

José Guilherme Dalía Perocco

**Reabilitação de paciente pós-tratamento de câncer de
cabeça e pescoço com overdenture mandibular sobre
implantes: relato de caso**

José Guilherme Dalía Perocco

**Reabilitação de paciente pós-tratamento de câncer de
cabeça e pescoço com overdenture mandibular sobre
implantes: relato de caso**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado a Faculdade de
Odontologia de Araçatuba da
Universidade Estadual Paulista “Júlio
Mesquita Filho – UNESP”, como
parte dos requisitos para a graduação
no curso de Odontologia.

Orientador: Prof. Titular Dr. Marcelo
Coelho Goiato

*A Maria Augusta Alves Dalía
Perocco, minha mãe, pessoa mais
importante da minha vida, que sempre
acreditou nos meus sonhos, sendo
fundamental nesta jornada, Te Amo!
Sílvio Perocco Filho (in memoriam)
meu pai, um homem de princípios e
personalidade, que principalmente
graças a ele foi possível estar vivendo
este momento, que sempre me
incentivou nos estudos, me guiando
sempre para o caminho certo, muita
saúde sua! Sílvio Perocco Neto, meu
irmão, não poderia deixar de citar,
muitas vezes assumiu papel de pai em
minha vida. Vocês foram as pessoas
que mais me apoiaram e estiveram ao*

*meu lado durante todo o período de
graduação e por toda a vida.
Obrigado! Amo vocês.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que permitiu que eu chegasse até aqui, me abençoando com a oportunidade de poder realizar um curso tão nobre em uma universidade exemplar, me dando forças para superar as dificuldades encontradas ao longo do caminho, por ter sempre me guiado e abençoado. Obrigado senhor, por me permitir viver este momento junto com minha família. “Ainda que eu andasse pelo vale da sombra da morte, não temeria mal algum, porque tu estás comigo; a tua vara e o teu cajado me consolam (Salmo 23:4).”

À **minha família**, que me apoiaram desde o início até o dia de hoje, que me deram todo suporte quando precisei, mesmo no momento mais difícil, sem deixar que nada faltasse. Reconheço o esforço de vocês.

Ao **meu orientador Prof. Titular. Dr. Marcelo Coelho Goiato**, que me deu a honra de ter aceitado ser meu orientador, exemplo de profissional e professor, uma pessoa iluminada que sempre terei uma lembrança com um grande sorriso no rosto. Me ajudou a mudar a vida do paciente deste trabalho, com seu conhecimento, sempre muito solícito e com muita boa vontade. Obrigado pela oportunidade!

À **Prof. Ass. Dra. Daniela Micheline dos Santos** professora da qual sempre teve muita paciência e carinho para ensinar, sempre preocupada em entregar o melhor ao paciente. Me deu a oportunidade de estagiar no Centro de Oncologia Bucal (COB) por dois anos, agregando muito conhecimento, reabilitando e devolvendo saúde oral. Foi onde aprendi entrar no mundo do paciente, entender sua dor e oferecer o meu melhor sempre. Obrigado professora!

Ao **Prof. Ass. Dr. Juliano Milanezi de Almeida**, não consegui pensar em outra pessoa para ser banca deste trabalho sem ser o senhor. Minha gratidão, por me ensinar tanto, não somente Odontologia. Obrigado pela oportunidade de poder atender nas clínicas de periodontia da pós-graduação, permitindo que eu adquira uma experiência que eu nunca achei que fosse acontecer durante minha graduação. Exemplo de humildade, profissional e mais ainda como pessoa. Obrigado. Sou fã! “Sucesso não aceita preguiça! “

Ao **Dr. Fábio Astolphi de Carvalho**, cirurgião extremamente competente, que disponibilizou seu consultório particular várias vezes para ir

auxiliá-lo e concomitantemente compartilhando seu conhecimento acerca da parte clínica cirúrgica. Sem dúvidas foi um grande diferencial na minha formação. Obrigado, te desejo todo sucesso do mundo.

Ao **Prof. Ass. Dr. Paulo Roberto Botacin**, não poderia deixar de expressar minha gratidão, pela preocupação, conselhos, ajuda e por ter acreditado em mim, em um momento difícil que houve na graduação. Obrigado professor, gratidão não tem prazo de validade!

Ao técnico da disciplina de Prótese Total, **Jânder de Carvalho Inácio**, que teve de grande contribuição neste trabalho, com a confecção das próteses, sem pedir nada em troca, mas merecendo muito! Valeu Jandão, o rei da prótese!

Aos **amigos da faculdade**, obrigado pela parceria, espero manter o contato e sempre ter notícias boas de vocês! Meus **grandes amigos de Guaranésia**, mesmo com a distância, o carinho e parceria nunca mudou. Sou grato por terem feito parte de minha infância, juventude e agora nessa nova fase que se inicia. Tamo junto sempre.

À **Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA UNESP**, instituição da qual tenho muito orgulho de fazer parte, reconhecida mundialmente, que carregarei o diploma para o resto da vida e que me deu a oportunidade de conhecer e conviver com professores referência em cada área da Odontologia. Uma excelente estrutura que oferece aos alunos laboratórios pré-clínicos e clínicas multidisciplinares completas, com materiais de ponta, sem contar em uma biblioteca impecável e atualizada, com funcionários muito dedicados e atenciosos (não somente da biblioteca, mas de quase toda a Faculdade). Gratidão aos professores, funcionários, técnicos da faculdade e a instituição em si.

“Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes.”

Albert Einstein

PEROCCO, J.G.D. Reabilitação de paciente pós-tratamento de câncer de cabeça e de pescoço com overdenture mandibular sobre implantes: relato de caso. 2023. 36 f. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2023.

