



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO



**Tratamento Reabilitador em caso de extrusão em bloco
com espaço interoclusal limitado: Relato de Caso Clínico**

HUGO VETORASSO PURINI

Orientadora: Profa. Dra. Valéria O. Pagnano de Souza

Ribeirão Preto
2019

Resumo

O edentulismo é uma condição decorrente de uma higiene bucal deficiente, resultando na perda dos elementos dentais. A reabilitação de pacientes edêntulos deve ser individualizada e seguir as necessidades de cada um, adequando o plano de tratamento de acordo com suas necessidades e condições. Quando a reabilitação é tardia, ocorre uma extrusão óssea em bloco da área antagonista ao elemento perdido. Essa condição dificulta a reabilitação devido à falta de espaço para o posicionamento das peças protéticas, tornando-a desafiadora. O presente trabalho tem como objetivo descrever um relato de caso clínico de indivíduo parcialmente edêntulo com extrusão em bloco e espaço interoclusal reduzido. Após rigorosa anamnese, exame clínico e diagnóstico, foi traçado um plano de tratamento individual e conservador a essa paciente, em que a reabilitação consiste em um par de Próteses Parciais Removíveis (PPRs). Devido ao alto grau de extrusão na região posterior, os elementos 16, 18, 37 e 47 foram indicados para extração, já que os mesmos estavam muito próximos à mucosa antagonista. Após as exodontias, restaurações de classe V foram realizadas nos elementos 13, 23, 35 e 35 com resina composta. Os elementos 14, 15 e 26 passaram por um procedimento de reanatomização devido ao seu posicionamento no arco. Seguindo o planejamento realizado com os modelos montados em articulador, os nichos para as PPRs foram confeccionados nos elementos pilares, seguidos por sua moldagem para a confecção das estruturas metálicas. Com a complexidade do caso, as estruturas metálicas tiveram que ser refeitas e planejadas novamente para melhor adaptação. Os dentes de estoque foram selecionados e posicionados na base de registro. Decorrente da falta de espaço, os elementos 44 e 45 tiveram que ser esculpidos em cera e sua cela teve que ser deslocada para lingual a fim de obter mais espaço. Após a prova dos dentes, as próteses foram acrilizadas e instaladas na paciente. Foram realizadas 3 sessões de ajustes, aliviando os pontos de excesso do acrílico. Concomitantemente aos ajustes, as restaurações dos elementos 11 e 21 foram substituídas com resina composta e ajustadas. Com isso, a paciente recebeu alta total da disciplina e saiu satisfeita com o tratamento recebido. Concluiu-se que a reabilitação protética em casos de extrusão dental juntamente com extrusão do osso maxilar, resultando em diminuição do espaço interoclusal, pode ser desafiadora, porém não impossível. Dessa forma, a abordagem clínica proposta foi conservadora e esteve de acordo com as condições e desejo da paciente.

1-Introdução

A perda dentária é uma condição que acomete mundialmente a população e que está diretamente relacionada à idade desses indivíduos e à falta de orientação adequada em relação à higienização correta tanto da cavidade bucal, dentes remanescentes, tecidos subjacentes, como também dos aparelhos protéticos (1).

Com a melhora progressiva da saúde oral e maior acesso à instrução, com aumento no número de programas de tratamento e prevenção e também com o aprimoramento da qualidade e acessibilidade aos materiais odontológicos, houve redução do número de pessoas com edentulismo total (2, 3, 4). Como resultado disso e progressão, adicionalmente pelo aumento na expectativa de vida, observa-se maior manutenção dos dentes naturais na boca e, conseqüentemente, aumento da população idosa com dentição parcial (1, 2, 3, 4). Segundo estimativas atuais, 71% da população com faixa etária entre 65 e 74 anos são parcialmente desdentados, com média de dentes mantidos na boca de 18,9, e esses valores ainda tendem a aumentar (1, 4).

O edentulismo, mesmo que parcial, causa distúrbios e alterações na vida desses indivíduos, resultando em alterações anatômicas e fisiológicas. Decorrente dessa perda, ocorre reabsorção óssea com perda do volume do rebordo na área edêntula, substituição da gengiva inserida por mucosa menos queratinizada, além de perdas da capacidade oral e de funções neuromusculares e comprometimento estético (1).

