

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE
CASO**

EMERSON DA SILVA AGUIAR

Manaus-Amazonas

2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS - UEA
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE
CASO**

EMERSON DA SILVA AGUIAR

Trabalho de Conclusão de Curso, na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Msc. Francisco Pantoja Braga

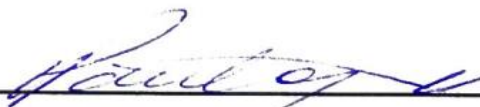
Manaus-Amazonas

2017

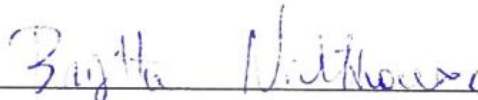
TERMO DE APROVAÇÃO

O Ac. **Emerson da Silva Aguiar** foi aprovado mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado **REABILITAÇÃO ORAL ATRAVÉS DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

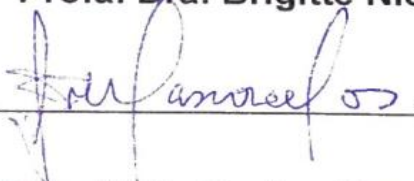
BANCA EXAMINADORA



Prof. Msc. Francisco Pantoja Braga (Orientador)



Profa. Dra. Brigitte Nichthausen



Profa. Msc. Lígia Regina Mota de Vasconcelos

Manaus, 22 de junho de 2017.

Dedico este presente trabalho ao meu Pai Carlos Araújo de Aguiar, um homem que sempre se esforçou e batalhou para dar o melhor aos os filhos, minha fonte de inspiração e porto seguro, a minha Mãe Maria Natalina Moraes da Silva, mulher que batalha todos os dias para nos manter aqui estudando, uma mulher guerreira e batalhadora, sua vida gira entorno de nós (seus filhos). Sempre que precisei tive ao meu lado meus pais me dando toda força do mundo.

Dedico também aos meus avós (in memory) Sofia Maria de Araújo que esteve comigo no primeiro ano de faculdade e Antônio Batista de Aguiar que nos deixou agora no último ano de curso, sinto muita falta, gostaria muito que estivesse ao meu lado neste grande dia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por ter nos dado a dádiva da vida, força para lutar todos os dias com garra e determinação, pela saúde que nunca faltou e que nunca falte.

Aos meus pais, Carlos Araújo de Aguiar e Maria Natalina Moraes da Silva, pelo incentivo e confiança depositada em mim e todo amor e carinho dado a nós.

A minha esposa e eterna namorada Luísa Fernanda Moreno de Souza que mesmo nas situações extremamente difíceis estava ao meu lado, chorando junto comigo e me acalmando nas noites mais difíceis, me apoiando em todas as decisões, me dando forças e muita alegria.

Quero agradecer a minha querida e amada filha, Lívia Moreno Aguiar, minha amiguinha, minha princesa, minha parceira e companheira de todos os dias, que nos dias mais cansativos, tirava meus stress com seus beijos e abraços gostosos.

Aos meus irmãos Elvis Silva de Aguiar e Eduardo da Silva de Aguiar, pelo apoio e incentivo dado. Ficou um pouco mais fácil com vocês por perto.

Aos meus primos André Felipe Aguiar Soares, Rainer Aguiar Bezerra, Érica Aguiar Bezerra, Anison Araújo de Aguiar sempre me apoiando e me fazendo rir em diversas situações e a todos os demais.

Ao meu querido professor Orientador Francisco Pantoja Braga, pela oportunidade, que honra trabalhar ao seu lado. O admiro muito pelo respeito que tem com seus alunos e colegas. Muito obrigado pela sua paciência e empenho dedicado para realização deste trabalho.

Agradeço a todos os meus professores que contribuíram com os conhecimentos por mim adquiridos ao longo desses anos, muito obrigado.

Aos colegas e amigos que me acompanharam e me ajudaram nessa grande jornada de superação e desafios, agradeço pela amizade de todos.

A Universidade do Estado Amazonas e todos os seus representantes pela oportunidade dada a mim de estudar em uma das melhores escolas de graduação do país, formando a cada ano ótimos profissionais.

“Vencer não é competir com o outro. É derrotar seus inimigos interiores.”
Roberto Shinyashiki

RESUMO

O edentulismo é um forte indicador de saúde em adultos e idosos, e consiste na ausência parcial ou total dos elementos dentários naturais, no qual leva a consequências físicas e fisiológicas como deformação da face, o que causa danos a estética; comprometimento da fonação; deglutição e mastigação insatisfatórias. O relato de caso demonstra o sucesso na reabilitação oral através da PPR convencional superior e inferior. Paciente F.C.R.L 57 anos, compareceu a Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas, desejando tratamento reabilitador protético. Foi feita anamnese e exame clínico e constatou-se uso de prótese parcial removível provisória superior, foi classificado como classe II de Kennedy, modificação 2 na arcada superior e classe I inferior além de apresentar vários desgastes incisais. Optou-se primeiramente em fazer enceramento diagnóstico dos elementos desgastados e em seguida as restaurações diretas em resina composta. Logo após foram feitas as devidas moldagens de estudo para o delineamento e planejamento da prótese parcial removível definitiva. O desenho da armação metálica foi executado no modelo para melhor entendimento do laboratório, e instruções foram dadas sobre as peculiaridades deste tipo de prótese. O sucesso das próteses parciais removíveis, se deu devido um bom planejamento, seguindo todos os protocolos descritos na literatura pertinente, como também da seleção adequada de dentes, melhorando, tanto a estética quanto a função mastigatória. Como uma das formas de tratamento para a reabilitação de arcadas parcialmente desdentadas, obtivemos o resultado desejado, com baixo custo, tempo clínico de trabalho reduzido, quando comparado a outras modalidades de tratamento.

Palavras-chave: edentulismo; Prótese Parcial Removível; enceramento diagnóstico.

ABSTRACT

Edentulism is a strong indicator of health in adults and the elderly, and consists of partial or total absence of natural dental elements, with no physical and physiological qualities and consequences such as face matter, which causes damage to aesthetics; Phonation compromise; Unsatisfactory swallowing and chewing. The case report demonstrates success in oral rehabilitation through conventional upper and lower PPR. Patient F.C.R.L 57 years old, attended the Dental Polyclinic of the University of the State of Amazonas, wishing prosthetic rehabilitation treatment. It was divided into a higher class of upper class and lower class I in addition to various types of incisal splits. It was first chosen to diagnose waxing of the worn elements and instead the direct restorations in composite resin. Subsequently, the study molds were designed for the design and planning of the final removable partial denture. The design of the metal frame for execution is not a model for the best understanding of the laboratory, and the instructions have the specifications of this type of prosthesis. The success of the removable partial dentures was a good planning, following all the protocols described in the pertinent literature, as well as adequate selection of teeth, improving both aesthetics and masticatory function. As one of the treatment modalities for a rehabilitation of partially edentulous arches, we obtained the desired result, with low cost, reduced clinical time when compared to other treatment modalities.

Keywords: edentulism; Removable Partial Prosthesis; Diagnostic waxing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia extrabucal: vista Frontal (A); Perfil Direito (B) e perfil Esquerdo (C).....	21
Figura 2 – Fotografia intrabucal: Condição Bucal inicial do paciente.....	21
Figura 3 - Fotografia intrabucal: Arcada superior Classe II – 2 (A) e Arcada inferior Classe I (B).....	22
Figura 4 – Fotografia intrabucal: Desgastes incisais.....	22
Figura 5 - Modelo superior Classe II – 2 (A) e Modelo inferior Classe I (B).....	23
Figura 6 – Fotografia extrabucal: Registros com silicone de condensação, controlando a espessura com tiras de LONG.....	24
Figura 7 – Modelos montados em ASA.....	24
Figura 8 – encerramento diagnóstico dos elementos superiores 21 e 23 (A) e dos elementos inferiores 33, 32, 31, 41 e 42 (B).....	25
Figura 9 – encerramento diagnóstico com os modelos em ASA.....	25
Figura 10 – Fotografia intrabucal: Técnica da restauração direta, com auxílio das muralhas de silicone.....	27
Figura 11 – Fotografia intrabucal: Restauração direta em Resina composta.....	27
Figura 12 – Delineamento e planejamento dos modelos superior (A) e inferior (B).....	28
Figura 13 – Desenho da armação metálica nos modelos de gesso superior (A) e inferior (B).....	28
Figura 14 – Fotografia intrabucal: Prova da armação metálica vista oclusa.....	29
Figura 15 – Fotografia intrabucal: Prova da armação metálica vista frontal	30
Figura 16 – Fotografia Intrabucal: Registro interoclusal em RC.....	30
Figura 17 – Fotografia Intrabucal: seleção dos dentes (A) e gengiva (B).....	31
Figura 18 – Fotografia Intrabucal: Prova estética.....	31
Figura 19 – Fotografia Intrabucal: prótese instalada: visão frontal.....	32
Figura 20 – Fotografia Intrabucal: prótese instalada: vista oclusal.....	32
Figura 21 – Fotografia Prótese instalada: vista Frontal (A); Perfil Direito (B) e Perfil Esquerdo (C).....	33

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVO	13
2.1 - Objetivo geral	13
2.2 - Objetivos específicos	13
3. REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 - Tipos de Próteses	15
4. RELATO DE CASO	21
5. DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÃO	37
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXO	43

1. INTRODUÇÃO

O edentulismo é um forte indicador de saúde em adultos e idosos, e consiste na ausência parcial ou total dos elementos dentários naturais segundo Agliardi (2015). Para Jeyapalan e Shankar (2015) as causas da perda dentária são apontadas como cáries, doenças periodontais, traumas, impactação, neoplasias, cistos e dentes supranumerários. Ferreira, Magalhães, Silva (2010) apontam outros fatores tais como, a falta de conhecimento acerca da manutenção dos dentes, o acesso restrito aos serviços odontológicos, os recursos financeiros insuficientes, o medo da sensação dolorosa e experiências iatrogênicas.

