VALTER DA SILVA JUNIOR

Reabilitação protética com prótese overdenture: planejamento e execução – relato de caso clínico

ARAÇATUBA

2013

Identificação

Aluno: Valter da Silva Junior

Matrícula : 2008-1076

CPF: 368.549.318-35

RG: 45.829.075-0

Nascimento: 03/01/1990

Filiação: Leicir Ap. Paes da Silva / Valter da Silva Sobrinho

Graduando em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

VALTER DA SILVA JUNIOR

Reabilitação protética com prótese overdenture: planejamento e execução – relato de caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Orientador: Prof. Ass. Dr. Fellippo Ramos Verri

ARAÇATUBA

2013

Dedicatória

A Valter da Silva Sobrinho, meu pai; Leicir Aparecida Paes da Silva, minha mãe e Alessandro Willan da Silva, meu irmão que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me prover a vida, e colocar cada pessoa que se fez especial em meu caminho.

A minha família, pelo amor incondicional, carinho acolhedor e compreensão integral, que moldaram meu caráter e lapidaram minha personalidade fazendo de mim a pessoa que sou.

Aos meus amigos e a todos que sempre enxergaram o meu melhor, às que me ajudaram a enfrentar dificuldades, às que me divertiram e principalmente às que contribuíram para a minha conquista.

Aos professores que ensinaram e orientaram ao longo do curso.

Ao meu Orientador e Professor Dr. Fellippo Ramos Verri pelo apoio, atenção e dedicação durante minha graduação e condução deste trabalho, contribuindo de forma essencial em meu aprendizado.

À Universidade Estadual Paulista, pela oportunidade de realização do curso de graduação.

SILVA, V. **Reabilitação protética com prótese overdenture: planejamento e execução – relato de caso clínico. 2013.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Resumo

A população brasileira tem sofrido modificações ao longo dos últimos anos, devido à elevação da expectativa de vida e consequentemente ao envelhecimento populacional. Grande parte da população idosa atual passou por uma odontologia onde a prática de extrações era o principal procedimento terapêutico, motivo pelo qual a maioria dos idosos ou são usuários de próteses (principalmente próteses totais convencionais) ou necessitam utilizá-las. Assim, foi intuito deste trabalho apresentar um relato de caso clínico mostrando a reabilitação oral de um paciente parcialmente edêntulo, com problemas periodontais, má oclusão, restaurações insatisfatórias e saúde bucal geral prejudicada, oferecendo-lhe uma condição estética e funcional mais adequada. O aproveitamento de dentes naturais que possuíam condições favoráveis, como boa implantação óssea e periodontal, serviram de suporte e/ou retenção para confecção de uma prótese total tipo overdenture. As overdentures proporcionam significativo aumento de retenção, estabilidade e conforto em relação às próteses totais convencionais, diminuindo o desconforto, a instabilidade, aumentando a eficiência mastigatória e diminuindo a dificuldade na pronúncia, que são algumas das principais queixas de pacientes usuários de próteses totais convencionais. Para a instalação correta de uma overdenture são necessários tratamentos prévios como endodontias e tratamento periodontal, além da escolha correta do sistema de retenção a ser utilizado, que neste caso foi o sistema o'ring. Ao final do tratamento, o paciente se mostrou altamente receptivo e contente com o procedimento realizado, se mostrando muito satisfeito com o resultado apresentado em comparação com as expectativas iniciais do tratamento.

Palavras-chave: Prótese total, Retenção em prótese dentária.

SILVA, V. **Oral rehabilitation by overdenture: planning and execution – Case report. 2013.** Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Abstract

The Brazilian people has been modifying in last years by growing of live expectance and population aging. A great number of elderly people had instituted old procedures based in extractions as main therapeutic procedure. A larger number of this population are user of dental prosthesis (mainly complete dentures) or are needed for use then. So, it was aim of this report to show a case report of oral rehabilitation of a partially edentulous patient that presented periodontal disease, malocclusion, unsatisfactory restorations, aiming to improve the functional activity and aesthetic appearance. It was planned to use some natural tooth that have favorable conditions, as satisfactory osseous and periodontal implantation, to serve as support and/or retention to overdenture prosthesis. The overdentures permit significant increase of retention, stability and comfort to the patient, improving the masticatory efficiency and decreasing the phonetic difficult, that are some of main complaint of conventional complete denture users. To a correct planning, previous treatment were made, as periodontal adequacy, some extractions of compromised tooth, besides correct choice of retention system to use. In this case report, the system used was ball attachment (o'ring). After treatment, the patient reported high acceptance with the rehabilitation when questioned in relation to his initial expectance of treatment.

