



Wesley Fontana Xavier

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM REBORDO FLÁCIDO:

Relato de caso

Rio Branco – Acre
2024

Wesley Fontana Xavier

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM REBORDO FLÁCIDO:

Relato de caso

Artigo apresentado a Faculdade Sete Lagoas, como requisito para obtenção do título de Especialista em Prótese dentária.

Área de concentração: Prótese dentária

Orientador: Prof. Dr. Claudio Ferreira Nóia



Wesley Fontana Xavier

REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR EM REBORDO FLÁCIDO:

Relato de caso

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Área de concentração: Prótese Dentária

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Claudio Ferreira Nóia

Prof. Ms. Francisco Ricardo Ribeiro Lima

Prof. Esp. Davidney Silva Moraes

Rio Branco - Acre
2024

RESUMO

O edentulismo é um problema de saúde pública relevante que afeta diretamente a qualidade de vida. A reabilitação com prótese total auxilia na diminuição dos aspectos negativos gerados pela perda dentária, como dificuldades de mastigação, de fala e baixa autoestima causados pela falta de dentes. Rebordos alveolares extremamente reabsorvidos são casos desafiadores para reabilitação com próteses totais. No relato clínico abordado nesse trabalho trouxemos o caso de um paciente de 61 anos, usuário de prótese total superior e prótese parcial removível inferior que estavam desadaptadas e causando desconforto no paciente. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico com reabilitação através de prótese total superior em rebordo reabsorvido com extrema flacidez. Concluímos que é possível a reabilitação através de prótese total em rebordo reabsorvido, desde que técnicas corretas sejam aplicadas durante o processo de confecção e ajustes da prótese total.

Palavras-chave: prótese total rebordo flácido, prótese total rebordo reabsorvido, confecção de prótese total.

ABSTRACT

Edentulism is a relevant public health problem that directly affects quality of life. Rehabilitation with complete dentures helps to reduce the negative aspects generated by tooth loss, such as difficulties chewing, speaking and low self-esteem caused by missing teeth. Extremely resorbed alveolar ridges are challenging cases for rehabilitation with complete prostheses. In the clinical report covered in this work, we brought the case of a 61-year-old patient, user of a complete upper denture and a lower removable partial denture that were out of adjustment and causing discomfort to the patient. The objective of this work is to report a clinical case with rehabilitation using a complete upper prosthesis in a resorbed ridge with extreme flaccidity. We concluded that rehabilitation through a complete prosthesis on a resorbed ridge is possible, as long as correct techniques are applied during the process of manufacturing and adjusting the total prosthesis.

Keywords: total prosthesis with flaccid ridge, total prosthesis with resorbed ridge, construction of total prosthesis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS.....	7
3 RELATO DE CASO	8
4 DISCUSSÃO	11
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	14

1 INTRODUÇÃO

A perda de dentes continua sendo um grave problema de saúde na população brasileira, segundo estudos epidemiológicos, 63,1% dos indivíduos com idade entre 65 a 74 anos usam próteses totais bimaxilares. Este problema acarreta os tecidos periodontais, resultando na diminuição da estabilidade e retenção da prótese total¹. Uma das consequências mais importantes ligada ao edentulismo e ao uso de próteses totais é a reabsorção de crista óssea. Não há um consenso na literatura sobre a causa da reabsorção, porém ela está fortemente associada ao tempo de perda dentária, tamanho inicial do rebordo, forças oclusais e padrão de uso da prótese total durante o sono².

A síndrome da combinação é uma condição complexa do sistema mastigatório representada por uma série de eventos que vão desde a perda dentária até a atrofia óssea severa em diferentes regiões da maxila. A característica principal é uma fibromucosa flácida, na qual a incidência de cargas ocasionada pela hiperfunção dos dentes anteriores inferiores resulta em movimentação da prótese total superior em direção ao rebordo residual, aumentando a sua reabsorção e levando à desadaptação interna e perda de retenção da prótese.³

A moldagem do rebordo é uma fase crítica na confecção de uma prótese total principalmente se a mucosa for flácida. Esta pode sofrer alteração de posição pela ação do material utilizado e isto pode comprometer fidelidade do modelo que terá sua topografia original alterada, resultando em prótese mal adaptada.⁴ Próteses inadequadas resultam num desconforto para o paciente, desestabilização da oclusão, função mastigatória insuficiente e problemas estéticos. Tendo como resultado, a incapacidade de utilizar a prótese.⁵

2 OBJETIVOS

Relatar um caso clinico com reabilitação através de prótese total superior em re-bordo reabsorvido com extrema flacidez.