Em resposta a essas alterações, a necessidade de reabilitação dessa dentição perdida também está aumentando, tornando-se comum entre esses indivíduos (1). Visando reabilitação funcional e estética, a restituição e perpetuação das condições de equilíbrio oclusal podem ser proporcionadas por próteses fixas e/ou removíveis (5). Com aumento na taxa da sua utilização (1), a Prótese Parcial Removível (PPR) é a opção de tratamento mais acessível a essa condição (3).

A PPR é um modelo de prótese dentária que proporciona reabilitação estética e funcional dos dentes perdidos, podendo ser removida e posicionada na boca conforme a necessidade do paciente (5). Esse dispositivo restabelece a dentição perdida e não causa dano algum as estruturas e elementos biológicos aos quais se relaciona (5), desde que corretamente planejada.

O planejamento de reabilitações orais deve buscar, independente dos materiais e métodos implantados, a restauração dos dentes remanescentes e a reposição protética dos ausentes (1). Para cada caso existem diversas alternativas de tratamentos que podem restaurar a condição em questão, variando desde o modo mais simples e barato até opções de tratamentos mais sofisticadas e onerosas (5). Ao reabilitar um paciente parcialmente

desdentado, o profissional clínico pode se deparar com diversas condições e fatores que influenciam o plano de tratamento, como por exemplo, a idade e a expectativa de vida, demandas estéticas, orçamento, grau de higiene oral, funções motoras, nível de reabsorção óssea e espaço interoclusal disponível (6).

O espaço interoclusal disponível para a reabilitação oral é uma das peças-chave para a determinação e planejamento do plano de tratamento de pacientes parcialmente desdentados. Em casos em que esse espaço é limitado podem ocorrer complicações e restrições às opções disponíveis, tornando essa reabilitação um desafio (7). Essa condição é muito comum entre os pacientes parcialmente edêntulos, já que ela ocorre quando o elemento dental é perdido e sua reabilitação não é realizada, o que é a realidade de muitos indivíduos em nível mundial. Como consequência dessa negligência na reabilitação, a extrusão dentária bem como a de seu bloco ósseo podem acontecer, aproximando áreas antagonistas de forma a diminuir o espaço interoclusal disponível para reabilitação (7). Mesmo sendo uma situação corriqueira, a literatura é escassa sobre esse assunto, o que limita e dificulta a abordagem clínica para esses casos.

Nesse trabalho será apresentada a conduta clínica adotada para resolução de um caso de extrusão em bloco com espaço interoclusal limitado, evidenciando as vantagens e desvantagens da realização do tratamento reabilitador selecionado para o caso.

2-Objetivo

O objetivo do presente trabalho foi descrever um relato de caso clínico de indivíduo parcialmente edêntulo com extrusão em bloco e espaço interoclusal reduzido.

3-Caso Clínico

Paciente do sexo Feminino, 53 anos, apresentou-se à clínica de Prótese Parcial Removível, na Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, relatando dificuldade para se alimentar devido à ausência de alguns elementos dentários, além de dores na cabeça e na face.

Anamnese, exame clínico e diagnóstico

Durante o exame clínico, constatou-se que a paciente apresentava falta de diversos elementos dentais posteriores, como consequência, seus antagonistas estavam extruídos, resultando em espaço interoclusal extremamente limitado (Figuras 1 e 2). Apresentava restaurações insatisfatórias de resina composta (manchamento, infiltrações e/ou

escurecimento) nos elementos 11, 13 e 21 e lesões de classe V nos 23, 34 e 35. Durante a anamnese, a paciente negou qualquer problema de saúde. Após minucioso exame clínico e radiográfico, constatou-se que a paciente necessitava de exodontias dos elementos 16, 18, 37 e 47 e realização de trocas de antigas restaurações, restaurações de lesões de classe V e reabilitação com Próteses Parciais Removíveis (PPRs), superior e inferior.



Figura 1. Foto inicial do caso.



Figura 2. Foto intra-oral com vista lateral das arcadas da paciente.