Douglass e Watson (2002) afirmam que a Odontologia foi dominada por procedimentos cirúrgicos e protéticos durante muitos anos. Dentes eram extraídos rotineiramente visando a confecção de prótese totais (PT). Até a década de 40, acreditava-se que a perda de dentes e, conseqüentemente, o edentulismo eram conseqüências inevitáveis do envelhecimento humano.

Bassi (2009) e Domingos (2012) afirmaram que uma das conseqüências do edentulismo é a dificuldade mastigatória, que traz prejuízos para a saúde em geral, tendo em vista que esta dificuldade pode interferir na escolha dos alimentos em função de sua consistência, comprometendo o estado nutricional do indivíduo. Pucca (2002) diz que o edentulismo leva a conseqüências físicas e fisiológicas como redução do tônus da musculatura, produzindo deformação da face, o que causa danos a estética, comprometimento da fonação, remodelação da Articulação Temporomandibular (ATM), deglutição e mastigação insatisfatórias, comprometendo o início do processo digestivo. Segundo Ferreira, Magalhães e Silva (2010) a falta dos dentes ainda pode causar prejuízos psicológicos, causando sentimentos de constrangimento, de incompletude e também de resignação.

Galhardo et al. (2008) e Todescan, Silva e Silva (1996) afirmam que em pacientes parcialmente edentados, a prótese parcial removível (PPR) ainda é uma alternativa bastante viável de reabilitação, visto que nem sempre o indivíduo goza de condições fisiológicas adequadas, ou mesmo financeiras, para que outro tipo de trabalho seja executado.

Para Todescan, Silva e Silva (1996) a reabilitação com prótese parcial removível de extremidade livre (PPREL) merece especial atenção, por parte do profissional, devido à diferença de resiliência entre a mucosa remanescente da área desdentada e o ligamento periodontal do dente suporte. Isto cria um movimento de rotação, com eixo sobre os descansos dos últimos dentes suportes, quando forças de oclusão são aplicadas sobre a base da sela. Esta rotação pode induzir forças horizontais e, principalmente, laterais desfavoráveis sobre eles, podendo levar ao aparecimento de inflamação e retração gengival, além do aumento de sua mobilidade.

Baseado na importância da reabilitação funcional e estética dos pacientes com necessidade de uso de próteses totais ou parciais, o presente trabalho relata o caso clínico de um paciente usuário há cerca de um ano de uma prótese parcial removível provisória com indicação de troca.

2. OBJETIVO

2.1 - Objetivo geral

- Relatar um caso clínico demonstrando ser possível o sucesso na reabilitação oral com PPRs convencionais superior e inferior.

2.2- Objetivos específicos

- Realizar revisão de literatura discorrendo sobre os tipos de próteses para reabilitação em pacientes edêntulos parcial e total nas principais bibliotecas digitais, nacionais e internacionais;
- Fazer diagnóstico clínico e demonstrar uma das forma de tratamento do caso clínico em questão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Santos et al. (2002) afirmam que antes de qualquer tratamento protético, deve-se realizar uma avaliação clínica e radiográfica do periodonto dos elementos dentários remanescentes. Essa avaliação servirá de suporte para estas próteses para estabelecer condições de saúde e assegurar-se de que os pacientes receberão instruções detalhadas de higiene oral de maneira que o acúmulo de biofilme dentário ao redor dos dentes pilares e dos componentes da prótese seja o mínimo possível. É necessário avaliar a situação dos tecidos periodontais, se existe a presença de inflamações, edemas, alterações de coloração gengival, a possível presença de bolsas periodontais e conseqüentemente de perdas ósseas, mobilidade dentárias e resseções gengivais.

De acordo com Hou, Tsai e Weisgold (1997) o planejamento da terapêutica básica é realizado em função das necessidades individuais apresentadas. O sangramento a sondagem é o sinal mais sensível de inflamação e indica a necessidade de raspagem e alisamento coronorradicular para eliminação ou redução do cálculo dentário e também do biofilme dentário. A oclusão deverá ser bem ajustada para que as forças oclusais incidam de tal forma que a resultante seja no sentido do longo eixo dos dentes, sem provocar forças laterais.

Barbosa, Arana e Bourreau (2000) afirmam que as alterações da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) são frequentes nos pacientes que procuram atendimento protético. Em alguns casos, os profissionais executam a reabilitação através de reposição aleatória dos dentes ausentes, não se preocupando com a condição altamente comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações temporomandibulares geralmente presentes. Com o passar do tempo ocorrem desarranjos

no sistema estomatognático, resultando em iatrogenias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis.

Preparo de boca, por definição, é uma série de procedimentos de proteção ou alterações para melhorar as condições da boca, com o intuito de receber a prótese parcial removível. Na confecção de uma PPR tem-se como objetivo restabelecer a função, adicionar qualidades estéticas e preservar os elementos remanescentes e tecidos de suporte. Esta é uma etapa do tratamento muito negligenciada na maioria dos consultórios, proporcionando situações mais danosas que preventivas no restabelecimento da saúde bucal (DYKEMA; CUNNINGHAM; JOHNSTON, 1996). Trabalhos de pesquisa realizados em diversos laboratórios comerciais brasileiros revelam que mais de 90% dos modelos enviados para confecção de uma PPR não apresentam qualquer preparo de boca ou planejamento do caso (BONACHELA, DI CREDDO, 1990; MATOS et al., 2001), o que poderia justificar o preconceito estabelecido de que a prótese parcial removível fosse apenas uma transição entre a prótese fixa e a prótese total (MORAIS, 2003).

3.1 - Tipos de Próteses

Para Dupuis (2008) na reabilitação do edentulismo existem basicamente dois tipos de prótese dentária: removível e prótese fixa. No primeiro tipo citado o paciente põe e remove facilmente a estrutura sempre que desejar, podendo ser total, parcial ou Overdenture, enquanto que a prótese fixa apresenta sistema de retenção fixa em dentes naturais ou implantes dentários.

Pera et al. (1997) mostram que a reabilitação oral por uma prótese total convencional, mesmo quando bem executada, pode não resolver completamente todos os problemas funcionais e psicológicos dos pacientes edêntulos. Ao lado da redução quantitativa da eficiência da mastigação, os pacientes reabilitados por uma prótese convencional também sofrem uma alteração qualitativa da função mastigatória.

Segundo Turano (2007) a área chapeável, extensão máxima da boca edentada que pode ser recoberta pela prótese total, tem relação direta com o prognóstico do tratamento. Quanto mais amplo for o arco, maior área superficial poderá ser recoberta e maior a possibilidade de retenção e estabilidade. Os rebordos muito reabsorvidos, rasos, agudos ou convexos apresentam maiores problemas, o que é o caso do rebordo inferior. O rebordo superior costuma ter uma área chapeável satisfatória.

Para Geertman et al. (1996) a prótese total mandibular é a mais comumente apontada pela falta de retenção e estabilidade, sendo motivo de insatisfação para o paciente, esta é atualmente, substituída com maior frequência pela overdenture nos casos bem indicados.

Matsumoto et al. (2002) e Fenton (1998) conceituam Overdenture como um tipo de prótese total que é instalada sobre as raízes residuais ou sobre implantes. Ela é utilizada com o intuito de melhorar a retenção e estabilidade das próteses totais, aumentando a eficiência mastigatória do paciente. Segundo Bonachela (1999) tem como vantagens: manutenção de saúde através da preservação das estruturas de suporte dos dentes, manutenção da mucosa de suporte através de próteses com bases bem adaptadas que levarão a uma melhor distribuição de forças de mastigação, simplicidade como tratamento reabilitador e fácil manutenção e manipulação por parte dos pacientes.

