

REBORDO ALVEOLAR REABSORVIDO COM PRÓTESE TOTAL: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

ALVEOLAR RIDGE REABSORBED PROSTHESIS WITH TOTAL: A CASE STUDY

JOSILAINE APARECIDA GOES MARCHIOTTI¹, PATRICIA SARAM PROGIANTE²

1. Acadêmico do Curso de graduação em Odontologia da Faculdade Inga; 2. Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru-USP, Doutora em Prótese Dentária pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2012). Mestrado em Prótese Dentária pela Faculdade São Leopoldo Mandic (2007). especialista em Prótese Dentária e Disfunção Temporomandibular Profa. Adjuntado Curso de Odontologia da Faculdade Inga (Disciplina de Prótese Dentária, Oclusão e Clínica Integrada I e II) Profa. efetiva do Mestrado em Prótese Dentária pela Uningá. Possui experiência clínica na área de Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Diagnóstico, Prótese Dentária, Excelência Estética, Distúrbios do Sono e Disfunção Temporomandibular.

Alberto Santos Dumont, 839, Centro, Paçandu, Paraná, Brasil. CEP:87140-000. jam_lainy@hotmail.com

Recebido em 24/06/2016. Aceito para publicação em 01/08/2016

RESUMO

A perda de dentes continua sendo um grave problema de saúde na população brasileira, problemas como este resulta na diminuição da estabilidade e retenção da prótese total. Todo o processo de reabilitação através de próteses totais convencionais tem como principal objetivo devolver ao paciente a função mastigatória, fonética e estética, restabelecendo assim a sua autoestima, além de preservar os rebordos alveolares estáveis. Este artigo tem por base de uma análise e busca de um tratamento reabilitador, onde foi realizado um caso clínico na Clínica de Odontologia da Faculdade Inga, sem custo para a paciente M.S.C., 64 anos, sexo feminino, analfabeta, do lar e moradora da cidade de Maringá. Portanto, o tratamento reabilitador com próteses totais, é uma opção adequada para os pacientes mesmo na ausência de rebordo

PALAVRAS-CHAVE: Perda dentária, prótese total, rebordo alveolar reabsorvido.

ABSTRACT

The loss of teeth remains a serious health problem in the Brazilian population, problems like this results in decreased stability and retention of the denture. The entire rehabilitation process through conventional dentures aims to return the patient to masticatory function, phonetics and aesthetics, thus restoring your self-esteem, as well as preserving the stable ridges. This article is based on an analysis and search for a rehabilitation treatment, which was carried out a case in Dental Clinic Inga Faculty at no cost to the patient MSC, 64, female, illiterate, home and city resident Maringa. Therefore, the rehabilitation treatment with complete dentures, is an appropriate option for patients even in the absence of edge.

KEYWORDS: Tooth loss, dentures, alveolar ridge reabsorbed

1. INTRODUÇÃO

A perda de dentes continua sendo um grave problema de saúde na população brasileira, segundo estudos epidemiológicos, 63,1% dos indivíduos com idade entre 65 a 74 anos usam próteses totais bimaxilares¹. Este problema acarreta os tecidos periodontais, resultando na diminuição da estabilidade e retenção da prótese total².

A reabilitação através de próteses totais convencionais tem como principal objetivo devolver ao paciente a função mastigatória, fonética e estética, restabelecendo assim a sua autoestima, além de preservar os rebordos alveolares estáveis³.

Alguns fatores são necessários para que a confecção da prótese total seja realizada com sucesso e suas funções executadas de maneira satisfatória. Uma das etapas mais importante na confecção de uma prótese total é o planejamento. Nesta avalia-se o tipo de desocclusão a ser adotada, sendo a oclusão balanceada bilateral a maneira mais indicada para próteses totais bimaxilares⁴.

Na instalação, a prótese total será ajustada aos tecidos de suporte, favorecendo a retenção, a estabilidade e o conforto, além da oclusão, estética e fonética, para isso é fundamental a cópia fiel da arcada dentaria do paciente⁵.

O tratamento reabilitador sempre será concluído somente após a realização dos controles posteriores. Esse período pós-instalação é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso de suas próteses ocorre durante essa fase de adaptação⁶.

