

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE IMPLANTO-SUPOORTADA EM PACIENTE USUÁRIA DE OVERDENTURE: RELATO DE CASO

ORAL REHABILITATION WITH IMPLANT-SUPPORTED DENTURE IN A OVERDENTURE USER PATIENT: CASE REPORT

RENATA CRISTINA VIOTTO ALVES¹, JULIANA APARECIDA DELBEN², FABIANO CARLOS MARSON³, CLÉVERSON OLIVEIRA E SILVA⁴, PATRICIA SARAM PROGIANTE^{5*}

1. Aluna de Especialização em Prótese Dentária pela Faculdade Ingá. 2. Professora Doutora, Prótese Dentária, UNIOESTE. 3. Professor Doutor, Prótese Dentária, Dental Press; 4. Professor Doutor, Periodontia, UEM. 5. Professora Doutora, Prótese Dentária, Dental Press.

* Rua Santos Dumont, 2314, sala 4, Centro, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87013-050. patsaram@hotmail.com

Recebido em 17/10/2017. Aceito para publicação em 25/10/2017

RESUMO

O edentulismo afeta consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos. No entanto, a reabilitação com uma prótese total inadequada pode ocasionar transtornos na vida dos mesmos. Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de confecção de prótese total superior e protocolo inferior em uma paciente que já possuía uma overdenture antiga. A paciente compareceu à clínica de Odontologia da Uningá com uma prótese total superior e uma overdenture inferior sustentada por dois implantes com o sistema O'Ring. As próteses apresentavam dentes com facetas de desgaste e retenção deficiente. Após exame clínico, a paciente optou pela confecção de uma nova prótese total maxilar e instalação de mais dois implantes mandibulares para confecção de uma prótese implanto-suportada do tipo protocolo. Após conclusão do tratamento, a paciente relatou maior conforto e melhor estabilidade mastigatória.

PALAVRAS-CHAVE: Implante dentário, reabilitação bucal, prótese dentária.

ABSTRACT

Edentulism extensively affects the quality of life of individuals. However, rehabilitation with a deficient complete denture can influence those lives. This article aims to report a clinical case of maxillary complete denture and mandibular full-arch denture in a patient who already used an old overdenture. The patient attended to the Dental Clinic at Uningá using a maxillary complete denture and a mandibular overdenture supported by two implants with the O'Ring system. The dentures presented worn teeth and deficient retention. After clinical exam, the patient was treated with a new maxillary complete denture and insertion of two more mandibular implants for fabrication of a full-arch implant-supported denture. After treatment conclusion, the patient reported comfort and better mastigatory stability.

KEYWORDS: Dental implant, oral rehabilitation, dental prosthesis.

1. INTRODUÇÃO

O edentulismo afeta consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo ao alterar a função mastigatória, a fala e a estética; podendo ainda causar problemas emocionais visto que muitos pacientes relatam problemas de relacionamento interpessoal devido ao uso de próteses totais^{1,2,3}. A habilidade mastigatória em pacientes usuários de prótese total bimaxilar é consideravelmente diminuída quando comparada com pacientes dentados e sua eficiência mastigatória acaba sendo ainda menor quando o paciente utiliza a mesma prótese por mais de 5 anos^{4,5}.

Próteses totais inadequadas podem ocasionar transtornos na vida dos indivíduos, tais como as desordens temporomandibulares (DTMs) devido à perda da dimensão vertical de oclusão (DVO) como consequência do desgaste dos dentes artificiais. Sendo assim, quando relacionamos o tempo de uso à qualidade das próteses nota-se que, quanto maior o tempo de uso da mesma, pior será a qualidade de vida do indivíduo^{1,6}.

Com os avanços da odontologia, surgiram as próteses mandibulares muco-suportadas e implanto-retidas. Essas resultaram em uma melhora da função mastigatória e estabilidade da prótese além de melhora na percepção oral e qualidade de vida em pacientes desdentados totais, quando comparado com as próteses convencionais. As overdentures podem ser confeccionadas sobre 2 a 4 implantes, sendo que seus retentores podem ser do tipo bola ou barra clip. Porém, independentemente do tipo de retentor utilizado, não há diferença significativa para o paciente^{7,8,9,10,11}.

