

PRÓTESE TOTAL MEDIATA EM PACIENTE COM LESÃO HIPERPLÁSICA CAUSADA POR CÂMARA DE SUCÇÃO – RELATO DE CASO

PROSTHESIS IN PATIENTS WITH TOTAL MEDIATE HYPERPLASTIC LESION CAUSED BY CAMERA SUCTION - CASE REPORT

KIZZY ESTEVES FERREIRA¹, CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES^{1*}

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS); 2. Professor Mestre pela SL Mandic, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS).

* Rua Eliete Nunes Barbosa, 88, Centro, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. CEP 27700-000. rodriguesrct@gmail.com

Recebido em 12/11/2013. Aceito para publicação em 18/11/2013

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi o de relatar um caso clínico de um paciente que compareceu à Clínica Odontológica da USS com restos radiculares e uma prótese parcial removível com câmara de sucção e lesão hiperplásica no palato. O paciente foi orientado a suspender o uso da prótese e foram feitas as exodontias. Uma semana depois foi moldado e seus modelos montados em articulador semiajustável. As próteses totais foram reembasadas e instaladas permitindo o retorno as suas atividades sociais bem como restabelecer a fonética e a estética.

PALAVRAS-CHAVE: Câmara de sucção, prótese total mediatizada, exodontias, material reembasador

ABSTRACT

This work's purpose was to report a clinical case of a patient that attended to the USS odontological clinic presenting root fragments, a partial removable prosthesis with suction chamber and hyperplastic lesion on the palate. The patient was instructed to cancel the use of the prosthesis and extractions were made. One week after, the patient were molded and his models built on semi adjustable articulator. The full prosthesis were relined and installed allowing the return of his social activities as well reestablishing the phonetics and esthetics.

KEYWORDS: Suction chamber, total prosthesis mediate, extractions, material reliner.

1. INTRODUÇÃO

As hiperplasias palatinas associam-se ao uso de próteses totais superiores com câmara de sucção, confeccionadas rotineiramente no passado. A finalidade da câmara de vácuo era proporcionar maior retenção e estabilidade ao aparelho protético. Essa câmara consiste numa depressão confeccionada na área interna da dentadura superior, na porção central, em contato com a região mais alta da abóbada palatina, provocando uma pressão

interna negativa e conferindo maior retenção e estabilidade à prótese. O uso das câmaras a vácuo foi banido porque, além de proporcionar uma retenção passageira, era prejudicial ao paciente, que passava a apresentar um crescimento anormal de fibromucosa palatina¹.

Esta hiperplasia pode aparecer em qualquer idade, sendo predominante em indivíduos adultos que fazem uso de próteses totais superiores, acometidos de 1% a 11% dos indivíduos. Há uma maior incidência em pacientes na 5ª e 6ª décadas de vida e em pacientes que fazem o uso da prótese há mais de 15 anos².

Diferentes modalidades de tratamento são descritas para a eliminação da hiperplasia palatina por câmara de sucção, como a suspensão do uso da prótese total para diminuir a irritação local; o preenchimento gradual da câmara de sucção com cimento cirúrgico zinco-eugenólico ou ainda guta-percha; o desgaste da lesão com a utilização de motor de baixa rotação e pedra em forma de pêra; a crioterapia; a laser-terapia; a utilização do bisturi elétrico e a remoção da lesão com bisturi convencional³.

Há vários anos a prótese total imediata vem sendo estudada, a grande maioria destes estudos pretende simplificar e aprimorar métodos que visam restabelecer a função e a estética do paciente⁴.

Para confeccionar as próteses devemos levar em conta três superfícies, a superfície de moldagem, a superfície polida e a superfície oclusal. A retenção, estabilidade e suporte das próteses são governadas por essas três superfícies⁵.

Mediante a necessidade de extração de dentes remanescentes, muitos pacientes não suportam a situação que lhes é imposta, ou seja, permanecem desdentados após as extrações em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea. No entanto, além do fator psicológico envolvido, outros fatores como estética, fonética, mastigação e convívio social entre outros estão envolvidos em tal situação. Em decorrência

de tal circunstância, como solução, vê-se necessário o uso de Próteses Totais Imediatas, que garante ao paciente a manutenção do seu status de indivíduo dentado⁶.

