

**FACSETE**

**MARTHA RAMOS ROCHA**

**OVERDENTURE DENTO-MUCOSUPOORTADA**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2018**

**MARTHA RAMOS ROCHA**

**OVERDENTURE DENTO-MUCOSUPOORTADA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE, como requisito parcial para conclusão do Curso de Prótese Dental.

Área de concentração: Prótese Dental.

Orientador: Fabricio Magalhães

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2018**

Rocha, Martha Ramos  
Overdenture dento-mucosuportada / Martha Ramos  
Rocha, 2018  
25fl

Orientador: Fabricio Magalhães  
Monografia (especialização) – Faculdade de tecnologia de  
Sete Lagoas, 2018

1.Prótese dental 2. Encaixe de precisão de dentadura

I.Titulo

II.Fabricio Magalhães

## **FACSETE**

Monografia intitulada “Oderdenture Dento-mucosurportada” autoria da aluna Martha Ramos Rocha, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Fabricio Magalhães  
FACSETE – Orientador

---

Luis Carlos Menezes Pires  
FACSETE

---

Luciano Pedrin Carvalho Ferreira

São José do Rio Preto, 07 de fevereiro de 2018

## RESUMO

A overdenture dento-suportada é descrita como uma prótese parcial removível ou uma prótese total que tem apoio em um ou mais elementos dentários remanescentes, nas raízes dentais.

Quando a estética e o conforto são essenciais e primordiais para o paciente, pode-se optar pelo uso de sobre dentaduras. Nos trabalhos de literatura aqui revisados, só foi possível o uso das raízes dos dentes remanescentes para suporte nas overdentures, graças ao avanço nas áreas de cariologia, periodontia e endodontia.

Atualmente, tornou-se uma alternativa de reabilitação protética, mesmo com o avanço da implantodontia. Nessa revisão de literatura, foi dado ênfase às overdentures dento-suportadas.

Conclui-se que a overdenture deve ser confeccionada dentro dos princípios que norteiam a construção de uma prótese total convencional, com uma preservação adequada para preservação dos dentes pilares. Há aumento na eficiência mastigatória comparada à prótese total convencional, devido ao aumento na retenção e estabilidade.

**Palavras chave:** Prótese dental. Encaixe de precisão de dentadura. Retenção de dentadura. Revestimento de dentadura.

## **ABSTRACT**

The overdenture is described as a partial denture or a complete prosthesis that is supported on one or more remaining dental elements in the roots and / or dental implants. When aesthetics and comfort are essential and primordial to the patient, to be use overdentures can be an option.

In works of literature reviewed, it was only possible to use the roots of remaining teeth to support the overdentures, thank to the advance in the areas of cariology, periodontics and endodontics. Currently, it has become an alternative prosthetic rehabilitation, even with the improvement of implant dentistry.

In this literature review, tooth-supported overdentures was emphasized. Therefore the overdentures should be made within the principles that guide the construction of a conventional denture, once with adequate preservation for preservation of the abutment teeth.

There is an increase in masticatory efficiency compared to conventional dentures, due to increased retention and stability.

**Key words:** Dental prosthesis. Denture precision attachment. Denture retention. Denture, overlay.

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	8
2. Proposição .....	10
3. Revisão de Literatura .....	11
4. Discussão .....	19
5. Conclusão .....	22
6. Referência Bibliográfica .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

A população brasileira tem sofrido modificações ao longo dos últimos anos, devido à elevação da expectativa de vida e conseqüentemente ao envelhecimento populacional. Grande parte da população idosa atual passou por uma odontologia onde a prática de extrações era o principal procedimento terapêutico, motivo pelo qual a maioria dos idosos ou são usuários de próteses (principalmente próteses totais convencionais ou parcial removível) ou necessitam utilizá-las. Os pacientes edêntulos possuem uma vida social bastante ativa, e por isso, necessitam de segurança e conforto com suas próteses. Enquanto o suporte e estabilidade das próteses determinam a sua longevidade e conforto fisiológico, o conforto psicológico está relacionado com a estética e a retenção dessas. A perda dentária resulta em diversos prejuízos funcionais tais como a reabsorção óssea, diminuição da capacidade proprioceptiva, do controle da frequência e do ciclo mastigatório, e da própria capacidade mastigatória. Nos pacientes candidatos a próteses total esses efeitos são ainda mais danosos e podem comprometer o sucesso desta modalidade de tratamento. Uma maneira de evitar esses efeitos é a manutenção das raízes dentárias remanescentes, e sua utilização como suporte para uma overdenture. Esta opção de tratamento é uma alternativa que quando bem indicada e realizada, apresenta uma série de vantagens sobre as próteses totais convencionais, como a diminuição da reabsorção óssea, manutenção do ligamento periodontal, da propriocepção e possibilidade de se utilizar sistemas conseqüentemente, uma maior satisfação ao paciente. Atualmente, a previsibilidade dos implantes osseointegráveis direciona o tratamento para extração dental e instalação de implantes para reter as próteses. Porém existem situações nas quais esse procedimento não pode ser adotado, como por exemplo por questões financeiras ou pela condição sistêmica do paciente ou preferência do paciente para um procedimento menos invasivo e que futuramente poderá ter a alternativa de uma prótese sobre implante ou total sendo mais uma opção. Propiciam aos pacientes uma excelente estética, facilidade em se obter a dimensão vertical, relação cêntrica e oclusão ideal. O preparo dos dentes pilares pode variar em diferentes graus de complexidade. Podemos utilizar simplesmente um fechamento do conduto radicular com material restaurador (amálgama, resina composta ou cimento de ionômero de vidro), ou considerar