Plano de tratamento

O Plano de Tratamento traçado foi o mais conservador possível, buscando sempre individualizar e desenvolver a melhor estratégia para essa paciente. A ideia principal foi reabilitar as arcadas sem lançar mão de cirurgias ósseas para restabelecer o espaço interoclusal perdido, sendo o foco dessa reabilitação a adaptação e individualização da PPR ao espaço disponível.

Modelos das arcadas superior e inferior da paciente foram obtidos e montados na posição intermaxilar de relação cêntrica em articulador semi-ajustável (Figura 3). O modelo maxilar foi posicionado com o auxílio do arco facial, reportando as medidas da paciente; e o modelo mandibular por meio de registro interoclusal da posição de relação cêntrica com

bases de registro, confeccionadas com resina acrílica e cera, e Jig de Lucia, confeccionado em resina acrílica. Ao analisar os modelos de estudos tanto no articulador como no delineador, juntamente com os dados dos exames clínico e radiográfico, foi proposto à paciente um tratamento onde seriam confeccionadas PPRs superior e inferior, desde que fossem extraídos alguns elementos dentais, além da realização de tratamento periodontal básico com raspagem e alisamento radicular e restaurações em resina composta. Após esclarecimento das dúvidas e posicionamento dos prós e contras do plano de tratamento, a paciente concordou com a proposta de reabilitação oral. O tratamento foi iniciado com a realização de profilaxia e raspagem supra e subgingival, seguida por instrução de higiene oral.

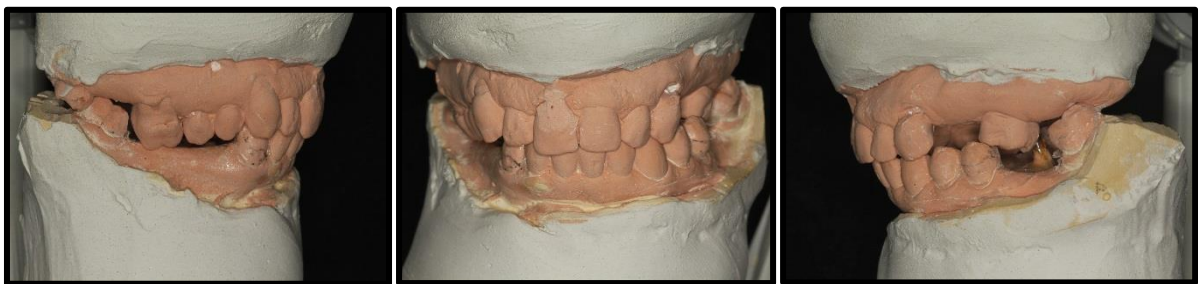


Figura 3. Modelos de estudo montados em articulador.

Os dentes 16, 18, 37 e 47, como se pode observar na Figura 4, apresentavam grau de extrusão muito alto, onde os elementos chegavam até ocluir com a mucosa da área antagonista. Como consequência a essa movimentação, a exodontia desses elementos foi indicada, de forma que a reabilitação seria inviável por falta de espaço e a reanatomização desses dentes não obteria espaço suficiente para a mesma. Dessa forma, seguiu-se com a exodontia dos dentes em questão, onde, inicialmente, a cirurgia foi realizada nos modelos de estudo com o objetivo de programar o procedimento e prever os resultados, exibidos na Figura 4. Antes da realização das exodontias, foi aferida a pressão arterial da paciente, a qual se encontrava muito alta. Dessa forma, antes de dar continuidade às extrações, a paciente foi instruída a consultar um médico para regularizar essa situação. Só após o controle da pressão arterial é que as exodontias foram realizadas.