É óbvio que quando da execução de uma prótese total o objetivo maior é oferecer conforto ao nosso paciente, permitindo que ele possa falar sem impedimentos, mastigar os alimentos de forma eficiente, ter uma posição de repouso e, além disso, estar adequadamente bem construída considerando-se os fatores estéticos. Nem sempre isto é possível se considerarmos as mais diversas situações encontradas durante o exame clínico. Às vezes, uma reabsorção muito acentuada pode comprometer a tão desejada retenção o que torna a mastigação difícil. Em outras situações, a dificuldade de adaptação do paciente à prótese recém construída pode expor esta relação tornando necessário vários retornos de ajustes, o que no final acaba por acarretar desistência e o não uso da mesma. Muitas são as situações comprometedoras que afetam o vínculo de dependência paciente/prótese e isto, na maioria das ocasiões, está nas mãos do protesista. O que precede o sucesso é a atenção dada aos mínimos detalhes para que eles não se tornem grandes impedimentos promotores de transtornos⁷.

As indicações e contraindicações estão na dependência da idade, do estado geral de saúde, condições psicológicas favoráveis e periodontopatias, quando em estado avançado, são os maiores responsáveis pelas indicações das próteses totais imediatas. Porém as contraindicações, dependem do paciente estar em radioterapia, pois o uso da dentadura poderia gerar osteorradionecrose e outras condições como má-oclusões, mucosas hiperplásicas e outras situações como doentes mentais, pacientes diabéticos, cardíacos, hemofílicos e com saúde debilitada⁸.

Os materiais reembasadores diretos apresentarem características de absorção e solubilidade e têm suas propriedades físicas modificadas levando a alterações dimensionais e distorções. Tais singularidades são notadas, alinhando que as características são importantes, uma vez que todos os materiais reembasadores, quando em função, estarão em ambiente bucal com saliva e submetidos a alterações térmicas e de pH. A deficiência na higienização das próteses totais também poderia resultar numa maior susceptibilidade às infecções por microrganismos orais podendo acometer a mucosa de revestimento e o tecido mole que reveste o rebordo⁹.

Diante da literatura consultada foi proposto ao paciente A.F.L a confecção de uma prótese total mediata, visto que o mesmo apresentava restos radiculares, bem como lesão hiperplásica que dificultava a moldagem para realização de uma prótese total imediata.

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de confecção de prótese total mediata em paciente que apresenta câmara de sucção, utilizando materiais e técnicas odontológicas, contribuindo para a recuperação da saúde bucal, devolvendo a dimensão vertical, evitando

traumatismo sobre a ATM, colapso labial, afundamento das bochechas, transtornos fonéticos, facilitando a mastigação e permitindo a continuidade das atividades sociais melhorando a estética do paciente.

2. RELATO DE CASO

Paciente A.F.L, 70 anos, sexo masculino, leucoderma, procurou a Clínica Odontológica da Universidade Severino Sombra na cidade de Vassouras/RJ. Como queixa principal relatou que havia uma úlcera no pé, e achava que os seus dentes inferiores era foco para a sua doença. Na anamnese constatou-se que o paciente apresentava doenças sistêmicas como úlcera varicosa nos dois pés, problemas estomacais, prótese no fêmur e estava sob cuidados médicos, o paciente informou estar usando a mesma prótese mais de 30 anos. Ao exame clínico intrabucal notou-se ausência de alguns dentes superiores e inferiores e presença de restos radiculares e dos dentes 26, 41, 43 e 44, todos comprometidos periodontalmente e apresentando câmara de sucção na região do palato duro não apresentando sintomatologia dolorosa. Ao examinar a prótese total superior do paciente, notou-se internamente uma câmara de vácuo e, quando em posição na cavidade bucal, a câmara entrava em íntimo contato com a lesão (Figura 1, 2 e 3).



Figura 1. Aspecto intra bucal inicial.



Figura 2. Hiperplasia na região do palato duro.



Figura 3. Prótese total superior do paciente com câmara de sucção.

Após a coleta de dados iniciais, o paciente foi orientado sobre as possibilidades de tratamento que incluía a extração dos dentes remanescentes inferiores e superiores, confecção de uma prótese total mediata e a suspensão do uso da prótese total superior.

Como proposto para o paciente foi feito as exodontias múltiplas dos dentes remanescentes e dos restos radiculares e a moldagem com alginato para a confecção da prótese total mediata. Visto que este tratamento seria uma alternativa para o restabelecimento funcional e estético do paciente (Figuras 4, 5 e 6).