Frente à importância da relação entre a oclusão e o sucesso na reabilitação de pacientes edentados, este artigo visa abordar os padrões de desocclusão a serem utilizados na confecção das próteses totais, com a finalidade de discutir e orientar o clínico, comparando as diferenças entre as mesmas⁷.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Tendo por base de uma análise e busca de um tratamento reabilitador, foi realizado um caso clínico na Clínica de Odontologia da Faculdade Ingá, sem custo para a paciente M.S.C., 64 anos, sexo feminino, analfabeta, do lar e moradora da cidade de Maringá.

1. Sessão: Moldagem anatômica

Nesta etapa é realizado a seleção da moldeira Tecnodent®, onde escolheu-se os tamanhos, estrutura metálica e anatomia desdentada.

Maxila: Foi selecionado a moldeira metálica perfurada Tecnodent®, para desdentados totais. O material selecionado foi alginato Hydrogum®, sendo a sua manipulação realizada de acordo com a instruções do fabricante. Para a manipulação do material foi utilizado um grau de borracha Maquira® e espátula de plástico Maquira® (Figura 1).



Figura 1 Moldagem anatômica rebordo superior (com alginato).

Mandíbula: Foi selecionada a moldeira metálica perfurada da Tecnodent®, para desdentados totais. O material utilizado foi o silicone de condensação da marca Perfil® (pesado + catalisador), por ser material de maior precisão, pois esta arcada é mais reabsorvida que a maxila. Sua manipulação realizada de acordo com as instruções do fabricante (Figura 2).



Figura 2 Moldagem anatômica rebordo inferior (com silicone).

2. Sessão: Moldagem funcional

Este procedimento foi realizado com o auxílio de uma

moldeira individual, confeccionada pelo protético em laboratório feito através dos resultados da moldagem anatômica (Figura 3).

Com as moldeiras individuais prontas, realizou-se os ajustes em fundo de vestibulos, frênuos e freios com brocas maxi cut e mini cut American burrs®. Em seguida usou se bastões de godiva Kerr®, lamparina hannau Jon® com álcool, para realização do selamento periférico. Aqueceu-se a godiva plastificando-a, e distribuiu-se ao redor de toda moldeira, fazendo-se sempre uma parte de cada vez, e após isto imergiu-se a moldeira em um grau com água para depois introduzir sobre o rebordo para que não queimasse a paciente (Figura 3) e (Figura 4).



Figura 3 Moldeiras individuais.



Figura 4 Selamento periférico com godiva em bastão.

Após ter copiado todo rebordo, freios e bridas com a godiva, foi feito então a moldagem funcional.

Para facilitação da retirada do excesso de material que grudou sob a pele da paciente passou-se vaselina Rioquímica®.

Em uma placa de vidro fez se a espatulação da pasta zinco-enólica Lysanda® com uma espátula de aço número 36 Golgran®, a proporção da pasta base e catalisador devem ser iguais.

Manipulado o material, foi preenchida a moldeira com uma camada fina e levou-se até a boca da paciente, estando o operador a direita e atrás da cadeira, apoiando os dedos indicador e médio na moldeira fazendo sempre suave pressão para que o material escoe naturalmente.

Após a presa, retirou-se a moldeira da boca e avaliou-se todas as áreas foram copiadas corretamente em seguida levou-se na boca novamente e verificou-se a adaptação e retenção do molde (Figura 5).

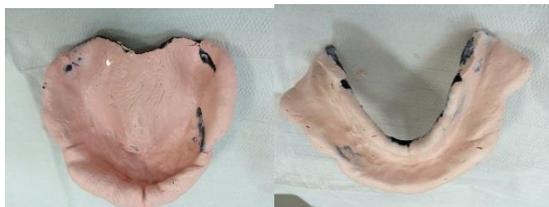


Figura 5 Moldagem funcional (com pasta zinco-enólica).

3. Sessão: Base de prova

Essa etapa foi o resultado da moldagem funcional. Nesta fez-se ajustes de dimensões de acordo com a arcada e medidas do paciente. Foram utilizados para o auxílio dos ajustes os seguintes materiais: compasso de Willis Jon®, lecron Golgran®, lamparina Golgran®, álcool 70% Prolink®, espátula 24 Golgran®, escala de cor vipi.

Em um primeiro momento avaliou-se a retenção e adaptação da base de prova, estando essa em excelente resultado, ajustou-se o rolete sendo este adaptado à base de prova.

O primeiro passo foi realizar as medidas de dimensão vertical de repouso e de oclusão da paciente sem as próteses. A partir deste momento, levou-se à boca da paciente a prótese superior e começamos os ajustes.

