

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE**

**NAYANI AUGUSTO DE CARVALHO**

**PRÓTESE TIPO PROTOCOLO INFERIOR**

**SETE LAGOAS  
2018**

## PRÓTESE TIPO PROTOCOLO INFERIOR

Nayani Augusto de Carvalho<sup>1</sup>  
João de Paula Martins Júnior<sup>2</sup>

### RESUMO

Nas últimas décadas o sucesso do tratamento reabilitador em pacientes edêntulos totais é inegável. O procedimento reestabelece função mastigatória, estética, comodidade e principalmente resgata a auto estima, gerando saúde. Prótese tipo protocolo implantossuportadas foram desenvolvidas na busca por um tratamento reabilitador total em pacientes edêntulos. Consiste, em uma prótese total retida ao rebordo alveolar do paciente através de implantes osseointegráveis previamente instalados, podendo ser confeccionada em diversos materiais, o presente estudo apresenta um caso clínico de prótese tipo protocolo de Branemark, suportada por 5 implantes osseointegráveis distribuídos entre forames mentonianos em mandíbula com atrofia posterior, confeccionada em uma barra de retenção metálica com aplicação de acrílico para cobertura estética e dentes pré-fabricados em acrílico.

**Palavras chaves:** Prótese protocolo. Dentadura. Prótese implantossuportada.

### ABSTRACT

In the last decades, the success of rehabilitator treatment in total edentulous patients is undeniable. The procedure reestablishes masticatory function, aesthetics, comdity and mainly resspends of self-esteem, generating health. Implantossupported protocol type prosthesis were developed in the search for a total rehabilitation treatment in edentulous patients. It consists, in a total prosthesis retained to the alveolar rim of the patient through previously installed osseointegrated implantes, and can be made in several materials, the present study presents a clinical case of protocol type prosthesis of Branemark, supported by 5 osseointegrable implants distributed between Mentonian foramen in mandible with posterior atrophy, made in a metal retaining bar with acrylic application for aesthetic cover and pre-fabricated teeth acrylic.

**Key-words:** prosthetic protocol, denture, implant-supported prosthesis.

### INTRODUÇÃO

Com a crescente procura por estética oral e conseqüentemente aumento na expectativa de vida da população, tratamentos reabilitadores fixos são a primeira escolha para pacientes edêntulos totais ou parciais. Assim, próteses retidas por implantes osseointegráveis têm ganhado espaço e confiança na

---

<sup>1</sup>Especializanda em Prótese Dentária pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); graduado em Odontologia pela FEAD, 2014.

<sup>2</sup>Mestre pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica; Especialista em Implantodontia pela Clínica Integrada de Odontologia (CIODONTO); Especialista em prótese Dentária pela Faculdade Sete Lagoas – FACSETE; graduado em Odontologia pela UNOESTE. Orientador.

prática clínica odontológica, reestabelecendo função mastigatória, fonética, retenção e estabilidade da prótese, grande desafio para o profissional e paciente, além do bem estar, fator de grande relevância psicológico.

Um criterioso planejamento deve ser executado, comumente conhecido como planejamento reverso, onde o planejamento da reabilitação se inicia pela prótese, respeitando a anatomia e particularidades de cada paciente, após sua execução inicia-se a instalação dos implantes osseointegráveis. Respeito a tais particularidades influenciam diretamente no sucesso do tratamento.

O protocolo clínico clássico para o tratamento foi proposto por Branemark, com fase cirúrgica em dois estágios, com um período de cicatrização livre de cargas entre a cirurgia de instalação dos implantes e a instalação da prótese (ALBREKTSSON *et al.*, 1986).

Assim, para o sucesso esperado do tratamento é imperativo que o profissional tenha pleno conhecimento de suas características peculiares e domine a técnica de confecção, que envolve fase cirúrgica e protética (VAN STEENBERGHE *et al.*, 1993). O presente estudo apresenta um caso clínico de prótese tipo protocolo de Branemark em mandíbula.

## **DESENVOLVIMENTO**

### Discussão

Com a descoberta da osseointegração em meados de 1969 por Branemark, procedimentos reabilitadores fixos foram acrescentados na prática odontológica, consagrando Branemark como o pai da implantodontia, pelas altas taxas de sucesso de seus casos durante 15 anos de análises, tornando o implante dentário realidade e não experiência clínica. Até a atualidade a dificuldade para obter estabilidade e retenção nas reabilitações orais em mandíbulas e maxilas edêntulas totais são rotina no consultório odontológico, alguns impecilhos são anatômicos, como forças musculares exercidas na região, a língua e dificuldade à adaptação as próteses pelos portadores. A prótese implantossuportada revolucionou a odontologia reabilitadora por oferecer estabilidade, conforto e estética ao paciente.