também o uso de procedimentos mais sofisticados, como a utilização de copings, coroas, telescópicas, magnetos, sistema de barra, attachments num aumento de custo final da prótese e número de sessões barras. As principais desvantagens da terapia são o maior custo e tempo de trabalho envolvido, devido, geralmente, a necessidade de tratamento endodôntico, periodontal e restaurador dos dentes e raízes suportes. Também, posteriormente há necessidade de uma rigorosa manutenção de higiene e os cuidados periodontais constantes com os dentes remanescentes. O conceito de overdentures foi apresentado pela primeira vez no congresso mundial de odontologia em 1861 por Butler, Roberts e Hays que apresentaram os resultados de um longo tratamento de 12 anos (Dostálová *et al.*, 2009). O uso de encaixe foi iniciado na Suíça por volta de 1896, mas sendo efetivamente introduzido na odontologia em 1910 pelo Dr. Herman Chaves. Em 1956 Eugene Dolder foi o precursor do uso de raízes remanescente unidas por meio de barras metálicas. A overdenture pode ser considerada uma prótese provisória, de transição entre desdentado parcial e desdentado total. O fator chave para este processo é uma endodontia eficaz (Prado *et al.*, 2003; Dostálová *et al.*, 2009).

## **2.PROPOSIÇÃO**

Por meio de uma revisão de literatura, o estudo tem o objetivo de apresentar como opção de tratamento a utilização de overdenture sobre raízes e seus sistemas retenção, levando em consideração a sua indicação, contra- indicação vantagem, desvantagens e previsibilidade e a aplicação da mesma.

Restabelecendo a função, conforto estética e fonética de maneira mais próxima da condição de ideal.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Sabendo nas vantagens de manter dentes para preservação do tecido ósseo alveolar ao seu redor ou em regiões adjacentes. Indicar a exodontia de poucos dentes remanescentes, às vezes em condição não favorável e instalar uma prótese convencional pode não ser a decisão mais adequada vejamos.

#### MANUTENÇÃO DO OSSO ALVEOLAR

Sendo que a manutenção desses dentes ou raízes possibilita ao profissional oferecer ao paciente um tratamento superior aqueles realizados após a cirurgia. Pois as sobredentatura são mais estáveis que as próteses totais mucosuportadas convencionais. Caso aconteça ocorram perdas, a instalação de implantes com nível ósseo mais favorável mantendo a forma e volume de osso alveolar.

#### MANUTENÇÃO DA REPOSTA SENSORIAL

O ligamento periodontal absorve e distribui as cargas mastigatórias ao processo alveolar por meio do osso alveolar. A partir dos mecanorreceptores e proprioceptores é possível a percepção da dor, toque, pressão, movimentos e posições durante o ato mastigatório, mesmo em pequenas forças aplicadas sobre os dentes (BASKER *ET AL.*, 1991; FENTON, 1998; MATSUMOTO *ET AL.*, 2002; POSENKAR *ET AL.*, 2010; SCOTTI *ET AL.*, 2003).

As ações do sistema, a mastigatório não são resultantes de resposta isolada, mas dependentes do equilíbrio dos entre os receptores sensoriais dos músculos, das articulações temporomandibulares (ATM), da membrana periodontal, dos ligamentos e dos tecidos moles. Portanto manter dentes em condições favoráveis mesmo em quantidade reduzida contribui para a manutenção de uma resposta sensorial altamente sensível proveniente da membrana periodontal, já que esta resposta em área desdentadas não é tão precisa. Isso proporciona ao sistema capacidade de discriminar cargas, espessuras e texturas dos alimentos, fatores extremamente importantes para o controle dos movimentos e das forças durante a mastigação (BASKER *ET AL.*, 1991; SCOTTI *ET AL.*, 2003).