Keywords: Complete denture, retention in dental prosthesis.

Sumário

1. Introdução 9

2. Proposição 10

3. Relato de Caso 10

4. Considerações Finais 20

5. Referências Bibliográficas 23

1. Introdução

O número de pacientes que procuram tratamento odontológico está crescendo a cada dia. Além disso, esta procura tem crescido não só por resultados estéticos, mas também funcionais, pois um tratamento não realizado adequadamente pelo profissional proporcionará ao paciente um desconforto na fonética, na mastigação, interferindo diretamente tanto na sua vida pessoal, como na social. (Brennan M et al 2010). Paralelamente, a população brasileira vem sofrendo um processo de envelhecimento e consequentemente essa população aumenta o uso de próteses dentarias, especialmente a prótese total convencional. Por ser uma prótese mais acessível financeiramente e/ou pela falta de orientação e/ou educação que o paciente recebeu durante sua vida, este prefere a extração de todos os elementos dentários e colocação de uma prótese total mais do que a realização de um tratamento conservando algumas raízes como suporte e/ou retenção. Somando esse item com o tratamento mal realizado pelo cirurgião dentista, vamos ter próteses instáveis na cavidade oral do paciente; pacientes com dificuldade na fala, na mastigação; aparecimento lesões bucais por prótese mal adaptadas, etc. (Awad MA et al 2003). Dessa forma, a procura de novos meios de tratamentos se faz necessários para se ter uma melhor aceitação das próteses por parte dos pacientes. Uma dessas formas é a utilização de próteses totais tipo overdenture, que são próteses no qual se utiliza de sistemas de encaixes, como o sistema o'ring ou ERA, por exemplo, sobre remanescentes dentários (que possuam as condições periodontais necessárias), ou até mesmo de implantes, para obterem uma maior retenção protética e diminuir o desconforto do paciente com a sua prótese dentária (Bolouri, 1984). Diante do exposto, é justo considerar que o cirurgião dentista deve conhecer e avaliar as características de cada sistema de retenção e das condições dos remanescentes dentários a serem utilizados como pilares, para que possa selecionar e aplicar o mais adequado para cada caso. Isso tornará o prognóstico do tratamento reabilitador mais favorável e aumentará a longevidade do aparelho protético.

Dentre os vários sistemas, o sistema o'ring é talvez o mais consagrado na literatura, de fácil instalação, manuseio, possuindo alguns tamanhos diferentes, mas,

basicamente, possuindo um sistema de bola cimentada sobre a raiz residual, e uma cápsula com anel de retenção fixado internamente na prótese. Além disso, esse sistema possui vantagens, como a possibilidade de uso com os implantes isolados, possibilidade da adequação da retenção com a utilização de diferentes anéis de retenção, além de possuir melhor capacidade biomecânica e higienização das próteses confeccionadas. (Davis DM et al 2001). Logo, a utilização do sistema o'ring proporciona o aproveitamento de dentes contra-indicados para qualquer outro tipo de reabilitação, a maior retenção e estabilidade, menor necessidade de ajustes, menor carga na mucosa, redução do trauma psicológico do paciente e o aumento do conforto e das funções da prótese total. (Matsumoto et al 2002).

2. Proposição

Assim, pelo exposto, será relatado um caso clínico de paciente que se apresentou com colapso oclusal, algumas perdas dentárias, e necessidade de se realizar reabilitação com prótese e que, após consulta e discussão do caso, optou por se confeccionar uma prótese total do tipo overdenture, retida por sistema de retenção tipo o'ring em alguns elementos remanescentes após endodontia prévia.

