

Marcel Carreto Eguchi

Planejamento cirúrgico-protético para prótese tipo
overdenture com confecção de próteses totais imediatas –
Relato de Caso Clínico

Araçatuba/SP

2013

Marcel Carreto Eguchi

Planejamento cirúrgico-protético para prótese tipo
overdenture com confecção de próteses totais imediatas –

Relato de Caso Clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia
de Araçatuba – UNESP para obtenção do
título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Fellippo Ramos Verri

Co-Orientador: Prof. Ass. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro

Araçatuba/SP

2013

Identificação

Aluno: Marcel Carreto Eguchi

Matrícula : 2008-1062

CPF: 371571378-01

RG: 44.750.922-6

Nascimento: 18/04/1989

Filiação: Marisa Carreto Eguchi / Paulo Eguchi

Graduando em Odontologia da Faculdade de Odontologia de

Araçatuba - UNESP

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais que me proporcionaram condições de alcançar esta conquista, me incentivaram, com muito amor e confiança;

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP pelo conhecimento;

Ao Prof Dr. Fellippo Ramos Verri pela paciência, dedicação e atenção durante minha graduação e condução deste trabalho;

A todos os professores, funcionários e alunos que contribuíram não só para a conclusão desta etapa, como também serviram de inspiração.

A todos os pacientes o quais pude acompanhar e que me retribuíram com compreensão, satisfação e gratidão; foram eles mais que importantes;

Agradeço também aos meus amigos, que durante esta jornada, se tornaram minha nova família, com os quais compartilhei de momentos que ficarão eternizados;

E a Deus, que tornou tudo isso possível.

Eguchi MC. **Planejamento cirúrgico-protético para prótese tipo overdenture com confecção de próteses totais imediatas – Relato de Caso Clínico.** Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Resumo

As próteses imediatas são indicadas em casos pós-cirúrgicos de exodontias, a fim de se manter a estética, fonética e mastigação, além de evitar a perda de dimensão vertical de oclusão, impedir colapso labial, afundamento dos tecidos das bochechas e prevenir traumatismo sobre a ATM. O seu planejamento deve ser meticuloso, já que as próteses serão acrilizadas sem provas funcionais na boca do paciente. Assim, foi o intuito deste trabalho apresentar um relato de caso clínico focando o planejamento da prótese imediata de paciente que apresentava alguns dentes que posteriormente seriam utilizados como retentores de uma prótese overdenture, e que até determinado momento necessitaria de uma prótese imediata. Esta prótese seria utilizada para reestabelecer a parte funcional e estética, além de permitir o equilíbrio emocional, facilitando a continuidade da vida social. Com o tratamento proposto, o paciente se mostrou altamente receptivo e contente, ficando bastante satisfeito com as próteses imediatas. A prótese overdenture foi instalada posteriormente e o planejamento protético foi fundamental para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Prótese Imediata; Prótese Total

Eguchi MC. **Prosthetic and surgical planning to overdenture with immediate complete denture as interim rehabilitation. Case Report.** Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2013.

Abstract

The immediate denture is indicated to post-surgical cases of tooth extractions, aiming maintenance of esthetic, phonetic and mastication, beyond avoiding loss of vertical dimension, labial and cheek collapse, and TMJ trauma. The planning of this denture must be meticulous, since the prosthesis will be polymerized without functional proof in the patient mouth. So, the aim of this case report was to show the planning of immediate denture of a patient that possessed some tooth that will be used as retention in the final overdenture. This denture will be used to reestablish aesthetics and function, allowing control of emotional fillings and facilitating social live. With the proposed treatment, the patient reported happiness, standing very satisfied with the immediate dentures. After, overdentures were installed and the prosthetic plannig was fundamental to treatment success.

