

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto

BRUNA CÁNOVAS ROSANESE

**REABILITAÇÃO DE PACIENTE COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SOBRE
RAÍZES: RELATO DE CASO**

Ribeirão Preto

2019

BRUNA CÁNOVAS ROSANESE

**REABILITAÇÃO DE PACIENTE COM PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SOBRE
RAÍZES: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação da Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, como requisito para a obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Helena Lovato da Silva

Ribeirão Preto

2019

DEDICATÓRIA

A meus pais, **Helena Dominguez Cánovas Rosanese** e **Osmar Rosanese Filho**, pois sem eles, o sonho de me formar em Odontologia não teria sido possível. Todo o esforço e trabalho exercido por eles ao longo de muitos anos, sempre destinados a fornecer o melhor para mim e minha irmã, podem ser - em parte - recompensados com a entrega deste presente trabalho.

À minha irmã, **Marina Cánovas Rosanese**, sempre ao meu lado em todos os momentos da vida.

À Profa. Dra. **Cláudia Helena Lovato da Silva**, orientadora deste presente trabalho, sempre me passando um pouco de seu imensurável conhecimento. Sem sua ajuda, a construção deste trabalho não teria sido possível.

AGRADECIMENTO

À **Universidade de São Paulo** pelos conhecimentos adquiridos.

Às pós-doutorandas **Adriana Barbosa Ribeiro** e **Maria Paula Della Vechia**,
pela ajuda fornecida na clínica durante os atendimentos do paciente.

Aos **funcionários da Universidade de São Paulo**, sempre exercendo seu
trabalho com carinho.

Resumo

O edentulismo pode ser considerado um problema de saúde pública, especialmente para os idosos. A prevalência do edentulismo entre adultos com 65 anos ou mais é considerada alta em vários países. No Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais representam aproximadamente 11% da população, e destes, 3 em cada 4 indivíduos são desdentados em pelo menos uma arcada. Por isso, para reabilitação do sistema estomatognático de desdentados totais, o uso de próteses totais convencionais muco-suportadas removíveis é uma opção largamente utilizada, porém apresentam como principal problema a retenção, especialmente em pacientes idosos com grande perda óssea do rebordo alveolar. Como alternativa ao tratamento, a reabilitação pode ser realizada por meio de próteses overdentures muco-suportadas e implanto-retidas, onde dois implantes osseointegráveis servem de retenção adicional às próteses. Entretanto, nem todos os pacientes estão aptos a receber este tratamento. Uma alternativa é a realização de próteses overdentures sobre raízes, onde a retenção adicional ocorre sobre raízes residuais do paciente. Este estudo teve como objetivo relatar o caso clínico da reabilitação de um indivíduo com prótese total muco-suportada e dento-retida. O tratamento devolveu estética, função e conforto ao paciente.

Palavras chave: Overdenture, prótese total.

Abstract

Edentulism can be considered as a public health problem, especially for the elderly. The prevalence of edentulism among adults aged 65 years and over is high in several countries. In Brazil, individuals aged 60 years or more represent about 11% of the population, and 3 out of 4 of them are edentulous in at least one dental arch. Therefore, for their stomatognathic system rehabilitation of total edentulous patients, the use of conventional removable muco-supported total prostheses is a widely used option. However, they usually present retention problems, especially in elderly patients with large bone loss of the alveolar ridge. Therefore, as an alternative to that treatment, rehabilitation can be performed using dental implants, in muco and implanted supported overdentures, where two dental implants are used as additional retention to the prostheses. However, not all patients are eligible for this treatment. An alternative is performing prosthetic overdentures on roots, where additional retention occurs over patient's residual roots. This study reported the clinical case of a patient's rehabilitation with muco-supported and dento-retained total prosthesis. The treatment returned aesthetics, function and comfort to the patient.

Key words: Overdenture, complete denture

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO07

REVISÃO DE LITERATURA..... 09

RELATO DE CASO13

CONSIDERAÇÕES FINAIS26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....27

INTRODUÇÃO

No Brasil, até o ano de 2003, o índice CPO-D mostrou que a média de número de dentes perdidos em adultos de 35 a 44 anos era de 20,1, enquanto em idosos de 65 a 74 anos essa média era de 27,8, gerando assim, o edentulismo. As principais causas da perda dentária são a doença cárie ou doenças periodontais (Política nacional de saúde bucal, 2006).

O edentulismo pode ser considerado um problema de saúde pública, especialmente para os idosos (Emami et al., 2013). A prevalência do edentulismo entre adultos com 65 anos ou mais é considerada alta em vários países, como o Canadá (58%), Arábia Saudita (31-46%), Grã-Bretanha (46%), China (11%) e Índia (19%) (Petersen et al., 2005). No Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais representam aproximadamente 11% da população (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014), destes, 3 em cada 4 indivíduos são desdentados em pelo menos uma arcada (Ministério da Saúde, 2004) e a porcentagem dessa população que necessita de próteses totais em um ou dois arcos é estimada em 38,3% (Ministério da Saúde, 2011).