3. Relato de caso

O paciente AZF compareceu à clínica procurando atendimento odontológico devido a problemas periodontais, perda de elementos dentários, má oclusão, restaurações insatisfatórias, saúde bucal geral prejudicada e com deficiência estética e funcional do aparelho mastigatório, não apresentando nenhum problema sistêmico digno de nota.

3.1. Exame extra e intra oral

Ao exame extra oral (Figura 1A) foi verificado que, muito embora haja colapso oclusal, não havia perda visível de dimensão vertical. Verificou-se que havia apenas uma pequena diminuição do suporte de lábio em virtude da perda de alguns elementos anteriores.

Ao exame intra oral (Figura 1B a 1F), foi possível observar detalhadamente o colapso oclusal, possuindo o paciente alguns dentes ausentes (12, 14-15, 18, 22, 24-25, 26, 28, 34-38 e 46-48) ou fraturados (11), sendo a maioria com mau posicionamento, inclusive com áreas visíveis de desgaste e inversão da curva de Spee, principalmente do lado direito.



A



B



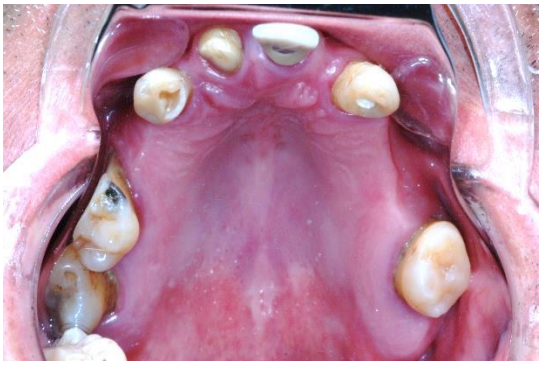
C



D



E



F

Figura 1 – Exame clínico inicial (extra e intra oral). 1A – vista frontal do sorriso; 1B – vista frontal intraoral; 1C – vista lateral direita intraoral; 1D – vista lateral esquerda intraoral; 1E – vista oclusal dos dentes inferiores; 1F – vista oclusal dos dentes superiores.

A gengiva mostrava-se de formato irregular em algumas áreas, com grandes perdas volumétricas em algumas regiões; porém, saudável em sua quase totalidade. Também foi possível observar irregularidades nas próteses metelocerâmicas, inadequada no dente 21, com presença de cálculo tanto na parte inferior anterior como na parte superior posterior pressupondo grande perda óssea em quase todos os dentes. Alguns dentes possuíam mobilidade periodontal de grau 2 a 3. Assim, foi diagnosticada má oclusão generalizada devido ao mau posicionamento dentário, perdas e mobilidade, sendo alguns dentes condenados após exame radiográfico, que será descrito a seguir.

Cabe ressaltar que, como visto na figura 1E e 1F, muito embora estas fotografias representem a situação clínica inicial do paciente, alguns dentes já haviam sido indicados para tratamento endodôntico no momento da tomada das fotografias iniciais ilustrativas deste trabalho.

3.2. Exame radiográfico

Para confirmação do diagnóstico clínico foram requisitadas radiografias panorâmicas e peri-apicais (Figura 2A e 2B) que confirmaram a grande perda óssea nas áreas de molares superiores bilateralmente e nas áreas posteriores inferiores desdentadas. Nas radiografias também foi possível verificar tratamento endodôntico em alguns dentes, presença de cálculo generalizado localizado principalmente na região de anteriores inferiores, que também apresentavam inserção óssea comprometida.

Assim, diante das radiografias apresentadas, foi planejada a confecção de uma prótese total tipo overdenture, suportada por sistema o’ring sobre alguns remanescentes dentários ainda viáveis, selecionados pela sua condição periodontal e implantação óssea.

