

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Especialização em prótese dentária

Paulo Henrique Palhano Costa

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM BRUXISMO SEVERO COM RESINA  
COMPOSTA E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO

MANAUS - AM

2021

Paulo Henrique Palhano Costa

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM BRUXISMO SEVERO COM RESINA  
COMPOSTA E PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada à especialização de prótese em Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em prótese.

Orientadora: Prof Msc. Larissa Alves

*Dedico este trabalho primeiramente à Deus, por ser essencial em minha vida. Aos meus pais, Paulo Soares Costa e Maria Josimar Alves Palhano e aos meus irmãos Pablo Jhony Palhano Costa, Yaçanã Palhano Costa e Manoel Palhano Costa e a minha esposa Leilane Maciel Costa e ao meu filho Matheus Henrique Palhano Costa, que sem eles eu jamais chegaria aonde cheguei. Vocês merecem todo o meu amor e dedicação.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer, sei que ele esteve e estará sempre ao meu lado durante todas as circunstâncias, guiando meus passos.

Agradecer aqueles que não medem esforços para me oferecer o melhor, meus incríveis pais. Por nunca me negarem nada, por estarem sempre a postos para me ajudar e por serem completamente presentes em todas as fases da minha vida.

Agradecer á minha orientadora, professora, educadora, Dra Larissa Alves, pelo apoio e confiança depositados em mim, e que juntos fomos capazes para a elaboração deste trabalho e sempre tendo a dedicação de nos transmitir tudo o que ela passou em sua vida para chegar como referência da odontologia.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A todos os meus amigos, que me proporcionaram momentos de descontração e alegria dentro e fora da especialização. Obrigado pela amizade e que possamos continuar com essa amizade além da especialização. A minha dupla que caminhou comigo durante todo o curso.

A minha namorada, mãe do meu filho, melhor amiga e companheira de todas as horas, Leilane da Costa Maciel, pelo carinho, compreensão, amor, nessa jornada.

A toda a equipe da Única Cursos avançados que me acolheu de braços abertos durante essa jornada.

Aos pacientes, por serem as peças principais, por serem os grandes responsáveis pelo meu aprendizado.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Tente uma, duas três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar aonde a maioria não chega, faça o que a maioria não faz”.

(Bill Gates)

## RESUMO

A prótese parcial removível (PPR) é um aparelho protético que têm por finalidade substituir a função e estética dos dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente desdentados. O planejamento é fundamental para o sucesso do tratamento proposto, assim como o domínio dos conhecimentos e técnicas necessárias para confecção e instalação da mesma. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico, que aborda a devolução da função mastigatória à paciente, além da melhora estética e autoestima, através da confecção de uma prótese parcial removível inferior, restaurações em resinas compostas e instalação de placa oclusal, devido a presença de bruxismo severo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese Parcial Removível, Bruxismo, Resina composta.

## **ABSTRACT**

Removable partial dentures (PPR) is a prosthetic appliance intended to replace the function and esthetics of natural teeth that are absent in partially edentulous patients. Planning is essential for the success of the proposed treatment, as well as mastering the knowledge and techniques necessary for making and installing it. The objective of this paper is to present a clinical case report, which addresses the return of the masticatory function to the patient, in addition to improving aesthetics and self-esteem, through the construction of a removable partial lower denture, restorations in composite resins and installation of an occlusal plate, due to the presence of severe bruxism.

**KEYWORDS:** Removable Partial Denture, Bruxism, Composite Resin.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 DESCRIÇÃO DO CASO .....</b>	<b>11</b>
<b>3 DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>4 CONCLUSÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O bruxismo é definido como o contato estático ou dinâmico da oclusão dos dentes em momentos que não aqueles que ocorrem durante as funções normais da mastigação ou deglutição (ARNOLD, 1981). É um fenômeno que ocorre mais normalmente durante o sono, de forma inconsciente, manifestando-se sob a forma de “apertamento” ou “ranger” de dentes, tendo, como consequência, fratura e desgaste dos dentes, problemas peridontais, dor, fadiga muscular e dores de cabeça (ARNOLD, 1981).