#### EFICIÊNCIA MASTIGATÓRIA

Se a forma e o volume dos foram do osso alveolar foram reservados teremos maior área de suporte para as próteses e conseqüentemente, estabilidade e retenção mais favoráveis. A eficiência mastigatória depende da capacidade na discriminação da espessura e textura dos alimentos, capacidade de discriminar os alimentos, sendo

alcançada com adequada resposta sensorial.(FENTON, 1998; NEWTON *ET AL.*, 2004; NUNES *ET AL.*, 2004; SCOTTI *ET AL.*, 2003). Além disso, a melhora na capacidade de discriminar alimentos é consequência da estabilidade das próteses pela musculatura, uma adaptação funcional da língua e a da musculatura perioral ao longo do uso. Porém asretidas aos remanescentes são mais estáveis, os pacientes podem aplicar força mais adequada durante mastigação. Podem utilizar a língua e a musculatura, não mais necessária para estabilidade,melhorandoa manipulação dos alimentos tornando a mastigação eficiente.

#### ASPECTO PSICOLÓGICO

Muitas vezes não encontramos não só problemas bucais, mas também com alterações em sua saúde geral e emocional. Assim,um quadro de desânimo, baixa autoestimae depressão podem ocorrer o que levaria a sucessivos insucessos nos tratamentos.

Em contato com pacientes podemos observar que a perda dos dentes,não é uma experiência das mais agradáveis. Muitos se arrependem por terem deixado de lado sua saúde bucal.

Parece simples aos profissionais indica a exodontia de todos os dentes e a confecção de uma prótese total. Porém,em muitos casos os pacientes mostram se extremamente deprimidos e desanimados quando se vem na eminência de perder todos os dentes e usar uma prótese total e dizem que iriam “sentir-se mais seguros com alguns dentes”. muitas vezes eles até comentam: “com estes poucos dentes não é dentadura”.

Salientamos que próteses totais bem adaptadas conseguem devolver a auto estima, e a manutenção de dentes, mesmo que sobre a área basal de uma prótese, desempenha papel importante na redução do trauma psicológico. Isso porque além de tornar as próteses mais estáveis, elimina a sensação de perda total(BASKER *ET AL.*,1991;FENTON,1998;NUNES *ET AL* 2004;ROSENKAR *ET AL.*,2010;ESCOTTI *ET AL.*,2003).

#### DENTES DE SUPORTE

Os benefícios de utilizar dentes naturais como opção de suporte e retenção em sobredentaduras são claros. Porém,para tanto,previamente à seleção dos suportes é importante verificar se acondições periodontais, a quantidade de estruturas remanescentes o número e a posição na arcada, a forma e o volume do processo alveolar são favoráveis.

## CONDIÇÃO PERIODONTAL

Os fatores periodontais são imprescindíveis para o prognóstico dos dentes a serem utilizados como suporte. A manutenção deles, mesmo com mobilidade, sobre uma sobredentadura possibilita uma recuperação periodontal no que diz respeito na mobilidade dental. Isso pode ser facilmente entendido analisando a proporção coroa: raiz. Quando a coroa é removida, a diminuição desta proporção, reduzindo o braço de alavanca e os prejuízos da ação das forças laterais sobre os dentes de suporte e conferindo-lhes maior estabilização (BASKER *ET AL.*,1991;FENTON,1999;MISH,2006;ESCOTTI *ET AL.*,2003).

No entanto inflamações gengivais, mobilidade em maior grau, profundidade de sulco e quantidade de gengiva inserida, bolsas periodontais, implantação óssea alveolar, índice e controle de placa bacteriana são condições que devem ser atentamente verificadas, e os problemas periodontais prontamente solucionados. Dentes com prognósticos ruins ou duvidosos não devem ser utilizados.

## ESTRUTURAS REMANECENTES

Dentes íntegros, restaurados ou somente com a porção radicular podem ser utilizados, desde que apresentem boa condição periodontal. Em alguns casos não haverá necessidade de copings, se existir quantidade de dentina suficiente pois o paciente é idoso e a superfície do preparo estiver suficientemente lisa e livre de retenções (BASKER *ET AL.*,1981).

O coping metálico será usado quando houver perda considerável de estrutura dental, a fim de evitar risco de cáries e fratura do dente de suporte, ou para melhorar a estabilidade e obter retenção adicional. (BASKER *ET AL.*,1981).

O recobrimento protege os tecidos gengivais.

O preparo deve apresentar bordos e ângulos arredondados e limite cervical a 2mm preferencialmente ou no máximo no seu nível.

Dois tipos de preparo são encontrados em sobredentaduras. Um deles é semelhante em fixa com término em chanfro; os quais são utilizados quando há espaço suficiente em dentes com coroas íntegras ou com restaurações não muito extensas. A manutenção de grande parte da coroa é uma vantagem, porém quando muito volumosa, a necessidade de maior desgaste para proporcionar espaço, pois de outra maneira teremos uma base de prótese com contorno e espessura inadequados sujeitos a fraturas e com dificuldade na montagem dos dentes artificiais.

e adequação do plano oclusal. Nos casos em que o desgaste comprometer o complexo dentinho pulpar, o tratamento endodôntico será necessário.