RESUMO

O edentulismo é um problema de saúde no Brasil, pois afeta o paciente gerando problemas psíquicos, sociais e funcionais. Os tratamentos com próteses sobre implantes devem ser muito bem planejados e executados, para ter uma adequada manutenção e longevidade. Desse modo o presente trabalho demonstra, mediante relato de caso clínico a confecção de uma prótese overdenture sobre dois implantes previamente instalados em mandíbula e uma prótese total convencional no arco superior considerando os princípios biopsicossociais do paciente. Paciente do sexo masculino, 74 anos de idade, que foi submetido ao tratamento radioterápico, compareceu Centro de Oncologia Bucal – FOA UNESP, para reabilitação oral, após o tratamento de carcinoma espinocelular, queixando-se principalmente da ineficiência mastigatória, devido ao edentulismo. O exame clínico intraoral revelou uma gengiva saudável em sua totalidade. No rebordo maxilar foi observado uma adequada altura óssea do rebordo, porém, com uma falha na região posterior do lado esquerdo devido a cirurgia realizada no tratamento oncológico prévio. No arco inferior, foi possível observar uma reabsorção óssea dos rebordos e dois implantes (S.I.N Implant System) já instalados, paralelos e estabilizados (monitorados por um dispositivo nomeado Osstell) na região anterior da mandíbula. O plano de tratamento foi definido pela elaboração de duas próteses, confeccionando uma prótese total convencional superior e uma prótese do tipo overdenture inferior, aproveitando os dois implantes previamente instalados as sessões de radioterapia. Após a instalação das próteses, foi possível diagnosticar um maior conforto mastigatório, melhora na estética e autoestima, conseguindo promover uma qualidade e longevidade no tratamento de acordo com a necessidade e idade do paciente, devolvendo saúde oral e ele.

Palavras-chave: oncologia, overdenture, implante dental, radioterapia

PEROCCO, J.G.D. Reabilitação de paciente pós-tratamento de câncer de cabeça e de pescoço com overdenture mandibular sobre implantes: relato de caso. 2023. 36 f. Trabalho de conclusão de curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2023.

ABSTRACT

Edentulism is a health problem in Brazil, as it affects the patient, generating psychic, social and functional problems. Treatments with prostheses on implants must be very well planned and executed, in order to have adequate maintenance and longevity. Thus, the present work demonstrates, through a clinical case report, the making of an overdenture prosthesis on two implants previously installed in the mandible and a conventional complete denture in the upper arch, considering the biopsychosocial principles of the patient. Male patient, 74 years old, who underwent radiotherapy treatment, attended the Oral Oncology Center - FOA UNESP, for oral rehabilitation, after treatment of squamous cell carcinoma, complaining mainly of masticatory inefficiency due to edentulism. Intraoral clinical examination revealed a healthy gingiva in its entirety. In the maxillary ridge, an adequate bone height of the ridge was observed, however, with a failure in the posterior region on the left side due to surgery performed in the previous oncological treatment. In the lower arch, it was possible to observe bone resorption of the ridges and two implants (S.I.N Implant System) already installed, parallel and stabilized (monitored by a device named Osstell) in the anterior region of the mandible. The treatment plan was defined by the elaboration of two prostheses, making an upper conventional complete denture and a lower overdenture-type prosthesis, taking advantage of the two implants previously installed in the radiotherapy sessions. After the installation of the prostheses, it was possible to diagnose greater masticatory comfort, improvement in aesthetics and self-esteem, managing to promote quality and longevity in the treatment according to the patient's needs and age, restoring oral health and him.

Keywords: oncology, overdenture, dental implant, radiotherapy

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	PROPOSIÇÃO	13
3	RELATO DE CASO	14
4	DISCUSSÃO	32
5	CONCLUSÃO	34
6	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária reflete o cuidado com a saúde bucal no curso da vida, não podendo ser considerada apenas uma consequência da presença de outros agravos bucais, tais como cárie e doença periodontal, sendo também um reflexo de fatores socioeconômicos e ou dos níveis de educação em saúde (Sousa et al., 2019). Segundo dados do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira ocorrido em 2010, mais da metade da população idosa brasileira é desdentada (53,7%). Tal fato pode ser decorrente da herança de um modelo assistencial pautado em práticas mutiladoras resultando em um número excessivo de extrações, sendo a reabilitação bucal com prótese dentária total o tratamento de escolha para essa condição (Souza et al., 2016). A reabilitação oral com próteses totais tem por função restaurar a mastigação, a fonética, a aparência e, acima de tudo, o valor próprio e a dignidade do paciente. Além de restaurar a autoestima, a prótese total tem por objetivo preservar os rebordos alveolares e integrar o paciente psicoemocionalmente na sociedade. A prótese total mucossuportada é utilizada em áreas totalmente edêntulas e se mantém aderida à fibromucosa por meio de uma película de saliva e da adaptação entre as bordas da prótese e os tecidos circunjacentes do paciente (Fagoni et al., 2015). A utilização da prótese total inferior é menor em relação ao uso da superior. Este fato decorre de uma falta de tensão superficial, ocorrendo instabilidade da prótese total inferior devido a alterações anatômicas como reabsorção do rebordo alveolar e a localização dos músculos como orbicular da boca e os músculos da língua.

