

Kelianne Jardim de Paiva

**REABILITAÇÃO ORAL MULTIDISCIPLINAR COM ALTERÇÃO DA
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: PLANEJAMENTO, FASE
TRANSITÓRIA E TRATAMENTO DEFINITIVO : RELATO DE CASO**

Manaus
2020

Kelianne Jardim de Paiva

**REABILITAÇÃO ORAL MULTIDISCIPLINAR COM ALTERÇÃO DA
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO: PLANEJAMENTO, FASE
TRANSITÓRIA E TRATAMENTO DEFINITIVO : RELATO DE CASO**

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

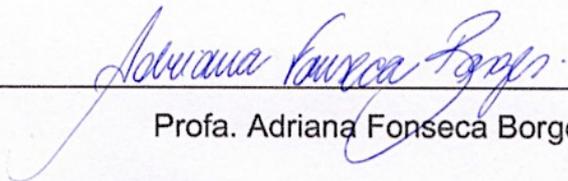
Orientador: Prof. Gustavo Henrique Diniz Pimentel

Monografia intitulada **“Reabilitação Oral Multidisciplinar com Alteração da Dimensão Vertical de Oclusão: Planejamento, Fase Transitória e Tratamento Definitivo – Relato de Caso”** de autoria da aluna **Kelianne Jardim de Paiva**.

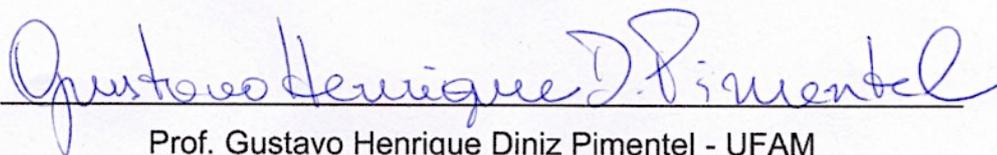
Aprovada em 01 / 02 / 20 pela banca constituída dos seguintes professores:



Profa. Jessica Mie Ferreira Takahashi - UEA



Profa. Adriana Fonseca Borges - UEA



Prof. Gustavo Henrique Diniz Pimentel - UFAM

Manaus, 03 de fevereiro 2020.

RESUMO

Pacientes que procuram por tratamento reabilitador protético possuem ausências dentárias que podem ter culminado na perda da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), além de desgastes incisais/oclusais dos elementos remanescentes, comprometendo a função e a estética da cavidade oral. Neste trabalho, abordaremos um caso de reabilitação oral multidisciplinar de paciente parcialmente edêntulo com alteração de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) abrangendo planejamento, fase intermediária e tratamento definitivo. Um planejamento adequado nos casos reabilitação oral funcional e estética, principalmente nos casos em que há alteração da DVO, deve incluir a fase de transição com próteses provisórias, teremos um prognóstico duvidoso se o restabelecimento da DVO ficar restrita a finalização do caso. A reabilitação oral satisfatória deve devolver função juntamente com estética. Contudo, a preocupação com a estética não deve interferir na biomecânica da prótese, em detrimento das estruturas dentárias e de suporte remanescente. Com o avanço das técnicas e dos materiais odontológicos uma reabilitação oral pode abranger o uso de diferentes materiais restauradores, incluindo o uso de próteses conjugadas.

Descritores: Reabilitação Oral, Dimensão Vertical de Oclusão, Próteses Provisórias, Próteses Conjugadas.

ABSTRACT

Patients using prosthetic rehabilitative treatment have missing teeth that may have resulted in the loss of the Occlusion Vertical Dimension (OVD), as well as incisive/occlusal wear of the remaining elements, compromising oral cavity function an aesthetics. In this paper, we will address a case of multidisciplinary oral rehabilitation of a patient, isolated with alteration of the Occlusion Vertical Dimension (OVD), covering planning, intermediate phase and definitive treatment. Appropriate planning in cases of oral rehabilitation and functional aesthetics, especially in cases of altered VOD, should include a transitional

phase with provisional prostheses, a double prognosis, or reestablishment of VOD to restrict case termination. Satisfactory oral rehabilitation should develop aesthetically activated functions. However, a concern with aesthetics should not interfere with the biomechanics of the prosthesis, damaging the dental structures and the remaining support. With the advancement of dental techniques and materials, oral rehabilitation may encompass or use different restorative materials, including the use of conjugated prostheses.

Keywords: Oral Rehabilitation, Vertical Dimension of Occlusion, Temporary Prostheses, Conjugated Prostheses

INTRODUÇÃO

Observa-se na população brasileira elevada incidência de perdas dentárias, fato que ocasiona um desequilíbrio no sistema estomatognático, devido alterações faciais, dentre as quais podemos citar: perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, que interferem em ações fundamentais como mastigação, deglutição e fala.¹⁵

Traumatismo, cárie dentária e doença periodontal são fatores que estão associados à perda dentária.¹ O edentulismo ocasiona alterações fisiológicas, biológicas e emocionais que geram um déficit na estética e nas funções mastigatórias, e, conseqüentemente, um detrimento na qualidade de vida das pessoas.¹² A condição de perda total ou parcial dos dentes posteriores pode ser listada como a principal causa de redução da dimensão vertical de oclusão (DVO).^{5,7}

