

Reabilitação bucal com prótese total imediata: um recurso estético e funcional: relato de caso

Buccal rehabilitation with immediate denture complete: an aesthetic and functional resource - case report
Rehabilitación oral con dentadura completa inmediata: un recurso estético y funcional - informe de caso

Daniel Lopes Terra **PUÇA**¹
Walberton Christian Cassemiro **FERNANDES**¹
François Isnaldo Dias **CALDEIRA**²
Suzane Cristina **PIGOSSI**³
Larissa Santana **RODRIGUEZ**³

¹Cirurgião-Dentista, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL, MG, Minas Gerais, Brasil

²Graduando do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL, MG, Minas Gerais, Brasil

³Professora Doutora do curso de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG, Minas Gerais, Brasil

Resumo

O presente trabalho teve como intuito apresentar um relato de caso que exigiu intervenção cirúrgico-protética para confecção de uma prótese total imediata em uma paciente com periodontite crônica. Paciente do gênero feminino, 40 anos, que se apresentou no plantão da Clínica de Periodontia da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL, manifestando como queixa principal "os dentes amolecidos". Após anamnese e exame clínico, foi solicitado o exame radiográfico. Por meio deste, pode-se constatar a presença de periodontite crônica, dentes com extensa destruição coronária por cárie e presença de raízes residuais. Para tanto foi delineado o planejamento desta paciente com o objetivo de reabilitar a saúde bucal, estética e a função através da prótese total imediata. As próteses totais imediatas representam um procedimento clínico necessário, vantajoso e eficaz para pacientes que, inevitavelmente, deixarão de apresentar uma condição dentada ou dentada parcial.

Descritores: Cirurgia Bucal; Estética Dentária; Periodontite; Prótese Total Imediata.

Abstract

This study aimed to present a case report that required surgical and prosthetic intervention to make an immediate complete denture in a patient with chronic periodontitis. A 40-year-old female patient who presented on emergency at the Periodontics Clinic of the Federal University of Alfenas - UNIFAL, complaining about "softened teeth". After anamnesis and clinical examination, a radiographic examination was requested. Through this, the presence of chronic periodontitis, teeth with extensive coronary caries destruction and the presence of residual roots could be verified. For this purpose the planning of this patient was outlined with the aim of rehabilitating oral health, aesthetics and function through the immediate complete denture. Immediate complete denture represents a necessary, advantageous and effective clinical procedure for patients who will inevitably cease to have a toothed or partial toothed condition.

Descriptors: Surgery, Oral; Esthetics, Dental; Periodontitis; Denture, Complete, Immediate.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo presentar un caso clínico que requirió intervención quirúrgica-protésica para la fabricación de una prótesis total inmediata en un paciente con periodontitis crónica. Paciente de sexo femenino, 40 años, que ingresó de guardia en la Clínica de Periodoncia de la Universidad Federal de Alfenas - UNIFAL, manifestándose como "la dentadura blanda" como principal queja. Tras anamnesis y exploración clínica, se solicitó exploración radiográfica. A través de esto, es posible verificar la presencia de periodontitis crónica, dientes con destrucción coronaria extensa por caries y presencia de raíces residuales. Para ello, se esbozó la planificación de esta paciente con el objetivo de reabilitar la salud, estética y función bucal a través de la prótesis total inmediata. La dentadura completa inmediata representa un procedimiento clínico necesario, ventajoso y eficaz para los pacientes que, inevitablemente, ya no presentarán una condición dentada o dentada parcial.

Descriptorios: Cirugía Bucal; Estética Dental; Periodontitis; Dentadura Completa Inmediata.

INTRODUÇÃO

A Doença Periodontal (DP) é uma doença de origem infecciosa, sendo a principal manifestação clínica a inflamação dos tecidos adjacentes ao dente e a eventual destruição dos tecidos mineralizados e não-mineralizados de suporte, podendo resultar em perda do dente^{1,2}. Uma das piores situações clínicas encontradas é a perda total dos dentes, acarretando em diminuição da capacidade mastigatória e consequente interferência na digestão de alimentos, além de prejudicar a fonação e a estética. Esse quadro contribui para a redução da qualidade de vida e da autoestima das pessoas³⁻⁵.

De acordo com Alves et al.⁴ muitos pacientes não aceitam a situação que lhes é imposta, ou seja, de permanecerem desdentados após as extrações em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea. A situação de desdentado pode ser sentida como um ataque à própria identidade do indivíduo, bem como à identidade social e familiar. Ao sentir que não está de acordo com o ideal estético e funcional traçado pela sociedade, a pessoa retrai-se, e pode apresentar sintomas de isolamento social e

depressão, consequência desse estado de desequilíbrio^{3,5}.