Keywords: Immediate denture; complete denture

Sumário

1. Introdução	8
2. Proposição	8
3. Relato de Caso	9
4. Considerações Finais	20
5. Referências Bibliográficas	23

1. Introdução

A prótese dental, em todos os seus trabalhos, tem como a finalidade uma total reabilitação e devolução das funções estomatognáticas, bem como da estética do paciente (DOMITTI 1984). Assim, em casos específicos, como a necessidade de extração múltipla de dentes remanescentes nas quais o paciente não suporta a situação final da cirurgia, as próteses imediatas são indicadas. Desta forma, a devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social pela prótese imediata, faz com que o paciente pós cirurgia fique com características de pacientes dentados (SHIBAYAMA, 2006).

Por esses motivos é que a prótese imediata não deve ser encarada simplesmente como uma alternativa inevitável a uma Odontologia mais conservadora e sim um tipo de reabilitação que requer mais conhecimentos, habilidades e critérios de que a prótese total convencional, frequentemente apresentando um resultado desconcertante para o profissional. Portanto, para se obter um bom resultado do tratamento, minimizando o comprometimento da qualidade de vida do paciente com a perda dos dentes naturais, o cirurgião-dentista precisa compreender as consequências de se subestimar as dificuldades inerentes a esse tipo de tratamento (TELLES, 2003).

2. Proposição

Assim, pelo exposto, será relatado um caso clínico de paciente que apresentava alguns dentes que posteriormente seriam utilizados como retentores de uma prótese overdenture, e que até determinado momento necessitaria de uma prótese imediata, enfocando uma técnica viável para o planejamento e execução da prótese imediata.

3. Caso clínico

3.1. Queixa principal

O paciente procurou por tratamento protético devido à problemas periodontais, perda de elementos dentários, má oclusão, restaurações insatisfatórias e saúde bucal geral prejudicada. Dentre as queixas do paciente, a falta de estética e dificuldade de mastigação foram as que mais ressaltaram. Além disso, o paciente cogitava a exodontia de todos os elementos para confecção de um par de próteses totais.

3.2. Exame extra e intraoral

Ao exame extraoral (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 intraoral (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 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 metalocerâmicas, 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.



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.

Cabe ressaltar que, como visto na figura 1E e 1F, muito embora estas fotografias representem a situação clínica inicial do paciente, alguns dentes já

havia sido indicados para tratamento endodôntico no momento da tomada das fotografias iniciais ilustrativas deste trabalho.

3.3. Exame Radiográfico

Para confirmação do diagnóstico clínico foram requisitadas radiografias panorâmicas e periapicais (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.

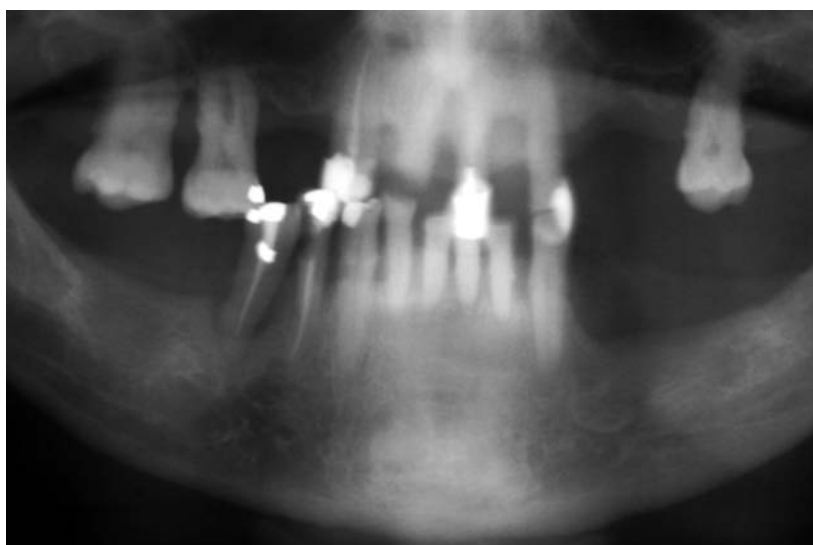


Figura 2A – Corte de radiografia panorâmica mostrando as perdas ósseas generalizadas, com alguns dentes com tratamento endodôntico e restaurações atuais antes do tratamento.