As próteses dentárias são aparelhos que tem como objetivo reabilitar as perdas dentais e estruturas de suporte. Com o avanço da Odontologia e melhora no acesso a um atendimento odontológico especializado, o número de edêntulos parciais tem crescido em comparação aos edêntulos totais.¹⁰ Sendo assim, alternativas de tratamento do paciente parcialmente edêntulo tornam-se importantes, dentre as quais podemos citar: prótese parcial fixa dentossuportada (PPFDS), implantossuportada (PPFIS) ou prótese parcial removível (PPR).^{1,10}

Para a reabilitação oral de pacientes com perdas dentárias extensas é preciso compreensão e domínio sobre a biomecânica do sistema estomatognático, além de um adequado planejamento, o qual é realizado de forma individualizada, visto que, as condições clínicas do paciente são a base para estudo e definição das alternativas de reabilitação.⁶ A reabilitação protética devolve função, em alguns casos, estética, e concomitante melhor qualidade de vida, quando estas características estão satisfatórias para o paciente.^{3,19}

A devolução do equilíbrio oclusal é uma etapa essencial na reabilitação de pacientes parcialmente desdentados com redução da dimensão vertical de oclusão (DVO)⁵, cabe ao cirurgião-dentista planejar e executar esta

desafiadora etapa⁷. Nesses casos, as próteses provisórias são perfeitamente indicadas, pois devolvem a função fisiológica do paciente de forma reversível, atuando como “restaurações testes”, fato este, permite confirmação do diagnóstico, prepara o sistema estomatognático e orienta a reabilitação definitiva.^{4,5,7,18}

Neste trabalho, abordaremos um caso de reabilitação oral multidisciplinar de paciente parcialmente edêntulo com alteração de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) abrangendo planejamento, fase intermediária e tratamento definitivo.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 59 anos de idade, apresentou-se na clínica do Curso de Especialização de Prótese Dentária da Faculdade Sete Lagoas / Única, Manaus – AM, queixando-se de desgaste nos dentes anteriores e de múltiplas ausências dentárias. Na anamnese paciente relatou não possuir nenhum comprometimento sistêmico. No exame clínico observou-se desgaste severo dos dentes 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 42 e 43, e ausência dos elementos 15, 14, 24, 25, 26, 37, 36, 41, 46 e 47 (Figura 1 e Figura 2). Além disso, a paciente relatou nunca ter usado nenhum tipo de prótese dentária, sendo observado um nítido desequilíbrio oclusal (Figura 3).



Figura 1. Condição Clínica Inicial da Arcada Superior



Figura 2. Condição Clínica Inicial da Arcada Inferior



Figura 3. Desequilíbrio Oclusal causado pelas ausências e desgastes dentários

Após a realização da anamnese e detalhado exame clínico e radiográfico (Figura 4), a paciente foi encaminhada para realização de exodontia do 16 - devido mobilidade grau 3 e lesão de furca grau 2 - e tratamento endodôntico do 13 e 12, devido a necessidade de pino intrarradicular para reabilitação.

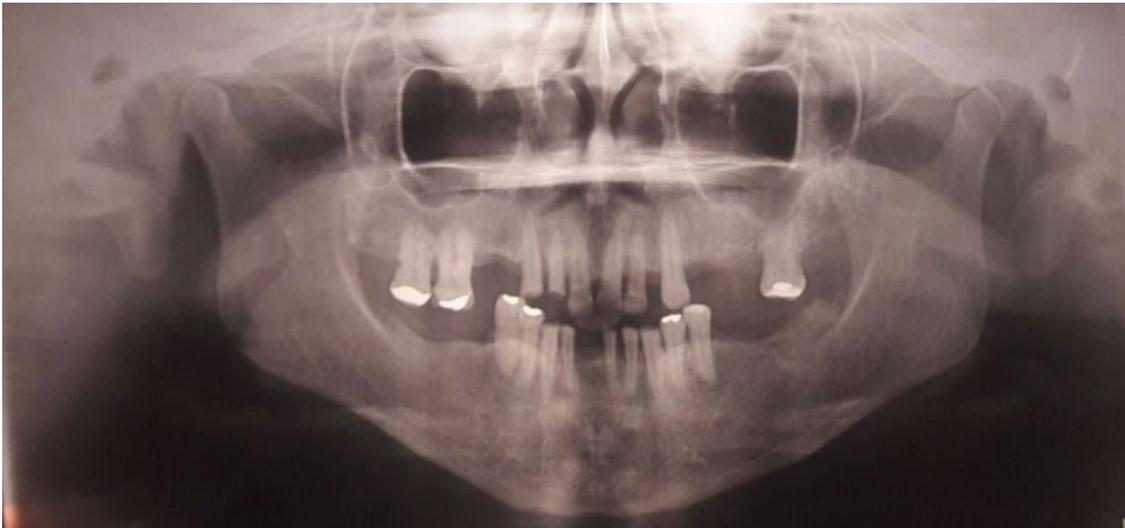


Figura 4. Aspecto Radiográfico Inicial - Radiografia Panorâmica

Após ter realizado os procedimentos solicitados a paciente retornou à clínica, então, para realizarmos um adequado planejamento com opções de tratamento viáveis, decidimos fazer a análise de modelo em articulador. Além disso, todas as alterações e ausências dentárias que a paciente apresentava culminaram na diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). Sendo assim, a paciente

foi informada sobre a necessidade e importância de uma fase intermediária, que direcionaria o tratamento definitivo.