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. As overdentures são próteses totais implantorretidas e mucossuportadas idealizadas com o objetivo de aumentar a retenção, estabilidade e conforto das dentaduras convencionais, já que a falta de retenção e estabilidade normalmente são apresentadas pelas próteses mandibulares. Os o'rings são sistemas de

encaixe compostos por cápsulas metálicas que acomodam anéis de borracha ou náilon, que ficam alojados na base da dentadura e por attachments bola, aparafusados sobre os implantes (Finzeto et al., 2017). Apresentam relativa simplicidade técnica, baixo custo, restabelecem suporte labial e permitem fácil higienização, porém necessitam de manutenções periódicas para substituição do anel interno.

Quando se trata de reabilitar pacientes com história de câncer de cabeça e pescoço, ainda não há consenso na literatura quanto a essa associação, devido ao envolvimento da radioterapia e/ou quimioterapia durante o tratamento, as quais possuem efeitos secundários como xerostomia, diminuição do suprimento vascular, dificuldade na abertura de boca e deglutição, e a dificuldade em tolerar a prótese. A osteorradionecrose pode se desenvolver em sítios previamente irradiados onde implantes são instalados apresentando uma porcentagem na literatura que varia entre 4% a 22% (Goiato et al 2015).

2 PROPOSIÇÃO

Assim, pelo exposto, será relatado um caso clínico de paciente pós-tratamento de câncer de cabeça e pescoço, havendo a necessidade de se realizar reabilitação com prótese total inferior, sendo de escolha o tipo overdenture, retida por sistema de retenção o´ring , já que o paciente apresentava os implantes (S.I.N Implant System) instalados e paralelos na região anterior de mandíbula e a confecção de uma prótese total convencional superior, visto que o mesmo apresenta histórico de tratamento com radioterapia na região de cabeça e pescoço, sendo contra indicado a cirurgia de instalação de implantes.

3 RELATO DE CASO

Paciente RSC, sexo masculino, 74 anos, compareceu a clínica de atendimento no Centro de Oncologia Bucal da FOA-UNESP para reabilitação oral após o tratamento de carcinoma espinocelular de loja amigdaliana e com extensão para o palato mole, úvula e parede lateral de rinofaringe, devido a perda de elementos dentários, que foram extraídos para iniciar o tratamento de radioterapia, não apresentando nenhum problema sistêmico digno de nota.

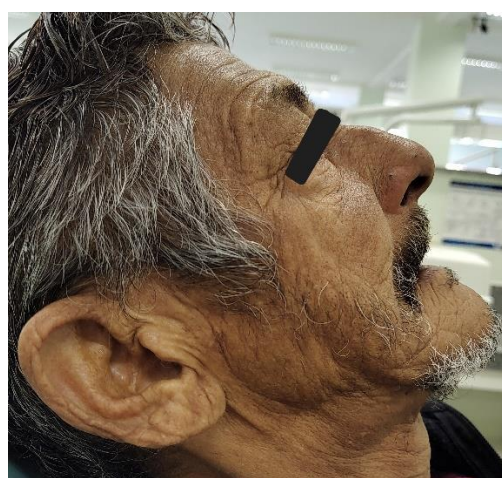
3.1 Exame extra e intraoral

Ao exame extraoral foi verificado uma perda visível de dimensão vertical (Figura 1B). Verificou-se uma diminuição do suporte de lábio em virtude da perda dos elementos anteriores (Figura 1A). Ao exame intraoral não foi detectada nenhuma alteração da mucosa bucal, presença de tórus ou qualquer anomalia que contraindicasse o planejamento e a reabilitação programada. Foi possível observar uma reabsorção óssea dos rebordos residuais da mandíbula (Figura 1C), porém com uma gengiva saudável em sua totalidade e os implantes (S.I.N Implant System) na região anterior de mandíbula estabilizados, devido a qualidade de osso presente (Tipos I e II). A estabilidade dos implantes foi monitorada por um dispositivo nomeado Osstell, no qual possui a função de monitorar a estabilidade do implante através da medição da ressonância de um transdutor acoplado aos implantes em qualquer estágio do tratamento e período de observação (HAYASHI et al.,2010; MEREDITH; ALLEYNE; CAWLEY,1996). A média dos valores na escala ISQ (Quociente de estabilidade de implantes) fornecidas pelo Osstell foi igual a 76 (Figura 1G), onde os valores variam de 1 a 100. O fabricante do dispositivo afirma que, ISQ maior que 70 representa estabilidade alta, ISQ entre 60 e 69, estabilidade média e ISQ menor que 60 é considerado estabilidade baixa. Logo, quanto maior o ISQ, maior a estabilidade do implante (ALSAADI et al.,2007, TRUHLAR et al., 1997). No rebordo maxilar observamos um prognóstico favorável, com adequada altura óssea do rebordo

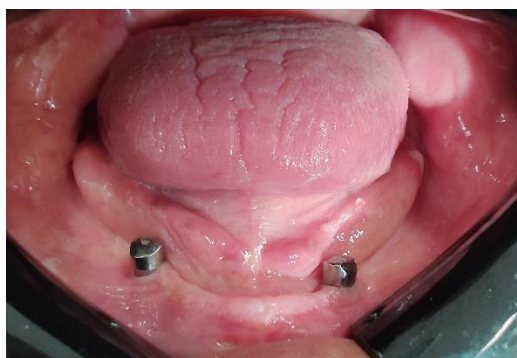
(Figura 1D), visto que a forma e o tamanho do rebordo residual são alguns dos fatores que podem influenciar na eficiência mastigatória, já que a habilidade de fragmentação dos alimentos sofre influência direta da estabilidade e retenção da prótese, porém, há uma falha na região posterior lado esquerdo (Figura 1E) devido a cirurgia realizada no tratamento oncológico prévio.



