

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

"JULIO DE MESQUITA FILHO"

Faculdade de Odontologia - Câmpus de S. J. dos Campos

PLANEJAMENTO PROTÉTICO PARA PACIENTES ADULTOS PORTADORES  
DE FISSURA LABIOPALATAL CONGÊNITA, QUE NÃO TIVERAM  
OPORTUNIDADE DE UM TRATAMENTO REABILITADOR "IDEAL".  
EXECUÇÃO DE CASOS CLÍNICOS PARA PACIENTES SELECIONADOS

Aldari Raimundo Figueiredo

Dissertação apresentada à Faculdade  
de Odontologia - Câmpus de São José  
dos Campos da Universidade Estadual  
Paulista "Julio de Mesquita Filho",  
para obtenção do grau de mestre  
pelo curso de Pós-Graduação em  
Odontologia.

Area de Concentração: Prótese Buco-Maxilo-Facial

Orientador: Prof. Dr. Marco Antônio Bottino.

São José dos Campos

11092

1992



Doação: Auto  
Proc. 002/93 CSSL  
R\$ 100.000,00

trabalho 1092

Catálogo-na-Publicação

Seção de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Odontologia - Câmpus de São José dos Campos  
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"

D35  
F469P

Figueiredo, Aldari Raimundo

Planejamento protético para pacientes adultos portadores de fissura labiopalatal congênita, que não tiveram oportunidade de um tratamento reabilitador "ideal". Execução de casos clínicos para pacientes selecionados/ Aldari Raimundo Figueiredo. Orientador: Marco Antonio Bottino. - - São José dos Campos, 1992.

86p. : il.

Dissertação (Mestrado - Curso de Pós-Graduação em Odontologia - Área de concentração de Prótese Buco-Maxilo-Facial) - - Faculdade de Odontologia - Câmpus de São José dos Campos - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

1. Prótese bucomaxilofacial. 2. Prótese dentária : Planejamento. 3. Prótese conjugada.

CDD 617.69

CDD 617.692

Black D35

Índice para o catálogo sistemático

1. Prótese bucomaxilofacial 617.692 D35
2. Prótese dentária 617.69 D3

25/930402

A meus pais,

Irene e Machadinho, responsáveis pela minha  
existência,

A meus irmãos,

Margarida, Ailton e Eneas, pela decisiva  
colaboração em minha formação,

A minha esposa,

Enedite, cónjuge modelar, amiga fiel e  
companheira inseparável,

A meus filhos,

Alessandra, Aryanne, Adriene e Aldari,  
herdeiros naturais das minhas conquistas,

dedico este trabalho.

Ao Prof. Dr. Marco Antônio Bottino,  
orientador deste trabalho, de quem me  
orgulho de haver sido colega de turma,  
e principalmente por desfrutar da sua  
amizade fraternal, sincera e amiga,

minha eterna gratidão.

"Nunca se poderá exagerar o valor da  
verdadeira amizade, tudo o que se disse  
estará aquém do que ela merece".

Ao Prof. Dr. Ruy Fonseca Brunetti,  
mestre, colega e amigo, a quem devo  
minha formação ética e profissional,

meu reconhecimento sincero.

"Tudo que tenho e tudo que eu sou devo  
à minha família e aos meus professores".

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Lacaz Netto, Diretor da Faculdade de Odontologia do Câmpus de São José dos Campos - UNESP.

Ao Prof. Dr. Rolf Rode, Coordenador do Curso de Pós-Graduação, pela atuação, apoio, incentivo e liberdade de ação, proporcionados no desenvolvimento do curso.

A Profa. Dra. Leila Novaes, pela dedicação e contribuição na coordenação da análise bibliográfica desta dissertação.

Ao colega Dr. Laércio W. Vasconcelos, pelo elevado grau de espírito científico, cedendo gentilmente as ilustrações concernentes à citação dos implantes osteointegrados, fato que enriqueceu e valorizou nosso trabalho.

Ao Prof. Dr. João Vieira de Moraes, Chefe do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese pelo estímulo e colaboração nesse empreendimento.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Junho de Araújo, pela orientação segura no planejamento das próteses parciais removíveis.

A Maria José de Faria, Secretária do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, pela boa vontade e assistência na elaboração na parte de informática.

Aos colegas docentes e funcionários do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese pelo constante apoio nos momentos decisivos.

A todos os Professores que colaboraram para que nosso curso de pós-graduação fosse concluído com êxito. Aos colegas do curso de Pós-Graduação pelo carinho e amizade demonstrados no decorrer do nosso convívio.

A todos os colegas e funcionários dos vários setores da Faculdade de Odontologia do Câmpus de São José dos Campos - UNESP, que de alguma forma colaboraram na elaboração deste trabalho.



## SUMARIO

1 - INTRODUÇÃO.....	pág. 08
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	pág. 15
3 - MATERIAL E MÉTODO.....	pág. 31
4 - RESULTADOS.....	pág. 54
5 - DISCUSSÃO.....	pág. 70
5.1. Considerações gerais.....	pág. 70
5.2. Prótese parcial fixa.....	pág. 78
5.3. Prótese fixa adesiva.....	pág. 93
5.4. Prótese parcial removível.....	pág. 96
5.5. Prótese total.....	pág. 100
6 - CONCLUSÕES.....	pág. 105
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 107
RESUMO.....	pág. 115
SUMMARY.....	pág. 117

## 1- INTRODUÇÃO

As formas mais comuns de fissuras faciais são aquelas que envolvem o lábio superior, processo alveolar e palato mole e duro. Qualquer uma destas áreas pode estar parcial ou totalmente envolvida, ou pode haver combinações diferentes de várias ou todas estas regiões. As fissuras podem ser unilaterais ou bilaterais. As unilaterais ocorrem mais do lado esquerdo que no lado direito. As bilaterais ocorrem em, aproximadamente, um terço de todos os casos de fissura Lubit<sup>34</sup> (1978).

O paciente portador de fissura labiopalatal, se tratado apenas pela cirurgia plástica, ao longo do seu desenvolvimento, está sujeito a graves transtornos estéticos, psicológicos e funcionais.

A cirurgia plástica do lábio e do palato resolve o problema apenas temporariamente. Com o passar dos anos, sem o auxílio da cirurgia ortognática, do tratamento ortodôntico e protético complementar, ela acarreta consequências graves para o esqueleto crânio facial do paciente, principalmente no terço médio.

A maxila sofre uma retroposição em relação à mandíbula pela ação da pressão exercida pelo lábio operado, cujos músculos agem como uma verdadeira "cinta muscular" sobre a mesma. Este fato e a retração

cicatricial do palato operado, constituem fatores suficientes para inibir centros de crescimento do terço médio da face. O paciente passa a desenvolver um perfil característico de prognata, quadro patológico que se caracteriza por uma projeção exagerada do mento devido a um hiperdesenvolvimento da mandíbula. No fissurado, porém, o mento encontra-se projetado graças a uma retroposição da maxila, constituindo o que denominamos de "pseudopognatismo".

Em pacientes portadores de fissura labiopalatal, existem casos de atresia maxilar, acompanhada de insuficiente quantidade óssea no rebordo alveolar para abrigar as unidades dentárias, resultando em cruzamento total dos arcos maxilares e em apinhamento dentário. São também encontrados, com certa frequência, casos de crescimento vertical deficiente relativos à área da fenda alveolar. Disso resulta a infra-oclusão em região de pré-molares e caninos. Sendo a intercuspidação dentária um fator de estabilização dos segmentos maxilares, casos onde há ausência deste fator, associado à descontinuidade do rebordo, predis põem os segmentos maxilares a se movimentarem em direção palatina em razão da pressão dos músculos periorais, Cerigatto<sup>1</sup>(1983).

O paciente fissurado labiopalatal geralmente apresenta a estética prejudicada, as relações maxilo mandibulares anômalas, a fala nasalada, e somando-se a este quadro seu estado psicológico profundamente afetado

faz com que este tipo de paciente se omita do convívio familiar, social e profissional, dificultando sobremaneira seu relacionamento na comunidade.

Durante o falar, a vibração da coluna de ar é forçada através da boca somente, produzindo-se com isso sons claros e distintos, burilados que são pelas estruturas que concorrem para a ressonância (dentes, lábios, bochechas, etc.). A existência de uma fenda palatina ou velopalatina altera profundamente o aparelho ressonador; o paciente, privado de impedir o desvio da coluna de ar, procura sons nasalados, sendo este o atributo principal de sua voz. A essa alteração, ou seja, a voz conhecida por fanhosa, dá-se o nome de rinolalia, Graziani<sup>20</sup> (1982).

Este problema da fala pode ser facilmente contornado, empregando-se as próteses conhecidas como "Obturadores Palatinos", que, de acordo com o próprio nome (Obturare - latim), tem por finalidade obturar o palato. Geralmente são constituídas por uma placa em forma de dentadura, com ou sem penetração na cavidade, encontrada no palato. Pode atingir o palato duro, mole ou ambos, e ainda outras estruturas da maxila, dependendo da etiologia e da extensão da deformidade, Moroni<sup>20</sup>(1982).

Nestes indivíduos, as deformidades maxilo-mandibulares e dos arcos alveolares são bastante frequentes, o que agrava o problema estético e

funcional, Brosco et al.<sup>15</sup> (1974); Koomen<sup>21</sup> (1981); Duthie<sup>21</sup> (1983).

A evolução técnica da cirurgia plástica e ortognática, bem como da ortodontia, da fonoaudiologia, da psicologia e principalmente das reabilitações protéticas, quer seja através de simples próteses unitárias, pequenas próteses parciais fixas ou adesivas, removíveis convencionais a grampos, ou até mesmo dentaduras totais, ou ainda complicadas próteses conjugadas, com o emprego de encaixes de precisão ou semi-precisão e principalmente próteses tipo "over denture", têm solucionado, de maneira bastante satisfatória, a maioria dos planejamentos protéticos para os fissurados. Não podemos deixar de acrescentar, mais recentemente, as próteses sobre implantes osteointegrados que ultimamente têm revolucionado a odontologia restauradora protética. Osteointegração é o termo usado para descrever o mecanismo de aderência do tecido ósseo à superfície de implantes aloplásticos usados como pilares protéticos. Desde que certos requisitos sejam obedecidos durante a colocação do implante, e no período subsequente de cicatrização, obtém-se a aposição direta e exclusiva do tecido ósseo diferenciado na superfície do implante, Todescan<sup>21</sup> (1992).

Todo esse arsenal de especialidades visa restabelecer, com êxito, a estética, propiciando ao paciente condições de uma aceitação pessoal que será

fundamental na sua reintegração. Procura ainda restabelecer as funções mastigatórias promovendo um bom relacionamento maxilomandibular, dando ao paciente condições de realizar satisfatoriamente as funções de deglutição e fala. Desta forma o indivíduo adquire condições de ser devolvido à sociedade, recuperado e reintegrado, podendo lutar por sua sobrevivência com maior participação e vontade.

O tratamento do fissurado exige um acompanhamento contínuo desde o nascimento até a fase final do crescimento, em torno de 18 anos, de forma a prevenir as alterações a que estão sujeitos ao longo de seu desenvolvimento. O inter-relacionamento das várias especialidades, com a participação do paciente e de seus familiares, são fundamentais para o êxito da reabilitação, que requer um período de atuação em média de 12 a 15 anos.

Estudos comprovaram que os indivíduos com fissura de lábio e palato, invariavelmente necessitam de próteses parciais na região anterior, Benington et al., 1979 (1979).

Existe, porém, em nosso meio, inúmeros pacientes que infelizmente não tiveram acesso a um tratamento reabilitador orientado dentro dos padrões científicos conhecidos, ou por problemas sócio-econômicos ou mesmo ignorância das soluções para o caso. Há também aqueles indivíduos que iniciaram o tratamento com cirurgias plásticas do lábio e palato, que tiveram

um atendimento odontológico de rotina, ou alguma outra orientação médica insuficientes para um resultado final compensatório, ou seja, receberam um tratamento de modo parcial, o que, ao invés de resolver, agravou ainda mais o problema, impedindo na maioria das vezes uma futura viabilidade de correção completa. Pacientes com essas malformações, sem qualquer orientação, ou mutilados por tratamentos incompletos, são ainda encontrados aos milhares por todo o Brasil, de todas as idades, sofrendo consequências de suas simples e pequenas deformidades.

Embora não se possa prevenir o nascimento de pessoas fissuradas, podem-se adotar atitudes e procedimentos outros, plenamente viáveis dentro de um complexo hospitalar-médico-odonto-psico-fono-pedagógico-social, para tratamento e reabilitação dos casos.

Visando minorar o sofrimento destes pacientes, é que desenvolvemos este trabalho, tentando mostrar que, se não de uma maneira "ideal", mas bastante aceitável, podemos reintegrar estes indivíduos ao convívio de seus familiares e amigos, dando-lhes mais segurança no relacionamento social, psíquico e humano.

Procuramos instituir um planejamento protético adequado para cada caso, objetivando restabelecer a estética, a deglutição, a fonética, uma melhora das relações maxilomandibulares com conseqüente melhoria da mastigação, dando ao paciente uma oportunidade de reintegrar-se na comunidade, devolvendo-lhe a

esperança, o sorriso e a confiança em si próprio, para conseguir uma vida comunitária o mais próximo possível da normalidade.

## 2- REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, revisaremos várias documentações científicas das últimas três décadas, referentes ao planejamento protético para indivíduos que apresentam fissura labiopalatal congênita. A literatura enfatiza inúmeras possibilidades de recuperação protética da estética e das funções mastigatórias promovendo um bom relacionamento maxilomandibular, além de permitir a esses pacientes condições de realizar satisfatoriamente as funções da deglutição e fala. Os autores serão citados em ordem cronológica segundo a publicação dos trabalhos.

Segundo Mazaheri<sup>30</sup> (1961), o uso de próteses sustentadas por dentes naturais consegue preencher melhor os objetivos de um resultado satisfatório e danifica menos os tecidos de suporte. Preconiza, ainda, a confecção de dentaduras totais construídas sobre dentes naturais, como uma maneira de proteger melhor o mucoperiosteio, diminuir a carga oclusal da prótese, exercendo ainda um efeito de contenção sobre os dentes remanescentes. O autor aconselha que estes remanescentes devam ser preparados para receber "coppings" metálicos que teriam a finalidade de proteção contra futuras descalcificações e cáries. Esta técnica

tem a finalidade de oferecer à prótese mais suporte e não para uma melhor retenção, como se poderia esperar.

Segundo Watson<sup>24</sup> (1969), o moderno emprego da ortodontia e da ortopedia funcional tem reduzido em muito a necessidade de confecção de próteses. Todavia, como o indivíduo fissurado apresenta uma anormalidade das relações maxilomandibulares, torna-se imperioso a correção protética para uma melhora da estética facial e da eficiência mastigatória, principalmente no paciente adulto. O autor apresenta a técnica da dentadura "Overlay Façade" incorporada a encaixes de precisão, para restaurar a oclusão e a estética nos casos de pacientes fissurados com colapso do arco dentário.

Dykema et al.<sup>22</sup> (1970) determinam que os objetivos para o tratamento protético dos pacientes fissurados devem ser pelo menos três: restauração da função, estabelecimento de condições estéticas aceitáveis e preservação dos dentes remanescentes e tecidos de suporte. A restauração da fonética e da deglutição é consequência do cumprimento desses objetivos. Neste grupo de pacientes a aparência estética é de fundamental importância, e tanto o aspecto facial como o dental devem ser satisfatórios. Deve-se preservar o máximo possível os dentes remanescentes, bem como os tecidos de suporte, já que sua perda poderá transformar muitos pacientes em inválidos e desesperançados do ponto de vista dental, social e psicológico.

Para Wirz<sup>54</sup> (1971) deve haver sempre uma perfeita sintonia entre o ortopedista, o fonaudiólogo e o protesista no tratamento protético de pacientes com fissura. Acredita que o tratamento desses pacientes deve observar os seguintes objetivos:

- a) *função estética* - que diz respeito ao reforço e estabilização dos segmentos ósseos;
- b) *função cosmética* - visa uma recuperação do perfil do paciente na região do lábio superior, com complementação do osso e das falhas da mucosa, e na colocação dos incisivos de maneira esteticamente aceitável;
- c) *função articular* - restabelecimento do equilíbrio ocluso articular;
- d) *função fonética* - na confecção da prótese da fala, para uma correta emissão sonora;
- e) *função profilática da cárie* - todos os dentes remanescentes do maxilar superior devem ser preparados para receberem coroas totais;
- f) *função higiênica* - dar ao paciente condições de manutenção da higiene oral e possibilidade de tratamento protético a longo prazo;
- g) *função psicológica* - na aceitação do tratamento por parte do paciente, educá-lo para gostar dos próprios dentes e para fazer uma higiene bucal meticulosa.

Spina, et al.<sup>55</sup>(1972) apresentaram uma nova classificação das fissuras labiopalatinas, tendo como ponto de reparo o forame incisivo, ponto de junção na

formação de toda a região labiopalatal. A classificação segundo os autores, preenche inúmeras vantagens sobre as até então existentes.

La Velle & Zach<sup>22</sup> (1973) preconizam a "Tissue Bar" e a ancoragem "Ceka" (*um simples encaixe de semi precisão*) como tratamento protético para pacientes portadores de fissura bilateral completa de lábio e palato. Acreditam os autores que este sistema promove um resultado estético e funcional bastante agradáveis, além de promover uma retenção adequada para pacientes com crescimento maxilar deficiente.

Rosen<sup>23</sup>(1973) enfatiza a necessidade de cooperação entre as várias áreas de abordagem terapêutica para os pacientes fissurados. Apresenta, ainda, algumas condutas protéticas, tais como: o uso de uma prótese em paciente neonatal com finalidade de alinhar o arco assimétrico e obturar a fenda; a indicação de prótese fixa para corrigir a pré-maxila móvel e, ainda, o uso de uma dentadura "over denture" para corrigir o hipodesenvolvimento maxilar e conseqüente má oclusão.

Kantorowicz<sup>24</sup> (1973) salienta que deve haver um perfeito relacionamento entre o ortodontista e o protesista na elaboração do plano de tratamento do paciente fissurado. Descreve a aparência destes pacientes, o problema especial da higiene oral e sua preferência para indicação de próteses parciais fixas

para casos selecionados; preocupa-se em descrever os procedimentos que envolvem a confecção de tais próteses.

Brosco et al.<sup>15</sup> (1974) descrevem o caso de um paciente fissurado que possuía na arcada superior somente quatro dentes remanescentes. Devido à pouca retentividade apresentada por esses elementos, e também pela tensão do lábio superior optaram pela indicação de próteses unitárias conectadas a uma removível com encaixes de semi-precisão. Desta maneira conseguiram uma reposição da porção anterior da maxila, devolvendo a estética facial ao paciente. Como o paciente era desdentado inferior, confeccionou-se para ele uma prótese total, conseguindo-se assim restabelecer a função mastigatória.