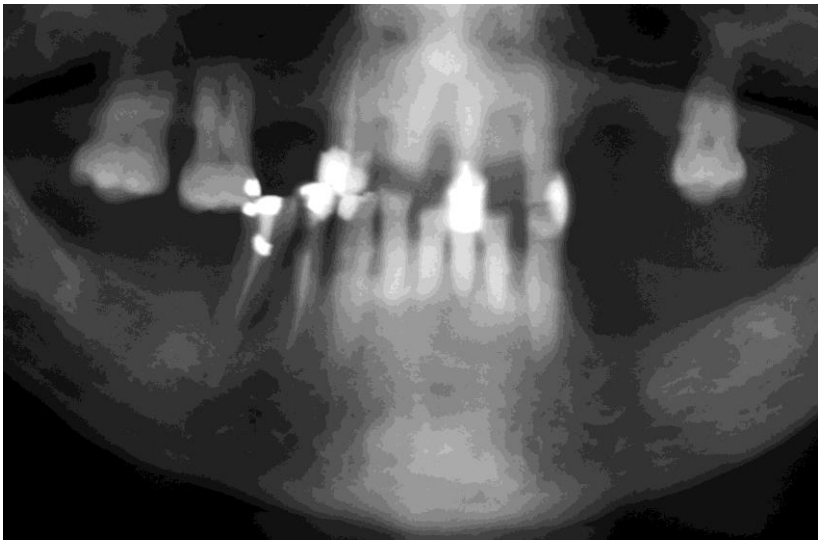


Figura 2A – Corte de radiografia panorâmica mostrando as perdas ósseas generalizadas, com alguns dentes com tratamento endodôntico e restaurações atuais antes do tratamento.

Por este critério, foi indicada exodontia dos elementos 11, 16-17, 27, 32-42 e 45, que já não possuíam condições para suportar ou servir como elemento retentor de próteses. Os demais elementos foram selecionados para suporte, sendo realizado o tratamento endodôntico desses elementos. Com isso, a confecção da prótese total tipo overdenture promoverá a reabilitação da cavidade bucal em todas as suas funções (estética, fonética e mastigação), repondo de forma eficaz os dentes ausentes ou perdidos e proporcionando assim ao paciente um maior conforto e uma melhor adaptação com a prótese.



Figura 2B –Radiografias periapicais mostrando situações individuais de cada dente analisado.

Após análise clínica, radiográfica e do modelo de estudo foi possível comprovar que havia a possibilidade de manutenção de alguns elementos dentários para utilização de sistemas de retenção sobre raiz e confecção da overdenture.

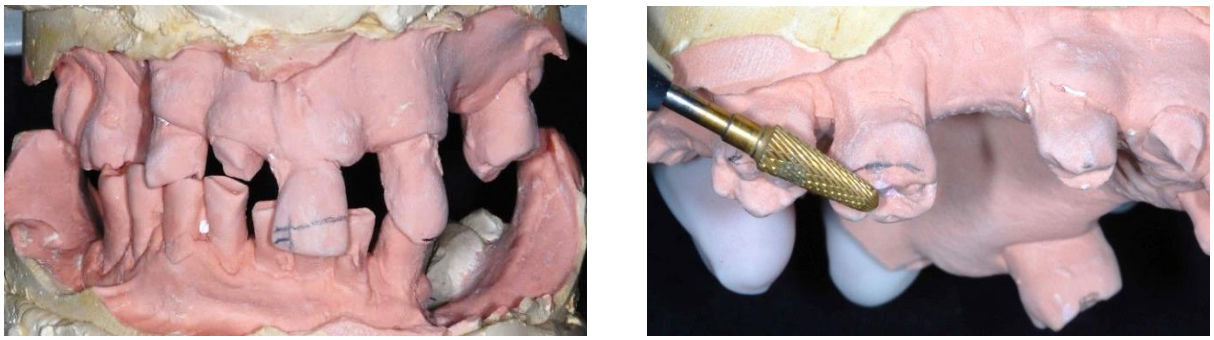
O plano de tratamento preparatório incluiu a extração dos dentes identificados como perdidos (dentes: 11, 16, 17, 27, 32, 31, 41, 42, 45), tratamento endodôntico dos dentes 23, 33, 43, retratamento endodôntico dos dentes 13, 21, 44 e prótese total imediata. No tratamento restaurador foram propostos os pinos com o sistema de retenção O'ring nos dentes 13, 23, 33, 43, 44, coping liso no dente 21 e overdenture superior e inferior.

