

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

Pós-Graduação em Odontologia

Laís de Souza Belém Mota

**REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR EM  
REBORDO REABSORVIDO: RELATO DE CASO**

MANAUS

2022

Laís de Souza Belém Mota

## **REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR EM REBORDO REABSORVIDO: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária em Odontologia.

Orientador: Prof. Adriana Fonseca Borges

MANAUS

2022



Laís de Souza Belém Mota

## **REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR EM REBORDO REABSORVIDO: RELATO DE CASO**

Monografia apresentada ao curso superior em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária em Odontologia.

Aprovada em \_\_/\_\_/\_\_ pela banca constituída pelos seguintes professores:

---

Profª. Adriana Fonseca Borges

---

Banca 1

---

Banca 2

Manaus, \_\_\_\_\_ de janeiro de 2022.

## RESUMO

Edentulismo é um problema de saúde pública relevante e que afeta diretamente a qualidade de vida. As reabilitações com próteses totais auxiliam na diminuição dos aspectos negativos gerados pela perda dentária, como as dificuldades de fala, mastigação, convívio social e autoestima. Rebordos alveolares com reabsorção podem ser mais desafiadores para a reabilitação, mas ainda assim é possível promover melhor qualidade de vida com o tratamento. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico com reabilitação através de próteses totais, superior e inferior em rebordo reabsorvido. Paciente de 70 anos, usuária de prótese total superior há mais de 10 anos e prótese provisória inferior há cerca de 1 ano compareceu ao atendimento com intuito de substituição dos trabalhos realizados. No exame clínico foi observado rebordo inferior com acentuada reabsorção na região de molares. Para a confecção das próteses totais foram feitas as etapas de moldagem preliminar, moldagem funcional, prova da base de prova, montagem em articulador semi-ajustável, prova dos dentes, moldagem de reembasamento e instalação das próteses totais, com ajustes necessários em proervação. Por fim, foi possível concluir que reabilitações, mesmo em rebordo reabsorvido, são possíveis e benéficas, causando impacto positivo para o paciente que necessita.

**Palavras-chave:** prótese total superior, prótese total inferior, reabsorção alveolar, satisfação do paciente.

## ABSTRACT

Edentulism is a relevant public health problem that directly affects quality of life. Rehabilitation with complete dentures helps to reduce the negative aspects caused by tooth loss, such as speech, chewing, social interaction and self-esteem difficulties. Ridges resorption can be more challenging for rehabilitation, but it is still possible to promote a better quality of life with the treatment. Thus, this paper aims to report a clinical case with rehabilitation using upper and lower dentures in resorbed ridge. A 70-year-old patient, wearer of maxillary denture for more than 10 years and mandibular provisional prosthesis for about 1 year, attended the service with intention of replacing the work performed. On clinical examination, mandibular ridge resorption in the molar region was observed. For the manufacture of complete denture, the steps of preliminary molding, functional molding, evidence base test, assembly in semi-adjustable articulator, teeth test, relining molding, and installation of complete denture, with necessary adjustments in the follow-up. Finally, it was possible to conclude that rehabilitations, even in resorbed ridges, are possible and beneficial, causing a positive impact for the patient in need.

**Key words:** upper complete denture, lower complete denture, ridge resorption, patient satisfaction.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO .....	7
2.OBJETIVOS .....	8
2.1.Geral .....	8
2.2.Específicos.....	8
3.REVISÃO DE LITERATURA .....	9
4.RELATO DE CASO .....	17
5.DISSCUSSÃO .....	23
6.CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXOS .....	27
A – Prontuário Odontológico Única Cursos Avançados.....	27

## INTRODUÇÃO

O edentulismo, ausência de todos os dentes permanentes, é um desfecho de saúde que apresenta grande impacto em qualidade de vida (ROUMANAS, 2009). É um problema global de saúde, causado comumente por patologias bucais em que a prevenção já é amplamente conhecida (PETERSEN, BOURGEOIS e OGAWA, 2005). Dificuldades de acesso à informação e à serviços de saúde são partes da cadeia multifatorial que leva à esse desfecho (GILBERT, DUNCAN e SHELTON, 2003; CUNHA-CRUZ, HUJOEL e NADANOVSKY, 2007).

Além disso, a ausência total dos dentes gera dificuldades sérias de mastigação, e por consequência, nutrição, bem como dificuldade na fala, impacto na autoimagem, comportamento social, e outros fatores de ordem psicossocial (PAPADAKI e ANASTASSIADOU, 2011). Para minimizar esses efeitos e possibilitar uma qualidade de vida, as reabilitações protéticas são extremamente importantes.

As reabilitações com próteses totais podem ser feitas de forma convencional, com próteses em resina acrílica termopolimerizáveis, ou de forma mais atual através das implantossuportadas. As reabilitações totais sobre implantes são reportadas como alternativas de melhor sucesso e previsibilidade, e que promovem maior conforto ao paciente (KM et al., 2020). No entanto, nenhuma reabilitação é capaz de substituir completamente os dentes em todos os níveis de função e igualar à função de pacientes dentados (ROUMANA, 2009). Ainda, as próteses totais implantossuportadas não são realidade para todos que necessitam, especialmente em devido aos aspectos econômicos e ao maior custo financeiro das intervenções com implantes (ROUMANA, 2009).