A



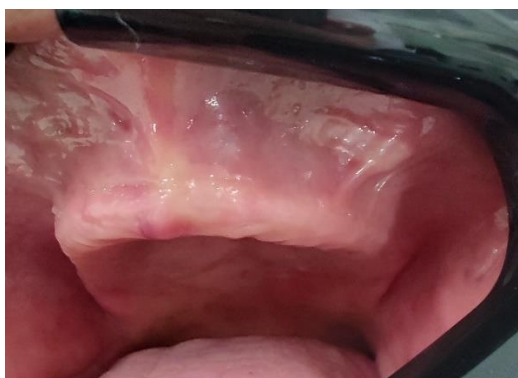
B



C



D



E



F



G

Figura 1 – Exame clínico inicial (extra e intraoral). 1A – vista frontal extraoral; 1B – vista lateral direita extraoral; 1C – vista frontal do rebordo mandibular; 1D – vista frontal do rebordo maxilar; 1E – vista lateral esquerda do rebordo maxilar; 1F – vista lateral direita do rebordo maxilar; 1G – valor ISQ fornecido pelo dispositivo Osstell.

3.2 Exame Radiográfico

Para confirmação do diagnóstico clínico e execução do plano de tratamento foi solicitado radiografia panorâmica (Figura 2) que confirmou a considerável perda óssea nas áreas de molares superiores bilateralmente e nas áreas posteriores inferiores desdentadas, e a presença de dois implantes (S.I.N Implant System) instalados, paralelos na região anterior de mandíbula. Logo, diante da radiografia apresentada, foi planejada a confecção de uma prótese total tipo overdenture mandibular, suportada por sistema o'rings individuais sobre os implantes (S.I.N Implant System) já instalados, selecionados pela sua implantação óssea, considerado uma biomecânica favorável, fácil manutenção e higienização, com um potencial reduzido de hiperplasia de mucosa.

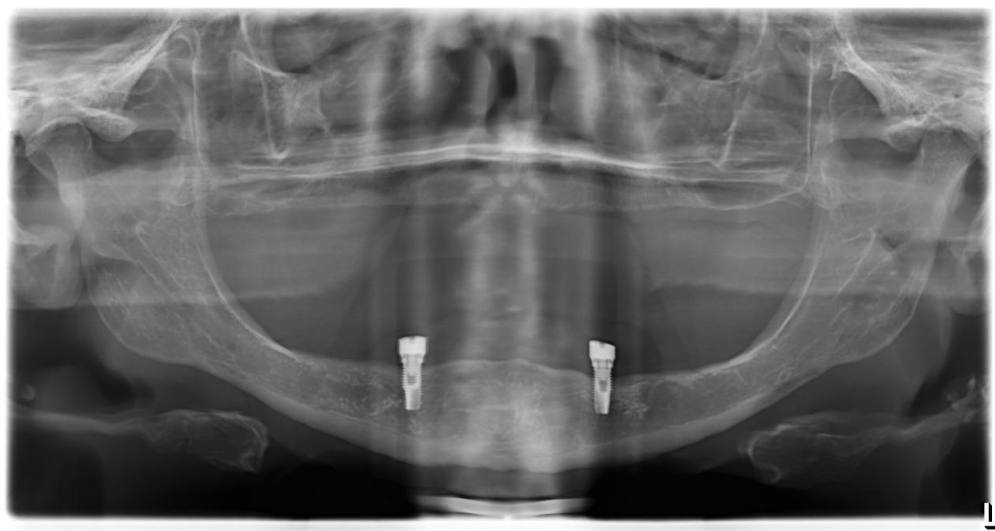


Figura 2 – Radiografia panorâmica

3.3 Procedimentos Clínicos

3.4 Moldagem de estudo e moldagem funcional

Após o exame clínico e análise da radiografia panorâmica, foi realizado a moldagem de estudo (Figura 3A e 3B), utilizando-se do silicone de condensação (Zetaplus – Zhermack). Diante o exposto, foi confeccionado a moldeira individual no laboratório, com o objetivo de realizar a moldagem funcional. Cabe ressaltar a importância desta fase, pois visa reproduzir os tecidos da área chapeável e determinar a extensão da prótese total. Esse procedimento tem a finalidade de permitir a estabilidade e retenção da futura prótese por meio de um vedamento em toda a periferia da prótese, com o confinamento de uma fina película de saliva entre a prótese e a fibromucosa, que por sua vez promove uma menor pressão atmosférica, contribuindo para a retenção e além disso, visa garantir um bom assentamento da prótese sobre a área basal, resultando em conforto ao paciente pela redução da interposição de alimentos entre a prótese e a mucosa. No arco superior foi utilizado pasta zinco enólica (Figura 3C) para moldagem interna e o incremento de cera de moldagem, fundida até o estado líquido e aplicadas com um pincel na linha do palato duro e palato mole, para comprimir a área correspondente a zona de transição entre os palatos duro e mole, otimizando o travamento posterior, corroborando para retenção da prótese no arco maxilar, pois é possível ocorrer uma compressão nesta região, pela presença de estruturas resilientes, com a vedação da entrada de ar durante a ação dos músculos tensor e elevador do véu palatino em situações fisiológicas, como deglutição e fonética. Logo no arco mandibular, foi realizado a moldagem de transferência dos implantes com moldeiras individuais abertas com transferentes quadrados (Figura 3D). Realizou-se a moldagem corretiva com silicone fluido (Oranwash L Fluido – Zhermack), que após o tempo de polimerização do material de moldagem com os transferentes, sendo estes capturados durante a remoção do molde e imediatamente a eles foram adaptados os análogos para a obtenção do modelo de trabalho.

