

Reabilitação Oclusal com Prótese Parcial Removível Provisória Tipo “Overlay” – Relato de Caso

Occlusal Rehabilitation with Overlay Provisional Removable Partial Denture – Case Report

MANOELA CAPLA DE VASCONCELLOS DOS SANTOS DA SILVA¹
ADRIANA DA FONTE PORTO CARREIRO²
ROBERTA FERRETI BONAN³
HUGO LEMES CARLO⁴
ANDRÉ ULISSES DANTAS BATISTA⁵

RESUMO

Um planejamento adequado de uma reabilitação protética não deve imputar o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO) às próteses novas, sob o risco do paciente não se adaptar a uma nova condição, uma vez que é necessário um período mínimo para a readaptação a uma nova DVO. Neste artigo realizou-se a reabilitação protética com próteses parciais removíveis provisórias (PPRs) do tipo “overlay” ou de recobrimento oclusal, previamente ao tratamento definitivo, pois o paciente apresentou considerável diminuição da DVO, utilizando-se pra isso três técnicas de determinação da DVO. Conclui-se que a utilização de próteses parciais removíveis provisórias é de grande importância no início do tratamento reabilitador, visando a adaptação do paciente a uma nova condição oclusal.

DESCRIPTORIOS

Prótese Parcial Removível. Reabilitação Bucal. Dimensão Vertical.

SUMMARY

An appropriate design of a prosthetic rehabilitation should not impute the restoration of occlusal vertical dimension (OVD) to new prostheses, at the risk of the patient does not adapt to a new condition, since a certain amount of time is often necessary for adaptation to a new OVD. This article performed prosthetic rehabilitation with an overlay provisional removable partial denture prior to definitive treatment because the patient showed a considerable decrease in the OVD. Three techniques for OVD determination were used. It is possible to conclude that the use of interim removable partial dentures is of great importance at the beginning of the rehabilitation treatment in order to adapt the patient to a new occlusal condition.

DESCRIPTORS

Denture Partial Removable. Mouth Rehabilitation. Vertical Dimension.

- 1 Doutoranda em Clínica Odontológica, área de concentração Prótese Dental, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP-UNICAMP.
- 2 Doutora em Odontologia, área de Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, FORP-USP. Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Disciplina de Prótese Total.
- 3 Cirurgiã-dentista formada pela Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista (UNESP). Especialista em Endodontia pelo PROFIS (USP-Bauru)
- 4 Doutor em Odontologia, área de Materiais Dentários pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba, FOP-UNICAMP. Professor Adjunto II da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Disciplina de Dentística e Clínica de Integração.
- 5 Doutor em Reabilitação Oral, área de Prótese, pela Faculdade de Odontologia de Araraquara, FOAr-UNESP. Professor Adjunto III da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Disciplina de Oclusão e Clínica de Integração.

O sistema estomatognático é a unidade funcional do corpo responsável, principalmente, pela fala, mastigação, deglutição, e também está relacionado com o paladar e a respiração. O sistema é composto por ossos, articulação, dentes, músculos e ligamentos. Esses componentes são coordenados por um complexo sistema neurológico o qual permite uma harmonia funcional da oclusão através de seu controle. Diversos fatores podem contribuir para prejudicar o equilíbrio oclusal, sendo assim, é necessário um planejamento multidisciplinar criterioso, objetivando o sucesso do tratamento, bem como a satisfação estética e funcional do paciente (COSTA *et al.*, 2002, CURA, SARAÇOGLU, OZTURK, 2002, SOARES *et al.*, 2004).

Alterações da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) são freqüentes nos pacientes procurando atendimento protético. Em alguns casos, os profissionais executam a reabilitação através de reposição aleatória dos dentes ausentes, não se preocupando com a condição altamente comprometida dos músculos, ligamentos, elementos dentários, periodonto e articulações temporomandibulares geralmente presentes. Com o passar do tempo ocorrem desarranjos no sistema estomatognático, resultando em iatrogenias de difícil resolução ou até mesmo irreversíveis (BARBOSA, ARANA, BOURREAU, 2000). É fundamental que tanto o guia canino como a guia anterior sejam estabelecidos em todo tratamento reabilitador. A proteção mútua entre os segmentos posterior e anterior da cavidade oral é o elemento de equilíbrio para todo o complexo oclusal. Qualquer alteração nesse mecanismo de proteção mútua resulta em sérios prejuízos, como o colapso oclusal, levando a uma sobrecarga das forças mastigatórias nos dentes anteriores provocando reações como reabsorções, desgaste da estrutura dentária, fraturas coronárias e/ou radiculares o que gera necessidade restauradora. O restabelecimento da oclusão de pacientes parcialmente desdentados, torna-se mais complexo à medida que o espaço protético aumenta, sendo que a ausência dos dentes posteriores pode causar alterações significativas na DVO.