Realizou-se a moldagem das arcadas superior e inferior utilizando silicone de condensação (Clonage, Nova DFL) e para obtenção dos modelos de estudo utilizou-se gesso tipo IV (Durone, Dentsply). Foram confeccionados planos de orientação com resina acrílica e cera 7 sobre os modelos obtidos. Foram feitos os ajustes nos planos de orientação corrigindo do corredor bucal e plano oclusal superior com régua de Fox. O ajuste e a definição da relação intermaxilar foram feitos através da análise de três métodos: métrico, fisiológico e da proporção dos terço faciais. Os planos de orientação foram ajustados estabelecendo a nova DVO da paciente buscando um equilíbrio oclusal, através da associação dos métodos citados. Feito isto, os modelos foram montados em articulador (ASA A7 Fix Padronizado, Bio-Art), realizou-se a seleção de cor dos dentes artificiais - Cor 69 (Escala Nobile-2, Nova DFL), e o trabalho foi encaminhado para confecção de enceramento de diagnóstico dos elementos 13 a 23 e montagem de dentes para Próteses Parciais Removíveis (PPRs) Provisórias Superior e Inferior (Figura 5).



Figura 5. Enceramento de Diagnóstico do 13 ao 23 e Montagem de Dentes das PPRs Provisórias Superior e Inferior. A- Lateral Direita. B – Frontal. C – Lateral Esquerda

Após avaliação clínica, radiográfica e de modelo em ASA, foram elaboradas algumas opções de tratamento reabilitador para serem apresentadas a paciente. No plano global de tratamento, de acordo com as necessidades funcionais, estéticas e condição financeira da paciente, foram estabelecidos os

seguintes procedimentos: reanatomização em resina composta dos elementos 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 42 e 43; coroa total metalocerâmica dos elementos 13 (fresada) e 12 – com cimentação de pino de fibra de vidro nestes dois elementos, Próteses Parciais Removíveis (PPRs) Superior e Inferior.

Foi realizada uma consulta para execução do mock-up (Figura 6), para aprovação das modificações na região anterior superior, e realização das provas estética e funcional da montagem de dentes das PPRs. Nesta consulta, analisou-se a nova DVO através do método fonético, que foi considerada satisfatória. O mock-up foi removido, e as PPRs encaminhadas para acrilização.



Figura 6. Mock-up região de 13 a 23

Na consulta seguinte, foi realizada a instalação das PPRs provisórias, os elementos 13 e 12 foram desobturados e preparados para receber pinos de fibra de vidro (WhitePost DC, FGM), utilizando, respectivamente, brocas Largo e brocas para Preparo de conduto (WhitePost DC, FGM) permanecendo 5mm de material obturador apical. Em seguida utilizou-se cimento resinoso dual (Allcem Core, FGM) para cimentação dos pinos, sendo obedecidas as recomendações do fabricante no preparo dos condutos e pinos. Foram ainda confeccionados os núcleos de preenchimento em resina composta e preparo sem refinamento para coroa total destes elementos.

Realizou-se mock-up na região de 13 a 23, que possuíam desgaste severo, evitando desconforto estético, gerado pela falsa “mordida aberta anterior”, que resultou após restabelecimento da DVO com o uso das PPRs Provisórias. No dia seguinte a paciente retornou para preservação das PPRs, refinamento do preparo e confecção das coroas provisórias do 13 e 12. Ao final da consulta, o mock-up no dentes 11 a 23 foram mantidos, sendo feitos alívios para permitir correta higienização (Figura 7). A paciente foi devidamente instruída quanto aos cuidados com a higiene bucal, sobre a necessidade de um tempo de adaptação a nova DVO, e foi orientada a retornar após quatro semanas.

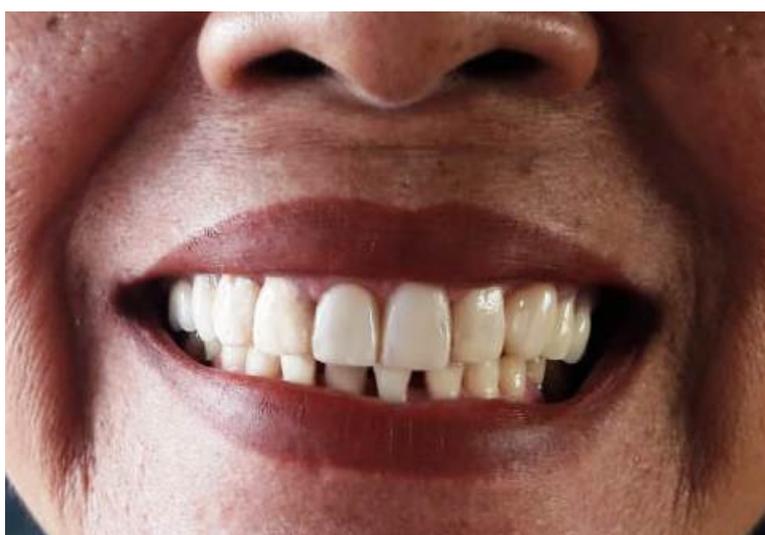


Figura 7. Paciente com PPRs Provisórias Superior e Inferior, Coroas Provisórias no 13 e 12 e Mock-up na região de 11 a 23

Ao retornar, alguns ajustes foram feitos nas PPRs provisórias e a paciente teve uma excelente adaptação relatando melhora na mastigação e fala. Assim, a mesma foi encaminhada para Especialização de Dentística para realizar as restaurações nos dentes: 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 42 e 43, dando início ao tratamento definitivo.