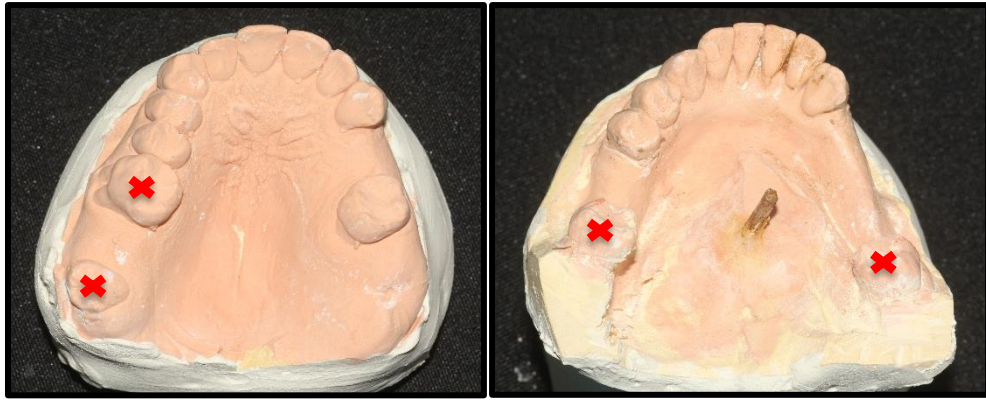


Figura 4. Exodontia nos modelos de estudo.

Dando continuidade ao tratamento, os elementos 23, 34 e 35, que apresentavam lesões cervicais, receberam restaurações classe V em resina composta com o objetivo de restaurar a estética e auxiliar na sensibilidade dentinária que a paciente apresentava. O elemento 13 já possuía uma restauração na cervical, a qual se encontrava insatisfatória, portanto foi removida e substituída por uma restauração adequada em resina composta. A restauração do dente 13 foi cuidadosamente removida com brocas diamantadas, conservando a estrutura dental. O procedimento restaurador foi executado da mesma forma para todos os elementos. A superfície dentária foi condicionada com ácido fosfórico 37% por 15 segundos, seguido por lavagem abundante com água e remoção da umidade com papel absorvente. Na sequência, o adesivo Single Bond (3M Espe, St Paul, EUA) foi aplicado com microbrush e fotopolimerizado por 10 segundos. Após isso, pequenos incrementos da resina composta Z250 (3M Espe, St Paul, EUA) foram inseridos na estrutura dental, seguidos de fotopolimerização por 10 segundos, até a reconstituição do formato do dente. As restaurações receberam acabamento e polimento com pontas multilaminadas e diamantadas e com taças de borrachas abrasivas, dando seu acabamento final. Devido ao grau de extrusão dos elementos 14, 15 e 26, estes foram submetidos à reanatomização (Figura 5), de forma a adequá-los ao espaço interoclusal extremamente limitado disponível à reabilitação. Esse procedimento mais conservador foi escolhido ao invés da exodontia para preservar a dentição natural da paciente. Os elementos 14 e 15 foram desgastados cuidadosamente utilizando pontas diamantadas, dando um formato mais encurtado no sentido ocluso-cervical. Como esses elementos se encontravam fora do arco, a face vestibular foi aumentada com resina, dando maior volume ao dente no sentido vestibulo-palatino, seguindo o protocolo citado acima. Já no elemento 26, foram realizados apenas desgastes com pontas diamantadas nas superfícies palatina e oclusal. As restaurações realizadas estão presentes na Figura 6.



Figura 5. Reanatomização dos elementos 14, 15 e 26.



Figura 6. Restaurações cervicais dos elementos 13, 23, 34 e 35.

Após essa fase inicial de adequação do meio bucal, foi dada sequência ao tratamento reabilitador. Para receber a estrutura da PPR, nichos foram confeccionados nos dentes 15 (mesial e distal), 14 (distal), 23 (cíngulo), 26 (distal), 33 (cíngulo), 44 (mesial) e 45 (mesial), e em seguida as arcadas foram moldadas para a confecção das estruturas metálicas. Por ser um caso complexo e difícil de reabilitar devido à falta de espaço, algumas fases e estruturas tiveram que ser repetidas até se obter um resultado satisfatório. A PPR superior teve que ser repetida devido à dificuldade na fonação pela paciente, dessa forma, o conector maior anteriormente selecionado, denominado barra palatina, foi repensado e substituído por um conector palatino em forma de U ou ferradura, tornando-se mais adequado e confortável. Durante a confecção da PPR inferior, a estrutura metálica teve que ser repetida 3 vezes: a primeira estrutura, após a prova estética e funcional ter sido realizada de maneira adequada, sem nenhum problema, ao ser incluída e prensada, infelizmente não foi possível obter completo assentamento, provavelmente devido à alguma distorção ocorrida na fase de inclusão e prensagem da prótese; a segunda estrutura foi planejada com pequeno deslocamento da rede de retenção para a região lingual de forma a minimizar sua interferência na falta de espaço interoclusal, porém também não foi possível obter adaptação adequada e completo assentamento. Assim optou-se pela confecção da terceira estrutura, a qual apresentou todas as condições de assentamento e adaptação à

