

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA COM RECUPERAÇÃO DA CURVA DE SPEE

IMMEDIATE TOTAL PROSTHETICS WITH SPEE CURVE RECUPERATION

FILIPPE BARROS DE BASTOS¹, CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação de Odontologia da Universidade Severino Sombra; 2. Especialista em Dentística, Mestre em Prótese, Professor Assistente de Dentística e Prótese do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra.

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

Recebido em 29/10/2014. Aceito para publicação em 19/01/2015

RESUMO

O presente trabalho apresenta a realização de um caso clínico, mostrando a importância de uma reabilitação oral através de uma prótese total imediata com recuperação da curva de Spee, expondo suas vantagens em relação à estética do paciente e aceitação da sociedade em que ele frequenta, apresentando também as melhorias nas funções mastigatórias e no seu sistema estomatognático, é mostrado também algumas desvantagens como custo para paciente, por exemplo, pois há a necessidade de uma prótese provisória e depois uma nova prótese. A curva de Spee foi recuperada através de uma transferência feita em guia de silicone. Após a instalação é importante que ocorra um acompanhamento periódico do cirurgião-dentista para orientações sobre uso e higienização.

PALAVRAS-CHAVE: Dentaduras, próteses, prótese total imediata.

ABSTRACT

The current work presents the realization of a clinical case, demonstrating the importance of an oral rehabilitation through an immediate total prosthesis with recovery of the curve of Spee, exposing its advantages in relation to the patient's aesthetics and acceptance from the society which he attends, also presenting improvements in the masticatory functions and in his stomatognathic system, some disadvantages such as the cost to the patient are also shown, for example, for there is the necessity of a provisional prosthesis and then a final. The curve of Spee was recovered by a transfer made in silicone index. After the installation, it is important that periodic monitoring from the dentist occurs for guidance on use and cleaning.

KEYWORDS: Dentures, prosthetics, prosthetics total immediate.

1. INTRODUÇÃO

A prótese total imediata vem para ajudar e restabelecer a estética, o conforto, o convívio social e a função de um paciente. É bastante indicada para pacientes que tem a necessidade da extração de vários dentes e que por isso

não aceitam a situação de desdentados por um tempo após a extração em virtude da cicatrização deixada pelas sequelas da cirurgia.

A prótese total imediata é muito antiga quanto a sua concepção, porém, esse tipo de restauração protética não era muito executado em odontologia, talvez porque os profissionais não dessem o devido valor a esse tipo de prótese, ou porque a exigência estética talvez fosse menor do que nos dias atuais. Outro possível fator reside no fato de que, após a instalação de uma prótese imediata, o paciente aguarda no mínimo de 4 a 6 meses para confeccionar a prótese considerada definitiva, isso é após o período inicial de reabsorção do rebordo alveolar¹.

A prótese total imediata é definida como uma prótese total, confeccionada para ser instalada imediatamente após a extração dos dentes naturais. Esse tipo de prótese pode ser usada por um curto período de tempo, por razões estéticas, mastigatórias, suporte oclusal, conveniência ou para a adaptação do paciente do estado dentado ao desdentado, até que a prótese definitiva seja instalada².

As próteses totais continuam tendo um importante papel no tratamento de pacientes totalmente edêntulos. Nesses pacientes, as reabsorções ósseas e a redução da crista alveolar, frente à periodontoses severas determinam uma diminuição na altura da crista e na espessura dos rebordos alveolares. A retenção da prótese depende de forças físicas, tais como a adesão e a coesão da saliva, entre a prótese e os tecidos de suporte, e de forças fisiológicas, como a fixação muscular passiva e ativa. Mesmo em condições extremamente desfavoráveis para a retenção física, não há necessariamente uma função inadequada da prótese. Estudos longitudinais têm mostrado que a falta de retenção física pode ser compensada pelo aumento da fixação muscular³.

Após a instalação das próteses, deve-se realizar acompanhamento periódico para a orientação aos usuários sobre a higienização e o uso. A falta desse acompanhamento do cirurgião-dentista tem levado aos pacientes de próteses removíveis a acreditar que os desconfortos que as mesmas provocam fazem parte do processo de

adaptação e que, só após a sua completa degradação, é que devem ser substituídas⁴.

