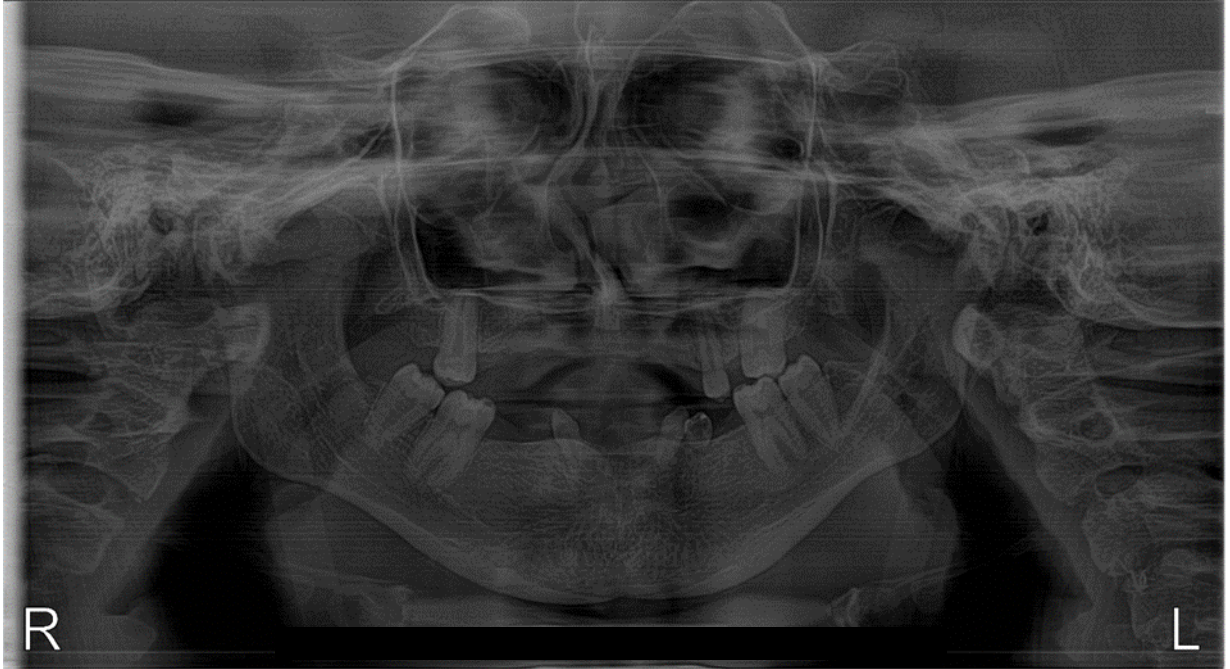
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 31 de Maio de 2022

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

ANEXO 3- Exame complementar-Radiografia panorâmica



Fonte: Acervo pessoal (2022).

ANEXO 4- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) **NAELY GONÇALVES MARQUES** como participante da pesquisa intitulada de “ **SÍNDROME DE AXENFELD RIEGER: RELATO DE CASO CLÍNICO.**”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O senhor (a) foi selecionado para realizar um exame clínico odontológico, para iniciar o tratamento de reabilitação oral.

Serão realizadas diversas etapas até a conclusão do tratamento de reabilitação oral. O objetivo da pesquisa é apresentar um relato de caso de tratamento reabilitador com placa reabilitadora superior do tipo Hawley e placa reabilitadora inferior do tipo Schwartz. Como benefícios, garantimos o atendimento odontológico, oferecendo conforto e riscos mínimos ao paciente. Não existem riscos adicionais.

O (a) participante da pesquisa participará de atividade de educação em saúde bucal, na qual se tratará a respeito da higiene oral e cuidados com a placa reabilitadora superior do tipo Hawley e placa reabilitadora inferior do tipo Schwartz. Além disso, o (a) participante será examinado e, havendo necessidade de tratamento odontológico, será encaminhado para realização dos procedimentos e condutas necessárias.

Ressaltamos ainda o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e/ou material coletado somente para esta pesquisa e que não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Forma de acompanhamento e assistência: Haverá aconselhamento quanto à melhoria da higiene bucal e cuidados com a placa reabilitadora superior do tipo Hawley e com a placa reabilitadora inferior do tipo Schwartz durante o tratamento. Os pesquisadores, envolvidos na pesquisa, estarão à disposição do voluntário para qualquer esclarecimento.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias, podendo sair

a qualquer momento da pesquisa. Asseguramos que seus dados individuais serão mantidos em sigilo e não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Garantia de esclarecimento: O voluntário tem garantia de que receberá resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Além disso, os pesquisadores proporcionarão informação atualizada sobre a pesquisa. O voluntário terá, também, liberdade para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias, podendo sair a qualquer momento da pesquisa. Asseguramos que seus dados individuais serão mantidos em sigilo e não serão divulgados em nenhuma hipótese.

Retirada do Consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem prejuízo de ordem pessoal-profissional com os responsáveis pela pesquisa.

Garantia de sigilo: Os pesquisadores asseguram a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Garantir que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Formas de indenização: Não há danos previsíveis decorrentes desta pesquisa

Endereço d (os, as) responsável (is) pela pesquisa:

Nome: Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

Instituição: Centro Universitário Christus

Endereço: R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180

Telefone para contato: (85) 982224802

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNICHRISTUS – R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180, fone: (85) 3265-8100. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP UNICHRISTUS é a instância do Centro Universitário Christus responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

AUTORIZAÇÃO

Cinália Gonçalves da Silva de Araujo

O abaixo assinado Cinália Gonçalves da Silva de Araujo **39 anos,**
RG 200002235243, responsável por Naely Gonçalves Marques

15 anos, RG 20170876475, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, 23 de Fevereiro de 2022.

Nome do participante da pesquisa: Naely Gonçalves Marques

Data: 23/02/2022

Assinatura: Naely Gonçalves Marques

Nome do responsável legal: Cinália Gonçalves da Silva de Araujo

Data: 23/02/2022

Assinatura: Cinália Gonçalves da Silva de Araujo

Nome do pesquisador responsável: Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

Data: 23/02/22

Assinatura: Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto Vieira

Nome do profissional que aplicou o TCLE: Jéssica Fontes Vieira

Data: 23/02/2022

Assinatura: Jéssica Fontes Vieira

ANEXO 5- CURRICULUM VITAE

https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=0DBD57BCBFFE2C8C8B4DF35AD510E23B#

Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/8238895211551383>

Jéssica Fontes Vieira