Uma das consequências mais importantes ligada ao edentulismo e ao uso de próteses totais é a reabsorção de crista óssea. Não há um consenso na literatura sobre a causa da reabsorção, porém ela está fortemente associada ao tempo de perda dentária, tamanho inicial do rebordo, forças oclusais e padrão de uso da prótese total durante o sono (DIVARIS et al., 2012). Há uma alta prevalência da reabsorção, com maior frequência de ocorrência no rebordo ósseo mandibular (DIVARIS et al., 2012).

## **OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Relatar um caso clínico com reabilitação através de próteses totais, superior e inferior em rebordo reabsorvido.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

2.2.2. Ilustrar as etapas e processos necessários para a obtenção e instalação das próteses totais.

2.2.3. Discutir acerca da relevância das reabilitações, e de sua importância para qualidade de vida e saúde geral.



## REVISÃO DE LITERATURA

Ortman (1971), realizou revisão de literatura acerca de próteses totais intitulada “o papel da oclusão na preservação e prevenção de próteses totais”. E revisão aprofunda sobre fatores importantes no prognóstico das próteses, como as características das estruturas de suporte, a reação do rebordo alveolar frente às pressões e tensões oclusais, a diferença entre oclusão natural e oclusão artificial e os critérios necessários para uma oclusão artificial que preserve os tecidos dos adjacentes. Dentre os principais fatores a ser observados na oclusão artificial, estão a necessidade de estabilidade da oclusão em relação cêntrica, oclusão balanceada para contatos excêntricos, desbloqueio das cúspides mesiodistalmente para acomodar o assentamento das bases da dentadura, controle da força horizontal reduzindo a altura da cúspide vestibulo-lingual, equilíbrio funcional pela posição favorável do contato entre cristas, eficiência de corte e cisalhamento, desobstrução anterior dos dentes durante a função mastigatória, e áreas de parada oclusais mínimas para redução de pressão durante a função. Os autores também citam aspectos de cuidados a serem realizados pelos usuários da prótese, como o cuidado com mastigação de alimentos com dureza que excedam a capacidade do rebordo, o descanso para o rebordo necessário após longos períodos de uso ou excessos causados por estresse e mastigação bilateral, de modo a criar um hábito que evite forçar um dos lados e desbalancear esse rebordo. De modo geral, os autores reúnem informações acerca do mecanismo e formas de proteger o rebordo e assim manter a reabilitação estável por mais tempo.

Bergman e Gunnar (1985), com objetivo de descrever e destacar achados clínicos dos tratamentos acompanhados na época. O estudo foi conduzido com uma amostra de 32 pacientes que receberam próteses totais 21 anos antes. Como resultados, os autores observaram haver uma discrepância entre a satisfação dos pacientes com as próteses e a avaliação do dentista sobre sua qualidade de execução. Os participantes relataram uma alta avaliação para a capacidade mastigatória, porém os testes clínicos e laboratoriais mostraram o contrário. Houve baixa frequência de disfunção temporomandibular, que os autores relacionaram com uma boa adaptação ao uso das próteses. Houve grande variação para cada indivíduo nos achados de reabsorção alveolar. Por fim, os autores concluíram que são necessárias consultas de

acompanhamento para evitar má adaptação e lesões biológicas, bem como é necessário o máximo esforço para não permitir que o paciente se torne usuário de prótese total, preconizando quando possível uso de próteses parciais ou sobredentaduras.

Suenaga et al., (1997) realizaram estudo a fim de avaliar a relação entre reabsorção alveolar e tamanho da área de base da prótese total. O estudo foi conduzido com 55 participantes edêntulos, a partir da moldagem dos rebordos inferiores. Foram avaliadas as medidas laterais e verticais da reabsorção, além de medidas as áreas de base das próteses. Como resultados, os autores observaram que o tamanho da área de base da prótese nas zonas ântero-lingual e pósterio-lingual não apresentou correlação significativa com o grau de reabsorção do rebordo alveolar. Ainda, o tamanho da área projetada da base da prótese no plano provisório de oclusão na seção anterior mostrou correlação significativa negativa com o grau de reabsorção do rebordo alveolar.

Gilbert, Duncan e Shelton (2003) realizaram um coorte prospectivo com objetivo de quantificar as disparidades raciais e de status socioeconomicos na saúde bucal. Os dados foram extraídos de um estudo prévio envolvendo afro-americanos e brancos não hispânicos, com idade mínima de 45 anos. O principal resultado obtido pelos autores foi da perda de dentes, uma medida importante da saúde bucal de uma população, observada antes e depois de entrar no sistema de atendimento odontológico. O autores concluíram com o estudo que afro-americanos e pessoas de baixo status socio-econômico relataram mais sintomas dentários, mas eram menos propensos a obter atendimento odontológico. Quando estes tinham oportunidade de receber os cuidados, eram mais propensos a perder os dentes e menos propensos a relatar que os dentistas haviam discutido tratamentos alternativos com eles.