Figura 4. Paciente após a cirurgia.

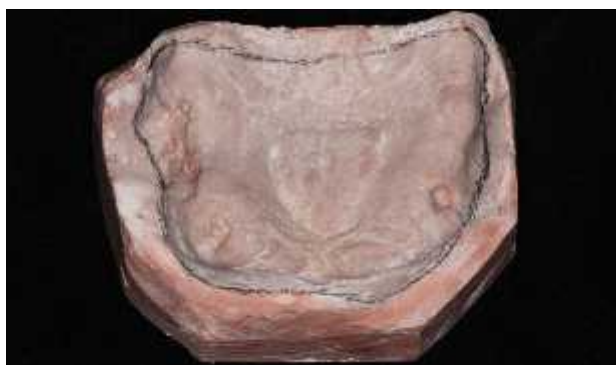


Figura 5. Modelo de gesso superior.

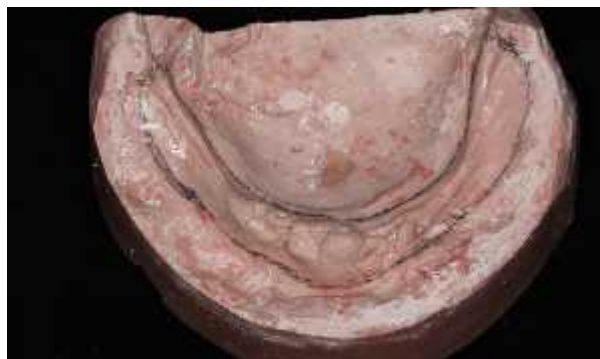


Figura 6. Modelo de gesso inferior

Após as extrações e a confecção dos modelos de gesso foram feitas as bases de prova com resina acrílica e os roletes de cera 7 para a montagem do articulador semiajustável, para a fixação dos planos de cera foram utilizados grampos, base e catalizador da pasta de impressão (Figuras 7, 8, 9 e 10).



Figura 7. Base de prova superior com os roletes de cera e grampos.



Figura 8. Pastas de impressão para fixação do plano de cera ao garfo



Figura 9. Fixação do garfo para montagem do Arco Facial.

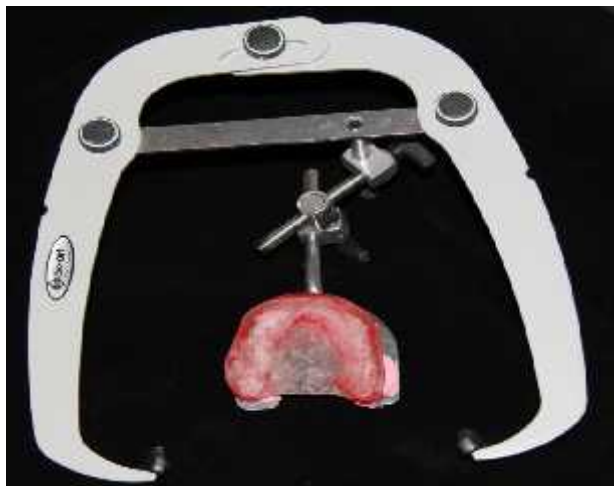


Figura 10. Arco Facial pronto para montagem do modelo superior.

Após estes procedimentos foram feitos acertos da região anterior vestibular (suporte labial), da altura e posicionamento vestibular ou lingual incisal, observando a cera visível da cera com o lábio em repouso.



Figura 11. Marcação da linha média.

Para o acerto da região superior usou-se a régua Fox, observando a linha do tragus até a asa do nariz paralela ao plano oclusal e o plano incisal paralelo ao plano bipupilar, o ajuste do arco inferior foi observado na vestibular a sustentação do lábio e na incisal o plano de cera posicionado na linha que divide a mucosa úmida da seca, as marcações das linhas auxiliares foram: linha mediana,

linha da asa do nariz (distal de canino a distal de canino) e linha de sorriso forçado (altura dos incisivos) (Figuras 11, 12 e 13).



Figura 12. Marcações estéticas no plano de cera.



Figura 13. Ajuste do plano de cera inferior.



Figura 14. Vista lateral dos dentes montados na cera para prova



Figura 15. Vista frontal dos dentes montados no ASA

Após estes procedimentos o trabalho foi montado no articulador semiajustável em relação cêntrica e mandado para o protético para a confecção da prótese total mediata, o paciente experimentou o trabalho com os dentes em cera e depois o trabalho final, fazendo os ajustes oclusais e reembasamento das próteses totais com resina rígida *soft confort* proporcionando um maior conforto (Figuras 14,15,16,17,18,19 e 20).