Eley & Treacher<sup>25</sup> (1974) preconizam o uso de "attachment" de precisão no lugar de dentadura "over denture" por acharem ser aquela a melhor maneira de solucionar problemas relativos a obtenção do desenho de uma prótese parcial removível para pacientes fissurados labiopalatal, relativos principalmente à retenção e estabilidade, muitas vezes prejudicada pela necessidade de posicionamento dos dentes artificiais anteriores mais para a frente da crista alveolar residual, em busca de uma estética mais agradável.

Kantorowicz<sup>30</sup> (1975) enfatiza a importância do perfeito interrelacionamento das diversas especialidades odontológicas no planejamento da reabilitação de um paciente portador de fissura labiopalatal. Acredita que

sempre pode haver a necessidade de uma reavaliação futura do tratamento, daí sugerir que esta hipótese seja sempre levada em consideração quando do plano de tratamento. Apresenta uma análise de vários casos de prótese parcial fixa para pacientes com segmentos bucais instáveis e estáveis da maxila. Acredita que este tipo de prótese é a mais indicada quando se pretende uma estabilização dos segmentos maxilares.

Naqueles casos onde os segmentos maxilares são estáveis, o autor considera que a Lei de Ante (*as áreas pericementárias dos dentes suportes devem se iguais ou maiores do que a do dente ou dos dentes a serem substituídos*), seguida pelos protesistas no planejamento de próteses fixas para pacientes normais, deva ser observada.

Acredita que o objetivo de se conseguir uma perfeição do tratamento ortodôntico, com apropriado transpasse horizontal, do segmento alveolar estável, deva ser considerado como secundário na perfeição ortodôntica, porque o encurtamento desta fase se reflete como fator positivo em benefício das condições psicológicas do paciente. O resultado final satisfatório deve ser obtido pelo protesista. O paciente deverá ser orientado precocemente quanto à higiene oral, durante o tratamento ortodôntico.

Rothenberg<sup>44</sup> (1977) enumera algumas vantagens das "over denture" sobre dentaduras, ou dentaduras de recobrimento: maior estabilidade e retenção da prótese,

restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, manutenção de raízes residuais, suporte dos lábios e músculos faciais, manutenção da relação cêntrica, preservação da propriocepção, melhora significativa da função mastigatória, benefícios psicológicos, conforto e restauração do arco maxilar. Adverte que os pacientes portadores deste tipo de prótese deverão dedicar uma atenção especial no que concerne à manutenção da higiene oral.

Ettinger<sup>24</sup> (1977) salienta que, apesar da evolução das técnicas cirúrgicas, muitos pacientes chegam à idade adulta com o fechamento incompleto do palato e com grandes perdas dentárias. Descreve as dificuldades encontradas para a confecção de próteses totais devido à insuficiente retenção. Recomenda que sejam feitos todos os esforços para manutenção de dentes remanescentes, mesmo aqueles com prognóstico duvidoso, e isto favoreceria a estabilidade das futuras próteses.

Birnbaun et al.<sup>11</sup> (1978) preconizam uma técnica para melhorar a retenção nos remanescentes dentários dos fissurados. Sugerem um aumento de contorno dos dentes que receberão grampos. Para isto utiliza-se de resina composta fotopolimerizável. O recontorno é feito visando uma melhor adaptação e retenção dos grampos das próteses parciais removíveis aos dentes, ou ainda para favorecer a retenção na colocação de brackets ou bandas de aparelhos ortodônticos. A única desvantagem desta técnica seria a

irritação gengival constante, devido à dificuldade de higienização e acúmulo de placa bacteriana naquela região.

Benington et al.<sup>7</sup> (1979) recomendam que durante o planejamento de uma prótese parcial removível para pacientes fissurados, onde existe a ausência dos incisivos laterais superiores para se obter uma estética mais agradável, seja previsto a colocação de um dente mais largo, similar ao incisivo central, pois, devido à expansão maxilar, se faz mister optar-se por um dente maior no sentido méso-distal.

Com relação à estética, os autores recomendam que se consiga uma relação normal dos caninos ou pré-molares, porque, a partir desta relação, é que conseguiremos uma relação normal dos dentes anteriores superiores e inferiores, proporcionando um bom suporte labial.

Nos casos em que haja suficientes condições de suporte e retenção, os autores sugerem o uso de dentaduras de cobertura, especialmente quando houver uma hipoplasia maxilar grave. Acreditam que com esta técnica conseguem uma estética mais favorável e uma posição funcional mais satisfatória. Alertam que este tipo de prótese só deva ser recomendada para pacientes que possuam uma efetiva conscientização da necessidade de uma perfeita higiene oral. Advertem ainda que devemos reduzir ao mínimo as forças de deslocamento, buscando uma oclusão bastante favorável.

Benington et al.<sup>4,7,8</sup>(1979) acreditam que a movimentação ortodôntica dos dentes e o tratamento cirúrgico deveriam ser realizados, tendo-se em mente o tipo de reabilitação protética ideal para o caso. Quando o paciente for incapaz de realizar sua própria manutenção da higiene oral, as próteses deverão ser simplificadas, assim como o tratamento ortodôntico projetado para produzir um resultado que dispense próteses como contenção ortodôntica. Segundo os autores, estudos mostram um alto índice de insucesso das próteses parciais fixas em pacientes jovens, quer pelos altos índices de cáries, quer pela erupção incompleta dos dentes, dificultando a forma de retenção, ou ainda devido ao grande volume pulpar, prejudicando a execução dos princípios bio-mecânicos na realização dos preparos dos dentes remanescentes.

Gold & Pruzansky<sup>28</sup> (1979) relatam 10 casos de pacientes com defeitos congênitos oro-faciais reabilitados com combinações de próteses parciais fixas com encaixes protéticos auxiliares de planos fixos e móveis. Eles concluíram que as próteses parciais fixas podem ser dispensadas num planejamento protético para pacientes fissurados; mas, quando bem indicadas, constituem-se num resultado melhor, devido à sua maior durabilidade. A economia dos custos, os benefícios para os pacientes e a redução dos riscos fazem da prótese parcial fixa um tratamento de escolha. Afirmam haver conseguido resultados funcionais e estéticos mais

satisfatórios empregando próteses parciais fixas com retentores múltiplos juntamente com acessórios planejados para as necessidades específicas de cada caso.

Lopes & André<sup>32</sup> (1980), referindo-se as "over denture", sugerem que elas sejam parciais nos casos em que a fenda palatina seja unilateral. Apenas será recoberto o lado da lesão, pois o lado não afetado, possivelmente não apresentará deformidades. Nos casos de fendas bilaterais o recobrimento quase sempre será total, de molar de um lado a molar do lado oposto. A extensão favorece a estética, pois, se recobrirmos somente os dentes da bateria anterior, quando o paciente sorrir, dará a impressão de que lhe faltam os pré-molares, por ocuparem estes uma posição mais para lingual, justificando-se assim a necessidade de serem igualmente recobertos. Em pequenos defeitos, os autores sugerem o emprego de próteses parciais fixas como solução ideal.

Quando do planejamento de próteses removíveis, os autores sugerem que seja colocado o maior número possível de grampos de retenção, e que o palato deva ser recoberto, pelo fato de quase sempre existir defeitos residuais nesta região. O emprego de retentores do tipo coroas totais são os preferidos, pois a aplicação de múltiplos grampos facilita o acúmulo de alimentos e pode provocar uma grande incidência de cáries.

Goldstein et al.<sup>20</sup>(1980) recomendam como tratamento de escolha para pacientes que perderam vários dentes, mas ainda possuem alguns naturais, a "overdenture". Constitui uma excelente alternativa e vem sendo um bem sucedido tratamento estético e funcional para os pacientes com perda óssea contínua devido a fatores sistêmicos ou outros. Usando uma cobertura primária de ouro, a relação coroa-raiz pode ser drasticamente alterada em favor do dente. Os dentes remanescentes, com prognóstico sombrio, podem ser utilizados com êxito como apoio destas próteses. A estética pode ser muito aperfeiçoada porque o dentista não precisa seguir rigidamente a colocação dos dentes de apoio. A vantagem da "overdenture", portanto, não é apenas reduzir a relação coroa-raiz, mas também permitir que os dentes sejam colocados na posição mais conveniente. Outro benefício estético é a capacidade de alterar a altura vertical dos dentes. Como este tipo de prótese é de certa forma uma prótese total, a altura da crista e da gengiva dos dentes pode ser controlada e artificialmente recriada na posição mais vantajosa possível. A linha do sorriso e a linha média podem ser alteradas, deslocadas de acordo com as conveniências, em busca de uma estética mais favorável.

Para Koomen<sup>21</sup> (1981) o tratamento reabilitador protético do fissurado visa restabelecer a estética e a função. A ausência de muitos dentes, o mal posicionamento dos dentes anteriores, a presença, muitas

vezes, de dentes supranumerários e a hipoplasia maxilar, são os fatores que determinam uma estética defeituosa para estes pacientes. Acredita que isto pode ser resolvido através de um perfeito planejamento protético, mas afirma ser de grande importância o interrelacionamento do protesista com o ortodontista e o cirurgião, para se conseguirem melhores resultados estéticos e funcionais. As vantagens da cooperação entre os membros de uma equipe são óbvias. Os problemas envolvidos não podem ser resolvidos apenas por uma única especialidade; somente uma atuação conjunta pode assegurar o melhor resultado possível. Neste ínterim, o protesista assume papel essencial no plano de tratamento e terapia.

Brosco et al.<sup>14</sup> (1981) afirmam que os movimentos ortopédicos na expansão maxilar dos pacientes portadores de fenda completa bilateral, quando favorecidos pela falta de coalescência das partes ósseas na região palatina, têm também a possibilidade de recidiva aumentada se não houver uma contenção protética definitiva, para manter estas partes em posição adequada.

Abadi & Johnson<sup>2</sup> (1982) citam que o tratamento da fissura do lábio é realizado normalmente no período de uma a duas semanas após o nascimento; enquanto que o fechamento cirúrgico do palato ocorre entre o primeiro e sexto ano de idade, dependendo do tipo de deformidade. O autor acredita que o fechamento

cirúrgico do palato oferece as mesmas vantagens do tratamento protético com próteses de recobrimento. A cirurgia do palato pode minimizar o aparecimento de doenças do ouvido médio, muitas vezes causando até a perda total da audição; favorece ainda condições para um crescimento normal da face e propicia um ambiente favorável para a erupção dos dentes. Os autores consideraram importante a presença de um protesista na equipe de planejamento para o tratamento reabilitador do paciente fissurado, pois, enquanto o paciente aguarda a cirurgia para reparação do palato, se faz necessário o uso de um obturador para ajudar na manutenção da alimentação e preservação da via aérea respiratória.

Cerigatto<sup>16</sup> (1983), num estudo realizado em 10 pacientes portadores de fenda lábiopalatina, com sequela maxilar grave, concluiu que 90% dos casos analisados apresentam uma sensível mudança nas medidas cefalométricas, a partir do tratamento ortodôntico e cirurgia ortognática, mudanças estas importantes na arrumação óssea facial. A indicação de próteses parciais fixas ou removíveis para estes pacientes está diretamente relacionada com as necessidades estéticas, com o fator de contenção permanente e com a anatomia e tamanho do espaço protético. Na análise estética, dois pacientes não sofreram alterações, enquanto que oito deles apresentaram uma melhora considerável na visão frontal e de perfil.

Duthie<sup>21</sup> (1983) apresenta o caso de um paciente portador de fissura labiopalatal bilateral tratado cirúrgica e ortodonticamente, cuja solução protética para a severa má oclusão e obtenção de um padrão estético favorável foi a troca da morfologia dos pré-molares e a construção de "overdenture" híbrida, onde havia a combinação de cobertura completa dos dentes anteriores e parcial com coroas em pré-molares, e retenção adicional a grampos nos molares.

Carl<sup>22</sup> (1984) relata dois casos de próteses parciais fixas anteriores para pacientes fissurados. Afirma que podem ser indicadas para pacientes com fenda alveolar uni ou bilateral. Alguns fatores devem ser considerados como a posição da pré-maxila em relação aos segmentos posteriores da maxila, o osso de suporte, as condições e mobilidade dos dentes vizinhos à fenda, a situação do periodonto, a higiene oral e a motivação do paciente.

Devides<sup>23</sup> (1987), após analisar 150 casos de pacientes portadores de fissuras labiopalatal, concluiu que a prótese fixa deve ser indicada quando a fissura tem uma área inferior a 50mm e a altura menor de 7mm. Para a indicação das próteses removíveis as fendas alveolares devem-se apresentar com uma área superior a 50mm e altura maior que 7mm. Em casos de altura e áreas diferentes destas, o que determinará a indicação será a altura, ou seja, em pacientes com fendas alveolares com altura de até 7mm, a prótese fixa deverá ser a indicada.

Acima desta medida deveremos optar pelas próteses removíveis.

Rubo<sup>43</sup> (1987), estudando 39 casos de pacientes portadores de fissura transforame incisivo unilateral, concluiu que, em 79,92% destes pacientes, o espaço protético era menor do que seria necessário para a reposição dos dentes ausentes na região anterior, o que o obrigou, em 38 dos casos, a que se reduzisse o diâmetro méso-distal dos dentes artificiais, quando comparados com a dentição normal. Os melhores efeitos estéticos são conseguidos quando a variação do diâmetro méso-distal de cada dente artificial não ultrapasse a média de  $1,07 \pm 0,77\text{mm}$ . Acima de  $3,67 \pm 0,4\text{mm}$  médios de variação, o resultado estético é sempre insatisfatório.

Pascotto & Brosco<sup>44</sup> (1990) analisaram 208 casos de pacientes portadores de fenda transforame incisivo unilateral, com o objetivo de avaliar a posição dos caninos superiores e como estas alterações poderiam interferir no resultado final das próteses. Fizeram uma análise e medição destas alterações em modelos de gesso articulados, na fase de tratamento pré-protético, verificando, no sentido vertical, a infraversão e, no sentido horizontal, o desvio méso-distal de sua relação de oclusão normal e a distância em relação à linha média. Os resultados evidenciaram uma frequente mordida aberta anterior e lateral do segmento fissurado, além da existência frequente de um desvio da linha média superior para o lado não fissurado, devido à situação,

em geral para mesial, dos caninos superiores do lado acometido pela fissura.

Batista<sup>9</sup> (1990) concluiu que, em se tratando de pacientes fissurados, existe uma conduta terapêutica específica para cada caso, uma vez que este tipo de paciente apresenta inúmeras variáveis de condições locais que irão definir este ou aquele tipo de prótese, onde a indicação deverá sempre se pautar nos conceitos básicos de oclusão, suporte ósseo, retenção, estética, e tamanho do espaço protético. O bom senso é o fator fundamental na eleição e execução da técnica proposta, para que se consigam resultados funcionais e estéticos satisfatórios, propiciando ao paciente portador de fissura labiopalatal, bem-estar físico-psico-social, contribuindo para melhora da fonação e devolvendo ao indivíduo melhores condições de sobrevivência, fator único e principal na reabilitação integral dos pacientes fissurados.

### 3- MATERIAL E MÉTODO

Selecionamos 5 pacientes, de uma amostragem de 15 submetidos a estudos preliminares, visando-se estabelecer um planejamento protético que suprisse as necessidades inerentes a cada caso. Para todos os pacientes foram realizadas radiografias panorâmicas e periapicais, modelos de estudo, e também fotografias em slides, antes, durante e depois, do tratamento idealizado, para a devida documentação.

O tratamento restaurador de pacientes com fenda labiopalatal deve ser orientado segundo critérios estabelecidos por Benington et al.<sup>4,7</sup> (1979).

**Exame e plano de tratamento** - para se realizar ou substituir uma prótese em pacientes fissurados é necessário fazer-se um cuidadoso e minucioso exame, para podermos minimizar e facilitar a resolução de possíveis complicações do tratamento. Uma detalhada história médico-odontológica é feita de maneira usual. Nestes pacientes encontramos com grande frequência doenças cardíacas congênitas, daí a necessidade de uma cobertura antibiótica adequada nos casos de intervenções cirúrgicas, além do acompanhamento médico especializado. O tratamento restaurador precisa ser planejado tendo-se em mente um procedimento cirúrgico, prévio ou não.

O paciente deverá ser informado e chamado a opinar sobre a prótese que iremos confeccionar, principalmente no que concerne à estética, à estabilidade e ao vazamento de fluidos para a cavidade nasal.

O tratamento ortodôntico prévio, de qualquer natureza, deve ser estudado, determinando-se a necessidade da retenção e expansão ou movimentação dos arcos.

*Exame clínico* - para se fazer um exame clínico cuidadoso necessitamos de radiografias intra-orais da boca toda, uma radiografia panorâmica e dos modelos de estudo. Fotografias intra e extra bucal servirão para registrar os resultados:

- a) *Controle de placa e condição periodontal* - é fundamental um minucioso exame clínico e radiográfico da condição periodontal. Nele poderemos verificar a extensão e deposição de placa, presença de alterações gengivais (gengivites), da mobilidade dentária, trauma oclusal e profundidade de bolsa.
- b) *Restauração prévia e incidência de cáries* - é necessário fazer-se uma verificação acurada das cáries e analisar as condições das restaurações já existentes, e ainda testar a vitalidade pulpar dos elementos dentários remanescentes. Essa verificação é uma parte essencial do planejamento do tratamento, levando-se em consideração o comprometimento de cada restauração em particular. Estas restaurações

deverão ser realizadas ou avaliadas, tendo-se em mente a confecção da futura prótese.

c) *Oclusão* - nestes pacientes o relacionamento dos arcos superiores e inferiores é de fundamental importância. O retrognatismo maxilar é frequente em malocclusão de classe II de Angle. Pode ocorrer mordida aberta ou cruzada, uni ou bilateral em pré-molares ou áreas anteriores. A altura e largura da face oclusal e espaço inter-oclusal devem ser atentamente estimados. A oclusão precisa ser determinada e qualquer intervenção necessária ao equilíbrio oclusal executada. Para Dawson<sup>17</sup> (1980), provavelmente nenhum outro tipo de problema oclusal é tratado tão imprópria e rotineiramente como o relacionamento da mordida cruzada. Com frequência, o tratamento realizado para "corrigir" uma mordida cruzada é significativamente mais prejudicial do que a mordida cruzada por si só. Isto é particularmente lamentável, porque, quando propriamente tratado, o relacionamento da mordida cruzada pode estar entre as mais estáveis das oclusões e de manutenção mais predizíveis.

d) *Estabilidade dos arcos* - quando a expansão dos arcos for para fora, existe a necessidade de estabilização deles, e isso é essencial para determinar e avaliar o potencial do trauma nesta região. De maneira geral isso é conseguido com a interação da ortodontia e cirurgias plásticas.

