

FACSETE – FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

BÁRBARA LOUISE DOURADO DE CASTRO

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES PARCIAIS FIXA E REMOVÍVEL –
RELATO DE CASO

RECIFE

2017

Bárbara Louise Dourado de Castro

Reabilitação oral com próteses parciais fixa e removível – relato de caso

Monografia apresentada ao curso de
Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas
Como requisito parcial para conclusão do Curso de Prótese Dentária.

Área de concentração: Próteses fixa e parcial removível.

Orientador: Prof. Dr. João Esmeraldo Frota Mendonça

Coorientador: Prof. Dr. Cássio de Barros Pontes

Recife

2017

Dourado de Castro, Bárbara Louise

Reabilitação oral com próteses parciais fixa e removível – relato de caso / Bárbara Louise Dourado de Castro. - 2017-06-04

00 f. :il.

Orientador: João Esmeraldo Frota Mendonça.

Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017.


1. Prótese parcial fixa. 2. Prótese parcial removível. 3. Reabilitação Oral.

I. Título.

II. João Esmeraldo Frota Mendonça

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

Artigo intitulado "Reabilitação oral com próteses parciais fixa e removível – relato de caso" de autoria da aluna Bárbara Louise Dourado de Castro, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profº Dr. João Esmeraldo Frota Mendonça – CPO - Centro de Pós-graduação em Odontologia – Orientador



Profº Dr. Cássio de Barros Pontes – CPO - Centro de Pós-graduação em Odontologia.

Recife, 09 de Abril de 2016.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um caso clínico de reabilitação oral com prótese parcial fixa superior associada a uma prótese parcial removível inferior. Um paciente adulto com história de várias perdas dentárias em decorrência de higiene bucal deficiente somada a tratamentos protéticos anteriores mal sucedidos, apresentando, conseqüentemente baixa auto-estima, foi reabilitado. Como resultado, obteve-se um par de próteses que devolveram ao paciente, além de uma função mastigatória adequada, uma boa aparência ao seu sorriso. Conclui-se que, houve uma grande aceitação do trabalho final por parte do paciente bem como dos profissionais envolvidos em relação à estética e função, melhorando a qualidade de vida segundo relato apresentado pelo paciente.

Palavras-chaves: Prótese Parcial Fixa, Prótese Parcial Removível, Reabilitação Oral.

ABSTRACT

This article aims to present a clinical case of oral rehabilitation with upper-fixed partial prosthesis in connection with a lower removable partial prosthesis. An adult patient with a history of multiple tooth losses due to poor oral hygiene and unsuccessful previous prosthetic treatments (thus with low self-esteem) was rehabilitated. As a result, it was obtained a pair of prosthesis that gave back to the patient not just an adequate masticatory capability but also a proper smile. It was concluded that there was a wide acceptance of the final work by the patient as well as by professionals involved in both aesthetic and functional matters, and therefore that there was a life quality improvement for the patient which was mentioned in a report presented by the patient himself.

Keywords: Fixed Partial Prosthesis, Removable Partial Prosthesis, Oral Rehabilitation.

SUMÁRIO

Introdução	6
Relato do caso	7
Discussão	10
Conclusão	12
Referências bibliográficas	13
Anexo	15
Figuras.....	15

INTRODUÇÃO

Apesar do conhecimento e da capacidade prática de se evitar a perda dentária, a Prótese Dentária, como uma especialidade, encontra um grande desafio atual, que é a substituição de dentes perdidos aliando função e estética (Oliveira, 2009). Somado a essa dificuldade, o paciente traz consigo a sua experiência de vida como ser humano inserido em um determinado contexto sociocultural e econômico. As necessidades, expectativas e motivações são igualmente únicas (Mezzomo, 2006). Os dentes passam a ser símbolos de força, agressão e atitude ativa e perdê-los pode significar insegurança e ansiedade (Telles, 2003).

Independente do tipo de prótese dentária que será utilizada para reabilitar o paciente, seja ela prótese parcial fixa ou removível, convencional ou sobre implantes, o sucesso dos trabalhos na clínica diária está diretamente associado a um correto e criterioso planejamento, que deve ser individualizado e executado de modo a atender às necessidades de cada paciente. Desta forma, cabe ao cirurgião-dentista coletar todas as informações necessárias durante o exame do paciente para que sejam organizadas e interpretadas, orientando-o na determinação do plano de tratamento, sendo grande parte dessas informações fornecidas pelo próprio paciente (Pergoraro, 1998).