Figura 16 Prova com dentes.



Figura 17. Resina rígida *Soft Confort* para reembasamento das próteses.



Figura 18. Reembasamento da prótese total mediata.

Com o passar do tempo percebemos que houve uma diminuição da hiperplasia na região do palato duro, não havendo necessidade de sua remoção (Figuras 19 e 20).



Figura 19. Foto inicial da hiperplasia



Figura 20. Foto da hiperplasia durante o tratamento.

O paciente foi instruído quanto a higienização das próteses com escovas, dentífricos, sabonetes neutros, evitando cálculos e qualquer tipo de danos provocados pela má higienização. A felicidade e a mudança estética do paciente foi notável, proporcionando-o uma melhor qualidade de vida.



Figura 21. Foto de perfil inicial.



Figura 22. Foto de perfil final.



Figura 23. Foto final do paciente.

3. DISCUSSÃO

A câmara de sucção era uma alternativa usada no passado com intuito de fixar as próteses totais superiores na cavidade bucal. A câmara consiste numa depressão confeccionada na área interna da prótese superior, na porção central, em contato com a região mais alta da abóbada palatina, provocando uma pressão interna negativa conferindo maior retenção e estabilidade à próte-

se^{10,11}. Porém a eliminação da hiperplasia palatina por câmara de sucção é necessário a suspensão do uso da prótese total para diminuir a irritação local.¹² Concordando dos autores, no caso clínico relatado o paciente apresentava uma hiperplasia causada por câmara de sucção, em prótese parcial removível com base nesses artigos propusemos a suspensão de suas próteses e percebemos o sucesso do tratamento pois houve uma regressão da lesão hiperplásica.

Exodontias múltiplas estão fortemente relacionadas ao desconforto e insegurança ao paciente, no entanto proporciona saúde bucal e alívio em caso de pacientes que apresentam restos radiculares e doença periodontal bastante avançadas. Para evitar desconforto é necessária a confecção de próteses totais mediatas ou imediatas, de acordo com cada paciente. Muitos pacientes não suportam a situação de serem desdentados, pois tal situação interfere na mastigação, na estética, fonética e no seu convívio social, por isso são indicados as próteses totais pois garantem ao paciente a manutenção do seu status de indivíduo dentado, é necessário o cuidado com a manutenção da maior quantidade possível de osso alveolar, objetivando a retenção futura da prótese total^{13,14}. Concordando com esses autores propusemos ao paciente exodontias múltiplas e uma prótese total mediata, pois ele apresentava restos radiculares e dentes comprometidos periodontalmente, e impossibilitando a montagem no articulador melhorando sua estética e o seu convívio social.

Para se obter uma boa estética deve-se considerar uma tomada correta da dimensão vertical, o plano oclusal protético, linha mediana, linha dos caninos e linha alta do sorriso, evitando lesões orais decorrentes de próteses iatrogênicas, na substituição dos dentes^{15,16}. Com base nesses artigos propusemos um plano de tratamento com todas estas medidas, obtendo sucesso na confecção da prótese. O sucesso da prótese total está diretamente relacionado com a restauração da função mastigatória, adaptação na área basal respeitando às estruturas anatômicas com ela envolvidas direta e indiretamente^{17,18,19,21,22,23}. Baseado nesses fatos e concordando com esses autores fizemos marcações da linha mediana, linha da asa do nariz (distal de canino a distal de canino) e linha de sorriso forçado (altura dos incisivos) e os acertos da região anterior vestibular (suporte labial), da altura e posicionamento vestibular e lingual incisal, observando a cera com o lábio em repouso. Evitando danos e oferecendo uma melhor estética para o paciente.