No outro tipo a coroa é seccionada após tratamento endodôntico e um preparo para retentor intraradicular com núcleo estojado é realizado. Esse tipo é utilizado quando a perda muito grande de estrutura dentária e necessitamos de uma retenção adicional, ou quando o espaço interoclusal é insuficiente e a coroa do dente de suporte é removida. A diminuição da proporção coroa raiz é uma vantagem, já que assim os malefícios das forças laterais serão minimizados (SCOTT *ET AL*, 2003).

### POSIÇÃO E NÚMERO NA ARCADA

Embora a capacidade de retenção e estabilidade da prótese seja diretamente proporcional a quantidade de dentes de suporte, destacamos que, quanto maior quantidade de forem selecionados maior será o custo final se considerarmos a necessidade de tratamento endodônticos e o recobrimento com copings metálicos. De modo geral, a escolha de suportes simétricos determina melhor distribuição de forças mastigatórias sobre o rebordo alveolar evita incidência de fraturas do suporte ou da base, devido a concentração de esforços sobre uma área específica. Dentes adjacentes podem ser utilizados, mas devem ser consideradas as dificuldades de higienização e constante trauma aos tecidos (BASKER *ET AL.*, 1991)

Os caninos são os mais selecionados para finalidade de suporte. Isso pela sua alta capacidade de resposta sensorial, são os últimos dentes remanescente pois possuem raízes mais volumosas, boa posição no arco e relativa facilidade no tratamento endodôntico quando necessário. Porém, como alternativa aos caninos, selecionados nesta ordem os segundo pré-molar, primeiro pré-molar e molares. Os incisivos centrais superiores são uma opção melhor do que os laterais, e os inferiores devem ser utilizados com restrição, mas não descartados (BASKER *ET AL.*, 1991).

Quanto a quantidade de dentes, é importante considerar também o sistema de retenção que será utilizado pois em muitos casos um paralelismo entre os elementos é necessário para favorecer a trajetória de inserção da prótese e a cimentação do sistema de retenção, o que se torna mais difícil com dentes posicionado em regiões diferentes da arcada.

## PROCESSO ALVEOLAR

Apesar de vantajosa, a manutenção óssea alveolar pode apresentar situações clínicas indesejáveis. Por isso previamente a seleção dos suportes é muito importante verificar por meio do exame clínico e da análise dos modelos de estudo a existência de áreas extremamente retentivas no processo alveolar ao redor do dente pré-selecionado. Nessas áreas, a fibromucosa será constante lesionada pela área basal durante a inserção e a remoção, ou mesmo durante a movimentação dela na mastigação, se alívios extensos não forem realizados. Em contrapartida e, estes alívios criaram um espaço excessivo entre a área interna da base da prótese e a fibromucosa, facilitando o acúmulo de alimentos e diminuindo a adaptação e a espessura da base (BASKER *ET AL.*, 1991).

As condições gerais para seleção de dentes de suporte em sobredentaduras, comentadas anteriormente, não são regras exatas. Por tanto, o profissional deve adequar e aplica-las a cada caso. É mais adequado escolher dentes de suporte em condições mais favoráveis a aqueles que apresentam canais radiculares atrésicos e necessidade de tratamentos endodônticos ou retratamentos, além de caries radiculares ou muito extensas, retrações gengivais necessidade de aumento de coroa clínica, enxerto gengivais ou áreas excessivamente retentivas.

## SISTEMAS DE RETENÇÃO

Recobrir os dentes de suporte selecionados para sobredentaduras com copping além de aumentar a estabilidade da prótese e diminuir o risco cáries, pode conferir retenção adicional a prótese quando um sistema de retenção específico é selecionado. A retenção é vantajosa principalmente no aspecto psicológico, pois oferecem comodidade no uso da prótese. Entretanto a dificuldade em obter espaço adequado entre o dente de suporte selecionado para instalação do sistema de retenção e o arco antagonista pode tornar-se um obstáculo.