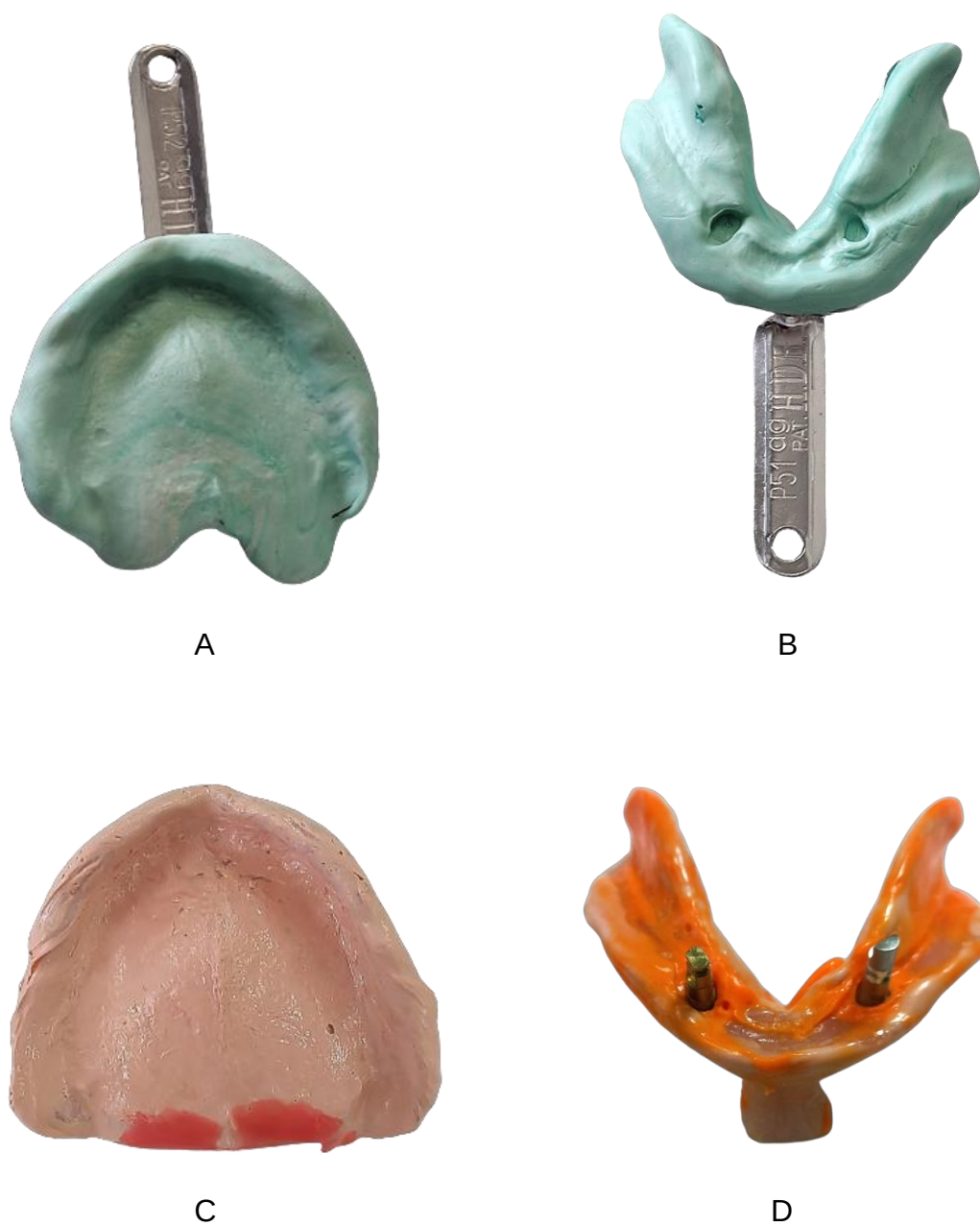


Figura 3 – Moldagem de estudo e moldagem funcional. 3A – Moldagem de estudo de maxila; 3B – Moldagem de estudo de mandíbula; 3C – Moldagem funcional de maxila; 3D – Moldagem funcional de mandíbula com transferentes quadrados.

3.5 Base de prova e plano de cera

Feita a confecção da base de prova e plano de cera. Foi realizado a orientação do plano de cera superior. Foram avaliados o suporte labial, não havendo a necessidade de diminuir o volume de cera com a espátula 36 ou acréscimo com lâmina de cera, avaliando também o corredor bucal e a exposição de cera em repouso e sorrindo. Em seguida, foi feito o paralelismo com a régua de fox, posicionando-a paralelo a linha bipupilar de frente no paciente e na lateral, da asa do nariz até o tragus, ambos estavam paralelos ao plano protético.

3.6 Montagem do arco facial

Nesta etapa, foi adaptado o plano de cera superior sobre o garfo, adaptando-se uma lâmina de cera sobre ele. O plano foi unido ao garfo pela deposição de cera fundida na junção dos mesmos pelo lado palatino. Isto feito, o conjunto (plano de cera e garfo do arco facial) foi levado à boca do paciente e o arco facial é conectado ao conjunto pela introdução do garfo à “junta universal” do arco facial. A seguir, as olivas (peças plásticas das extremidades do arco facial) foram introduzidas no conduto auditivo externo e o paciente foi instruído a segurar com pressão para frente. O passo seguinte consistiu na adaptação do relacionador nasal que foi fixado ao arco facial e colocado de encontro à sela do nariz. Feito isto, e com a base de prova bem unida à área de suporte, os parafusos foram apertados (Figura 4A e 4B). Logo, o conjunto foi removido do paciente, afrouxando-se os parafusos laterais e central do arco. O passo seguinte consistiu em transferir ao articulador, o plano de orientação com o modelo sobreposto à base de prova.