Outros fatores ainda devem ser considerados, como o tipo de expansão, se é rápida ou lenta, o tempo decorrido desde a expansão dos segmentos, se houve interposição de osso enxertado, a quantidade e posição desse osso e o tempo decorrido desde a cirurgia. Uma boa intercuspidação dos dentes é outro fator que pode ajudar na prevenção dos traumas oclusais.

- e) *Palato duro* - devemos verificar a presença ou falta de osso no palato duro e a extensão de fistulas, quando presentes, e a proximidade do osso às margens de cada fistula notada. Se houver presença ou indícios de inflamação, devem-se fazer esfregaços da região afetada e uma análise microbiológica deve ser solicitada.
- f) *Palato mole e a fala* - a morfologia do palato mole deve ser observada, bem como a forma de qualquer obturador presente. Nessa fase é necessário o acompanhamento de um fonoaudiólogo.
- g) *Lábio e sulco labial* - o exame minucioso do lábio para verificar sua mobilidade e o quanto de extensão é necessário para suportar convenientemente a prótese. Devemos dar atenção especial ao fundo de saco superior para verificarmos a presença ou não de fistula residual.
- h) *Mucosa do palato* - é importante verificar a compressibilidade da mucosa palatal, particularmente da região anterior, onde as condições do rebordo

poderão contribuir para determinar uma simplificação no tempo da cirurgia.

**Estética** - a estética final da prótese pode ser melhorada fazendo-se considerações sobre o método de confecção e extensão das mesmas. Esta estética é avaliada pelo profissional e pelo paciente, numa prova prévia dos dentes já na posição ideal proposta. Esta prova é fundamental antes da confecção da prótese definitiva. Devemos observar: forma, contorno, tamanho, cor, posição dos dentes no arco, linha alta do sorriso, linha mediana, enfim buscar um conjunto harmonioso que combine com o melhor resultado estético para o paciente.

**Plano de tratamento provisório** - de posse do histórico do caso, dos exames radiográficos, dos modelos de estudo e com auxílio de um exame clínico é possível estabelecer-se um plano de tratamento protético provisório, quer seja ele para prótese parcial fixa, removível ou total. A indicação para dentadura completa é evidente, mas a preservação de algum remanescente dentário não pode ser subestimada. Etinger<sup>24</sup> (1977) diz que, mesmo estando os dentes remanescentes envolvidos periodontalmente e com prognóstico negativo, o protesista deve tentar preservá-los ao máximo para serem usados como suporte de uma prótese total, pois desta forma, além de restaurar a área desdentada, promove uma contenção deles, protegendo-os contra traumatismos.

Algumas considerações devem ser feitas para se determinar a preferência de indicação de uma prótese fixa em relação a uma removível ou vice-versa:

- a) *Higiene oral e suporte periodontal* - uma boa higiene e bom suporte periodontal são prerrequisitos fundamentais para o sucesso de qualquer tipo de prótese.
- b) *Áreas de sela* - a necessidade de reposição de uma ou mais áreas de sela normalmente é a indicação para o desenho de uma prótese removível.
- c) *Tecido mole* - onde existe deficiência labial, devemos dar preferência para as próteses parciais removíveis que mais facilmente reconstituem a estética. Onde a imposição for menor e a linha de sorriso baixa, as próteses parciais fixas deverão ser as indicadas.
- d) *Fistula* - como regra geral, a fistula é melhor obturada estendendo-se a base de uma prótese parcial removível, mas pequenas fístulas podem ser obturadas por uma parte removível associada a uma prótese fixa.
- e) *Retenção ortodântica* - para se prevenir traumas nas arcadas, uma extensão distal da prótese deverá ser considerada, quer seja ela fixa ou removível.
- f) *Alinhamento das arcadas e oclusão* - frequentemente ocorrem discrepâncias acentuadas; se esta correção envolver necessidade de recobrimento, será uma clara indicação de prótese removível.
- g) *Suporte labial* - uma mudança no suporte labial pode

ser resolvida pela colocação dos dentes anteriores da prótese removível mais afastados do lábio.

h) *Retenção da prótese* - nos remanescentes dentários que se apresentarem com coroa clínica curta, pode-se optar por uma cirurgia periodontal de aumento das mesmas; tal procedimento é sempre necessário para se conseguirem preparações com suficiente grau de retenção e estabilidade e uma perfeita localização do limite cervical dos preparos.

A retenção se deve à proximidade da parede axial do preparo com a superfície interna da restauração. Portanto, quanto maior for a superfície do preparo, maior será a retenção. Em suma, os preparos em dentes maiores são mais retentivos que os realizados em dentes pequenos, desde que possuam o mesmo grau de expulsividade, Shillingburg et al.<sup>4º</sup> (1983).

Em se tratando de próteses removíveis, a completa exposição da coroa anatômica do dente também facilitará o desenho da prótese, e onde a cirurgia periodontal é contra-indicada, a retenção pode ser criada por restaurações, com aumento no contorno da coroa através de resina composta fotopolimerizável, melhorando a retenção e fazendo com que a adaptação dos grâmpos seja mais eficiente ao dente, Birnbaum et al.<sup>11</sup> (1987).

Em pacientes dentados, é necessário atentar para alguns procedimentos prioritários preliminares para

formular o plano de tratamento definitivo ideal. Segundo Benington et al.?(1979) são:

- a) remoção de focos, extrações ou outros procedimentos cirúrgicos;
- b) atenção para a higiene oral;
- c) verificar as restaurações existentes;
- d) eleição de tratamentos endodônticos;
- e) equilíbrio oclusal;
- f) julgamento prévio dos resultados.

O plano de tratamento protético definitivo somente poderá ser formulado quando esses procedimentos forem completados.

#### CASO 1

Paciente do sexo masculino, 54 anos de idade, casado, boas condições de saúde, nos procurou no serviço ambulatorial de Prótese Buco da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos - UNESP. Ele relatava que sua prótese superior estava muito solta, o que era muito embaraçoso para sua vida familiar, social e profissional. Dizia ainda que há meses vinha encontrando grandes dificuldades para se alimentar.

O exame clínico mostrou que ele era portador de uma fissura unilateral de lábio e palato, já operada, e possuía uma fistula remanescente naso labial anterior (fundo de saco superior esquerdo).

Havia no arco superior o 17, 15 e 26 como elementos remanescentes. A prótese que o paciente

usava, da qual reclamava, parecia mais uma provisória em resina acrílica com janelas onde se encachavam os dentes remanescentes. A mucosa apresentava-se bastante irritada devido à prótese ser apenas mucosuportada e mau adaptada.

No arco inferior notava-se a ausência somente do 36, 38, 46 e 48. Os dentes mandibulares anteriores estavam hígidos e não restaurados, somente o 37 e 47, é que estavam restaurados com amálgama.

O 15 apresentava uma restauração com amálgama tipo MOD, o 17 possuía uma incrustação em liga de prata com má adaptação e cárie recorrente e o 26 do lado esquerdo apresentava toda a coroa clínica restaurada imperfeitamente com amálgama, e com cáries recidivantes. Os dentes superiores apresentavam ligeira mobilidade e a higiene oral era razoável. Como dissemos, usava uma prótese de acrílico que se ajustava ao contorno dos dentes, porém era totalmente sustentada pela mucosa e sem grampos.

Foi decidido pela preservação dos três dentes superiores para suportar uma prótese tipo "overdenture", prótese de recobrimento.

Realizou-se o tratamento periodontal, e o paciente recebeu orientação quanto à manutenção da higiene. Em seguida foi encaminhado ao endodontista, para tratamento dos três dentes remanescentes superiores.

Os dentes foram preparados para receberem núcleos metálicos fundidos estoçados em liga áurica (*Stabillor G - DEGUSSA*); enquanto isso foram protegidos com coroas provisórias de acrílico, cimentadas provisoriamente com cimento temporário (*Temp Bond - KEER*).

A prótese antiga foi readaptada ao contorno das coroas provisórias, e sua base reembasada com resina quimicamente ativada (*KOOLINER - COE Laboratories, Inc.*); a oclusão foi ajustada de modo que as forças incidissem somente nos dentes da prótese e não nos elementos preparados.

Os preparos intra radiculares foram moldados com material elástico (*Optosil Plus/ Xantropen L- Bayer Dental*), todos em uma única moldagem, para que pudessemos construir um modelo de trabalho total superior único. Os núcleos foram esculpidos, representando um munhão dos respectivos dentes, como se eles houvessem sido preparados dentro dos princípios bio-mecânicos que regem os preparos coronários.

Em seguida, o modelo , com os respectivos enceramentos, foi posicionado em um delineador e os núcleos recortados, para obtermos num único plano de inserção. Fez-se o acabamento final do enceramento, com especial atenção à adaptação cervical (*núcleos estoçados*), e finalmente incluídos e fundidos em liga áurica (*Stabillor G - DEGUSSA*).

Os núcleos foram testados, ajustados e cimentados com cimento de zinco (*S.S. White*). São eles, ainda e presentemente, os cimentos mais empregados em cimentações, seja por tradição, seja porque são aqueles com os quais mais experiência têm os profissionais. São os mais antigos agentes de cimentação, e, ao que parece, os que apresentam melhores propriedades retentivas *Vieira<sup>22</sup>* (1976).

Numa segunda etapa do tratamento, foi feita a moldagem funcional, com o auxílio de uma moldeira individual em resina acrílica incolor quimicamente ativada e material a base de borracha (*Permiastic Regular - KERR*).

Sobre este modelo de trabalho, obtido com gesso pedra especial (*VEL-MIX gesso pedra tipo IV KERR*), foi confeccionada uma prótese total caracterizada, perfeitamente adaptada aos núcleos metálicos fundidos e com uma extensão para a obturação da fistula residual. Segundo *Ettinter<sup>24</sup>* (1977), o protesista deve tentar sempre preservar dentes remanescentes, mesmo envolvidos periodontalmente ou com prognóstico negativo, para serem usados como suporte para uma prótese total, pois, desta forma, o aparelho, além de restaurar a área desdentada, promove uma contenção e protege contra traumatismos.

Ajustes oclusais foram feitos buscando-se dar ao paciente uma oclusão balanceada, favorecendo a retenção e estabilidade da prótese.

Apos a instalação da prótese, o paciente foi devidamente orientado, para uma perfeita manutenção da higiene, e conscientizado da necessidade de seguir à risca as orientações, pois desse cuidado dependeria diretamente a longevidade de seu trabalho protético e conseqüentemente a oportunidade de se evitar num futuro próximo uma prótese total convencional, com todas as dificuldades inerentes à sua confecção, principalmente por se tratar de paciente portador de fissura labiopalatal congênita.

## CASO 2

Paciente do sexo masculino com 30 anos de idade, motorista, branco, solteiro, foi encaminhado pelo serviço social da FUSJC - UNESP para o ambulatório que mantemos para atendimento e orientação a pacientes com lesões labiopalatais congênicas.

O exame clínico mostrou que ele era portador de fissura bilateral completa de lábio e palato. O lábio já havia sido operado, e o resultado estético era bastante satisfatório, porém apresentava uma fissura ampla de palato duro e mole considerada inoperável. O rebordo anterior denotava uma retro posição da premaxila.

Havia no arco superior, o 13 e o 14, neste uma pequena restauração com amálgama na oclusal e naquele diminuta restauração classe V vestibular e no cingulo com o mesmo material. Do lado oposto havia o 24 em

excelentes condições, apresentando apenas uma pequena restauração com amálgama classe I, e a raiz remanescente do 23 com prognóstico bastante favorável, e o 25 com um núcleo parcial fundido em liga de metal não nobre. No arco inferior estavam ausentes os molares de ambos os lados, sendo que o 45 não possuía coroa clínica.

Higiene boa e aspecto periodontal muito bom. Mordida cruzada tocando apenas as cúspides vestibulares dos pré-molares superiores com as linguais dos inferiores. Sua maior dificuldade era com relação à fala, pois dificilmente se fazia entender, principalmente se não falasse pausadamente.

Usava uma prótese em resina acrílica incolor, com recobrimento total da raiz do 23 e contornando as coroas dos demais dentes por lingual. Na região de molares não havia dentes e sim uma espécie de plano de oclusão em resina, liso e polido. A retenção era auxiliada através de grampos adaptados confeccionados com fio ortodôntico. O tratamento endodôntico do 23 e 25 estavam satisfatórios.

Optamos por uma coroa metaloplástica em liga de paládio-prata (*Palliac M - Degussa*) no dente 25. Esta coroa apresentava apoio geométrico bem definido na mesial, além de leito para apoio de braço de grampo por lingual.

Para o 23 planejamos um núcleo metálico fundido estojado, na mesma liga, o qual receberia uma supra estrutura conectada à armação metálica da futura

prótese removível, com vistas a um resultado estético mais favorável devido à inclinação para mesial deste dente.

Após o preparo da ancoragem intra radicular, deu-se especial atenção ao acabamento cervical em bixel supra sulcular. Foi feita moldagem com material elástico (*Optosil Plus/Xantropen L - Bayer Dental*) para obtenção de um modelo de trabalho total superior. Neste modelo foi feito o enceramento do núcleo e da coroa metaloplástica e o conjunto posicionado em um delineador e recortados para se conseguir um único plano de inserção para a futura prótese removível.

Após cimentação do núcleo estojado do 23, e da coroa no 25, foi feita uma modificação na prótese antiga do paciente para permitir que ele continuasse a usá-la até a confecção da prótese parcial removível.

O modelo de trabalho superior em gesso pedra especial (*VEL-MIX gesso pedra tipo IV - KERR*) foi obtido através moldagem com mercaptana (*Permlastic Regular - KERR*) e moldeira individual em resina acrílica autopolimerizante (*Clássico - Artigos Odontológicos Clássico*).

No desenho da prótese parcial removível projetamos selas plásticas na região anterior e na zona dos molares com pequena extensão da rede metálica de retenção para palatino, para permitir fixação da cobertura total do palato duro com a própria resina da prótese, que realizaria a função de um obturador. Sobre

o núcleo estojado do 23 idealizamos uma supra estrutura tipo "copping", fundida juntamente com a estrutura metálica da prótese parcial removível.

Como o paciente se sentia confortável com seu relacionamento maxilomandibular, e a relação dos modelos mostrou não haver inconveniente algum na preservação da mordida cruzada, ela foi mantida na execução da prótese definitiva, fato este comum em fissurados, segundo Dykema et al.<sup>22</sup> (1970).

Um melhor resultado estético foi conseguido com a colocação somente dos dois incisivos centrais, vizinhos aos dois caninos. "Para obter individualidade, as restaurações devem parecer simétricas em cada lado da linha média. Deve haver harmonia do nível gengival e dos níveis incisais para evitar a aparência de substituição", Goldstein<sup>27</sup> (1980).

A mordida cruzada foi mantida, pois havia uma estabilidade oclusal muito boa com contato nos pré-molares, de ambos os lados. Foram colocados mais dois molares de cada lado, objetivando-se uma extensão posterior da prótese, diminuindo desta forma uma possível oclusão traumática anterior.

Na mandíbula foi planejada uma prótese parcial removível, cujo retentor 45 recebeu uma coroa com núcleo metaloplástica com apoio oclusal em mesial e utilizando, como retentor direto, um grampo tipo Martinet-Nally.

Neste caso, em particular, procuramos com o tratamento protético não só restabelecer a estética e a função, segundo Koomen<sup>21</sup> (1981), como também ajudar o paciente na alimentação, manutenção da via aérea respiratória e contribuir para uma total habilitação e reabilitação no campo da fala protética.

Para Mazaheri<sup>20</sup> (1962), paciente com ampla fissura do palato duro, que não pode ser fechada com nenhuma técnica operatória, pode-se considerar o fechamento do palato mole como um processo primário seguido pela restauração do palato duro com prótese.

### CASO 3

Paciente do sexo masculino com 28 anos, branco, casado, funileiro, saúde geral boa, nos procurou para um tratamento de rotina. Sua queixa principal era a fratura da coroa do 15.

Foram feitos os exames iniciais e optamos em realizar uma nova prótese para ele, pois a que usava apresentava-se desgastada e sem estética devido naturalmente ao próprio uso.

Ao exame clínico notamos a presença do 11 e 13 com pequenas restaurações de resina nas proximais; o 14 com restauração amálgama MOD; o 15 com a coroa clínica fraturada e cariada; o 16 possuía uma coroa metálica em liga de cobre alumínio com meia faceta estética em resina representando a cúspide mesio-vestibular e no 17 restauração MOD em amálgama satisfatória.

Do lado oposto o 23 hígido, o 25 restaurado com amálgama na oclusal e distal, e o 26 com restauração amálgama MOD, ambas aceitáveis. Higiene oral boa. O 24 estava ausente, bem como ambos os laterais. Na arcada inferior os terceiros molares e um incisivo estavam ausentes, os demais restaurados de maneira satisfatória.

Era portador de fissura labiopalatal unilateral esquerda; já havia sido operado do lábio e palato e o resultado estético foi cumprido. Apresentava uma fissura remanescente nasolabial na região do fundo de saco superior esquerdo, bem próximo da inserção do freio labial.

Possuía mordida cruzada posterior, em ambos os lados, e topo a topo anterior. Nestas condições notava-se um equilíbrio oclusal que poderia ser mantido.

Foi feito o preparo inicial em periodontia, com raspagem coronária, polimento e orientação para manutenção da higiene, posteriormente encaminhado à endodontia para tratamento do 15, para receber uma coroa com núcleo metaloplástica (*Palliac M -DEGUSSA*) com apoio inter proximal.

Do lado oposto realizamos um apoio interproximal entre o 25 e 26, utilizando como retentor direto um grampo do tipo gêmeos.

Idealizamos uma prótese parcial removível com grampos gêmeos em ambos os lados, sela plástica na região anterior do rebordo e do palato, reconstruindo-os

anatomicamente, dando suporte ao lábio e servindo de obturador da fissura remanescente.

Frequentemente há necessidade de se corrigir a discrepância da posição do lábio superior e inferior, o que se consegue através do emprego de uma prótese parcial removível onde a porção do rebordo alveolar ausente por ressecção da pré-maxila ou pelo próprio defeito congênito é substituído pela resina acrílica, Dykema et al.<sup>22</sup> (1970).

Foi mantido o equilíbrio oclusal que o paciente possuía inicialmente, com mordida cruzada posterior de ambos os lados e topo a topo anterior.

Brosco et al.<sup>19</sup> (1974) afirmam que o emprego de prótese removível nessas condições é imperioso, pois através da resina acrílica podemos preencher o defeito ósseo existente, ao mesmo tempo em que se reconstituem os elementos dentais ausentes, permitindo assim um reposicionamento do lábio superior e conseqüentemente uma estética razoável.