Está sempre associado a um estado emocional alterado do paciente, ou seja, o stress. Ocorre um elevado estado de alerta mental e físico, grande ansiedade, tensão e nervosismo (LELES e MELO, 1995; UETANABARA e MAZZETTO, 2000).

O tratamento deve ser realizado de forma multidisciplinar, e deve atender aos seguintes objetivos: redução da tensão física e psicológica, tratamento dos sinais e sintomas, minimização de interferências oclusais e rompimento do padrão neuromuscular habitual (LELES e MELO, 1995).

Uma das opções de tratamento são as placas oclusais, a utilização destas tem como objetivo preservar as estruturas dentárias, proporcionar condições de equilíbrio oclusal, proteger os elementos dentários, proporcionar relaxamento dos músculos hipertrofiados e prevenir sobrecarga na articulação temporo mandibular (ATM) (GAMA; ANDRADE; CAMPOS, 2013).

O desgaste dental produz alterações anatômicas e levam à alteração da dimensão vertical de oclusão dos pacientes, interferindo na eficiência mastigatória, bem como na estética do paciente.

Com o avanço dos sistemas adesivos, a indicação de restauração direta para a reabilitação desses casos tem sido utilizada na reabilitação dos desgastes oclusais, além disso, é possível simular as características óticas e mimetização das estruturas dentais, o uso adequado desse sistema restaurador permite resultados estéticos e funcionais adequados (MELO et al, 2007).

Como a expectativa de vida nos últimos anos vem aumentando, muitos pacientes procuram atendimento odontológico para repor as perdas dentárias e, assim, recuperar a autoestima e ter uma melhor qualidade de vida (SILVA; SEIXAS, 2008; PIRES et al., 2018). Uma alternativa seria as próteses parciais removíveis (PPR), visto que possuem a capacidade de restabelecer a função mastigatória, a estética e melhorar a qualidade de vida do paciente, permitindo a reabilitação de dentes ausentes na cavidade bucal (GONÇALVES et al., 2011).

A PPR é uma alternativa conservadora e eficiente quando todas as etapas do planejamento são criteriosamente respeitadas: exame clínico e radiográfico, obtenção dos modelos de estudo, delineamento, preparos específicos de boca cuidadosamente planejados e executados, obtenção dos modelos de trabalho, registro oclusal e o desenho da estrutura metálica com todas as informações necessárias para o técnico de prótese dentária (DE FIORI, 1993). Assim, a confecção de uma PPR envolve, além da realização de etapas clínicas, etapas laboratoriais, que dependem de uma ótima comunicação entre cirurgião dentista (CD) e técnico em prótese dentária (TPD). (TORBAN et al., 2016).

Várias etapas são requeridas para a confecção de uma Prótese Parcial Removível (PPR) e todos os participantes (profissional, paciente e técnico de laboratório) envolvidos neste processo podem contribuir para o sucesso ou fracasso do tratamento protético reabilitador (TORRES et al ., 2011).

Assim, o objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico de reabilitação oral com a confecção de prótese parcial removível e, restaurações incisais em resina composta, no intuito de reestabelecer a estética, função mastigatória, além de confecção de uma placa oclusal estabilizadora, a fim de promover proteção aos dentes do paciente.

## 2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos de idade, com história patológica pregressa de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, bruxismo severo e AVC isquêmico, em uso de medicação da classe dos antidepressivos (Amitriptilina).

Paciente relatou que procurou atendimento odontológico há 5 anos na Única e finalizou o tratamento proposto, mas que estava sentindo os dentes anteriores com uma certa mobilidade.

O dentista anterior havia informado que a paciente por não possuir dentes posteriores em ambas as arcadas, buscava contato nos dentes anteriores através de um movimento de protrusão da mandíbula, adquirindo esse hábito postural de uma oclusão Classe III. Após manipulação pela técnica bimanual de Dawson, o dentista constatou que a paciente possuía uma oclusão em topo. Além da ausência de dentes posteriores, esta apresentava dentes anteriores com amplo desgaste. Portanto, no primeiro tratamento odontológico foram realizadas prótese fixa nos elementos 12, 11, 21 e 22, PPR superior e prótese provisória inferior.

