

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Daniel de Aquino Sousa

REABILITAÇÃO PROTÉTICA TOTAL EM PACIENTE COM CÂMARA DE SUCÇÃO
– Relato de Caso

São Luís

2023

Daniel de Aquino Sousa

REABILITAÇÃO PROTÉTICA TOTAL EM PACIENTE COM CÂMARA DE SUCÇÃO
– Relato de Caso

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em prótese dentária.

Orientadora: Prof. Ms. Mellyna Cavalcante Mendes
Borba

São Luís

2023

Monografia intitulada “**Reabilitação protética total em paciente com câmara de sucção superior**” de autoria do aluno **Daniel de Aquino Sousa**.

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

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em prótese dentária.

Prof.

Prof.

Prof.

São Luís, 13 de março de 2023.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo, nº 50. CEP 35700-170 – Sete Lagoas-MG
Telefone: (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

RESUMO

O presente relato de caso aborda a utilização de reabilitação protética total para tratamento de paciente com câmara de sucção, realizado durante o curso de pós-graduação *lato sensu*. Pretende-se, a partir da observação do atendimento realizado, aferir a eficácia do método, que permanece frequentemente indicado pelos profissionais e procurado pelo público. Dessa maneira, inicia-se o trabalho com uma breve revisão conceitual para apropriação dos termos empregados e, a seguir, parte-se ao relato de caso propriamente dito. Este se inicia com uma descrição do estado inicial da paciente, a metodologia proposta para a intervenção odontológica – com manejo da prótese total –, o desenvolvimento do tratamento e, ao fim, as conclusões observadas a partir dos resultados obtidos, notadamente a possibilidade de, satisfatoriamente, superar o problema inicialmente vislumbrado a fim de devolver ao paciente função e saúde.

Palavras-chave: prótese total, implantodontia, câmara de sucção.

ABSTRACT

The present case report addresses the use of total prosthetic rehabilitation for the treatment of a patient with suction chamber, carried out during the *lato sensu* postgraduate course. It is intended, from the observation of the service performed, to assess the effectiveness of the method, which remains frequently indicated by professionals and sought after by the public. Therefore, the work begins with a brief conceptual review for the appropriation of the terms used and, then, the case report itself begins. It starts with a description of the patient's initial state, the methodology proposed for the dental intervention - with management of the complete dental prosthesis-, the development of the treatment and, at the end, the conclusions observed from the results obtained, notably the possibility of satisfactorily overcoming the problem initially envisioned in order to return the patient function and health.

Keywords: total prosthesis, implantology, suction chamber.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS		Página
Figura 1 -	Câmara de sucção no palato	09
Figura 2 -	Teste da placa base	12
Figura 3 -	Ajuste da placa base e mordidas	13
Figura 4 -	Teste de montagem de dentes	14
Figura 5 -	Teste de montagem de dentes	14
Figura 6 -	Ajuste de oclusão lateral da prótese	15
Figura 7 -	Fotografia final com a prótese em boca	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. RELATO DE CASO	09
2.1 Descrição do estado inicial da paciente	09
2.2 Descrição da metodologia	10
2.2.1 Primeira sessão – cirurgia de remoção	10
2.2.2 Segunda sessão – moldagem anatômica e estudo do modelo	10
2.2.3 Terceira sessão – moldagem funcional e selamento periférico	11
2.2.4 Quarta sessão – teste de placa base com rolete de cera e testes fonéticos e estéticos.....	12
2.2.5 Quinta sessão – montagem de dentes e avaliação do sorriso do paciente.....	13
2.2.6 Sexta sessão – acrilização e ajustes da prótese total.....	15
3. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17

INTRODUÇÃO

A reabilitação com próteses totais removíveis ainda é muito utilizada atualmente, devido à facilidade de adaptação e baixo custo, além de ser um método eficaz em devolver função, estética e fonética ao paciente. Mesmo com a evolução de protocolos e tratamentos que utilizam uma prótese total sobre implante, observa-se com frequência a utilização de próteses removíveis no cotidiano de pacientes – particularmente, os de idade mais avançada – nos consultórios brasileiros.