Com o tratamento protético descrito pudemos oferecer para nosso paciente, como relata Mazaheri<sup>20</sup> (1962), uma reabilitação cujos objetivos fundamentais a serem conseguidos são: 1) aceitação social da fala; 2) reconstrução dos aparatos de mastigação; 3) estética facial e harmonia dental; 4) ajustamento psicológico de acordo com a condição social.

#### CASO 4

Paciente do sexo masculino, descendente de japoneses, 38 anos, industrial, casado, fissurado unilateral direito operado, com resultado estético do lábio bastante disfarçado, principalmente pela presença de bigodes, apresentava cicatrização de fenda alveolar direita e fissura residual na região do "post daming". Relatava que já havia sido submetido a três intervenções cirúrgicas naquela região, e que por orientação médica deveria procurar resolver o problema proteticamente, pois não concordava em submeter-se a novas cirurgias.

Mazaheri<sup>38</sup>(1961) afirmava que geralmente tentamos a construção de uma prótese após uma série de operações palatais que falharam para dar a este indivíduo um bom resultado de fala. Acreditamos que existem alguns casos em que este uso parece ser o único meio de melhorar a fala. Em tais casos, preenche as necessidades.

Foi encaminhado ao ambulatório de fissurados de nossa Faculdade onde foram executados todos os procedimentos clínicos iniciais como preconiza Benington et al.<sup>7</sup> (1979). Cumprida esta parte, o paciente nos foi encaminhado para o complemento protético necessário.

Na arcada superior estavam presentes o 23 em posição anômala girado próximo ao 21; o 16, 17, 26 e 28 restaurados com amálgama e o 27 necessitando de uma coroa metaloplástica devido à destruição parcial de sua coroa. No maxilar estavam ausentes o 22, 24, 25, 11, 14, 18 e na mandíbula o 36, 37, 38, 46 e 48. Notava-se

mordida cruzada anterior e desarmonia oclusal posterior estável, com a qual convivia sem apresentar queixas.

O 45 e 47 haviam sido tratados endodonticamente e serviriam como suportes de uma prótese parcial fixa de 3 elementos. Receberam núcleos metálicos fundidos e realizou-se um aumento da coroa clínica, buscando oferecer retenção e resistência aos preparos.

A retenção impede o deslocamento das restaurações ao longo de seu eixo de inserção ou longitudinal do preparo. A resistência impede o deslocamento da restauração por forças oblíquas ou de direção apical e evita qualquer movimento da restauração submetidas a forças oclusais. A retenção e a resistência são propriedades interrelacionadas e com frequência inseparáveis, Shillingburg et al.<sup>4º</sup> (1983).

O 27 possuía tratamento endodôntico realizado. Foi feito um preenchimento coronário com amalgama. Na sessão seguinte este dente foi preparado para receber uma coroa metaloplástica (fundida na liga Palliag M - DEGUSSA).

Idealizamos uma prótese parcial fixa de três elementos para restabelecer a estética e função perdidas pela ausência do 14 e 15. Projetamos como retentores o 16 e 17 com um pântico em extremidade livre.

Devides<sup>2º</sup> (1987) recomenda, sempre que possível, que em um planejamento protético deve-se optar por prótese parcial fixa, ao invés de uma removível.

Salienta que é um aparelho protético que mais satisfaz plenamente aos requisitos de uma boa prótese no que concerne aos princípios bio-mecânicos, à estética e à fonética. É a prótese que traz mais comodidade ao paciente, devido à fixação e ao rendimento mastigatório.

Em complemento do plano de tratamento o paciente foi orientado quanto ao uso de um obturador palatino confeccionado em resina acrílica termicamente ativada (Clássico), fixado aos dentes por meio de grampos.

Os obturadores palatinos são aparelhos usados com a finalidade específica de obliterarem as perfurações ou fissuras remanescentes do palato duro. Eles visam, antes de tudo, a restauração funcional. Posto que a função do palato duro seja a de septar, a de separar a cavidade bucal das cavidades nasais e dos seios maxilares, como se fora um piso, basta que o aparelho obturador, oblitere a perfuração palatina e aí permaneça em estado estático, para que a função seja restaurada.

Desta maneira, devolvendo ao paciente uma estética razoável, uma fala com bastante aceitação, sente-se uma recuperação psicológica imediata, onde o comportamento introvertido dá lugar a segurança na comunicação e ao sorriso espontâneo, fundamentais para a recuperação e reintegração do paciente à vida comunitária social, familiar e profissional.

## CASO 5

Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, branca, casada, do lar, grávida de sete meses, saúde geral boa, higiene oral perfeita, portadora de fenda remanescente alveolar superior esquerda. Sua queixa principal se restringia à estética pela ausência do 21, 22 e permanência do canino decíduo em precárias condições, coroa clínica toda cariada e em posição ectópica.

Como a paciente apresentava dentes suportes íntegros, saúde gengival perfeita, mordida aberta anterior, procuramos indicar uma prótese fixa adesiva, onde os preparos para a realização de uma prótese fixa convencional iria contra os princípios biológicos de preservação da estrutura dentária.

Foi feita a exodontia do canino decíduo; o preparo dos retentores como preconizam Bottino & Araújo (1984/1989)<sup>12,13</sup>, e a moldagem com elastômero, (*Optosil Plus/Xantropen L - Bayer Dental*). O modelo de trabalho foi obtido em gesso pedra especial (*VEL-NIX, gesso pedra tipo IV KERR*).

Na sessão seguinte foi feita a prova da fundição obtida com a liga Niquel-Cromo (*Durabond HS-Marquart Cia Ltda*), em cuja fundição se empregou a técnica alternativa de retenção do "sal de cozinha", preconizada por Moon (1984). Cumpridas todas as exigências das provas estéticas e funcionais, o trabalho

foi novamente enviado ao laboratório para confecção da parte estética, em cerâmica.

Com a finalidade de restabelecer o contorno anatômico do rebordo, oferecer melhor sustentação ao lábio, proporcionar melhor estética, com emprego de pânticos não muito longos, e favorecer o uso da fala, optamos por confeccionar uma caracterização de gengiva na cerâmica junto à região cervical dos pânticos.

Finalmente a prótese adesiva foi fixada, utilizando-se uma resina composta especificamente idealizada para tal finalidade (*Comspan-Cauik/Dentsply*), em virtude das pesquisas existentes que mostraram sua melhor eficiência, reduzindo a espessura da linha de cimentação e apresentando uma boa resistência ao cisalhamento Pagani<sup>39</sup> (1987)

#### 4 - RESULTADOS

Sempre que houver honestidade de princípios e bom senso para se estabelecer um planejamento protético para pacientes portadores de fissuras labiopalatais, com uma análise específica para cada caso, onde a individualidade embasada nos conceitos de recuperação da estética e restabelecimento da função sejam colocados em primeiro plano, os resultados finais sempre serão satisfatórios.

Foram feitos vários comentários, no capítulo anterior, de como os pacientes se apresentaram, o que foi planejado, como desenvolvemos o tratamento e os resultados obtidos, para cada caso clínico apresentado. Procuraremos elucidá-los de maneira mais objetiva através das figuras que seguem.

CASO 1 - Prótese total, tipo "overdenture" recobrando três elementos remanescentes, preparados para receberem núcleos metálicos fundidos estoçados.

Figura 1.1 - Vista oclusal, mostrando a fissura residual.

Figura 2.1 - Vista oclusal, mostrando os três elementos remanescentes com os respectivos núcleos em posição.

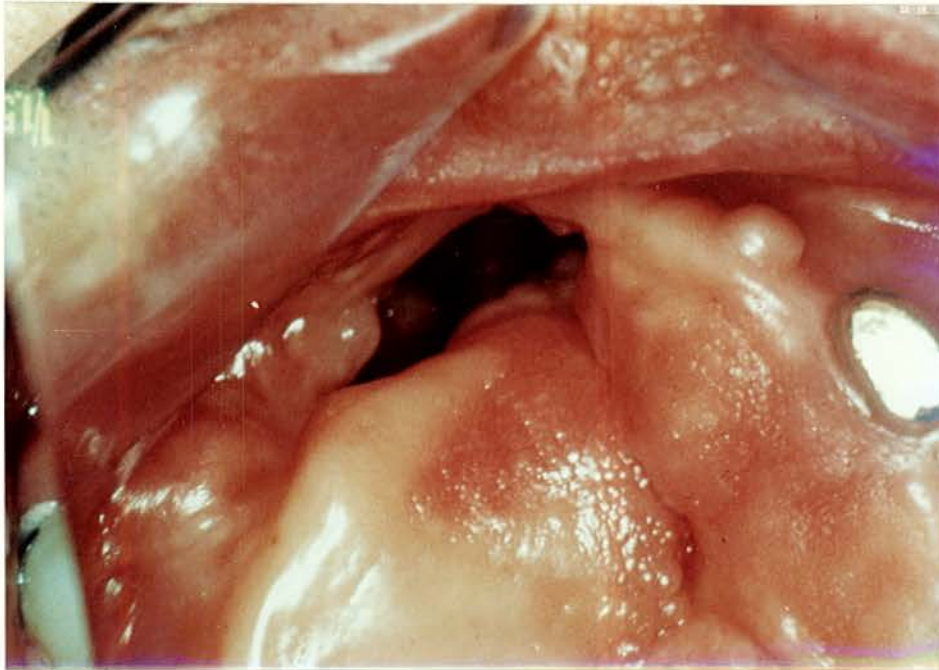


Fig. 1.1

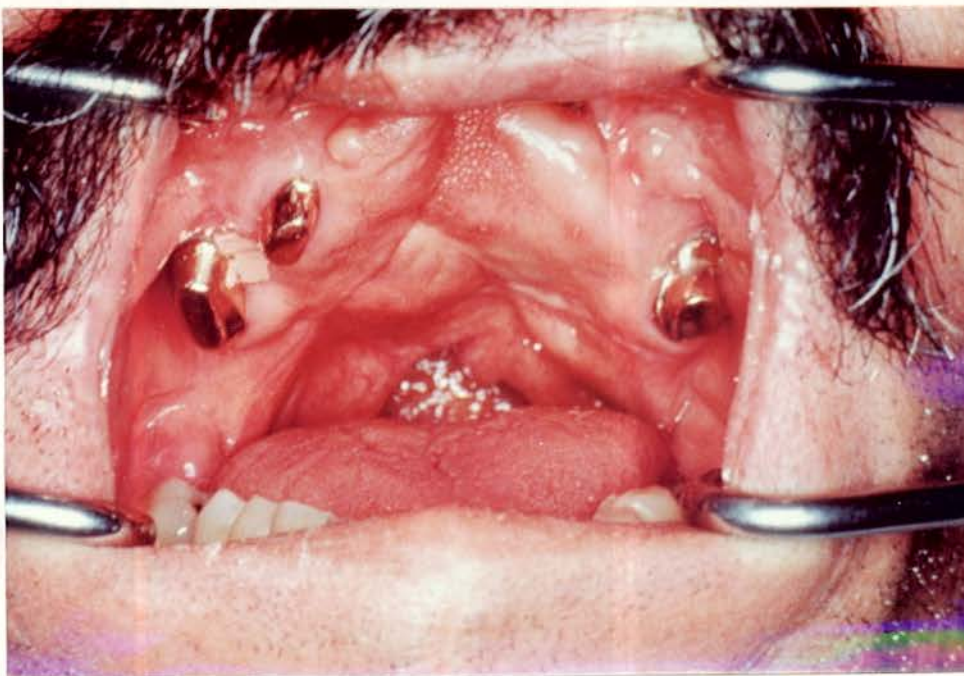


Fig. 2.1

Figura 3.1 - Vista oclusal mostrando os núcleos em posição e seu relacionamento com os dentes naturais inferiores.

Figura 4.1 - Vista frontal mostrando a prótese total superior, tipo "overdenture", instalada e seu perfeito relacionamento com os dentes antagonistas.



Fig. 3.1



Fig. 4.1

CASO 2 - Prótese parcial removível, conjugada a prótese unitária e a uma supra estrutura fundida juntamente com a armação metálica, que se adaptada a um núcleo metálico fundido estojado.

Figura 1.2 - Vista frontal de como o paciente se apresentou.

Figura 2.2 - Vista oclusal mostrando fenda palatina completa, considerada inoperável. Vê-se, ainda, o 23 preparado para receber um núcleo estojado e o 25 com o núcleo metálico parcial cimentado.



Fig 1.2



Fig 2.2

Figura 3.2 - Vista lateral do núcleo estojado em posição e da coroa metaloplástica cimentada definitivamente.

Figura 4.2 - Modelo de trabalho com a armação metálica, mostrando o detalhe da supra estrutura (copping) fundido juntamente com a armação da prótese parcial removível.



Fig. 3.2



Fig. 4.2

Figura 5.2 - Vista oclusal da prova da armação metálica. Com ênfase para a perfeita adaptação aos elementos dentais remanescentes.

Figura 6.2 - Vista oclusal da prótese removível terminada, em posição. Observar a obliteração da fenda, o que certamente oferecerá maior conforto ao paciente.

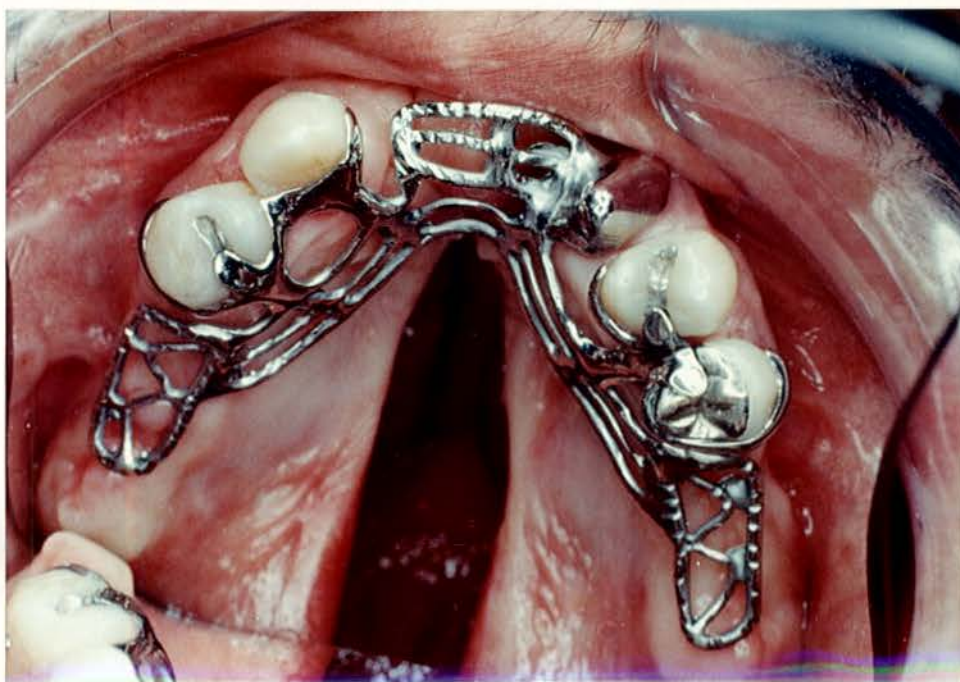


FIG 5.2

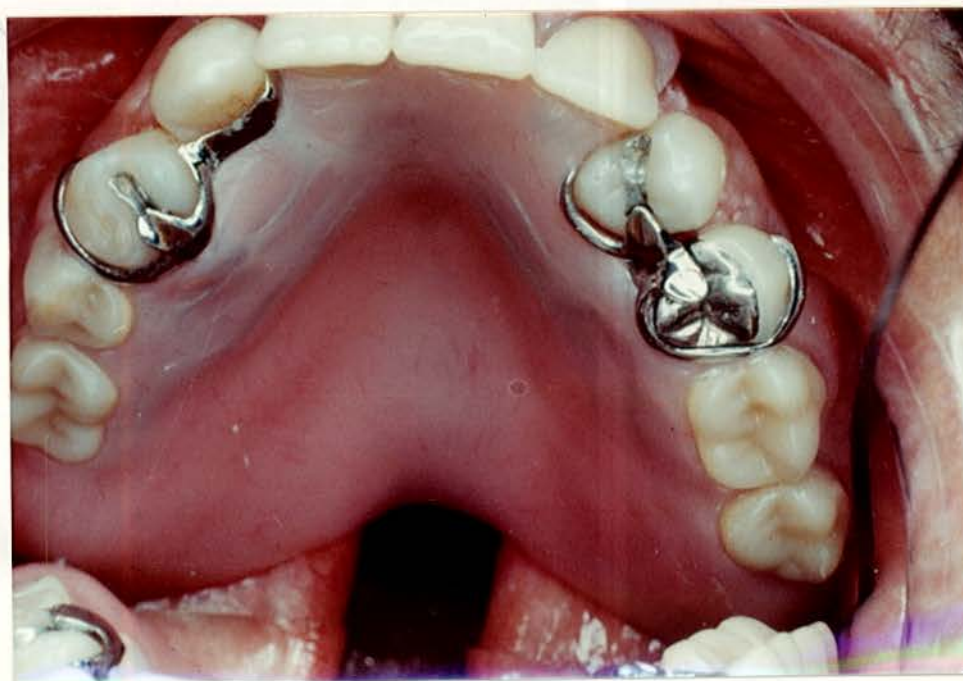


Fig-6.2

Figura 7.2 - Vista frontal da recuperação estética do paciente. Atentar para o detalhe da colocação de somente dois incisivos superiores.

Figura 8.2 - Vista frontal do resultado estético final. Notar o relacionamente oclusal com manutenção da mordida cruzada anterior e posterior, habitual do paciente.



Fig. 7.2



Fig. 8.2

CASO 3 - Execução de uma prótese parcial removível convencional, com emprego de grampos gêmeos.

*Figura 1.3* - Vista oclusal inicial. Presença do remanescente do 15, onde foi realizada uma coroa metaloplástica com núcleo metálico fundido.

*Figura 2.3* - Vista frontal onde se nota a presença de uma fístula residual no fundo de saco e o relacionamento oclusal que foi mantido na prótese final.



Fig 1.3



Fig. 2.3

Figura 3.3 - Prova da armação metálica. Presença de fissura alveolar que será obliterada com a parte plástica da prótese removível.

Figura 4.3 - Vista oclusal da prótese parcial removível colocada, restabelecendo a anatomia bucal da região.