Dinato (2007) afirma que Overdentures são indicadas em duas situações específicas: quantidade e qualidade óssea reduzidas, que não proporcionam as condições estruturais para a instalação de uma prótese total fixa e recusa do paciente a submeter-se às técnicas de reconstrução óssea; fonética prejudicada e necessidade de devolver volume labial, perdido devido ao processo de reabsorção óssea, relacionado na grande maioria com a maxila.

Para Tabata et al. (2007) existem também sistemas de retenções e o ideal para sobredentadura, é aquele que proporciona boa retentividade, fornecendo estabilidade à

prótese, de tal maneira que não ocorra grande perda de sua capacidade retentiva ao longo do tempo; deve ser de fácil manutenção e baixo custo, caso haja necessidade de substituição, além de apresentar pouca altura para que possa ser utilizado em espaços intermaxilares reduzidos, favorecendo a estética. Deve, ainda, ter capacidade biomecânica para auxiliar na distribuição das cargas funcionais aos implantes e osso adjacente.

Do ponto de vista mecânico, Telles (2004) afirma que existem dois tipos de sistema de retenção: rígidos e os semi-rígidos. Os sistemas rígidos são compostos por dispositivos que limitam os movimentos das próteses, os quais reduzem as forças que incidem sobre o rebordo alveolar. Porém requerem uma maior quantidade de implantes para suportar as cargas oclusais. Já os sistemas semi-rígidos permitem dois tipos de movimentos: rotação em torno de um eixo e translação vertical. Desta maneira, apesar da resiliência da mucosa, parte das forças oclusais vão ser absorvidas diretamente pelo rebordo alveolar, diminuindo a quantidade de cargas que incidem sobre os implantes. A escolha do tipo de sistema de retenção depende dos seguintes fatores: (1) números de implantes; (2) localização dos implantes, em função da distância; (3) quantidade de suporte, determinada pelo comprimento e diâmetro dos implantes; (4) qualidade óssea; (5) conveniência protética e (6) custo. Nos casos de overdentures, geralmente esses fatores apresentam-se desfavoráveis, o que provavelmente contra-indicam próteses fixas, e a maioria é solucionada com sistema semi-rígidos.

Entretanto, Jiménez-López (1995) diz que nem todos os casos poderão ser resolvidos por meio da utilização de implantes. Existem condições sistêmicas que afetam negativamente a osseointegração, conexão estrutural direta e funcional entre o osso e a superfície do implante, por interferirem no processo regenerativo ao nível da microcirculação sanguínea, como, por exemplo, o diabetes, alterações hepáticas graves e o uso crônico de fumo. Embora não sejam condições para contra-indicação absoluta, o paciente deve ser conscientizado de que seu caso tem um prognóstico menos favorável.

Cabe salientar que independente do sistema de retenção utilizado, a overdenture deve ser confeccionada dentro dos princípios mais rigorosos que norteiam a construção de uma prótese total convencional. Moldagens incorretamente realizadas não garantirão o selamento periférico da prótese, mesmo que retida por um attachments, ocasionando falta de estabilidade durante a mastigação. Áreas de alívio são executadas nas próteses totais convencionais (HUNGARO, YAMADA; KIAUSINIS, 2000; BONACHELA, PEREIRA, CARRILHO, 2002; TELLES, HOLLWEG, CASTELLUCCI, 2003).

Kliemann e Oliveira (2002) conceituam Prótese Parcial Removível convencional (PPR) com sendo um dispositivo confeccionado com ligas metálicas, sendo cobalto-cromo a mais utilizada, e dentes artificiais com o objetivo de restabelecer as funções afetadas pela perda dentária. Recebe este nome porque repõem tecidos faltantes por elementos artificiais, chamada de parcial pelo fato de substituir um ou mais dentes e estruturas associadas, visto que o paciente é parcialmente desdentado e removível pois, a prótese pode e deve ser removida para higienização adequada. Contudo esta prótese possui algumas desvantagens. Dentre elas está a insatisfação do paciente com a estrutura metálica que compromete sua estética e os desgastes oclusais (nichos) dos dentes nos quais os grampos se apoiam. Que segundo Kaiser (2002) são indicadas para casos de extremidades livres uni ou bilaterais (ausência de suporte posterior), espaços protéticos múltiplos ou grandes espaços protéticos, prótese anterior com reabsorção óssea extensa, como próteses temporárias e orientadores nas reabilitações complexas, como meio de contenção de dentes com mobilidade (durante e após o tratamento periodontal), como auxiliar nas contenções de fraturas maxilares, em paciente com fissura palatina e pacientes com higienização adequada. Enquanto para Todescan, Silva e Silva (1998) são contraindicados para casos de pacientes com problemas motores e pacientes com debilidade mental e pacientes com pobre higiene bucal.

Apesar dos avanços consideráveis na área da odontologia as PPRs continuam sendo fundamentais em muitos casos de reconstrução oral, especialmente quando o rebordo desdentado posterior necessita ser restaurado. As PPRs de extremidades livres (PPREL) apresentam um grande desafio com relação ao seu desenho. Uma particular preocupação é equilibrar a distribuição das forças a fim de manter o rebordo alveolar e os dentes remanescentes em ótimo estado de saúde e promover ao paciente conforto e melhor função (GIFFIN, 1996). Além do mais, o retorno da estabilidade oclusal através da instalação de uma PPREL remove forças indevidas sobre os dentes anteriores e minimiza possíveis migrações (GEORGE, 1992).

Kelly (1972) observou uma complicação inevitável do tratamento com PPR que é a contínua reabsorção do rebordo residual abaixo da sela da extremidade livre, resultando na desestabilização da oclusão. Em casos de maxila totalmente desdentada, tendo como antagonista um arco mandibular parcialmente desdentado (classe I de Kennedy), ocorre uma gradativa reabsorção do osso alveolar sob a base da PPREL, o que causa mudanças no plano oclusal e, conseqüentemente, a região anterior da maxila é sobrecarregada, ocorrendo uma reabsorção adicional nesta região, fato este conhecido como “síndrome da combinação” ou “síndrome de Kelly”.

A reabilitação através da Prótese Parcial Removível (PPR), segundo Bonachela e Telles (1998) podem restaurar tanto os arcos que perderam só um dente, quanto aqueles restaram apenas um elemento, podendo ser indicada e empregada em praticamente todos os casos. Além disso, apresenta algumas vantagens em relação a outros recursos reabilitadores que a mantém consolidada dentro de um contexto social e profissional. São elas: (1) relação custo/benefício; (2) requer pouco desgaste da estrutura dentária; (3) fácil manutenção quando comparada a outros tipos de prótese; (4) solução eficiente para situações mecanicamente difíceis de resolver; (5) menor tempo para a sua realização, quando comparado com outros tipos de próteses; (6) versatilidade.

Vieira e Todescan (1972) ressaltam que além da importância do conhecimento teórico e prático das indicações de uma PPR, é a conscientização o paciente e o próprio dentista a respeito dos bons resultados que ela pode oferecer, visando dessa maneira o bom estado geral e bucal do paciente.

4. RELATO DE CASO

Paciente F.C.R.L 57 anos, gênero masculino, melanoderma, compareceu à Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas, na disciplina de Estágio II, desejando realizar um tratamento reabilitador, tendo como queixa principal “Quero usar uma prótese melhor” SIC. (Figuras 1, 2)