Assim, diante das radiografias apresentadas, foi planejada a confecção de uma prótese total tipo overdenture, retida por sistema o'ring sobre alguns remanescentes dentários ainda viáveis, selecionados pela sua condição periodontal e implantação óssea. 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 prévio à instalação da prótese imediata desses elementos. Com isso, a proposta foi de se confeccionar uma prótese total tipo overdenture reabilitando a 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 o planejamento, este foi discutido como paciente que aceitou a opção proposta, iniciando os procedimentos de reabilitação para a confecção de uma prótese overdenture. Assim, inicialmente, foi planejada a confecção de um par de próteses imediatas que seriam utilizadas durante o período pós-cirúrgico até o momento da instalação da prótese overdenture definitiva.

3.4. Procedimentos laboratoriais pré-cirúrgicos

Após planejamento dos dentes suportes 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 iniciou o planejamento da prótese imediata por moldagem com alginato para obtenção dos modelos de trabalho. Os modelos de trabalho só foram aceitos após visualização completa das áreas de fórnix vestibular e sulco lingual (para a arcada inferior) no molde de alginato.

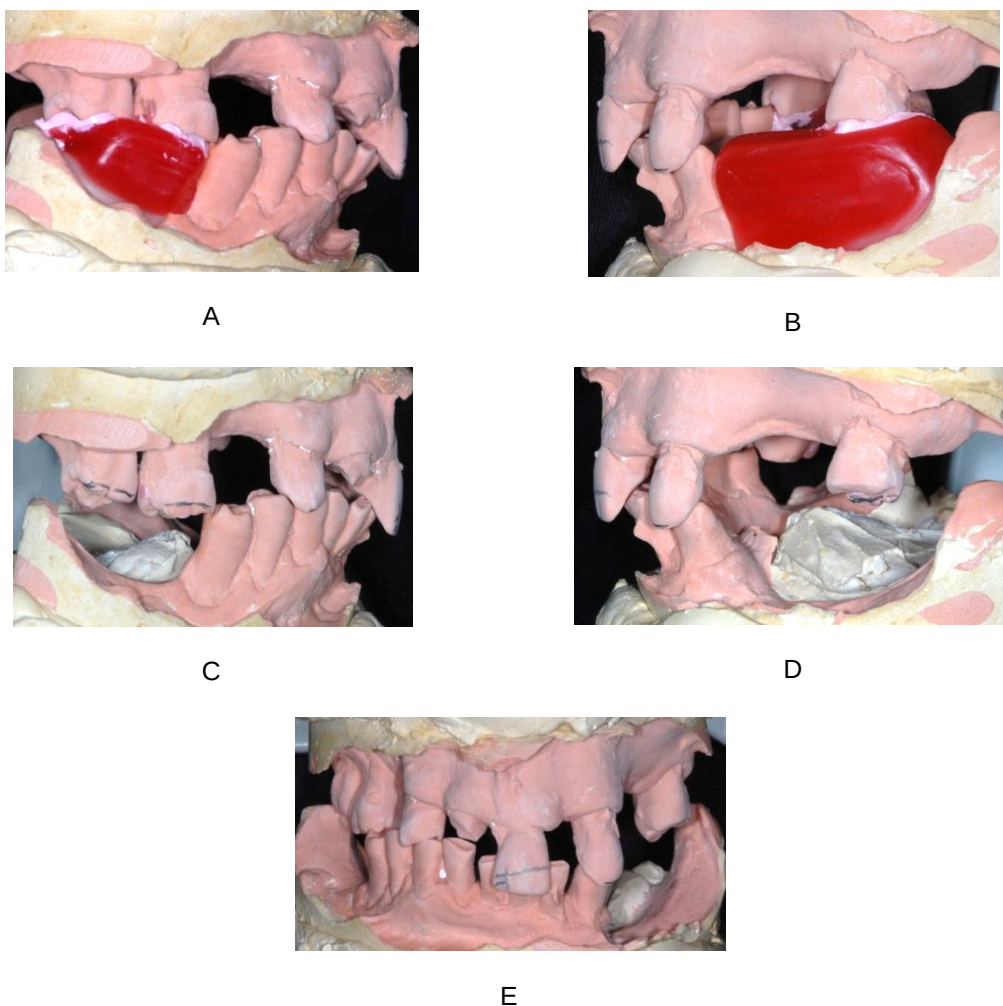
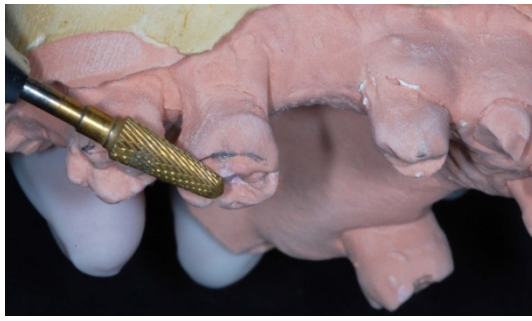