Após o planejamento, este foi discutido como paciente que optou por manter o programado pelo profissional, iniciando os procedimentos de reabilitação para a confecção de uma prótese overdenture que, inicialmente, seria feita através de um par de próteses totais imediatas.

3.3. Procedimentos laboratoriais pré-cirúrgicos

Após planejamento dos dentes suporte para a overdenture e os que vão ser extraídos foram programados os procedimentos laboratoriais prévios à cirurgia. Assim, durante a fase de endodontia dos elementos que seriam aproveitados, o paciente foi moldado com alginato (arco superior e inferior) para obtenção do modelo de trabalho, obtenção do registro utilizando arco facial, montagem dos modelos em máxima intercuspidação habitual (Figura 3A).

Em laboratório, foi realizada a cirurgia de modelo, onde nesta fase foram executadas as remoções das coroas que receberiam os attachments e dos dentes que seriam extraídos como auxílio de uma broca max-cut (Figura 3B), confecção dos planos de orientação mantendo a dimensão vertical apresentada pelo paciente, montagem e acrilização das próteses total provisórias.



A B

Figura 3 - Montagem em ASA dos modelos de trabalho e cirurgia de modelos. 3A – Remontagem em articulador após cirurgia de modelo inferior; 3B – Dentes superiores a serem desgastados.

3.4. Procedimentos clínicos cirúrgicos e instalação da prótese imediata

Após finalização do processamento da prótese imediata (Figura 4A), foram realizados os procedimentos clínicos e cirúrgicos, colocando em prática na cavidade bucal do paciente tudo que foi planejado nos modelos, desgastando e preparando os dentes pilares e realizando as exodontias programadas. (Figura 4) Cabe ressaltar que durante esta fase, é indicado que se realize o seccionamento dos dentes que servirão como pilares da prótese overdenture futuramente antes do início das

extrações a fim de que se evite que detritos oriundos deste seccionamento possam se alojar nas lojas cirúrgicas e proporcionar contaminação local. (Figura 4B a 4F)

Em seguida, foram realizadas as exodontias por técnica convencional além da regularização dos rebordos seguindo o planejamento executados nos modelos montados em articulador. Ressalta-se que, muito embora seja possível e viável a colocação imediata da prótese, a adaptação neste caso foi feita 4 dias após o procedimento cirúrgico para que já ocorra diminuição do edema pós-cirúrgico e favoreça a adaptação da prótese imediata. Nesse período pós-cirúrgico foi prescrito Amoxicilina 500mg, via oral, 1 comprimido de 8 em 8 horas durante 7 dias; Nimesulida 100mg, via oral, 1 comprimido de 12 em 12 horas, durante 5 dias e dipirona sódica 500mg/ml, via oral, 20 a 30 gotas em caso de dor. Apesar de não citados anteriormente, guias cirúrgicos foram realizados antes da acrilização das próteses para servir como guia durante a cirurgia em relação às áreas que ainda necessitavam de desgaste ósseo ou diminuição tecidual gengival. Durante a instalação, como já havia diminuição do edema, foi possível utilizar pasta branca zincoenólica para marcação de áreas de compressão que também foram regularizadas internamente na prótese antes do reembasamento com resina soft e instalação final no paciente, que segui-se com ajuste oclusal por esquema de oclusão bilateral balanceada.



A



B



C



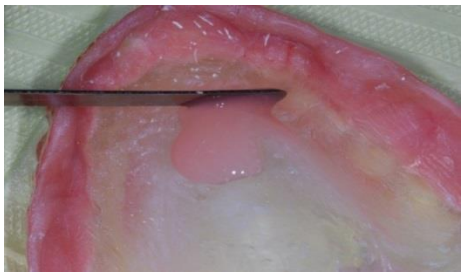
D



E



F



G



H

Figura 4 – Fotografias ilustrativas de procedimentos clínicos de instalação de prótese imediata. 4A – Prótese Imediata processada; 4B e 4C – Ilustração do seccionamento dos dentes superiores; 4D – Ilustração do seccionamento dos dentes inferiores; 4F – Fotografia pós-cirúrgica de 4 dias mostrando áreas de exodontia dos dentes comprometidos e seccionamento dos demais; 4G – Ilustração do reembasamento da prótese imediata; 4H – Prótese imediata instalada e ajustada.