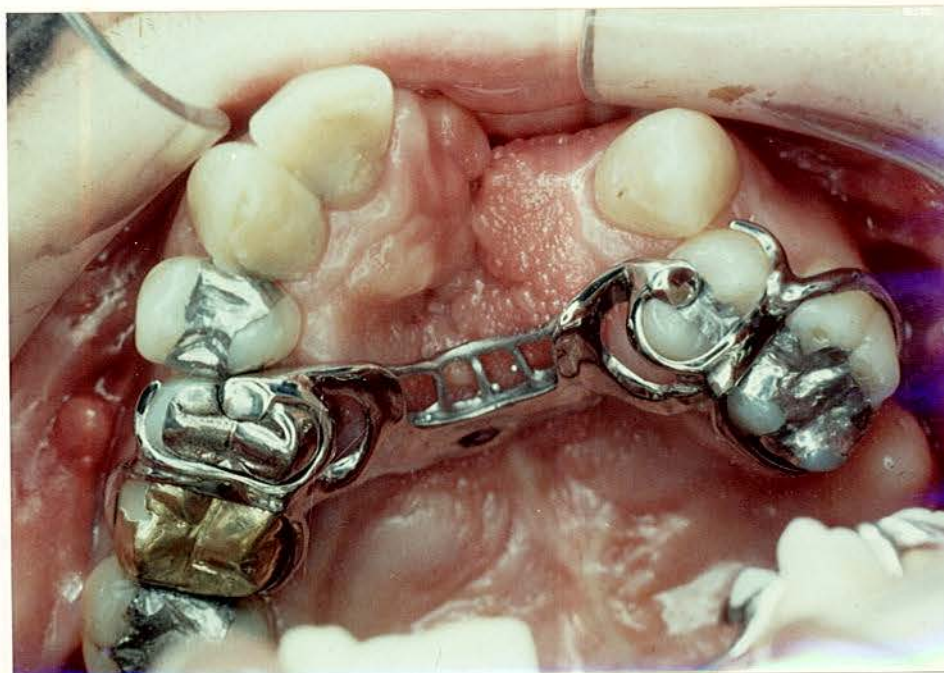


Fig. 3.3



Fig. 4.3

Figura 5.3 - Vista frontal mostrando a reconstituição da anatomia para permitir suporte para o lábio superior, e um prolongamento da resina obliterando a fissura residual no fundo de saco.

Figura 6.3 - Vista frontal, resultado estético final. Foi mantido o relacionamento oclusal habitual do paciente, com mordida cruzada e contatos simultâneos em ambos os lados e topo a topo anterior.

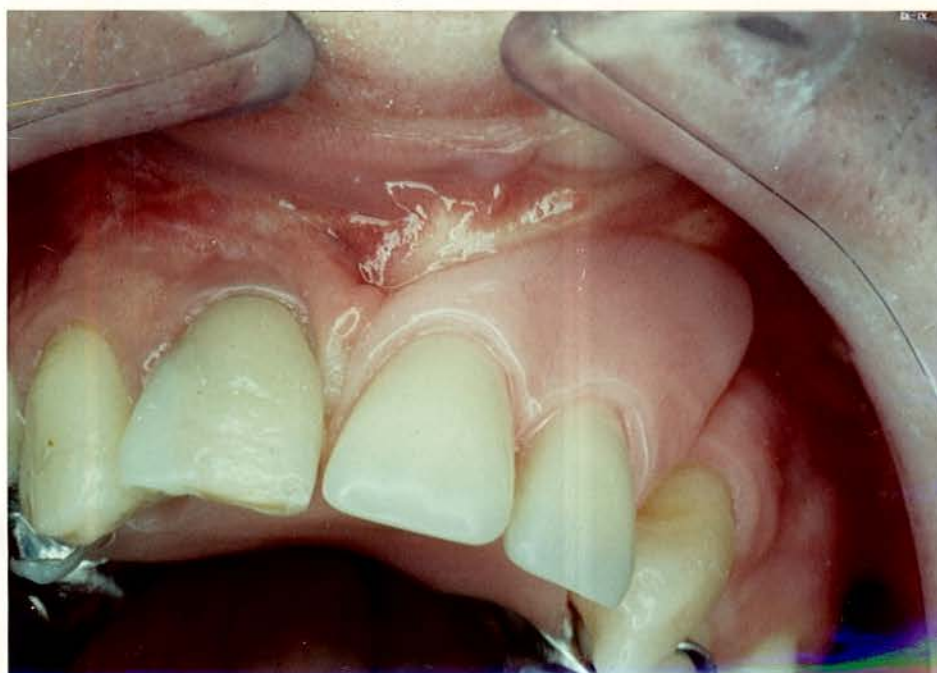


Fig. 5.3



Fig. 6.3

CASO 4 - Reabilitação e recuperação do paciente com emprego de núcleos metálicos fundidos, próteses unitárias e parciais fixas convencionais.

*Figura 1.4* - Vista oclusal inicial. Presença de fenda palatina residual após três cirurgias.

*Figura 2.4* - Vista frontal, mostrando o relacionamento oclusal com mordida cruzada anterior e apinhamento dental.



*Fig. 1.4*



*Fig. 2.4*

Figura 3.4 - Vista lateral direita. Ausência dos pré-molares e extrusão dos molares superiores.

Figura 4.4 - Vista oclusal dos preparos realizados, para confecção de uma prótese parcial fixa de três elementos com pântico em extremidade livre.



Fig. 34

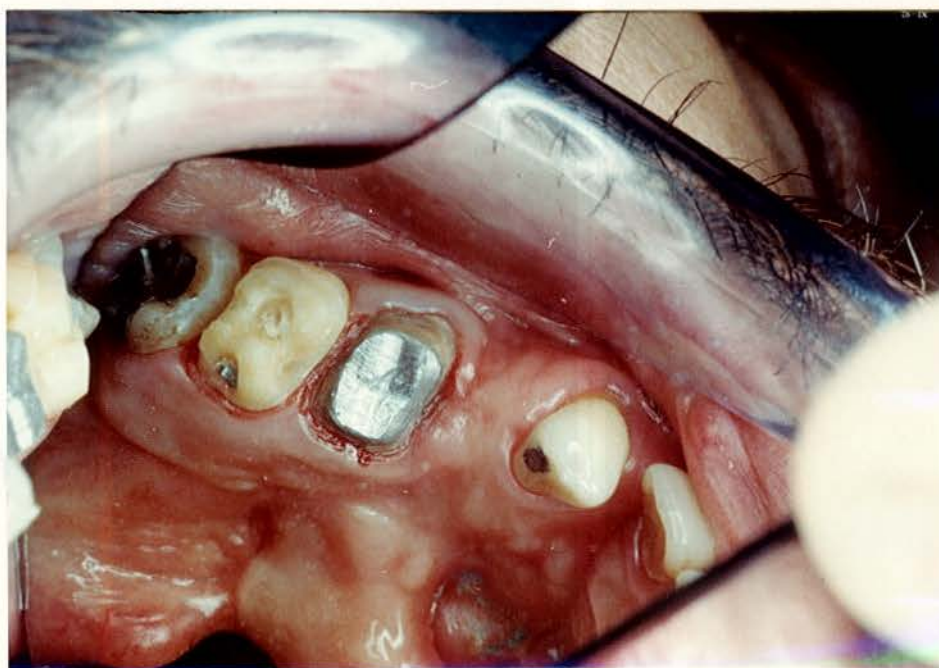


Fig 44

Figura 5.4 - Vista lateral esquerda, mostrando a prótese fixa instalada. Manutenção da mordida cruzada anterior. Notar ausência de dois pré-molares, sendo substituídos por apenas um pântico.

Figura 6.4 - Vista lateral direita, mostrando a prótese parcial fixa de três elementos inferior e coroa metaloplástica no 17.



Fig. 5.4



Fig. 6.4

CASO 5 - Confeccção de prótese fixa adesiva indireta, para substituir o 21 e 22. Foi empregado uma caracterização imitando gengiva na cervical dos pânticos numa tentativa de diminuir seus comprimentos.

*Figura 1.5* - Vista laterofrontal. Presença do canino decíduo em precárias condições e pequena fissura residual.

*Figura 2.5* - Vista laterofrontal. Exodontia do canino decíduo. Notar que a paciente apresenta mordida aberta anterior, o que favorece a indicação de prótese adesiva.



Fig. 1.5

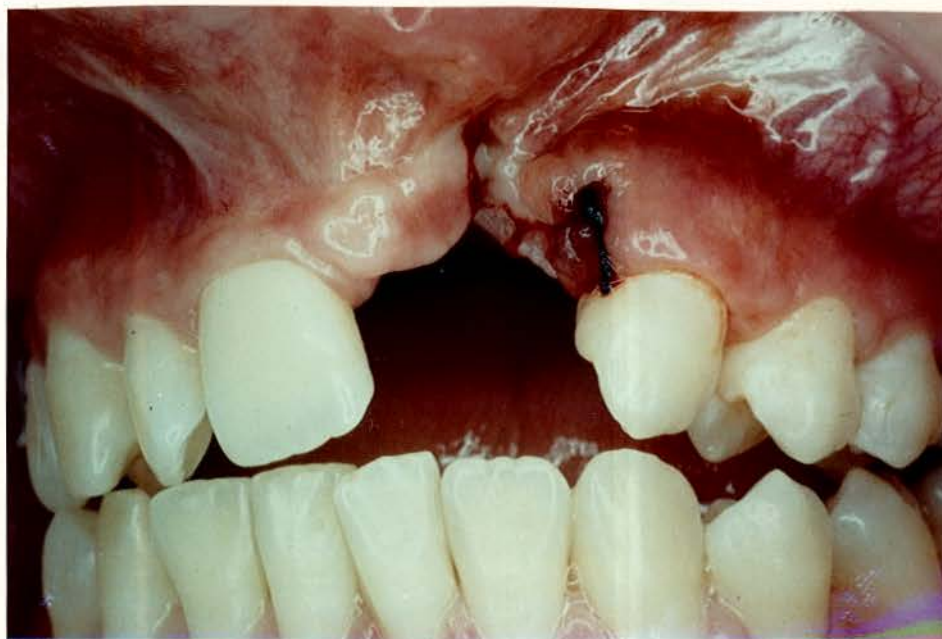


Fig. 2.5

Figura 3.5 - Vista frontal mostrando os dentes suportes preparados, com planos de inserção paralelos e bem definidos.

Figura 4.5 - A prótese fixa adesiva pronta. Detalhes do emprego de caracterização de gengiva artificial em cerâmica na cervical dos pânticos. Observar a retenção mecânica nos retentores.



Fig. 3.5

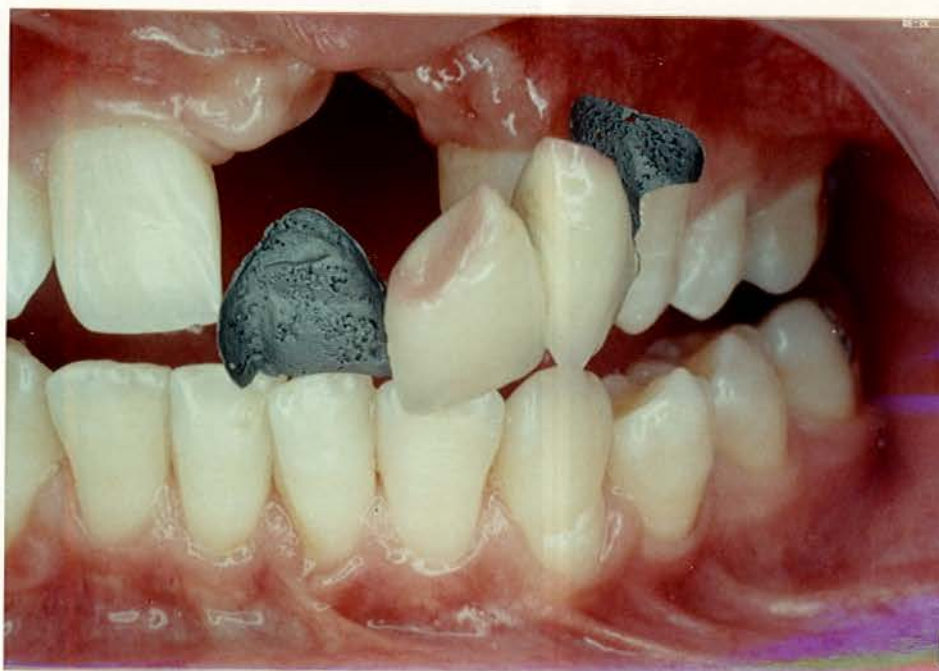


Fig 4.5

Figura 5.5 - Vista palatina da prótese fixa adesiva indireta "cimentada".

Figura 5.6 - Vista frontal da prótese adesiva instalada. Resultado estético dos pânticos bastante satisfatório.



Fig. 5.5



Fig. 5.6

## 5 - DISCUSSÃO

### 5.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

As condutas terapêuticas protéticas podem ser consideradas complexas, em se tratando de pacientes portadores de fissura labiopalatal, em virtude das grandes variações com que se apresentam as deformidades faciais, acompanhadas ou não de fendas ou fissuras remanescentes .

Dentro de um planejamento protético a opção por um ou outro tipo de prótese vai depender sempre do resultado de uma avaliação particular inerente a cada caso, levando-se em consideração a história médico-odontológica do paciente, o resultado pós operatório e seus anseios referentes a um êxito estético, para uma aceitação pessoal, também restabelecer as funções mastigatórias, as relações maxilomandibulares e as funções de deglutição e fala.

Como pudemos observar, sempre haverá necessidade de lançarmos mão dos mais variados recursos protéticos, seja através de simples núcleos metálicos fundidos, ou coroas totais, pequenas próteses fixas ou adesivas, próteses parciais removíveis convencionais a grampos, ou associadas a encaixes, ou ainda dentaduras comuns ou tipo "overdenture" para conseguirmos os objetivos preconizados por Wirz<sup>24</sup> (1971).

Sempre que possível devemos optar pela indicação de próteses parciais fixas, pois satisfazem plenamente as leis biológicas e mecânicas, resultando sempre em uma aparência bastante agradável, não interferem na fonação, e trazem mais comodidade em função, principalmente quando os dentes remanescentes não proporcionam estabilidade adequada à prótese parcial removível em virtude das forças antagônicas oriundas da tensão do lábio superior.

A combinação dos aparelhos fixos e removíveis tem sido um fato comum no planejamento protético em geral. Ocorre, porém, com muito maior frequência, em indivíduos fissurados onde a parte removível responde pela estética, enquanto a fixa garante a eficiência mastigatória, Brosco<sup>15</sup> (1974).

A maioria dos pacientes fissurados apresentam uma pequena quantidade de osso alveolar na área da fenda, o que torna muitas vezes limitada a indicação de prótese fixa, pelo comprometimento dos elementos que servirão de suporte.

Podem ser indicadas próteses parciais fixas em fendas alveolares com área de até 50mm, desde que a altura seja de até 7mm; e as próteses parciais removíveis, em fendas alveolares que apresentem áreas acima de 50mm e altura maior que 7mm, Devides<sup>20</sup> (1987).

Quando nos depararmos com situações de área e altura diferentes destas citadas, recomenda o autor que o fator determinante da indicação do tipo de prótese

seja a altura, assim, fendas com altura até 7mm, requerem próteses parciais fixas e acima de 7mm, próteses parciais removíveis.

Não poderíamos, no momento atual, onde nos propomos a estabelecer um plano de tratamento protético restaurador e reabilitador para pacientes fissurados, deixar de citar a valiosa contribuição que os implantes osteointegrados trouxeram para a odontologia moderna. Estes implantes usados como pilares protéticos têm apresentado excelentes resultados clínicos, Adell et al.<sup>2</sup> (1981).

Devemos salientar principalmente no caso de pacientes desdentados totais superiores com fenda residual, onde as técnicas para obtenção de retenção e estabilidade das próteses totais convencionais são enormemente dificultadas. A indicação de uma prótese total superior implanto-suportada minimizaria bastante estas dificuldades. Pacientes desdentados completos tratados com esta técnica apresentaram resultados clínicos altamente favoráveis. Adell et al.<sup>3</sup> (1990) publicaram um estudo longitudinal realizado em Gotemburgo, onde foram colocados 4.636 implantes em 700 pacientes desdentados totais, que foram acompanhados por um período máximo de 24 anos. Para implantes colocados na maxila, a porcentagem de sucesso em 5 anos foi de 89%, em 10 anos de 81%, e em 15 anos foi de 78%. Deve-se salientar que estes resultados representam o índice de sobrevivência dos implantes analisados

individualmente. Os resultados para a prótese em função por 15 anos foi de 92% de sucesso na maxila.

A título de ilustração, as figuras dos casos 6, 7 e 8 mostram a efetiva colaboração dos implantes osteointegrados na resolução de reabilitações protéticas para pacientes com lesões labiopalatais congênitas.

Com o intuito de melhor esclarecer, procuraremos abordar separadamente a prótese parcial fixa convencional e adesiva, a parcial removível e a prótese total.

CASO 6 - Prótese total implanto suportada, tipo "overdenture", com barra bilateral sobre quatro implantes.

Figura 1.6 - Vista oclusal do modelo de trabalho, mostrando as quatro réplicas em posição. Observar os encaixes no molar.

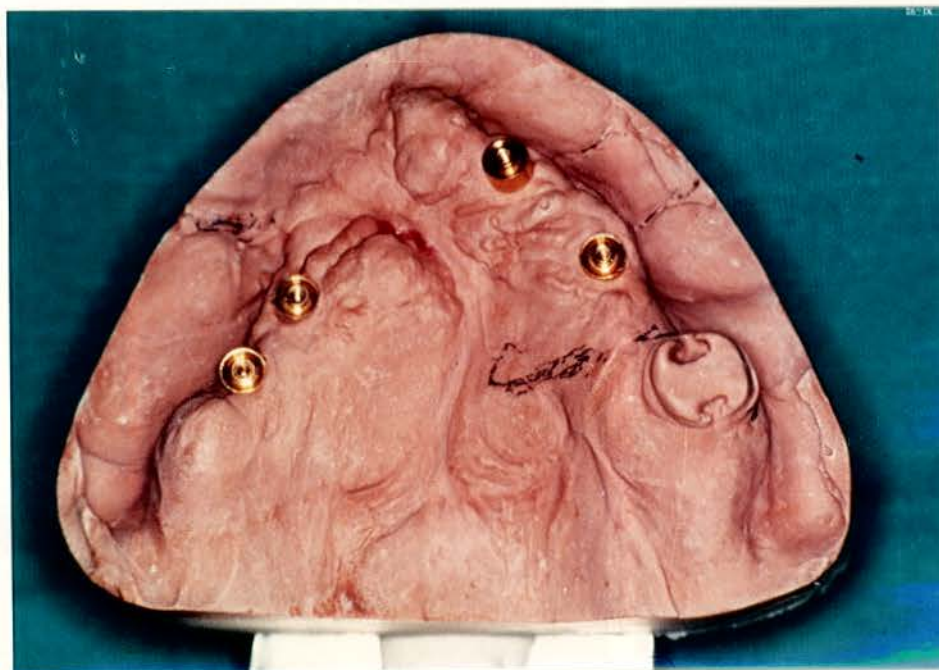


Fig. 1.6

*Figura 2.6* - Vista oclusal mostrando os quatro implantes do sistema Branemark . Observar as barras bilaterais, indicadas quando os implantes estão mais próximos. Colocação dos clips de retenção para fixação da prótese.