Empregando implantes nos arcos totalmente edêntulos tornou-se possível à confecção de próteses que suprem as limitações das próteses

mucossuportadas, que se caracterizam por pobreza de estabilidade e retenção (MISCH, 2007).

Lindquist e Carlsson, em 1985, relataram que pacientes portadores de implantes dentários apresentam satisfação elevada ao tratamento, comparado ao convencional e ou ausência dentária, queixam menos e possuem melhores índices de eficiência na mastigação. Concordando Fontijn (2000), relatou que a força mastigatória em pacientes que portam próteses tipo protocolo é maior do que a força em pacientes que portam próteses convencionais, mucossuportadas. Relacionando mastigação á nutrição do paciente e qualidade de vida.

As próteses tipo protocolo dependem de confecção mais elaborada, desde o planejamento cirúrgico a prótese e aos cuidados de controle de biofilme pós instalação, tornando-se um tratamento de custo relativamente elevado (ROCHA, 2013).

As escolhas entre os diferentes materiais existentes para sua confecção, depende da quantidade de implantes instalados no arco.

O modelo clássico é a prótese tipo protocolo preconizada por Branemark (1977), que se caracteriza pela colocação de 4 a 6 implantes na região anterior da mandíbula, entre os forames mentuais, e cantilever distal de ambos os lados para substituição dos dentes posteriores. Na maxila, recomenda-se a colocação de 6 a 8 implantes. Neste tipo de prótese utiliza-se uma infraestrutura metálica e uma base de resina para uni-las aos dentes de resina acrílica.

Dependendo de fatores como, quantidade e distribuição dos implantes, distância vertical entre as arcadas, grau de envolvimento da perda de tecidos de suporte, os arcos totalmente edêntulos podem ser reabilitados com próteses metalocerâmicos (ROCHA, 2013).

O profissional deve ter pleno conhecimento de características típicas de cada prótese e domine a técnica de confecção, que envolve tanto procedimentos cirúrgicos quanto protéticos. Assim a previsibilidade do tratamento e expectativas do paciente e profissional serão alcançadas.

#### Caso clínico

O paciente A.J. compareceu à clínica odontológica da Instituição de Ensino FACSETE, em Sete Lagoas com intuito de realização de tratamento para

confecção de próteses fixas, uma vez que estava insatisfeito com os dentes remanescentes e próteses que já utilizava.

Foi submetido a anamnese, exame clínico, fotografias e solicitação de exame de imagem, moldagem de estudo e moldagem para confecção de prótese provisória logo após a cirurgia. Paciente é tabagista e foi orientado de todas as adversidades que o hábito poderia gerar ao tratamento.

O tratamento proposto foi a exodontia dos dentes remanescentes, uma vez que apresentavam comprometimento periodontal e estético. Com instalação imediata de implantes osseointegráveis, dentro da distribuição necessária para confecção da prótese definitiva.

Após 4 meses, foi realizada a moldagem utilizando transferentes de arrasto (moldeira aberta), moldeiras plásticas perfuradas e silicone de condensação (Optosil/Xantopren, Heraeus Kulzer). Previamente a moldagem, os transferentes de cada implante foram unidos por resina acrílica (Duralay). Após a plastificação da resina a silicona fluida foi injetada em volta dos transferentes e sobre a mucosa do rebordo com seringa para elastômero, e simultaneamente a moldeira carregada com massa densa de silicone foi posicionada no arco, com exposição dos parafusos dos transferentes. Com a polimerização do material os transferentes foram desparafusados e todo o conjunto (moldeira, material de moldagem e transferentes) foram removidos. Em cada transferente foi parafusado um análogo aos implantes.

Realizou-se o vazamento da moldagem com gesso (tipo IV) e gengiva artificial ao redor dos conjuntos transferentes/análogos e sobre a crista do rebordo, o modelo obtido serviu de referência para a confecção da estrutura (barra) em resina acrílica, após sua prova foi realizada prova da estrutura ( barra) metálica em cromo-cobalto. A prova da barra serviu para conferência da adaptação sob os hexágonos dos implantes, realizando o registro de DVO e marcação de linhas de referências bucais espaciais, para posterior montagem e prova dos dentes em cera.

Durante a prova dos dentes em cera, foi realizada a avaliação estética e fonética, a após a aprovação do paciente a prótese foi enviada para acrilização.