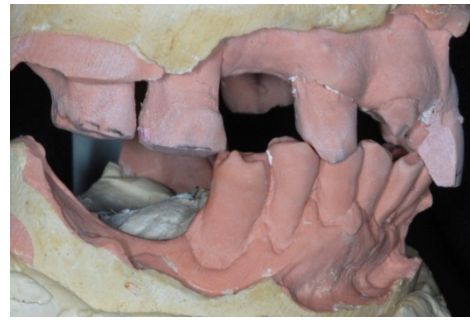
Figura 3 - Montagem em ASA dos modelos de trabalho. Observar as marcações para correção da Curva de Spee e altura dos incisivos anteriores no dente 11. 3A e 3C – vista lateral direita com e sem a base de prova; 3B e 3D – vista lateral esquerda com e sem a base de prova; 3E - vista frontal sem a base em posição.

Após obtenção dos modelos, foi confeccionada uma base de prova no modelo inferior para registro articular em posição de máxima intercuspidação habitual, já que não havia perda de dimensão vertical diagnosticada no paciente. Assim, os planos de cera nas regiões desdentadas posteriores permitiram a montagem em articulador semi-ajustável, que foi realizada de forma convencional, por transferência prévia do modelo superior utilizando arco facial. No modelo de trabalho superior, após a montagem, foi feito o planejamento (marcações de grafite) das linhas de referência para correção da curva de Spee, da altura labial e da linha média, buscando correção para a altura da prótese na região anterior, considerando-se não haver perda de dimensão vertical, mas extrusão dentária, principalmente do elemento 21. (Figuras 3A a 3E)

Na sequência, utilizando-se uma fresa maxicut, foi realizado o desgaste nos dentes marcados da arcada superior buscando a correção da curvatura de Spee conforme mencionando anteriormente. Em seguida, utilizando como referência o modelo superior, foi feita a cirurgia do modelo na arcada inferior, “extraindo” os dentes selecionados (marcados com x na Figura 4C) e deixando os que foram escolhidos para servirem como pilares da prótese, que foram pré-definidos de acordo com os critérios de aproveitamento das raízes conforme estabelecidos anteriormente. Tais dentes, em seguida, foram desgastados simulando “preparos” de dentes pilares. As demais áreas receberam desgaste já prevendo as exodontias que seriam realizadas e também a perda de tecido mole que eventualmente haveria, com a devida redução de altura gengival. (Figura 4)