*Figura 3.6* - Vista frontal. Mostrando a prótese implanto suportada instalada.

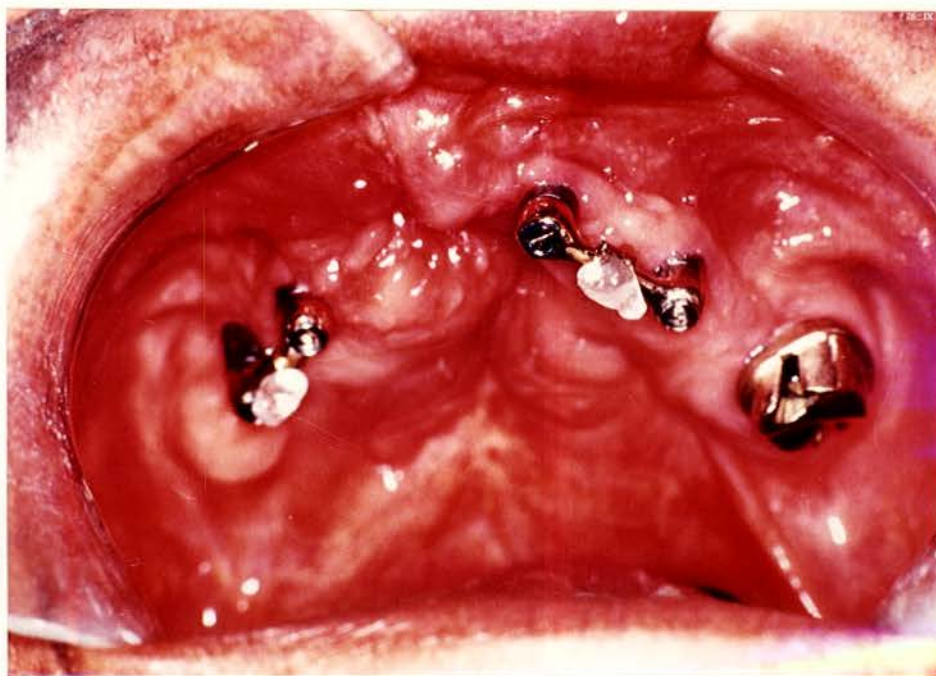


Fig. 2.6

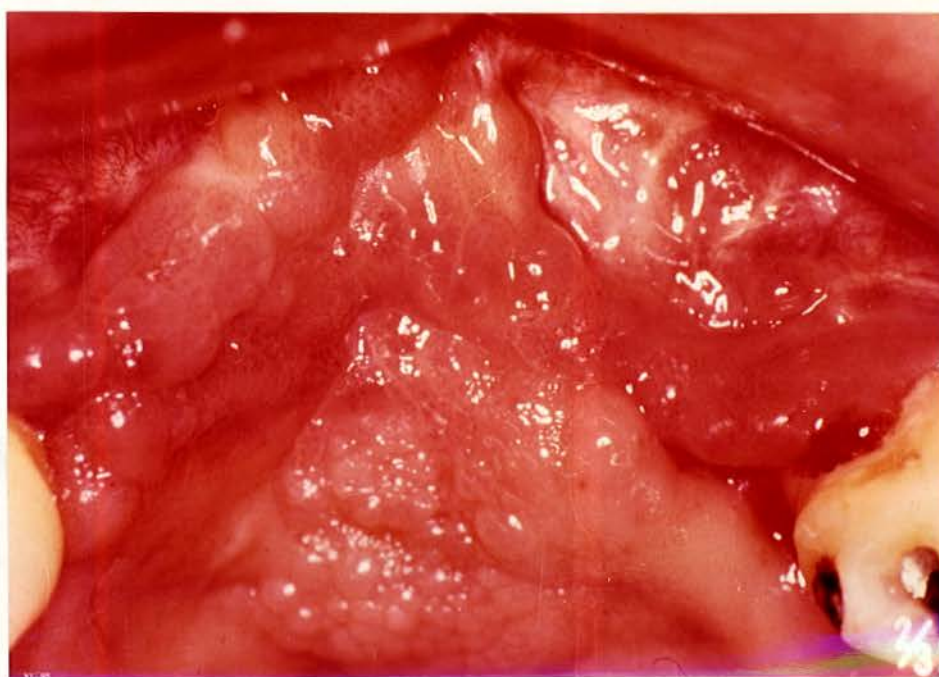


Fig 3.6

CASO 7 - Prótese parcial fixa sobre três implantes do sistema Branemark.

*Figura 1.7* - Vista oclusal do caso clínico mostrando o resultado da cirurgia feita sobre o enxerto ósseo, após cicatrização.

*Figura 2.7* - Estrutura metálica fundida posicionada sobre os implantes, para posterior soldagem e confecção da parte estética.



*Fig. 1.7*



*Fig. 2.7*

Figura 3.7 - Vista lateral da prótese fixa implanto suportada, parafusada sobre os implantes. Observar o espaço cervical e fundo do sulco, onde, por razões estéticas, fonéticas e de higiene, foi necessário o emprego de gengiva artificial.

Figura 4.7 - Vista frontal. Observar a composição estética-funcional com a gengiva artificial posicionada.



Fig. 3.7



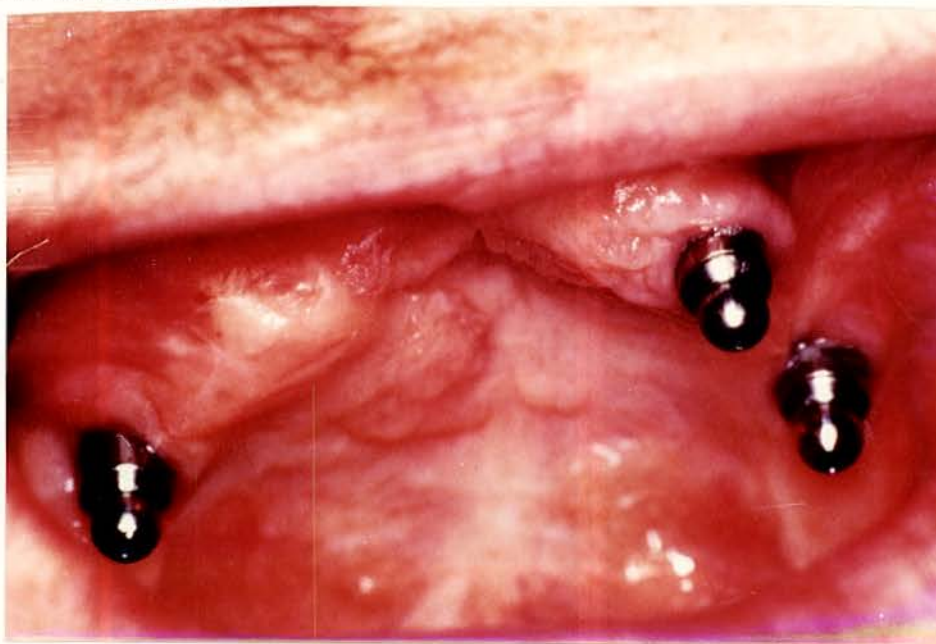
Fig. 4.7

CASO 8 - Prótese implanto suportada tipo "overdenture". Retenção com "abutment" de bola. Indicado quando os implantes estão distantes entre si.

*Figura 1.8* - Vista oclusal mostrando os três implantes com as esferas de retenção posicionadas para receber uma prótese total implanto suportada, tipo "overdenture".

*Figura 2.8* - Vista frontal da prótese em posição. Resultado final estético e funcional satisfatórios, devido, ao emprego de implantes osteointegrados do sistema Branemark.

*Fig. 1.8*



*Fig. 2.8*



## 5.2 - PRÓTESE PARCIAL FIXA

Como a placa bacteriana é o fator etiológico primário da cárie dentária e da doença periodontal, Carvalho et al.<sup>17</sup> (1988) sugerem como conduta clínica reconstruções dentárias com ameias amplas; perfil de emergência reto ou ligeiramente côncavo nas faces livres e proximais e contatos bem localizados. Os trabalhos protéticos só deverão ser realizados em pacientes portadores de estruturas periodontais saudáveis e altamente motivados para o controle rigoroso da placa bacteriana, em nível doméstico e profissional.

Os mesmos princípios básicos que norteiam o planejamento de uma prótese parcial fixa para pacientes normais, também devem ser observados para os fissurados, dando-se ênfase especial para os problemas relativos à estética, à retenção, à oclusão e ao suporte.

### 5.2.1. ESTÉTICA

A necessidade estética em odontologia está diretamente relacionada com o senso de estética do homem. Todas as pessoas possuem este senso; a expressão, interpretação e experiência o tornam original. É influenciado pela cultura e auto imagem. O que uma cultura admite como mutilado, desfigurado, pode ser belo para outra. O senso de beleza de um indivíduo determina a maneira como ele deseja se apresentar aos outros. A estética não é absoluta, é extremamente subjetiva. Goldstein<sup>27</sup> (1980).

Benington et al.<sup>10</sup> (1979) sugerem o uso de coroas metalocerâmicas todas as vezes que forem indicadas próteses coronárias, por suas propriedades estéticas e funcionais superlativas. Advertem, porém, que em pacientes jovens o preparo do dente vitalizado para receber uma coroa metalocerâmica pode comprometer a polpa, devido ao desgaste exigido. Recomendam, ainda, que onde o incisivo lateral estiver faltando e o espaço disponível para sua reposição for mais largo do que o dente contralateral, uma opção estética agradável seria a colocação de um terceiro incisivo central. Relativo à estética os autores preconizam que se consiga uma relação normal dos caninos e pré-molares, porque a partir desta é que conseguiremos um melhor posicionamento dos dentes anteriores superiores e inferiores, proporcionando um bom suporte labial.

A prótese fixa oferece a vantagem de viabilizar mais facilmente uma boa distribuição estética em função do envolvimento dos retentores adjacentes ao espaço protético.

Do ponto de vista periodontal a localização das margens das restaurações devem ser sempre aquém do nível gengival, supra sulcular. Nos pacientes normais existem quatro situações que nos obrigam a levar o término dos preparos intra-sulcular, sem no entanto lesar o epitélio juncional. Seriam: substituição de próteses anteriores cujos limites dos preparos já fossem intra-sulculares; quando os dentes a serem preparados

apresentarem cáries sub-gengivais; quando se deseja aumentar altura do preparo com intuito de se conseguir mais retenção; e naqueles casos onde o imperativo estético é fundamental, ou seja, face vestibular dos dentes anteriores. Em se tratando de pacientes fissurados o que determina a localização das margens gengivais é a natureza móvel ou imóvel do lábio superior do paciente. Quando este for imóvel, as margens das restaurações protéticas podem ser localizadas aquém do limite gengival, pois não haverá comprometimento estético algum.

Quando o lábio for de natureza móvel e os pânticos tiverem de ser excessivamente longos, devido à altura da fenda, podemos lançar mão da chamada gengiva artificial, que, colocada na área cervical do pântico, proporcionará uma nítida impressão de uniformidade, dando suporte ao lábio, favorecendo o perfil labial, deixando-o mais convexo e conseqüentemente mais estético.

Para obter individualidade, as restaurações devem parecer simétricas em cada lado da linha média. Deve haver harmonia do nível gengival e dos níveis incisais para evitar a aparência de substituição Goldstein<sup>27</sup> (1980).

Partindo desta premissa, podemos imaginar a imensa dificuldade que os protesistas encontram para reabilitar os pacientes fissurados, no que diz respeito à harmonia das restaurações, uma vez que a assimetria

dos arcos é muito frequente nos muitos tipos de lesões que estes indivíduos apresentam.

Deve-se dar atenção especial ao desenho dos pânticos, quando do planejamento de próteses parciais fixas, não só por razões estéticas, mas principalmente para possibilitar a limpeza e manutenção da higiene por parte do paciente, evitando-se diminuir a longevidade das próteses devido a problemas periodontais, bem como prevenir inflamações sob eles.

Os pânticos devem restabelecer todas as características quanto à forma, função e estética do dente ou dos dentes a serem substituídos. O contorno e o contato do pântico com a crista do rebordo é muito importante. Afirma-se que o contato excessivo do pântico com a crista é um dos fatores que mais colaboram para o insucesso das próteses fixas. O pântico não deve exercer nenhuma pressão sobre o rebordo; deve tangenciá-lo, na menor área possível, e deve ser o mais convexo possível nesta região para permitir que o paciente tenha acesso para higienizá-lo.

Como no caso dos fissurados, quando o defeito ósseo é grande, e há defasagem entre o espaço protético, no sentido mesio\distal e ocluso\gengival, o uso de manchas ou ranhuras na porcelana pode fazer com que os pânticos longos pareçam curtos. Goldstein<sup>27</sup>(1980) enumerou algumas regras como princípios básicos da ilusão relativos à forma e contorno, sugerindo que a presença de linhas verticais nos pânticos acentuam a

altura e dissimulam a largura; as linhas horizontais acentuam a largura e dissimulam altura; as sombras acrescentam profundidade; os ângulos influenciam a percepção de quaisquer linhas intersecantes; as linhas e superfícies curvas são mais suaves, agradáveis e delicadas do que ângulos agudos e a relação dos objetos ajuda a determinar as aparências.

### 5.2.2 RETENÇÃO e ESTABILIDADE

As coroas totais, somente deveriam ser empregadas quando não houvesse condição de se indicar outro tipo de retentor. Ela não deve ser indicada rotineiramente por conveniência do profissional. No entanto, para pacientes portadores de fissura labiopalatal, Kantorowicz<sup>27</sup> (1973) prefere a coroa total para conseguir melhor retenção e estética, e argumenta que é comum os dentes adjacentes às fendas apresentarem coroas clínicas curtas devido a uma hipertrofia tecidual. Nestes casos, uma cirurgia para aumento de coroa clínica é indicada.

Para Shillingburg et al.<sup>48</sup> (1983) as coroas totais devem ser indicadas quando o dente pilar é curto, quando o espaço protético é longo e o máximo de retenção é exigido. Adverte, porém, da necessidade de se esgotarem todas as possibilidades, de se indicar preparos mais conservadores, e de tê-los achados falhos na necessária retenção, resistência ou da cobertura de que determinado dente necessita.

É muito comum a presença de hiperplasia gengival palatina nestes pacientes, o que indica a necessidade de intervenção cirúrgica, sob pena de não se conseguir estrutura dental suficiente para se realizar um preparo coronário dentro dos princípios biomecânicos exigidos, para se conseguir um preparo, preservando-se a estrutura dentária, buscando retenção, resistência e estabilidade para as próteses e uma perfeita integridade das margens cervicais.

Benington et al.<sup>9</sup> (1979) alertam que em pacientes jovens os preparos coronários são prejudicados devido à erupção incompleta dos dentes, bem como pelo volume pulpar, o que dificulta obter-se um preparo com retenção e desgaste dental suficiente para restabelecimento da estética. Nestes casos a execução da prótese fixa deve ser adiada. Recomenda a indicação de um prótese removível provisória bem idealizada acompanhada de um controle rígido para manutenção da higiene oral, até que haja condições para um preparo adequado.

Os princípios mecânicos, biológicos e de oclusão que regem as técnicas operatórias para se conseguir adequada retenção dos preparos são os mesmos tanto para os pacientes fissurados como para os normais.

"Retenção é a habilidade que um preparo possui para resistir às forças de remoção da restauração, segundo o eixo de inserção". "Estabilidade é a propriedade que evita o deslocamento da restauração

promovida por forças oclusais oblíquas durante o ciclo mastigatório". A retenção e a estabilidade são propriedades inseparáveis, Saito<sup>4\*</sup> (1990).

Os fatores fundamentais que determinam a retenção são o grau de expulsividade ou conicidade e a altura dos preparos. Faredes paralelas proporcionariam o máximo de retenção pelo atrito, entretanto dificultam o assentamento e remoção da restauração durante as provas estéticas e funcionais, bem como impedem a saída do excesso do agente cimentante durante a cimentação. Uma expulsividade ideal estaria em torno de seis graus (3° em cada parede oposta). Uma expulsividade menor dificultaria o assentamento da peça, enquanto que o aumento levaria a redução da retenção. Entretanto, devido às dificuldades clínicas para se obter um preparo com estas características de expulsividade, uma conicidade em torno de 16 graus é considerada como clinicamente aceitável.

Com relação à altura, quanto maior a superfície axial do preparo, ou seja, quanto maior a superfície interna da prótese em contato com a superfície externa do preparo, maior será a retenção. Assim a retenção é diretamente proporcional à altura que determina o aumento da superfície de atrito. Desta forma o preparo de um dente com maior diâmetro oferecerá maior retenção do que o preparo de um dente mais estreito com a mesma altura.

A condição mínima para se promover retenção e estabilidade é que o preparo tenha expulsividade ao redor de 6 graus e altura suficiente que permita conservar uma parede axial como área de resistência, impedindo o deslocamento da restauração, isto é, a retenção ideal será obtida quando o preparo tiver uma altura igual à largura com expulsividade de 6 graus, Saito<sup>44</sup> (1990).

Os dentes tratados endodonticamente, em geral se apresentam com estrutura dentária bastante debilitada, havendo sempre necessidade de reconstruirmos a porção do dente perdida. Com frequência há necessidade de buscarmos retenção através de ancoragens intraradiculares, empregando-se núcleos metálicos fundidos. Este procedimento é o ideal para pacientes fissurados quando a indicação protética eleita for as próteses tipo overdenture, conforme preconizam Rothenberg<sup>44</sup> (1977), Ettinger<sup>24</sup> (1977), Benington et al.<sup>10</sup> (1979), Goldstein<sup>24</sup> (1980), Lopes & André<sup>23</sup> (1980), Abadi & Johnson<sup>1</sup> (1982).

### 5.2.3 SUPORTE

Os tecidos de sustentação, que rodeiam o dente pilar, devem estar saudáveis e livres de inflamação, antes que se possa pensar em uma prótese. Os dentes pilares não devem mostrar nenhuma mobilidade, já que terão que suportar uma carga extra. As raízes e as estruturas que as sustentam devem ser avaliadas tendo em

conta três fatores: a proporção coroa\raiz, a configuração da raiz e a área da superfície periodontal, Sillingburg et al.<sup>49</sup> (1983).