O uso de prótese total para reabilitação de sistema estomatognático de desdentados totais é uma alternativa oferecida pela odontologia que visa o restabelecimento da função mastigatória, fonação e da estética. No entanto, apresentam como principal problema a retenção, especialmente em pacientes idosos com grande perda óssea do rebordo alveolar (Benedeti, 2013). Para pacientes totalmente edêntulos e com condição sistêmica e óssea local favorável, a reabilitação pode ser realizada por meio de próteses muco-suportadas e implanto-retidas, onde dois implantes osseointegráveis são colocados na região correspondente aos caninos ou pré-molares e utilizados como retenção adicional à prótese. Esse tipo de reabilitação proporciona melhor estabilidade e retenção, aumenta a eficiência mastigatória e diminui o processo de reabsorção óssea do rebordo alveolar do paciente, além da facilidade de higienização por ser uma prótese removível (Taufer, 2016). Portanto, caso o paciente não apresente dentes remanescentes com bom suporte ósseo que possam servir de retentores adicionais (suporte de prótese *overdenture* sobre raiz) e suas

condições sistêmicas e financeiras permitirem, a reabilitação por meio de *overdenture* sobre implantes osseointegráveis é uma boa opção.

Entretanto, indivíduos que apresentam vários dentes comprometidos exigindo múltiplas exodontias podem ser reabilitados por meio de técnicas convencionais para confecção de uma prótese total, sendo esta removível e imediata, conhecida principalmente como prótese total imediata. (Curylofo, 2015). São bem indicadas para pacientes que, por questão social ou vaidade, não querem permanecer edêntulos durante o período de cicatrização dos rebordos após as exodontias. As vantagens das próteses imediatas incluem a confecção de uma prótese natural (uma vez que é possível basear-se na forma e coloração dos dentes naturais do paciente para escolha dos dentes artificiais), as funções de mastigação e fonação não são perdidas, proteção da ferida cirúrgica exercida pela prótese e consequente redução da dor pós-operatória (Turano e Turano, 2010). Além da indicação de prótese total convencional ou prótese total imediata, para aqueles indivíduos onde as extrações múltiplas são indicadas mas há a presença de pelo menos dois dentes com boa inserção óssea, é possível a indicação das próteses *overdentures* sobre raízes, que são próteses totais removíveis com retenção adicional sobre raízes residuais no rebordo do paciente. Enquanto o suporte e a estabilidade estão respectivamente relacionados com a longevidade e conforto fisiológico das próteses, o conforto psicológico e satisfação do paciente estão relacionados com a estética e retenção das mesmas (Alves et al., 2010). Nesse contexto, as *overdentures* (ou sobredentaduras) sobre raízes são bem indicadas. Outras indicações incluem: boa higiene bucal do paciente, contra-indicação de instalação de implantes osseointegráveis, impossibilidade de outros tipos de tratamento por questões econômicas, falta de estrutura coronária suficiente para reabilitação com prótese fixa ou parcial removível (de Delgado, 2010).

As principais vantagens das *overdentures* sobre raízes são a manutenção do osso alveolar, conservação da propriocepção periodontal, distribuição das forças funcionais e parafuncionais, estabilidade, retenção e suporte da prótese, estética, distribuição de forças mastigatórias entre dentes e tecidos moles (Mendes e Pinto, 2004).

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre próteses totais retidas por raízes e relatar a reabilitação do sistema estomatognático de

um indivíduo com prótese total imediata superior e próteses totais retidas por raízes inferior.

Revisão de Literatura

A revisão de literatura foi realizada por meio das bases de dados Pubmed, Scielo, Google Scholar utilizando as palavras chaves prótese total (complete denture), prótese de recobrimento (overdentures), considerando o período de 2004 a 2019.

Mendes e Pinto (2004) relataram um caso clínico de uma paciente do sexo feminino com hemiparesia na face, que apresentava prótese parcial removível superior fraturada e deterioração das coroas dos dentes 12 e 22. Foi indicado à paciente uma *overdenture* maxilar, com retenção adicional nas raízes dos dentes 12 e 22 do tipo o'ring (retentores esféricos instalados nas raízes dos dentes), diferente das *overdentures* convencionais por ter um alívio na região dos dentes 11 e 21, que não tinham indicação de extração e foram mantidos na cavidade bucal. Concluiu-se a partir do caso clínico que a opção de uma *overdenture* dentosuportada é um ato conservador e proporciona boa retenção e estabilidade, possibilitando o aproveitamento de dentes remanescentes na cavidade bucal, mesmo que apresentem cáries coronárias extensas.