A ausência ou o desgaste excessivo dos elementos dentais anteriores é fator de alta influência na estética e harmonia do sorriso, aspectos fundamentais para o bem-estar psíquico-social do indivíduo. Várias opções estão disponíveis para reabilitar a ausência de um elemento dental anterior, envolvendo o uso de prótese implantada suportada (HOLST *et al.*, 2005), prótese adesiva indireta em cerâmica pura (OZCAN, AKKAYA, 2002), prótese adesiva metalo cerâmica fixada adesivamente (HAGIWARA, MATSUMURA, TANAKA, WOELFEL, 2004), prótese adesiva confeccionada em resina laboratorial associada à fibra de reforço (HUSEIN,

BEREKALLY, 2005), prótese fixa convencional (STUDER, PIETROBON, WOHLWEND, 1994), todas de caráter definitivo com prognóstico altamente satisfatório.

Um planejamento adequado de uma reabilitação protética não deve imputar o restabelecimento da DVO às próteses novas, no momento do final do tratamento, sob o risco de o paciente não se adaptar a essas próteses. Deste modo, o restabelecimento da DVO deve ser obtido de forma gradual e no início do tratamento, podendo ser utilizado para isso as próteses parciais removíveis provisórias, inclusive com a opção de realizar o recobrimento coronário, com as próteses do tipo “overlay”.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico em que houve necessidade de restabelecimento da DVO, utilizando-se para isso as próteses parciais removíveis (PPR) provisórias de recobrimento oclusal.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 45 anos de idade, apresentou-se na Clínica de Prótese do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, queixando-se de desgaste excessivo nos dentes, além de múltiplas ausências dentais. Durante o exame clínico observou-se desgaste excessivo dos dentes ântero superiores e inferiores, e ausência dos elementos 23, 25, 26, 34, 36, 44, 45 e 46. Os dentes 12, 11, 21, 22, 23, 24 e 27 estavam sendo submetidos a tratamento endodôntico em uma clínica particular, e apresentavam-se selados com resina composta fotopolimerizável, de forma temporária. Notou-se um desequilíbrio na oclusão devido ao colapso oclusal, o que também implicava no acentuado desgaste observado na face incisal de todos os dentes ântero superiores (Figura 1). Todas essas alterações culminaram na diminuição da DVO, e alterações nas curvas de Spee e Wilson. O plano oclusal na região anterior apresentava-se invertido.

Após a realização da anamnese e detalhado exame clínico e radiográfico, realizou-se a moldagem das arcadas superior e inferior, utilizando-se para isso alginato (Jeltrate – Dentsply – Brasil), para obtenção dos modelos de estudo, vazados em gesso tipo IV (Durone, Dentsply, Brasil). O modelo superior foi montado em articulador semi ajustável (ASA) (modelo JP30, Gnatus). Sobre os modelos foram confeccionadas as bases de registro em resina acrílica e cera 07, que foram as matrizes das próteses provisórias que restabeleceram a oclusão do paciente.

Inicialmente realizou-se o ajuste dos planos de orientação, iniciando-se pelo plano superior, onde foi