Geralmente, os pacientes reagem à perda dos dentes de duas formas distintas. Alguns se mostram inconformados, com sentimento de impotência, incapacidade e ansiedade, buscando evitar esta perda a qualquer custo e dispendo-se a qualquer sacrifício para restaurar sua dentição; já outros reagem de maneira conformista e depressiva, encarando a perda dos dentes como algo inerente à idade, mostrando-se passivos diante da situação e do tratamento proposto. A reposição dos dentes por meio de próteses visa o retorno à condição anterior, sendo que a preocupação com a estética é maior do que com a função. Busca-se a prótese como um recurso de retorno à condição que se queria continuar tendo, e que é exigida por uma sociedade que valoriza basicamente as possibilidades produtivas do sujeito e sua conformidade a um determinado padrão estético e funcional^{4,6,7}.

Mediante essa circunstância, como solução, vê-se necessário o uso de Prótese Total Imediata (PTI), que de acordo com Cerveira Netto⁸ garante a

manutenção do estado dentado do indivíduo, trazendo ao paciente a grande vantagem de continuar convivendo normalmente no âmbito familiar, social e profissional.

A principal diferença entre a PTI e prótese total (PT) convencional reside no estado da área basal, fibromucosa e tecido ósseo, no momento em que é iniciado o processo de confecção da prótese⁹. Se, convencionalmente, é aguardada a completa cicatrização e reparação pós-cirúrgica para, só então, ser iniciado o trabalho protético, na PTI há uma combinação de atos cirúrgicos concomitantes à execução da prótese, de tal forma que a remoção dos dentes remanescentes e eventuais manobras de regularização óssea são executadas no mesmo ato clínico da instalação da prótese⁸⁻¹². Fica claro que, enquanto o tratamento por PT é um ato eminentemente protético, a confecção de uma PTI, conjugada ao ato cirúrgico, torna-se uma manobra cirúrgico-protética. Pode-se então conceituar uma PTI como sendo uma PT instalada imediatamente após a exodontia dos dentes remanescentes e em um mesmo ato clínico^{8,9-12}. Portanto, o objetivo desse trabalho foi relatar a reabilitação bucal de uma paciente desdentada parcial, com periodontite crônica, por meio de uma abordagem multidisciplinar.

CASO CLÍNICO

Foi realizado tratamento reabilitador em uma paciente do gênero feminino, 40 anos, que se apresentou no plantão da Clínica de Periodontia da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL, manifestando como queixa principal “os dentes amolecidos”. Após anamnese e exame clínico, foi solicitado o exame radiográfico (Figura 1A-1B). Por meio destes, constatou-se a ausência da dentição posterior superior e inferior, os dentes remanescentes com mobilidade grau II e perda de inserção óssea. Além disso, sua estética dentofacial estava prejudicada e a eficiência do sistema estomatognático comprometida uma vez que a paciente não apresentava os dentes posteriores em ambas as arcadas. Nesse sentido, foram realizadas as exodontias dos dentes em questão. Com o intuito de não deixar que a paciente permanecesse desdentada total após as extrações foram confeccionadas PTIs.

Como parte inicial do trabalho, os arcos superior e inferior da paciente foram moldados com alginato (Ava Gel-SP/Brazil) para obtenção dos modelos de estudo. Foram utilizadas moldeiras de estoque para dentados, visto que a paciente era dentada na região anterior em ambas as arcadas. A partir dos modelos de estudo, foram confeccionadas as moldeiras individuais para as duas arcadas. A adaptação das moldeiras individuais se deu por desgastes e alívios nas regiões de interesses. A finalidade desses ajustes foi, em um primeiro

momento, suavizar bordas irregulares que pudessem lesionar o tecido bucal da paciente e, em um segundo momento, aliviar inserções musculares que no ato da moldagem funcional iriam desadaptar a moldeira. Finalizadas as adaptações da moldeira, realizou-se a moldagem funcional do selado periférico com godiva (Godibar-RJ/Brasil) de baixa fusão, que foi aquecida, colocada na borda da moldeira e o conjunto levado à boca da paciente, executando-se movimentos funcionais (Figura 1C).

Realizou-se então a moldagem funcional propriamente dita do arco superior, para obtenção do modelo funcional (Figura 1D). Repetiu-se o mesmo procedimento de moldagem com a moldeira inferior. Com o selado periférico devidamente copiado, partiu-se para a moldagem funcional inferior propriamente dita, visando à cópia do rebordo alveolar inferior (Figura 1F). Sobre os modelos de trabalho, foram confeccionadas em laboratório protético as bases de prova. Ao colocar a base de prova superior na boca da paciente, pode-se observar que esta estava com o plano oclusal abaixo das incisais dos dentes anteriores remanescentes. Nos roletes de cera (Newwax-RJ/Brasil), com auxílio de esculpidor Lecron, demarcou-se a altura (Figura 1G) e fizeram-se os ajustes necessários para que o rolete de cera atingisse a altura ideal com auxílio de espátula 36. A porção vestibular da base de prova também foi regularizada, adequando a curvatura do rolete à curvatura do corredor bucal da paciente. Com os ajustes prévios realizados, utilizou-se a régua de Fox para adequação do paralelismo entre a linha trágus - asa do nariz com o rolete de cera (Figura 1H).



Figura 1: A) Exame radiográfico; B) Exame clínico intraoral; C) Execução dos movimentos funcionais para moldagem periférica; D) e F) Moldagem funcional propriamente dita dos arcos; G) Demarcação da altura ideal do rolete de cera superior; H) Projeção do Plano de Camper.

Fez-se então o registro de mordida da paciente no garfo de mordida, tomada do arco facial e montagem do modelo superior em articulador semi-ajustável (ASA). Com esses procedimentos concluídos, encaminhou-se o ASA juntamente com o arco facial, o modelo de trabalho e a base de prova para montagem. Com o modelo superior montado em ASA, procedeu-se a determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), por meio da associação dos métodos métrico, estético e fonético, e da Relação Cêntrica (RC), que foi determinada utilizando os métodos de deglutição e retrusão da língua. As bases de prova superior e inferior foram

unidas com grampos e levadas para montagem do modelo inferior em ASA. Com os modelos superior e inferior montados em ASA, procedeu-se a seleção dos dentes artificiais. Para isso, foram considerados os dentes que ainda estavam presentes na boca da paciente e o formato do rosto. Foi solicitado ao protético que montasse inicialmente os primeiros molares superior e inferior para verificação da RC, que estava adequada (Figura 2A). As bases de prova foram encaminhadas para montagem dos demais dentes e acrilização (Figura 2B). Não foi possível realizar a prova funcional final visto que a paciente ainda apresentava dentes remanescentes. Previamente à realização da etapa cirúrgica foi solicitado à paciente exame de sangue completo para ser analisado o risco cirúrgico do procedimento. Após verificar que os exames estavam adequados, foram prescritos os remédios necessários para esta intervenção. O procedimento cirúrgico foi iniciado pela arcada superior devido a maior facilidade de aceitação e adaptação com a prótese pela paciente. As exodontias se deram sobre anestesia local (2% lidocaine-SP/Brazil) (Figura 2C). Todas as extrações foram sucedidas de curetagem alveolar e lavagem com soro estéril. Terminado esses procedimentos, os alvéolos foram suturados (Silk 4-0, Shalon suturas-GO/Brazil). O reembasamento da PTI teve início com pequenos desgastes nas porções anteriores e posteriores para melhor acomodação do material. Manipulou-se o material reembasador resiliente (Coe-Comfort- GCamerica-Alips/USA) e este foi acomodado no interior da prótese (Figura 2D). O conjunto foi levado à boca da paciente e foram realizados movimentos funcionais para uma melhor acomodação do material nas bordas da prótese. Após tomar presa, a prótese foi retirada da boca e os excessos foram removidos com auxílio de tesoura (Figura 2E-2F). Na Figura 2G pode-se observar o pós-cirúrgico imediato.

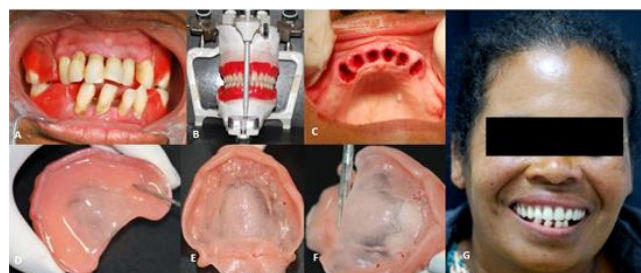


Figura 2: A) Verificação da correta RC por meio da montagem dos primeiros molares; B) Montagem final dos dentes artificiais; C) Alvéolos após a exodontia; D) Acomodação do material reembasador na PTI superior; E) Prótese removida da boca com os excessos do material reembasador; F) Remoção dos excessos com auxílio de tesoura; G) Pós-cirúrgico imediato.

Foram dadas todas as recomendações quanto aos cuidados pós-operatórios e adaptação com as próteses, ressaltando a não remoção desta por um período de 24 horas, cuja finalidade foi o controle do edema pós-cirúrgico. Após uma semana, no retorno para remoção das suturas, pode-se observar a presença de lesões ulcerosas no rebordo da paciente e

a presença de colonização microbiana no interior da prótese (Figura 3A). A paciente relatou não ter removido a prótese durante o período de 7 dias, embora tenham sido dadas as recomendações conforme descrito anteriormente. Foram realizados remoção da sutura, higienização do rebordo com Digluconato de Clorexidina 0,12% e troca do material reembasador resiliente da prótese (Figura 3B). Após o período de um mês e meio, observou-se a cicatrização completa do rebordo superior, sem a presença de lesões ulcerosas, bem como a boa adaptação da paciente com a prótese (Figura 3C). Assim, procedeu-se às exodontias dos dentes remanescentes mandibulares (Figura 3D). O procedimento de instalação da PTI inferior foi realizado da mesma maneira conforme descrito para a PTI superior (Figura 3E-3F).