Com o desenvolvimento de novas técnicas, surgiu a prótese do tipo protocolo para reabilitação de desdentados totais, apresentando maior previsibilidade da técnica. Essa modalidade reestabelece de forma adequada a função e a fala e, com isso, promove um maior conforto para o paciente, melhorando significativamente a sua qualidade de vida¹². Para região de mandíbula, a colocação de quatro implantes

posicionados entre os forames mentonianos mostrou-se suficiente para sustentação de uma prótese total fixa¹³.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de confecção de prótese total superior e protocolo inferior para a reabilitação de uma paciente que já utilizava uma overdenture antiga.

2. CASO CLÍNICO

Paciente N. M., 58 anos, gênero feminino, compareceu à clínica de Odontologia da Uningá utilizando uma prótese total superior e uma overdenture inferior sustentada por dois implantes com o sistema O'Ring (Figura 1). Paciente relatou que a overdenture estava com os dentes com facetas de desgastes e apresentava retenção deficiente.



Figura 1. Rebordo superior e rebordo inferior com attachment bola mini

No exame clínico, foi observado que ambas as próteses estavam com os dentes desgastados devido ao tempo de uso (Figura 2). A paciente relatou que usava as próteses há 6 anos.



Figura 2. Desgaste oclusal das próteses totais antigas

Foi sugerido à paciente três planos de tratamento:

Plano de tratamento 1: instalação de implantes e enxerto na maxila e instalação de mais dois implantes na mandíbula para confecção de próteses protocolo.

Plano de tratamento 2: Confecção de uma nova prótese total maxilar e instalação de mais dois implantes na mandíbula para confecção de uma prótese protocolo.

Plano de tratamento 3: Confecção de uma nova prótese total maxilar e uma nova overdenture mandibular.

A paciente optou pelo plano de tratamento 2.

Após tomografia de mandíbula para planejamento dos dois implantes na região dos dentes 42 e 32, constatou-se que havia quantidade e espessura óssea suficientes para a colocação dos implantes. O arco inferior foi moldado para confecção de um guia cirúrgico para instalação correta dos implantes (Figura 3).



Figura 3. Guia de posicionamento cirúrgico dos implantes

Os implantes de hexágono externo (Neodent®) foram selecionados com o tamanho adequado (3.75x9mm) para quantidade de osso da paciente. Optou-se por colocação de tapa implante e fechamento total do retalho. A paciente não utilizou a overdenture até cicatrização e remoção de sutura.

A sutura foi removida após 10 dias da cirurgia. Sequencialmente, a overdenture foi ajustada para ser usada como prótese provisória. Aguardou-se 4 meses após a colocação do implante para iniciar a moldagem.

A reabertura não foi necessária pois os parafusos de cobertura dos implantes estavam expostos. Iniciou-se, então, a etapa de moldagem, com a instalação de minipilares de 1mm de transmucoso e os respectivos transferentes para moldeira aberta. Os transferentes foram unidos com resina acrílica vermelha (Duraley®) (Figura 4) para posterior moldagem com silicone de condensação (Optosil® - Heraeus) (Figura 5). No rebordo superior foi realizada moldagem anatômica com alginato (Hydrogum5® - Zhermack). Após moldagem, foi realizada a confecção da barra metálica para a prótese protocolo mandibular.



Figura 4. União dos transferentes de mini pilar com resina Duraley® vermelha.

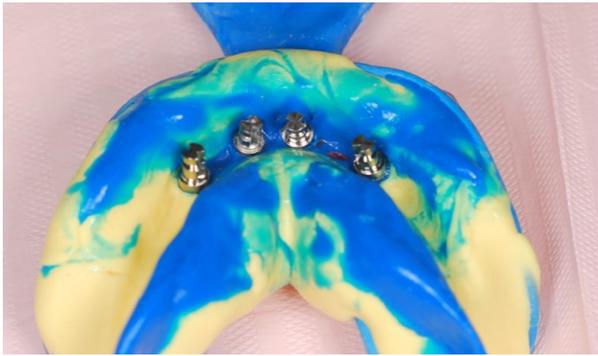


Figura 5. Adaptação dos análogos na moldagem de transferência

Na sessão seguinte, foi realizada a moldagem funcional da maxila com pasta zinco enólica após selamento periférico com godiva em bastão. No arco inferior, realizou-se a prova da barra metálica e pode-se observar que a barra se adaptou de forma passiva sobre os mini-pilares, sem gaps entre mini-pilares e a barra (Figura 6).