No entanto, após a conclusão do trabalho, a paciente iniciou o uso de antidepressivo, o qual provavelmente colaborou para que os episódios de bruxismo fossem mais recorrentes.

Ao consultar a paciente pela primeira vez após pouco menos de um ano, constatou-se um desgaste nas coroas, acarretando mobilidade nos elementos 12, 11, 21 e 22, além de que na prótese inferior foi observado um grande desgaste nos dentes da prótese, levando à fratura.

Após meticulosas análises clínicas para elaboração do planejamento e plano de tratamento, o início do processo de atendimento se deu através do protocolo fotográfico inicial seguido da análise estética do sorriso e função mastigatória para discussão do tratamento. (Figura 1)

Figura 1 – Fotografia intrabucal: Condição Bucal inicial do paciente



Constatou-se ao exame clínico intra-oral, uso de uma prótese parcial removível provisória, em resina acrílica, na arcada inferior, tecido gengival saudável e hígido. Desgastes incisais acentuados dos elementos dentais 31, 32, 33, 41, 42 e 43 (Figura 1). Para reabilitação funcional e estética do paciente, foi proposta a restauração dos dentes desgastados, com resina fotopolimerizável, prótese parcial removível e uma placa oclusal para proteger as coroas superiores, próteses parciais e os elementos dentários inferiores.

Figura 2 – Prótese parcial removível provisória



Figura 3 - Fotografia intra-oral: Arcada inferior Classe I



Na consulta, a paciente foi orientada e conscientizada 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 um hidrocolóide irreversível (hydrogum zhermack), e o modelo foi vazado com gesso especial tipo IV (Durone® – DENT SPLY) (Figuras 3 e 4). Nos elementos com desgastes, foi planejado a técnica direta em resina para reconstituir os terços incisais dos dentes que necessitavam de

reconstrução, devolvendo adequados contatos durante os movimentos mandibulares.

Figura 3 e 4 - Modelo superior e Modelo inferior



Figura – 5 Preparo dos nichos com broca esferica



Figura – 6 Moldagem de trabalho com silicone de adição



Realizou-se uma nova moldagem de trabalho, para o delineamento e planejamento das próteses parciais removíveis (Figura 6). Na arcada inferior foram realizados apoios no cingulo em todos os elementos, sendo que somente os caninos receberam grampo, no caso, o ação de ponta, enquanto os demais comportaram o grampo contínuo de Kennedy. O preparo protético, limitou-se à confecção de nichos (Figura 5).

Em seguida, foi realizada a moldagem anatômica para modelo de trabalho, utilizando a técnica de dupla moldagem com silicone de adição (Coltene, President) a fim de se obterem modelos com nítidos detalhes. O desenho da infraestrutura metálica foi executado no modelo de estudo (Figura 7).

Figura – 7 Desenho da armação metálica no modelo de gesso

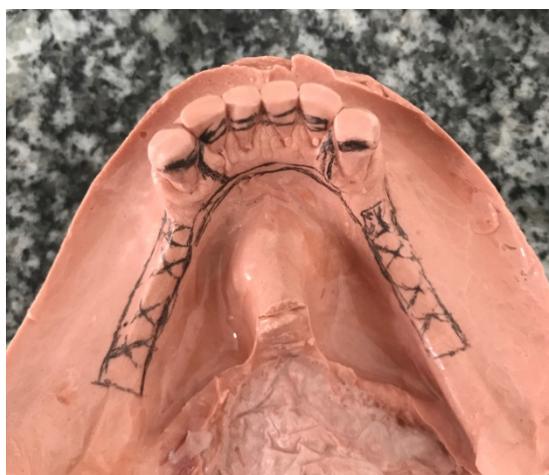


Figura 8 – Prova da armação metálica e confecção da base de resina acrílica na sela



Figura 9 – Fotografia Intrabucal: Registro interoclusal em RC



Na prova da armação metálica não foi necessário nenhum tipo de ajuste, já que revelou retenção satisfatória e íntimo contato com os nichos preparados (figura 8). Logo após, foi confeccionado um Jig já prevendo o espaço necessário para restaurar os dentes anteriores inferiores.