Os materiais reembasadores têm o objetivo de proporcionar uma estabilidade e retenção às próteses temporariamente até a confecção de uma nova reabilitação e como consequência devolve ao paciente conforto e tranquilidade para aguardar o término do tratamento²⁴. No relato apresentado fizemos reembasamento da prótese mediata com resina rígida *Soft Confort* (Dencril S.P

Brasil) e percebemos a estabilidade da prótese, oferecendo mais conforto. Eles apresentam características de absorção e solubilidade e têm suas propriedades físicas modificadas levando a alterações dimensionais e distorções. Tais singularidades são notadas, alinhando que estas características são importantes, uma vez que todos os materiais reembasadores, quando em função, estarão em ambiente bucal com saliva e submetidos a alterações térmicas e de pH. Estes materiais formam um grupo de materiais elásticos que preenchem total ou parcialmente a base da prótese, com a finalidade de diminuir o impacto da força mastigatória sobre a mucosa de revestimento, podendo ser utilizados temporariamente ou com um caráter mais permanente^{25,26,9}. Diante desta situação inserida percebemos que com o reebasamento houve um conforto maior para o paciente, facilitando na mastigação e evitando os impactos da força mastigatória.

Uma vez montado o modelo maxilar no articulador, utiliza-se o mesmo conjunto base de prova e roletes de cera para auxiliar na obtenção do registro da relação central (RC) do paciente²⁷. A montagem em articulador foi de grande valia, pois facilitou na confecção do plano de tratamento, reproduzindo tridimensionalmente a posição craniomandibular, facilitando a realização do trabalho protético. Pode-se definir que o articulador é um instrumento que reproduz tridimensionalmente uma posição craniomandibular e registra os movimentos condilares da mandíbula, utilizados como meio de diagnóstico e tratamento²⁸. Os articuladores semiajustáveis (ASAs), buscam reproduzir os movimentos mandibulares, podendo ser utilizados para o estudo, o diagnóstico, o planejamento e a realização do trabalho protético definitivo.²⁹ No relato de caso clínico apresentado após as extrações e a confecção dos modelos de gesso foram feitas as bases de prova com resina acrílica, roletes de cera 7 para a montagem do articulador semiajustável, utilizamos grampo para a fixação dos planos de cera, base e catalizador da pasta de impressão. E percebemos que sem a montagem do articulador o sucesso do tratamento não seria alcançado, pois não seria possível a análise oclusal, reprodução do movimento mandibular, facilitando o diagnóstico e o plano de tratamento do paciente.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se neste trabalho que, mesmo o paciente apresentando restos radiculares, bem como lesão hiperplásica que dificultava a moldagem para realização de uma prótese total imediata, o objetivo foi alcançado, pois com a remoção imediata da prótese com a câmara de sucção houve uma diminuição significativa da hiperplasia, superando as expectativas do paciente, oferecendo-o uma melhor qualidade de vida, uma boa estética, facilidade na mastigação e permitindo a continuidade das atividades sociais.

REFERÊNCIAS

- [1] De Carli JP, Bernabé DG, Kawata L, Moraes NP, Silva SO. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia: relato de dois casos clínicos. RFO UPF 2006; 11(2):81-85.
- [2] Peters R, Bercini F, Azambuja Twf. Hiperplasia inflamatória: Revisão de literatura e apresentação de caso clínico cirúrgico. Rev Fac Odont Porto Alegre 1996; 37:7-8.
- [3] Azenha MR, Handem RH. Tratamento Clínico e Cirúrgico de Hiperplasia Palatina Causada por Câmara de Sucção. Rev. Port de Estomatol, Med Dent e Cir Maxilof. 2008; 49(3).
- [4] Domitti SS. Prótese total imediata- Reaproveitamento dos Dentes Naturais. São Paulo: Editora Santos. 1996; 1.
- [5] Assunção WG, Barão VAR, Santos DM, Tabata LF, Gomes EA, Delben JA. Influência das Estruturas Anatômicas Oro-faciais nas Próteses Totais. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2008; 8(2):251-7.
- [6] Shibayama R, Shibayama B, GennariFilho H, Saez D, Watanabe E. Próteses Totais Imediatas Convencionais. Rev Odontol de Araçatuba. 2006; 27(1):67-72.
- [7] Gennari Filho H. O Exame clínico em Prótese Total. Rev Odontol de Araçatuba. 2004; 25(2):62-71.
- [8] Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses Totais Imediatas Convencionais. Rev Odontol de Araçatuba. 2006; 27(1):67-72.
- [9] Rodrigues CRT, Oliveira AS. Relationship between and roughness and the presence of *Candida albicans* in relined materials, before and after cycling ph. Brazilian J Surg Clin Res – BJSCR. 2013; 4(2):21-7.
- [10] Ferri G, Gomes DP, Martins M.D, Martins MAT, Borra RC, Raitz R. Hiperplasia papilar inflamatória: Relato de casos clínicos. Rev Bras de Ciênc da Saúde. 2003; 1(2).
- [11] De Carli JP, Bernabé DG, Kawata L, Moraes NP, Silva SO. Hiperplasia palatina por câmara de sucção tratada por meio da eletrocirurgia: relato de dois casos clínicos. RFO UPF 2006; 11(2):81-5.
- [12] Azenha MR, Handem RH. Tratamento Clínico e Cirúrgico de Hiperplasia Palatina Causada por Câmara de Sucção. Rev Port de Estomatol, Med Dent e Cir Maxilof. 2008; 49(3).
- [13] Marchini L, Santos JFF, Cunha VPP, Prótese Total Imediata: Considerações Clínicas. Rev Robrac. 2000; 8(27).
- [14] Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses Totais Imediatas Convencionais. Rev Odontol de Araçatuba. 2006; 27(1):67-72.
- [15] Castro Junior OV, Hvanov ZV, Frigerio, M. L. M. A. Avaliação estética da montagem dos seis dentes superiores anteriores em prótese total. Pesq Odont Bras. 2000; 14(2): 177-82.
- [16] Compagnoni MA, Barbosa DB, Leles CR, Brogna Júnior CA. Influência da remontagem na alteração da dimensão vertical de oclusão em próteses totais. PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol, São José dos Campos. 2001; 4(2).
- [17] Meleti VR, Pinelli LAP, Pelizaro DT, Gentil M. Prótese total imediata: uma solução estética e funcional. Robrac. 2002; 11(32).
- [18] Assunção WG, Shiwa M, Gennari Filho H, Goiato MC, Barbosa DB, Tabata LF. Para-Prosthetic Anatomy: Importance In Complete Dentures. Rev Odontológica de Araçatuba. 2004; 25(1):57-64.