Figura 6. Prova da barra metálica

Com a barra adaptada, seguiu-se para a prova do rolete de cera superior e inferior. Primeiramente o ajuste foi realizado no rolete inferior, deixando-o na altura da linha do lábio inferior e com o volume vestibular adequado. Em seguida, ajustou-se o rolete de cera superior de acordo com a dimensão vertical de oclusão (DVO), espaço funcional livre (EFL), curva de Spee, corredor bucal e volume vestibular do rolete. Foram marcadas a linha alta do sorriso, linha do canino e linha média. Em seguida, foi selecionada a cor dos dentes (Figura 7).



Figura 7. Ajuste do rolete superior e inferior

Ao realizar a prova estética e funcional dos dentes, foi avaliado o posicionamento dos dentes, altura do sorriso, corredor bucal, curva de Spee, e novamente foram realizados os testes de ordem estética, métrica e fonética, a fim de conferir se a DVO e o EFL da paciente estavam adequados (Figura 8). Após checar todos os quesitos, pôde-se observar que a prótese estava montada de forma adequada, visto que a paciente apresentava fala e deglutição de forma correta. A paciente gostou da montagem dos dentes e autorizou sua acrilização.



Figura 8. Prova dos dentes em cera.

Na sessão seguinte, foi realizada a instalação das próteses, bem como foram dadas as orientações de higiene para a paciente (Figura 9). O vedamento dos acessos aos parafusos do protocolo mandibular foi feito de forma provisória com Bioplic. Após 15 dias, a paciente retornou para avaliação sem nenhuma queixa e, então, foi realizado o vedamento definitivo dos acessos aos parafusos com resina composta (3M® – z-250).



Figura 9. Foto final do sorriso.

3. DISCUSSÃO

A prótese fixa implanto-suportada é uma excelente escolha para a reabilitação de pacientes desdentados totais, pois restabelece as funções e a estética do paciente de forma adequada^{12,13,14}.

A retenção de próteses totais é um dos fatores que causam maior ansiedade em pacientes edêntulos que passam por uma reabilitação. Na opinião dos mesmos, a prótese inferior possui uma adaptação mais difícil quando comparada à superior. Pacientes que utilizam

próteses inadequadas possuem um desconforto físico, mas há também fatores psicológico e emocional envolvidos. Além disto, o edentulismo e o uso de um único par de próteses totais por muito tempo podem causar desordens temporomandibulares, já que, com a perda da DVO, o côndilo mandibular desloca-se para uma posição mais posterior e superior. Esse posicionamento do côndilo pode ser responsável pelo deslocamento de disco, além de comprimir a zona responsável pela nutrição da ATM^{1,2,6,15}.

As próteses do tipo *overdenture* foram desenvolvidas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes edêntulos pois possibilitam melhora na função mastigatória, na retenção da prótese, na força de mordida e qualidade de vida de um modo geral, bem como há uma melhora nítida na percepção da saúde bucal do paciente, se comparada aos resultados obtidos com a prótese total convencional^{7,9,10,11}.

Para confeccionar uma prótese adequada sobre implante e conseguir sucesso na reabilitação de um paciente edêntulo total é necessário um conhecimento prévio sobre conceitos de oclusão. Para a análise correta da DVO do paciente a ser reabilitado devem ser feitas algumas considerações envolvendo aspectos de avaliações intra e extra orais. Na avaliação extra oral deve-se observar o perfil facial do paciente, a estética, e se este possui alguma desordem temporomandibular. Na avaliação intra oral deve-se observar a oclusão e as condições da estrutura dental (ABDUO et al., 2012; DALLAZEN et al., 2014)^{16,17}. Para reabilitação protética total não há referências dentárias, portanto, a referência utilizada para dar início a reabilitação é a Relação Cêntrica (RC), que é definida como a relação maxilo-mandibular em que os côndilos articulam com seus respectivos discos na posição ântero-superior em relação a eminência articular. Essa posição independe do contato dentário e sua utilização como referência faz-se necessária para que haja uma estabilidade na oclusão do paciente durante todas as fases do tratamento^{18,19}.

Neste caso, a determinação da DVO foi baseada na associação dos métodos estético, métrico, fonético e deglutição. Assim, a dimensão vertical pode ser reestabelecida com maior precisão do que com a utilização de apenas um método^{17,20}.