3 RELATO DE CASO

Paciente J.A.S, 61 anos, gênero masculino, procurou atendimento odontológico na clínica de implantodontia, queixando-se de falta de retenção na prótese total superior e prótese parcial removível inferior que o mesmo utilizava. Ao realizar exame clínico inicial, foi observado ausência total de dentes superiores e somente presença dos dentes 32, 31, 41, 42 e 43 na arcada inferior.

Para estudo do caso foram realizadas fotografias iniciais, intra e extra bucais, moldagem de estudo com alginato Jeltrate Dustless da Dentsply Sirona® (São Paulo, Brasil) e moldeira de estoque metálica para desdentado na arcada superior e moldeira para dentado na arcada inferior. Em sequência foi vazado gesso Durone tipo IV da Dentsply® (São Paulo, Brasil) para criar o modelo de estudo.

Através do exame clínico, tomografia, fotografias e modelo de estudo, foi traçado um plano de tratamento no qual seria feito uma nova prótese total mucossuportada superior e prótese total inferior implantosuportada tipo protocolo de Branemarck. A escolha da reabilitação da arcada superior através de prótese total mucossuportada se deu pela dificuldade em reabilitação através de implantes dentários, pois após analisar os exames tomográficos, foi constatado pouco osso nativo para instalação dos implantes e realizar enxertia óssea seria um tratamento desafiador e os resultados poderiam ser desfavoráveis.

O paciente apresentava rebordo superior extremamente reabsorvido com flacidez, mas que não necessitava realizar cirurgia pré-protética naquele caso, pois a flacidez existente não iria interferir na confecção e adaptação da prótese total superior.

Foi solicitado ao laboratório a confecção de moldeira individual superior para realização da moldagem de trabalho e funcional. Ao testar analisar a moldeira individual no modelo de estudo enviado ao laboratório para a confecção da mesma, foi identificado que as bordas estavam sobreestendidas e as áreas de alívio sobre o rebordo flácido não estavam satisfatórias. Então foi realizada toda a adequação da moldeira individual e feitas algumas perfurações no local e rebordo flácido, para ocorrer o escoamento da silicona e evitar compressão e deformação do rebordo na moldagem.

O preparo da moldeira individual foi feito com adesivo de moldeira Universal Tray – Zhermack® (Badia Polesine, Itália) e a moldagem foi realizada com silicona de

condensação Putty – Speedex® (Rio de Janeiro, Brasil), na técnica de moldagem dupla, primeiro utilizando a silicona densa para moldagem de todo o fundo de vestibulo, fazendo movimentos para correta marcação de áreas de freio, bridas e músculos. Foi removido a silicona da parte interna da moldeira com lâmina de bisturi 15c e cabo 05 e em sequência realizada a moldagem com silicona fluida, de modo que toda a moldeira ficasse coberta com a silicona e a moldagem apresentasse uma cópia fiel de todo o rebordo, palato e fundo de vestibulo do paciente. Foi realizado o vazamento do gesso pela técnica de encaixotamento, que consiste em envolver a parte externa da moldagem com um rolete de cera ou de silicona densa e com o uso de fita crepe, criar um caixote para vazar o gesso dentro e assim manter todas as características principalmente de fundo de sulco obtida na moldagem funcional.

Na consulta seguinte, após a confecção do plano de cera, foram realizados os ajustes do plano, utilizando régua de Fox com arco e compasso do Willis – Fava® (Franco da Rocha, Brasil). Nesse ponto foi definido a altura dos dentes que seriam posteriormente montados no plano de cera, de modo que ficasse harmônico e de acordo com o gosto do paciente. Foi definido o suporte de lábio, altura do plano de cera, corredor bucal e com o plano inferior foi delimitado a DVO. Também as linhas de orientação para montagem dos dentes foram traçadas: linha média, linha de caninos e linha alta do sorriso. Por último, mas não menos importante no processo de produção da prótese total, foi realizado o registro de oclusão, colocando um fio de silicona densa entre os planos oclusais, de modo que a montagem dos arcos no articulador possível ser feita no laboratório.

O dente escolhido junto ao paciente foi o de cor 60 – VIPI Biolux® (Pirassununga, Brasil) e a gengiva cor 14 STG (Sistema Tomaz Gomes, VIPI®, Pirassununga, Brasil). A escolha da cor do dente foi realizada pelo paciente pois o mesmo tinha o sonho em ter dentes brancos, e como iria utilizar próteses totais superior e inferior, esta última implantosupportada, foi possível realizar o desejo do paciente e aumentar ainda mais a sua satisfação com o serviço que estava sendo feito.