Dados da pesquisa Saúde Bucal Brasil 2010 (SB Brasil 2010)¹, o uso de prótese total superior alcança 63,1% dentre o total da população na faixa etária de 65 a 74 anos que utiliza prótese, no universo de amostragem da pesquisa. Acerca do uso de prótese total inferior, o número cai para 37,5%. Contudo, para efeitos de comparação, nas faixas etárias de 15 a 19 anos, as porcentagens são de 0,2% e 0 para prótese total superior e inferior respectivamente. Na faixa etária de 35 a 44 anos, 9,1% (superior) e 0,7 (inferior).

Contudo, embora as próteses totais sejam muito utilizadas, ainda assim possuem falhas e uma grande deficiência de selamento superior ao palato em alguns. Em razão dessa dificuldade de adaptação da prótese em cavidade bucal, necessitava-se da criação de um vácuo dentro da prótese total para formação de uma câmara de sucção no próprio tecido do palato. Porém, com a evolução das técnicas de adaptação das próteses superiores, hoje se tem uma noção de que uma prótese total consegue um selamento superior com saliva, pressão atmosférica e vácuo para retenção da peça. Dessa forma, considera-se hoje iatrogênica a criação de câmara de sucção em pacientes (DOCE et al, 2019).

As etapas de uma prótese total devem ser bem analisadas, estudadas, avaliadas e observadas para evitar qualquer falha de finalização do produto. Para tanto, deve ser seguida a sequência de criação, respeitado o protocolo de execução, analisando e se adaptando às diferenças de cada caso mostrado, de modo a permitir uma prótese em reabilitação ideal para o paciente (CARREIRO et al, 2016).

¹ Ressalta-se que o SB Brasil 2010 é o relatório de dados mais recentes encontrado, tendo em vista que ainda não foi publicado o relatório da pesquisa de 2020.

O uso de próteses totais convencionais - aquelas apenas suportadas por mucosa alveolar - ainda é muito comum. Trata-se de uma escolha entre o paciente e o profissional assistente que se deve principalmente às garantias oferecidas pelo tratamento de função e devolução de uma reabilitação oral adequada. Assim, esse tipo de prótese total tem a função de devolver a mastigação funcional para o paciente desenvolver seu ato mastigatório, trazendo qualidade de vida e inserção social, preservando as estruturas de mucosa e rebordo alveolar, sem qualquer dano ou agressão aos tecidos moles do paciente. Todos esses fatores tornam essa uma prótese confortável e de qualidade.

2 RELATO DE CASO

2.1 Descrição do estado inicial da paciente

Paciente em estado inicial procurou o curso de prótese e Implante da Pós Saúde para iniciar um tratamento de reabilitação oral. Apresentou como maior dificuldade o fato de que sua prótese originária exibia a presença de uma câmara de sucção, com a deformação no palato, a qual contribuía para a sua retenção de maneira maléfica ao tecido do palato. Suas próteses já apresentavam dentes bem desgastados, sem cor apropriada, e dentes que se protuíam, causando característica de Overjet² para a paciente.

Figura 1 – câmara de sucção no palato



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

² Denomina-se overjet o trespasse horizontal em excesso da borda incisal dos dentes superiores sobre os inferiores e das cúspides vestibulares dos posteriores com relação às de seus homólogos inferiores (CUTRIM et al, 2013).

2.2 Descrição da metodologia

Para fins do presente relato de caso, será descrito o caso da paciente supracitada, em que foi adotada uma reabilitação em prótese total, após uma remoção de câmara de sucção. Após avaliação, a escolha foi por fazer a remoção cirúrgica da região do palato duro (onde se encontrava uma fibrose de formato triangular e elevada) para ajudar no encaixe da prótese (onde se encontrava um desgaste, em forma de câmara de sucção). Esperava-se, assim, ajudar na retenção e fixação da prótese ao palato.

O trabalho na paciente seguiu uma estrutura em sessões pré-fixadas, conforme descrito a seguir.

2.2.1 Primeira sessão – cirurgia de remoção

Houve uma conversa prévia com a paciente, devido ao seu grande receio de fazer qualquer ato cirúrgico na boca, pois tinha muito medo do processo de cicatrização. Mas foi convencida de que, para a sua reabilitação, seria extremamente necessária a execução do procedimento de remoção da fibrose no palato.