A



B



C



D



E

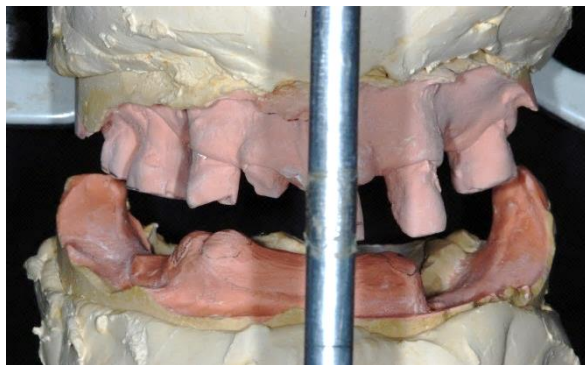


F

Figura 4 – Cirurgia de Modelos; 4A – Dentes superiores a serem desgastados para correção da curva de Spee; 4B – Dentes superiores desgastados para correção da curva de Spee; 4C – Dentes inferiores a serem desgastados/extraídos; 4D – Demarcação da área a ser desgastada por lingual; 4E – Cirurgia de modelo em andamento na arcada inferior preservando os dentes que serão utilizados como suportes dos sistemas de retenção; 4F – Resultado final da cirurgia de modelo inferior.

Após esta primeira cirurgia de modelos, ambos foram remontados em articulador para verificação da altura disponível para o plano de cera inferior que foi então confeccionado sobre base de prova da prótese imediata, buscando-se preservar a orientação da linha média superior neste rolete. (Figura 5). Após a confecção do plano de cera inferior, este serviu como referência para a construção do plano de cera superior. Assim, foram demarcados os dentes que servirão como pilar para a prótese overdenture na parte superior e os que serão excluídos, à semelhança do que foi feito na arcada inferior. Com isso, foram feitos preparos similares aos inferiores nos dentes pilares superiores, inclusive simulando as áreas de exodontia e a delimitação das regiões que ficarão desdentadas. Após, procedimentos de confecção de base de prova e o rolete de cera da parte superior foram realizados a partir da montagem inicial em articulador, buscando parâmetros para a confecção da prótese provisória imediata.

Em seguida, procedimentos laboratoriais convencionais de montagem de dentes artificiais, inclusão de bases de prova, desinclusão, prensagem e acrilização foram realizados, com a única ressalva de ser acrilização caracterizada, seguindo planejamento anterior feito durante a fase provisória, para que o paciente pudesse enfrentar a fase de troca dos dentes remanescentes para uma reabilitação com próteses totais de forma mais confortável estética, biomecânica e psicologicamente. O único detalhe a ser citado é que, antes da prensagem, foi feita uma duplicação dos modelos após as cirurgias de modelos, para confecção de uma placa de acrílico incolor, que funciona como guia cirúrgico e auxilia na verificação de áreas isquêmicas durante o transoperatório.



A



B



C



D



E



F

Figura 5 – Fotografias de procedimentos laboratoriais para obtenção dos planos de orientação de montagem dos dentes artificiais. 5A – Remontagem em articulador após cirurgia de modelo inferior; 5B e 5C – Confecção do rolete de cera inferior levando-se em consideração a curvatura estabelecida na arcada superior; 5D – Cirurgia de modelo superior finalizada; 5E –

Remontagem do modelo superior após a cirurgia de modelo; 5F – Confeção do rolete de cera superior para referência de montagem dos dentes artificiais.

Após tal processamento laboratorial, as próteses foram finalizadas para dar início à fase clínica de confecção das próteses imediatas provisórias (Figura 6A), que o paciente iria utilizar por aproximadamente 2 a 3 meses, enquanto os procedimentos laboratoriais e clínicos para a confecção das próteses definitivas seriam realizados.

3.5. Procedimentos clínicos cirúrgicos e instalação da prótese imediata

Após finalização do processamento da prótese imediata (Figura 6A), foram realizados os Procedimentos Clínicos Cirúrgicos e Protéticos, 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 6) Cabe ressaltar que durante esta fase, é importante que se realize o seccionamento dos dentes que servirão como pilares da prótese overdenture futuramente antes do início das extrações para evitar que detritos oriundos deste seccionamento possam se alojar nos alvéolos frescos e proporcionar contaminação local. (Figura 6B a 6F)

Em seguida, foram realizadas as exodontias por técnica convencional, além da regularização dos rebordos seguindo o planejamento executados nos modelos montados em articulador, utilizando o guia cirúrgico para verificação de eventuais áreas de isquemia que ainda necessitem ser desgastadas em tecido ósseo ou regularizadas em tecido mole.