A



B

Figura 4 – Montagem do arco facial. 4A – Vista frontal; 4B – Vista lateral direita.

3.7 Registro da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e definição da altura do plano inferior

O método utilizado para determinar a dimensão vertical de oclusão do paciente foi o Método dos dois pontos. O paciente foi posicionado na cadeira odontológica em posição ortostática, formando um ângulo de 90°. Foi marcado na pele do paciente, sobre a linha mediana, dois pontos: um na ponta do nariz e outro na base do mento. Com o auxílio de um compasso, foi medido a distância entre esses dois pontos, com a mandíbula do paciente em repouso. Da medida obtida, subtraiu-se 3mm, correspondendo ao espaço funcional livre, assim, determinando a dimensão vertical de oclusão. Procedeu-se as linhas de referência, traçando a linha média, linha dos caninos e linha alta do lábio superior (Figura 5A e 5B), marcando com o paciente sorrindo e com escala de cor foi realizado a seleção adequado dos dentes. Colocou-se na boca do paciente o plano de cera superior já orientado (paralelo ao plano protético e a linha bipupilar), com a superfície oclusal isolada com vaselina. Em seguida, fora plastificado o plano de cera inferior, e levado a boca, pedindo para o paciente ir fechando lentamente. A cera plastificada foi sendo “amassada”, enquanto foi observado quando as pontas do compasso coincidem com as marcas na pele do paciente. Dado o exposto, foi observado a mandíbula na posição de Dimensão Vertical de Oclusão e que a altura do plano inferior está definida. Testes de fonética, fisionomia e funcional foram realizadas para certificar que a DVO estava correta.

3.8 Registro da Relação Central (RC) e posterior fixação dos planos de orientação e montagem do modelo inferior no articulador

Para restabelecer a RC foi usado a técnica da Coincidência entre as linhas demarcadas entre os planos maxilar e mandibular, na região de linha média e nas de caninos. Ao paciente era solicitado que ele abrisse e fechasse a

boca com os planos de cera antagônicos e se essa coincidência entre as 3 linhas ocorresse ali seria determinado a relação no sentido horizontal mandibular e restabelecido a oclusão do paciente para que os dentes fossem montados nessa posição. Em seguida, foi solicitado ao paciente permanecer firme na posição e procedeu-se a fixação dos planos entre si, por meio de grampos metálicos (um de cada lado), próximo ao nível dos caninos. Retirou-se o conjunto da boca e em seguida o transferiu para o articulador. Como o modelo superior já estava montado no articulador com o auxílio do arco facial, foi montado o modelo inferior. No mesmo, foram realizadas as indexações e isolado a base com vaselina sólida e em seguida realizou-se sua montagem com uma quantidade suficiente de gesso pedra (Figura 5C).



A



B

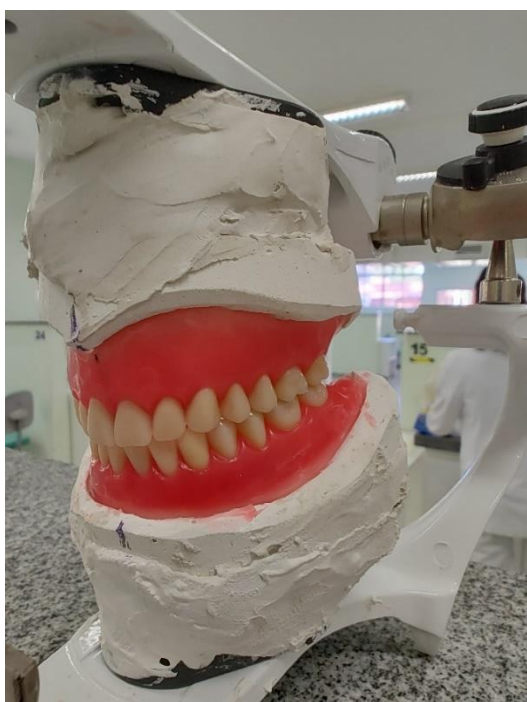


C

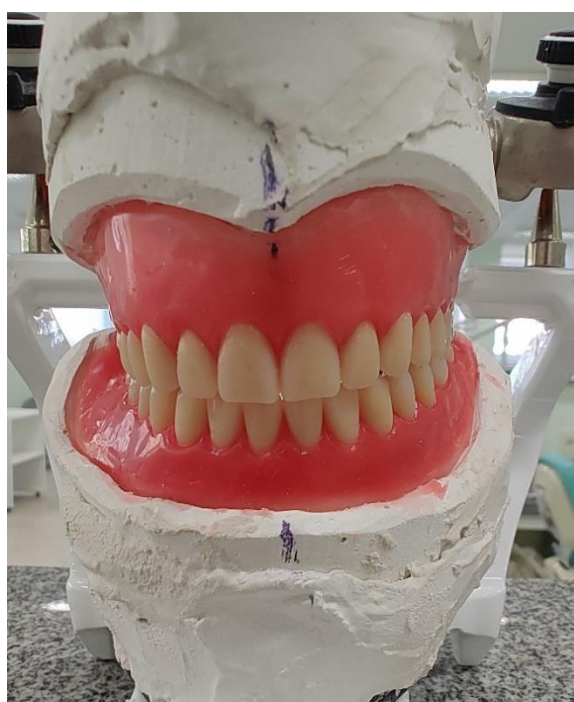
Figura 5 – Registro da relação central; fixação dos planos de orientação e montagem do modelo inferior no articulador. 5A – Vista frontal; 5B – Vista lateral direita; 5C – Modelo inferior montado no articulador.