Foi realizada uma base de resina acrílica autopolimerizável na sela da armação metálica e, posteriormente, confeccionado o plano de cera 7, para que pudesse ser realizado o registro oclusal para montagem dos dentes artificiais.

Na mesma sessão, foram selecionados os dentes Biolux na cor A3 e, a cor da gengiva escolhida foi a 14 da escala STG – vipi (figura 10). Os modelos e a armação metálica com o registro oclusal foram enviados ao laboratório para a montagem dos dentes artificiais.

Figura 10 – Fotografia Intraoral: seleção dos dentes e gengiva



Com os dentes montados, foram feitas as provas estética e funcional. No entanto, os resultados não foram satisfatórios, a paciente não conseguia ocluir na posição predefinida com o JIG. Com isso, foi realizado o processo de remontagem dos dentes da prótese, com espátula 31 e lamparina. Após, a remontagem, a prótese parcial removível foi enviada ao laboratório para ser acrilizada.

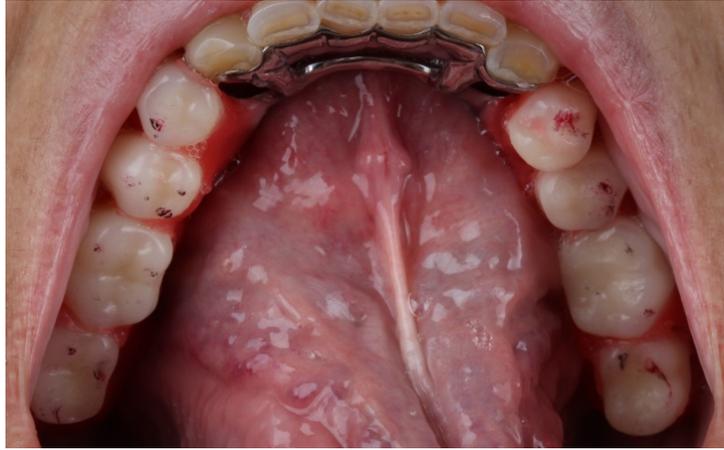
Figura 11 – Fotografia dos modelos de gesso com a armação metálica com os dentes montados em cera



Figura 12 – Fotografia Intraoral: Prova estética com o JIG em posição para avaliar a altura dos dentes da PPR.



Figura 13 – Fotografia Intraoral: Prova funcional



A prótese finalizada foi instalada e pequenos ajustes oclusais foram realizados para que todos os dentes posteriores pudessem ter contatos oclusais efetivos. Devido o bruxismo, a paciente foi instruída a dormir com a prótese todos os dias, e apenas remover para higiene oral após todas as refeições (Figura 14 e 15).

Figura 14 – Fotografia Intrabucal: prótese instalada: visão lateral.



Figura 15 – Fotografia Intraoral: prótese instalada: visão oclusão.



O tratamento restaurador com resina composta iniciou-se com a realização da seleção de cor do compósito a ser utilizado, em ambiente úmido, com iluminação natural. Para tanto foram utilizados incrementos de aproximadamente 0,5 a 0,8mm de espessura de resina composta z350 (3m), nas cores, a2b e a3b. Após selecionarmos a cor, os procedimentos adesivos iniciaram-se com o isolamento absoluto com lençol de borracha (Nic Tone), sendo então realizado profilaxia com pedra pomes e água com escova tipo Robinson (KG Sorensen).

Figura – 16 Sequência do passo a passo das restaurações do caso clínico

Isolamento absoluto

ácido fosfórico 37%

aplicação do adesivo



A adesão em esmalte iniciou-se com o condicionamento ácido do esmalte com ácido fosfórico a 37% (Condac-Fgm) em toda superfície vestibular, por 30 segundos e, sendo removido por meio da lavagem com jatos

de água e ar por 30 segundos. Foram aplicadas, de forma ativa, duas finas camadas do sistema adesivo (Single Bond Universal), e posteriormente fotopolimerizado com o auxílio do aparelho (Radii-cal-sdi). Aguardou-se 5 minutos para maturação da camada híbrida, interação do mdp com a dentina e controle do stress de contração do adesivo.