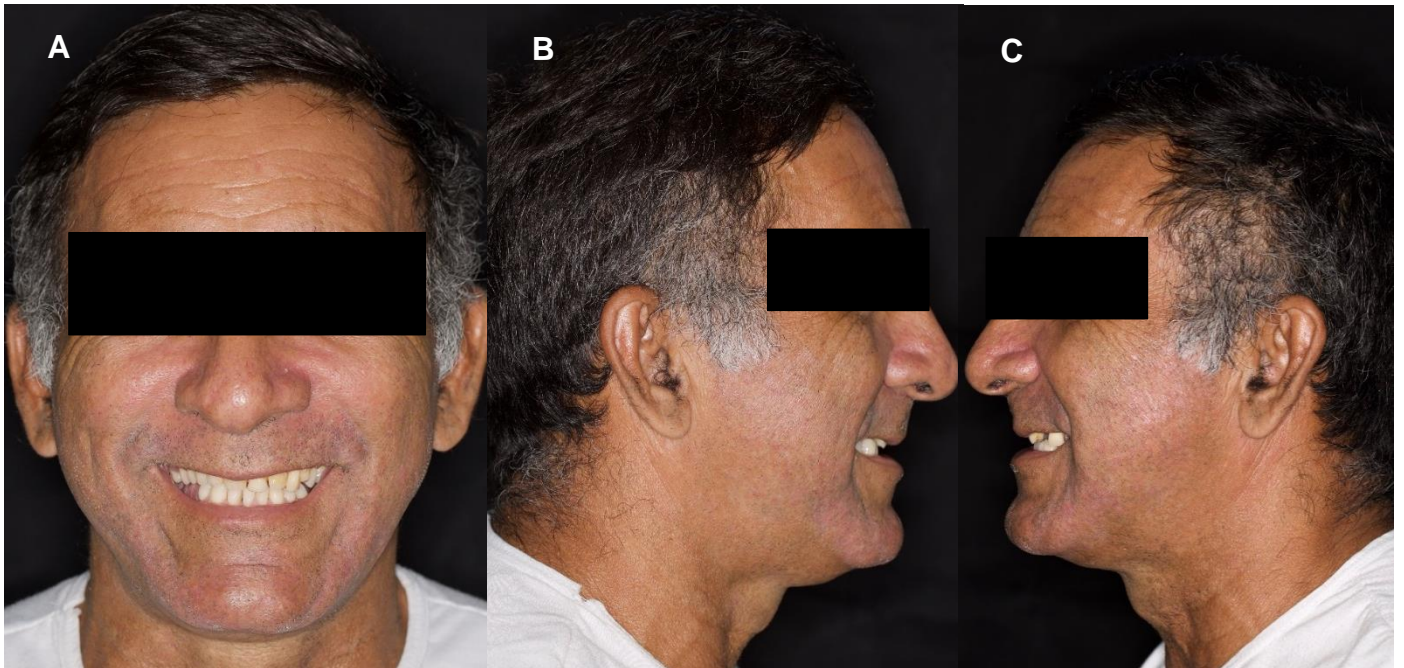


Figura 1 – Fotografia extrabucal: vista Frontal (A); Perfil Direito (B) e perfil Esquerdo (C)



Figura 2 – Fotografia intrabucal: Condição Bucal inicial do paciente

Na anamnese o paciente afirmou não ter nenhum tipo doença sistêmica. Constatou-se ao exame clínico intra oral, uso de uma prótese parcial removível provisória, em resina acrílica, na arcada superior, tecido gengival saudável e rígido com ausência de mobilidade dos elementos remanescentes. As perdas dentárias criaram um espaço desdentado parcial, no arco superior Classe II de Kennedy modificação 2 e inferior Classe I. Desgastes incisais bastante acentuado dos elementos dentais- 21, 23, 33, 32, 31, 41 e 42 (Figuras 3, 4). Para reabilitação funcional e estética do paciente, foi proposto a restauração dos dentes desgastados, com resina fotopolimerizável, próteses parciais removíveis, estabilizadas e retidas a grampos, para as duas arcadas.

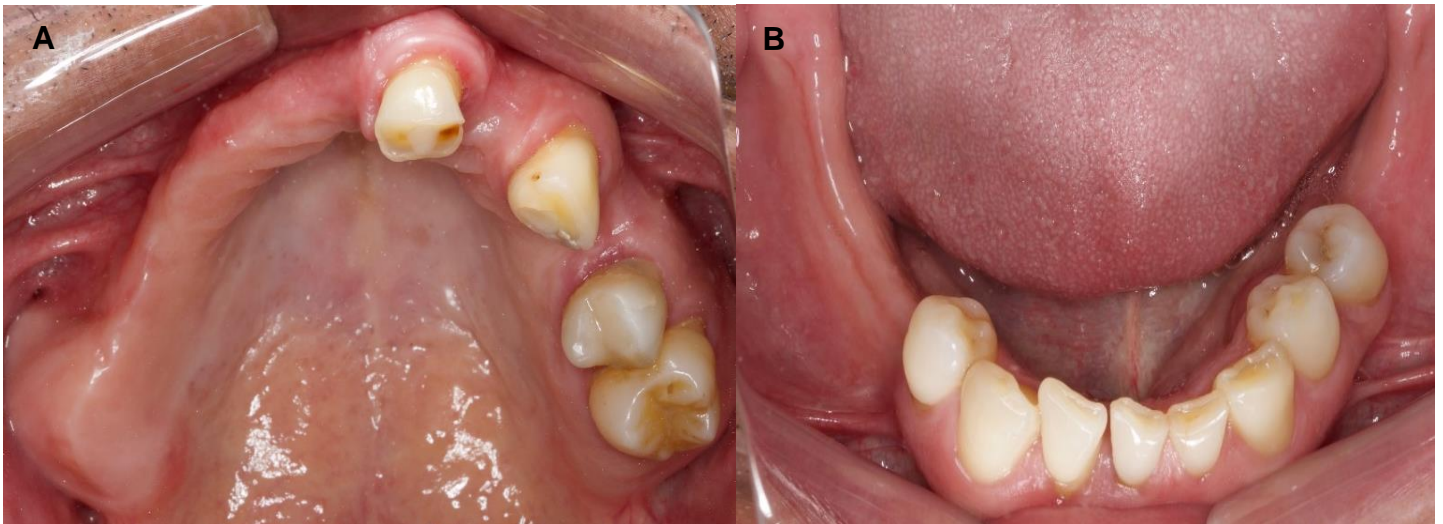


Figura 3 - Fotografia intrabucal: Arcada superior Classe II – 2 (A) e Arcada inferior Classe I (B)



Figura 4 – Fotografia intrabucal: Desgastes incisais

Na primeira consulta o paciente foi orientado e conscientizado sobre as técnicas de escovação e uso do fio dental, bem como sobre a importância de controles periódicos, visando inclusive a preservação do tratamento proposto.

Com o objetivo de planejar melhor o tratamento reabilitador escolhido, os modelos de estudo foram obtidos com hidrocoloide irreversível (Jeltrate Plus® – DENT SPLY), gesso pedra tipo IV (Durone® – DENT SPLY) (Figura 5) e registros com silicone de condensação com auxílio das tiras de LONG, controlando dessa forma a espessura do registro para montagem em articulador semiajustável (ASA) (Figura 6, 7) (Bioart®2000, São Carlos, SP, Brasil). Nos elementos com desgastes, foi utilizado a técnica de enceramento diagnóstico (ED) para reconstituir os terços incisais dos dentes que necessitavam de reconstrução, devolvendo adequados contatos durante os movimentos mandibulares. (Figura 8, 9). Foi confeccionado uma barreira de silicone dos dentes encerados para auxiliar na técnica restauradora.

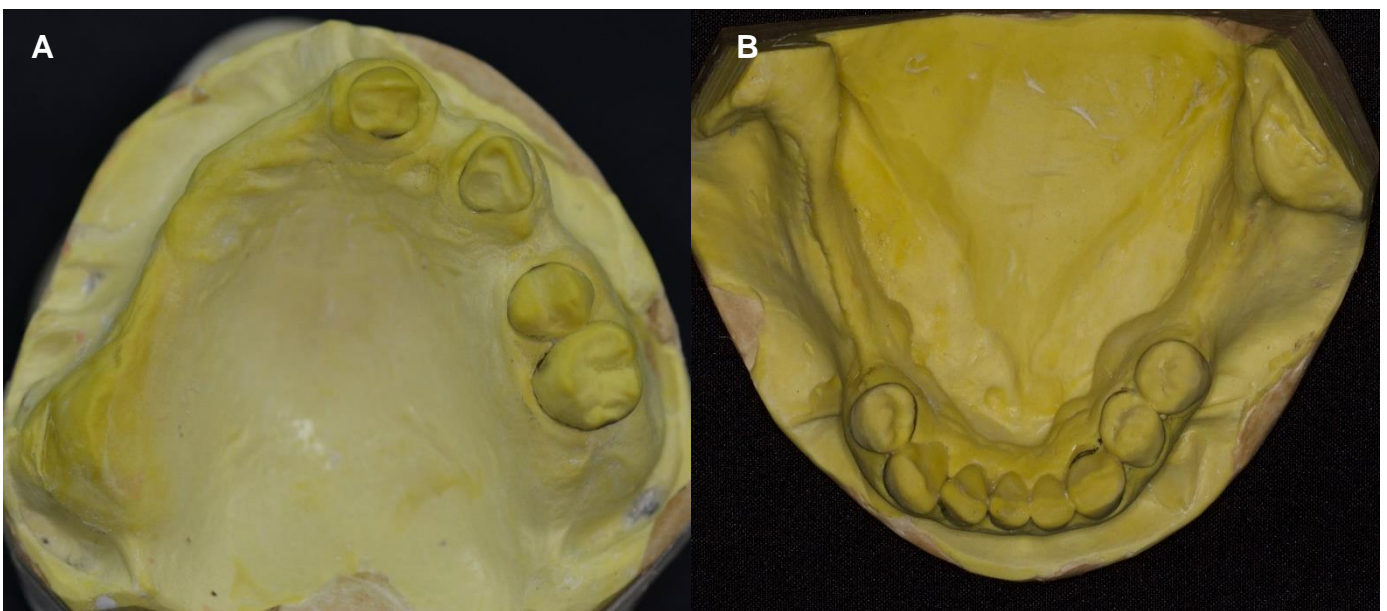


Figura 5 - Modelo superior Classe II – 2 (A) e Modelo inferior Classe I (B)



Figura 6 – Fotografia extrabucal: Registros com silicone de condensação, controlando a espessura com tiras de LONG.