3.9 Montagem dos dentes artificiais

Concluída a montagem no articulador, ele foi encaminhado ao protético para a montagem dos dentes artificiais (Figura 6A e 6B). Os dentes foram selecionados de acordo com o perfil do paciente, cujo apresenta um tipo corporal longilíneo e arcada trapezoidal. Com a carta molde da marca BIOTONE, foi escolhido o modelo 2D – 2D – 30M – 30L, na cor 69. Procedeu-se a prova funcional e estética da montagem dos dentes artificiais (Figura 6C, 6D e 6E), que foi aprovada pelo paciente.



A



B



C



D



E

Figura 6 – Montagem dos dentes artificiais e prova funcional e estética. 6A – Vista lateral esquerda dos dentes artificiais montados em articulador; 6B – Vista frontal dos dentes montados em articulador; 6C – Vista frontal da prova funcional e estética; 6D – Vista lateral direita da prova funcional e estética; 6E – Vista lateral esquerda da prova funcional e estética.

3.10 Instalação da prótese total convencional e da prótese total do tipo overdenture

Após a acrilização das próteses realizada pelo protético (Figura 7A,7B e 7C), finalmente foi feita a instalação das próteses no arco superior e inferior. Na prótese do arco inferior, foi parafusado nos implantes dois pilares macho altura de 1,0mm cada nos implantes de conexão hexágono externo 3,75/4,0mm (S.I.N Implant System) com uma projeção mais esférica com torque de 25N (Figura 7D), o colo mais estreito, para se encaixar na fêmea, que está presa à base da prótese. A fêmea, composta por uma cápsula metálica que apresenta uma reentrância denominada cavidade interna, que é onde o anel de borracha foi encaixado. Após encaixar a prótese inferior, foi instalada a prótese total superior, foi avaliado os freios e bridas verificando o assentamento da base protética sobre a área de suporte (Figura 7J), o contato oclusal, a avaliação estética e fonética, observando uma ótima adaptação, retenção e estética, que deixou o paciente muito satisfeito. Feita a instalação, o paciente foi orientado quanto a higiene, e os cuidados com a prótese. Após 07 dias paciente retornou para o controle da prótese, sendo necessário aplicação da pasta evidenciadora de compressão na prótese inferior (Figura 7E), havendo necessidade de desgaste de uma fina camada interna da base da prótese inferior que foi exposta pela remoção da pasta (Figura 7F). Realizado o ajuste oclusal e o mínimo desgaste na base interna da prótese inferior, foi observado uma harmonia dos contatos oclusais (Figura 7H e 7I) e ausência da evidência de compressão (Figura 7G). Logo, foi agendado mais uma consulta para controle da prótese, paciente compareceu, sem queixas da prótese (Figura 7L).



A



B



C



D



E



F



G



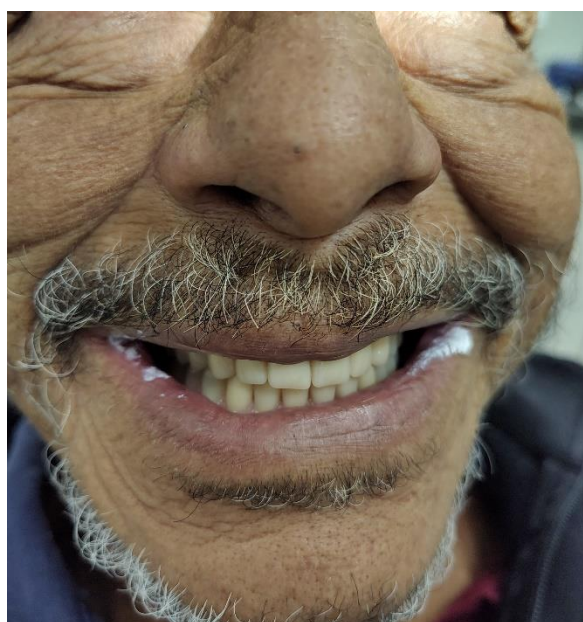
H



I



J



L

Figura 7 – Instalação da prótese total convencional e da prótese total do tipo overdenture. 7A – Vista frontal prótese total superior acrilizada; 7B – Vista frontal prótese total do tipo overdenture mandibular acrilizada; 7C – Base interna da prótese inferior acrilizada; 7D – Parafusando pilares nos implantes; 7E – Aplicação de pasta evidenciadora de compressão na base interna da prótese inferior; 7F – Remoção de fina camada da pasta evidenciadora de compressão da prótese inferior; 7G – Base interna da prótese inferior sem evidência de compressão; 7H – Contatos oclusais da prótese superior; 7I – Contatos oclusais da prótese inferior; 7J – Vista frontal das próteses superior e inferior instaladas avaliando os freios, bridas e o assentamento da base protética sobre a área de suporte; 7L - Vista frontal das próteses superior e inferior instaladas com camada de pasta evidenciadora de compressão aplicada na base interna da prótese inferior no dia do retorno para controle.