Fotopolimerização



Incremento de resina



Alisamento com pincel



polimento final



Finalizada as restaurações, o isolamento absoluto foi removido para a remoção dos excessos cervicais e regularização da superfície empregando para tanto, disco de lixa de granulação grossa e média Sof-Lex Pop-On (3M ESPE) e pontas diamantadas 3195F e 1190F (KG SORENSEN) (Figura 10). Em sequência foi realizado um adequado ajuste oclusal.



Na sessão seguinte, o caso foi finalizado realizando toda a sequência de acabamento e polimento nas restaurações para obtenção de brilho, textura e naturalidade. Foi realizada a textura com ponta diamantada 3148FF e 3147FF (KG SORENSEN) (Figura 13) e o polimento foi realizado com o sistema de borrachas abrasivas de várias marcas ultra-gloss, 3m, keer e pasta de polimento Diamond excel com disco de feltro.

Figura 17 \_ moldagem com silicone de adição



Figura 18 – Registro com o arco facial e registro oclusal com silicone de adição para confecção da placa miorelaxante



Para confecção da placa oclusal, foi realizado o registro com o arco facial para registrar a posição espacial da arcada superior do paciente em

relação à base do crânio e o eixo de rotação condilar, permitindo transferir este registro para o articulador. Para registro oclusal, foi confeccionado um JIG na região anterior, promovendo a desocclusão dos dentes posteriores em aproximadamente 2mm e utilizado silicone de registro nos dentes posteriores.

Figura 19 – Modelo em articulador com a placa miorreloxante



O processo deve ser criterioso para se conseguir ajustes de excelência na placa oclusal: iniciar com uma boa moldagem, verificar os contatos primeiro em articulador, uma ótima comunicação com o laboratório e saber o passo a passo do ajuste em boca (Figura 19)

Figura 20 – Placa miorreloxante instalada com todos os contatos bilaterais e guias de desocclusão efetivas



A placa oclusal finalizada foi instalada e pequenos ajustes foram realizados como ajuste de guia em rampa de desocclusão suave, guias caninos no movimento de laterotrusão e guias incisivas no movimento de protusão. O paciente foi instruído dormir com a placa devido ao bruxismo severo, higiene oral e como inseri-la e removê-la.

Figura 21 – Aspecto final da prótese parcial removível instalada e do sorriso do paciente



### **3 DISCUSSÃO**

Para o reestabelecimento oclusal de pacientes desdentados parciais ou totais segue os preceitos da oclusão de dentes naturais respeitando o sistema estomatognático individual de cada paciente. O desgaste dental provocado pelo bruxismo afeta a estrutura dentária, comprometendo a mastigação e a estética (BARBOSA et al, 2000). Para Leles e Melo (1995), na grande maioria ocorrem episódios transitórios, não desenvolvendo alterações significativas. No entanto, cerca de 10 a 15% apresentam problemas clínicos que merecem atenção profissional, como desgastes dentais acentuados, mialgias e desordens articulares, com envolvimento periodontal.

Primo et al. (2009) esclareceram que a forma mais utilizada para tratamento de bruxismo é o uso de placas de mordida interoclusais, essa placa traz mais conforto ao paciente e um equilíbrio oclusal, relaxando os músculos hiperatrofiados e tirando a sobrecarga da ATM, no caso em questão foi confeccionada a placa para melhor obter o equilíbrio oclusal.

A DVO auxilia no mecanismo da mastigação, influência na manutenção da aparência facial, facilita a deglutição e estabelece a adequada articulação das palavras, assim é de suma importância o seu restabelecimento quando perdido. A correta obtenção da dimensão vertical de oclusão vai interferir na qualidade final do trabalho reabilitador protético. Qualquer que seja o tratamento escolhido para o paciente, a dimensão deve ser restabelecida, considerando sua importância no sistema estomatognático (SILVA e GIRUNDI, 2010).