A *overdenture* apresenta algumas vantagens da em relação à prótese do tipo protocolo. A *overdenture* tem sua higienização facilitada, pois pode ser removida pelo paciente em casa, vindo a causar menos problemas peri-implantares; pode ser realizada com a colocação de apenas dois implantes, fato este que faz com que o custo para o paciente seja menor; e caso necessite de reparos, estes são mais fáceis de serem realizados. Suas principais desvantagens em relação à protocolo são: deve ter espaço oclusal suficiente para acomodação dos retentores; há ainda pequena movimentação, pois a *overdenture* não é uma prótese fixa; há necessidade de manutenção com maior frequência³.

A maior desvantagem da prótese protocolo em

relação à *overdenture* é o fato de a protocolo ser uma prótese fixa, fato este que confere uma maior dificuldade de higienização. Portanto, o paciente deve ser conscientizado da importância da terapia de manutenção periodontal para que não haja perda de implantes por peri-implantite²¹. Lesões peri-implantares são comumente encontradas ao redor de implantes com controle de placa inadequado. Desta forma, a orientação de higiene oral para o paciente usuário de prótese do tipo protocolo e a exemplificação de como esta etapa é de suma importância para o sucesso do tratamento a longo prazo mostram-se relevantes para que o paciente mantenha um bom controle de placa, sendo também necessária a frequência de ida ao consultório para terapia de manutenção básica. Outro fator a ser considerado a respeito da higienização de próteses fixas sobre implantes é o formato da prótese, que deve ser confeccionada de modo a favorecer a higiene^{22,23}. A higienização deve ser feita com fio dental, a ser utilizado entre os minipilares protéticos na região de pânticos, seguida do uso de escovas de cerdas simples e interdentais para auxiliar na higienização²³.

A estabilidade da prótese protocolo é um dos fatores que mais traz benefícios para o paciente reabilitado. Por ser fixa, elimina o medo do paciente de que haja deslocamento da mesma, melhorando a mastigação, a fala e a reabsorção óssea do rebordo²⁴.

Para uma correta indicação de cada tipo de prótese deve-se avaliar o estado clínico e o perfil do paciente. Para confecção de uma prótese do tipo protocolo deve-se realizar a união dos transferentes de moldeira aberta com resina acrílica quimicamente ativada durante a moldagem de transferência dos implantes para que sejam obtidos melhores resultados e haja um número menor de ajustes na prova da barra. Contudo, deve-se respeitar as instruções do fabricante quanto ao tempo de presa da resina acrílica. A técnica de moldagem a ser escolhida deve ser a que o cirurgião possui mais domínio (RODRIGUES et al., 2010)²⁵. A passividade da barra metálica também é essencial para redução de desajustes e para não comprometer os parafusos de fixação da infraestrutura quando apertados. Caso não haja essa passividade durante a prova, a barra deve ser seccionada e soldada novamente²⁶.

4. CONCLUSÃO

Com base no exposto, conclui-se que próteses implant-suportadas são vantajosas devido a sua maior estabilidade mastigatória e previsibilidade de técnica, tendo como maior contrapartida a questão do custo mais elevado quando em comparação a outros tipos de próteses. No presente caso, a paciente mostrou-se satisfeita ao final do tratamento.

REFERÊNCIAS

- [01] Cabrini J, Fais LMG, Compagnoni MA, et al. Tempo de uso e a qual idade das próteses totais – uma análise