arcada mandibular. Após a prova e ajuste das estruturas, foi obtido o registro interclusal em Máxima Intercuspidação Habitual, seguindo a Dimensão Vertical de Oclusão da paciente.

Dentes de estoque foram selecionados, seguindo a distância dos dentes antero-inferiores e a anatomia dental da paciente, e montados nas estruturas com bases de registro (resina acrílica e cera). Como o espaço interoclusal era extremamente limitado, os dentes 44 e 45 tiveram que ser esculpidos em cera para que coubessem no espaço disponível, de modo que os dentes de estoque utilizados não se encaixariam, como ocorrido na primeira PPR inferior confeccionada. A seguir, os dentes de ambas as próteses foram provados e ajustados na boca e as próteses foram encaminhadas para acrilização no laboratório. As PPRs foram instaladas, de forma que as bases foram ajustadas primeiramente e na sequência foi realizado o ajuste oclusal individualmente com cada prótese e depois com as duas em posição (Figuras 7 e 8). A paciente foi instruída quanto a remoção e inserção das próteses, higienização, cuidados e manutenção.



Figura 7. Vista oclusal das Próteses Parciais Removíveis superior e inferior instaladas.



Figura 8. Vista lateral das Próteses Parciais Removíveis superior e inferior instaladas.

Na consulta de retorno, foram realizados os ajustes nas bases das próteses, ajustes oclusais e as restaurações dos dentes 11 e 21 foram trocadas devido a infiltrações e manchamentos. Ao remover as restaurações insatisfatórias, o procedimento restaurador foi

realizado da mesma forma citada anteriormente. No retorno seguinte, as restaurações foram polidas e ajustes mínimos foram realizados nas próteses (Figura 9), seguidos por reforço na instrução de higiene oral. No último retorno, a paciente não apresentava incômodo algum com o uso das próteses e o exame clínico também não indicava qualquer alteração na mucosa. Ao final da consulta a paciente relatou que sentia dor de cabeça constante antes de reabilitação, e que após a instalação das próteses, a dor desapareceu. Com isso, a paciente recebeu alta total da disciplina e saiu satisfeita com o tratamento recebido (Figura 10).



Figura 9. Finalização do caso clínico.

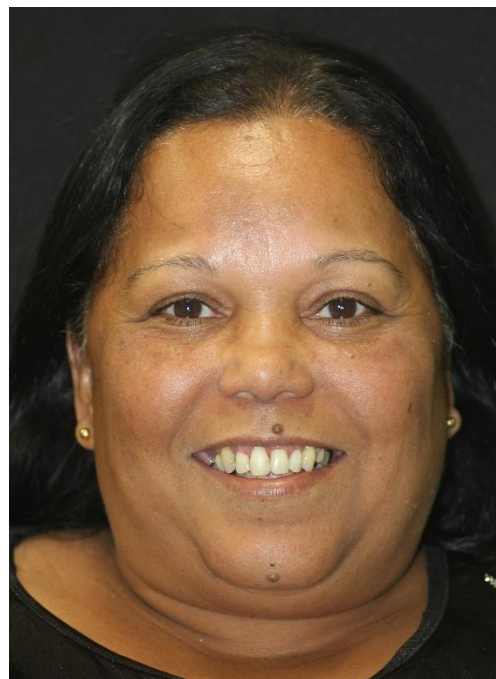


Figura 10. Satisfação apresentada na última consulta.

4-Discussão

A reabilitação oral de pacientes parcialmente edêntulos com PPR pode ser desafiadora em alguns casos (7). Com a expansão do edentulismo parcial na população

geral (2, 3), a demanda para esse tipo de reabilitação também aumentou. Porém não são todos os pacientes que procuram tratamento no momento da perda desses elementos dentais, seja por falta de condição financeira, pela espera na fila de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou por escolha do próprio paciente.

A remodelação óssea é algo que está presente na vida de pacientes edêntulos, seja pelo uso de prótese ou pela falta dela. Pacientes que fazem de uso de Próteses Totais ou PPRs estão sujeitos a sofrerem remodelação óssea, isso ocorre devido à transferência das forças oclusais para os tecidos de suporte por meio do contato entre a base da prótese e a superfície da mucosa (4, 8). Esse tipo de remodelação é muito discutido na literatura (4, 8), porém pouco se fala sobre a remodelação que ocorre com a falta da reabilitação.

Quando algum elemento dental posterior é perdido e sua reabilitação não é realizada, deixando o espaço edêntulo sem tratamento algum por longo período, sucede-se uma série de alterações nos tecidos de suporte, como a remodelação do bloco ósseo (9). Como consequência da ausência de contato na área edêntula podem ocorrer extrusões dentais, inclinação e rotação dos dentes vizinhos e opostos, e/ou extrusão alveolar dessas áreas (7, 9). Em decorrência dessa movimentação, o espaço disponível para reabilitação do elemento perdido pode ser comprometido (7, 9), dificultando a realização do tratamento proposto pelo profissional.

A extrusão dental é decorrente da formação óssea na direção coronal do dente (10), aproximando o elemento em questão da mucosa edêntula antagonista, diminuindo e limitando o espaço interoclusal (7, 9). Em casos mais avançados e críticos, essa limitação pode comprometer o tratamento reabilitador (11) devido à falta de espaço para posicionamento de qualquer peça protética, seja a base da PPR, o dente artificial ou um componente protético sobre implante. Para tentar reverter essa situação, ou ao menos suavizá-la, alguns procedimentos foram propostos ao longo dos anos, uns mais invasivos do que outros. Uma opção menos invasiva, mas, não muito conservadora, é o tratamento endodôntico associado à remodelação da coroa protética do elemento extruído, buscando diminuí-la de modo obter espaço interoclusal (11). Em casos mais extremos, a extração do elemento extruído é indicada (11); essa conduta, por ser muito radical é a última opção, já que se deve buscar sempre que possível a conservação da dentição natural do paciente, porém, quando necessária ela deve ser realizada.

De acordo com Mopsik et al, 1977 (11) existe procedimento mais invasivo que é a osteotomia segmentar posterior; onde o reposicionamento do segmento ósseo é executado, aumentando o espaço interoclusal por meio da remodelação do bloco ósseo extruído. Um método mais recente e menos invasivo é a reposição do elemento extruído por meio da intrusão ortodôntica com o auxílio de implantes (9, 12). Esse protocolo é mais moderno,

além de ser mais confortável ao paciente, porém demanda tempo maior de tratamento e seu custo é bem mais elevado (9).

Idealmente, o tratamento indicado para dentes extruídos é seu retorno à sua posição original, o que pode ser realizado por meio da reposição ortodôntica (9), porém esse procedimento não é possível de ser realizado em todos os casos, seja por questões financeiras, por falta de recursos, pela falta de tempo ou por escolha do próprio paciente. É importante destacar que o tratamento indicado deve ser individualizado (4, 6, 12, 13), se adequar às necessidades e condições do paciente, buscando sempre atendimento de excelência.

No caso clínico apresentado, a paciente dispunha de espaço interoclusal extremamente limitado, necessitando de algumas extrações e reanatomizações para comportar a reabilitação. O tratamento escolhido foi a reabilitação com PPR, uma alternativa mais conservadora e rápida, adequando-se às necessidades da paciente sem comprometer a estética do caso, além de ser um tratamento de custo mais baixo (1). Como qualquer tratamento, a PPR apresenta algumas desvantagens e limitações, como uma possível perda de retenção em extremidades livres e o fator estético dos grampos (1). A PPR inferior, antagonista à área extruída, teve que ser repetida e redesenhada, já que o espaço interoclusal estava bem reduzido, de forma que o desenho da PPR teve que ser individualizado e específico a ela. A rede de retenção da prótese mandibular foi deslocada para lingual, de modo a ser posicionada em área menos comprometida, proporcionando então espaço suficiente para adaptar a prótese na íntegra. Nesta prótese, não foi possível inserir um dente de estoque na base da prótese, dois elementos dentais tiveram que ser esculpidos diretamente na cera visando menor espaço interoclusal.