Existem vários sistemas de retenção para sobredentaduras disponíveis no mercado (BONACHELA *ET AL.*, 2003), os quais geralmente, apresentam-se no modo rígido ou resiliente. Esses sistemas são distribuídos entre capsula/o'ring, barra-clipe, magnético e algumas variações (BASKER *ET AL.*, 1998; BONACHELA *ET AL.*, 2003; FATALLA *ET AL.*, 2012., GEILLINGS E SAMANT, 1990., KRENNM *ET AL.* 2011., SCOTT *ET AL.*, 2003., TOKUHISA *ET AL.*, 2003). Para capsula/o'ring, o sistema ERA (extracordresilientattachment), por exemplo é mais popular, mas a o tema dallabona como opção. Quando barras são utilizadas mais comuns são a de Hadr e

a Dolder, com retentores rígidos ou resilientes. O sistema Stern root anchor é uma opção para ancoragem intra-radicular e o sistema Rothermann, para espaços verticais muito limitado. (SterngoldAttachments).

### SISTEMA CÁPSULA/O'RINGO

É composto de um retentor intrarradicular com um núcleo estojado e attachment esférico, que é cimentado ao dente de suporte, além de uma capsula metálica com um anel de borracha ou silicone fixado na base da prótese, oferecendo um sistema de retenção com amortecimento das forças na capsula metálica. Com um braço de alavanca menor em consequência da diminuição da proporção coroa: raiz, a menor báscula da prótese e diminuição do estresse sobre o dente de suporte. Assim, ocorrem a adequada distribuição das forças mastigatórias sobre as raízes e o rebordo alveolar.

De acordo com o catalogo da Sterngold, para suportes de comprometimento periodontal, os attachments resilientes, o sistema era é uma opção. Duas versões dele estão disponíveis : overdenture attachments, usado sobre um retentor intrarradicular e, as vezes sobre uma barra e o direct ERA overdenture attachments, colocado diretamente no interior de raízes tratadas endodonticamente, disponíveis nas inclinações 0,511e17 graus. O sistema ERA é mais popular devido a aplicabilidade, a simplicidade e ao custo/benefício e pode ser usado sobre há no mínimo 4,0mm de espaço vertical da superfície da raiz para o dente antagonista.

O sistema DallaBona oferece as versões rígida e resiliente, mas exige maior espaço vertical que o sistema ERA requer no mínimo 5 mm de espaço enquanto a esférica resiliente no mínimo 5,8mm.

### SISTEMA BARRA -CLIQUE

A barra é utilizada entre dois os mais dentes de suporte e os retentores podem ter a função rígida o resiliente, dependendo da barra escolhida ou do desenho do caso. Neste sistema coping com uma barra metálica é cimentado sobre os suportes após um preparo extracoronário ou intrarradicular. Sobre a área basal da prótese, um clipe de metal ou de plástico é fixado com resina acrílica proporciona retenção quando encaixado sobre a barra. Assim por estimularem pouco movimentos rotacionais há um estresse sobre os dentes suporte, principalmente se as coroas não forem

reduzidas adequadamente. por isso, devem ser evitados em dentes com condição periodontal desfavorável

Por muitos anos o bom senso indicava a ferulização dos suportes com barras, para torná-los mais estáveis; porém estudos realizados na universidade da Califórnia (UCLA), entre outros contradizem essa opinião. Eles afirmam que existem menos forças aplicada sobre as raízes quando são utilizadas retentores resilientes individualmente que quando os dentes de suporte estão unidos por barra (Sterngold Attachments).

A barra hader (semiprecisão) é o mais popular sistema de barras, devido a versatilidade, a simplicidade e ao custo e benefício. No mínimo 4,5mm de espaço vertical entre a fibra mucosa e a dente antagonista.

A barra dolder, em ouro, é um sistema de precisão que oferecem as versões rígidas e resilientes é a mais popular para utilização em implantes e apresenta dois tamanhos: pequeno e grande. Rígido, a necessidade de espaço vertical requerido de 4,0 a 7,0 mm; para o ouro, são necessários 4,7 a 5,7 quando se utilizam barras de suporte divergentes, a necessidade de procedimentos para soldagem em laboratório. A fim de facilitar higienização é preciso haver espaço adequado e seu desenho deve seguir dentro do possível, o contorno da crista do rebordo, para evitar volume excessivo da base da prótese nas regiões lingual ou vestibular. neste sistema a maior possibilidade de formação de tecido hiperplásico

#### SISTEMA MAGNÉTICO E SISTEMA STERN ROOT ANCHOR

Quando os dentes de suporte apresentam reduzido suporte periodontal, conexões magnéticas deverão ser escolhidas. Apesar de apresentarem a menor capacidade de retenção dentre os sistemas, eles proporcionam maior liberdade nos movimentos laterolaterais, diminuindo o trauma sobre o dente de suporte isso ocorre devido a menor transmissão de forças e báscula durante os movimentos rotacionais (Gillings e Samant, 1990; Sterngold attachments; Vere e Deans 2009) As sobre dentaduras retidas por sistemas magnéticos são uma opção de tratamento nos casos em que a impedimentos anatômicos, médicos ou financeiros para a colocação de implantes. Isso porque os procedimentos clínicos são simples, e mínimos ajustes e variedades de opções sobre outros sistemas de retenção (Gillings e Samant, 1990 Tokuhisa *et al.*, 2003). Como os sistemas magnéticos oferecem vantagens como baixo custo, mínimos ajustes e variedades de opções sobre outros sistemas (Gillings e Samant,

1990;Tokuhisa *et al.*, 2003). Como sistema magnético, o stern root anchor é utilizado no caso de pouca implantação óssea quando a perda óssea a 50 % o prognóstico é duvidoso pois esse tipo de retentor prove menor força lateral.