- crítica. *Cienc Odontol Bras* 2008 Abr; 11(2):78-85.
- [02] Souza MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3):813-820.
- [03] Almeida HCR, Santana ETS, Santos NAT, *et al.* Clinical aspects in the treatment planning for rehabilitation with overdenture and protocol-type prosthesis. *Rev Gaúch Odontol* 2015 Jul; 63(3):271-276.
- [04] Matiello MN, Sartori IAM, Lopes JFS. Análise comparativa das habilidades mastigatórias de pacientes dentados e desdentados reabilitados com prótese total. *Salusvita* 2005; 24(3):359-375.
- [05] Franciozi MA, Virmond MCL, Franzolin S, *et al.* Influência do tipo de prótese total dupla na função matigatória. *Salusvita* 2013; 32(1):37-45.
- Souza SE, Cavalcanti NP, Oliveira LV, *et al.* Prevalência de desordens temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. *Rev Odontol UNESP* 2014 Mar; 43(2):105-110.
- [06] Schoichet JJ, Soares EL, Pinheiro AR, *et al.* Satisfação de Pacientes Portadores de Sobredentaduras Mandibulares Implanto-Retidas e Muco-Suportadas. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2010 Jan; 10(1):67-71.
- [07] Awad MA, Rashid F, Feine JS. The effect of mandibular 2-implant overdentures on oral health-related quality of life: an international multicentre study. *Clin Oral Impl Res* 2014 Jan; 25(1):46-51.
- [08] Boven GC, Raghoebar GM, Vissink A, *et al.* Improving masticatory performance, bite force, nutritional state and patient's satisfaction with implant overdentures: a systematic review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation* 2015 Mar; 42(3):220-233.
- [09] Nova FAV, Ambrosano GMB, Gebrin FL, *et al.* Oral health self-perception evaluation using mandibular overdenture prosthesis in public health care. *Rev Gaúch Odontol* 2015 Jul; 63(3):277-282.
- [10] Marinis A, Afshari FS, Yuan JC, *et al.* Retrospective Analysis of Implant Overdenture Treatment in the Advanced Prosthodontic Clinic at the University of Illinois at Chicago. *Journal of Oral Implantology* 2016 Feb; 42(1):46-53.
- [11] Prado AM, Teixeira KN, Schuldt FILHO G, *et al.* Avaliação da experiência e do grau de satisfação de pacientes tratados com próteses totais fixas sobre implantes. *Dental Pres Implantol* 2014 Out; 8(4):60-67.
- [12] Gallucci GO, Avrampou M, Taylor JC, *et al.* Maxillary Implant-Supported Fixed Prosthesis: A Survey of Reviews and Key Variables for Treatment Planning. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2016; 31(Suppl):192-197.
- [13] Greco GD, Freitas ABDA, Magalhães CS, *et al.* Review of follow-up of clinical success of implant-supported complete dental prostheses. *Rev Gaúch Odontol* 2014 Out; 62(3):261-266.
- [14] Souza MES, Villaça EL, Magalhães CS, *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3):841-850.
- [15] Abduo J, Lyons K. Clinical considerations for increasing occlusal vertical dimension: a review. *Australian Dental Journal* 2012 Mar; 57(1):2-10.
- [16] Dallazen E, Bueno ALN, Araujo FO, *et al.* Alternativas de tratamento para reabilitação bucal estética e funcional. *Rev Dental Press Estét* 2014 Abr; 12(2):51-61.
- [17] He SS, Deng X, Wamalwa P, *et al.* Correlation between centric relation-maximum intercuspatation discrepancy and temporomandibular joint dysfunction. *Acta Odontologica Scandinavica* 2010 Nov; 68(6):368-376.
- [18] Valle RT, Grossmann E, Fernandes RSM. Disfunções temporomandibulares: abordagem clínica. 1ª ed. São Paulo: Napoleão; 2015.
- [19] Millet C, Jeannin C, Vincent B, *et al.* Report on the determination of occlusal vertical dimension and centric relation using swallowing in edentulous patients. *J Oral Rehabil* 2003 Nov; 30(11):1118-1122.
- [20] Guerrera SM, Rabelo V, Freitas AC, *et al.* Avaliação dos tecidos peri-implantares em pacientes reabilitados com próteses totais fixas implantossuportadas. *Rev Dental Press Periodontia Implantol* 2010 Out; 4(4):93-105.
- [21] Serino G, Stro`M C. Peri-implantitis in partially edentulous patients: association with inadequate plaque control. *Clin Oral Implants Res* 2009 Fev; 20(2):169-174.
- [22] Alani A, Bishop K. Peri-implantitis. Part 2: Prevention and maintenance of peri-implant health. *British Dental Journal* 2014 Set; 217(6):26-35.
- [23] Imre MM, Marin M, Preoteasa E, *et al.* Two implant overdenture - the first alternative treatment for patients with complete edentulous mandible. *Journal of Medicine and Life* 2011 Abr; 4(2):207-209.
- [24] Rodrigues RA, Rodrigues RQF, Barros HP, *et al.* Avaliação in vitro Entre Diferentes Técnicas e Métodos de União de Transferentes de Moldagem Utilizados na Implantodontia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2010 Mai; 10(2):285-290.
- [25] Campi Junior L, Nagem Filho H, Fares NH, *et al.* Passividade da prótese sobre implante. *Innov Implant J, Biomater Esthet* 2010 Set; 5(3):53-59.