O sucesso do tratamento com prótese parcial fixa é determinado por meio de critérios como a longevidade da prótese, estética, saúde pulpar e gengival dos dentes envolvidos e satisfação do paciente. Para alcançar esses objetivos, o cirurgião-dentista deve saber executar todas as fases do tratamento, preparo e cimentação da prótese. O preparo dental deve preencher os princípios fundamentais: mecânicos (retenção; resistência ou estabilidade; rigidez estrutural e integridade marginal), biológicos (preservação do órgão pulpar e preservação da saúde periodontal) e estéticos (saúde periodontal, forma, contorno e cor). O conhecimento desses princípios deve orientar a execução dos preparos coronários e é de extrema importância para a preservação das estruturas de suporte, assim como para a longevidade dos tratamentos reabilitadores (Araújo, 2008).

As próteses parciais removíveis (PPR) são aquelas que tem por finalidade substituir funcional e esteticamente os dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente dentados, podendo ser removidas e reposicionadas na boca sempre

que necessário, sem causar danos à sua estrutura ou aos elementos biológicos com os quais diretamente se relacionem (dentes pilares e rebordo residual) (Oliveira, 2009). O sucesso de uma PPR depende de princípios que regem sua indicação e desenho que devem levar em consideração o envolvimento biológico e mecânico das estruturas que darão suporte à prótese. O aspecto mais importante desse tratamento é o planejamento cuidadoso, a correta execução dos preparos de boca e a precisão durante o processo de obtenção da estrutura (Jorge, 2006). As PPRs por serem executadas de forma personalizada, ou seja, pela condição de saúde geral do paciente, idade, condição específica de saúde oral, situação econômica e aspectos psicológicos, promovem inestimável benefício à saúde, recuperando a estética e a capacidade mastigatória. Bem como, apresentam baixo custo e rapidez de execução como principais indicações (Mezzomo, 2009).

Diante disso, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico onde se realizou um tratamento de reabilitação oral com prótese parcial fixa superior associada a uma prótese parcial removível inferior.

RELATO DO CASO

Paciente do gênero masculino, 45 anos de idade, caucasiano, apresentou-se à Clínica de Especialização de Prótese IV do Centro de Pós-graduação em Odontologia, Recife-PE, queixando-se da aparência do seu sorriso. Durante a anamnese, o paciente relatou ter perdido vários dentes há anos devido à má higiene bucal e a tratamentos protéticos anteriores mal sucedidos (figura 01). Mostrou-se profundamente insatisfeito, inseguro e com baixa auto-estima. Após exames clínico e radiográfico constatou-se a ausência dos dentes 18, 25, 27, 28, 35 - 38, 46 e 48, bem como restos radiculares dos dentes 12 e 15, núcleos metálicos fundidos expostos nos dentes 11, 13, 22 e 23 e uma prótese metalocerâmica insatisfatória no 24 (figura 02). Apesar do número de ausências dentárias, o paciente não apresentava alteração na dimensão vertical de oclusão, observada após uso de inúmeros métodos para a determinação da dimensão vertical de repouso. Constatou-se também gengivite em inúmeras regiões e um leve desvio da linha mediana.

Para estudo e planejamento do caso, foram confeccionados os modelos de estudo e as relações intermaxilares foram determinadas e transferidas para um articulador semi-ajustável (Modelo 4000, BioArt, São Carlos, SP) (ASA) (figura 03). Após análise criteriosa, optou-se pelo aproveitamento dos núcleos metálicos fundidos dos dentes 11, 13, 22 e 24. Porém foi indicada extração dos restos radiculares dos dentes 12, 14 e 23 por não estarem adequados para serem pilares protéticos da futura prótese fixa. Foi então estabelecido que o paciente fosse reabilitado no arco superior com próteses parciais fixas metalocerâmicas em todos os dentes, incluindo pânticos e pilares, com exceção do 17, e no arco inferior com prótese parcial removível. Este tipo de prótese foi indicada no arco inferior por ser parcialmente desdentado, com ampla extremidade livre unilateral, contra-indicando o tratamento com prótese fixa, bem como por fatores econômicos, o que neste caso, contra-indicava a instalação de próteses sobre implantes. Com modelos montados em ASA, foram solicitadas ao laboratório as próteses provisórias superiores dos dentes 16 ao 26, para proporcionar de maneira rápida uma melhora na aparência do sorriso do paciente (figuras 04 e 05).