O passo clínico da prova funcional e estética deve ser feito em uma única sessão, pois o paciente recebe o aparelho protético na mesma sessão em que são submetidas às extrações dentárias⁵.

A deterioração da dentição e a perda dos dentes levam à diminuição da função mastigatória. Os usuários de próteses totais convencionais em boas condições apresentam melhor eficiência do que sujeitos com dentições muito deficientes. Particularidades físicas das próteses totais convencionais, como extensão de sua base, polimento, desenho das cúspides e inclinação dos dentes, também são relacionadas com a eficiência e performance mastigatória⁶.

A escolha da oclusão é de extrema importância, principalmente quando é estudado o padrão de estresse distribuído ao longo da prótese e consequentemente aos tecidos de suporte durante a mastigação⁷.

A terceira idade é formada por um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida por elas acumuladas. Existem idosos de diversos níveis econômicos, culturais, de saúde e de motivação quanto à manutenção da saúde bucal. Dessa forma, tais variações podem afetar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento⁸.

Com a perda de todos os dentes naturais, ocorrem transformações no sistema estomatognático, modificando seu funcionamento. Nesse momento, faz-se necessário que se respeite os padrões da fisiologia para obter-se uma reabilitação satisfatória⁹.

Sabe-se que pacientes desprovidos de dentes tendem a perder o fator proprioceptivo da mastigação, do arco reflexo que tem origem nos ligamentos alvéolo-dentários¹⁰.

O doente desdentado poderá apresentar alterações anatômicas na área de suporte protético que determinam a necessidade de atuar cirurgicamente sobre os tecidos moles ou duros da cavidade oral para assegurar uma forma morfolologicamente correta, capaz de providenciar suporte adequado para a prótese¹¹.

Na verdade, a perda dos elementos dentários é resultante de diferentes fatores biológicos, comportamentais e psicossociais¹².

O objetivo desse trabalho foi apresentar um caso clínico onde foi realizada uma prótese total imediata bem como uma recuperação da curva de Spee na PPR inferior da paciente. Dessa forma evitaram-se interferências oclusais e uma orientação correta na confecção da PT superior.

2. RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino compareceu a Clínica Odontológica da Universidade Severino Sombra apresentando uma grande mobilidade dentária nos dentes da

arcada superior com grandes bolsas e o uso de uma PPR superior e inferior (Figuras 1 e 2). Foram realizados os exames clínico, físico e radiográfico. Foi diagnosticada a impossibilidade de manutenção dos dentes e que deveria realizar a extração de todos os remanescentes superiores e a confecção de uma prótese total imediata, corrigindo a curva de Spee através de uma guia de silicone na prótese parcial removível (PPR) inferior, evitando interferências oclusais e melhorando assim a sua mastigação e, consequentemente, sua saúde.



Figura 1. Aspecto clínico inicial sem a PPR.



Figura 2. Aspecto clínico com a PPR.



Figura 3. Radiografia inicial.

Primeiramente paciente foi moldado superior e infe-

rior com PPR, vazou-se os modelos de gesso e transferido a modelo para o articulador semiajustável, foi realizada a remoção dos dentes no modelo funcional e reanatomizados dentes da PPR restabelecendo a curva de Spee no modelo inferior do paciente, através de resina acrílica incolor (Figuras 4).



Figura 4. Dentes removidos e curva de Spee recuperada.

Foram demarcadas as linhas do sorriso através de um plano de cera anterior (Figura 5), e logo em seguida transferido para o articulador semiajustável (Figura 6).



Figura 5. Plano de cera anterior.

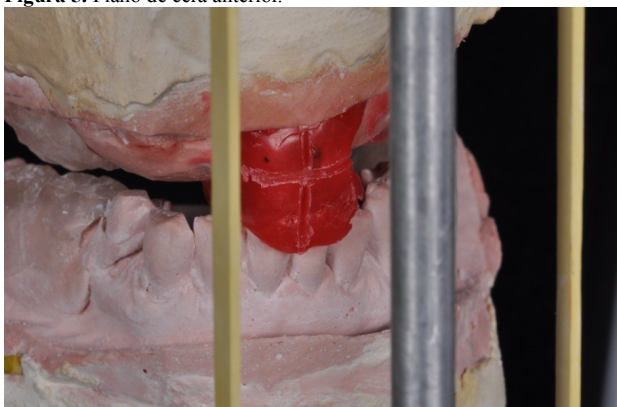


Figura 6. Plano de cera transferido para o articulador.