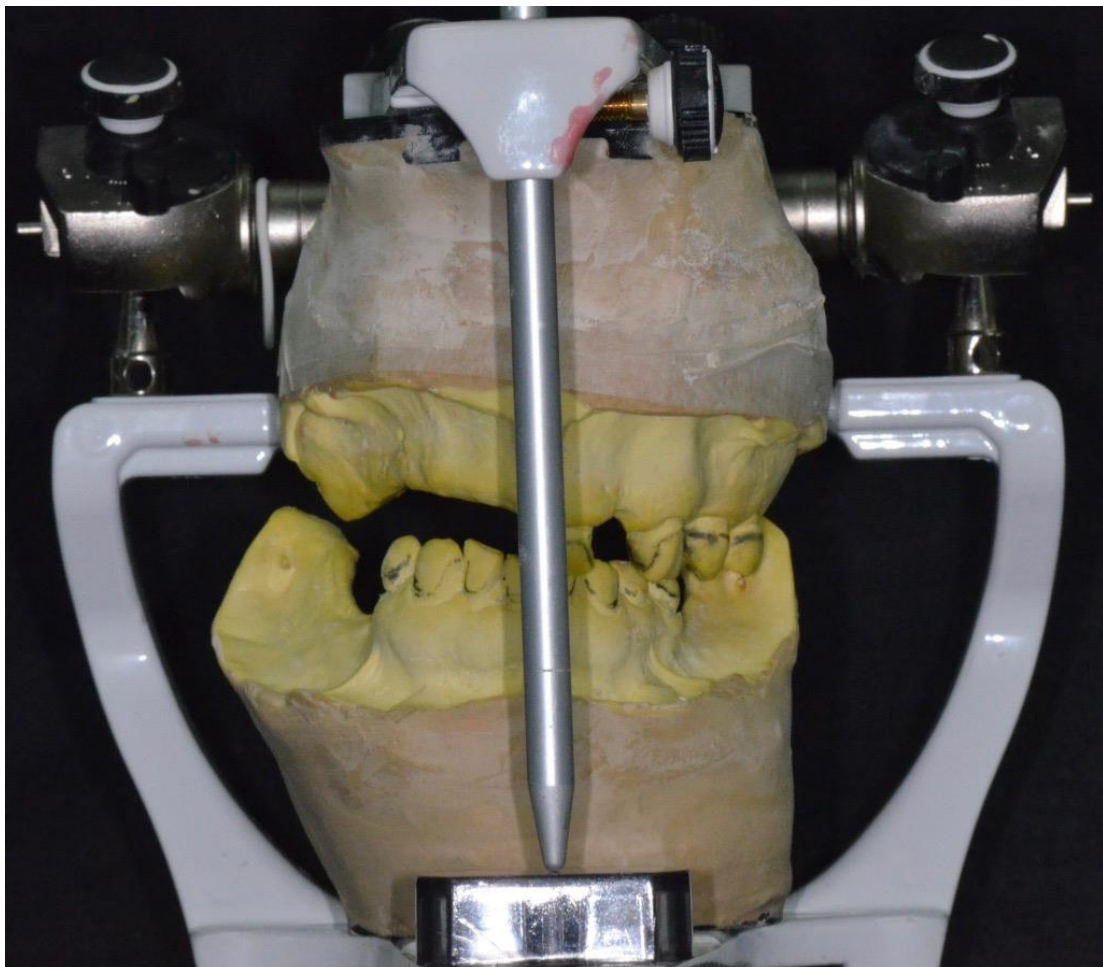


Figura 7 – Modelos montados em ASA



Figura 8 – encerramento diagnóstico dos elementos superiores 21 e 23 (A) e dos elementos inferiores 33, 32, 31, 41 e 42 (B).



Figura 9 – encerramento diagnóstico com os modelos em ASA.

Para as restaurações foi utilizada a técnica da restauração direta, com auxílio das muralhas de silicone. Utilizou-se resina composta (3M-Z350), nas cores A3.5 e A4 nos elementos superiores e inferiores (Figura 10, 11), em seguida realizou-se uma nova moldagem de estudo, para o delineamento e planejamento das próteses parciais removíveis (Figura 12).

Na arcada superior foi decidido utilizar apoios oclusais nos elementos 26 e 25 comportando um grampo geminado, no dente 13 optou-se por dois apoios de cingulo, mesial e distal onde nesse teria um braço de retenção para vestibular, já no 21 utilizou-se um apoio distal com braço de retenção para vestibular e uma placa proximal mesial, conector maior barra dupla com seus respectivos conectores menores, que juntos auxiliaram na estabilidade e retenção, reciprocidade, ou seja os princípios biomecânicos mantendo desta forma a prótese em função.

Na arcada inferior foram utilizados apoios oclusais nos pré-molares (35, 34 e 44) e apoios de cingulos nos dentes anteriores onde iria comportar todo o chapeado lingual. Nos posteriores foi selecionado o sistema API (Apoio, Placa proximal e braço de retenção), com finalidade de minimizar as tensões induzidas sobre os dentes suporte em casos de próteses dento-mucosa-suportadas através da colocação adequada dos apoios, conectores menores, placas e desenho do braço de retenção.

O preparo de boca II, limitou-se à confecção de nichos, já que, neste caso, não foi necessária a confecção de planos-guias. Em seguida a moldagem funcional utilizando a técnica de dupla moldagem com silicone de condensação (Clonage/DFL) denso e fluído foi realizada a fim de se obter modelos com nítidos detalhes dos nichos oclusais e de cingulo.

O desenho da infraestrutura metálica foi executado no modelo para melhor entendimento do laboratório, e instruções foram dadas sobre as peculiaridades deste tipo de prótese (Figura 13).



Figura 10 – Fotografia intrabucal: Técnica da restauração direta, com auxílio das muralhas de silicone



Figura 11 – Fotografia intrabucal: Restauração direta em Resina composta

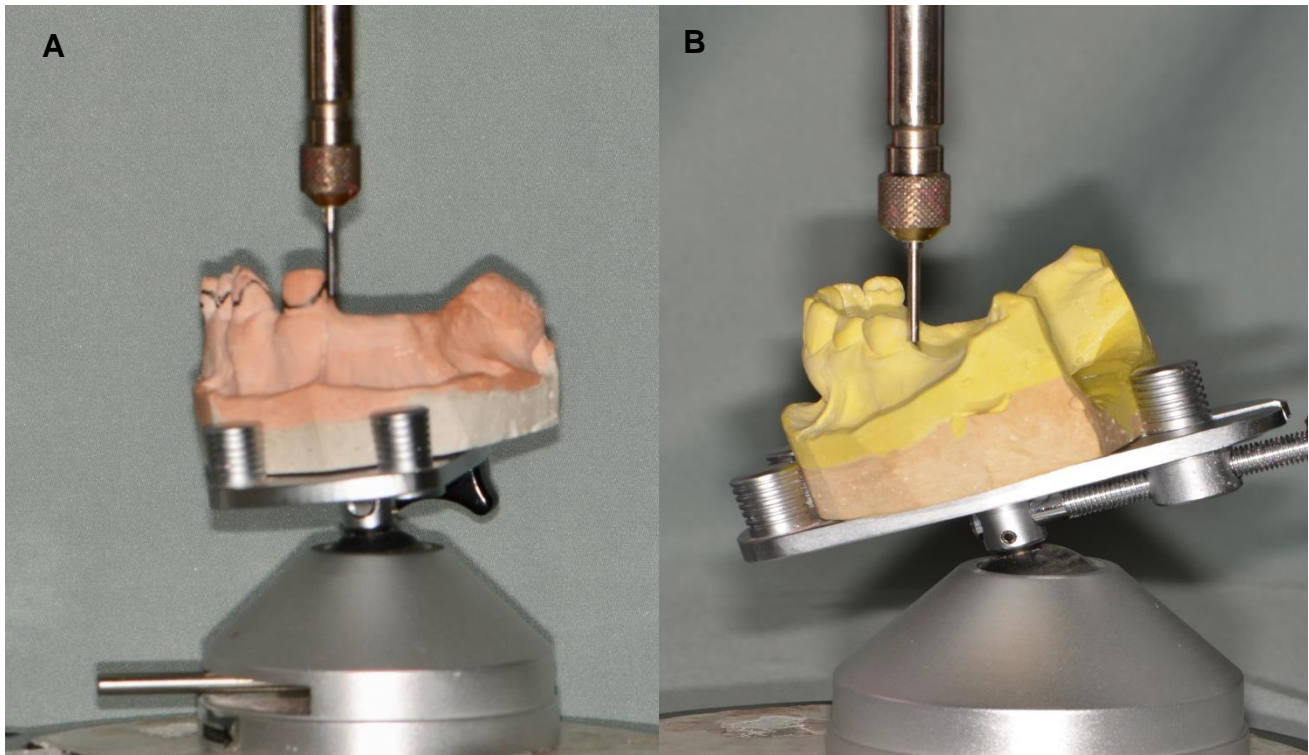


Figura 12 – Delineamento e planejamento dos modelos superior (A) e inferior (B).