Após a acrilização, a prótese foi instalada e os ajustes necessários foram realizados, levando em consideração os contatos oclusais e a distância da base

interna da prótese até a crista do tecido gengival, de maneira que possibilitasse a higienização.

Realizada então o torque final dos parafusos protéticos em 32 N e selamento dos orifícios dos parafusos passantes com fita de politetrafluoretileno e resina composta fotopolimerizável, o paciente foi orientado sobre manutenção ao tratamento, limitações da prótese, bem como os cuidados e meios de higienização necessários para longevidade do tratamento.



**Figura 1:** Vista oclusal dos implantes (cover).



**Figura 2:** Transferentes em posição para moldagem de trabalho.



**Figura 3:** Modelo obtido após moldagem.

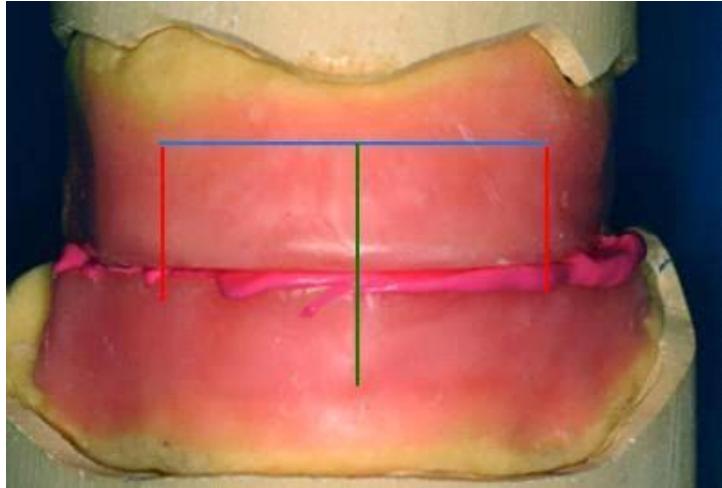


Figura 4: Plano de Cera para orientação



Figura 5: Estrutura metálica



**Figura 6:** Modelo de trabalho/ Estrutura metálica com montagem anatômica de dentes.





**Figura 7:** Vistas laterais da prótese em cera.



**Figura 8:** Vista frontal.



**Figura 9:** Vista frontal com antagonico.



**Figura 10:** Vista oclusal.



**Figura 11:** Prótese definitiva (acrilizada).

## **CONCLUSÃO**

Para ambos, profissional e paciente alcançarem satisfação com o tratamento, o emprego de critérios bem definidos, com base no diagnóstico e planejamento reverso, diretamente relacionados com as técnicas cirúrgicas e protéticas, torna-se possível ter previsibilidade e sucesso nos tratamentos de reabilitação de pacientes edêntulos totais, devolvendo função mastigatória, estética e a qualidade de vida do paciente.

## **REFERENCIAS**

ALBREKTSSON, T. et al. Osseointegrated dental implants. Dent clin north am, v.30, p. 151-174, 1986. Apud SZMUKLER-MONCLER, S. et al., 2000.

BRANEMARK PI. Osseointegration and its experimental background., J Prosthet Dent. 1983; 50(3): 399-410.

BRANEMARK PI. Protésis tejido-integradas: la osseointegration en la odontologia clinica. Berlim: Quintessence, 1987; 350p.

CANGUILHEM,G. O normal e o patológico. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 1995.

FONTIIN-TEKAMP FA, et al. Biting and Chewing in Overdentures, Full Dentures, and Natural Dentitions. *Journal of Dental Research*, n. 7, v. 79, p. 1519-1524, 2000.

LINDQUIST L W, CARLSSON GE. Long-term effects on chewing with mandibular fixed protheses on osseointegrated implants. *Acta Odontol Scand*, v.43, p. 39-45.1985.

MISCH, C. *Implante Contemporâneo*, Capítulo 2 pag. 19-20; Capitulo 10 pag. 205-206. Pancast, São paulo, 1996.

ROCHA, S. S.; SOUZA, D. R.; FERNANDES, J. M. A.; GARCIA, R. R.; ZAVANELLI, R. A. Próteses Totais Fixas Tipo Protocolo Bimaxilares. Relato de Caso, *Rev Odontol Bras. Central* v.21, n.60, 2013.

SOARES, JCRS, CAMARGO JUNIOR KR. A autonomia do paciente no processo terapeutico como valor para a saude. *Saude Educ.*, n 21, v.11, p.65-78, jan-abr 2007.

VAN STEENBERGHE D, KLINGE B, LINDEN U. et al: Periodontal indices around natural and titanium abutments: A longitudinal multicenter study. *J Periodontal* 1993; v.64 n.(6): p.538-41.