Após a realização das restaurações, iniciou-se a confecção das PPRs e coroas metalocerâmicas. Foi feita moldagem da arcada superior com silicone de adição (President The Original Putty Super Soft + Xtra Light Body, Coltene) com fios de afastamentos (Ultrapak, Ultradent) nos elementos 13 e 12, e na arcada inferior foi feita moldagem com alginato (Jeltrate, Dentsply). Os modelos obtidos foram utilizados para planejamento e delineamento das PPRs. Além

disso, o modelo superior foi troquelizado nas regiões do 13 e 12, sobre este foram confeccionados os copings metálicos.

Foram planejadas PPRs para a arcada superior Classe III de Kennedy, modificação 1, onde um dos grampos seria assentado sobre a coroa metalocerâmica do 13, e para arcada inferior Classe I de Kennedy, modificação 1.

Paciente retornou para prova do coping metálico do 13 e 12 e seleção de cor – Cor A1 (Escala Vita Classical, Wilcos). (Figura 8) Na consulta seguinte, foi feita prova estética das coroas, onde foi observada boa adaptação cervical, porém com discrepância entre a cor das coroas metalocerâmicas e dentes adjacentes, sendo feita nova seleção - Cor A2 (Escala Vita Classical, Wilcos). (Figura 9)



Figura 8. Seleção de Cor das Coroas Metalocerâmicas 13 e 12 – Cor A1 Escala Vita Classical, Wilcos



Figura 9. 1ª Prova Estética das Coroas Metalocerâmicas 13 e 12, onde foi observado discrepância da cor das mesmas com os dentes adjacentes

Nesta mesma consulta, foram realizados os preparos dos nichos das PPRs, e ainda com as coroas em posição, foi realizada nova moldagem nas arcadas superior e inferior para confecção das estruturas metálicas das PPRs. O trabalho foi encaminhado para o laboratório para confecção das estruturas metálicas e correção de cor das coroas (Figuras 10 e 11).



Figura 10. Estrutura Metálica da PPR Superior



Figura 11. Estrutura Metálica da PPR Inferior

Na consulta seguinte, foi realizada a prova da estrutura metálica, na qual pequenos ajustes foram realizados, foram confeccionados sobre as estruturas os planos de orientação, os quais foram devidamente ajustados. Também foi selecionada a cor dos dentes das PPRs - Cor 66 (Escala Nobile-2, Nova DFL) (Figura 12) e feitos os registros para montagem em articulador (Figura 13) para posterior montagem dos dentes (Figuras 14, 15 e 16). O registro foi feito de forma cuidadosa para que a DVO já estabelecida não fosse modificada (Figuras 17,18 e 19).



Figura 12. Seleção de Cor Dentes Artificiais PPRs – Cor 66 Escala Nobile-2, Nova DFL



Figura 13. Registro Intermaxilar para montagem de Dentes Artificiais das PPRs

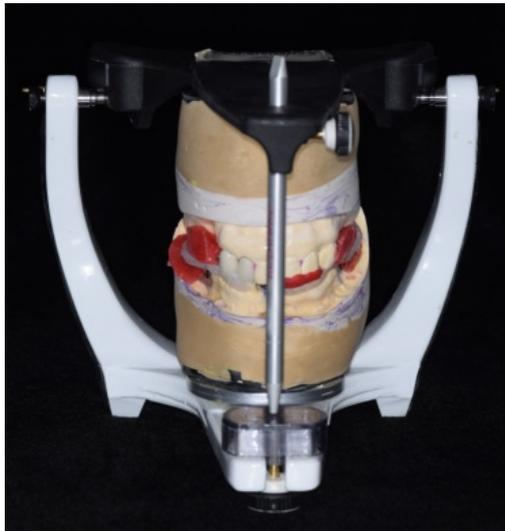


Figura 14. Modelos com Estruturas Metálicas e Planos de Orientação Montados em ASA – Frontal



Figura 15. Modelos com Estruturas Metálicas e Planos de Orientação Montados em ASA – Lateral Direito

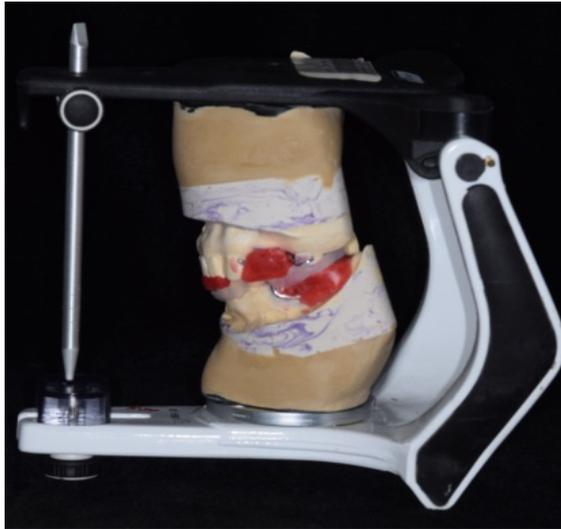


Figura 16. Modelos com Estruturas Metálicas e Planos de Orientação Montados em ASA – Lateral Esquerdo



Figura 177. Montagem dos Dentes Artificiais das PPRs - Frontal



Figura 188. Montagem dos Dentes Artificiais das PPRs – Lateral Direito



Figura 199. Montagem dos Dentes Artificiais das PPRs – Lateral Esquerdo

Em outra consulta foi executada prova estética e funcional dos dentes das PPRs (Figura 20), seleção de cor da gengiva – Cor 14 (Escala STG, VIPI) (Figura 21). Novamente foi observada discrepância na cor dos dentes da PPR e das coroas, então encaminhou-se a PPR para acrilização e as coroas para outra correção da cor (Figuras 22 e 23).