Independentemente da etiologia do desgaste, a terapia oclusal tem que ser indicada, pois promove conforto funcional, prevenindo maiores danos aos componentes do sistema estomatognático. O material a ser utilizado, depende das características de cada caso, em cavidades pequenas, materiais restauradores convencionais como resina são indicados (CAMARGO e JÚNIOR, 2012), no caso apresentado conseguimos obter a dimensão vertical de oclusão através da realização de seis restaurações incisais e a confecção de uma prótese parcial removível inferior.

Hoje em dia 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 protéticos múltiplos ou muito extensos. O presente relato mostra um paciente com arcada classe I mandibular, com amplo espaço protético, além de apresentar também bruxismo. 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

cumpra um papel relevante na reabilitação de desdentados parciais como afirmam Leles et al (1999).

Como citado por Bonachela, Telles (1998) a decisão pelo tratamento por meio de prótese parcial removível foi optada por conta de suas vantagens; manutenção basal do osso dos elementos dentários remanescentes, boa função mastigatória, melhorando aspectos nutricionais e função digestiva. Satisfação estética, devolvendo o sorriso ao paciente com dentes artificiais com grande semelhança aos naturais. Tratamento minimamente invasivo, não necessitando de procedimentos cirúrgicos em alguns casos. Baixo custo financeiro sendo assim acessível a quase todo público, e de tempo operacional reduzido. No caso apresentado, a paciente optou pelo tratamento menos oneroso e que solucionaria sua solicitação da devolução de qualidade de vida, para o tratamento de bruxismo foi realizada placa inter-oclusal que figuram como a primeira opção no tratamento do bruxismo, pois, podem atuar na articulação temporo-mandibular induzindo o côndilo a se posicionar corretamente na fossa condilar (Zuanon et al., 1999). A associação entre o uso de placas oclusais e exercícios de relaxamento, massagem e fisioterapia alcançam bons resultados na redução da sintomatologia dolorosa.

A ausência dentária até então é uma das circunstâncias de saúde bucal presentes atualmente, apesar de manifestar uma diminuição em seus índices. O posicionamento em que o elemento dentário ocupa na arcada causa modificações psicológicas e funcionais diferenciados de uma pessoa para outra, visto que os elementos anteriores agem diretamente na questão estética, os posteriores, em relação a função e os dois posicionamentos influenciam diretamente na qualidade de vida (PONSI et al., 2011).

Beloni (2013) Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam reconstituir sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida. A reabilitação por meio de próteses pode ter um efeito positivo no comportamento e na autoimagem dos pacientes, pois, ao restabelecer de maneira adequada a estética e a função mastigatória, contribui para uma melhora na interação social dos pacientes. Todavia para Probst (2016) o impacto da perda dentária sobre a vida das

peças não deve ser subestimado, pois, mesmo aceitando bem suas próteses, muitos pacientes podem ter dificuldade em lidar com o edentulismo em razão dos sentimentos negativos associados a essa condição, como vergonha e sensação de incompletude. Concordando com os autores citados, a paciente relatou se envergonhar ao conversar com outras pessoas e também apresentava um certo bloqueio ao sorrir, fazendo com que a mesma se afastasse de pessoas da sua convivência.

Segundo Todescan, Silva, Silva (1996) as reabilitações que apresentam extremidades livres merecem uma atenção especial pelo cirurgião dentista. Devido à diferença entre a mucosa e o ligamento periodontal do dente suporte, esta situação cria movimentos de rotação sobre os dentes suportes e quando forças oclusais são aplicadas sobre a base da sela, a uma indução de forças horizontais e principalmente laterais. Podendo levar a inflamação, retração gengival até mesmo a perda do elemento dental.