A



B



C



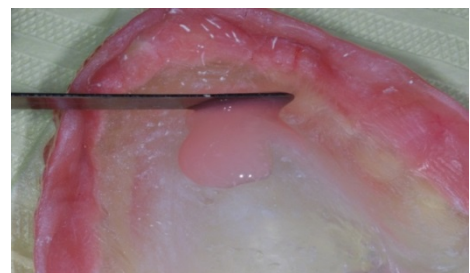
D



E



F



G



H

Figura 6 – Fotografias ilustrativas de procedimentos clínicos de instalação de prótese imediata. A – Prótese Imediata processada; 6B e 6C – Ilustração do seccionamento dos dentes superiores; 6D – Ilustração do seccionamento dos dentes inferiores; 6F – Fotografia pós-cirúrgica de 4 dias mostrando áreas de exodontia dos dentes comprometidos e seccionamento dos demais; 6G – Ilustração do reembasamento da prótese imediata; 6H – Prótese imediata instalada e ajustada.

Após os procedimentos cirúrgicos, em razão de o paciente apresentar algumas lesões que foram curetadas e pela presença de biofilme espesso nos dentes extraídos, foi prescrito Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas, por 7 dias, além da Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas, para diminuir e controlar a inflamação, como analgésico foi prescrito paracetamol 500mg em caso de dor, e bochecho com clorexidina 2 vezes ao dia por 5 dias. 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 mesma. Durante a instalação, como já havia uma grande diminuição do edema, foi possível utilizar pasta branca zincoenólica para marcação de eventuais áreas de compressão que também foram regularizadas internamente na prótese antes do reembasamento com resina soft e instalação final no paciente, que seguiu-se com ajuste oclusal por esquema de oclusão bilateral balanceada.

4. Considerações finais

Existem situações clínicas onde a manutenção de dentes remanescentes se torna um tratamento bastante complexo, dispendioso e que exige um longo tempo de trabalho. Nestas situações, o uso de próteses totais imediatas garante a recuperação do sistema estomatognático sem alterar o convívio social do paciente. A prótese total imediata é um tipo de reabilitação oral que requer mais conhecimento, habilidades e critérios do profissional quando comparada com a prótese total convencional, bem como uma maior cooperação do paciente. Após a perda dos dentes naturais o paciente percebe

suas dificuldades; porém, a prótese total imediata ameniza a abrupta transição do estado de dentado para edentado, o que permite a manutenção do equilíbrio emocional. O uso direto para a prótese total, sem prótese imediata, fatalmente acarretaria em um período em que o paciente ficaria literalmente desdentado, e poderia ocasionar alguns problemas ao mesmo, principalmente de fator emocional.

Cabe ressaltar que a moldagem funcional tradicional para confecção de prótese imediata, com obtenção de modelos iniciais e moldagem funcional com moldagem de borda prévia não foi realizada. Isto ocorreu por já ser planejado, antes do início do procedimento, que as mesmas seriam reembasadas com material à base de resina soft nos procedimentos clínicos de instalação. Porém, mesmo assim, o modelo de trabalho só foi aceito com a visualização completa das áreas de selado periférico de todo o sulco labial e lingual (para a arcada inferior) no molde de alginato. Tal procedimento simplifica um pouco a obtenção dos moldes para a confecção da prótese, e só pode ser realizado em virtude de existir bons materiais elásticos para reembasamento que complementam a adaptação das próteses imediatas em posição.