Após o delineamento do modelo de estudo do arco inferior, foi definido o planejamento da PPR e seu desenho. Foram selecionados como dentes pilares o 34, 45 e 47. Segundo a classificação de Kennedy/Applegate, o arco foi considerado como classe II modificação 1. Em relação ao sistema de suporte, a prótese foi considerada dento-muco-suportada e a distribuição dos dentes pilares se dava de maneira superficial o que tornou prognóstico da PPR mais favorável por promover maior estabilidade, retenção e suporte. Igualmente por possuir o rebordo alveolar residual com boa consistência, forma e altura, e a fibromucosa com bom grau de resiliência. Os pilares 34 e 45 receberam grampo tipo barra em forma de T e placas estabilizadoras nas faces proximais distais. O dente 47, por ser girovertido mesialmente, recebeu grampo circular de acesso invertido. Os dentes 33 e 44 receberam retenções indiretas e o conector maior de eleição foi a barra lingual. A coroa do dente 24 foi removida, os preparos foram feitos nos dentes 16, 21 e 26 e refinados nos dentes 11, 13, 22 e 24 para melhor acabamento da sua linha de término. Após a estabilização do meio oral, através de procedimentos básicos periodontais para uma melhora na saúde oral, as próteses provisórias foram reembasadas e cimentadas com cimento de óxido de zinco sem eugenol (Temp Bond NE – Kerr – EUA). Por meio dessa etapa, pôde-se fazer uma pré-avaliação

dos aspectos estéticos e funcionais que podem ser conseguidos com a prótese final (figuras 04 e 05). O paciente aprovou tamanho, forma e cor dos provisórios, relatando grande satisfação. Nesta fase do tratamento, o paciente foi treinado quanto a sua higienização oral, sobre frequência e técnica de escovação e uso do fio dental. Após o uso do provisório, optou-se pela extração da raiz do dente 22 por não suportar a carga gerada pela função.

Após esse passo, foi feita a modelagem dos núcleos dos dentes 16 e 26 com pinos para a confecção de núcleos (Pinjet- Angelus - Brasil) e resina acrílica (Duralay II – Labor Dental – EUA), os quais já apresentavam tratamento endodôntico prévio. Após fundidos os núcleos, a verificação do assentamento dos mesmos foi realizada radiograficamente e depois foram cimentados com cimento fosfato de zinco (Vigodent - Brasil).

Concluída esta fase, foram confeccionados os casquetes com resina acrílica a partir da duplicação dos provisórios. Para o reembasamento dos mesmos, foi utilizada resina acrílica (Duralay II – Labor Dental – EUA) por possuir melhor estabilidade dimensional e cor vermelha para facilitar a visualização dos detalhes do término cervical e do sulco gengival. Após reembasados, os excessos externos e internos foram removidos, deixando a linha correspondente ao término cervical intacta. A partir dessa etapa, deu-se início à moldagem. Aplicou-se no interior dos casquetes, poliéter (Impregnum - 3M - Seefeld, Alemanha) com o adesivo próprio e estes foram levados à boca. Após a polimerização do material, os casquetes foram removidos e foi vazado gesso especial tipo IV (Durone - Dentsply - Brasil) em todo o molde para a confecção de um modelo. Depois foi feita a moldagem do arco superior do paciente com alginato (Hydrogum - Labordental - Zhermack) e montado no articulador, após obtenção do registro oclusal. O conjunto foi enviado ao laboratório para a confecção da infra-estrutura metálica de níquel-cromo dos pânticos e pilares (figuras 06 e 07). Ainda nessa etapa procedeu-se o preparo dos nichos e moldagem para obtenção do modelo de trabalho. O conjunto foi enviado ao laboratório para confecção da estrutura metálica da PPR.

Com a infra-estrutura superior em posição, foram feitos os ajustes já que ela seria o protótipo da reabilitação metalocerâmica final. Como o planejamento da peça foi feito com ela unida, foram feitas uniões com resina acrílica (Duralay II – Labor Dental – EUA) e fio ortodôntico em boca para manter o posicionamento correto dos

pilares. Quando finalizada, foi elaborado um índice para a garantia não deslocamento da união. Foi então enviada ao laboratório para confecção das soldas.