Levou-se em consideração a idade da paciente, adaptando-se o rolete de cera 1 mm para dentro do lábio, deixando a parte posterior com uma leve curva, chamada curva de spee. Na região vestibular ajustou-se o rolete formando-se o suporte labial e o corredor bucal. Em seguida realizou-se a confecção das linhas de orientação, sendo as mesmas, a linha média, linha do canino, e linha do sorriso.

Após estas etapas prontas, inseriu-se a prótese inferior e pediu-se ao paciente para ocluir e, comparamos a dimensão vertical de oclusão com a medida retirada no início da etapa. Quando corretamente ajustada não há necessidade de correção, se estivesse alta deve-se ajustar o rolete inferior removendo um pouco da cera, caso esteja baixa acrescenta-se um pouco de cera.

Estando as próteses ajustadas corretamente, faz-se a seleção da cor dos dentes e gengiva de acordo com a tonalidade da face da paciente e sua gengiva. No caso selecionou-se a cor de dente 66 Vipi Dent Plus® e cor da gengiva rosa escuro Vipi Dent Plus® (Figura 6).



Figura 6 Base de prova (ajustes intermaxilares).

4. Sessão: Prova dos dentes em cera

Nesta etapa avaliou-se a disposição dos dentes e espaços funcionais da prótese de acordo com as medidas retiradas anteriormente, bem como o sorriso, oclusão, fonética (Figura 7).



Figura 7 Prova dos dentes em cera.

5. Sessão: Entrega das Próteses

Finalizando o procedimento ocorreu a entrega das próteses ao paciente. Então se adapta na boca e confere-se a oclusão ajustando o balanço da prótese, sendo fundamental que exista toque posterior bilateral.

Após a guia de oclusão ajustada, o próximo passo foi direcionar para a guia anterior, onde existiu somente toque dos elementos anteriores, sem nenhuma interferência de dentes posteriores e por último a guia canina onde somente os caninos deverão ter toques. Para estes ajustes finais foram utilizados pinça Miller Quinelato®, carbono Preven®, e broca Max cut acoplado na peça reta Kavo® e micromotor Kavo® (Figura 8).



Figura 8 Entrega das próteses acrilizadas.

3. DISCUSSÃO

A perda dentária causa alterações mastigatórias, fonéticas, psicológicas, na aparência, na socialização e na qualidade de vida do indivíduo. O sucesso do uso de próteses removíveis na substituição das perdas dentárias depende da estabilidade, da retenção, da estética e da oclusão das próteses, além da cooperação do paciente⁸.

A perda dos dentes é seguida pela reabsorção irreversível do osso alveolar. Além de permitir a ancoragem dos

dentados aos rebordos alveolares, os ossos maxilares e mandibulares permitem a reabilitação do paciente com uso de próteses removíveis e/ou a colocação de implantes dentários para reter próteses fixas ou removíveis⁹.

Mas os resultados funcionais e cosméticos dependem da quantidade e da qualidade do osso remanescente. A reabsorção óssea é maior durante o primeiro ano, com uma taxa de 25%⁸.

Tornar-se desdentado é um evento desagradável que induz a uma forte influência psicológica negativa na vida do indivíduo. Perder todos os dentes pode ser experimentado como um sinal da perda da vitalidade e de começar a tornar-se idoso. Cerca de 20 a 30% dos usuários de próteses removíveis mostram descontentamento com o seu uso¹⁰.

Quando a qualidade da estabilidade e retenção da prótese é maior, o paciente terá uma melhor habilidade de mastigação e uma atitude psicológica mais positiva, consequentemente, sentindo-se mais satisfeito¹¹.

O uso de implantes dentários pode retardar o processo da reabsorção fisiológica do osso, aumentar a retenção das próteses removíveis e aprimorar a qualidade de vida dos pacientes¹².

São consideradas desvantagens das próteses totais os numerosos detalhes requeridos para a fabricação apropriada, a falta da estabilidade e retenção especialmente na mandíbula, a perda continuada do osso alveolar que conduz a uma maior instabilidade e falta da retenção. Deficiência mastigatória, especialmente se o ajuste é insuficiente. A preocupação na convivência social pelo temor ao deslocamento e a aparência não natural. Os pacientes que usam tais próteses podem acreditar que controle odontológico não é mais necessário¹³.

Exaustivos estudos científicos foram realizados na década passada para determinar se o benefício de um de implantes fosse uma melhor primeira opção de tratamento do que a dentadura convencional. Dois implantes são considerados o número mínimo necessário para o tratamento mandibular^{11,12,13}.

Mas a influência negativa que o tratamento implantes podem ter (síndrome da combinação) requer a compreensão adicional¹².

Embora se mostrasse que os pacientes estão mais satisfeitos com as próteses suportadas por implantes do que com dentaduras convencionais e da preocupação que os implantes mandibulares estariam sobrecarregados, a taxa da sobrevivência dos implantes sob variaram 97 a 100%¹⁴.

As vantagens do uso de implantes são para a sustentação, estabilidade e retenção, também para boa função e estética melhorada, assim a reabsorção do rebordo residual será reduzida. A prótese implanto-suportado é mais simples e permite a possibilidades da incorporação de dentadura existente na prótese nova¹³.

Quando o custo do tratamento é eliminado como fator, dois terços dos pacientes aceitam a oferta do tratamento

gratuito com os implantes para reter suas próteses mandibulares¹⁵.

Há uma diferença vasta entre o que as pessoas querem e o que eles requerem. O dentista pôde encontrar-se com mais sucesso se chamasse o melhor plano “o ideal”, a seguir oferecer uma “sugestão de compromisso” e possivelmente um “plano alternativo”. Então, após ter explicado as várias opções do tratamento, o dentista pode ajudar ao paciente tomar uma decisão perguntando “que planejamento você sente servirá melhor suas necessidades”¹⁶.

A instalação das próteses totais deve ser realizada de maneira criteriosa pelo profissional, observando a sua retenção, sua estabilidade e seu suporte, assim como a oclusão, as áreas de compressão, a estética e a fonética fornecida pelas mesmas.

Esse período pós-instalação é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso de suas próteses ocorre durante essa fase de adaptação.

4. CONCLUSÃO

O tratamento reabilitador com próteses totais é uma opção adequada para os pacientes mesmo na ausência de rebordo.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010: Resultados Principais. Brasília; 2011.
- [2] Marchini L, Leal LF, Cunha VPP. Prótese total contemporânea na reabilitação bucal. São Paulo: Santos; 2007, p.197-200.
- [3] Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Complete denture insertion: a review. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(1): 53-60.
- [4] Rocha DB; Brasil Neto AA. Padrões oclusais em próteses totais bimaxilares: guia canina x oclusão balanceada bilateral: revisão da literatura. Rev Odont Univ Cidade São Paulo, 2008; 20(2): 175-80.
- [5] Corrêa GA. Prótese total: passo a passo. São Paulo: Ed Santos, 2005.
- [6] Compagnoni A, *et al.* Oclusão em dentaduras completas: estudos comparativos entre oclusão balanceada bilateral e desocclusão pelo canino. Revista do CROMG, v. 8, n. 2 abr.- jun. 2002.
- [7] Postic SD. Influence of Balanced Occlusion in Complete Dentures on the Decrease in the Reduction of an Edentulous Ridge. Vojnosanit Pregl, 2012.
- [8] Bodic F. Bone loss and teeth. Joint Bone Spine 72 (2005) 215-221.
- [9] Kimoto S. Asymptomatic hypoesthesia of the maxillary alveolar ridge in complete denture wearers. Journal of Oral Rehabilitation 2008 Sep;35(9):670-6.
- [10] Newton J. Death is not the major problem: it is ageing and disability. Gerodontology 2008; 25: 1-2.
- [11] Anastassiadou V and Heath R. The effect of denture

- quality attributes on satisfaction and eating difficulties. *Gerodontology* 2006; 23: 23–32.
- [12] Burns DR. Mandibular Implant Overdenture Treatment: Consensus and Controversy. *J Prosthodont* 2000; 9: 37-46.
- [13] Doundoulakis J H *et al.* , The implant-supported overdenture as an alternative to the complete mandibular denture. *JADA*, Vol. 134, November 2003: 1455-58.
- [14] Tang L *et al.* , A Within-subject Comparison of Mandibular Long-bar and Hybrid Implant-supported Protheses: Psychometric Evaluation and Patient Preference. *Dent Res* 1997; 76(10): 1675-1683.
- [15] Walton JN, MacEntee MI. Choosing or refusing oral implants: a prospective study of edentulous volunteers for a clinical trial. *Int J Prosthodont*. 2005 Nov-Dec;18(6):483-8
- [16] Patil MS and Patil S B. Geriatric patient: psychological and emotional considerations during dental treatment. *Gerodontology*. 2009 Mar; 26(1):72-7.