Foi realizada uma guia de transferência de silicone de condensação Speedex (Vigodent, Rio de Janeiro - RJ) (Figura 7), moldando o a área pósterio-inferior que já havia sido reanatomizada com resina acrílica (Figura 8).

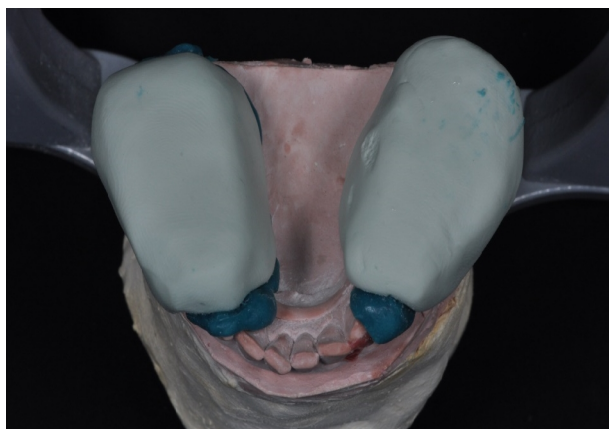


Figura 7. Moldagem do modelo inferior.

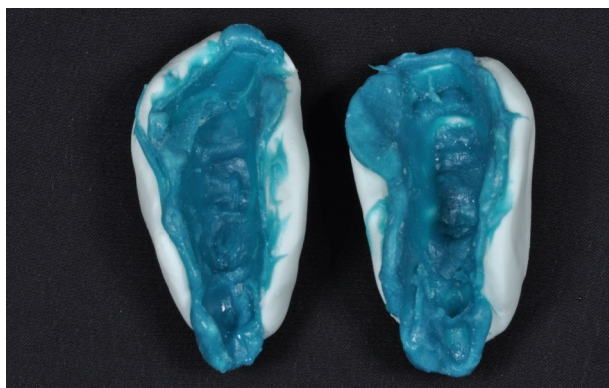


Figura 8. Guia de silicone.

Com a guia de silicone pronta, o articulador foi enviado para o protético, e na sessão seguinte, foram realizadas as exodontias e a prótese reembasada com material Soft Confort (Dencril, Pirassununga- SP) (Figuras 9 e 10) e, em seguida, instalada a PT.



Figura 9. Material reembasador.



Figura 10. PT após reembasamento com Soft Comfort.

Na sessão seguinte foi realizada a remoção de sutura, e um novo reembasamento com um material soft macio, o Bosworth Trusoft (Bosworth Company, USA). (Figura 11 e 12).

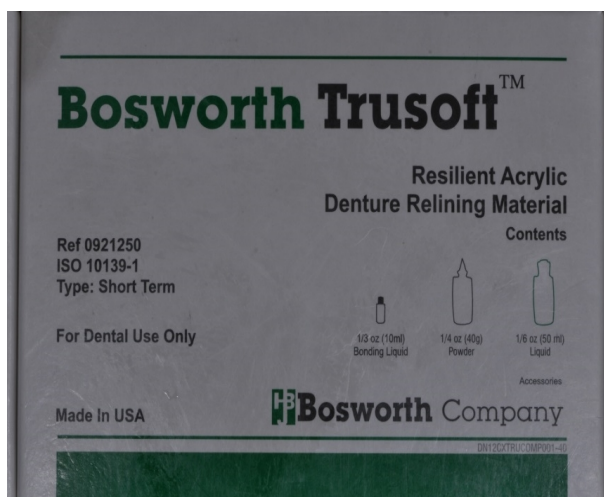


Figura 11. Material reembasador.



Figura 12. PT reembasada com novo material.

Foi retirado o excesso do material reembasador e instalada a PT (Figura 13).



Figura 13. Instalação da PT.

Após a Instalação da PT superior, as guias de silicone já prontas foram preenchidas com resina acrílica e ainda na sua fase plástica foram levadas até a PPR inferior, dado assim uma nova anatomia a PPR e recuperando a Curva de Spee do paciente (Figura 14 e 15).



Figura 14. PPR reanatomizada.