Com a infra-estrutura já unida e bem adaptada aos pilares, foi feita uma moldagem de arrasto com alginato (Hydrogum - Labordental - Zhermack). Na parte interna do molde foram feitas retenções e depois foi vazado gesso tipo IV (Durone - Dentsply, Brasil), obtendo assim um modelo com a estrutura posicionada para montagem no articulador com registros de oclusão já tomados anteriormente. A cor da porcelana a ser aplicada foi escolhida pela Escala VITA (A3 no terço cervical e A2 nos terços médio e incisal) e enviada novamente ao laboratório para a aplicação da porcelana e glazeamento. Quando concluída, a prótese metalocerâmica foi cimentada com cimento resinoso (RelyX - 3M - Seefeld, Alemanha), por ser um cimento com adesão à estrutura dental e baixa solubilidade (figuras 08, 09 e 10). A partir dessa etapa deu-se continuidade à confecção da PPR, tendo agora como referência a prótese superior já instalada. Foram, assim, realizados prova da estrutura metálica, registro oclusal e montagem no articulador semi-ajustável; e após envio ao laboratório, prova dos dentes artificiais, posterior acrilização, instalação e ajustes. O paciente relatou estar se alimentando melhor e contente, sentindo-se confiante ao falar e sorrir (figuras 11 e 12).

DISCUSSÃO

O paciente do presente trabalho apresentava muitas perdas dentárias e este é um fato que a população brasileira enfrenta apesar de todo avanço da Odontologia. A perda dentária altera a homeostase do sistema estomatognático devido à modificação de parte do esqueleto facial associada à perda de osso alveolar e resposta neuromuscular, interferindo na realização das funções de mastigação, deglutição e fala. O tratamento protético foi indicado porque iria possibilitar uma melhora na realização dessas funções e do restabelecimento da estética (Cavalcanti, 2008; Fazito, 2004).

Um bom diagnóstico e um planejamento adequado juntamente com a realização de exames clínicos e radiográficos detalhados foram de primordial importância para alcançar o sucesso deste tratamento (Todescan, 1971 em Jorge, 2006). Fatores importantes aliados ao diagnóstico e plano de tratamento foram a opinião, expectativa e necessidades do paciente. Todas as fases foram estudadas

com cautela para evitar intercorrências posteriores como tempo e custos desperdiçados, bem como comprometimento emocional do paciente, também por tratar-se de um tratamento extenso. A opinião do paciente sempre foi consultada, pois o conceito do belo é de caráter totalmente pessoal e subjetivo, sofrendo influências culturais e sociais. Segundo Pinelli (2004), o sucesso do tratamento reabilitador com prótese fixa depende não somente de execuções clínicas e laboratoriais criteriosas, mas também das expectativas, percepções e atitudes do paciente. Geralmente as três maiores influências para determinar sua aceitação são o conforto, função e estética. O paciente aprovou cada etapa do tratamento, participando ativamente na discussão de possíveis trabalhos.

Buscou-se realizar os preparos dentários de forma criteriosa, pois os princípios mecânicos e biológicos que devem orientar a execução dos preparos coronários em prótese parcial fixa são de extrema importância para a preservação das estruturas de suporte e longevidade dos tratamentos reabilitadores (Pavanelli, 2000). E segundo Mainieri (2002), o diagnóstico perceptivo realizado pelo dentista e a qualidade da preparação dentária predeterminam a longevidade da maioria das próteses fixas.

Fatores estéticos foram os que mais contribuíram no estudo de Mainieri (2002) para a insatisfação do paciente. E o tipo de material da prótese, diferentemente do seu tempo de uso, idade e sexo do paciente, interferiu no grau de satisfação sendo as metalocerâmicas consideradas mais satisfatórias. Concluiu-se que as coroas metalocerâmicas são extremamente versáteis em suas indicações devido ao seu potencial estético, sua resistência, durabilidade e relativa simplicidade. No caso apresentado, torna-se evidente que a boa aparência conferida pela metalocerâmica interferiu na estética do sorriso e contribuiu para o bem-estar e psicológico do paciente.