Fueki et al. (2014), dizem que as vantagens das PPRs convencionais são: baixo custo; grampos mais resistentes à fratura; melhor disseminação de forças aos dentes pilares; melhor estabilidade; ajustes e polimento fáceis; acompanhados de possibilidade de reembasamento. Para Laport (2017) a reabilitação com prótese parcial removível tem como um dos seus pontos positivos a melhora no comportamento e na imagem do paciente, por conta da devolução da estética e funções oclusais normais, porém os traumas deixados pela ausência dos dentes não devem ser esquecidos, sendo esse um dos motivos de grande rejeição de alguns pacientes a suas próteses, por vergonha ou se sentirem que estão incompletos.

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 cirurgião-dentista deve sempre ter o cuidado, responsabilidade e sensibilidade para promover a melhor forma de tratamento específico para cada paciente, levando em questão as condições sistêmicas, econômicas e bucais. É de responsabilidade do cirurgião-dentista compreender as vantagens, desvantagens, indicações, contraindicações e o comportamento biomecânico das diferentes PPRs. Após a conclusão de um bom diagnóstico é possível estabelecer uma das opções de tratamento que podem reabilitar as funções mastigatórias, estética e fonética do paciente, devolvendo a sua qualidade de vida.

No caso clínico descrito nesse trabalho, foi realizada 6 restaurações em resina direta, confeccionada uma nova prótese e também uma placa miorrelaxante devido a paciente ter bruxismo severo, tomando total cuidado com a oclusão e com a estabilidade da prótese e das resinas para que não haja problemas futuros. O sucesso foi obtido com o tratamento proposto, com a satisfação da paciente, com a instalação da prótese e resposta ao resultado final.

## **5 CONCLUSÃO**

Portanto, conclui-se que, considerando o resultado clínico do caso, a prótese removível e as restaurações em resina direta são uma excelente opção para substituir a ausência de dentes perdidos, estética e devolvendo a qualidade de vida do paciente em ter de volta a função mastigatória, tornando um procedimento de baixo custo e que quando bem realizado alcança a excelência. Visto que a paciente também apresenta bruxismo severo, é necessário o uso de placa oclusal após o término do tratamento, com a finalidade de garantir o sucesso e longevidade das próteses e resinas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Bruno Aguiar do. et al. Prótese Parcial Removível Rotacional: conhecimento e aplicabilidade pelos profissionais do Estado do Rio Grande do Norte. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, 6 (2): 155-161, abr/jun., 2007.

AMARAL, Bruno Amaral. et al. Estudo Clínico Longitudinal Comparativo da Condição Periodontal de Pilares Diretos de Próteses Parciais Removíveis DentoSuportada e Dento-Muco-Suporta. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, vol. 9, núm. 3, septiembre-diciembre, 2009, pp. 381-388.

BARBOSA, C.M.R.; ARANA, A.R.S.; BOURREAU, M.L.S. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. 2000. 3f. Monografia (Iniciação Científica) – Cesumar, Maringá, 2000.

Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMF. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO 2013;18(2):160-164.

CAMARGO, A.; JÚNIOR ABREU, E.R. O bruxismo e seu tratamento em pacientes usuários de próteses. 2012. 21f. Monografia (Graduação em Odontologia) – Curitiba, 2012.

De Fiori SR. Atlas de prótese parcial removível. 4ª ed. São Paulo: **Pancast**; 1993.

FERRI, Felippo Ramos. et al. Avaliação da distribuição de tensões em casos de prótese parcial removível de classe I mandibular convencional e associada a implante osseointegrado pelo método dos elementos finitos. **Revista Odonto** • Ano 16, n. 32, jul. dez. 2008, São Bernardo do Campo, SP, Metodista.

GOIATO, Marcelo Coelho. et al. Reabilitação protética com associação entre prótese parcial removível e implante dentário: relato de caso. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.34, n.2, p.67-69, Julho/Dezembro, 2013.

JÚNIOR, Luiz Francesquini. et al. Responsabilidade legal sobre modelos de prótese parcial removível. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.4, p. 603-608, out./dez., 2011.

Kaiser F. PPR no Laboratório. 1 ed. Curitiba: Maio; 2002; 277, apud, Aguiar ES, Reabilitação oral através de prótese parcial removível: relato de caso, Escola superior de ciências da saúde, Universidade do estado do Amazonas, 2017.