Foi feito todo o preparo da mesa cirúrgica, paciente colocada na cadeira, e dado início com anestesia na região de palato duro, com a intenção de atingir o nervo palatino maior. Procedeu-se uma incisão em linha reta no centro da fibrose, com pequeno alívio para direita e esquerda, para proporcionar abertura em envelope do tecido. E para afastá-los para a remoção daquele tecido fibroso composto apenas de tecido gengival hiperplasiado, foi utilizado o instrumental cureta de Lucas. Após toda a remoção, ocorreu a irrigação com soro para limpeza do local e foram realizadas quatro suturas simples para vedar o local do palato duro, de forma que o tecido não colabasse, ou deixasse de se unir fixamente ao palato.

Após instruída com a prescrição medicamentosa, a paciente foi liberada para o pós-cirúrgico, com advertência para que retornasse em sete dias para remoção dos pontos e após um mês para seguir a etapa protética. Ainda nessa oportunidade da primeira sessão, ajustou-se a sua prótese, com criação de áreas de alívio e reembasamento na região superior, permitindo a utilização provisória pela paciente, enquanto aguardava o retorno.

2.2.2 Segunda sessão – moldagem anatômica e estudo do modelo

Foi realizada a avaliação do palato da paciente, para aferir se estava tudo já bem cicatrizado e natural. Após isso, foi iniciado o processo de moldagem da paciente.

Foi selecionada a moldeira S-1 para região superior e I-1 para região inferior. O material inicial para realizar a moldagem foi alginato da marca Hydrogum, manipulado sobre espátula de alginato no grau de borracha, com água em temperatura ambiente. Por meio dessa técnica foram copiadas a região inferior e superior da paciente.

Paciente liberada, principiou-se a vaziar o molde, para confecção do modelo de estudo. Foi usado gesso especial tipo IV da marca Herostone e aguardado tempo em torno de uma hora para remoção do modelo do alginato, conforme o fabricante especifica. Nessa etapa também foi feita a avaliação do modelo de gesso tanto superior quanto inferior, realizadas as retenções necessárias no modelo para confecção de uma moldeira individual para futuramente fazer a moldagem funcional na paciente.

Verificou-se que a paciente possuía pouco osso alveolar inferior, com rebordo bem reduzido. Dessa maneira, foi avisada de que, apesar dos nossos esforços em criar retenções na prótese nova e moldar todas as áreas retentivas, a prótese inferior apresentaria deslocamento sem assentamento e selamento.

Foram confeccionadas duas moldeiras individuais: uma para região de molde superior e outra inferior, utilizando resina acrílica incolor da marca Dencor e seguindo os ajustes feitos no modelo em áreas de bridas e retenções já avaliadas.

2.2.3 Terceira sessão – moldagem funcional e selamento periférico

Após retorno da paciente, iniciamos a moldagem funcional, com intuito de copiar áreas de retenções, freios e regiões com maior riqueza de detalhes para realização da prótese em perfeita oclusão.

Primeiro realizamos a cópia do selamento periférico utilizando uma godiva bastão da marca Keer, aquecida e colocada em regiões para moldagem de fundo de vestíbulo, tanto na região inferior quanto superior. Feito isso, seguimos para a moldagem funcional. O material usado foi a pasta zinco-enólica da marca Lysandra, manipulada em espátula de vidro sob a proporção especificada pelo fabricante. Foi

aposta vaselina em gel na região de lábio da paciente, para evitar o incômodo que pode ser causado em razão da utilização da pasta zinco-enólica.

As moldeiras individuais foram aplicadas em boca, com o material moldando e selando toda região. Realizados os movimentos de tracionamento das bochechas e lábios, obteve-se um molde do selamento periférico, donde se decidiu confeccionar o molde e realizar o encaixotamento com a cera utilidade. Uma vez concluída a etapa, remeteu-se o molde para o laboratório para confeccionar a placa base.

2.2.4 Quarta sessão – teste de placa base com rolete de cera e testes fonéticos e estéticos

Com o retorno da placa base, iniciamos os ajustes em boca para em seguida montar em Articulador Semi Ajustável (ASA).

Com o plano de cera superior em mão, realizamos os ajustes seguindo a sequência de avaliação, primeiro no suporte labial, removendo os excessos de cera até a total adaptação. Logo em seguida, ajustou-se a altura superior verticalmente, diminuindo a presença de excesso. Já no caso do plano oclusal, utilizamos a régua de Fox para medir a linha bipupilar e o plano de camper, na região anterior. Em seguida, foi ajustado o corredor bucal, e nivelado tanto na superior quanto na inferior. Por fim, realizadas as linhas de orientação e marcada e selada a mordida correta da paciente em registro com pasta zinco-enólica

Figura 2 – teste da placa base



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

Utilizamos métodos fonéticos e métricos para avaliar e medir se a placa base estava bem encaixada e bem ajustada para montagem de dentes.