Lang (2004) realizou uma revisão de literatura intitulada “occlusão de próteses total”. No seu texto, o autor ressaltou a importância de definir um melhor esquema de montagem de oclusão para melhor previsibilidade das reabilitações. Para o autor, uma oclusão lingualizada seria a abordagem de escolha. Portanto, descreveu etapas da montagem de dentes e as justificativas para cada recomendação. Entre os itens descritos estão: a quantidade de dentes selecionados, os pontos de referência anterior

e posterior, posicionamento buccolingual dos dentes, curva de compensação antero-posterior, curva de compensação mediolateral, avaliação da oclusão lingualizada com uma prótese de teste, ajustes dos contatos de trabalho, de balanceio, e de protusão. De modo geral, o autor defende a montagem de uma articulação lingualizada, suportada por experiência clínica.

Petersen et al. (2005) realizou revisão de literatura sobre o panorama da saúde bucal global e os fatores de risco de maior influência. Apesar da melhora de saúde bucal em alguns países, na escala global os problemas persistem. O fardo das doenças bucais são mais elevados para populações de países com menor condição socioeconômica e desenvolvimento. A cárie dentária, doença periodontal, perda de dentes, lesões em mucosa, câncer orofaríngeo, doença bucal relacionada ao vírus da imunodeficiência humana, e trauma dentário são os principais problemas de saúde bucal, que afetam profunda e diretamente na saúde geral e em qualidade de vida. Os autores ressaltaram que a diversidade nos padrões de doenças bucais é reflexo de perfis de risco distintos, e o estabelecimento de programas preventivos de saúde bucal deve levar isso em consideração. Os fatores sociocomportamentais e ambientais também exercem um papel importantíssimo na saúde e doença bucal, como a dieta pobre em nutrientes, pouca higiene oral, uso de tabaco e álcool e acessibilidade limitadas aos serviços de saúde bucal.

Cunha-Cruz, Hujoel e Nadanovsky (2006) realizaram estudo a fim de investigar as disparidades socio-econômicas do edentulismo entre 1972 e 2001. Foram avaliadas amostras representativas da população dos Estados Unidos da América, de idade entre 25 e 74 anos. Como resultados, os autores observaram diferenças entre maior e menor status socioeconômico, e análise de subgrupos mostrou diminuição dessas disparidades em casos que os indivíduos tenham realizado visitas odontológicas nos 12 meses anteriores. Por fim, os autores concluíram com a análise que a diferença de prevalência do edentulismo entre maior e menor status socioeconômico permaneceram imutáveis nos 30 anos avaliados.

Ferencz e Felton (2009) publicaram um editorial de convidado discutindo sobre o futuro do edentulismo e chamando a atenção sobre a falta de ciência recente sobre as alternativas e formas de prevenção para pacientes edêntulos. Os autores

ressaltaram como o edentulismo é um problema de saúde pública global, e que ainda assim a segunda metade do século XX presenciou tanta inovação científica entre os materiais odontológicos, porém tecnologias e inovações voltadas para tratamento de pacientes dentados. O objetivo dos autores foi especialmente de iniciar um diálogo sobre os direcionamentos futuros para prevenção e tratamento de indivíduos desdentados, ainda que seja necessária participação governamental e de indústria, dado a complexidade e desafios da área.

Roumanas (2009) realizou uma revisão de literatura sobre as alternativas e soluções bem-sucedidas para pacientes desdentados. Dentre os achados, foi ressaltado pelo autor como a perda dentária e a reabilitação com próteses totais podem ter impacto no paciente em vários aspectos, como qualidade de vida, interações sociais, e no apelo estético, visto que há na sociedade uma forte preocupação com a imagem, e as reabilitações possibilitam restaurar uma sensação de normalidade. Tão ou mais importantes quanto, são as queixas funcionais, que incluem normalmente o desconforto ao mastigar e a dificuldade fonética geradas por prótese mal adaptadas ou pela ausência de reabilitação e de dentes naturais. Há ainda, a importância em discutir sobre expectativas do paciente com a reabilitação, convencional ou implantossuportada, ponderando custo-benefício, desejo de imagem, características de rebordo, entre outros fatores, agregados ao planejamento.

Com objetivo de avaliar o uso noturno e os hábitos de limpeza de usuários de próteses totais, Takamiya et al. (2009), realizaram estudo através de questionários, com amostra de 224 usuários de próteses totais, de idade entre 37 e 89 anos, que receberam próteses totais novas entre 2000 e 2005 na Faculdade de Odontologia de Araçatuba e Araraquara. Como resultados, os autores observaram que 55,8% dos pacientes removiam as próteses durante a noite e 88% o faziam diariamente. Entre estes, 66,4% removiam ambas as próteses. A maioria dos pacientes utilizava a escovação com dentífrico (46,87%) como método de limpeza. Mais da metade dos sujeitos (63,4%) apresentou biofilme e cálculo em suas próteses. Como conclusão, os autores indicaram que os pacientes precisam de maiores instruções e motivação em relação à higiene e remoção das próteses durante a noite.

A fim de correlacionar as reações emocionais com a perda dentária e satisfação com prótese total de pacientes idosos, Papadaki e Anastassiadou (2011) realizaram entrevistas e aplicaram dois questionários a um grupo de 80 participantes voluntários, que estavam sob tratamento protético. As respostas dos questionários foram computadas e analisadas por um software estatístico. Como resultados, observaram correlação significativa entre a experiência de perda dentária e a satisfação com a prótese total. Ainda que uma proporção substancial da amostra estivesse satisfeita com a reabilitação, uma parcela dos voluntários apresentava um aumento de problemas sociais e psicológicos relacionados a essa perda dentária. Os aspectos estéticos e funcionais também mostraram impacto no comportamento social e de autoconfiança dos indivíduos. Os autores concluíram que a perda dentária não reflete apenas no comportamento social e na autoimagem, como também tem um impacto complexo e multifacetado na satisfação com as próteses.

Com objetivo de quantificar o impacto do edentulismo na reabsorção de rebordo alveolar, estomatite protética e hábitos de saúde bucal em população geriátrica, Divaris et al. (2011) realizaram estudo retrospectivo com dados coletados de prontuários dos pacientes geriátricos atendidos na Faculdade de Odontologia de Atenas entre 1993 e 2002. As análises foram feitas por métodos descritivos, bivariados e multivariados com base na regressão logística ordinal. Como resultados, os autores coletaram informações de 873 prontuários, com idade média de 72 anos. O tempo de perda dos dentes nessa amostra foi de 7,7 anos. 11% apresentava diagnóstico de disfunção tempor-mandibular, 28% relataram limpar suas dentaduras diariamente, 6% apresentaram estomatite protética. A cada ano adicionado de edentulismo houve aumento das chances de reabsorção mandibular e disfunção temporomandibular. O desgaste noturno da dentadura foi o fator de risco mais forte para estomatite protética. Dessa forma, os autores concluíram que o tempo desde a edentulação esteve fortemente associado à reabsorção mandibular, e ao desenvolvimento de disfunção articular. Essa associação não aconteceu para a maxila, e o impacto de sexo e idade não foi significativo.

Komagamine et al (2016) realizaram estudo com objetivo de determinar os fatores prognósticos relacionados às necessidades de ajustes pós-instalação em novas próteses totais. Os autores tiveram como referência as avaliações dos pacientes sobre

as próteses totais que eles já utilizavam previamente. A amostra avaliada contou com 125 participantes desdentados, com média de idade de 76 anos. Foi aplicado um questionário de autoavaliação de próteses composto por seis subescalas: função, prótese total superior, prótese total inferior, expectativa, estética e fala, e importância. Também foram registradas as ocorrências de ajustes pós-instalação. Foi realizada análise de regressão logística múltipla para identificar os fatores significativos para ajustes frequentes de novas próteses. Como resultados, os autores observaram que função, estética e fala, e o nível de reabsorção da crista mandibular foram variáveis significativas para um número frequente de ajustes pós-instalação de novas próteses totais. Concluíram assim que, avaliações dos usuários de próteses totais com o questionário podem permitir uma previsão do prognóstico.

Marcello-Machado et al. (2016) realizaram estudo transversal com objetivo de analisar como a reabsorção óssea afeta a função mastigatória e investigar a relação entre a função mastigatória percebida e aferida. Trinta usuários de próteses totais foram divididos em dois grupos, de acordo com a reabsorção da mandíbula. Foram avaliadas a retenção e estabilidade da prótese total mandibular, índices de desempenho mastigatório e eficiência mastigatória. Os questionários *Geriatric Oral Health Assessment Index* e *Dental Impact on Daily Living* foram preenchidos pelos pacientes. Como resultados os autores observaram que houve uma forte correlação entre atrofia óssea e má retenção da prótese. Os índices de desempenho mastigatório, e os domínios dos questionários não apresentaram diferenças estatísticas quando os pacientes foram comparados de acordo com os critérios de reabsorção. Por fim, os autores concluíram que a altura do osso mandibular não afeta diretamente a função mastigatória e está inversamente correlacionada com a capacidade mastigatória autopercebida.

Santos et al., (2019) realizaram estudo de coorte retrospectivo com objetivo de avaliar o impacto de fatores relacionados ao paciente ou à prótese na ocorrência de reabsorção de crista óssea mandibular. Os fatores avaliados foram idade, sexo, bruxismo, saúde geral, uso de próteses antigas, tempo de uso da prótese e desgaste noturno. A reabsorção foi estimada a partir de radiografias panorâmicas de 120 participantes. Foi padronizada a altura do processo alveolar como 3 vezes a distância da borda da mandíbula até a borda inferior do forame mentoniano. Como resultados,

os fatores idade (mais que 60 anos), uso prévio de prótese total, e histórico de bruxismo foram estatisticamente significantes para a ocorrência de reabsorção mandibular.

KM et al. (2020), com objetivo de comparar a reabsorção alveolar e satisfação do paciente com próteses convencionais e próteses overdenture (sobre implante unitário) no período de 1 ano, realizou um ensaio clínico randomizado prospectivo concluído por 28 participantes. Estes foram divididos em grupos para os dois tipos de reabilitação. Para ambos os grupos, as medidas de rebordo alveolar foram computadas em milímetros, e aferidas novamente em 6 meses, 9 meses e 1 ano, em quatro pontos: maxila (anterior e posterior) e mandíbula (anterior e posterior). A satisfação com tratamento foi medida pelo instrumento *Geriatric Oral Health Assessment Index*, na primeira semana e aos 12 meses. Como resultados, os autores observaram que próteses overdenture sobre implante unitário causam menor reabsorção alveolar e geram maior satisfação do paciente quando comparadas às próteses totais convencionais. Portanto, poderiam ser recomendadas como uma alternativa de maior previsibilidade.

Goldstein, Kapadia e Campbell (2021) realizaram uma revisão sistemática e metanálise com objetivo de avaliar a literatura existente sobre os esquemas oclusais de próteses totais, e assim elaborar um guia de consenso, baseado na melhor evidência disponível. 34 artigos foram incluídos na análise com base na questão de pesquisa proposta. Assim, os autores puderam concluir que há uma forte evidência de que o paciente usuário de prótese total que tenha um rebordo alveolar adequado, sem problemas neuromusculares, terá uma reabilitação funcional adequada, independente do esquema oclusal utilizado; não há evidência forte que volte contra ou a favor de esquemas oclusais balanceados bilateralmente, em relação à satisfação do paciente, preferência ou capacidade mastigatória. Ainda, os autores concluíram que há evidência para maior perda de rebordo alveolar em pacientes que utilizem próteses totais de oclusão não balanceada, e por fim, há necessidade de oclusão balanceada bilateral para pacientes que já tenham perda de estabilidade e de retenção.

Taylor, Masood e Mnatzaganian (2021) realizaram revisão sistemática e metanálise com objetivo de examinar a literatura acerca da longevidade das próteses

totais, e avaliar variações dessa longevidade com base nos tipos de prótese total e no tempo de acompanhamento. Os autores incluíram para análise 42 estudos, sendo estes 24 classificados como “baixo risco” de viés, e 18 como risco “muito baixo”. A média de longevidade vou de aproximadamente 10 anos para as próteses superiores e 8 anos para as inferiores. A proporção de falha combinada para próteses totais observada nos primeiros 2 anos ou menos foi de 0,05, de 5 a 6 anos foi 0,12 e para 10 anos ou mais foi de 0,41. Os autores concluíram com a análise, que próteses totais apresentam em média 10 anos de longevidade, com desvio padrão de 4 anos para mais ou para menor. A proporção de falha das próteses foi aumentada pela idade da prótese, e as superiores apresentaram maior longevidade que as inferiores. Os autores ressaltaram que as reabilitações avaliadas nos estudos foram primariamente fabricadas em ambiente universitário.

Taylor, Masood e Mnatzaganian (2021) realizaram levantamento de registros de 187.227 australianos usuários próteses totais, atendidos em clínicas públicas entre os anos de 2000 e 2019. O objetivo do estudo foi determinar a longevidade das próteses totais para essa população usuária de serviços públicos de saúde no período de 20 anos. Como resultados, no período de 20 anos 27,7% das próteses totais foram substituídas, com longevidade média de 6 anos. Pares de próteses superior e inferior apresentaram maior longevidade do que reabilitações de apenas uma arcada. Cerca de 4% das próteses totais feitas foram substituídas nos primeiros 2 anos, 18,4% substituídas entre 2 e 10 anos, e 4% substituídas após 10 anos. Mais de 70% dos usuários não substituiu as próteses totais no período de observação. Usuários com mais de 80 anos tivera taxa baixa de substituição de próteses. Além disso, o status socioeconômico baixo e moradia fora dos grandes centros urbanos estiveram associadas à taxa de substituição em menos de 10 anos. Dessa forma, os autores concluíram que as próteses totais do serviço público foram comumente substituídas no período de 6 anos, e que pares de próteses tem maios longevidade que próteses isoladas.



## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 70 anos, compareceu à clínica de pós-graduação no curso de especialização da Faculdade Sete Lagoas (FACSETE), com prótese total superior realizada há mais de 10 anos e prótese parcial inferior provisória realizada há cerca de 1 ano.

Durante anamnese e exame clínico, foi observado que a paciente apresentava em boca apenas o dente 43, o qual a prótese provisória não utilizava como apoio. Havia ainda queixa de que a prótese se movimentava de forma incômoda sob algumas funções estomatognáticas como fala, deglutição, mastigação.

O rebordo superior da paciente apresentava reabsorção proporcional ao tempo de perda dentária. No entanto, a prótese superior em uso tinha estabilidade e uma retenção ao palato de forma satisfatórias. Já o rebordo inferior apresentava acentuada reabsorção, especialmente na região de primeiros molares inferiores (figura 2).

A partir do exame clínico e relato da paciente, foi planejada a reabilitação com próteses totais superior e inferior, sendo necessária a adequação pré-protética com a extração do dente 43. A paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando sua participação no presente relato e documentações fotográficas.

Após a extração e período de cicatrização do rebordo inferior, foi realizada moldagem de estudo dos dois arcos com alginato Hydrogum® (Zhermack, Rovigo, Itália).

Em seguida, foi realizada a moldeira individual, com resina acrílica incolor (VIPI produtos odontológicos, Pirassununga, SP, Brasil), para posterior moldagem funcional com silicone de adição pesado Express™ XT (3M ESPE, Saint Paul, Minnesota, EUA) e silicone de adição leve Futura® (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), obtendo assim o molde de trabalho (figura 6).

Após vazagem em gesso, foram confeccionados pelo laboratório de prótese as bases de prova e os planos de cera (figura 7). Na consulta de prova, foram observados os parâmetros funcionais e estéticos da reabilitação, bem como planejamento do posicionamento dos dentes artificiais para as arcadas. Nessa etapa observou-se a interação dos planos de cera superior e inferior, de modo a promover uma DVO confortável para a paciente. Foram removidos os excessos até que houvesse uma inclinação adequada dos planos de cera, bem como altura dos mesmos (figura 8). Os

parâmetros de DVR e DVO foram aferidos com auxílio do Compasso de Willis (Fava Indústria, Ipatinga, MG, Brasil). Também foi observado suporte labial, corredor bucal, curva de Spee e curva de Wilson, com auxílio da Régua de Fox® (Bio-art, São Carlos, SP, Brasil), linha média, e linha de indicação da posição dos caninos (figuras 9, 10, 11 e 12).

Ao final dessa sessão, foi realizado registro do posicionamento maxilar com Arco Facial (Bio-art, São Carlos, SP, Brasil) (figura 13) e registro intermaxilar dos planos de cera, para montagem em ASA dos modelos de trabalho com os planos de cera.

Também foi selecionada a cor dos dentes artificiais a serem utilizados, e todo esse conjunto foi enviado para o laboratório, para então ser realizada a montagem dos dentes artificiais Trilux (VIPI produtos odontológicos, Pirassununga, SP, Brasil) (figura 14).

Em outra consulta, foi realizada a prova dos dentes e os testes fonéticos, bem como a aprovação estética da cor e forma dos dentes artificiais (figura 15). Com esses pontos aprovados, foi escolhida a cor da gengiva artificial através da escala Tomaz Gomes (Produtos Odontológicos, Pirassununga, SP, Brasil) (figura 16), e feita uma moldagem com silicone de adição leve Futura® (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) de reembasamento das bases de prova superior e inferior (figura 17).

Na sessão seguinte foi feita a instalação das próteses totais superior e inferior, com boa adaptação ao rebordo e satisfação estética para a paciente (figura 18). Nessa sessão alguns ajustes oclusais foram realizados nas próteses a fim de uma distribuição homogênea das forças oclusais. Nas consultas de proervação alguns ajustes foram feitos em áreas de maior pressão ao rebordo com ocorrência de lesões traumáticas pontuais. A paciente foi orientada quanto à higienização das próteses e da cavidade bucal, para melhor prognóstico e longevidade dos trabalhos, e melhor qualidade de vida da mesma.



Figura 1: Próteses antigas em posição, registro feito após exodontia pré-protética.



Figura 2: Aspecto do rebordo alveolar superior e inferior.



Figura 3: Aspecto do terço inferior da face, lábios selados, sem prótese, vista frontal.



Figura 4: Aspecto do terço inferior da face, lábios selados, sem prótese, vista lateral.



Figura 5: Vista frontal, sorriso, sem prótese.

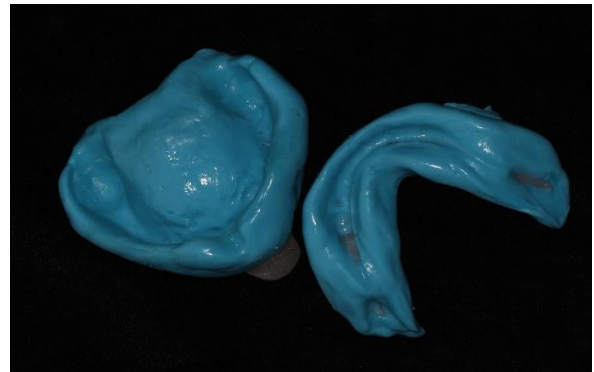


Figura 6: Moldagem funcional, com silicone de adição, superior e inferior.



Figura 7: Modelo de gesso superior com base de prova em cera.



Figura 8: Ajuste do plano de cera com espátula aquecida.





Figura 9: Avaliação de DVR e DVO, com auxílio do Compasso de Willis.

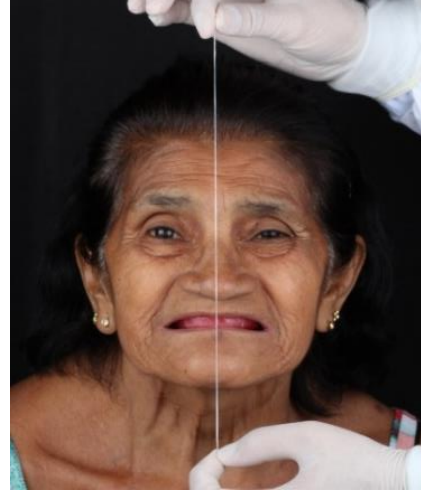


Figura 10: Marcação da linha média, com auxílio de fio dental para correlação da linha média facial com linha média do plano de cera.



Figura 11: Aspecto do terço médio da face, lábios selados com o plano de cera ajustado, vista lateral.



Figura 12: Plano de cera em posição, com marcações de referência, e registro de mordida entre os planos.



Figura 13: Arco facial, acoplado ao garfo, montado conforme as medidas da paciente.



Figura 14: Base de prova com os dentes montados, em posição no articulador semi-ajustável após retorno do laboratório.



Figura 15: Prova dos dentes.



Figura 16: Seleção da cor da gengiva.



Figura 17: Reembasamento com silicone de adição das bases de prova superior e inferior.



Figura 18: Aspecto final intraoral, próteses acrilizadas, instaladas e ajustadas.



Figura 19: Prótese total superior acrilizada.



Figura 20: Prótese total inferior acrilizada.



Figura 21: Aspecto final, prótesis instaladas, sorriso amplo, vista frontal



Figura 22: Aspecto final, prótesis instaladas, lábios selados, vista lateral.