Figura 20. Prova Estética e Funcional das PPRs



Figura 21. Seleção de Cor da Gengiva, Cor 14 Escala STG, VIPI

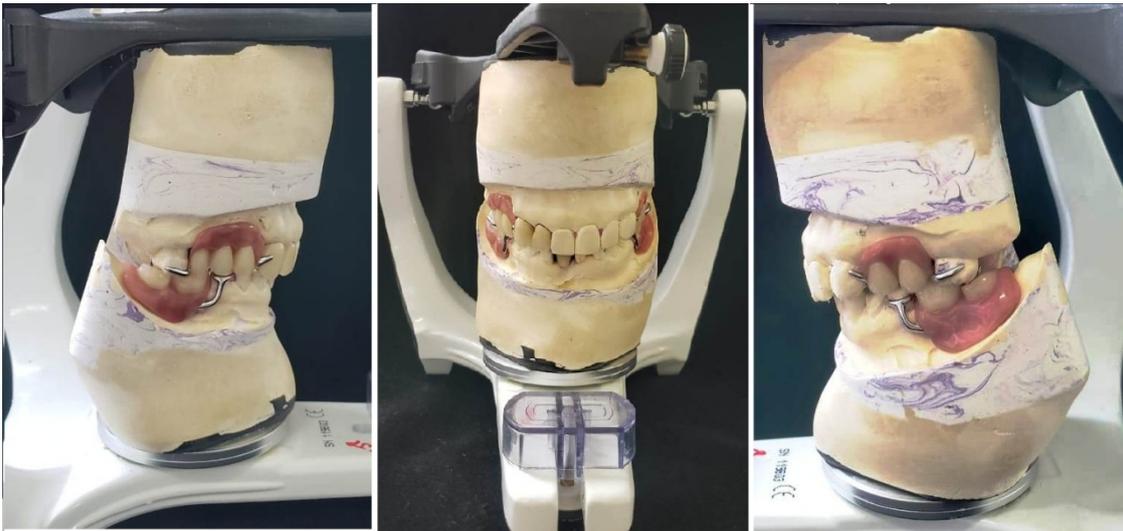


Figura 22. PPR Superior e Inferior Acrilizadas



Figura 23. Visão Frontal e Oclusal das PPRs em Modelo de Gesso

Na mesma consulta foi realizada inicialmente aprovação da alteração da cor das coroas metalocerâmicas, logo após, cimentação das coroas do 13 e 12 com cimento resinoso dual (Set PP, SDI). Após polimerização por 40 segundos em todas as faces das coroas, realizamos a instalação das PPRs superior e inferior. (Figuras 24, 25 e 26)



Figura 24. Condição Clínica Arcada Superior após Tratamento Definitivo



Figura 25. Condição Clínica Arcada Inferior após Tratamento Definitivo



Figura 266. Visão Frontal Condição Clínica após Tratamento Definitivo

Após 24 horas realizamos a primeira proervação, onde observamos uma excelente adaptação das próteses instaladas. Depois de 30 dias a paciente retornou para acompanhamento. Não houve necessidade de ajustes nas próteses e a paciente relatou grande satisfação tanto funcional quanto estética. (Figuras 27, 28, 20 e 30)



Figura 27. Antes e Depois: onde é possível observar melhora no suporte labial e suavidade nos sulcos nasolabiais



Figura 27. Antes e Depois: com nítida melhora oclusal devido restabelecimento da DVO



Figura 289. Antes e Depois: Melhora funcional e estética região ântero superior



Figura 30. Antes e Depois: Visão Frontal do Sorriso

Sendo assim, foi solicitado que a mesma realize consultas odontológicas a cada seis meses para acompanhamento e novamente as orientações referentes aos cuidados e higienização bucal foram frisadas, e a paciente foi liberada.

DISCUSSÃO

A perda dentária limita mastigação, fala e estética, tais prejuízos afetam o estado nutricional e psicológico, ocasionando um detrimento no bem estar das pessoas. Araújo¹ (2016) afirma que, há algumas décadas, o fato da pessoa ser idosa e edêntula eram comuns, contudo, não podemos associar a perda dentária ao envelhecimento, visto que está ligada ao déficit na saúde bucal, sendo seus principais fatores: traumatismo, cárie dentária e doença periodontal.

Dentre esses fatores, o mais comum é a cárie dentária, que tem origem multifatorial e está, em muitos casos, associada a uma higienização bucal deficiente. A Pesquisa Nacional de Saúde - IBGE⁹ (2013) mostra que apenas 53% da população fazem uso de escova, pasta e fio dental para limpeza dos dentes e que 23% já tiveram perdas de 13 ou mais dentes. Caldas Júnior et al.⁵ (2005) menciona que o atendimento odontológico mais acessível era o oferecido em postos de saúde, onde o procedimento para solucionar os problemas bucais, na grande parte dos casos, era exodontia, em contrapartida, os custos dos tratamentos odontológicos em consultórios particulares era elevado.