LAPORT, Larissa Bom Rocca. et al. Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. Vol.20,n.1,pp.108-114 (Set – Nov 2017).

LELES, C. R.; MELO, M. Bruxismo e Apertamento Dental Uma conduta clínica racional. **ROBRAC- Rev Odontol Bras Central**, v. 5, n. 15, p. 22-5, 1995.

MELO, J.C.P.; FURUSE, A.Y.; FREITAS, C.A.; MONDELLI, J. Reabilitação estética e funcional da guia anterior: uma sequencia lógica e conservadora. 2007. 10f. Artigo (**Revista Dental Press Estética**) – Maringá, 2007.

NETO, Arcelino Farias; CARREIRO, Adriana da Fonte Porto; BARBOSA, Célia Marisa Rizzatti. et al. A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 10 (2) 125-128, abr./jun., 2011.

PONSI, J. et al. Change in subjective oral health after single dental implant treatment. **Int J Oral Maxillofac Implants.**, v.26, n.3, p.571-77, 2011.

PRIMO, P.P.; MIURA, C.S.M.; CERANTO, D.C.F.B. Considerações fisiopatológicas sobre o bruxismo. 2009. 3f. Monografia (Iniciação científica) Unipar, Umuarama, 2009.

Probst LF, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Guerra LM, Dasilva MR, Tomar S, Ciarântola M, Konkowski IPS, Possobon RF. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. **Cad. Saúde Colet.** 2016;24(3):347-354.

REZENDE, Liliana Vicente de Lucas; PELLIZZER, Eduardo Piza; VERRI, Fellippo Ramos; PEREIRA, João Antônio; REZENDE, Rodrigo Marinho de Oliveira. Influência do formato do rebordo alveolar sagital em reabilitações com associação de prótese parcial removível de extremidade livre e implante ósseo integrado. **Oral Sci.**, Jan/Dez. 2011, vol. 3, no. 1, p. 12- 20.

SILVA, L. G., BELESTRERI C, CUNHA L. T. B. V. Prevalência de bruxismo em alunos da odontologia. **Rev Méd Hosp São Vicente de Paula**, n. 10, v. 23, p. 5-8, 1998.

SILVA, Marco Aurélio Bonfim. et al. Associação entre implantes odontológicos e próteses parciais removíveis: revisão de literatura. **RSBO**. 2011 Jan-Mar;8(1):97-101.

SILVA, R. J.; SEIXAS, Z. A. Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis. **International Journal of Dentistry**, v. 7, n. 2, p. 125-132, 2008.

SILVIA, M.P.C.; GIRUNDI, F.M.S. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão: relato de caso. 2010. 16f. Monografia (Especialização em prótese dentária) Instituto de Estudos da Saúde, Belo Horizonte, 2010.

SOUZA, Fernanda Nunes. et al. Análise in vivo da adaptação de apoios em prótese parcial removível. **Revista fluminense de odontologia** - issn 1413-2966 ano xvi - nº 36 - jul/dez – 2011.

TORBAN, Paulo. et al. Avaliação qualitativa e quantitativa dos planejamentos de próteses parciais removíveis enviados pelos dentistas aos laboratórios de prótese dentária. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 15(2) 109 - 114, Abr./Jun., 2016.

TORRES, Érika M. et al. Avaliação do Planejamento para Prótese Parcial Removível e da Qualidade dos Modelos e Requisições Enviados aos Laboratórios. **Rev Odontol Bras Central** 2011;20(52).

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

ZUANON, A. C. C.; CAMPOS, C. G. A.; GIRO, E. M. A.; PANSANI, C. A. Bruxismo Infantil. **Odont Clin**, v. 9, n. 1, p. 41- 4, 1999.



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Paciente: ZELINDA VIDALHO DE OLIVEIRA

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a Única Cursos Avançados em Odontologia 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 exame 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.

Manaus, 05 de AGOSTO de 2021.

X Zelinda V. de Oliveira

Assinatura do Paciente

X Zelinda V. de Oliveira

Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente