



REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE DESDENTADO COM PRÓTESE TOTAL E PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO

Oral rehabilitation of edentulous patient with removable complete and partial dentures : case report

Amanda Larissa Oliveira da Silva¹, Nicole Nunes Viana¹, Katarina Pinto de Lima Gomes², Viviane Afonso Mergulhão³

¹ Graduando(a) em Odontologia. Universidade Federal do Pernambuco, Recife, Pernambuco - Brasil

² Mestrando (a) em Odontologia. Faculdade Boa Viagem, Recife, Pernambuco - Brasil

³ Docente do curso de Odontologia. Universidade Federal do Pernambuco, Recife, Pernambuco - Brasil

Correspondência: Viviane Afonso Mergulhão – Departamento de Prótese e Cirurgia Buco Facial. Av. Prof. Arthur de Sá, s/n - Cidade Universitária, Recife - PE, Brasil - 50740525. Email: viviane.mergulhao@ufpe.br

Editor Acadêmico: Rillary Rodrigues Feitosa

Received: 30/10/2022 / **Review:** 14/11/2022 / **Accepted:** 17/11/2022

Como citar este artigo: Silva ALO, Viana NN, Gomes KP, Mergulhão VA. Reabilitação oral de paciente desdentado com prótese total e parcial removível: relato de caso . *RevICO*. 2022; 20:e28.

RESUMO

Introdução: O quadro clínico de desdentado total ou parcial influencia a mastigação, estética, fonética, convívio social e autoestima. **Objetivo:** Descrever uma reabilitação oral com Prótese Total superior (PT) e Parcial Removível inferior (PPR). **Relato de Caso:** Paciente compareceu à Clínica Odontológica queixando-se da estética da sua Prótese Total superior. Durante o exame clínico verificou-se a necessidade de trocar também a PPR inferior que a paciente utilizava. O exame clínico/radiográfico demonstrou que os elementos dentários 31, 32, 33, 35, 41, 42, 43, 44 e 45 estavam hígidos. Na arcada inferior, inicialmente foi feito um clareamento pela técnica combinada (consultório + caseiro supervisionado). Em seguida foi realizada uma moldagem de estudo para planejamento da PPR por meio do delineamento. Após o preparo de boca, foi feita a moldagem de trabalho e sobre o modelo mestre foi confeccionada a estrutura metálica. Na arcada superior foram realizadas as moldagens preliminar e funcional. Em seguida, foi feita a individualização dos planos de orientação, registro da dimensão vertical de oclusão, montagem em articulador semi-ajustável e os modelos foram enviados para o laboratório montar os dentes artificiais. Após a prova das próteses enceradas, as mesmas foram acrilizadas de acordo com o sistema STG. As próteses foram instaladas na paciente, o ajuste oclusal realizado e a paciente foi orientada em relação à higienização. **Comentários:** Reabilitação protética com Próteses Totais ou Parciais Removíveis é fundamental para restabelecer estética, fonética e as funções do sistema estomatognático

Descritores: Prótese Dentária. Prótese parcial removível. Maxilar Desdentado.



Introdução

O edentulismo caracteriza-se como problema que envolve milhões de pessoas em todo o mundo. As possíveis causas se dão a partir do desequilíbrio gerado na má higienização oral. Esse pode ser o fator principal ocasionando cáries e doenças periodontais, porém traumas, impactação, neoplasias, entre outros fatores, também podem contribuir para o edentulismo.¹

Associado a esse cenário têm-se uma necessidade de ações preventivas voltadas à informação da população e cuidados com a higiene bucal, para que possam ser evitadas as perdas dentárias. Porém, o número expressivo de edêntulos gera uma necessidade de reabilitação, tendo em vista que as condições de normalidade funcional e estética foram perdidas.^{1,2}

A reabilitação oral visa restabelecer o equilíbrio do sistema estomatognático, a dimensão vertical, evitar expansão da língua, melhorar a fonação e a autoimagem.² A reabilitação é realizada conforme a necessidade do paciente. Para os pacientes que têm ausência de alguns elementos dentários indica-se a instalação de implantes e coroas sobre implante, Próteses Parciais Fixas ou Prótese Parcial Removível (PPR) e para os desdentados totais indica-se a Prótese Total convencional (PT) ou implantossuportada.^{2,3}