Neste caso, o baixo custo associado à PPR e a impossibilidade de execução de um tratamento com prótese parcial fixa levou à indicação da prótese parcial removível no arco inferior apesar de ser a Implantodontia uma realidade atual e das diversas possibilidades de se reabilitar com próteses fixas convencionais. Torna-se incontestável que a PPR continua sendo um dos tratamentos mais comuns na clínica e em muitas situações o de eleição para determinados pacientes (Silveira, 2008).

Um mais amplo comportamento social nos compromete, como no caso, a desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos dando uma crescente importância às experiências subjetivas ao indivíduo como seu bem-estar funcional, social e psicológico (Locker em Mito, 2012). Houve assim, um ganho na confiança do paciente em relação a si próprio envolvido no meio social, em relação ao profissional e ao tratamento reabilitador.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento reabilitador desenvolvido de forma criteriosa em relação às suas etapas juntamente com a cooperação do paciente, alcança bons resultados nos requisitos estéticos e funcionais.

Essa melhora levou o paciente a uma grande satisfação com os resultados, elevando sua auto-estima e aceitação de novas próteses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, P. C. P.; SANTANA, I. L.; FILHO, J. R. M.; TRAVASSOS, J. R. Avaliação do ângulo de convergência de preparos para coroas totais. RFO, São Luiz, v.13, n. 1, p. 43-47, jan/abr. 2008.

CAVALCANTI, E. R. V. A.; BIANCHINI, M. G. Verificação e análise funcional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 10, n.4, out/dez. 2008.

FAZITO, L. T.; PERIM, J. V.; NINNO, C. Q. M. F. Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 143-50, abr/jun. 2004.

JORGE, J. H.; VERGANI, C. E.; GIAMPAOLO, E. T.; MACHADO, E. L. PAVARINA, E. C. Preparos de dentes pilares para prótese parcial removível. RevOdontol UNESP, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 215-222, 2006.

MAINIERI, E. T.; VELASQUEZ, S.; SOLLETTI, C. E; SFREDO, A. A.; MAINIERI, V. C. Considerações morfológicas sobre a preparação de dentes pilares em prótese fixa. Rev Bras Odontol, v. 59, n. 5, p. 344-346, set/out, 2002.

MEZZOMO, E.; SUZUKI, R. M. Reabilitação oral contemporânea. 1. ed. Santos, 2006.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, M. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em

município da região Sudeste. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev, 2012.

OLIVEIRA, L. F.; LOPES, N.; TAYENE, N. T.; CANGUSSU, R.; NEVES, F. S.; ANDRADE, A. Associação da prótese parcial removível com a prótese fixa: uma revisão de literatura. Odontologia Clín.-Científic., Recife, v. 8, n.4, p. 305-307, out/dez, 2009.

PAVANELLI, C. A.; LAFAYETTE, N. J.; MORAES, J. V.; PAGANI, C. Considerações clínicas sobre os princípios biomecânicos que orientam os preparos coronários em prótese parcial fixa. JBC j. bras.clin. estet. odontol., v. 4, n. 24, p. 72-76, nov/dez, 2000.

PERGORARO, L. F.; VALLE, A. L.; CONTI, P. C. R.; BONACHELA, V. Prótese Fixa. 1. ed. São Paulo, 1998.

PINELLI, L. A. P.; FAIS, L. M.G.; MARRA, J.; TAVARES DA SILVA, R. H. B.; GUAGLIANONI, D.G. Grau de satisfação de pacientes portadores de prótese parcial fixa. Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo, v. 33, n. 2. p. 87-93, 2004.

SILVEIRA, G. J. D.; NEGREIROS, W. A.; FERREIRA, D. F.; HIRATA, M.; COSANI, R. L.X.; MESQUITA, M. F. Prótese parcial removível destacável com sistema MK1 – descrição de técnica laboratorial. Odontologia Clín.-Científic., Recife, v. 7, n. 4, p. 337-340, out/dez, 2008.

TELLES, D.; HOLLWEG, H.; CASTELLUTTI, L. Prótese total, convencional e sobre implantes. 1. ed. Santos, 2003.

ANEXO**FIGURAS**

Figura 01 - Paciente ao chegar à clínica - foto inicial.



Figura 02 - Vista aproximada do paciente em oclusão.