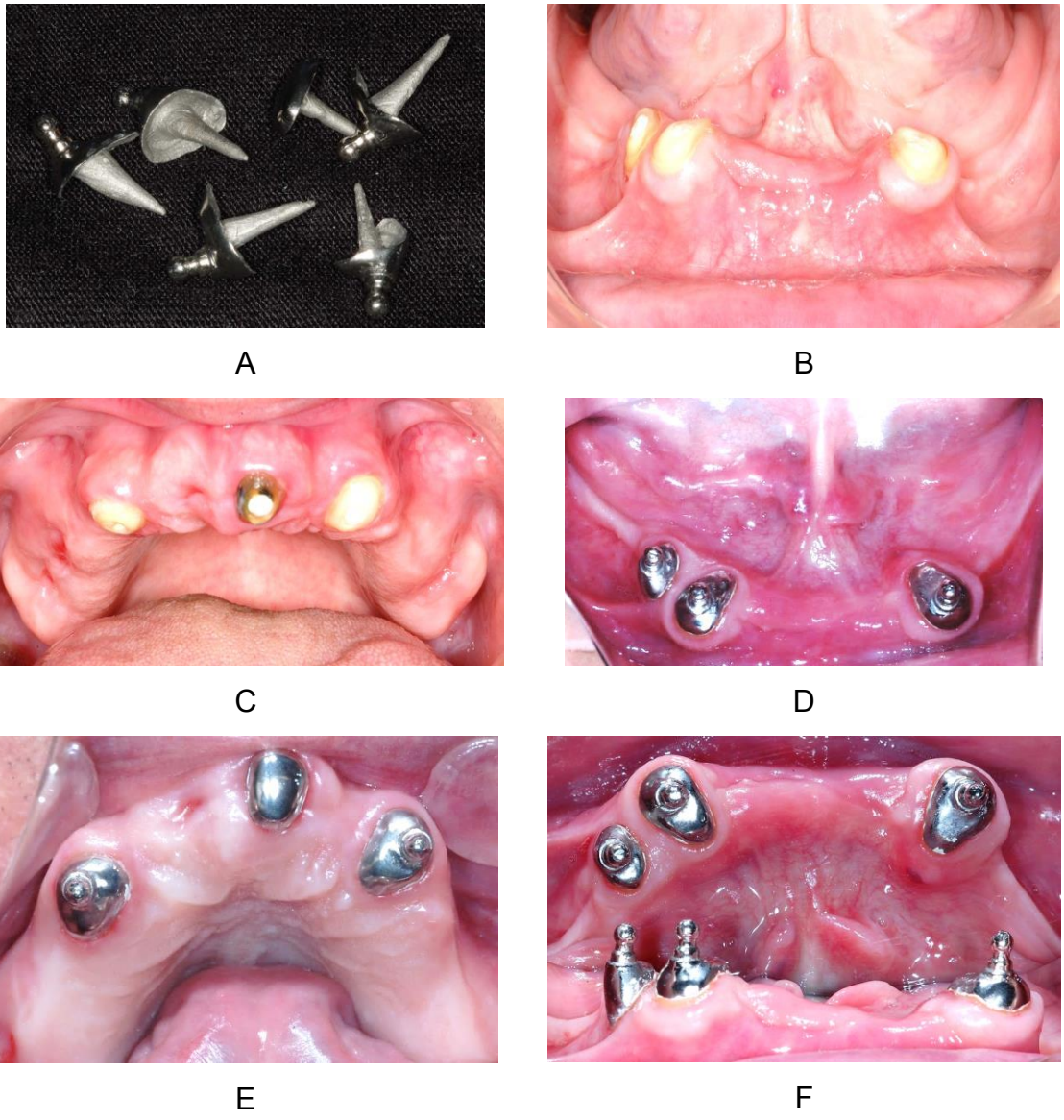
3.5. Confecção de prótese overdenture bimaxilar

Em seguida, o paciente foi controlado por 20 dias após remoção dos pontos e 10 dias para que se procedesse a cicatrização das áreas cirúrgicas, totalizando 1 mês total de cicatrização após o procedimento cirúrgico.