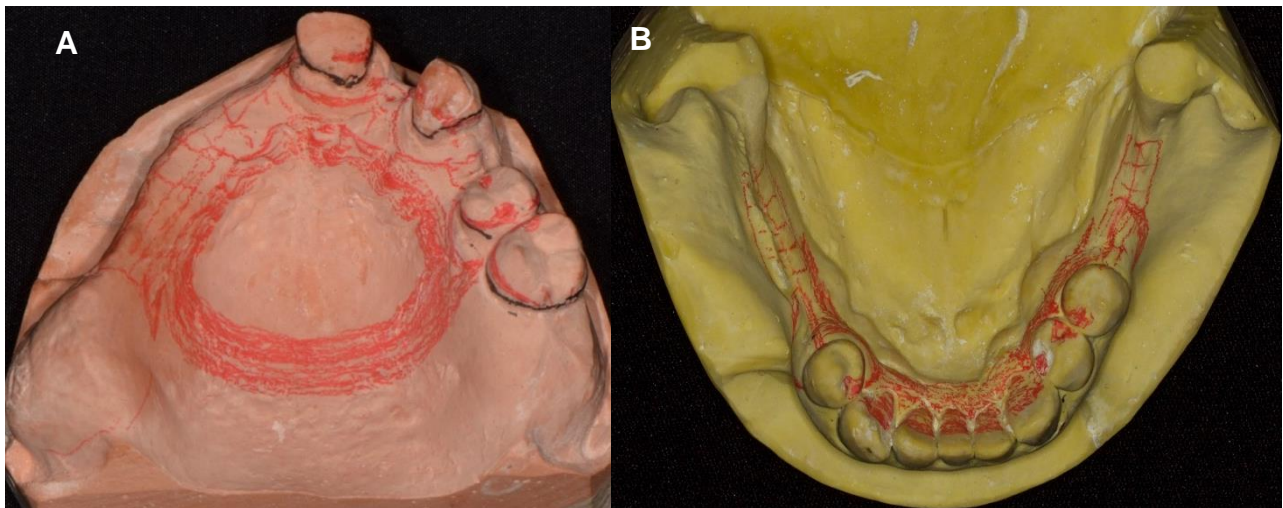


Figura 13 – Desenho da armação metálica nos modelos de gesso superior (A) e inferior (B).

Na prova da armação metálica não foi necessário nenhum tipo de ajuste, já que revelou íntimo contato dos conectores menores rígidos nas superfícies proximais dos suportes anteriores e retenção satisfatória (figura 14, 15). Logo após foram confeccionados os planos de orientação com cera 7 para determinar a dimensão vertical de oclusão (DVO) e um novo registro no arco facial em seguida por meio do registro interoclusal em relação cêntrica (RC), montados em ASA (figura 16). Na mesma sessão foram selecionados os dentes BL4 da Bioform/Dentbras na cor A3.5 possuindo o mesmo formato dos elementos e a mesma cor, A gengiva escolhida foi a coloração rosa escuro, deixando dessa maneira esteticamente agradável (figura 17). Modelos montados em ASA foram reenviado ao laboratório para a montagem dos dentes.



Figura 14 – Fotografia intrabucal: Prova da armação metálica vista oclusal



Figura 15 – Fotografia intrabucal: Prova da armação metálica vista frontal



Figura 16 – Fotografia Intrabucal: Registro interoclusal em RC

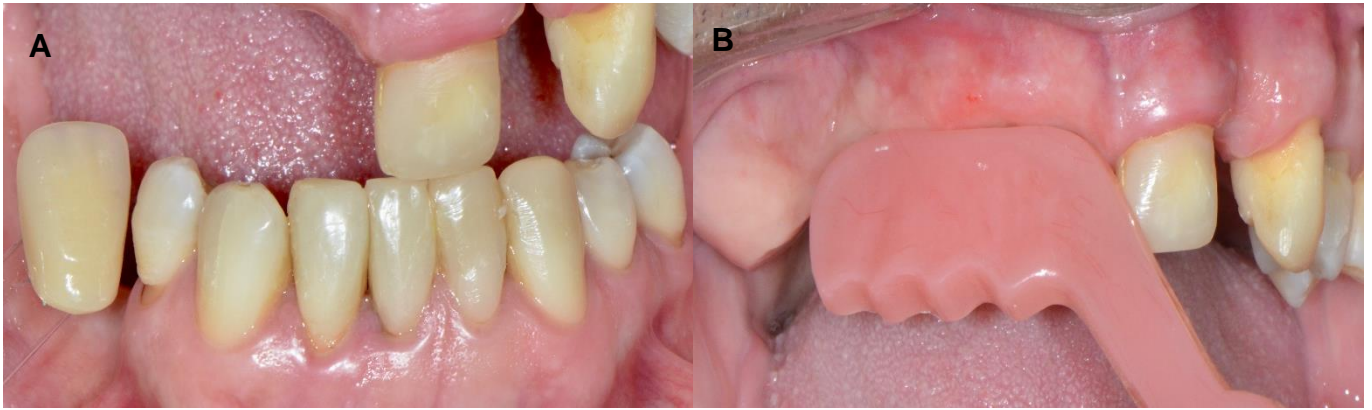


Figura 17 – Fotografia Intrabucal: seleção dos dentes (A) e gengiva (B).

Com os dentes montados, foram feitas as provas estética e funcional e ainda as moldagens de boca fechada (figura 18), os resultados agradaram de forma satisfatória ao paciente e aos profissionais envolvidos. Ainda na mesma sessão as próteses parciais removíveis foram enviadas para serem acrilizadas para sua futura instalação.



Figura 18 – Fotografia Intrabucal: Prova estética.

A prótese finalizada foi instalada e pequenos ajustes oclusais foram realizados. Neste momento, foi instalada uma PPR convencional nos arcos superior e inferior com oclusão balanceada bilateral devido a sua grande extensão protética. O paciente foi instruído sobre higiene oral e como inserir e remover sua prótese, ficando satisfeito com o resultado estético obtido (Figura 19, 20, 21).



Figura 19 – Fotografia Intrabucal: prótese instalada: visão frontal.

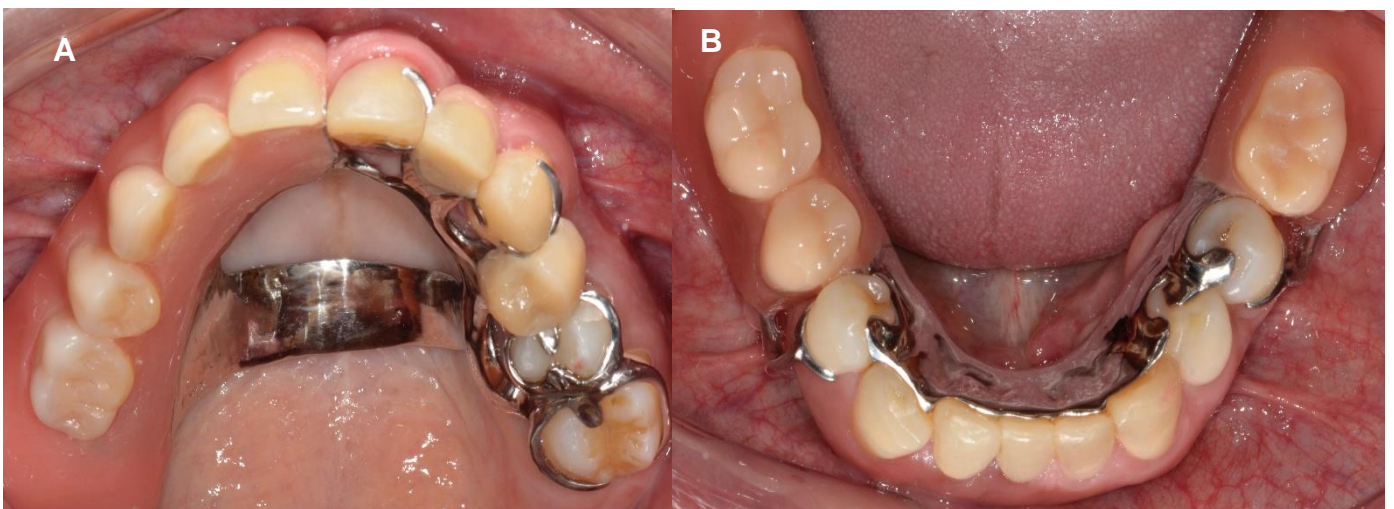


Figura 20 – Fotografia Intrabucal: prótese instalada: vista oclusal.

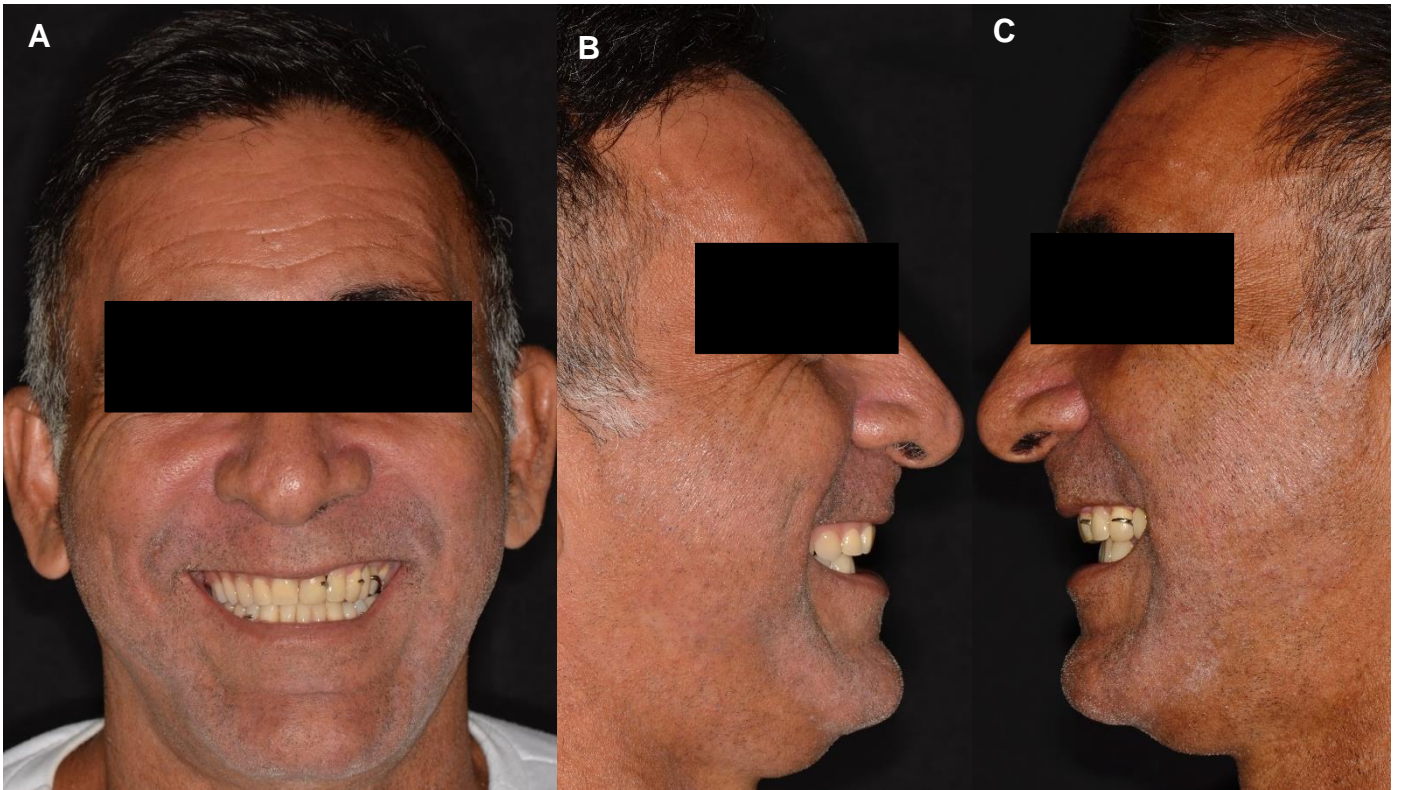


Figura 21 – Fotografia da prótese instalada: vista Frontal (A); Perfil Direito (B) e Perfil Esquerdo (C)

5. DISCUSSÃO

Atualmente o uso de próteses parciais removíveis em pacientes parcialmente desdentados ainda é bastante utilizado, pelo simples motivo de ser uma prótese versátil, podendo repor somente um elemento perdido como vários em uma arcada. Kaiser (2002) afirma que são indicados em casos de extremidade livre uni ou bilateral, espaço protético múltiplos ou muito extenso, podem ser utilizadas com próteses temporárias, auxiliando em contenções de fratura de maxila, em paciente com fissura palatina, pacientes com higiene adequada. O presente relato mostra um paciente com arcadas classe I mandibular e classe II-2 maxilar, ambas com amplo espaço protético. Assim, a prótese parcial removível, torna-se uma alternativa comum de tratamento, restaurando dessa maneira áreas edêntulas na medida em que apresenta preparos conservadores e rápida resolução. Este tipo de prótese cumpre um papel relevante na reabilitação de desdentados parciais como afirmam Leles et al (1999).

Uma das maiores desvantagens do tratamento proposto, segundo Kelly (1972), Eich (1962) e Ben-Ur et. al (1991), é a contínua reabsorção do rebordo residual abaixo da sela da extremidade livre, onde uma prótese desse tipo representa uma alavanca, possuindo uma biomecânica complexa. Os movimentos da prótese em várias direções, junto com a forma do osso alveolar e o suporte da fibromucosa, podem resultar em tensões que podem causar danos sobre as estruturas de suporte, necessitando um planejamento adequado para a prótese parcial removível.

No entanto a decisão pelo tratamento por meio da prótese parcial removível convencional no caso clínico apresentado, mostrou as seguintes vantagens: manutenção basal do osso dos elementos dentários remanescentes, tratamento minimamente invasivo com pouco desgaste de estrutura dentária, restauração estética e funcional, baixo custo, tempo operacional reduzido, como mostram os estudos de Bonachela e Telles, (1998).

Para reabilitação do paciente fez-se necessário o uso de enceramento diagnóstico (ED) que segundo Chiche et al (1991), Kahng (2006), Zani, Rode e Santos (1991) é um método empregado entre os cirurgiões-dentistas e considerado imprescindível para a finalidade de orientar a reabilitação oral do paciente, e que irá auxiliar o cirurgião-dentista no planejamento das próteses dentais, sejam elas fixas ou removíveis, unitárias ou extensas, ou sobre implante, e o emprego desta técnica é de fundamental importância para a previsibilidade funcional e estética que será obtida ao final da reabilitação protética, possuindo a finalidade de reconstruir a porção desgastada dos dentes e substituir os dentes ausentes, de modo a determinar corretamente o plano oclusal, os contatos simultâneos nos dentes posteriores e guia anterior.

O uso do Articulador semi-ajustável foi imprescindível para o tratamento, pois segundo Rihani (1980) e Watanabe (1988), permitem três tipos de registros: inclinação condilar, movimento de translação lateral (ângulo de Bennett) e distância intercondilar, duplica a posição de contacto oclusal e pode também mimetizar com proximidade movimentos excêntricos, permitindo a utilização de arco facial. Deste modo constituiu uma grande melhoria quando comparado aos articuladores não-ajustáveis que não permitem a sua utilização.

Segundo estudos de Todescan (1998); Kaiser (2002); Souza (2009) o planejamento é uma das etapas mais importantes na confecção de uma prótese, sendo considerado um procedimento de coleta de dados precisos e abrangentes. Através dessas informações obtidas, torna-se possível diagnosticar os problemas e elaborar o plano de tratamento a fim de se obter um melhor prognóstico. Assim, no modelo de trabalho deverá haver uma representação gráfica da estrutura metálica mentalmente planejada, com todos os elementos constituintes da PPR, apoios, grampos, conectores maiores, selas e conectores menores. No caso descrito foi feito todo planejamento da armação metálica seguindo como base os princípios de estabilidade, retenção e suporte conforme Kaiser (2002).

O grande avanço da Odontologia vinculado ao surgimento dos implantes osseointegrados baseia-se na possibilidade de produzir-se suporte para restaurações protéticas em zonas onde não se encontram elementos dentários ou raízes residuais como disse Velasco; Medel, Méndez (2015); Teixeira (2006). No entanto, no caso relatado não optou-se por implante, devido a relação custo/benefício, ou seja, considerando as condições financeira do paciente.

6. CONCLUSÃO

O trabalho descrito, demonstrou o sucesso da reabilitação com próteses parciais removíveis. Observou-se que o encerramento diagnóstico foi imprescindível e serviu como um guia para as restaurações necessárias.

O sucesso das próteses parciais removíveis, se deu pelo bom planejamento, seguindo todos os protocolos descritos na literatura pertinente, como também da seleção adequada de dentes, melhorando, tanto a estética quanto a função mastigatória.