Iniciando a utilização do ASA, montado com a placa base, seguimos para utilizar o arco facial e montar em articulador, capturando e registrando a posição da cavidade bucal, apenas para ter a certeza e posicionar os dentes em oclusão mais natural possível. Dessa forma, seria montada para envio ao laboratório, para montagem de dentes.

Figura 3 – ajuste da placa base e de mordidas



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

Foi feita a escolha de dentes baseada na sua antiga prótese no mesmo formato e na mesma cor, escolhendo a cor A2 para confecção dos dentes em formato oval.

2.2.5 Quinta sessão – montagem de dentes e avaliação do sorriso do paciente

As placas bases voltaram no articulador, com os dentes montados ainda em cera. Dessa forma, foi testado o seu encaixe em boca, como ficava o seu sorriso, e selamento labial.

Figura 4 – teste de montagem de dentes



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

A paciente observou e, de início, estranhou, uma vez que a sua prótese anterior tinha os dentes protuídos, justificando uma falta de volume anterior na região da maxila. Porém, foi se acostumando e observando no espelho que essa prótese estava mais natural e adaptada ao seu novo palato. Feito isso, o material foi enviado ao laboratório para acrilização na posição desejada dos dentes.

Figura 5 – teste de montagem de dentes



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

2.2.6 Sexta sessão – acrilização e ajustes da prótese total

Com a prótese pronta e acrilizada, iniciamos os ajustes logo em boca para avaliar as áreas de contatos e, conseqüentemente, onde necessitaria de desgastes para encaixe da oclusão. Para tanto, foi utilizado papel carbono da marca Angelus; realizamos as marcações, começamos a realizar os desgastes das áreas de contato, e testamos após cada arranjo executado, com o objetivo de avaliar o conforto da paciente e adequação de sua mordida.

Figura 6 – ajuste de oclusão lateral da prótese



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

Feitos todos os ajustes em oclusão, realizamos os ajustes na área de fundo de vestíbulo - na qual havia contato mais intenso com a mucosa, o que estava machucando a paciente. Após todos os reparos necessários, foram passadas as informações de higienização da prótese para a paciente e os cuidados que ela deveria ter.

Figura 7 – fotografia final com a prótese em boca



Fonte: acervo do autor, autorizada pela paciente.

CONCLUSÃO

É inegável a complexidade em reabilitar pacientes que já possuíram câmara de sucção para adesão da prótese. Contudo, o que se observa é que tal forma de proceder deve ser abolida do cotidiano odontológico atos tão iatrogênicos e que acabam por provocar o malefício do paciente. Como visto, em especial a longo prazo, essa execução acaba por causar fibrose na cavidade bucal e um ganho de retenção nesse momento.

Estudos recentes, aplicados na prática no caso relatado neste trabalho, demonstram que não há necessidade de criar essas câmaras para retenção da prótese. Munidos dos insumos teóricos e práticos, é possível remover a fibrose e reabilitar o paciente em função e estética novamente, trazendo a ela vida com maior qualidade e mais longa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto; CALDERON, Patricia dos Santos; DUARTE, Antônio Ricardo Calazans; MEDEIROS, Annie Karoline Bezerra de; TÔRRES, Ana Clara Soares Paiva; MELO, Laércio Almeida de; FARIAS, Danielle Bezerra de. **Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis**. Natal, RN : EDUFRN, 2016 [publicação eletrônica].

CUTRIM, Rodrigo Costa; WADA, Miyuki Damasceno; LIMA, Janailce de Almeida; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; AZEVEDO, Juliana Aires Paiva de; MARTINS, Rafiza Felix Marã; LEAL, Cristiane Barros; THOMAZ, Érika Bárbara Abreu Fonseca. (2013). **Condições socioeconômicas estão associadas ao overbite e overjet? Uma avaliação utilizando fotografias digitais**. *Revista CEFAC*, 15, 967-975.

DOCE, D. L., Mendonça, D., Conceicao, H., Araújo, M., Cabral, L., & Pinheiro, T. (2019). **Hiperplasia palatina por câmara de sucção: relato de caso**. *Archives Of Health Investigation*, 8(11). Disponível em: <<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/4433/pdf>> acesso em 10 de outubro de 2022.