Petersen et al. (2005) descreveu a prevalência das doenças bucais ao redor do mundo e a influência de fatores socioeconômicos na saúde bucal das diferentes populações, a partir de uma revisão de literatura. Apesar de grande melhora na saúde oral das populações de diferentes países, as doenças bucais ainda são um grande problema no mundo. Doenças como cárie, periodontites, perda óssea, lesões em mucosa, câncer orofaríngeo, síndrome da imunodeficiência adquirida e traumas são problemas de saúde pública, e uma higiene bucal pobre reflete negativamente na saúde geral e qualidade de vida. Concluiu-se que, ao analisar globalmente a prevalência de diversas doenças bucais, as populações mais pobres eram, no geral, as mais afetadas, e que em vários países industrializados observou-se uma redução nos índices da doença cárie em crianças e da perda de dentes em adultos. Em vários países em desenvolvimento, a população em geral não recebia instruções e tratamentos preventivos de doenças bucais. Segundo os autores, a inadequada exposição ao flúor e o aumento do consumo de açúcar em alguns países provavelmente seriam responsáveis

pelo aumento na incidência da cárie, assim como o uso comum do tabaco seria o principal fator de risco de doenças periodontais, perda de dentes e câncer bucal. Por isso, programas de conscientização e prevenção a essas variadas doenças são necessárias para a população mundial.

Alves et al. (2010) descreveu, a partir de um caso clínico, a reabilitação protética de uma paciente não habilitada a receber implantes osseointegráveis devido a um tratamento radioterápico recente. Foram confeccionadas uma prótese total superior e uma prótese parcial inferior, com retenção adicional ao rebordo edêntulo por meio de o-rings (retentores esféricos instalados em raízes dentais da paciente). Observou-se ótima retenção e estabilidade das novas próteses, apesar de haver pouco tecido de suporte. Concluiu-se que, o emprego das raízes dentais com dispositivos de retenção resulta em um artifício eficaz para aumento da retenção e estabilidade das próteses, fornecendo maior conforto ao paciente.

De Delgado (2010) fez uma revisão bibliográfica acerca de *overdentures* para demonstrar as vantagens em conservar as raízes dos dentes por baixo de uma prótese total e se elas influenciam na reabsorção óssea. As pesquisas foram realizadas em sites como PubMed, Science Direct e Scielo (sem limite cronológico de busca) e nas bibliotecas da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Foi concluído que a manutenção das raízes dos dentes diminui a reabsorção óssea dos rebordos e mantêm os estímulos proprioceptivos, que permitem conservar a sensibilidade tátil às forças aplicadas. O suporte e a retenção da prótese também se mostram mais eficientes quando colocadas sobre raízes.

Emami et al. (2013), a partir de uma revisão de literatura, discutiram acerca das consequências ocasionadas pela perda de dentes e como elas repercutem na saúde geral de um indivíduo. Em relação à saúde bucal, o edentulismo afeta de forma direta na reabsorção dos rebordos maxilares e impossibilita o paciente de ter uma dieta saudável (devido à impossibilidade de ingerir alimentos mais duros). Além disso, indivíduos edêntulos têm maior risco de desenvolver problemas sistêmicos, como mudanças na acidez da mucosa gástrica e desenvolvimento de doenças como diabete melitus, problemas cardiovasculares e doenças renais crônicas – quando comparados a

indivíduos não edêntulos. Por isso, conclui-se que é importante exercer boa higienização oral, e que a conscientização e educação acerca de hábitos adequados de higiene bucal são preventivos à perda de dentes.

Benedeti (2013) descreveu um caso clínico de um paciente de 61 anos com objetivo de demonstrar as etapas de um tratamento com *overdenture* superior e prótese total convencional inferior, com sepultamento de raiz. O paciente possuía apenas os elementos 13, 23 e 33, e bom suporte ósseo ao redor dos mesmos. Foram confeccionadas uma prótese total inferior e uma prótese *overdenture* superior com retenção adicional ao rebordo edêntulo por meio de retentores esféricos, chamados “o’rings”, um sistema esférico composto por macho e fêmea, sendo o macho fixado na raiz e a fêmea na prótese. Para a conexão de ambos os componentes, é colocado um anel de borracha no componente fêmea. Ao final do tratamento, observou-se que o uso das raízes dentais como meio de retenção adicional mostrou-se um artifício eficaz para aumento da retenção e estabilidade das próteses, fornecendo conforto ao paciente e um bom prognóstico da reabilitação.