Com a evolução das técnicas disponíveis para o tratamento de áreas com espaço interoclusal limitado é possível proporcionar reabilitação apropriada e conservadora, buscando sempre individualizar o tratamento aos desejos e necessidades de cada paciente. Pouco se fala sobre as opções para casos de extrusão dental, limitando um pouco as alternativas de tratamento, mas isso não deve ser empecilho para reabilitar o paciente de acordo com os protocolos adequados. Nesse caso apresentado, a paciente encontrou-se satisfeita com a restauração da estética e função perdidas há muito tempo.

5-Conclusão

Concluiu-se que a reabilitação protética em casos de extrusão dental juntamente com extrusão do osso maxilar, resultando em diminuição do espaço interoclusal, pode ser desafiadora, porém não impossível. Dessa forma, a abordagem clínica proposta foi conservadora e esteve de acordo com as condições e desejo da paciente.

Referências Bibliográficas

- 1- Carr AB, Brown DT. Mc Cracken Prótese Parcial Removível. 12th ed. Elsevier Editora Ltda: São Paulo; 2012.
- 2- Mckenna G, Allen PF, Hayes M, Da Mata C, Moore C, Cronin M. Impact of oral rehabilitation on the quality of life of partially dentate elders in a randomised controlled clinical trial: 2 year follow-up. PLoS One. 2018;13(10):e0203349.
- 3- Threeburuth W, Aunmeungtong W, Khongkhunthian P. Comparison of immediate-load mini dental implants and conventional-size dental implants to retain mandibular Kennedy class I removable partial dentures: A randomized clinical trial. 2018;20(5):785-792
- 4- Kim JJ. Revisiting the Removable Partial Denture. Dent Clin North Am. 2019;63(2):263-78.
- 5- Di Fiori SR, Di Fiori MA, Di Fiori AP. Atlas de Prótese Parcial Removível – Princípios Biomecânicos, Bioprotéticos e de Oclusão. 1th ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; 2010.
- 6- Bassetti RG, Bassetti MA, Kuttenger J. Implant-Assisted Removable Partial Denture Protheses: A Critical Review of Selected Literature. Int J Prosthodont. 2018;31(3):287-302.
- 7- Geckili O, Sakar O, Yurdakuloglu T, Firatli S, Bilhan H, Katiboglu B. Multidisciplinary Management of Limited Interocclusal Space: A Clinical Report. J Prosthodont. 2011;20(4):329-32.
- 8- Kuralt M, Selmani Bukleta M, Kuhar M, Fidler A. Bone and soft tissue changes associated with a removable partial denture. A noval method with a fusiono f CBCT and optical 3D images. Comput Biol Med. 2019;108:78-84.
- 9- Kato S, Kato M. Intrusion of Molars with Implants as Anchorage: A Report of Two Cases. Int Mol Implant Ancho. 2006;8:100-06.
- 10- Lin IP, Lai EH, Chang JZ, Wang CY. Staged orthodontic treatment in preparation for immediate implant placement: A clinical report with a 5-year follow-up. J Prosthet Dent. 2019;3913(19):30691-7.
- 11- Mopsik ER, Buck RP, Connors JO, Watts LN. Surgical intervention to reestablish adequate intermaxillary space before fixed or removable prosthodontics. J Am Dent Assoc. 1977;95(5):957-60.

- 12- Lee HE, Lee KT, Tseng YC, Huang IY, Chen CM. Interdisciplinary management of unfavorable posterior intermaxillary space. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008;46(5):413-5.
- 13- Alageel O, Alsheghri AA, Algezani S, Caron E, Tamimi F. Determining the retention of removable partial dentures. *J Prosthet Dent.* 2019;3913(18):30572-9.