Figura 15. Aspecto clínico da nova PPR, com a nova curva de Spee.

3. DISCUSSÃO

A performance mastigatória em pacientes portadores de doença periodontal crônica avançada fica bastante prejudicada. Dessa forma se faz necessário exodontias

múltiplas e reabilitação com prótese total bimaxilar, inferior e superior, confeccionadas com os dentes artificiais na mesma posição, disposição, alinhamento, estética, oclusão e articulação dos dentes naturais, reabilitando a função mastigatória. Do mesmo modo, também representa um importante indicativo para o estudo e análise do tratamento odontológico prestado⁶. Portanto é melhor para a função mastigatória do paciente, que ele passe por uma reabilitação protética com dentes artificiais do que permanecer com dentes debilitados, prejudicando assim seu poder de mastigação.

A estabilidade e retenção de próteses totais podem ser comprometidas pela deslocação de forças, que são criadas durante a mastigação, deglutição e hábitos para-funcionais. Ao longo destas funções, os dentes da maxila e mandíbula entram em contato, e desfavoráveis deslocamentos podem esgotar as forças de retenção e estabilidade das próteses, gerando desconforto e trauma da mucosa subjacente^{3,4,7}. Por conta desses fatores concordamos que haja um acompanhamento periódico do paciente, para acompanhar a evolução da adesão da prótese e se há necessidade de reembasamento motivado pela reabsorção do osso alveolar.

Após a remoção dos dentes ocorrem mudanças em todas as estruturas envolvidas no processo da mastigação. Essas alterações acentuam-se proporcionalmente ao tempo em que se demora para reabilitar o paciente. As modificações envolvem os tecidos ósseo, gengival, muscular e as articulações temporomandibulares, repercutindo diretamente na mastigação, fonação, estética e conforto do paciente. A correta adaptação da prótese total, respeitando as estruturas anatômicas paraprotéticas é de extrema importância para que esta tenha estabilidade e retenção, proporcionando conforto durante sua utilização. Portanto, é imperioso o conhecimento da anatomia para-protética para que se possa obter resultados satisfatórios no tratamento com próteses totais realizando moldagens e confeccionando modelos com qualidade³.

A harmonia da oclusão da prótese total com as demais estruturas do sistema estomatognático é de grande importância para o equilíbrio do mesmo. A obtenção de uma oclusão balanceada é fundamental para o sucesso das próteses totais. Quando da entrega das próteses ao paciente, o ajuste oclusal é de suma importância para o restabelecimento de um esquema oclusal favorável. Por isso salientamos a importância da recuperação da curva Spee, para que a oclusão seja reestabelecida, podendo assim ser devolvidas as funções estomatognáticas. Também se faz necessário ajustes oclusais no momento da instalação e durante as consultas de preservação para proporcionar conforto ao paciente^{7,10}.

Concordando com TORCATO *et al.*, 2012², que diz, que as próteses totais imediatas representam um procedimento clínico necessário, consagrado, vantajoso e efi-

caz para pacientes que, inevitavelmente, deixarão de apresentar uma condição dentada ou dentada parcial, apesar de ser uma abordagem ligeiramente mais cara e que requer mais sessões de atendimento para controle pós- instalação do que a prótese total convencional.

Foi percebida que a prótese total imediata é uma vantagem para o paciente apresenta uma situação de morbidade dentária e periodontal, com necessidade de múltiplas extrações e ao desejo de ficar na condição de edêntulo por muito tempo, pois pode influencia em seu ambiente psicossocial. Portanto esse tratamento necessita de vários fatores para poder ser realizado com sucesso, um dos principais é observar o rebordo ósseo do paciente para que a próteses tenha uma boa adesão e não venha se tornar um transtorno para o paciente.

O sucesso no tratamento protético está intimamente relacionado com a saúde e morfologia dos tecidos (mols e duros) que constituem a zona de suporte da prótese. A prótese deve estar suportada em tecido firme, sem protuberâncias, inserções musculares ou hiperplasias fibro-epiteliais que impeçam uma boa estabilidade. O conjunto formado por osso, mucosa e tecido muscular é uma unidade que influencia e é influenciada pela prótese¹¹. Por isso também é muito importante que ocorra o reembasamento das PTs para uma melhor adesão das mesmas. Por isso inicialmente, após a remoção de sutura, reembasamos a prótese com material confort e posteriormente com material soft.