Curyloffo (2015) teve como objetivo auxiliar o cirurgião dentista a diagnosticar de maneira correta a necessidade do uso de prótese total imediata, bem como, a melhor indicação e tratamento, através de uma revisão de literatura e a descrição de um caso clínico. Foi demonstrado um caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 39 anos, onde optou-se pela confecção de duas próteses totais imediatas. A paciente apresentava 28 dentes com prognóstico desfavorável, afetados por doença periodontal. Apenas os primeiros e segundos molares inferiores e superiores foram extraídos antes da confecção das próteses, a fim de facilitar os procedimentos de moldagem e confecção de bases de registro. Todos os outros elementos dentais foram removidos no dia da instalação das próteses. Apesar de o tratamento ter sido um pouco agressivo, uma vez que a paciente precisou passar por um difícil período de adaptação devido à perda dos dentes, pode-se considerar que o resultado final foi satisfatório, atendendo às expectativas da paciente quanto à estética.

Taufer (2016) apresentou uma alternativa de tratamento a pacientes idosos através de reabilitações com *overdentures*, restabelecendo a saúde do sistema estomatognático e equilíbrio biopsicossocial do paciente idoso. Foi realizada uma

pesquisa bibliográfica acerca do tema, dentre os anos de 1995 e 2016 (entretanto algumas outras publicações relevantes com datas anteriores foram usadas), nas bases de dados PubMed, Science Direct e Scielo. De acordo com a literatura revisada, pode-se concluir que a *overdenture* é uma excelente alternativa de reabilitação protética para pacientes idosos, com boa resposta biológica e funcional. De acordo com os autores, é um tratamento pouco invasivo, que agrada ao cirurgião dentista e ao paciente e proporciona melhora na qualidade de vida e elevado grau de satisfação. O sucesso do tratamento está diretamente relacionado a um plano de tratamento correto, detalhado e individualizado de cada caso clínico.

Relato do Caso Clínico

O paciente, CRT, 55 anos de idade, procedente da cidade de Monte Alto – SP, metalúrgico, procurou a Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto para tratamento odontológico. Realizada a anamnese, constatou-se a perda de múltiplos elementos dentais devido à condição de doença periodontal crônica (Figura 1). O paciente já havia sido submetido a tratamentos periodontais anteriores e exodontia. Sua condição atual evidenciava que, dentre os dentes remanescentes, poucos apresentavam boa sustentação óssea; a doença estava controlada e o paciente não apresentava foco de infecções agudas ou excesso de cálculo dental nos elementos remanescentes.



Figura 1 – Radiografia Panorâmica do paciente, antes do início do tratamento descrito. Ao iniciarmos o caso clínico descrito, já haviam sido extraídos os dentes 37 e 43.

Por meio do exame clínico, foi verificada a presença dos elementos 13 e 23, ambos com perda óssea horizontal e 1/3 de inserção óssea das raízes. Já na arcada inferior, o paciente apresentava os elementos 45, 44, 31, 32, 33, 34 e 35. Os dentes 44, 33, 34 e 35 não apresentavam perda do tecido de proteção e de sustentação, enquanto o 45, 31 e 32 apresentavam mais de metade do osso de suporte perdido e extrusão dentária.

Após o exame clínico e radiográfico, em função da perda óssea, dificuldade de manutenção da saúde periodontal pelo paciente e por desejo do mesmo, foi planejada a confecção de uma prótese total imediata superior e de uma prótese total sobre raízes inferior, mantendo os elementos 44, 33, 34 e 35, com sistema de retenção do tipo o'ring nos dentes 33 e 44. Os dentes 34 e 35 foram mantidos com o objetivo de manutenção do osso alveolar e da propriocepção do paciente. Assim, o plano de tratamento foi organizado integrando

endodontia, prótese e cirurgia, e foi planejado realizar o tratamento em um total de 17 sessões clínicas.

Inicialmente, nas 4 primeiras sessões, foram realizados os tratamentos endodônticos dos dentes que seriam mantidos na cavidade oral (44, 33, 34 e 35), seguindo os protocolos de pulpectomia e obturação dos canais em uma única sessão (Figuras 3, 4 e 5).

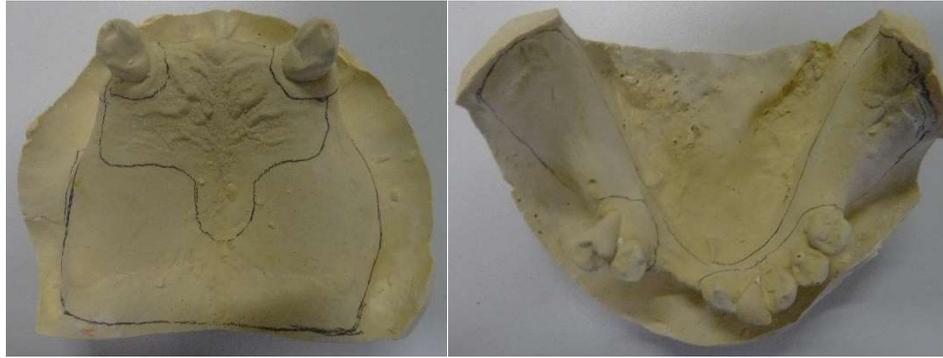


Figuras 3, 4 e 5 - Radiografia dos elementos tratados endodonticamente (44, 33, 34 e 35).