Após cicatrização, procedimentos convencionais de preparo de pilares para instalação de o'rings foram realizados, bem como moldagem dos condutos e arcadas com material à base de silicone de condensação com moldagem prévia de borda, já buscando cópia funcional das arcadas a serem reabilitadas.

Os modelos foram então montados em articulador por técnica convencional, utilizando-se arco facial e bases de prova, respeitando-se a mesma dimensão vertical obtida nas próteses provisórias. Procedeu-se a prova funcional da montagem dos dentes artificiais, que foi aprovada pelo paciente. Em seguida, os sistemas de retenção foram posicionados por auxílio de delineador, buscando paralelismo entre eles, e fundidos, respeitando os espaços disponíveis da montagem anteriormente provada que, infelizmente, mostrou não haver espaço para colocação de sistema de retenção no elemento 21, que foi finalizado com capuz ao invés de sistema o'ring. Os metais foram provados nos preparos, bem como uma nova prova funcional com estes componentes em posição, antes da acrilização final.

Finalmente, foram realizadas as cimentações dos componentes de retenção e suporte (Figura 5) sobre os respectivos dentes pilares, os quais mais tarde serviriam de encaixe para a prótese.



A B C D E F

Figura 5 – Ilustração da cimentação dos componentes de suporte e retenção. Figura 5A – O'rings e capuz fundido; 5B e 5C – Situação dos pilares remanescentes antes da cimentação final dos componentes protéticos; 5D – Vista intraoral oclusal dos o'rings inferiores cimentados; 5E – Vista intraoral oclusal dos o'rings Superiores cimentados; 5F – Vista intraoral frontal (parte inferior) mostrando o paralelismo dos o'rings cimentados, que foram posicionados por auxílio de delineador.

Finalmente, foi feita a instalação das próteses totais tipo overdenture sobre os encaixes e rebordo remanescente, utilizando-se técnicas convencionais de adaptação. Inicialmente buscou-se verificar as áreas de adaptação por auxílio de pasta branca zincoenólica, uma vez que o rebordo remanescente seria o principal responsável pelo suporte final da prótese, auxiliado apenas pelo capuz do dente 21. Em seguida, as cápsulas de retenção do sistema o'ring foram capturadas com resina

acrílica ativada quimicamente, observando-se ótima adaptação e retenção finais, o que deixou o paciente muito satisfeito. (Figura 6)



A B C D

Figura 6 – Vista final da prótese overdenture instalada. 6A – Vista lateral direita; 6B – vista lateral esquerda; 6C – Vista frontal; 6D – Vista do sorriso final.

4. Considerações finais

As dificuldades no uso das próteses totais convencionais estão relacionadas à perda de habilidade motora, redução do fluxo salivar, vulnerabilidade dos tecidos fibromucosos e, principalmente, à grande reabsorção óssea. Uma queixa frequente dos pacientes desdentados é a ausência de retenção e estabilidade das próteses totais convencionais. Isto está relacionado ao processo fisiológico progressivo de reabsorção do rebordo alveolar decorrente da perda dos elementos dentais. A ausência de retenção somada à falta de estabilidade das próteses totais provoca redução da força mastigatória e dificuldade na articulação das palavras, interferindo na autoestima e qualidade de vida destes pacientes. O uso de uma overdenture proporciona simplicidade na construção protética, fácil manutenção, estabilidade e retenção adequadas, menos traumas para os tecidos de suporte e ótima estética.