Na prova dos dentes, o paciente testou a prótese total e foi verificada a estética e a oclusão. Em frente a um espelho, mantendo uma distância de ao menos 1 metro, o paciente aprovou a estética do seu novo sorriso, tanto na cor quanto no formato e montagem dos dentes. Foi verificada a oclusão da prótese total superior com a montagem em cera da prótese inferior, que ainda era parcial, mas serviria de modelo para

a confecção do guia cirúrgico inferior para a instalação dos implantes e posterior confecção da prótese total inferior implantosuportada.

No prosseguimento do tratamento, foi realizada a exodontia dos elementos remanescentes do arco inferior e instalação de implantes seguindo o protocolo de Branemark, realizando a instalação de pilares e moldagem de transferência utilizando o guia cirúrgico multifuncional, visando agilizar o processo da confecção da prótese inferior e também buscando manter a oclusão já pré-definida ao longo de todos os atendimentos já realizados. No dia seguinte foi realizada a prova da barra metálica com os dentes já montados em cera, onde a oclusão coincidiu com a prótese superior que também ainda estava em cera.

No terceiro dia pós cirúrgico, com as próteses totais superior e inferior já acrílicas, foi feita a instalação destas próteses. Nessa etapa é imprescindível realizar o ajuste oclusal, buscando um correto balanceamento durante o processo de mastigação do paciente, de modo que ocorra uma oclusão bilateral de forma concomitante, onde os dentes anteriores tenham apenas um leve toque e os toques posteriores ocorram de modo uniforme por todos os dentes. Para o ajuste oclusal foi utilizado o Papel de Articulação Arti-check 40 μ - Bausch® (Itu, Brasil) e brocas de acabamento e polimento de resina – Kit Resin Concept – Jota Switzerland® (Hirschensprungstrasse, Suíça).

Durante dos 2 meses seguintes foram realizadas 2 consultas de preservação e controle, onde foi realizado apenas alguns ajustes finos de oclusão.

4 DISCUSSÃO

A reabsorção de crista óssea e rebordo alveolar pode acontecer em casos de perda dentária. A intensidade dessa reabsorção está ligada diretamente ao tempo de perda dentária, uso de próteses anteriormente, pressão exercida pela oclusão, hábito de uso noturno da prótese, e se a perda ocorreu em maxila ou mandíbula, bruxismo ²

O paciente do caso clínico relatado utilizava próteses que estavam totalmente gastas e sem nenhuma retenção, tendo em vista a extrema reabsorção óssea que havia ocorrido pelo longo tempo em que havia perdido os dentes e a utilização de próteses inadequadas para o mesmo.

A Síndrome da Combinação ou Síndrome de Kelly apresenta-se a partir de um conjunto de características marcantes que ocorrem quando uma maxila desdentada se opõe a dentes anteriores inferiores naturais.³

A reabsorção óssea fisiológica que ocorre abaixo da base de resina da prótese parcial removível mandibular acarreta perda de contatos posteriores, o que causa, além da diminuição da efetividade mastigatória nessa região, excesso de pressão dos dentes inferiores na porção anterior da prótese total superior. Essa concentração de tensão gera traumatismos na fibromucosa e acelera a reabsorção do rebordo residual anterior, favorecendo o estabelecimento de uma alavanca nessa região, uma vez que a prótese utiliza essa área como fulcro.⁶

Quando uma PT superior oclui com dentes anteriores inferiores por um longo período, em razão da ausência de suporte posterior, a dissipação da pressão na região anterior promove uma excessiva reabsorção da crista do osso alveolar, levando a sua substituição por tecido mole. Em resposta à distribuição imprópria da carga oclusal ocorre uma ruptura do selamento, seguida pela perda de retenção da prótese.⁷

O planejamento reabilitador do caso foi traçado e inicialmente seriam feitos protocolos de Branemarck superior e inferior, mas pela falta de quantidade e qualidade óssea da maxila, principalmente em área anterior, foi optado pela reabilitação com implantes na mandíbula e com uma prótese total na maxila.