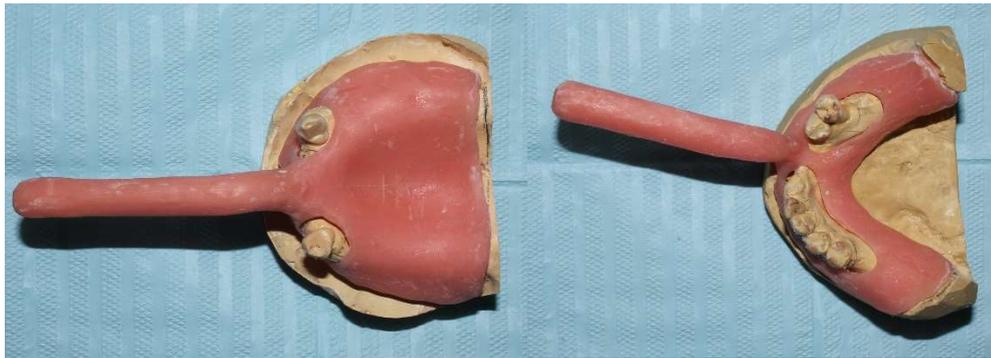
Em seguida, na 5ª sessão, foi iniciada a fase protética. A moldagem inicial foi feita com moldeiras de estoque, S4 e I4, e alginato (Jeltrate, Dentsply, Pirassununga, São Paulo, Brasil) (Figuras 6 e 7), e a partir dos moldes obtidos (Figuras 8 e 9) confeccionou-se modelos em gesso pedra tipo III (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) sobre os quais foram obtidas as moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável (Jet, Clássico, Campo Limpo Paulista, São Paulo, Brasil) (Figuras 10 e 11), sendo estas abertas, tanto para o arco superior quanto para o inferior, para posterior realização das



Figuras 6 e 7 - Moldes iniciais inferior e superior.



Figuras 8 e 9 – Modelos iniciais com as marcações para confecções de moldeiras individuais.



Figuras 10 e 11 – Moldeiras individuais, superior e inferior, respectivamente.

Para as moldagens funcionais, realizadas na 6ª sessão, foi empregada técnica de duas fases, sendo selamento periférico com godiva em bastão (Godiva Exata, Nova DFL, Taquara, Rio de Janeiro, Brasil) e moldagem da superfície de apoio com pasta zincoenólica (Lysanda, São Paulo, São Paulo, Brasil) na superfície de apoio desdentada e silicone de condensação pesado (Perfil, Coltene, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) para moldagem dos dentes, onde a moldeira era aberta. Uma vez obtidos os moldes funcionais (Figuras 12 e 13), estes foram desinfetados com hipoclorito de sódio a 1% (Clorocin, Cinord Sudeste, Serrana, São Paulo, Brasil) por 10 minutos, suas bordas foram protegidas com cera utilidade (encaixamento) e vazados com gesso pedra tipo III.



Figuras 12 e 13 – moldagens funcionais superior e inferior, respectivamente.

Após a presa do gesso e obtenção dos modelos funcionais, as bases de registro superior e inferior, com respectivos rodetes de cera, foram obtidas (Figuras 14 e 15).



Figuras 14 e 15 – Modelos funcionais e suas bases de registro com rodetes de cera, superior e inferior respectivamente.

Na 7ª sessão clínica, para a montagem do modelo superior em articulador semi-ajustável (ASA), o plano oclusal foi definido com base no Plano de Camper (Figura 16) e transferido para o ASA por meio do arco facial (Figuras 17 e 18). Na 8ª sessão, foi determinada a dimensão vertical de oclusão (DVO), e para isso empregou-se os testes métrico, fonético e estético; Em seguida, realizou-se o registro da relação cêntrica por meio do método fisiológico (Figuras 19 a 22). Os dentes artificiais foram selecionados de acordo com a altura do sorriso forçado e distância entre as linhas dos caninos, para o tamanho; forma do rosto, para a forma dos dentes; cor da pele, cabelo e olhos, para a cor dos dentes.



Figura 16 – Definição do plano oclusal com base no Plano de Camper.



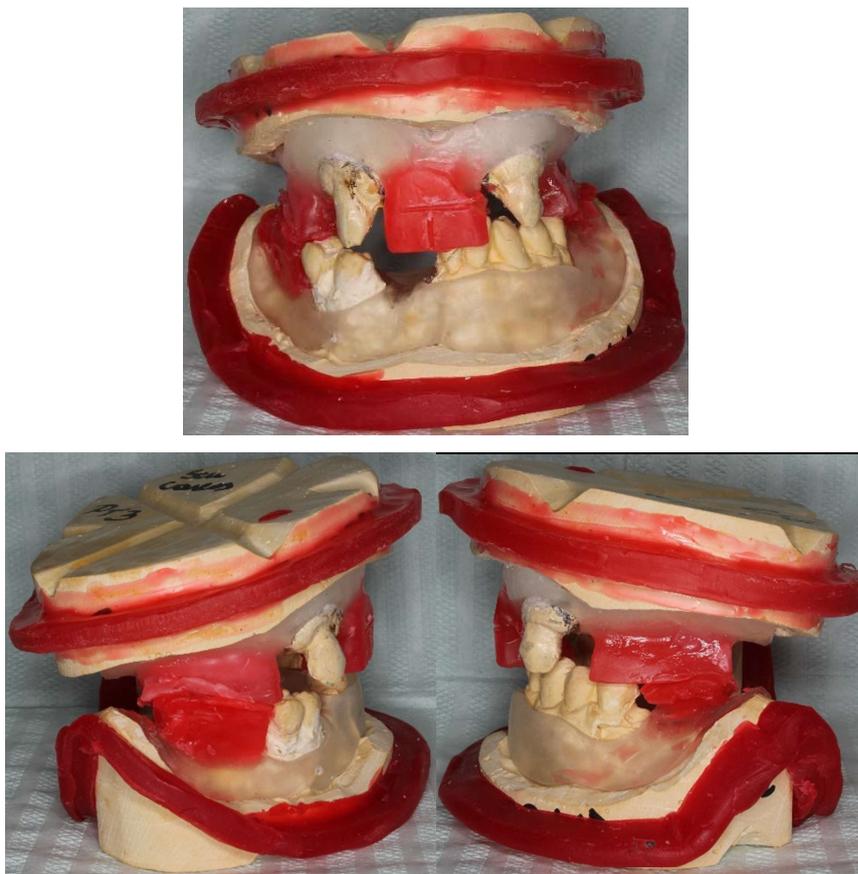
Figura 17 – Registro em arco facial para montagem do modelo superior em ASA.



Figura 18 – Transferência do modelo superior com a base de registro montados no arco facial para o ASA, antes do vazamento do gesso.

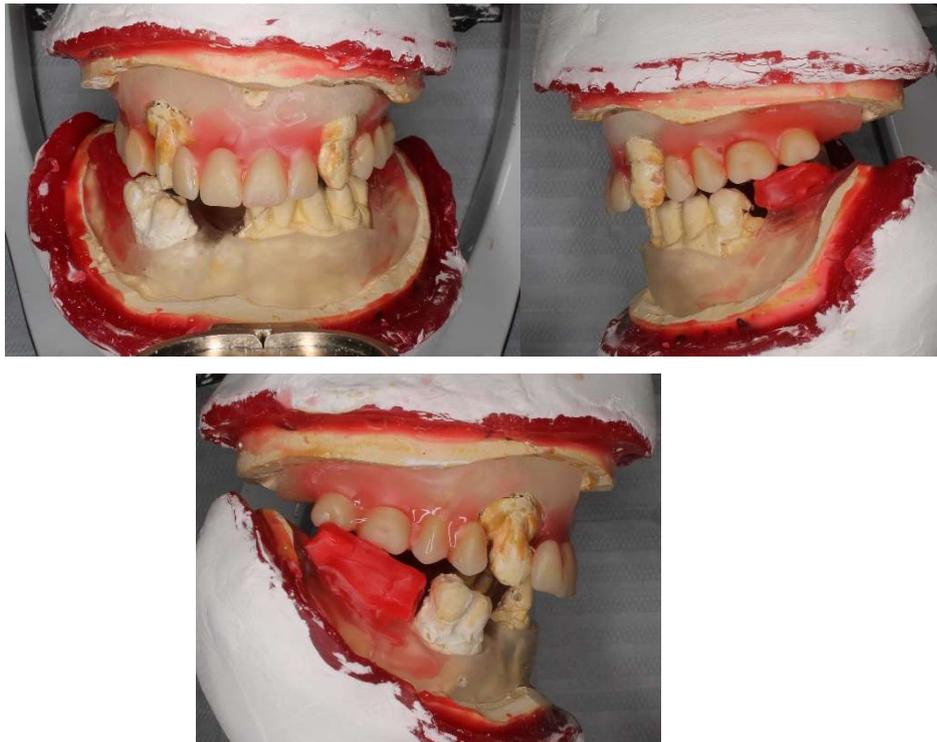


Figura 19 – Registro em boca da relação cêntrica.



Figuras 20, 21 e 22 – Modelos superior e inferior com o registro em relação cêntrica. Na figura de cima (20), vista dos anterior dos modelos articulados; nas figuras 21 e 22, vista do lado direito e esquerdo, respectivamente.

Os dentes artificiais foram montados nos espaços anodônticos do paciente (Figuras 23 a 25), sobre as bases de registro superior e inferior, e foi feita a prova estética em boca no paciente para sua aprovação e confirmação da correta montagem em articulador, na 9ª sessão (Figura 26). Em seguida, procedeu-se o preparo nos modelos, onde as coroas dos dentes 13, 23, 31, 32 e 45 foram inteiramente removidas, uma vez que esses dentes seriam extraídos, enquanto nas coroas dos dentes 33, 34, 35 e 44 foram feitos preparos simulando o corte das coroas clínicas (Figuras 27 e 28).



Figuras 23, 24 e 25 – Montagem dos dentes artificiais primeiramente apenas nos espaços anodônticos.



Figura 26 – prova da montagem parcial dos dentes artificiais. Confirmação da montagem em articulador e aprovação estética pelo paciente.



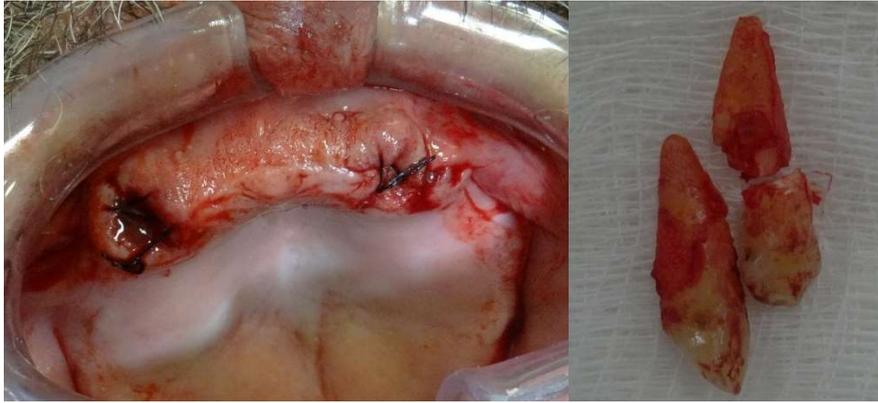
Figuras 27 e 28 – Demonstração do corte das coroas nos modelos funcionais; modelo inferior com os preparos finalizados.

Após a confecção dos preparos, foi feita a montagem dos demais dentes (Figuras 29 a 31) e acrilização das próteses. As próteses totais foram confeccionadas segundo os métodos convencionais, com inclusão em mufla.



Figuras 29, 30 e 31 - Modelos montados em ASA e finalização da montagem dos dentes artificiais – visão do lado esquerdo, lado direito e frontal.

As sessões clínicas de instalação das próteses foram separadas em duas, já que são próteses totais imediatas, ou seja, incluem a exodontia de vários elementos dentais e a instalação e ajustes da peça na mesma sessão clínica. Na 10ª sessão, foram extraídos os dentes 13 e 23 e instalada a prótese total superior (Figuras 32 a 35). Foram feitos ajustes em regiões de pressão do tecido mole e ajuste oclusal dos elementos 31 e 32, que por estarem extruídos, estavam causando contato prematuro na prótese superior instalada.



Figuras 32 e 33 - Visão do arco superior após as exodontias e suturas; visão dos dentes 13 e 23 que foram extraídos.



Figuras 34 e 35 - Prótese total superior instalada imediatamente após a cirurgia.

Na 11ª sessão, foram feitos os cortes e preparos das coroas dos dentes 44, 33, 34 e 35; extração dos dentes 31, 32 e 45 (Figuras 36 a 39); remoção de sutura dos dentes 13 e 23. Feitos os preparos, a abertura dos canais radiculares foi selada com material restaurador provisório (cimento de ionômero de vidro).



Figura 36 - Planejamento - marcação dos dentes cujas coroas seriam cortadas e preparadas.



Figura 37 - Confeção dos preparos (dente 44 sendo mostrado na figura).



Figura 38 - Preparos finalizados dos dentes 44, 33, 34 e 35 e selamento provisório das cavidades.



Figura 39: visão dos elementos 31, 32 e 45 – respectivamente – que foram extraídos.

Na sequência, a prótese total inferior foi instalada. Foram feitos ajustes em regiões de pressão do tecido mole, ajustes oclusais, e alívio na base da prótese, na região onde havia as raízes dos dentes 44, 33, 34 e 35 (Figura 40).



Figura 40 - Visão da prótese inferior instalada imediatamente após a exodontia dos dentes 45, 31 e 32, em oclusão com a prótese total superior anteriormente instalada.

Na 12ª sessão, foram feitas a remoção das suturas e as moldagens intrarradiculares para confecção dos retentores. Para isso, foi necessária a remoção de material obturador dos elementos 33, 34, 35 e 44. Primeiramente foi removido o material restaurador provisório (Cimento de Ionômero de Vidro) e depois o material obturador. Nos dentes 33 e 44 foram removidos aproximadamente 8mm de material obturador, enquanto nos dentes 34 e 35 foram removidos aproximadamente 6mm, uma vez que os retentores intrarradiculares desses elementos tinham como objetivo servir como um protetor da estrutura dentária remanescente (cimento e dentina).

Após a remoção do material obturador, foram feitas as moldagens intrarradiculares dos dentes com pinos acrílicos pré-fabricados (Pinjet, Angelus, Londrina, Paraná, Brasil) e resina acrílica autopolimerizável DuraLay (Reliance Dental Manufacturing, Chicago, Illinois, Estados Unidos da América) (Figuras 41 e 42). Os núcleos moldados foram fundidos em Ni-Cr juntamente com a parte do macho do encaixe (bola supra-radicular) para os dentes 33 e 44, enquanto para os dentes 34 e 35, foram realizadas apenas os núcleos metálicos fundidos juntamente com a proteção coronária, sem bolas de encaixe.



Figuras 41 e 42 - Vista das moldagens intrarradiculares prontas, em posição nos respectivos elementos dentais.

Ao ficarem prontos os retentores intrarradiculares (Figura 43), procedeu-se à 13ª sessão, na qual os retentores foram provados, ajustados e cimentados (Figura 44). A prova e os ajustes dos retentores foram feitos utilizando carbono líquido (marca?) e radiografias periapicais. Em seguida, as peças foram cimentadas com cimento resinoso autoadesivo (Rely-X U200, 3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) na cor A2.



Figura 43 - Retentores prontos dos dentes 44, 33, 34 e 35, respectivamente.



Figura 44 - Retentores intrarradiculares cimentados.

Na 14ª sessão foi realizada a captura dos componentes fêmea dos retentores na base da peça protética. Foi feito um alívio na base da prótese na região dos retentores dos dentes 33 e 44, o componente fêmea foi encaixado sobre o componente macho, resina acrílica autopolimerizável foi inserida na base da prótese e colocada em posição na cavidade bucal. Após a polimerização da resina acrílica e remoção da prótese, os componentes fêmea ficaram na base da prótese. Foi feita a remoção do excesso de material e polimento da base da peça (Figura 45).



Figura 45: Visão da base da prótese inferior, após a sessão clínica de captura dos componentes fêmea dos retentores.

Mais três sessões clínicas foram realizadas exclusivamente para ajuste fisiológico das próteses, onde foram feitos ajustes oclusais e das bases das protéticas. Uma vez verificada a adaptação das próteses ao rebordo e estando o paciente sem queixa e satisfeito com o tratamento realizado, o tratamento foi encerrado.



Figura 46 – Visão geral (final) do tratamento realizado.

Conclusão:

Por meio do relato de caso e revisão de literatura descrito, é possível concluir que:

1. O edentulismo ainda é uma realidade muito presente no Brasil e no mundo, e tem como principais causas a doença cárie e doença periodontal.
2. As próteses totais convencionais são uma alternativa amplamente utilizada na reabilitação do sistema estomatognático de pacientes desdentados, porém pode apresentar problemas de retenção em pacientes com rebordos alveolares muito reabsorvidos.
3. Próteses totais confeccionadas sobre raízes com retenção adicional fornecem maior retenção às próteses totais, devolvendo estética, função e conforto ao paciente, quando comparadas às próteses totais convencionais.

Referências Bibliográficas:

Alves MR, e Silva FA, e Silva LLB, e Silva WAB. Sobredentaduras sobre raízes: uma alternativa aos implantes osseointegráveis. RFO. 2010;15:307-311.

Benedeti LC. Prótese total sobre raiz: relato de caso clínico. 2013. 22p. (Monografia, Universidade Estadual de Londrina), Londrina, PR, 2013.

Caderno de Atenção Básica à Saúde nº 17, Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 2006.

Curylofo, P. Prótese total imediata - diagnóstico, indicação e tratamento: relato de caso clínico. 2015. 42p. (Monografia, Especialização em Prótese Dentária) – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, 2015.

De Delgado TMF. Reabilitação com Sobredentaduras. 2010. 47p. (Monografia, Licenciatura em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa) – Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2010.

Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. Int J Dent. 2013;2013:498305.

Mendes JM, Pinto AC. Sobredentadura maxilar dento-suportada. Caso clínico de um paciente com hemiparesia facial. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2004;45:169-175.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005;83(9):661-9.

Política Nacional de Saúde Bucal, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde, 2004.

Taufer AP. Overdenture sobre implantes em pacientes idosos. 2016. 52p. (Dissertação, Licenciatura em Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa) – Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2016.

Turano JC, Turano LM. Fundamentos de Prótese Total, 9ª ed. Editora: Santos. 2010, 586p.