#### SISTEMA ROTHERMAMN

Oferecem versões rígidas e resilientes é o menor sistema de retenção. Para as sobredentaduras do mundo. Apesar de mais delicado que o ERA ou Dalla Bonna, ele pode ser uma opção quando existe espaço vertical muito limitado a versão mais rígida requer no mínimo 2,8mm de espaço vertical e a resiliente de 4 mm este sistema não requer paralelismo entre os suportes

#### 4.DISCUSSÃO

A odontologia embasada evidências científicas amplia sobremaneira as práticas clínicas com várias opções de tratamento. O caminho da prótese dentária com a implantodontia está bem sedimentado e, cada vez mais, oferece um tratamento reabilitador seguro e confortável ao paciente.

O prognóstico dos tratamentos com sobredentaduras sobre dentes é relativamente limitado, e os resultados são mais favoráveis com prótese totais mucossuportadas e implantorretidas, em que a anatomia do rebordo alveolar é mais favorável (livre de retenções) nas áreas próximas aos implantes, o que minimiza os constantes traumas aos tecidos moles. Portanto, quando existirem condições favoráveis para a colocação de implantes e o tratamento for acessível ao paciente que aceita relativamente bem a perda dos poucos dentes remanescentes, essa deverá ser a opção de tratamento.

Em contrapartida, a manutenção de dentes remanescentes em condições de serem utilizados como suporte para sobredentaduras, apesar de parecer uma atitude obsoleta na atualidade, deve ser ainda considerada como opção de tratamento devido às suas vantagens e condições anatômicas, de saúde ou econômicas que impossibilitem tratamentos mais completos.

A manutenção do osso alveolar e da resposta sensorial talvez sejam as principais vantagens da sobre dentaturasobre dentes e conferem estabilidade e maior retenção em relação as próteses totais. O controle de cáries e problema periodontal nos dentes de suporte é um desafio, principalmente em pacientes idosos debilitados com dificuldade de manter a higiene oral adequada. Eles são considerados pacientes de alto risco depois de termino de tratamento. Portanto além de hábitos de escovação e fio dental, o uso de enxaguatórios bucais com flúor e de métodos eficientes para limpeza da prótese deve ser considerado.

De qualquer maneira,assobredentaduras devem ser utilizadas em qualquer momento em que as condições clinicas possibilitem (SCOTTIET AL, 2003),embora para alguns autores essa modalidade de tratamento esteja ultrapassada (AL-ZUBEIDEPA E PAYNE,2007).

No que desrespeito àsobredentaduras parciais (próteses parciais removíveis telescópicas),longevidade clinica dessas próteses coping e retentores resilientes foi considerada boa, não havendo diferenças significantes em relação a retenção rígida

(VERIED,2009 :WIDBOM *ET AL* ,2004 WOSTAMANN *ET AL* ;2007) No período de 5 anos de avaliação da quantidade de retentores , cuidados posteriores necessidade de reparos e reembasamento da prótese perda de cimentação do coping e retratamento dos dentes de suporte os dois primeiros tiveram grande impacto no final e a perda da cimentação ou infiltrações do coping não influenciaram o sucesso no geral (KOLLERETE *ET AL* ,2011;WEMNZ *ET AL.*,2001 ;WIDDBOM *ET AL.*,2004). Além disso, o aumento da estabilidade diminuição da mobilidade em 86% das raízes e a redução em 9 %da cáries foram aspectos observados em um período que vario entre 4 em 12 anos no qual foram avaliados 99 dentes de suporte com sistemas magnéticos de retenção nos quesitos mobilidades,cáries, saúde periodontal, função da prótese e integridade das cápsulas (BASTOS *ET AL.*, 2005., ETTINGER E QIAN,2004).As fraturas das raízes são consideradas a segunda causa de insucesso em sobredentadura, mas o recobrimento com coping pode preveni-las.Muitas vezes fraturas verticais são associadas a dentes de suporte superiores sem recobrimento em oposição a dentes naturaisinferiores. outro fator são as sucessivas fraturas da base da prótese que podem ocorrer em pacientes com bruxismo, confeccionar base reforçadas com estrutura metálica Co/Cr tem sido uma medida eficiente reembasamentos regulares também apresentam resultados satisfatórios, mas uma base muito espreça, com comprometimento estético e desconforto, pode ser um inconveniente desse procedimento (BASKER *ET AL.*,1991).