Com relação à proporção coroa\raiz consideramos a medida da coroa obtida a partir da crista óssea em direção oclusal, comparada com o comprimento da raiz inclusa no osso. A relação ideal seria de 1:2 encontrada raramente. No entanto uma proporção de 2:3 é considerada ótima e mais realista. A condição de 1:1 seria a mínima aceitável para um dente que fosse empregado como pilar de uma prótese parcial fixa.

Com relação às raízes, quanto maiores e mais largas no sentido vestibulo-lingual do que no mesio-distal, são preferidas com relação às de secção arredondadas ou conóides. Quanto maior o número de raízes e mais divergentes forem mais eficaz será sua implantação, pois oferecem melhor suporte periodontal. A avaliação dos dentes que servirão de suportes leva em consideração a extensão que ocupa a inserção do ligamento periodontal que une o osso à raiz; (*Lei de Ante - "A área da superfície das raízes dos dentes pilares deve ser igual ou superior à dos dentes que deverão ser substituídos por próteses"*). Em dentes volumosos esta área é maior, portanto estão melhor supridos para suportar um esforço adicional.

Os dentes unirradiculares com contornos irregulares ou com alguma curvatura no terço apical da

raiz são preferíveis aos que apresentarem uma conicidade quase perfeita.

Todos estes critérios orientam o protesista quanto ao planejamento da prótese, acrescentando-se uma maior dificuldade, pois os pacientes fissurados geralmente apresentam dentes com suporte ósseo duvidoso, principalmente quando adjacentes à área da fenda.

Com relação ao número de dentes suportes envolvidos na prótese para estabilizar um segmento bucal instável, segundo Kantorowicz<sup>20</sup> (1975), é empírico, uma vez que as forças que atuam na movimentação dos segmentos bucais instáveis são pouco conhecidas. No caso de segmentos estáveis, o planejamento deve seguir os mesmos parâmetros de uma prótese para indivíduos normais quanto ao número de retentores. Quando há grande perda óssea dos dentes suportes adjacentes a fissura remanescente, devemos estender a prótese acrescentando um retentor adicional distalmente à fenda.

Indicamos as próteses parciais fixas em casos de fissuras bilaterais completas, com pré-maxila apresentando mobilidade discreta ou acentuada. De maneira geral os incisivos presentes na pré-maxila apresentam um suporte ósseo deficiente, o que sugere uma extensão da prótese mais para distal até a região de pré-molares.

Devides<sup>20</sup> (1987) contraindica as próteses fixas para pacientes com grande deficiência do tecido ósseo nos dentes suportes vizinhos à fenda, mesmo que

outros requisitos condicionais para uma perfeita indicação estejam presentes.

A prática cirúrgica de enxerto ósseo, quando bem sucedida, é de grande valia no tratamento reabilitador de pacientes portadores de fissura labiopalatal.

Sapp Junior et al.<sup>47</sup> (1972) relatam o caso de um paciente que aos 13 anos foi submetido a um enxerto ósseo de costela, primeiro do lado direito, e seis meses mais tarde do lado esquerdo. Estes procedimentos cirúrgicos promovem um suporte para a asa do nariz, evita colapso ósseo basal dos segmentos maxilares laterais, dá suporte ao tecido mole usado para fechar a fenda, e, o mais importante, estabiliza a pré-maxila horizontal e verticalmente, criando assim condições para que uma prótese parcial fixa possa ser indicada, propiciando ao paciente uma recuperação estética e funcional.

As próteses parciais fixas anteriores podem ser indicadas para pacientes com fenda alveolar uni ou bilateral. Devemos apenas considerar a posição da pré-maxila em relação aos segmentos posteriores da maxila, o osso suporte, as condições de mobilidade dos dentes adjacentes à fenda, a situação do periodonto, a higiene oral e a motivação do paciente, Carl<sup>48</sup> (1984).

A condição do tecido ósseo de suporte dos dentes vizinhos à fenda constitui mais uma limitação

para a indicação de próteses parciais fixas para pacientes com fissura labiopalatal.

#### 5.2.4 OCLUSÃO

Em sua grande maioria o paciente fissurado labiopalatal apresenta cruzamento total das arcadas e apinhamento dental, devido à atresia maxilar e insuficiente quantidade óssea no rebordo para abrigar os elementos dentais. Apresenta ainda, com certa frequência, um crescimento vertical deficiente relativo à região da fenda; disso resulta uma infra oclusão em região de pré-molares e caninos. Os segmentos maxilares mantêm-se estabilizados graças à intercuspidação dentária; quando esta não ocorre, e associando-se ainda a descontinuidade do rebordo, os segmentos maxilares tendem a se movimentar em direção palatina devido à pressão da musculatura perioral, Cerigatto<sup>16</sup> (1983).

Estes pacientes, geralmente, apresentam os caninos superiores desviados de sua posição normal, dificultando o planejamento protético em busca de uma harmonia estética e funcional.

Devido à grande perda óssea que estes indivíduos apresentam, geralmente ao redor dos dentes vizinhos das fendas, há necessidade de se distribuírem melhor as forças, principalmente em lateralidade, buscando-se um relacionamento em grupo, ou seja, que a desocclusão ocorra não só às custas do canino, mas também

que alguns dentes posteriores trabalhem neste movimento, dividindo as forças oclusais.

Do ponto de vista ortodôntico, devemos levar em consideração as dificuldades pelo posicionamento e implantação dos dentes, bem como os desarranjos maxilo-mandibulares, para determinar qual seria a melhor oclusão para cada paciente. Nem sempre o relacionamento oclusal dito "ideal" pode ser conseguido, e o resultado ortodôntico nem sempre é satisfatório, contudo não devemos julgar um resultado oclusal final sem antes tomarmos conhecimento das dificuldades prévias inerentes àquele tratamento.

Em casos de pacientes com fissura bilateral completa ou não, para que haja uma correta estabilização da pré-maxila, empregando-se uma prótese parcial fixa, é necessário que sua confecção se baseie nos princípios básicos fundamentais da oclusão, promovendo-se guias anterior e canina adequadas, para proteção dos elementos retentores, proporcionando uma maior longevidade para a prótese, Silva Filho & Amézcuca<sup>47</sup> (1980).

Na confecção de uma prótese parcial fixa, quando o canino superior estiver envolvido no planejamento protético e apresentar uma infra-versão acentuada, resultará num retentor excessivamente longo, a fim de atingir o plano oclusal dos dentes antagonistas, o que certamente prejudicará o resultado estético em pacientes com o lábio superior parcialmente móvel, Ramstad<sup>48</sup> (1973) e Benington et al.<sup>49</sup> (1979).

Uma maneira satisfatória de resolver casos protéticos, onde a altura da fenda seja grande, é a indicação de gengiva artificial em resina acrílica associada a uma prótese fixa.

Kantorowicz<sup>30</sup> (1975) considera ser de bom alvitre sacrificar um pouco o resultado ortodôntico de arrumação oclusal "ideal", reduzindo o tempo de tratamento ortodôntico e imediata confecção da prótese fixa. Os resultados estéticos satisfatórios acarretarão benefícios psicológicos ao paciente. Considera ainda o autor como aceitável uma mordida cruzada moderada como resultado final de um tratamento ortodôntico.

Pascotto<sup>40</sup> (1989) concluiu, quando da análise dos modelos de gesso articulados de 208 pacientes adultos, de ambos os sexos, portadores de fissura transforame incisivo unilateral, no sentido vertical da posição dos caninos superiores no arco dentário, que havia uma frequência da mordida aberta anterior e lateral, no segmento fissurado. No sentido horizontal, com referência à relação méso-distal dos caninos superiores, concluiu que há uma maior frequência no posicionamento distal dos caninos superiores em relação à oclusão com os antagonistas. Afirma, ainda, que a medida da distância dos caninos superiores em relação à linha média dos dentes inferiores mostrou que os do lado acometido pela fissura estavam mais próximos da linha média do que os caninos superiores do lado não fissurado, resultando num desvio da linha mediana.

Os princípios básicos de oclusão devem ser considerados, desde a confecção e cimentação dos provisórios até a instalação final da prótese parcial fixa definitiva. Devemos procurar obter sempre o máximo de inter-cuspidação em oclusão central, devemos evitar as interferências cruzadas na arcada com liberdade nos movimentos excursivos, buscar uma distribuição equilibrada da força oclusal sobre os retentores e pânticos, com desocclusão em canino ou função em grupo, conforme indicar a melhor conduta. Devemos procurar conseguir o "princípio da proteção mútua", estabelecendo com eficiência as guias anterior e canina.

De maneira geral, os princípios básicos de oclusão a serem observados devem ser os mesmos tanto para pacientes normais como para pacientes portadores de fissura labiopalatal, levando-se sempre em consideração o bom senso em cada caso, para melhor resultado estético e funcional. É de importância fundamental para o sucesso das próteses que a oclusão seja tal que as forças deslocadoras possam ser reduzidas.

### 5.3 PRÓTESE FIXA ADESIVA

Trata-se de uma prótese extremamente conservadora, preservando e protegendo as estruturas dentárias, órgão pulpar e tecidos gengivais, ao mesmo tempo que preenche os requisitos de uma prótese fixa convencional, quanto ao restabelecimento da função e estética do paciente, Bottino & Araujo<sup>12,13</sup> (1984/89).

As próteses adesivas têm encontrado um grande número de adeptos no campo da reabilitação, principalmente quando se trata de pacientes jovens, onde a câmara pulpar dos dentes é bastante volumosa, e como os preparos dentários para receber este tipo de prótese é realizado somente em nível de esmalte, diminui ou quase que elimina a agressão ao complexo dentinopulpar. É comumente indicada para pacientes com dentes parcialmente erupcionados, integros e quando, logicamente, a oclusão for favorável, ou seja, quando as forças oclusais exercidas sobre o pântico forem mínimas. Em se tratando de paciente portador de fissura labiopalatal, todas estas indicações são válidas quando as condições de suporte dos dentes adjacentes à área da fenda forem boas.

Não devemos indicar as próteses fixas adesivas anteriores, quando os dentes pilares vizinhos à área da fenda estiverem comprometidos pela extensão do defeito ósseo, com uma altura da fenda exagerada, o que obrigaria a confecção de um pântico excessivamente

longo, prejudicando de maneira decisiva o resultado estético almejado, notadamente se o paciente apresentar o lábio superior de natureza móvel, ou ainda acarretando dificuldades para o lado da fala. Haveria a possibilidade de escape de ar nesta região dificultando a pronuncia de determinados fonemas, como os labiodentais, que são produzidos pela articulação do lábio inferior com a arcada dentária superior, podendo ser surda, "fe" ou sonora "ve"; ou ainda os fonemas dentais que são produzidos com a boca quase fechada, a ponta da língua aplicada à face palatina dos incisivos superiores. O ar, para sair, rompe com força este obstáculo, sendo, pois, consoantes oclusivas, Graziani<sup>28</sup> (1982).

O advento das próteses adesivas veio ao encontro de uma filosofia moderna de se realizar preparos conservadores, obtendo-se resultados satisfatórios com um mínimo de agressão ao complexo dentopulpar. Além de simplificar a resolução protética em inúmeros casos, como daqueles pacientes com ausência do incisivo lateral superior, muito comum em fissurados. É indicada como um tratamento alternativo, principalmente para pacientes jovens devido a seu lado conservador, ou seja, poderemos optar, se necessário, por uma prótese parcial fixa convencional, sem prejuízo para a realização de preparos coronários dentro dos princípios biomecânicos preconizados.

Segundo Mondelli et al.<sup>39</sup> (1983) a prótese fixa adesiva constitui-se num excelente recurso para a reabilitação protética, pelo fato de ser uma técnica extremamente conservadora, econômica, de rápida execução clínica, com efeitos estéticos ótimos, além de ser um tratamento reversível.

Para Bottino & Araújo<sup>40</sup> (1989) as próteses fixas adesivas são indicadas para reabilitação de pacientes jovens portadores de polpas volumosas; ou que apresentam dentes de suporte integros, onde o preparo cavitário para a realização de uma prótese fixa convencional iria contra os princípios de preservação.

Atualmente estas próteses vêm sendo também utilizadas em conjugação com as próteses parciais removíveis e nestes casos solucionando problemas estéticos na região anterior ou ainda promovendo a esplintagem de elementos isolados para posteriormente realizar-se a removível, como preconizam Moraes et al.<sup>41</sup> (1988).

#### 5.4 PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

Em pacientes portadores de fissura labiopalatal, quando não for possível a indicação de próteses parciais fixas, devido ao tamanho do espaço protético, que, sendo muito grande, não ofereça segurança de suporte adequado dos dentes remanescentes, ou ainda quando exista a necessidade de estabilização e distribuição da força oclusal em todo o arco, podemos recorrer à prótese parcial removível para restaurar o osso alveolar perdido na região da pré-maxila, ou ainda oferecer suporte aos músculos dos lábios com o objetivo de proporcionar requisitos estéticos faciais e dentários.

Os problemas clínicos peculiares ao paciente com fissura palatal, que criam dificuldades na construção satisfatória de uma prótese parcial removível, incluem o mau relacionamento da maxila com a mandíbula, o mau posicionamento dos dentes na arcada, coroa clínica pouco retentivas, problemas de suporte anterior, uma vez que os dentes anteriores estão ausentes, ou quando presentes são adjacentes à fissura, apresentando reduzido suporte ósseo. De maneira geral as próteses parciais removíveis devem ser planejadas segundo a aparência, a retenção, o suporte, a oclusão e quando necessário, a obturação de fissuras residuais.

Segundo Devides<sup>20</sup> (1987), para indicação de próteses removíveis, as fendas alveolares devem

apresentar-se com uma área superior a 50mm e altura maior que 7mm. Em casos de altura e áreas diferentes, o que determinará a indicação será a altura, ou seja, em pacientes com fendas alveolares com altura até 7mm a prótese fixa deverá ser a indicada. Acima desta medida deveremos optar pelas próteses parciais removíveis.

Quanto ao espaço protético, a indicação de uma prótese removível deve ser precedida de uma análise da dimensão méso-distal, no que concerne à arrumação estética dos dentes artificiais, Rubo<sup>4\*</sup> (1987). Afirma ainda o autor que 76,92% dos casos de pacientes portadores de fissura labiopalatal apresentam deficiência de espaço protético, talvez associado à atresia maxilar.

Kenington et al.<sup>9</sup> (1979) recomendam, durante o planejamento de uma prótese parcial removível para pacientes fissurados que apresentarem ausência do incisivo lateral superior, a colocação de um dente mais largo para substituí-lo, similar ao incisivo central, para se obter uma estética mais agradável. Com relação a estética, os autores sugerem que se consiga uma relação normal dos caninos ou pré-molares, porque é a partir desta que conseguiremos um relacionamento normal dos dentes anteriores superiores e inferiores, proporcionando ainda um bom suporte labial.

As próteses parciais removíveis devem ser indicadas nos casos de pacientes com necessidade de correção da discrepância de posição entre o lábio

superior e inferior, onde o reposicionamento labial é conseguido através da parte acrílica da prótese. Cerigatto<sup>10</sup> (1983) afirma que todo tratamento ortodôntico-cirúrgico, com expansão maxilar, apresenta grandes possibilidades de recidiva, com as áreas movimentadas ocupando a posição inicial. Desta forma o autor indica a prótese parcial removível com finalidade de contenção permanente, quando há necessidade de reposicionamento do lábio superior por defeito ósseo na região da fenda alveolar e ainda com a finalidade de contenção dos segmentos maxilares.

Lopes & André<sup>23</sup> (1980) sugerem que, quando do planejamento de prótese parcial removível, seja colocado o maior número possível de grampos de retenção, e que o palato seja recoberto, pois quase sempre existem defeitos residuais nesta região. Recomendam, ainda, o emprego de retentores tipo coroas totais, para prevenir a recidiva de cárie, em virtude do acúmulo de alimentos devido ao emprego de múltiplos grampos.

A retenção das prótese removíveis, nestes pacientes, é extraordinariamente prejudicada pelo colapso dos segmentos posteriores da maxila e da erupção incompleta dos dentes remanescentes. Birnbaum<sup>11</sup> (1978) sugere um aumento de contorno dos dentes que receberão grampos através de restaurações com resinas fotopolimerizáveis. Chama a atenção para os devidos cuidados com a manutenção da higiene, pois esta manobra

pode facilitar o acúmulo de placa bacteriana naquela região, favorecendo as recidivas de cárie.

Eley & Treacher<sup>23</sup> (1974) preconizaram o uso de "attachment" para minorar as dificuldades no desenho das próteses parciais removíveis, para pacientes portadores de fissura labiopalatal. Muitas vezes a retenção e estabilidade das próteses é prejudicada pelo desejo de posicionar os dentes artificiais mais para a frente da crista residual para se prover uma estética mais agradável. Nestes casos o emprego dos encaixes de precisão solucionam tais problemas.

Uma função muito importante das próteses removíveis é proporcionar uma barreira entre a boca e o nariz, se houver uma fissura palatal residual. Elas podem variar de tamanho e ocorrer em qualquer posição ao longo da linha da fissura. Normalmente não é difícil fechar uma fissura residual com um obturador levado para a extensão da base de uma prótese parcial removível.



## 5.5 PRÓTESE TOTAL

Dentro das expectativas de sucesso na reabilitação protética para pacientes portadores de fissura labiopalatal, a prótese total seria a que preencheria maiores condições de precariedade, principalmente no que diz respeito à retenção e à estabilidade. Em pacientes com condições normais de anatomia bucal, sabemos que as próteses totais preencheriam aproximadamente 20% das necessidades do rendimento mastigatório, em relação à dentição normal. Nos pacientes fissurados esta porcentagem torna-se ainda mais crítica, uma vez que a ausência de tecido ósseo na região do palato, agravado pela profundidade da abóbada palatina, em função das palatoplastias, vem diminuir ainda mais as possibilidades de retenção e estabilidade das dentaduras. Ficam estas propriedades mais na dependência da quantidade e altura do osso alveolar e das condições anatômicas dos segmentos maxilares laterais, do que na dependência do palato propriamente dito.

Diante do quadro de um paciente totalmente desdentado, o protesista deve redobrar seus esforços e dedicação no sentido de proporcionar a este paciente situações de recuperação da estética, propiciando-lhe condições de uma aceitação pessoal que será fundamental para sua reintegração social, familiar e profissional; também restabelecer as funções mastigatórias, promovendo

um bom relacionamento maxilomandibular, além de favorecer as funções da deglutição, da fala e do fator psicológico o qual, de maneira decisiva, irá favorecer a recuperação deste indivíduo.

Nos pacientes portadores de fissura labiopalatal, além da ausência total dos dentes, associa-se um outro fator mutilador da estética, que é o hipodesenvolvimento da maxila aliado a defeitos ósseos relativos à fenda, o que caracteriza estes pacientes como pseudoprognatas, nos quais encontramos uma retroposição da maxila que se apresenta atresiada e acompanhada de insuficiente quantidade de tecido ósseo no rebordo alveolar, área de suporte primário para as prótese totais. Disto tudo resulta um cruzamento dos arcos maxilares, o que levaria o protesista a planejar um relacionamento "topo a topo" dos dentes anteriores buscando dar uma maior estabilidade à prótese superior.