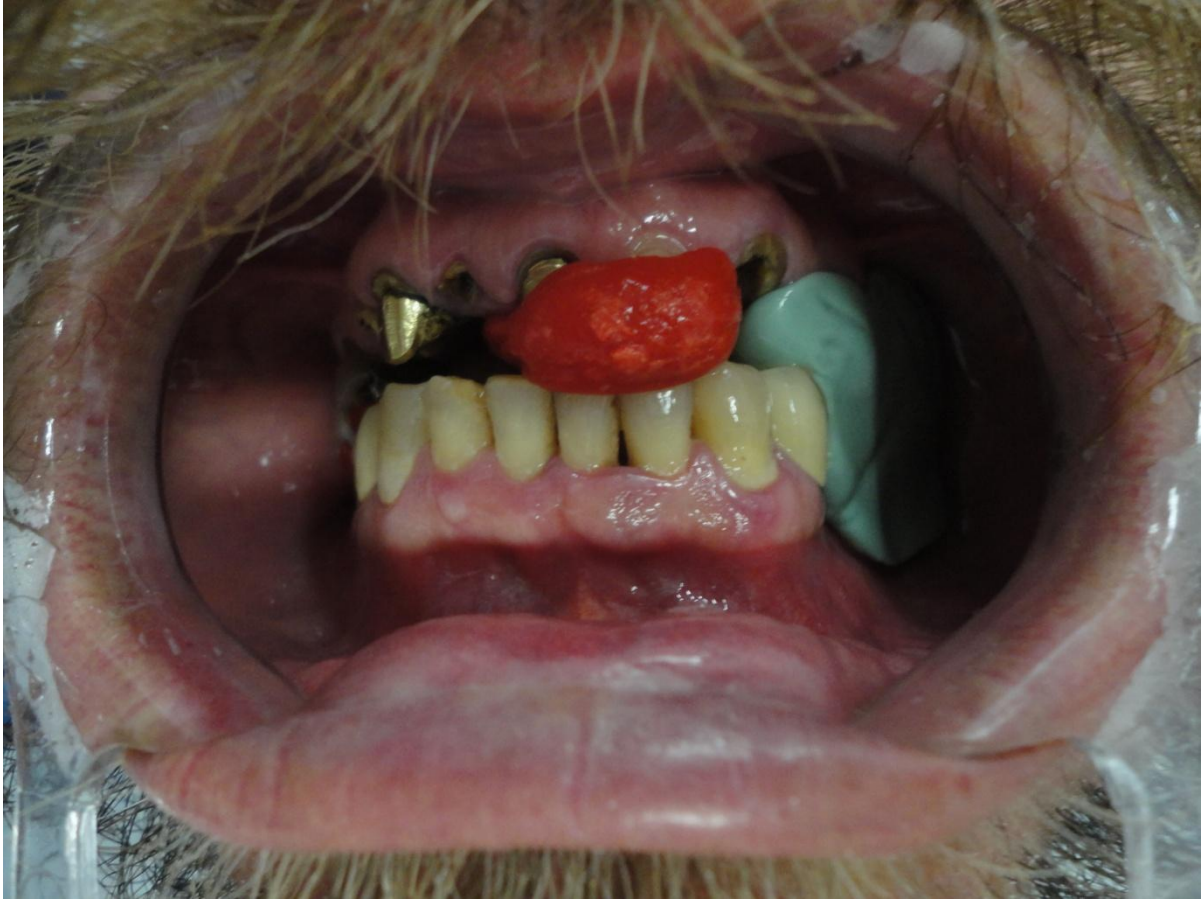


Figura 03 - Determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO)



Figura 04 - Modelo montado em Articulador Semi-Ajustável após adequação do meio bucal e em correta DVO.



Figura 05 - Ponte Parcial Fixa provisória instalada devolvendo a DVO planejada.



Figura 06 - Infraestrutura metálica para PPF superior (vista oclusal).



Figura 07 - Infraestrutura metálica para PPF superior (vista vestibular).



Figura 08 - PPF superior concluída para cimentação (vista oclusal).



Figura 09 - PPF superior concluída para cimentação (vista vestibular).



Figura 10 - PPF superior instalada.



Figura 11 - Reabilitação finalizada com a PPR inferior instalada.



Figura 12 - Tratamento concluído.