Na análise de integridade marginal, retenção, oclusão, estabilidade e estética de 368 dentes de suporte (272 maxilas e 96 mandíbulas) em um período de 9 meses e outro de 9 anos foram constados 24 dentes de suporte extraídos 49 em condições insastifatorias e 4 bases fraturadas (WENZ *ET AL.*,2001).

Problemas endodônticos após o termino do tratamento são a terceira causa mais comum de insucesso.Na avaliação de usuários de sobredentadurasocorrida entre 1973 e 1996 uma série de alterações do tipo encontrada. De 273 pacientes perfazendo um total de 666 dentes de suporte (628 endodonticamente tratos). 51 apresentavam problemas em 81 dentes de suporte após a instalação da prótese destes 87,1% estavam clinicamente aceitáveis e 12,9% não. Do grupo de dentes de suporte que necessitavam de intervenções clínicas, 36% tinham cáries radiculares que provocaram perda integridade marginal, necessitam,portanto, de novos tratamentos. O segundo problema mais comum encontrado foi a fratura vertical da

raiz 30,9% seguida de dentes com lesões periapicais (19,8%). Muitas dessas falhas poderiam ser evitadas com higiene oral mais eficiente (ETTINGER E QIAN,2004).

No que diz respeito aos sistemas de retenção, a disponibilidade no mercado é grande, apesar dos poucos dados existente sobre a relação de retenção e a configuração dos dentes de suporte entretanto, as relações de biomecânica desses sistemas, bem como a vida útil é resistência a fadiga e a força de retenção devem ser avaliadas para não comprometer o planejamento protético (BONACHELA *ET AL.*, 2003;FATALAET *AL.*,2012;ESCOTT *ET AL.*, 2003). Na avaliação de dois sistemas oring (conexão e 3i) e sistema ERA (Sterngoldimplamed),comparando a capacidade retentiva em relação em tempo de uso em 6 meses ,1,2,3,4e5 anos verificou-se que todos os sistemas de retenção apresentaram perda de retenção. O ERA mostrou maior retenção se comprado aos outros sistemas, mas o retentor era cinza melhor desempenho em uso simulado (BONACHELA *ET AL.*,2003)

Entre os fabricantes de encaixe , não a consenso em relação ao tempo de usos do sistemas e ao tempo de troca de substituição .A ideia de que após 6 meses de uso esses mecânicos deviam ser substituídos empírica , mas não há relatos de periodicidade .Pode-se considerar que outros fatores como comprimento da raiz posição e simetria das raízes no arco qualidade e quantidade do osso alveolar , angulação em relação ao plano oclusal, proximidade entre as raízes e avaliação da musculatura do paciente e sua dinâmica mastigatória tipo de arco, arco antagonista dentado e hábito alimentares podem influenciar na longevidade do retorno .

No entanto esses fatores são variáveis para cada paciente, e é preciso avaliar a sua influência sobre a qualidade de retenção dos sistemas ao longo do tempo, considerando que a fadiga do dispositivo poderia causar um esforço acentuado no remanescente radicular determinando a fratura do mesmo ou a perda de suporte de proteção e sustentação .Nesse aspecto quando da escolha de um sistema de encaixe devemos ter em mente os resultados obtidos em testes em vidro nem sempre são aplicáveis a situações em vivo (Bonachelaet *al.* ,2003).

## 5 CONCLUSÃO

De acordo com a revisão de literatura conclui-se que:

Independente do sistema de retenção utilizado, a overdenture deve ser confeccionada dentro dos princípios mais rigorosos que norteiam a construção de uma prótese total convencional;

O ligamento periodontal do paciente é mantido, preservando sua propriocepção, sendo esta uma vantagem de manter os dentes naturais para suportar esse tipo de prótese;

Há aumento da eficiência mastigatória, comparada à prótese total convencional;

Quase todos os dentes podem servir de pilares, embora os caninos e pré-molares são melhores do que os outros, tendo em conta a sua posição na arcada;

É necessário realizar uma boa higiene oral para manter os pilares por mais tempo, evitando o aparecimento de cárie e doença periodontal, e com frequentes consultas ao dentista;

Uma vez que a população idosa só tende a aumentar, as overdentures dentosuportadas são uma solução viável, por não serem tão dispendiosas em comparação com as implanto-suportadas.

## 6.REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AL-ZUBEID M. I., PAYNE A.G. Mandibular overdentures: a review of treatment philosophy and prosthodontic maintenance. N Z Dent J., 2007, v.103, n.4, p.88-97.