4 DISCUSSÃO

Como opção de tratamento para o edentulismo, a prótese total convencional representa uma alternativa viável e segura para a maioria dos pacientes idosos (Miranda et al.,2021). Grande parte dessa população caracteriza esse tipo de reabilitação como satisfatória. Entretanto, há aqueles que se mostram insatisfeitos devido a dificuldades com a adaptação, principalmente em relação a prótese total mandibular. Nesses casos, a reabilitação com próteses totais retidas por implantes é uma modalidade de tratamento que pode minimizar essa insatisfação. Uma prótese total mandibular implantossuportada possibilita uma melhor eficiência mastigatória e qualidade de vida em comparação com a prótese total mandibular convencional. Dessa forma, como o paciente já possuía os implantes (S.I.N Implant System) instalados e paralelos na região anterior de mandíbula, diante dos sistemas de retenção mais utilizados em overdentures, foi escolhido o sistema O´ring. Este sistema de retenção foi escolhido por apresentar vantagens como, a facilidade de confecção, maior resiliência, por não necessitar de procedimentos técnicos mais complexos e de maior custo, como no caso da fundição de uma estrutura metálica (barra), simplificando tanto o processo laboratorial quanto ao clínico. Seu sistema de higienização é mais simples de ser realizadas pelo paciente quando comparada ao sistema barra-clipe. Como era um paciente idoso, a coordenação motora está intimamente relacionada a qualidade de higienização do aparelho protético, e este tipo de prótese se tornou a mais indicada, também, pelo fato da acuidade visual observado, e, com os implantes isolados, é facilitado a limpeza realizada pelo paciente. Logo, este caso se mostrou uma opção de tratamento eficiente, ao utilizar os implantes (S.I.N Implant System) já instalados, estabilizados e em situação de paralelismo para perfeito eixo de inserção e remoção da prótese do tipo overdenture. Isso favorece ao paciente uma maior eficiência mastigatória e maior força de mordida, e, conseqüentemente maior confiança no uso da prótese, já que o paciente não possuía o hábito de fazer o uso de prótese. Com a impossibilidade da confecção de uma prótese sobre

implantes no arco superior do paciente, devido ao seu histórico com tratamento com radioterapia, sendo contraindicado a cirurgia de instalação de implantes, a prótese total convencional foi confeccionada com sucesso. Teve suas funções executadas de forma correta, respeitando todas as etapas de confecção de acordo com a literatura, principalmente, a etapa que necessita de maior atenção do Cirurgião Dentista na confecção da prótese, que é a determinação da dimensão vertical de oclusão, pois ela influenciara no resultado final do tratamento. Esta medida determina o reestabelecimento correto devolvendo ao sistema estomatognático uma função harmoniosa aos músculos do terço inferior da face, melhorando a aparência facial, devolvendo a função de mastigação, da fala e da deglutição do paciente, proporcionando melhor qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

Diante do exposto, pode-se concluir para o caso clínico aqui apresentado que não houve diferença em reabilitar um paciente que já passou pelo tratamento radioterápico e um indivíduo saudável, e, as overdentures sobre implantes foram uma adequada alternativa para a reabilitação oral de paciente irradiado na região de cabeça e pescoço, já que o mesmo possui os implantes previamente instalados, pois apresenta como pontos positivos a minimização da reabsorção óssea, feedback sensorial, estabilidade e distribuição de forças, além de atuar de forma otimista sobre o psicológico do paciente que não se apresentará como um edentado (Fagoni et al., 2015). Logo, foi fornecido ao paciente no dia da instalação uma adequada instrução de higiene oral, dieta, como alimentação com alimentos macios, cortados em pedaços pequenos e mastigá-los bilateralmente, e, a necessidade da manutenção da prótese do tipo overdenture, avaliação anual dos parafusos centrais dos implantes (verificação de torque, sendo que o afrouxamento do parafuso tem como uma das causas a característica removível da overdenture) e finalmente, a substituição regular dos anéis de borracha na base da overdenture devido ao desgaste verificado de acordo com o uso, visando a longevidade do trabalho realizado e, melhora na qualidade de vida do paciente.

6 REFERÊNCIAS

1. SOUSA, Paula Lourenço et al. Substituição de prótese do tipo protocolo para overdenture em paciente geriátrico: relato de caso. 2019.
2. SOUZA, João Gabriel Silva et al. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 3407-3415, 2016.
3. FAGONI, Thalita Guarda et al. Reabilitação oral por overdenture em paciente oncológico. In: **Congresso de extensão universitária da UNESP**. Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2015. p. 1-5.
4. BARBOSA, Débora Barros et al. Instalação de prótese total: uma revisão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 1, p. 53-60, 2013.
5. MARQUES, Marcelo Magalhães et al. A radioterapia e suas implicações na Implantodontia. **ImplantNews**, p. 81-15, 2010.
6. FINZETO, M. C. et al. Restabelecimento estético e funcional através de overdenture inferior retida por o'rings: relato de caso clínico. **Journal of Applied Oral Science**, v. 25, p. s issue-217, 2017.
7. GOIATO, Marcelo Coelho et al. A influência da radioterapia e da quimioterapia sobre próteses obturadoras retidas por implante: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 70-74, 2015.
8. SILVA, Giovana Zambuza. Utilização do Osstell para monitoramento da estabilidade primária do implante: relato de caso clínico. 2020.
9. BUARQUE, Ligia Luzia et al. Solução protética em paciente desdentado total em idade púbere. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 66, n. 1, p. 33, 2009.
10. Filho, H., Fajardo, R., Goiato, M., Assunção, W., Barbosa, D., Turco, K., Inácio, J. (2022). Prótese total: manual de laboratório. UNESP – Universidade Estadual Paulista, Campus Araçatuba.
11. BARBOSA, Débora Barros et al. Instalação de prótese total: uma revisão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 1, p. 53-60, 2013.

12. Pelizzer, E., Kimpara, E., Miyashita, E. (2016). Prótese sobre implante baseado em evidências científicas
13. DE MIRANDA, Ana Beatriz Silva et al. Fatores associados ao não uso da prótese total inferior e seu impacto em idosos brasileiros. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 220-234, 2021.
14. LAPORT, Larissa BR et al. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível-relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 20, n. 1, p. 108-114, 2017.