Figura 23: Sorriso amplo, aspecto final.



Figura 24: Prótese instalada, vista lateral.

## DISCUSSÃO

A reabsorção de crista óssea e rebordo alveolar pode acontecer em casos de perda dentária. A intensidade dessa reabsorção está ligada diretamente ao tempo de perda dentária, uso de próteses anteriormente, pressão exercida pela oclusão, hábito de uso noturno da prótese, e se a perda ocorreu em maxila ou mandíbula, bruxismo (DIVARIS et al., 2011; SANTOS et al., 2019)

No caso clínico relatado, a paciente já utilizava prótese total superior há mais de 10 anos, na arcada inferior havia perdas dentárias de dentes superiores por décadas também. Ainda assim, o rebordo mais reabsorvido foi o de mandíbula, achado reforçado pelos estudos de Divaris et al. (2011) e Santos et al. (2019) que associam o tempo de perda dentária com maior ocorrência de reabsorção, sendo mais severa em rebordo mandibular.

O planejamento reabilitador discutiu opções para o rebordo reabsorvido como o de prótese total sobre implantes, que possibilitaria maior estabilidade e melhor adaptação da paciente ao uso (KM et al., 2020). No entanto, fatores socioeconômicos foram decisivos na escolha de tratamento. Isso reforça o problema do edentulismo relacionado com a dificuldade do acesso à saúde, à informação, e seus impactos em qualidade de vida.

No trabalho de Gilbert, Duncan e Shelton (2003) disparidades raciais e de status socioeconômicos desempenharam papel crítico na saúde bucal. Os autores concluíram que afro-americanos e pessoas de baixo status socio-econômico relataram mais sintomas dentários, e eram menos propensos a obter atendimento odontológico. Quando estes tinham oportunidade de receber os cuidados, tinham mais chances de perder os dentes e mais propensos a relatar que os dentistas não haviam discutido tratamentos alternativos com eles.

Além disso, o edentulismo traz reações e dificuldades que vão além da mecânica da mastigação, Papadaki e Anastassiadou (2011) aplicaram questionários a pacientes usuários de próteses totais, e observaram que, ainda que uma proporção substancial da amostra estivesse satisfeita com a reabilitação, uma parcela dos voluntários apresentava um aumento de problemas sociais e psicológicos relacionados a essa perda, como falta de autoconfiança e insegurança com a autoimagem. Ainda, estar satisfeito com o tratamento reabilitador se torna algo



complexo e multifacetado, visto que próteses totais convencionais ou sobre implantes jamais se igualam à presença de dentes naturais.

A nova oclusão obtida com as próteses foi ajustada de forma a ter contatos bilaterais balanceados. Segundo Goldstein, Kapadia e Campbell (2021) e sua revisão sistemática e metanálise há uma forte evidência de que o paciente usuário de prótese total que tenha um rebordo alveolar adequado, sem problemas neuromusculares, terá uma reabilitação funcional adequada, independente do esquema oclusal utilizado; não há evidência forte que volte contra ou a favor de esquemas oclusais balanceados bilateralmente, em relação à satisfação do paciente, preferência ou capacidade mastigatória. Ainda, os autores concluíram que há evidência para maior perda de rebordo alveolar em pacientes que utilizem próteses totais de oclusão não balanceada, e por fim, há necessidade de oclusão balanceada bilateral para pacientes que já tenham perda de estabilidade e de retenção.

E relação às orientações, a paciente foi informada sobre como manter suas próteses, higienizá-las, e sobre a necessidade de remover para que a mucosa pudesse ter um alívio de estresse. No trabalho de Takamiya et al. (2009), foi observado que 66,4% removiam ambas as próteses durante a noite, a maioria dos pacientes utilizava a escovação com dentífrico (46,87%) como método de limpeza. Porém, mais da metade dos sujeitos (63,4%) apresentou biofilme e cálculo em suas próteses. Por isso a necessidade de informar e reforçar as instruções de higiene e manutenção das próteses.

Sobre a longevidade das próteses totais, Taylor, Masood e Mntzaganian (2021) realizaram revisão sistemática e metanálise e puderam concluir que as próteses totais apresentam em média 10 anos de longevidade, com desvio padrão de 4 anos para mais ou para menos. A proporção de falha das próteses foi aumentada pela idade da prótese, e as superiores apresentaram maior longevidade que as inferiores. Os autores ressaltaram que as reabilitações avaliadas nos estudos foram primariamente fabricadas em ambiente universitário, ou seja, para reabilitações feitas em outros tipos ambientes clínicos essa média pode ser diferente.

É importante ressaltar que para prevenção de problemas articulares, estomatite protética e manutenção da prótese com estabilidade, consultas de acompanhamento e prevenção são essenciais.



## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que reabilitações com prótese total superior e inferior, ainda que realizadas sobre rebordos reabsorvidos, são possíveis e benéficas, e geram impacto positivo para o paciente que necessita.