Em relação à Prótese Total, uma das vantagens é o retardo do processo de reabsorção da crista óssea. A literatura afirma que não há como estagnar o processo, porém conforme for confeccionada uma PT de forma a distribuir da melhor maneira as cargas mastigatórias, o processo ocorrerá de forma lenta. Além disso, é válido afirmar a necessidade de ouvir o paciente, assim o cirurgião-dentista conduzirá a reabilitação conforme as expectativas e necessidades do paciente.⁴

A PPR também tem importantes indicações, visto que deverá ser utilizada a fim de melhor distribuir as cargas mastigatórias aos dentes remanescentes e ao rebordo ósseo de áreas edêntulas. Constituída à base de resina acrílica e dentes artificiais que são contidos em uma estrutura metálica composta por: apoio oclusal, retentores, conectores e selas, a PPR irá garantir melhor função mastigatória, conforto e também aperfeiçoamento estético funcional.^{5,6,7}

O atual caso clínico é de fundamental relevância, pois demonstra o passo a passo do tratamento reabilitador de paciente desdentada total e parcial, além de evidenciar os benefícios do tratamento realizado baseado no conhecimento científico. O objetivo do presente relato de caso é descrever uma reabilitação oral com Prótese Total Superior e Parcial Removível Inferior.

Relato de Caso

O presente relato de caso atende aos princípios éticos, pois a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar da pesquisa, de forma voluntária e aceitando a publicação, para fins científicos, de fotos da sua face, incluindo a cavidade oral.

Paciente leucoderma, 77 anos de idade e do sexo feminino, apresentou-se à Clínica Odontológica relatando insatisfação da estética da Prótese Total superior (Figura 1). Por meio do exame clínico verificou-se a necessidade de trocar também a PPR inferior que a paciente utilizava.

Mediante exame clínico e radiográfico, observou-se que os elementos dentários 31, 32, 33, 35, 41, 42, 43, 44 e 45 estavam hígidos, o que possibilitava a preservação dos mesmos e uma reabilitação com PPR. Em relação à história médica, a paciente não possuía doenças cardiovasculares, alergias, doenças renais, hepáticas ou Disfunção Têmporo Mandibular (DTM).



Na arcada inferior, optou-se pelo clareamento a partir da técnica combinada (consultório + caseiro supervisionado). No consultório utilizou-se peróxido de hidrogênio 35% (Whiteness HP, FGM) em 2 sessões de 45 minutos (Figura 2) e simultaneamente a paciente fez o clareamento caseiro supervisionado com moldeira utilizando peróxido de carbamida 16% (Whiteness Perfect 16%, FGM) por 3 horas durante 15 dias.

Em seguida, foi realizada a moldagem de estudo com alginato para o planejamento da PPR por meio do delineamento. Foi determinado o eixo de inserção, realizado o traçado das linhas equatoriais próticas, calibragem da retenção e confecção dos planos-guia para que houvesse melhor preservação dos dentes, não os submetendo a forças excessivas. Durante o delineamento, verificou-se a necessidade de realizar um plano-guia na face mesial do elemento 35 que inicialmente foi feito no modelo de gesso posicionado sobre a mesa porta-modelo do delineador, utilizando-se a faca e em seguida transferido para a boca da paciente por meio de uma guia de transferência de resina acrílica. Dessa forma, as paredes axiais dos dentes pilares estavam planas e paralelas entre si e à trajetória de inserção/remoção determinada. Durante o delineamento, também foi constatada ausência de retenção no dente pilar 45 o que tornou necessário modificar o contorno dental pela técnica de acréscimo que consistiu em executar no modelo de gesso o enceramento da área retentiva que foi conferido com o disco calibrador 0,25 mm devidamente posicionado no delineador na trajetória previamente selecionada. Em seguida, foi confeccionada no modelo de gesso uma matriz individual sobre o elemento 45 com resina composta fotopolimerizável transparente (Bioplic, Biodinâmica) para servir de guia para transferir para a boca da paciente a área retentiva construída no modelo. Resina composta convencional foi inserida na área onde o enceramento formou uma região côncava na matriz, isolada com glicerina, e o conjunto foi posicionado na boca da paciente sobre o elemento 45. Foi feita a fotopolimerização, a remoção da matriz e a sessão de acabamento/polimento da resina. Por se tratar de uma reabilitação de arco classificado, de acordo com a Classificação de Kennedy, em Classe I, modificação 1, foram realizados nichos com ponta diamantada 2131 na fosseta mesial dos elementos 45 e 35, fosseta distal do elemento 44 e na região de cingulo do elemento 33. Em relação aos grampos foram planejados para os elementos 45 e 35 grampos a barra do tipo grampo T, com grampos de oposição na face lingual e para o elemento 33 grampo MDL modificado. O conector maior utilizado foi a barra lingual.

Após a realização do preparo de boca, procedeu-se a moldagem de trabalho com alginato e sobre o modelo mestre o laboratório confeccionou a estrutura metálica (Figura 3) e em seguida foi feita a prova dessa estrutura para conferência da retenção.

Para a confecção da prótese total superior foi realizada a moldagem anatômica com alginato, vazamento do gesso, confecção do modelo anatômico, confecção de moldeira individual e posterior moldagem funcional com poliéter. Após a obtenção dos planos de orientação, foi feita a individualização do plano de orientação superior com o objetivo de recuperar a sustentação dos tecidos do terço inferior da face, perdida após as extrações dos dentes naturais. Tal individualização incluiu parâmetros como suporte labial, altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal e linhas de referência (Figuras 4-6). Após a determinação da dimensão vertical por meio da associação dos métodos métrico, fisiológico, estético e fonético foi feito o registro da relação cêntrica pelo método fisiológico. Feito o registro oclusal, os modelos com os planos de orientação foram montados em articulador semi-ajustável para o laboratório fazer a montagem dos dentes artificiais (Figura 7).



Durante a prova das próteses enceradas (Figura 8) foi feita a avaliação da oclusão e dos testes fonéticos, conferência da dimensão vertical e após a confirmação da paciente em relação ao arranjo dos dentes, as próteses foram enviadas ao laboratório para serem acrilizadas de acordo com o sistema STG para caracterização de gengivas artificiais (Figura 9). As próteses foram instaladas (Figura 10, 11, 12), restabelecendo a função do sistema estomatognático e estética. O ajuste oclusal foi realizado e a paciente foi orientada em relação à higienização, manutenção das próteses, assim como a retornar para consultas periódicas. A mesma retornou, após 1 mês, sem queixas e foi realizada nova sessão de ajuste oclusal.



Figura 1. Sorriso inicial da paciente.



Figura 2. Clareamento da arcada inferior.



Figura 3. Estrutura metálica.



Figura 4. No plano frontal, plano de cera paralelo à linha bipupilar.



Figura 5. Esquadro de Fox apoiado sobre o plano de cera e sua relação com o plano de Camper



Figura 6. Plano de orientação: linhas de referência



Figura 7. Montagem dos dentes artificiais em articulador semi-ajustável



Figura 8. Prova das próteses enceradas



Figura 9. Sistema STG para acrilização das próteses



Figura 10. Vista oclusal da PPR inferior instalada



Figura 11. Prótese total superior e PPR inferior concluídos



Figura 12. Vista final do sorriso

Comentários

O uso de uma PPR auxilia o preenchimento dos espaços edêntulos e possui um menor tempo de tratamento, porém quando mal confeccionada pode gerar danos aos dentes remanescentes, podendo levar, inclusive, a perda deles. Suas desvantagens estão relacionadas ao desconforto que é relatado por alguns pacientes, o fato de ser removível, a necessidade de uma minuciosa higiene, além de existir a dificuldade de se manter a estabilidade oclusal e possuir menor durabilidade que outras opções como o implante.^{7,8}

A Prótese Total convencional, por sua vez, é colocada na cavidade oral com finalidade de substituir os dentes perdidos e após instalada tem prazo em média de até 5 anos, pois o tecido ósseo passa por processo de reabsorção e ela tende a perder área retentiva, diminuindo assim a longevidade do tratamento.^{2,6,8}

No atual relato de caso, a PPR inferior teve o objetivo de preencher os espaços edêntulos correspondentes aos elementos 34, 36 e 46. A PPR e a PT que a paciente utilizava antes do tratamento estavam mal adaptadas, com a resina acrílica muito pigmentada e os dentes escurecidos e desgastados devido ao longo tempo de uso (12 anos), o que justificou a troca das duas próteses com o objetivo de devolver a estética e a função mastigatória. Deve-se orientar os pacientes em relação ao prazo das próteses removíveis, pois próteses antigas contribuem para o aparecimento de lesões na mucosa relativa à área de suporte das próteses, especialmente no palato.

É válido analisar também que próteses mal adaptadas perdem sua função principal que se dá na mastigação, além de causar traumas à mucosa. Porém, a reabilitação oral quando bem-sucedida compõe um conjunto de vantagens estéticas e funcionais como fonação, mastigação e retardo da reabsorção óssea.^{5,6}

Outra alternativa para o presente relato de caso seria para a arcada superior uma Prótese Total implantosuportada e para a arcada inferior a instalação de implantes e coroas sobre implante, porém a paciente não concordou com essa opção de tratamento por envolver fase cirúrgica.

O relato de caso apresentado tem como objetivo orientar, com embasamento científico, o cirurgião-dentista que deseje reabilitar pacientes desdentados totais e parciais apresentando a sequência clínica de uma reabilitação com PT superior e PPR inferior, opções com menor custo em relação a outras modalidades de tratamento e com resultado estético bastante satisfatório. Vale ressaltar que para ter êxito na conclusão



de uma reabilitação é imprescindível que o profissional siga todas as etapas apresentadas, faça um correto exame clínico, anamnese, planejamento, analise as limitações anatômicas e financeiras do paciente para que possa estabelecer um adequado plano de tratamento individualizado para cada paciente.

Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse

Disponibilização dos dados

Os dados usados para dar suporte aos achados deste estudo podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ABSTRACT

Introduction: Established in 2002, the National Curriculum Guidelines for undergraduate courses Introduction: The clinical feature of total or partial edentulousness influences the chewing process, aesthetics, phonetics, social life and self-esteem. **Objective:** To describe an oral rehabilitation with an upper removable total prosthesis (RTP) and a lower removable partial prosthesis (RPP). **Case Report:** A patient came to the dental office complaining about the aesthetics of her total upper denture. During the clinical and radiographic examinations, it was verified that the lower RPP that the patient was using also needed to be changed. The clinical/radiographic examinations showed that the dental elements 31, 32, 33, 35, 41, 42, 43, 44, and 45 were caries-free. On the lower arch, bleaching was initially performed using the associate techniques (in-office and home-bleaching). Next, a study model was obtained to plan the RPP. After mouth preparation, the master model was obtained and the metal structure was made on it. In the upper arch, preliminary and functional impressions were taken. Then, the orientation plans were individualized, the vertical dimension of occlusion was recorded, the models were mounted on a semi-adjustable articulator and sent to the laboratory to assemble the artificial teeth. After testing the waxed prostheses, they were acrylized according to the STG system. The prostheses were installed in the patient, the occlusal adjustment was performed and the patient was instructed regarding hygiene. **Comments:** Prosthetic rehabilitation with total or partial removable prostheses is essential to restore aesthetics, phonetics, and the functions of the stomatognathic system.

Keywords: Dental Prosthesis. Denture, Partial, Removable. Jaw, Edentulous.

Referências

- Costa T, Gauch LMR, Pedrosa SS, Esteves, RA. Prótese parcial removível: do planejamento à instalação-relato de caso. *Revista Digital APO*. 2020;1(4):20-26.
- França SSM, Paragussu EC. Carga imediata em prótese total implantosuportada: Revisão de Literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2022;1(4):2674-8169.
- Filho MJSF, Alves DP, Câmara IFR, Souza QHS, et al. Reabilitação oral com prótese parcial removível dupla: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*. 2021;2(7):16934-16947.
- De Lima TMNR, Do Nascimento ALA, De Souza KGCA, et al. Reabilitação oral por meio de prótese total superior e prótese parcial removível inferior-relato de caso. *Archives Of Health Investigation*. 2018; (7).
- Moreno MD, Pinheiro MPF, Aguiar T, Oliveira G. Implante Transitório de corpor único com a ativação imediata para retenção de prótese total provisória – relato de caso. *Revista Fluminense de Odontologia*. 2022;59(3):59-68.



Deus LB, Malaquias KC, Carvalho MA, Martorell LB, Serpa GC, Morais WF, Lara Borges, et al. Monitoria nas tarefas didático-práticas da disciplina de prótese dentária parcial removível: relato de experiência Orientation and follow-up the didactic-pratic tasks in the class of partial removable dental prosthesis: experience report. *Brazilian Journal of Development*. 2022;1(8):713-720.

Rocha RB, Carmo FCS, Cunha MAPC, Cunha DP. Síndrome da combinação Prótese Total e Parcial Removível: Relato de Caso Clínico/Removable total and Partial Prosthesis combination Syndrome: Clinical Case Report. *Revista de psicologia*. 2019;47(13): 576-585.

Da Silva BF, Da Silveira Moretti AB, Da Silva Casque KC, et al. Avaliação da performance mastigatória e nível de satisfação de usuários de prótese parcial removível: ênfase na importância das PPRs na era da implantodontia. *Research, Society and Development*. 2022;7(11):e1811729550-e1811729550.