A reabilitação oral com prótese total tem como objetivo proporcionar conforto ao paciente, fazendo com o que o mesmo possa falar sem dificuldades, mastigar os

alimentos eficazmente, além de considerar os fatores estéticos. A prótese total é capaz de recuperar a autoestima dos pacientes, tanto pelos fatores estéticos quanto pelos fatores físicos, relacionados à fala, retenção, estabilidade, deglutição, boa e eficiente mastigação, modificação da dimensão vertical da oclusão, sistema estomatognático e fonética equilibrados. ⁸

Os processos de planejamento, execução e fabricação da prótese total superior são de extrema importância serem feitos com todos os cuidados necessários, assim como também os ajustes oclusais após a instalação da mesma. Uma oclusão balanceada irá dar maior estabilidade a prótese, evitar que ocorra ainda mais reabsorção de rebordo, além de garantir conforto durante o processo de mastigação.

Com uma técnica de moldagem em duas etapas, a técnica de moldagem funcional possibilita que a prótese total maxilar seja confeccionada de uma forma que as forças mastigatórias sejam distribuídas por toda área chapeável, evitando pressão excessiva sobre a região anterior do palato duro que contém a fibromucosa flácida. A utilização de um material de moldagem de consistência leve, que não promove compressão ou deslocamento desta fibromucosa durante a moldagem colabora também para o sucesso dessa etapa clínica. Desta forma, é obtida uma moldagem estática do tecido flácido e móvel. ¹⁰

A manutenção da estabilidade oclusal posterior é considerada a melhor forma de se prevenir a Síndrome da Combinação, pois ela evita a sobrecarga na região anterior. Ainda como forma de prevenção da síndrome, indica-se reembasamentos periódicos, adequada higienização, metalização da superfície oclusal dos dentes artificiais posteriores e dentes anteriores com funções somente fonéticas e estéticas. ⁹

CONCLUSÃO

Mesmo com os avanços na odontologia, com a possibilidade de realizar reabilitações com o uso de implantes dentários, recuperar estrutura óssea através de enxertos e regeneração óssea guiada, existem casos em que o ideal ou a única solução é utilizar próteses totais mucosuportada.

A habilidade e o conhecimento do cirurgião dentista em próteses totais quando está diante de casos desafiadores é imprescindível para o sucesso na reabilitação do paciente. A união de técnicas bem aplicadas, materiais de qualidade e um bom laboratório contribuem para a entrega de um bom resultado e uma total satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS

1. MARCHIOTTI, J.A.G; PROGIANTE, P.S. **REBORDO ALVEOLAR REABSORVIDO COM PRÓTESE TOTAL: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO**. Braz. J. Surg. Clin. Res; 2016. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjsc>. Acesso em: 16/07/2024
2. MOTA, Laís de S. B. **REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR EM REBORDO REABSORVIDO: RELATO DE CASO**. Facsete, 2022. Disponível em: <https://faculdadefacsete.edu.br/monografia/items/show/5466> Acesso em: 05/07/2024
3. OLIVEIRA JUNIOR, N.M; et al. **REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM SÍNDROME DE COMBINAÇÃO: relato de caso**. UNESP, 2012. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/5880194a7f8c9d0a098b50a5> Acesso em: 12/07/2024
4. TEODORO, F.A.; et al. **MOLDAGEM EM PRÓTESE TOTAL PARA MUCOSA FLÁCIDA**. Revista Dens, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/dens/article/view/9294> Acesso em: 12/07/2024
5. VANZILLOTA, P.S; et al. **SÍNDROME DA COMBINAÇÃO**. Rev. Bras. de Odontologia, 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000200012 Acesso em: 10/07/2024
6. COSTA, M.M; et al. **SÍNDROME DA COMBINAÇÃO: diagnóstico, prevenção e considerações sobre o tratamento**. Rev. Odontol. Bras. Central, 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000200012 Acesso em: 10/07/2024
7. SILVEIRA, R.S.M; et al. **SÍNDROME DA COMBINAÇÃO – conhecimento e aplicabilidade por parte dos professores de prótese das universidades públicas e privadas e protesistas do estado do Rio Grande do Norte**. RFO, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v15n3/09.pdf> Acesso em: 12/07/2024
8. DO CARMO, F.C.S; et al. **REABILITAÇÃO ORAL COM O USO DE PRÓTESE TOTAL: relato de caso clinico**. Id on line Rev. Mult. Psic, 2019 Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2056> Acesso em: 16/07/2024
9. LAPORT, L.B.R; et al. **REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL – relato de caso**. BJSCR, 2017 Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf Acesso em: 05/07/2024

10. MARIN, D.O.M; et al. **REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE COM SINDROME DA COMBINAÇÃO: relato de caso.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent, 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v68n1/a11v68n1.pdf> Acesso em: 12/07/2024