## REFERÊNCIAS

1. BERGMAN, B. e CARLSSON, G. E. Clinical long-term study of complete denture wearers. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 53, n.1, p.56–61, 1985.
2. CUNHA-CRUZ, J.; HUJOEL, P.P.; NADANOVSKY P. Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001. **J Dent Res**, v.86, p. 131–6, 2007.
3. DIVARIS, K. et al. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. **Gerodontology**. v. 29, n.2, p. 192-9, 2012.
4. FERENCZ, J.L. e FELTON, D.A. Facing the future of edentulism. **J Prosthodont**. v.18, p.86–7, 2009.
5. GILBERT, G.H.; DUNCAN, R.P.; SHELTON, B.J. Social determinants of tooth loss. **Health Serv Res**. v. 38, p. 1843–62, 2003.
6. GOLDSTEIN, G.; KAPADIA, Y.; CAMPBELL, S. Complete Denture Occlusion: Best Evidence Consensus Statement. **J Prosthodont**. v. 30, n. S1, p. 72-7, 2021.
7. KM, S. et al. Comparison of ridge resorption and patient satisfaction in single implant-supported mandibular overdentures with conventional complete dentures: A randomised pilot study. **J Oral Biol Craniofac Res**. v. 11, n.1, p.71-7, 2021.
8. KOMAGAMINE, Y. et al. Prognoses of new complete dentures from the patient's denture assessment of existing dentures. **Clin Oral Investig**. v. 21, n. 5, p.1495-501, 2017.
9. LANG, B. R. Complete denture occlusion. **Dental Clinics of North America**. v. 48, n. 3, p. 641–65, 2004.
10. MARCELLO-MACHADO, R. M. et al. Masticatory function parameters in patients with varying degree of mandibular bone resorption. **J Prosthodont Res**. v. 61, n. 3, p. 315-23, 2017.
11. ORTMAN, H.R. The role of occlusion in preservation and prevention in complete denture prosthodontics. **J Prosthet Dent**. v. 25, n.3, p.121-38, 1971.
12. PAPADAKI, E. e ANASTASSIADOU, V. Elderly complete denture wearers: a social approach to tooth loss. **Gerodontology**. v. 29, n. 2, p.721–7, 2011.
13. PETERSEN, P.E.; BOURGEOIS, D.; OGAWA, H. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Org**. v. 83, p.661–9, 2005.
14. ROUMANAS, E.D. The social solution-denture esthetics, phonetics, and function. **J Prosthodont**. v. 18, p. 112–5, 2009.
15. SANTOS, F.R.S. et al. Risk factors for mandibular bone resorption in complete denture wearers. **Gen Dent**. v. 67, n. 4, p. 58-62, 2019.
16. SUENAGA, K. et al. Relationship between size of denture foundation area and resorption of alveolar ridge in the edentulous mandible. **J Oral Rehabil**. v. 24, n. 4, p.315-9, 1997.
17. TAKAMIYA, A. S. et al. Complete denture hygiene and nocturnal wearing habits among patients attending the Prosthodontic Department in a Dental University in Brazil. **Gerodontology**. v. 28, n. 2, p. 91–96, 2010.
18. TAYLOR, M.; MASOOD, M.; MNATZAGANIAN, G.. Longevity of complete dentures: A systematic review and meta-analysis. **J Prosthet Dent**. v. 125, n. 4, p. 611-9, 2021.
19. TAYLOR, M.; MASOOD, M.; MNATZAGANIAN, G. Complete denture replacement: a 20-year retrospective study of adults receiving publicly funded dental care. **J Prosthodont Res**. doi: 10.2186/jpr.JPR\_D\_20\_00323. Epub ahead of print. 2021.

## ANEXOS

## ANEXO A – Prontuário Odontológico Única Cursos Avançados

Rua Terezina, nº 101. 2º andar - Nossa Senhora das Graças  
92 3345-6904 / 92 98112-4192 / 98451-7059  
unica@cursosunica.com.br

**ÚNICA**

*Luís / Giulia*

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO DATA: 10/10/20

DADOS PESSOAIS

NOME: <i>Maria do Perpétuo Socorro Ribeiro</i>	DATA DE NASCIMENTO: <i>16/05/51</i>
NATALIDADE: <i>Amazonense</i>	NACIONALIDADE: <i>Brasileira</i>
PROFISSÃO: <i>Doméstica</i>	ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO: <i>Rua Rounol, 773, São José II</i>	CEP:
TELEFONE: <i>992329566</i>	E-MAIL:
CELULAR:	CPF: <i>313.641.522-15</i> RG: <i>0318466-8</i>
NOME DO RESPONSÁVEL:	
CELULAR:	CPF: RG:

QUESTIONÁRIO MÉDICO

VOCÊ POSSUI ALGUMA DAS DOENÇAS OU SE ENCONTRA EM ALGUM ESTADO DESCRITOS ABAIXO? CIRCULE "SIM" OU "NÃO".  
As informações serão confidenciais, conforme descrito no código de ética odontológica.

Alergia?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Problema renal?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Caso tenha marcado SIM em algum item, favor especificar abaixo. Caso possua outra condição de saúde, favor relatar no mesmo campo.
Diabetes?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Problema respiratório?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Hipertensão?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Uso de drogas ilícitas?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Problema cardíaco?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Uso de drogas lícitas?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Problema de cicatrização?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Uso de medicamentos?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Problema gástrico?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Gravidez?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
Problema hepático?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	DST?	SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	

*Maria do Perpétuo Socorro Ribeiro*  
ASSINATURA DO PACIENTE

*"Alego ter lido e compreendido todo o questionário médico, bem como tê-lo respondido com veracidade."*