Outro dado da Pesquisa Nacional de Saúde – IBGE⁹ (2013) informa que 33% da população fazem uso de algum tipo de prótese dentária. Atualmente, nota-se melhora na acessibilidade a serviços de saúde bucal à população, tal fato, correlacionado com ascensão das técnicas contribuem para minimização de fatores que geram perdas dentárias, e conseqüentemente, reduzem a população de edêntulos totais, elevam a busca por reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos.¹⁰

Quanto maior o número de ausências dentárias mais complexa se torna a reabilitação, visto que, os dentes remanescentes tendem a ocupar o espaço protético no sentido disto-mesial e extruírem, quando seu antagonista é perdido. Após as perdas dentárias, há situações clínicas em que o plano oclusal encontra-se dissonante em relação ao arco dental, sendo uma árdua tarefa reabilitar os espaços protéticos ¹⁶, mais ainda em casos com extremidades livres²³.

Pacientes que procuram por tratamento reabilitador protético possuem ausências dentárias que podem ter culminado em desequilíbrio oclusal, concomitante com desgastes incisais/oclusais dos elementos remanescentes. O correto restabelecimento da DVO é de suma importância para o sucesso do tratamento reabilitador, visto que influencia na eficiência do mecanismo mastigatório, auxilia na manutenção da aparência facial, facilita a deglutição e permite adequada pronúncia das palavras.

Segundo Silva et al.¹⁷ (2011), o restabelecimento da DVO não deve ser atribuído ao tratamento definitivo, no planejamento adequado cogita-se a possibilidade do paciente não acomodar-se à a nova condição. Este autor cita que seja necessário um período mínimo, normalmente de 3 a 4 semanas, para adaptação de uma nova DVO. Nesses casos, deve ser incluída uma fase de transição com próteses provisórias para condicionamento do paciente à nova situação clínica.^{4,5,7}

No caso apresentado, significativas mudanças seriam observadas pela paciente, em concordância com os autores^{4,5,7,17}, incluímos uma fase de transição no tratamento. A fase de transição com próteses provisórias e realização de mock-up permitiu uma previsibilidade do tratamento, o que possibilitou correções e ajustes de acordo com função, exigências estéticas necessárias ao caso e sugeridas pela paciente. Sendo assim, a forma correta de restabelecimento da DVO é gradativa e desde o começo do tratamento, para que possíveis alterações possam ser realizadas e seja possível um melhor prognóstico para o caso.

Além das ausências dentárias, em alguns casos, temos a presença de desgastes dentários. Mesko et al.¹³ (2016) define desgaste dentário severo (DDS) como perda de estrutura dentária acima de 50% da coroa clínica em vários elementos e/ou incompatível com a idade do paciente. Nesses casos, tem-se difundindo a reabilitação através da reanatomização dos dentes usando resinas compostas. Ainda segundo Mesko, isso se deve ao avanço das propriedades físicas e adesivas dos materiais, que pode ser comprovado em estudos longitudinais, que mostram um desempenho clínico positivo, inclusive em casos com extensas perdas de tecidos dentários.

No caso exposto, a paciente além das ausências dentárias, possuía desgastes dentais severos na região anterior superior e inferior. Poderia ter sido utilizado próteses provisórias do tipo overlay na fase intermediária, que consistem em uma prótese que repõem os elementos perdidos e recobre os desgastes dentários. Porém, apesar das várias vantagens desse tipo de prótese, como baixo custo, devolução simultânea de função e estética.^{4,7} Algumas desvantagens nos fizeram optar pelo uso de PPRs Provisórias convencionais, tais como: dificuldade do paciente para encaixe nos remanescentes dentários, maior tempo clínico e domínio da técnica para ajustes, podendo ocorrer básculas, que trazem desconforto ao paciente⁵, além de estética insatisfatória quando os desgastes dentais são presentes na região anterior, visto que os pacientes devem fazer uso da prótese por um período de adaptação. Para compensar a falta do recobrimento sobre os dentes desgastados, logo foram confeccionadas coroas provisórias para os elementos 13 e 12, e foi utilizado mock-up nos elementos de 11 a 23, para minimizar a deficiência estética.

Somente após o período de adaptação com próteses provisórias, possíveis ajustes, e aprovação do paciente, deve-se iniciar o tratamento definitivo. Como possibilidades de tratamento definitivo para reabilitar as regiões parcialmente edêntulas temos: prótese parcial fixa dentossuportada (PPFDS), implantossuportada (PPFIS) ou prótese parcial removível (PPR), sendo possível fazer uso destas de forma conjugada. Martins et al.¹¹ (2009) afirma que o uso de implantes dentários representam a primeira escolha para reabilitação, visto o elevado sucesso apresentado atualmente. Sugio et al.¹⁹ (2019) relata que a reabilitação com PPRs associadas a implantes resultou em melhor qualidade de vida em comparação às retidas por encaixe e convencionais. Contudo, diversos fatores como limitações sistêmicas, psicológicas e financeiras⁷ inviabilizam este tratamento, sendo as próteses parciais removíveis (PPR) associadas às próteses parciais fixas (PPF) uma opção viável de tratamento.^{6, 11, 19, 22}

As próteses parciais fixas dentossuportada (PPFDS) são uma excelente opção de tratamento, devido, principalmente sua estética e fixação. A principal desvantagem desse tratamento é o custo, além disso, casos em que a Lei de Ante não pode ser obedecida, impossibilitam seu uso.⁶ Souza et al.¹⁸ (2009)

afirma que em situações onde não é possível fazer uso de próteses parciais fixas (PPFs) convencionais ou sobre implantes temos como alternativa reabilitadora as próteses parciais removíveis (PPRs), reconhecidas por sua reversibilidade, simplicidade, rapidez de confecção e custo relativamente baixo.