ALVES, Marcela Rodrigues; SILVA, Frederico Andrade; SILVA, Lígia Luzia Buarque; SILVA, Wilkens Aurélio Buarque. Sobredentaduras sobre raízes: uma alternativa aos implantes osseointegráveis. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, Passo Fundo, v.15, n.3, p. 307 - 311, set - dez. 2010.

BRAKER R.M., HARRISON A., RALPH J.P. Sobredentaduras (Overdentures ) na prática dentária geral, 1, ed. São Paulo: Santos; 1991.

BASTOS EL DE S., ACCETTURI F., PLESE A. Reabilitação oral com próteses parcial removível e sistema de encaixe em raízes remanescentes- caso clínico. PCL; 2005, v.7, n.36, p.119-23.

BONACHELA W.C., PEDREIRA A.P.R.V., MARINS L., PEREIRA T. Avaliação comparativa de perda de retenção de quatro sistemas de encaixes de tipo era

BONACHELA, Wellington Cardoso; PEDREIRA, Ana Paula Ribeiro do Vale; MARINS, Luciana; PEREIRA, Tatiana. Avaliação comparativa da perda de retenção de quatro sistemas de encaixes do tipo ERA e o'ring empregados sob overdentures em função do tempo e uso. Journal of Applied Oral Science, Bauru, v.11, n.1, p. 4954, mar. 2003

BOTEGA, Daniela Maffei. Avaliação da força de retenção de sistemas de encaixes para overdentures em função do número de ciclos de união e separação dos componentes. 2002. 87 fls. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica - Área de concentração Prótese Dental) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Piracicaba, 2002.

BURNS, David R. The mandibular complete overdenture. The dental clinicsofnorthamerica, v. 48, p. 603 - 623, 2004.

DOSTÁLOVÁ, T.; RADINA, P.; SEYDLOVÁ, M.; ZVÁROVÁ, J.; VALENTA, Z. Overdenture – Implants versus Teeth – Qualityof Life andObjectiveTherapyEvaluation. Prague Medical Report, Praga, v. 110, n. 4, p. 332 - 342, 2009.

FREITAS, Renato; VAZ, Luis Geraldo; PEDREIRA, Ana Paula Ribeiro do Vale. Avaliação Comparativa da Perda de Retenção de Attachments do Tipo Barra/Clipes Usados em Overdentures. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 32, n.2, p. 113 - 118, 2003.

HUG, Stefan; MANTOKOUDIS, Dimosthenis; MERICSKE-STERN, Regina. Clinicalevaluationof 3 ovredentureconceptswithtooth roots andimplants: 2-Year results. 21

The InternationalJournalofProsthodontics, v. 19, n.3, p. 236 - 243, May - Jun. 2006.

LANDULPHO AB. Overdenture [monografia]. Piracicaba (São Paulo): Universidade Estadual de Campinas; 1997.

LUGO-ANCONA, P.; CÁRDENAS-EROSA, R.; NAVARRO-ZAPATA D. Rehabilitaciónconsobredentadura Caso Clínico. Revista Odontológica Latinoamericana, Yucatán, v. 3, n. 2, p. 49 - 54, 2011.

LUNELLI, MarizeOss-Emmer. Sistemas de retenção para overdentures. 2009. 42 fls. Monografia (Especialização em Prótese Dentária) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

NADIN, Paulo Sergio, LINDEN, Maria Salete Sandini; PANISSON,Viviane Paula; NADIN, Miguel Ângelo. Fixação de overdenture através de sistema O.Ring para implantes osseointegrados. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 55-59, jul - dez. 2000.

NAG, V. Dileep; RAVINDRA, P.; REDDY, B. Thirupathi. A Simplified Chair Side Technique with Pre-Fabricated Directional Rings in a Case of Divergent Root Retained Overdenture. *Journal Indian Prosthodontic Society*, v.11, n. 2, p. 130-132, apr - jun. 2011.

PRADO GLG, González DM, Hernández MEG. La sobredentadura, una opción válida en Estomatología. *Ver Cubana Estomatol*, 2003 Set/ Dez: 40 (3).

TABATA, Lucas Fernando; ASSUNÇÃO, Wirley Gonçalves; ROCHA, Eduardo Passos; ZUIM, Paulo Renato Junqueira; GENNARI FILHO, Humberto. Critérios para seleção dos sistemas de retenção para overdentures implanto-retidas. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, Passo Fundo*, v. 12, n. 1, p. 75-80, jan - abr. 2007.

TELLES, Daniel. Próteses totais removíveis. In: \_\_\_\_\_. *Prótese total convencional e sobre implante*. São Paulo: Editora Santos, 2003. p. 59 - 126.

21. WYATT CCL. The effect of prosthodontic treatment on alveolar bone loss: A review of the literature. *J Prosthet Dent*. 1998; 80(3):362-366.