Como uma das formas de tratamento para a reabilitação de arcadas parcialmente desdentadas, obtivemos o resultado desejado, com baixo custo e um trabalho clínico reduzido, quando comparado a outras modalidades de tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agliardi LL, hafner F, rahmeier LG, santi C, skovronski GA, borghetti VI, zaions, APD. O edentulismo na saúde pública e a reabilitação com prótese dentária. Getúlio Vargas: 2015; 1: 01-12.

Barbosa CMR, Arana ARS, Bourreau MLS. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. Iniciação Científica Cesumar, 2000; 2(1): 23-25.

Bassi AKZ; Jorge TM; Yarid SD; Silva HM; Silva RPR; Caldana ML; Bastos JRM. Relação entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos: REV CE FAC, 2009; 11: 391-397.

Ben-Ur, Z; Aviv, I; Maharshak, B. Factors affecting displacement of free-end saddle removable partial dentures. Quintessence Int.1991; 22: 23-7.

Bonachela WC; Di Creddo RC; Cardoso W; Cassettari R. Insucessos das próteses removíveis: Por que ainda hoje as próteses parciais removíveis andam em descrédito? RGO; 1990; 38(4): 262-4.

Bonachela WC, Telles D. Planejamento em Reabilitação Oral com Prótese Parcial Removível. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1998. 85p.

Bonachela WC; Rossetti PH; Freitas R. Reabilitação oral com emprego de prótese parciais removíveis de precisão. In: VANZILLOTT OS; SALGADO LP. Atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, 1999; 1: 557-575.

Bonachela WC; Pereira T; Carrilho GB. Prótese Destacável Conjugando Barra e Attachments do Tipo MK1. Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial, 2002; 4 (20): 296-301.

Chiche CA, Pinault DC, Bassanta AD, Morgan G. Consideration for fabrication of implantsupported posterior restorations. Int J Prosthodont. 1991; 4(1): 37-44.

Dinato PW. Fisiologia e Técnica de implantes de um estágio cirúrgico, cap. 10, Quintessence: 2007; 163-243

Domingos AM. Os impactos biopsicossociais na saúde geral dos adultos gerados pela ausência de saúde bucal. Belo Horizonte: 2012; 01-34.

Douglass CW; Watson AJ. Future needs for fixed and removable partial dentures in the United States. J Prosthetic Dent. 2002; 87 (1): 9-14.

Dupuis V. Edentulismo: uso de próteses totais e removíveis: Rev. Assoc. Paul. Cir, 2008; 51 (6): 96-107.

Dykema RW; Cunningham DM; Johnston JF. Modern Practice in removable partial prosthodontics. 1a. ed., London: Saunders company, 1996; 502.

Fenton AH. the decade of overdenture: 1970-1980. The Journal of Prosthetic Dentistry. 1998; 79: 31-36.

Ferreira EF; Magalhães CS; Silva MES. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Belo Horizonte: Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15: 813-820.

Galhardo APM; Mukai MK; Pigozzo MN; Mori M; Gil C; Laganá DC. Reabilitação oral por meio de prótese parcial removível associada à Barra de Dolder: uma visão interdisciplinar. RPG Rev Pos Grad, 2008; 15 (1): 71-6.

Geertman ME, Boerrigter EM, Van't Hof MA, Van Waas MA, van Oort RP, Boering G, Kalk W. Two-center clinical trial of implant- retained mandibular overdentures versus complete dentures- chewing ability. Commun Dent Oral Epidem. 1996; 24 (1): 79-84.

George MA. Removable partial denture design assisted by osseointegrated implants. J. Calif. Dent. Assoc., Sacramento. Jan. 1992; 20 (1): 64-66.

Giffin KM. Solving the distal extension removable partial denture base movement dilemma: A clinical report. *J. Prosthet. Dent.* St. Louis, 1996, v.76, n.4, p.347-349, Oct.

Hou GL; TSAI CC; Weisgold AS. Periodontal and prosthetic therapy in severely advanced periodontites by the use of the crown sleeve coping telescope denture. A longitudinal case report. *Aust Dent.* 1997; 42 (3): 169-173.

Hungaro P; Yamada NR; Kiausinis VZ. Overdenture implantorretida: reabilitação orientada pelos conselhos da Prótese Total Convencional. *RPG. Pos-grad.* abr/jun 2000; 7 (2): 172-77.

Jeyapalan V; Shankar C. Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. [S.I.]: *Journal of clinical and diagnostic research.* Jun. 2015; 09: 14-17.

Jiménez-López V. *Próteses sobre implantes: oclusão, casos clínicos e laboratório.* 1a ed. São Paulo: Quintessence. 1995. 264.

Kahng LS. Patient-dentist-technician communication within the dental team: using a colored treatment plan wax-up. *J Esthet Restor Dent.* 2006; 18 (4): 185-93.

Kaiser F. *PPR no Laboratório.* 1 ed. Curitiba: Maio; 2002; 277.

Kelly E. Changes caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J. Prosthet. Dent.* St. Louis. Feb. 1972;.27 (2):.140-150.

Kliemann C; Oliveira W. *Manual de Prótese Parcial Removível.* Santos, ed. 1º/1999 e 1º reimpressão 2002; 265.

Leles CR, Melo M, Oliveira MMM. Avaliação clínica do efeito da prótese parcial removível sobre a condição dental e periodontal de desdentados parciais. *ROBRAC* 1999; 25 (8): 8-14.

Matos MGC; Brun CL; Matos RL; Pagnano VO; Ribeiro RF. Perfil dos laboratórios de prótese dental e dos trabalhos de prótese parcial removível. PCL Rev Bras Prot Clin Lab. 2001; 3 (16): 505-10.

Matsumoto PM, Netto HC, Paes JR, Faria. R. Atualidades sobre overdentures: dentossuportadas e Implantossuportadas. Revista Brasileira de Prótese Clínica e Laboratorial. 2002; 4 (22): 509-513.

Morais HOD. Estudo comparativo da qualidade de preparo de boca para prótese removível entre modelos de trabalho recolhidos da clínica de graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e de alguns laboratórios comerciais da cidade de São Paulo. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo. 2003; 90.

Pera P; Bassi F; Schierano G; Appendino P; Preti G. Implant anchored complete mandibular denture: evaluation of masticatory efficiency oral function and degree of satisfaction. J Oral Rehabil. 1997; 25 (6): 462-7.

Pucca DA Jr. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 2002; 65

Rihani A. Classification of articulators. The Journal of prosthetic dentistry. 1980; 43 (3): 344-7.

Santos Júnior GC; Bernabé W; Rubo JH; Grechi SLA. Avaliação periodontal simplificada (PSR) em pacientes indicados para tratamento protético, Rev Fac Odont Bauru. 2002; 10 (2): 113-7.

Souza MM. Manual de prótese parcial removível. 1 ed. São Paulo; 2009; 265.

Tabata LF; Assunção WG; Rocha EP; Zuim PRJ; Filho HG. Critérios para seleção de sistema de retenção para overdenture implanto-retidas. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. 2007; 12 (1): 75-80.

Telles D; Hollweg H; Castellucci L. Prótese Total – convencional e sobre implantes. São Paulo: ed. Santos, cap. 2: Prótese Totais Removíveis. 2003; 59-126.

Telles DM. Prótese Total: Convencional e sobre Implantes. São Paulo: Santos. 2004; 92-116.

Teixeira ER. "Implantes dentários na reabilitação oral." Reabilitação oral contemporânea. São Paulo: Santos. 2006; 401-41.

Todescan R; Silva EEB; Silva OJ. A prótese parcial removível e os implantes osseointegrados. In: *Atlas de prótese parcial removível*. São Paulo: Santos. 1996; 16: 335-345.

Todescan R, Silva EEB, Silva O. Atlas de prótese parcial removível. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos. 1998; 345.

Turano JC; Turano LM. Exame da Cavidade Bucal. In: FEINE, J. S.; CARLSSON, G. E. (Ed.). Fundamentos de Prótese Total. 8 ed. São Paulo: Editora Santos. 2007; 7: 93-119.

Velasco EO; Medel RS; García AM. Sobredentaduras con implantes en pacientes geriátricos edéntulos totales. *Avances em Odontoestomatologia*, 2015, v 31, n 3, p. 161-172.

Vieira DF, Todescan R. Estarrecedora situação da prótese removível. Um “alerta!” à profissão odontológica. *Rev. Ass Paul Cir Dent*. 1972; 26 (6): 299-319.

Watanabe MT. Dentaduras funcionales. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escola Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. 1988; 33.

Zani IM, Rode SM, Santos JFF. O uso de resina composta como auxiliar na reabilitação oral. *Rev Amb Odontol*. 1991; 1 (6): 119-22.

ANEXO

**AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO
ODONTOLÓGICO NA UEA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: Francisco das Chagas Ribeiro de Lima

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.

Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.

Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.

Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.

Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.

Manaus, 30 de setembro de 2015.

Francisco das Chagas Ribeiro de Lima
Assinatura do Paciente

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente