PLANEJAMENTO REABILITADOR PARA PACIENTES COM SEQUELAS DE DOENÇA PERIODONTAL

CAMPO GRANDE - MS

2017

ARNALDO MARCO ANTONIO FILHO

PLANEJAMENTO REABILITADOR PARA PACIENTES COM SEQUELAS DE DOENÇA PERIODONTAL

Trabalho apresentado como
Requisito parcial para obtenção
Do título de especialização de
Prótese dentaria. Pela FACSETE.
Orientador:Mestre Aline Terra Biazon

CAMPO GRANDE - MS

2017

PLANEJAMENTO REABILITADOR PARA PACIENTES COM SEQUELAS DE DOENÇA PERIODONTAL

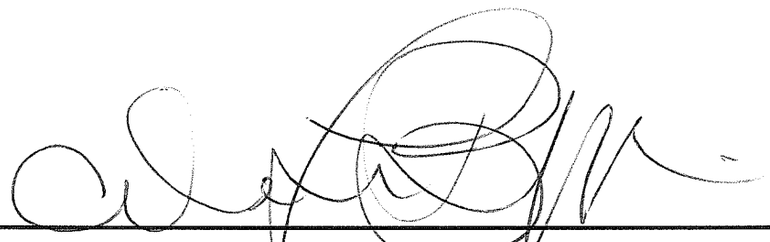
Trabalho apresentado como
Requisito parcial para obtenção
Do título de especialização de
Prótese dentaria. Pela FACSETE.
Orientador:Mestre Aline Terra Biazon

CAMPO GRANDE - MS

2017

FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

PLANEJAMENTO REABILITADOR PARA PACIENTES COM SEQUELAS DE DOENÇA PERIODONTAL, APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA CONSTITUIDA PELOS SEGUINTES PROFESSORES:



Aline Terra Biazon Jardim – FACSETE – Orientadora

Oscar Mosele Jr. FACSETE – Examinador



Arnaldo Marco Antonio Filho – Acadêmico

Campo Grande, MS 13 DE Setembro de 2017

FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

Monografia intitulada Planejamento Reabilitador para pacientes com sequelas de doença periodontal de autoria do aluno Arnaldo Marco Antônio Filho, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Nome do orientador – Instituição a qual pertence – Orientador

_____

Nome do orientador – Instituição a qual pertence - Orientador

_____

Nome do orientador – Instituição a qual pertence - Orientador

CAMPO GRANDE - MS

2017

RESUMO

O sorriso é uma das mais belas e importantes expressões faciais, por isso tão essencial na expressão de felicidade. E por diversas razões que envolvem a psicologia, faz com que tanto o doador, quanto o receptor do sorriso tenham sensações positivas.A doença periodontal avançada destrói os tecidos de suporte dentário, e pode levar a perda dentaria. O que torna necessária uma reabilitação protética e que devolva a função estética. Este trabalho busca analisar o planejamento reabilitador, selecionado para dois casos clínicos, de pacientes parcialmente endentados e com experiências anteriores de doença periodontal avançada.Foi dada a possibilidade de se fazer tratamentos que iriam desde a reabilitação de próteses fixas e removíveis convencionais, até implantes suportados, desconsiderando os aspectos econômicos. Por fim, as opções protéticas frente aos casos clínicos foram os seguintes.Para os arcos superiores e inferiores, 50% dos casos analisados foram sugeridos a reabilitação com prótese convencional, aos mais 50% analisados foi proposto prótese implanto-suportados. Conclusões: Várias alternativas de planejamento foram apresentadas a diversidade de técnicas escolhidas para pacientes parcialmente detectados e com aqueles de doença periodontal.

UNITERMOS

Prótese Periodontal, Implantes Dentários; Reabilitação dental.

ABSTRACT

The smile is one of the most beautiful and important facial expressions, so essential in the expression of happiness. And for various reasons involving psychology, it makes both the giver and the recipient of the smile have positive feelings. Advanced periodontal disease destroys the tissues of dental support, and can lead to tooth loss. What makes a prosthetic rehabilitation necessary and that returns the aesthetic function. This study aims to analyze the rehabilitation planning, selected for two clinical cases, of patients partially dentated and with previous experiences of advanced periodontal disease. It was possible to perform treatments ranging from the rehabilitation of conventional fixed and removable prostheses to supported implants, disregarding the economic aspects. Finally, the prosthetic options for clinical cases were as follows. For the upper and lower arches, 50% of the analyzed cases were suggested for rehabilitation with conventional prosthesis, at the 50% analyzed, implant-supported prosthesis was proposed. Conclusions: Several alternatives of planning were presented the diversity of techniques chosen for patients partially detected and those of periodontal disease.

UNITERMS

Periodontal prosthesis; dental implants; mouth rehabilitation.

LISTA DE SÍMBOLOS

MO–Mesio Oclusal

MOD–Mesio Ocluso Distal

MODV–Mesio Ocluso Distal Vestibular

PPF–Prótese Parcial Fixa

PPR–Prótese Parcial Removível

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 8
2 OBJETIVOS..... 10
3RESULTADO..... 11
4 CASOS CLINICO..... 12
4.1Caso Clinico 1..... 12
4.2Caso Clinico 2..... 12
5 RESULTADOS – CASO CLINICO..... 13
6 DISCUSSÃO..... 14
7 CONCLUSÃO..... 17
8 REFERÊNCIAS..... 18

1 INTRODUÇÂO

A doença periodontal avançada destrói os tecidos de suporte dentário em estágio avançado, em estágio mais avançado pode levar a perda dentaria prejudicando a função oral. (Nyman, 1976).

Em pacientes com perda dentaria extensas e com sequelas de doença periodontal avançada, tem-se utilizado de variações na possibilidade de planejamento reabilitador, tais como prótese dento suportados (retidos por infraestrutura de coroas ou sob sistemas de encaixe) muco suportados (através de dentaduras), deste muco suportados o osso retirado através de implante.

As próteses parciais fixas são preferidas às próteses parciais removíveis (Glantz, 1982; Budtz – Jorgensen, 1996) quando em tratamento e planejamento para um caso onde os dentes remanescentes apresentam mobilidade. Estudos longitudinais de três a oito anos de acompanhamento de PPFs em pacientes que tiveram sua dentição comprometida por doença periodontal. (Nyman, 1979, Lee, 2007; Yi, 2001).

As PPFs são mais rígidas e promovem uma melhor distribuição de força de mastigação sobre o periodontal remanescente (Nyman, 1979).

Por outro lado, PPFs parecem ser mais favoráveis para pacientes com poucos dentes pilares e sem mobilidade, poia não expõe os dentes restantes a possíveis complicações de risco técnicos (por exemplo fratura de prótese, falhas de cimentação) quando da infecção de uma prótese fixa. (Glantz, 1982).

Outra alternativa reabilitadora atualmente em evidencia, são os implantes ósseo integrados. PPFs suportados por implantes tem uma taxa média de 94% para ambas as arcádias após 10 anos de acompanhamento (Le Khalm, 1999). Com bons resultados, mesmo em pacientes suscetíveis a doença periodontal (Wennotran, 2004).

Vários aspectos podem influenciar na escolha do tratamento como fatores psicológicos e socioeconômicos. Porem outras vezes o tratamento pode ser definido pela habilidade, treinamento e ou conhecimento do profissional.

A definição de um tratamento frente as alternativas disponíveis consistem em reconhecer e pensar as necessidades do paciente e a possibilidade de sucesso clinico com os diferentes tipos de próteses.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi apresentar por meio de revisão da literatura, inúmeras possibilidades de planejamento de reabilitação oral para um mesmo caso, proporcionando uma melhor qualidade de vida aos pacientes.

3 RESULTADOS

Em vista a inúmeras possibilidades para realizar um planejamento de reabilitação oral. Venho através deste trabalho propor uma análise de casos clínicos com diferentes situações de abordagem para conclusão dos casos a serem citados.

Aleatoriamente foi escolhido dois casos, onde venho propor uma reflexão sobre a maneira do planejamento.

4 CASOS CLINICOS

4.1 Caso Clinico 1

Paciente do sexo feminino, 47 anos, apresentando as seguintes condições bucal.

Arcada inferior: 37 (remanescente radicular fraturado, exodontia indicado); 36 (restauração MODV amálgama e endodontia); 33 (restauração MODV de resina foto polimerizada e endodontia); 43 (coroa metalo-plástica com núcleo metálico e endodontia); 44 (coroa acrílica temporária com núcleo metálico e endodontia) e 47 (remanescente radicular fraturado, exodontia indicado). Presença de PPF temporário.

Arcada superior: 3 (coroa metalo-plástica com núcleo metálico e endodontia) e 11 (coroa acrílica temporária com núcleo metálico e endodontia) e PPR temporário.

4.2 Caso Clinico 2

Paciente do sexo masculino, 50 anos, apresenta as seguintes condições bucal.

Arcada inferior: presença dos dentes 44 (exodontia indicada, devido a doença periodontal); 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34 e 35 (sem experiência de carie).

Arcada superior: presença dos dentes 17 (restauração MOD de amálgama); 14 (restauração MOD de amalgama); 13, 11 e 21 (rígidos), 12 (exodontia indicado), 22 (restauração palatina de amalgama); 23 (restauração D de resina com pasta); 26 (restauração MO de amálgama) e 27 (restauração MOD de amálgama).

Em ambos os casos não foi analisado a condição socioeconômica do paciente, e em ambos os casos as condições periodontais estavam estáveis.

5 RESULTADOS – CASO CLINICO

Devido à grande variedade de opções para resolução dos casos acima, resolvi simplificar os resultados de algumas combinações de planejamentos, que serão descritas a seguir:

Para cada arcada superior verifica-se que a opção com maior aceitação foi a overdenture sobre remanescentes dentário (26,6%), seguidas por união de PPF e PPR com encaixe (13,3%).

Para arcada inferior a opção preferencial foi PPF (36 - 44) e PPF sobre o implante (45), escolha de 40% das opções. A segunda opção preferida foi PPF unitários e em terceiro PPR convencional (26,6%).

No caso clinico 2, na arcada superior a maior opção de planejamento foi com implantes, e a minoria com próteses convencional. Sendo que a ortodontia prévia, foi sempre citado como atividade prévia.

6 DISCUSSÃO

De início se faz importante ressaltar a relevância da dificuldade em visualizar os casos apenas por fotografias, sendo assim limitando a possibilidade de descrição deste estudo, não permitindo discutir com o paciente a opção de tratamento que melhor satisfaria suas necessidades e expectativas.

Desta forma outro fator que possa ter limitado a interpretação dos resultados foi o tamanho da amostraem cerda de um terço das opções selecionadas constatadas.

Os resultados deste estudo indicam que as sugestões de planejamento foram bastante diversificadas, abrangendo desde procedimentos conservadores, até planejamentos mais modernos, como ossodontia e instalações de vários implantes. Neste estudo o custo do tratamento não foi considerado como fator limitador, dando maior liberdade no planejamento.

Dentre as alternativas de tratamento conservadores para o caso clinico 1, a overdenture sobre raízes remanescentes foi indicado na maioria das opções. Este procedimento será indicado quando há poucos dentes presentes, com perda severa de inserção periodontal e desfavoravelmente disposto no arco (Budtz – Jorgensen, 1996).

A diminuição da proporção coroa/raiz diminui o braço de alavanca e proporciona um direcionamento de força mais axila, melhorando o protótipo do elemento dentário. Estudos longitudinais, acima de 5 anos de acompanhamento em pacientes com higiene oral controlada, mostram uma perda de 5% a 20% de pilares de overdenture (Toolan, 1998; Budtz – Jorgensen, 1991).

O maior risco no tratamento com overdenture são as caries e a progressão da doença periodontal nos pilares.

O uso do implante ósseo-integrado foi outra opção sugerida para o planejamento do caso clinico 1 na arcada superior. Houve opção de prótese fixa, tipo protocolo e também de overdenture sobre implantes. A maior indicação psicossocial, funcional e mastigatório, incluindo insuficientemente adaptações não aceitas de prótese total intervenção inadequada. (CG Hredsen, 2000).

Em maxila edêntula o procedimento tem se mostrado menor quando comparado com o mesmo tratamento realizado na mandíbula (Lindh, 1998).

Além disso, o tempo de tratamento é mais prolongado quando comparado com uma overdenture sobre remanescentes dentários.

Uma das outras opções de planejamento sugerido, foi a prótese oral convencional, com exodontia dos remanescentes dentários, embora a overdenture suportado por implantes ou raízes dentárias apresente mais vantagens como a diminuição de reabsorção dos rebordos residuais e a manutenção de performance mastigatória (Kalk, 1993; Budtz – Jorgensen, 1996).

A escolha por uma prótese total convencional poderia ser necessária onde o fator financeiro fosse limitador.

Aproximadamente 24% dos pacientes edentados do arco superior e parcialmente edentulos do arco inferior podem apresentar alterações especificas no rebordo (como reabsorção de porção anterior do maxilar, crescimento da tuberosidade, etc.)denominados de síndrome da combinação, que poderiam ser minimizados com o sepultamento das raízes (Telles, 2003).

Na arcada inferior do caso clinico 1 a maioria das opções foi o reestabelecimento da oclusão até o máximo segundo pré-molar, por meio de contilever ou implante unitário na região do 45.

O arco dentário reduzido é uma forma de manter a função oral de mastigação, estética, estabilidade oclusa e estabilidade mandibular, mesmo com ausência de dentes na região dos molares, reduzindo a necessidade de tratamentos restauradores complexos na região posterior (Witter, 1999).

Normalmente esta situação é solucionado por meio de PPRs, entretanto uma PPF com uma pequena extensão em contilever pode ser uma alternativa simples e

econômica nas quais pessoas idosas se adaptam mais facilmente (Budtz – Jorgensen, 1996).

Para tratamentos reabilitadores de pacientes parcialmente edentulos como o caso clinico 2 a PPF ou PPR convencional seria uma solução viável de acordo com as opções obtidas. Estudos longitudinais de 3 a 10 anos de acompanhamento mostraram excelentes prognósticos de PPFs sobre pilares com perda de inserção onde o tecido periodontal ao redor do pilar não sofreu perdas de inserção significativas durante o período de manutenção (Nyman,1979; Nyman, 2001).

O principal risco de uma reabilitação com PPF, porem, refere-se a redução do tecido dentário para preparo de pilares e a natureza irreversível do tratamento (Gotfredren, 2000). Falhas técnicas, complicações endodônticas e periodontais e fraturas dentarias, são problemas que podem exigir modificações dos trabalhos em 40% a 50% dos casos acompanhados durante 15 a 20 anos (Glantz, 1993).

A técnica de óssea integração também é uma opção para os casos de pacientes parcialmente edentulos e também foi sugerido como opção reabilitadora para o caso clinico 2 umas das principais vantagens das próteses fixas implanto-suportados e mantes os dentes adjacentes intactos evitando que se tornem dentes pilares.

Apesar de ser um tratamento menos invasivo, muitas vezes não preenche todas as expectativas estéticas do paciente (Gotfredren e Gruner, 2000) e a grande maioria necessita de maior tempo para ser concluído.

Para realização de uma reabilitação bucal são imprescindíveis adequados diagnósticos e o planejamento das condições bucais do indivíduo. A decisão clinica final vai depender de diversos fatores que estão relacionados com o profissional e com o paciente.

7 CONCLUSÃO

Várias alternativas de planejamento foram escolhidas para ambos os casos clínicos, sendo que algumas utilizaram apenas próteses convencionais, outras combinaram próteses convencionais com próteses sobre implanto suportados.

A indicação da ortodontia prévia, dentística, cirurgia entre outros procedimentos, mostram a necessidade de atuação interdisciplinar para o planejamento das reabilitações complexas.

8 REFERÊNCIA

BALDISSEROTTO; COSME; RIVALDO; FRASCA; ROSING E SHINKAI; Simone Michielon, Dúcia Caldas, Elken Gomes, Luis Carlos da Fontoura, Cassiano Kuchenbecker e Rosemary Sadami Arai:**Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com sequela de doença periodontal**:Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS, v. 21. 2006.

BUDTZ-JORGENSEN,E. **Effect of controlled oral hygiene in overdenture wearers**: a 3-year study. Int J Prosthodont. 1991.

BUDTZ-JORGENSEN,E. **Restoration of the partially edentulous mouth – a comparison of overdentures, removable partial dentures, fixed partial dentures and implant treatment**. J Dent. 1996.

GLANTZ, PO, NYMAN S. **Technical and biophysical aspects of fixed partial dentures for patients with reduced periodontal support**. J Prosthet Dent. 1982.

GOTFREDSEN K, GUNNE J. **Use of implants and their role in FDP treatment**. In: Karlsson S, Nilner K, Dahl BL. A textbook of ixed prosthodontics. Sweden: Gothia; 2000.

KALK W, KAYSER AF, Witter DJ. **Needs for tooth replacement**. Int Dental J. 1993.

NYMAN S, Lindhe J. **Prosthetic rehabilitation of patients with advanced periodontal disease**. J ClinPeriodontol. 1976.

NYMAN S, Lindhe J. **A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease**. J Periodontol. 1979.

NYMAN S, ERICSSON I. **The capacity of reduced periodontal tissues to support fixed bridgework**. J ClinPeriodontol. 1982.

TOOLSON LB, TAYLOR TD. **A 10-year report of longitudinal recall of overdenture patients**. J Prosth Dent.1989.