Atualmente, as associações entre próteses fixas e removíveis têm várias variáveis alternativas para reabilitações.⁶ Como exemplos de retenção em PPRs podemos mencionar: os grampos, próteses fixas com attachments intracoronários e extracoronários, coroas telescópicas e retentores intrarradiculares pré-fabricados.²⁵ Segundo Trauth et al.²² (2017) uma das principais vantagens da PPR é a preservação de tecido dentários, visto que para sua confecção é preciso apenas mínimos desgastes nos elementos remanescentes que serão usados como dentes de suporte, contudo, uma grande desvantagem estética é encontrada quando há envolvimento de dentes anteriores, devido a presença dos grampos metálicos. Zuim et al.²⁴ (2003) afirma que é preciso tornar os componentes protéticos imperceptíveis para atingir satisfação estética, porém, sempre de forma cautelosa e planejada para que a biomecânica da prótese não seja comprometida, evitando possíveis danos às estruturas remanescentes.

Para Coelho et al.⁶ (2016) , em casos que englobam região anterior, as PPRs convencionais que usam grampos metálicos como mecanismo de retenção são consideradas desfavoráveis esteticamente, e expõem como possibilidade de tratamento próteses removíveis associadas a próteses fixas por meio de encaixes, que apresentam eficiência estética, mecânica e biológica.

Em contrapartida, existem algumas desvantagens em relação aos encaixes que não podem ser ignoradas. Em encaixes intracoronários são raros os casos em não há necessidade de tratamento endodôntico²¹, fato que aumenta o custo-benefício. Em encaixes extracoronários pode haver uma formação indesejável do braço de alavanca, pelo fato da incidência da carga estar afastada do longo eixo do dente suporte.²⁰ Outra desvantagem que pode ocorrer em ambos os tipos de encaixe é que consertos ou reparos do dispositivo são difíceis, sendo impossível em alguns casos², além de ter um aumento do custo e tempo clínico ao empregar os dispositivos para encaixe.

Levando em consideração as diversas opções de tratamento, as condições clínicas, psicológicas e financeiras apresentadas pela paciente, optou-se em fazer uso associado de PPR convencional superior assentada sobre fresa/nicho previamente confeccionado na coroa total metalocerâmica do 13, coroa total metalocerâmica do 12, PPR convencional inferior, além de reanatomização anatômica dos dentes desgastados.

Para minimizar o prejuízo estético dos grampos, em pacientes com arcos Classe IV e Classe III envolvendo região anterior, Meyer et al.¹⁴ (2013) sugere o uso dos grampos MDL modificado e Quereilhac nas estruturas metálicas das PPRs como opção eficaz e estética. Zuim et al.²⁴ (2003) afirma que devemos incluir aos nossos trabalhos detalhes que impeçam que sejam notados, exacerbando a naturalidade. Corroborando com estes autores^{14,24}, o desenho da estrutura metálica da PPR convencional superior foi planejado usando grampo MDL-modificado nos pilares diretos 13 e 23, para melhores resultados estéticos sem interferir na biomecânica da prótese.

Reabilitação oral envolvendo diferentes materiais reabilitadores como resina composta, resina acrílica e metalocerâmica requerem uma sensibilidade visual, registro minucioso e constante comunicação entre dentista e laboratório.

Um prognóstico positivo em reabilitação protética envolve restabelecimento de função, mastigatória e fonética, além de estética, devendo estes ser considerados satisfatórios pelo paciente.^{16,19}

Para um melhor prognóstico, concomitante a satisfação do paciente com o tratamento, devemos frisar, durante e ao final do tratamento, orientações sobre cuidados com a prótese, orientação e motivação sobre higiene bucal, importância de retornos periódicos para acompanhamento. Goaiato et al.⁸ (2005) menciona a relevância em passar essas orientações ao paciente, visto que a falta de informações pode acarretar problemas orais e afetar o resultado final do tratamento, como por exemplo, aparecimento de lesões. Se possível, repassar essas informações para o paciente tanto de forma verbal quanto escrita.

CONCLUSÃO

As perdas dentárias ainda representam uma realidade da população brasileira. Porém a perda total dos dentes tem reduzido atenuando a importância de tratamentos reabilitadores para indivíduos parcialmente edêntulos.

A reabilitação oral satisfatória deve devolver função juntamente com estética. Contudo, a preocupação com a estética não deve interferir na biomecânica da prótese, em detrimento das estruturas dentárias e de suporte remanescente.

São diversos os tratamentos reabilitadores, os quais devem ser planejados e indicados de acordo com caso clínico, função, estética, condição psicológica e financeira dos pacientes. Com o avanço das técnicas e dos materiais odontológicos uma reabilitação oral pode abranger o uso de diferentes materiais restauradores, incluindo o uso de próteses conjugadas.

Um planejamento adequado nos casos reabilitação oral funcional e estética, principalmente nos casos em que há alteração da DVO, deve incluir a fase de transição com próteses provisórias para condicionamento do paciente à nova situação clínica. Teremos um prognóstico duvidoso se o restabelecimento da DVO ficar restrita a finalização do caso, correndo o risco do paciente não se adaptar a nova condição.