Muito embora o paciente tenha ficado muito satisfeito com o resultado de sua prótese imediata, a satisfação final só foi atingida após um período de 4 meses, quando foi finalizado o tratamento do paciente, com a confecção de prótese overdenture retida a sistema o'ring maxilar e mandibular (Figura 7)

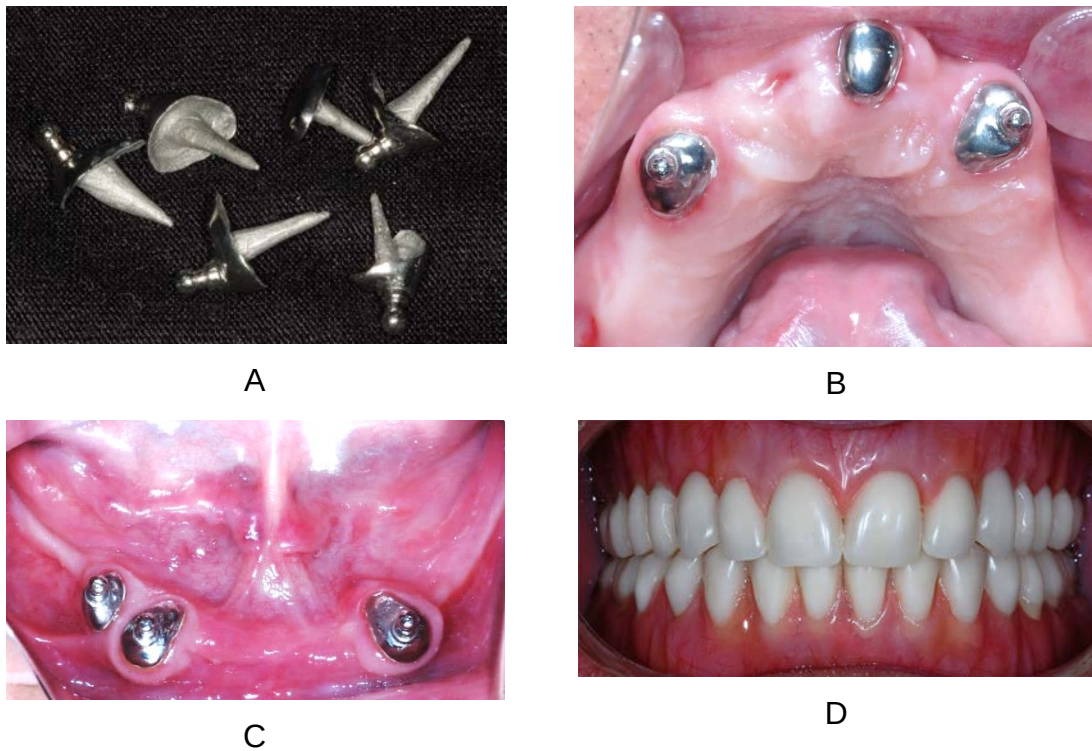


Figura 7 – Ilustração da prótese overdenture finalizada. 7A – componentes confeccionados para suporte e retenção; 7B e 7C – vistas oclusais superior e inferior dos componentes cimentados, respectivamente; 7D – Vista frontal final da prótese definitiva instalada.

5. Referências bibliográficas

DOMITTI, S. S.; et. al. **Prótese total: novos métodos e técnicas**. editora Santos, 1984.

TAMAKI, T.; **Dentaduras completas**. Editora Sarvier, Ed. 3, São Paulo, 1977.

GOMES, V. L.; et. al. Prótese removível total imediata utilizando os dentes naturais do paciente. **Rev. IPEO Odontologia**, v. 1, n.1, p. 1-64, 2007.

MARCHINI L.; SANTOS, dos J. F. F.; CUNHA, da V. P. P.; Prótese total imediata: considerações clínicas. **Rev. Robrac**, v. 9, n. 27, p. 45-49, 2000.

SHIBAYAMA, R.; et. al. Próteses totais imediatas convencionais. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v.27, n.1, p. 67-72, 2006.

TELLES, D.; HOLLWEG, H.; CASTELLUCCI, L. **Prótese total convencional e sobre implantes**. editora Santos, São Paulo, 2003.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M.; **Fundamentos de prótese total**. editora Santos, ed. 5, São Paulo, 2000.