- [19]Dias JRL, Lima CVM, Santos CS, Neto JM, Andrade de Sá MV. Artificial Teeth Selection: A Historical Review. *Odontologia. Clín-Científ, Recife*. 2006; 5(4):261-5.
- [20]Bomfim IPR, Soares DG, Tavares GR, Santos RC, Araújo TP, Padilha WWN. Prevalence of Oral Mucosa Lesions in Denture Wearers. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. 2008; 8(1):117-21.
- [21]Diez JSV, Romani FT, Bürger B, Marques PSA, Silva-Concílio LR, Cunha LG, Neves AC C, Diez G. Avaliação da eficiência mastigatória em pacientes portadores de Prótese total. INIC 2008.
- [22]Gonçalves LFF, Silva Neto DR, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis *Rev Bras de Ciênc da Saúde*. 2011; 15(1):87-94.
- [23]Munhoz EGA, Abreu CW. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. *HU Rev, Juiz de Fora*. 2011; 37(4):413-9.
- [24]Goyatá FR; Gonçalves PAM, Bello RF, Ferreira NG, Ferreira TG, Coelho SMO. Avaliação quantitativa de microrganismos orais em materiais reembasadores de prótese total. *Int J Dent, Recife*. 2009; 8(2):79-81.
- [25]Landa FV, Goyatá FR, Hespanhol FL, Dias AL, Cunha LG, Gonçalves PAM, Santos VRS. Influence of glaze application in surface roughness to three soft liners materials. *Int J Dent, Recife*. 2009; 8(3):124-7.
- [26]Goiato MC, Guiotti AM, Ribeiro PP, Santos DM, Antenucci RMF. Materiais reembasadores: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. *Cienc Odontol Bras* 2007; 10(3): 44-52.
- [27]Goyatá FR, Gonçalves PAM, Bello RF, Ferreira NG, Ferreira TG, Coelho SMO. Avaliação quantitativa de microrganismos orais em materiais reembasadores de prótese total. *Int J Dent, Recife*. 2009; (2):79-81.
- [28]Compagnoni MA, Barbosa DB, Leles CR, Brogna Júnior CA. Influência da remontagem na alteração da dimensão vertical de oclusão em próteses totais. *PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol, São José dos Campos*. 2001; 4(2).
- [29]Gennari Filho H. Articuladores. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2007; 28(3):46-56.

The logo for BJSCR (Brazilian Journal of Surgical and Clinical Research) features the acronym in a bold, yellow, sans-serif font. The letters are slightly shadowed, giving it a three-dimensional appearance as if it's floating above a reflective surface.