Na verdade, a perda dos elementos dentários é resultante de diferentes fatores biológicos, comportamentais e psicossociais. Para pacientes mal adaptados com as próteses, o sentimento de medo, ansiedade e depressão estavam sempre presentes, sendo importante estabelecer uma relação desses fatores para auxiliar no processo de adaptação dos pacientes e que a relação paciente-profissional é de suma importância para o sucesso do tratamento. No caso clínico apresentado a doença periodontal foi o principal motivo que levou a paciente ao quadro apresentado^{8,12}.

Talvez a necessidade de realização de uma nova prótese total dificultasse a indicação da prótese total imediata, considerada de caráter temporário^{1,5}. Apesar do seu custo adicional a prótese imediata apresentou vantagens, como manter a dimensão vertical, vantagens estéticas e funcionais e até sua condição social.

4. CONCLUSÃO

A prótese total imediata com recuperação da curva de Spee mostrou-se eficiente para o restabelecimento estético e funcional de um paciente, devolvendo suas funções mastigatórias através de uma transferência de guia em silicone após a correção da curva no articulador montado.

Mostrou-se também ter um custo adicional ao paci-

ente, pois há a necessidade de fazer uma prótese provisória e após alguns meses uma nova prótese.

Tem um grande efeito para o paciente e para sociedade em que ele convive por ser feita a cirurgia e a instalação da prótese em uma única sessão, sendo assim o paciente sai do consultório reabilitado.

REFERÊNCIAS

- [01] Meleti RV, Pinelli PAL, Pelizaro TD, Gentil M, Próteses Total Imediata: uma solução estética e funcional. *Robrac*, 2002; 11(32).
- [02] Torcato BL, Pellizzer PE, Goiato CM, Falcón-Antenucci MR, PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO; *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2012; 33(2):66-9.
- [03] Assunção GW, Barão RAV, Santos MD, Tabata FL, Gomes AÉ, Delben AJ, Influencia das Estruturas Anatômicas Oro-Faciais nas Próteses Totais; *Pesq.Bras.Odontoped. Clin.Integr.*; João Pessoa. 2008; 8(2):251-7.
- [04] Gonçalves FFL, Neto SRD, Bonan FR, Carlo LH, Batista DUA. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis; *R. Brs Ci Saúde*. 2011; 15(1):87-94
- [05] Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E, Próteses Totais Imediatas Convencionais; *Revista Odontológica de Araçatuba*, 2006; 27(1):67-72.
- [06] Strini ASJP, Machado GAN, Strini ASJP, Gavião DBM, Neto FJA. Avaliação da performance mastigatória em pacientes com dentes naturais e após a reabilitação com próteses removíveis totais imediatas superior inferior e bimaxilares. *RFO, Passo Fundo*. 2011; 6(2):200-5.
- [07] Goiato CM, Mancuso ND, Zuccolotti RCB, Santos MD, Moreno A, Gennari Filho H. Oclusão em Próteses total; *Revista Odontológica de Araçatuba*. 2008; 29(1):60-64.
- [08] Alencar BRC, Andrade PJF, Catão VCHM. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos; *RSBO*. 2011; 8(2):20-10.
- [09] Assunção GW, Shiwa M, Gennari Filho H, Goiato CM, Barbosa BD, Tabata FL. Anatomia Para-Protética: Importância em Prótese Total. *Revista Odontologica de Araçatuba*. 2004; 25(1):57-64.
- [10] Cunha PPV, Santos FFJ, Marchii L, Neisser PM, Bottino AM. Alterações do Plano Oclusal Durante o Processamento Laboratorial de Próteses Totais: Revisão da Literatura; *Rev. Biociênc.. Taubaté*. 2000; 6(1):41-7.
- [11] Albuquerque B, Guimarães P, Sampaio N, Vale HP, Pestana P. Cirurgia Para-Protética; *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2007; 48(4).
- [12] Guimarães BM, Rocha RF, Bueno SR, Blaya GBM, Hirakata ML. Impacto do uso de Próteses totais na qualidade de vida dos idosos; *Revista Brasileira Qualidade de Vida*. 2013; 05(01):31-38.