Para a obtenção dos o'rings existem dois tipos de moldagem para os condutos radiculares, a técnica direta e a indireta. Nesse caso clínico foi utilizado a técnica indireta, sendo realizando o preparo intra-radicular, em seguida à confecção da moldagem com reprodução dos preparos dentários da cavidade bucal do paciente, seguindo a montagem de modelos em articulador e posterior confecção do padrão em laboratório e fundição/confecção do padrão metálico fundido em metal níquel-cromo. Apesar da técnica direta também possibilitar bons resultados, a técnica indireta permite não só a moldagem dos condutos, mas também a obtenção de um modelo único já para a confecção da prótese total a ser encerada sobre ele. Assim, essa técnica tem a vantagem de ter um menor numero de etapas, além de menor probabilidade de imprecisão da peça fundida, já que é a única que permite a orientação correta das fundições quanto ao paralelismo no delineador.

A captura das cápsulas do sistema o'ring foi realizada de forma direta, com a prótese terminada, já com os espaços abertos para acomodar as cápsulas. Assim, a cápsula é capturada diretamente na boca, e o paciente a mantêm fechada e em oclusão leve até a polimerização direta da resina. Se houver interferência no assentamento pode haver movimentação da mesma e uma captura incorreta. Portanto, usa-se uma broca esférica ou similar para desgastar mais o acrílico internamente até a correta abertura do espaço da cápsula e em seguida coloca-se resina autopolimerizável na face plástica no interior da overdenture (nos espaços deixados após a prensagem na mufla ou abertos posteriormente), sendo aplicada resina adicional sobre as cápsulas e seguindo assentamento de todo o conjunto na boca. Após, é feito apenas um acabamento interno ao redor da cápsula. Apesar de existir possibilidade de se acrilizar a prótese já com as cápsulas em posição, esta é uma técnica mais passível de erro, pois pode haver uma diferença na movimentação das cápsulas durante o processo e não adaptar corretamente sobre os pilares. Além disso, o fato de ainda não estar capturado possibilita uma primeira adaptação da prótese diretamente sobre a mucosa e capuz para uma melhor acomodação e ajuste antes da captura final, já que o sistema é tido como retenção apenas.

Na fase de instalação da prótese definitiva foram realizadas consultas de controle após 7 dias da instalação e, controles mensais. Os únicos ajustes realizados durante esta fase foram alívio de base em áreas de traumas, que foram mínimos, e refinamento do ajuste oclusal. O paciente encontra-se satisfeito com a técnica empregada e, não foi relatado e identificado nenhuma complicação na

prótese que merecesse destaque até o momento. Quanto às melhorias, além da parte estética que ficou visivelmente melhorada, o paciente relatou grande conforto em relação à mastigação, além de melhoria em relação ao mal cheiro que era uma das suas queixas principais. Questionado sobre a execução do tratamento novamente, o paciente relatou que devido à sua satisfação recomendaria o tipo de prótese e sistema de retenção como forma de reabilitação a seus amigos e familiares.

5. Referências bibliográficas

1. Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. Int J Prosthodont 2003; 16(2):117-22.

2. Bolouri AL. Proposed treatment sequence for overdentures. J Prosth Dent. 1984; 44(5):247-50.

3. Bonachela WC, Rossetti PHO. Overdentures: das raízes aos implantes osseointegrados – planejamentos, tendências e inovações. São Paulo: Ed. Santos; 2002. 216 p.

4. Brennan M, Houston F, O'Sullivan M, O'Connell B. Patient Satisfaction and Oral Health–Related Quality of Life Outcomes of Implant Overdentures and Fixed Complete Dentures. Int J Oral Maxillofac Implants 2010;25:791–800.

5. CARDOSO, A.C, et al. Prótese sobre implantes d a2ºEtapa cirúrgica à reabilitação final. São Paulo: Santos Editora, 2005.

6. Davis DM, Packer ME. The maintenance requirements of mandibular overdentures stabilized by astra tech implants using three different attachment mechanisms – balls, magnets, and bars; 3 – year results. Eur J Prosthodont Rest Dent 2001; 8(4):131-4.

7. Matsumoto PM, Netto HC, Junior TJAP, Faria R. Atualidades sobre overdentures: dentossuportadas e implantossuportadas. PCL 2002; 4(22):509-13.

8. MEZZOMO, Elio e Cols. Prótese Parcial Fixa - Manual de Procedimentos. Ed, Santos, 2004.