REFERÊNCIAS

1. Araújo TM. Condição Periodontal dos Dentes Suportes e o seu Prognóstico para Utilização de Próteses Parciais Removíveis quando o Nível de Inserção Óssea estiver Reduzido. Dissertação (Graduação) Faculdade São Lucas. Porto Velho, RO; 2016 19p.
2. Burns DR, Ward JE. A Review of attachments for removable partial denture design: Part 1. Classification and selection. *Int J Prosthodont.* 1990; 3(1): 98-102.
3. Caldas Júnior AF, Caldas KU, Oliveira MRM, Amorim AA, Barros PMF. O Impacto do Edentulismo na Qualidade de Vida de Idosos. *Rev. Ciências Médicas.* 2005; 14 (3): 229-238.
4. Cavalcanti YW, Oliveira LMC, Batista AUD. Prótese Parcial Removível Provisória Tipo Overlay na Reabilitação Oral de Paciente com Colapso Oclusal Posterior. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2015; 19 (2): 143-150.
5. César HF, Silva FB. Recuperação da dimensão vertical de oclusão com prótese temporária overlay: relato de caso. *Arch Health Invest.* 2019; 8 (6): 290-295.
6. Coelho MQ, Venâncio GN, Sampaio JMA, Augusto CR. Reabilitação Bucal com Próteses Conjugadas – Relato de Caso. *Full Dentistry in Science.* 2016; 7 (28): 64-69.
7. Costa MM, Oliveira JEC, Lima JHF, Lima JBG, Moura GF, Quagliatto PS. Reabilitação Oral de Pacientes com Redução de Dimensão Vertical de Oclusão utilizando Prótese Parcial Removível Overlay: Relato de Caso. *Rev Odontol Bras Central.* 2017; 26 (77): 66-70.
8. Goiato MC, Castelleoni L, Santos DM, Gennari Filho H, Assunção WG. Lesões Orais Provocadas Pelo Uso de Próteses Removíveis. *Pesq Bras Clin Integr.* 2005; 5(1): 85-90.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/47/48940> - acesso em 18 de novembro de 2019 às 11:42.

10. Kapezinski M, Chiarelli DAB, Kappes C. A Interface Prótese Parcial Removível/ Periodontia: Revisão de Literatura. *J Health Sei.* 2016; 18 (2): 114-120.
11. Martins AMC, Fraga RC, Purger FPC. Utilização de encaixe resiliente extra-coronário na obtenção de retenção, estabilidade e proteção dos pilares em prótese parcial removível. *Revista Odonto.* 2009; 17(34):100-105.
12. Medeiros RA, Almeida MLV. Qualidade de Vida em Pacientes Reabilitados com Próteses Parciais Removíveis: Revisão de Literatura. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2018; 39 (3): 09-12.
13. Mesko ME, Cenci MS, Loomans B, Opdam N, Pereira-Cenci T. Reabilitação oral do desgaste dentário severo com resina composta. *RFO.* 2016; 21 (1): 121-129.
14. Meyer GA, Oliveira Júnior FB, Oliveira LV, Souza BP, Rodrigues FV, Lima EMCX. Soluções Estéticas para Próteses Parciais Removíveis Retidas por Grampos Metálicos. *Revista Bahiana de Odontologia.* 2013; 4 (2): 93-103.
15. Nascimento MACC, Nascimento MQ, Amaral ALC. Influência da Prótese Dental na Qualidade de Vida do Indivíduo: Revisão de Literatura. *RvAcBO.* 2018; 7 (3): 171-174.
16. Pigozzo MN, Laganá DC, Mori M, Gil C, Mantelli AG. Preparos Dentais com Finalidade Protética: Uma Revisão da Literatura. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.* 2009; 221 (1): 48-55.
17. Silva MCVS, Carreiro AFP, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo "Overlay" – Relato de Caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2011; 15 (4): 455-460.
18. Souza JEA, Silva ET, Leles CR. Prótese Parcial Removível Overlay: Fundamentos Clínicos e Relatos de Casos. *Robrac.* 2009; 18 (47): 41-48.
19. Sugio CYC, Gomes ACG, Maciel JG, Procópio ALF, Neopelenbroek KH. Considerações sobre os Tipos de Próteses Parciais Removíveis e seu

- Impacto na Qualidade de Vida. Revista Odontológica de Araçatuba. 2019; 40 (2): 15-21.
20. Todescan R. Aparelhos parciais removíveis de retenção por encaixe. In: Todescan R, Silva EBB, Silva OJ. Atlas de Prótese Parcial Removível. São Paulo: Ed.Santos; 1996. p.297-334.
 21. Todescan R, Silva EBB, Silva OJ. Encaixes Individuais ou Individualizados do Tipo Intracoronário para Aparelhos Parciais Removíveis. In: Todescan R, Silva EBB, Silva OJ. Prótese Parcial Removível – Manual de Aulas Práticas. 2ª Ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.; 2001. P. 101-117.
 22. Trauth KGS, Orben A, Timboni D. Prótese Parcial Removível com Encaixe Extracoronário: Relato de Caso. J Orofac Invest. 2017; 4(1): 6-12.
 23. Vasconcelos AA, Gonçalves LM, Campos BG, Araújo CV, Henriques SEF, Girundi FMS. Prótese parcial removível com attachment para reabilitação oral: relato de caso. Archives of Oral Research. 2013; 9 (2): 141-147.
 24. Zuim PRJ, Bezzon OL, Sousa V, Garcia AR. Recursos Estéticos com Próteses Parciais Removíveis Retidas por Grampos – Eixo Rotacional. Revista Odontológica de Araçatuba. 2003; 24 (1): 27-32.
 25. Zitzmann NU, Rohner U, Weiger R, Krastl G. When to choose which retention element to use for removable dental prostheses. Int J Prosthodont. 2009; 22 (2): 161-167.