ajustado o suporte do lábio, exposição dos dentes em relação ao lábio superior em repouso, e plano posterior, com a utilização da Régua de Fox. Para se realizar o restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão, utilizou-se uma associação de três métodos de determinação da dimensão vertical com a finalidade de confirmação da medida obtida. Primeiramente, sem as bases de registro em boca, dois pontos foram marcados na face do paciente com caneta hidrográfica preta 0,5 mm, sendo um localizado na base do nariz e o outro na região mentoniana, por serem regiões menos influenciadas pela contração da musculatura mímica. Para se mensurar a Dimensão Vertical de Repouso, através do Método Métrico, foi então solicitado que o paciente realizasse respiração lenta e profunda, umidificando os lábios com a língua, deglutindo e, a seguir, por três vezes, pronunciando a letra "m", permanecendo ao final desta sequência com os lábios entreabertos e em repouso. Ao observarmos um estável posicionamento mandibular, realizou-se, com auxílio de um compasso de ponta seca, o registro da distância entre dois pontos demarcados (RICCI, 2002) (Figura 2). O mesmo procedimento foi repetido por duas vezes e as distâncias observadas eram anotadas. Uma média aritmética destas medidas foi obtida e utilizada como sendo a Dimensão Vertical de Repouso (DVR). Aplicando a fórmula $DVO = DVR - EFL$ (Espaço Funcional Livre), e considerando-se que o EFL é, em média, de 2 a 3 mm, obteve-se o valor da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). O plano de cera inferior foi então ajustado, pela remoção da cera, adaptando-o ao plano de orientação superior (Figura 3). Quando a DVO adequada foi estabelecida, avaliou-se foneticamente se o EFL estava correto, pedindo ao paciente para pronunciar sons sibilantes ("s"), onde verificou-se um EFL satisfatório. Além dos métodos métrico e fonético, relatados acima, utilizou-se também o método estético, que consiste na reconstituição facial dos pontos de referências por meio da conformação dos sulcos nasogenianos, harmonia do terço inferior com as demais partes do rosto e a obtenção da plenitude facial (Figura 4). As linhas de referência estática (linha média, dos caninos e alta do sorriso) foram traçadas, e o paciente foi manipulado em relação cêntrica (RC) para realizar o registro da nova DVO. As bases foram unidas e removidas para a montagem em articulador. A cor dos dentes foi selecionada por uma escala de cores adequada (Biotone, Dentsply).

Após a montagem em articulador semi ajustável (ASA), realizou-se a montagem dos dentes artificiais nas bases já ajustadas, utilizando para isso dentes de

estoque (Biotone, Dentsply). Os dentes superiores que estavam desgastados foram recobertos pela base da prótese e dentes artificiais, o que caracteriza uma prótese de recobrimento oclusal ou "overlay". Além disso, foi realizado o enceramento da superfície incisal dos elementos ântero inferiores (Figuras 5 e 6), que teve como função recuperar a guia anterior, durante os movimentos de lateralidade e protrusão, perdida pelo desgaste incisal, devolvendo a oclusão mutuamente protegida. Após esta etapa, realizou-se a prova dos dentes em boca, observando estética, fonética, oclusão e conforto para o paciente. A DVO foi conferida, bem como a fonética (Figura 7). Após a aprovação do paciente, realizou-se a inclusão, prensagem e termopolimerização das próteses.

Terminada a fase laboratorial de confecção da prótese parcial removível provisória, procedeu-se a instalação da mesma. Desta forma, restabeleceu-se a DVO, buscando a estabilidade oclusal, ajustando a mesma tanto em relação cêntrica quanto em lateralidade direita e esquerda (Figuras 8, 9, 10 e 11). O paciente foi informado da natureza provisória das próteses instaladas, e necessidade de um tempo de adaptação do organismo à nova DVO, normalmente de 3 a 4 semanas, além do fato da possibilidade do surgimento de pequenas alterações funcionais durante essa fase de adaptação, tais como aumento da salivação, dificuldades fonéticas ou da mastigação dos alimentos. Foi também orientado quanto à forma de higienização das próteses, ao tempo de uso necessidades de retornos periódicos, até o momento de iniciar o tratamento final com próteses parciais fixas e removíveis. Desta forma, o paciente utilizou estas PPRs provisórias até a confecção das próteses finais nos arcos superiores e inferiores. Os elementos anteriores inferiores foram restaurados ao final do tratamento com resina composta fotopolimerizável.

Utilizando-se as próteses parciais removíveis provisórias do tipo overlay buscou-se restabelecer integralmente a função, além de contribuir para conforto do paciente e melhorar sua capacidade mastigatória, mantendo a saúde e integridade dos arcos dentais. A utilização destas PPRs é de suma importância, pois existe a possibilidade de ao final do tratamento o paciente não se adaptar à nova DVO, o que acarretará ao insucesso do tratamento reabilitador. O uso das próteses de recobrimento oclusal permitem uma adaptação progressiva à nova DVO, o que facilita a resolução de possíveis problemas funcionais.



Figura 1: Caso clínico inicial. Verifique o desgaste dentário e falta de espaço inter-arcadas.



Figura 2: Mensuração da DVR pelo método métrico



Figura 3: Plano de orientação ajustado na DVO adequada, com as linhas de referência estética já traçadas



Figura 4: Avaliação estética da DVO obtida



Figura 5: Montagem dos dentes artificiais nos modelos montados em articulador



Figura 6: Avaliação da guia anterior no articulador. Verifique a desocclusão dos dentes posteriores (guia anterior efetiva), conseguida pelo enceramento das incisais dos elementos inferiores.



Figura 7: Prova clínica das próteses provisórias. Avaliação da estética, oclusão e DVO.



Figura 8: Avaliação da guia anterior efetiva. Verifique a desocclusão de todos os dentes posteriores (oclusão mutuamente protegida).



Figura 9: Avaliação da lateralidade direita efetiva (guia canina). Verifique a desocclusão de todos os dentes posteriores (oclusão mutuamente protegida).



Figura 10: Avaliação da lateralidade esquerda efetiva (guia canina). Verifique a desocclusão de todos os dentes posteriores (oclusão mutuamente protegida).



Figura 11: Vista final do sorriso do paciente, após a instalação das PPR overlays provisórias

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de próteses parciais removíveis provisórias é de grande importância no início do tratamento reabilitador, visando a adaptação do paciente a uma nova condição oclusal, desta forma favorecendo o sucesso do mesmo. Isso é ainda mais crítico quando a dimensão vertical de oclusão estiver alterada, situação nos quais a provisória de recobrimento oclusal pode ser um aliado importante para se alcançar um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA CMR, ARANA ARS, BOURREAU MLS. Reabilitação oral de paciente bruxômana com alteração de dimensão vertical. *Iniciação Científica Cesumar*, 2(1): 23-25, 2000.
2. COSTA MM et al. Overlays: Próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. *PCL*, 4(7): 8-16, 2002.
3. CURA C, SARAÇOGLU A, OZTURK B. Prosthetic rehabilitation of extremely worn dentitions: case reports. *Quintessence Int.*, 33(3): 225-230, 2002.
4. HAGIWARA Y, MATSUMURA H, TANAKA S, WOELFEL JB. Single tooth replacement using a modified metal-ceramic resin-bonded fixed partial denture: a clinical report. *J Prosthet Dent.*, 91(5): 414-417, 2004.
5. HOLST S et al. Prosthodontic considerations for predictable single-implant esthetics in the anterior maxilla. *J Oral Maxillofac Surg.*, 63 (9 Suppl 2): 89-96, 2005.
6. HUSEIN A, BEREKALLY T. Indirect resin-bonded fibre-reinforced composite anterior bridge: a case report. *Aust Dent J.*, 50(2) 114-118, 2005.
7. OZCAN M, AKKAYA A. New approach to bonding all-ceramic adhesive fixed partial dentures: a clinical report. *J Prosthet Dent.*, 88 (3): 252-254, 2002.
8. RICCI, WA. Disfunção craniomandibular em pacientes desdentados totais com alteração da dimensão vertical. [Dissertação de mestrado]. Araraquara. Faculdade de Odontologia da UNESP. 2002.
9. SOARES CJ et al. Importância do emprego de próteses provisórias na recuperação da dimensão vertical viabilizando procedimentos restauradores diretos – relato de caso. *JBO, ATM e Dor Orofacia*, 14(14): 27-32, 2004.
10. STUDER S, PIETROBON N, WOHLWEND A. Maxillary anterior single-tooth replacement: comparison of three treatment modalities. *Pract Periodontics Aesthet Dent*, 6(1): 51-60, 1994.

CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal da Paraíba
 Centro de Ciências da Saúde - Campus I.
 Departamento de Odontologia Restauradora.
 Campus Universitário - Cidade Universitária
 Castelo Branco
 58051-900 João Pessoa - Paraíba - Brasil

E-mail

andreulisses@yahoo.com.br