Outro fator negativo para a retenção e estabilidade das dentaduras para pacientes fissurados se relaciona com o peso da prótese total superior, que, além da função de reposição dos elementos dentais, tem de corrigir a discrepância maxilomandibular e recompor a anatomia do rebordo e ou do palato, mutilados por cirurgias plásticas e ortognáticas. Esta correção geralmente é feita acrescentando-se resina acrílica à base da prótese o que obviamente concorre para um aumento de peso, prejudicando ainda mais a retenção e a sua estabilidade. Como sabemos, a força da gravidade

atua de maneira positiva na prótese superior, deslocando-a para baixo.

As etapas clínicas e laboratoriais para confecção de próteses totais para estes pacientes requerem cuidados especiais principalmente no que concerne às fases de moldagem anatômica e funcional que deverão ser obtidas praticamente sem nenhuma compressão. Segundo Araújo & Figueiredo<sup>4</sup> (1978), quando se deseja uma moldagem sem compressão, a pasta zincoeugenólica e o alginato são os materiais ideais, quando encontramos rebordos alveolares cobertos com fibromucosa dura e aderente ou fibromucosa flácida generalizada, rebordo alveolar irregular em forma de lâmina ou invertido.

O processo restaurador e reabilitador destes pacientes agrava-se muito quando encontramos fissuras completas, aquelas que envolvem todo o lábio, processo alveolar além do palato duro e mole. Quanto mais extensa a fissura, maior será a deformidade facial e anatômica bucal. Sendo assim, a fissura bilateral completa comumente produz os maiores problemas, e conseqüentemente aumenta as possibilidades de insucesso no efeito final satisfatório.

De maneira geral, um resultado estético e funcional aceitável está na dependência de cada caso individualmente, uns mais favoráveis, outros menos. Devemos sempre procurar conseguir uma estética agradável e uma boa retenção e estabilidade, mas, como já dissemos anteriormente, a presença da fenda ou outra sequela,

mesmo quando cirurgicamente operada, o prejuízo na necessidade de se conseguir uma boa retenção, torna muitas vezes a prótese total um processo reabilitador inadequado. Em virtude disto é que consideramos ser de boa conduta a manutenção de pelo menos um, dois ou três dentes, para servir de apoio a uma prótese total tipo "overdenture".

"Pacientes com fissuras, operados ou não, com fechamento incompleto do palato e possuidores de um pequeno número de dentes com prognóstico desfavorável, são um desafio para os protesistas".

Ettinger<sup>24</sup> (1977) descreve as dificuldades encontradas para a confecção de próteses totais devido à insuficiente retenção. Recomenda que sejam feitos todos os esforços no sentido da manutenção de alguns dentes remanescentes, mesmo aqueles com prognóstico duvidoso e com isto teríamos maiores condições de conseguir uma melhor retenção e estabilidade para a prótese. Desta forma, além de restaurar a área desdentada, recompor a anatomia bucal alterada, restabelecer um suporte adequado para o lábio, a prótese também promoveria uma contenção dos dentes remanescentes, protegendo-os contra traumatismos.

Benington et al.<sup>40</sup> (1979) recomendam o uso de dentaduras de cobertura para aqueles pacientes que ainda possuam alguns elementos dentais e uma insuficiente condição de retenção, para o uso de próteses totais. Sugerem o emprego destas próteses especialmente quando

houver uma hipoplasia maxilar grave; acreditam que com esta técnica se consegue uma estética mais favorável e uma posição funcional mais satisfatória. Alertam que este tipo de prótese só deve ser recomendado para pacientes motivados para a manutenção de uma higiene oral perfeita.

A enorme dificuldade, principalmente concernente à retenção e a estabilidade, que encontramos na confecção de próteses totais para pacientes fissurados, nos leva a uma conscientização no sentido de orientar pacientes na idade infanto-juvenil, quando ainda possuem maior número de dentes, a preservá-los a todo custo, desenvolvendo um programa especial de controle da placa bacteriana e manutenção da higiene bucal, com visitas periódicas ao dentista, pelo menos 4 vezes ao ano.

## 6 - CONCLUSÕES

Diante dos resultados clínicos satisfatórios obtidos na realização dos casos selecionados, e após havermos consultado os autores no levantamento bibliográfico específico, é lícito concluirmos que:

- Qualquer que seja a técnica protética a ser executada, desde que, dentro dos conceitos modernos e atualizados de estética, oclusão e princípios biomecânicos dos preparos; e levando-se ainda em consideração a situação do suporte ósseo, dos dentes remanescentes, bem como do tamanho do espaço protético, teremos condições suficientes para recuperar e reabilitar de maneira integral os indivíduos portadores de lesões labiopalatais congênicas.

- A presença de alguns dentes, mesmo comprometidos periodontalmente ou por cáries, favorece de maneira decisiva um resultado final estético e funcional satisfatório, no planejamento protético reabilitador dos pacientes portadores de fissura labiopalatal congênita.

- É difícil estabelecer-se um padrão de tratamento protético para pacientes fissurados

labiopalatais, pois eles apresentam grande variação de deformidades. O planejamento protético exige que se faça uma análise particular de cada caso, para se conseguir uma solução final individualizada, onde além do conhecimento técnico-científico, o bom senso e a honestidade profissional são fundamentais.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ABADI, B. J., JOHNSON, J. D. The prosthodontic management of cleft palate patients. *J. Prosthet. Dent.*, v.48, p.297-302, 1982.
- 2) ADELL, R. et al. A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg.*, v. 10, p.387-416, 1981.
- 3) ADELL, R. et al. A long term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int. J. Oral Maxillofacial Implants*, v.5, p.347-359, 1990.
- 4) ARAÚJO, J.E.J., FIGUEIREDO, A.R. Moldagem para dentaduras imediatas. *Quintessência*, v.5, n.3, p.27-33, mar. 1978.
- 5) BATISTA, C. B. P. *Conceitos e condutas na reabilitação protética de pacientes portadores de fissura lábio-palatal*. Bauru, 1990. (Monografia - Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da USP).

- 6) BENINGTON, I. C. et al. Restorative treatment of the cleft palate patient. 1. Introduction. *Br. Dent. J.*, v. 146, p.14-17, 1979.
- 7) BENINGTON, I. C. et al. Restorative treatment of the cleft palate patient. 2. Examination and treatment planning. *Br. Dent. J.*, v.146, p.47-50, 1979.
- 8) BENINGTON, I. C. et al. Restorative treatment of the cleft palate patient. 4. Fixed Prostheses. *Br. Dent. J.*, v.146, p.115-8, 1979.
- 9) BENINGTON, I. C. et al. Restorative treatment of cleft palate patient. 5. Removable Prostheses. *Br. Dent. J.*, v.146, p.144-8, 1979.
- 10) BENINGTON, I. C. et al. Restorative treatment of cleft palate patient. 6. Complete Dentures. *Br. Dent. J.*, v.146, p.183-5, 1979.
- 11) EIRNBAUN, R. et al. Reonstruring teeth with adhesive resin for added retention of cleft palate appliances. *J. Pedod.*, v.2, p.237-45, 1978.
- 12) BOTTINO, M. A., ARAUJO, M. A. M. Prótese adesiva: casos clínicos. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.38, n.3, p.202-19, mai./jun., 1984.

- 13) BOTTINO, M. A., ARAUJO, M. A. M. Prótese fixa adesiva. In: *Atualidades ABEPQ/SBO em Prática Odontológica*, 2. Rio de Janeiro: Quintessência, 1989, p.33-44.
- 14) BROSCO, H.B., CAPELOZZA FILHO, L., MAZZOTTINI, R. Interrelacionamento orto-prótese na reabilitação de pacientes fissurados; caso clínico. *Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.*, v.35, n.2, p.186-191, mar./abr. 1981.
- 15) BROSCO, H.B. et al. Aparelho fixo e removível com encaixe de semi-precisão no tratamento protético das sequelas graves, em fissurados lábio-palatais. *Estomatol. Cult.*, v.8, p.73-8, 1974.
- 16) CARL, W. Anterior fixed prosthetics for cleft-palate patients. *Quintessence Int.*, v.7, p.721-7, 1984.
- 17) CARVALHO, J. C. M., TRISTÃO, G. C., PUSTIGLIONI, F. E. A periodontia e a prótese. In: SAITO, T. *Preparos dentais funcionais, em prótese fixa; princípios mecânicos, biológicos e de oclusão*. Rio de Janeiro:, Quintessense, 1990. p.47-78.

- 18) CERIGATTO, C. *Reabilitação de pacientes adultos portadores de fenda lábiopalatina com seqüela maxilar grave (aspecto estéticos e funcionais)*. Bauru, 1983. Tese - Faculdade de Odontologia de Bauru da USP.
- 19) DAWSON, P. E. Tratamento do paciente com mordida cruzada. In:\_\_\_\_ *Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais*. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1980. p.347-359.
- 20) DEVIDES, S. L. *Influência da amplitude da afenda alveolar no planejamento protético em pacientes portadores de fissura lábiopalatais*. Bauru, 1987.(Monografia - Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábiopalatais da USP).
- 21) DUTHIE, N. Prosthetic treatment os a cleft palate. *Br. Dent. J.*, v.155, p.57-8, 1983.
- 22) DYKEMA, R. W., CUNNINGHAM, D.M., JOHNSTON, J.F. Papel de la prótesis parcial removible en la rehabilitación de pacientes con malformaciones maxilofaciales. In\_\_\_\_. *Ejercicio moderno de la prótesis parcial removible*. Buenos Aires: Mundi, 1970. p.403-434.

- 23) ELEY, B. M., TREACHER, F. G. Precision attachment for prosthetic treatment of cleft palate. *J. Dent.*, v.2, p.247-9. 1974.
- 24) ETTINGER, R. L. Use of teeth with a poor prognosis in cleft palate prosthodontics. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.94, p.910-4, 1977.
- 25) GOLD, H. O., FRUZANSKY, S. Multiple abutment fixed partial dentures in maxillofacial prosthetics. *J. Prosthet. Dent.*, v.41, p.424-44, 1979.
- 26) GOLDSTEIN, R. E. A dentadura sobre raízes (overdenture). In:\_\_\_\_. *Estética em Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1980. p.124-137.
- 27) GOLDSTEIN, R. E. Substituição fixa dos dentes ausentes. In:\_\_\_\_. *Estética em Odontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1980. p.88-110.
- 28) BRAZIANI, M. *Prótese maxilo-facial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. p.108-126.
- 29) KANTOROWICZ, G. F. Bridge prostheses for cleft palate patients. *J. Dent.*, v.1, p.173-8, 1973.

- 30) KANTOROWICZ, G. F. Bridge protheses for cleft-palate patients: an analysis, *Br. Dent. J.*, v.139, p.91-7, 1975.
- 31) KOOMEN, H. A. The prosthetic treatment of patients with cleft palates. *J. Oral Surg.*, v.39, p.878-82, 1981.
- 32) LA VELLE, W. E., ZACH, G. A. The tissue bar and ceka anchor as aids in cleft palate rehabilitation. *J. Prosthet. Dent.*, v.30, p.321-5, 1973.
- 33) LOPES, L. D., ANDRÉ, M. Fissuras lábiopalatinas; estudo clinico e tratamento. *Quintessência*, v.7, p.9-30, 1980.
- 34) LUBIT, E. C. Fissura labial e palatina (1). *Quintessência*, v.3, n.5, p.37-43 mar. 1978.
- 35) MAZAHERI, M. Prosthetic treatment of closed vertical dimenson in the cleft palate patient. *J. Prosthet. Dent.*, v.11, p.187-91, 1961.
- 36) MONDELLI, J. et al. Próteses fixas adesivas indiretas. *Estomatol. Cult.*, v.13, p.87-97, 1983.

- 37) MORAES, J. V., ARAUJO, M. A. M., ARAÚJO, J.E.J.  
Prótese adesiva conjugada à prótese parcial  
removível. *Rev. Bras. de Odontol.*, v.45, n.5,  
p.34-40, set./out. 1988.
- 38) MORONI, P. Próteses intra orais obturadoras  
palatinas. In:\_\_\_\_. *Reabilitação buco-facial  
cirurgia e prótese*. São Paulo: Panamed, 1982.  
p.185-206.
- 39) PAGANI, C. *Prótese adesiva; resistência ao  
cisalhamento da união metal-resina*. São Paulo,  
1987. (Tese Doutorado) Faculdade de Odontologia  
da Universidade de São Paulo.
- 40) PASCOTTO, R. C. *Relação de oclusão dos caninos  
superiores em pacientes portadores de fissura  
transforame incisivo unilateral*. Bauru, 1989.  
(Monografia - Hospital de Pesquisa e Reabilitação  
de Lesões Lábio-Palatais da USP).
- 41) PASCOTTO, R. C., BROSCO, H. B. Relação de oclusão  
dos caninos superiores em pacientes portadores de  
fissura transforame incisivo unilateral. *Rev.  
Odontol.USP*, v.4, n.2, p.153-8, abr./jun. 1990.

- 42) RAMSTAD, T. Post-orthodontic retention and post prosthodontic occlusion in adult complete unilateral and bilateral cleft subjects. *Cleft Palate J.*, v.20, p.34-50, 1973.
- 43) ROSEN, S. M. The function of maxilo-facial prosthetics for congenital oral facial defects. *J. Prosthet. Dent.*, v.30, p.632-5, 1973.
- 44) ROTHENBERG, L. I. A. Overlay dentures for the cleft palate patient. *J. Prosthet. Dent.*, v.37, p.327-9, 1977.
- 45) RUBO, M. L. *Influência do diâmetro mesio-distal dos dentes artificiais na estética dos trabalhos protéticos para portadores de fissura lábio-palatal*. Bauru, 1987. (Monografia - Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais da USP).
- 46) SAITO, T. Princípios fundamentais mecânicos. In:\_\_\_\_. *Preparos dentais funcionais, em prótese fixa: princípios mecânicos, biológicos e de oclusão*. Rio de Janeiro: Quintessense, 1990. p.15-22.

- 47) SAPP JUNIOR, B. B. et al. Treatment of cleft lip and palate patients. *J. Prosthet. Dent.*, v.28, p.66-76, 1972.
- 48) SHILLINGBURG, H. T., HOBBS, S., WHITSETT, L. D. Principios de preparo In:\_\_\_\_. *Fundamentos de prótese fixa*. São Paulo: Santos, 1983. p.67-83.
- 49) SILVA FILHO, D. G., AMEZCUA, E. G. *Dentadura permanente e oclusão*. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru da USP, 1980. p.22-53.
- 50) SPINA, V. et al. Classificação das fissuras lábio palatinas; sugestão de modificação. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.*, São Paulo, v.27, p.5-6, 1972.
- 51) TODESCAN JUNIOR, R. Osteointegração: 3ª Dentição? In:\_\_\_\_. *Atualização na Clínica Odontológica - O dia-a-dia do clínico geral*. APCD. Artes Médicas Ltda, São Paulo, 1992. p.179-88.
- 52) VIEIRA, D. F. Cimentos empregados: In:\_\_\_\_. *Cimentação: incrustações, coroas e próteses fixas*. São Paulo: SARVIER, 1976. p.43-53.
- 53) WATSON, R. M. Prosthetic restoration in cleft palate. *Brit. Dent. J.*, v.12, p.67-71, 1969.

- 54) WIRZ, J. Prothetische Planung und Versorgung operierter LKG - Spalpatienten. *Quintessenz*, v.22, p.87-93, 1971.

## RESUMO

Embora não se possa prevenir o nascimento de indivíduos fissurados, podemos adotar atitudes e procedimentos vários, plenamente viáveis dentro de um complexo hospitalar-médico-odonto-psico-fono-pedagógico-social para tratamento, reabilitação e recuperação destas pessoas.

Visando minorar o sofrimento destes pacientes, é que desenvolvemos este trabalho para provar que, senão de uma maneira "ideal", mas bastante aceitável, podemos reintegrar estes indivíduos ao convívio de seus familiares e amigos, oferecendo-lhes mais segurança nos seus relacionamentos social, psíquico e humano.

Fizemos um levantamento na literatura especializada nas últimas três décadas; encontramos inúmeras possibilidades de recuperação protética, no que concerne à estética, à mastigação e ao relacionamento maxilomandibular, além de permitir a esses pacientes condições de realizarem satisfatoriamente as funções da deglutição e fala.

Selecionamos e executamos cinco casos clínicos em uma amostragem de quinze pacientes previamente triados, procurando uma diversificação nos planejamentos protéticos.

Mostramos ainda a enorme contribuição que os implantes osteointegrados podem oferecer na reabilitação e recuperação de pacientes com lesão labiopalatal congênita.

Para facilitar o entendimento procuramos discutir os mais variados tipos de próteses em tópicos distintos, abordando cada uma delas isoladamente; mostrando que a especificidade de cada caso condiciona a uma conduta reabilitadora específica e individualizada, embasada em conceitos de estética, oclusão, suporte ósseo, espaço protético, retenção e, acima de tudo, do bom senso e da honestidade profissional.

## SUMMARY

Although one cannot prevent the birth of human beings with cleft palate lesions one can adopt attitudes and various procedures entirely viable to rehabilitate and recuperate these persons through a team work composed of the facilities of a hospital, physician, dentist, psychotherapist, speech pathologist, pedagogue and a social worker.

In order to reduce the suffering of these patients we took up this work to prove that even if not in an ideal manner nevertheless in an acceptable one we can reintegrate these persons to their families, friends and social milieu, offering them more security in their social, psychic and human relationships.

We have made a review of the literature during the last three decades where we found many possibilities of prosthetic recuperations which concerns esthetics, mastication and maxillomandibular relationships beyond allowing these patients conditions to perform satisfactory the functions of deglutition and speech.

We have selected and executed 5 clinical cases out of 15 patients formerly chosen looking to different prosthetic plannings.

We have also shown the major contribution that the osseous integrated implants can offer to the

rehabilitation and recuperation of patients with congenital labio palatal lesions.

To simplify the understanding we tried to discuss the most varied types of prosthesis in well defined subjects having a separate approach for each of them and we still showed that the specificity of each case leads to a specific type of rehabilitation founded on esthetics, occlusion, osseous support, edentulous space, and above all based in the common sense and professional integrity.



Autorizo a reprodução deste trabalho.

São José dos Campos, 23 de novembro de 1 992.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aldari Raimundo Figueiredo', is written over a horizontal line. The signature is stylized and somewhat cursive.

ALDARI RAIMUNDO FIGUEIREDO