Figura 3: A) Colonização microbiana no interior da PTI superior; B) Remoção do material reembasador; C) Rebordo alveolar superior cicatrizado; D) Alvéolos inferiores após exodontia; E) Inserção do material reembasador na PTI inferior; F) Correta adaptação do material reembasador; G) Pós-cirúrgico imediato.

Decorridas 24 horas após a instalação da PTI, a paciente foi atendida novamente, com o objetivo de aprimorar o ajuste oclusal e verificar a necessidade de reembasamento da prótese. A adaptação, a retenção e a estabilidade da PTI mantiveram-se favoráveis. Após 7 dias, foi realizada a remoção da sutura, verificação do processo de cicatrização que se mostrou favorável e ainda, ajuste oclusal e ajuste da base de resina. O controle final foi realizado após 2 semanas (Figura 3G).

DISCUSSÃO

A modalidade de tratamento para o caso clínico em questão foi a indicação de uma PTI maxilar e mandibular, já que os dentes remanescentes estavam condenados à extração em virtude do aspecto radiográfico do periodonto de sustentação, que demonstrou inserção radicular menor do que a metade da raiz. Esse procedimento, apesar de ser inevitável em casos extremos como o apresentado, auxilia a amenizar a abrupta transição do estado de dentado para o estado de desdentado, na cicatrização do tecido ósseo devido à proteção da ferida cirúrgica⁴.

Apresenta ainda grandes vantagens anatômicas, funcionais, estéticas e psicológicas: impede a perda imediata da DVO, minimiza as alterações na ATM, impede o colapso labial, facial e o afundamento das bochechas, favorece a fonética e função dos músculos da mastigação, permite a

continuidade e mantém o equilíbrio emocional do paciente durante as suas atividades diárias^{13,14}.

Neste caso, o estado psicológico da paciente foi receptivo, acreditando no sucesso do tratamento e mostrando-se ao final deste bem satisfeita e confiante. A cavidade bucal foi avaliada como um todo e com a instalação das PTIs foi possível obter estética e fonética. Entretanto, após a instalação da PTI superior, a paciente apresentou na consulta de retorno lesões ulcerosas na região vestibular do rebordo alveolar superior.

Os materiais reembasadores resilientes são comumente utilizados como adjuntos no tratamento protético e manejo de mucosa oral traumatizada^{15,16}. São aplicados na superfície da prótese, absorvendo o impacto das forças mastigatórias e distribuindo-as, de modo a reduzir o trauma, a dor e o desconforto local¹⁶. Neste caso clínico, foi utilizado o material Coe-Comfort para reembasamento das PTIs.

Todavia, por intermédio da evolução tecnológica, os cirurgiões - dentistas também têm empregado em situações semelhantes a esta os lasers de baixa potência, que possuem um efeito eminentemente analgésico, anti-inflamatório e bioestimulante, além do que, sua luz proporciona um aumento da microcirculação local e drenagem do fluido gengival. Sendo assim uma ferramenta útil no pós-operatório imediato¹⁷.

Portanto, a instalação da PTI trata-se de uma modalidade de tratamento temporária, uma vez que é utilizada pelo paciente até o momento oportuno a se confeccionar outro tipo de prótese apropriada ao planejamento cirúrgico-protético, aos anseios e a capacidade econômica de cada paciente, associada à habilidade e sensibilidade técnica do profissional, o que pode variar desde uma nova PT convencional a uma prótese sobre implantes, tipo overdenture ou protocolo¹⁸. Esta prótese auxilia também na visualização do resultado final estético e funcional e, dessa forma, possibilita alcançar um aspecto mais satisfatório da reabilitação oral, quando o paciente e as condições necessárias se mostrarem favoráveis.

CONCLUSÃO

As PTIs representam um procedimento clínico necessário, consagrado, vantajoso e eficaz para pacientes que, inevitavelmente, deixarão de apresentar uma condição dentada ou dentada parcial, apesar de ser uma abordagem ligeiramente mais cara e que requer mais sessões de atendimento para controle pós- instalação do que a PT convencional. Esse tratamento vai ao encontro das tendências atuais de contemplar a parte estética, além de possibilitar a manutenção do remanescente ósseo, favorecendo a retenção das PT e possibilitando a utilização futura de implantes.

REFERÊNCIAS

1. Chatzopoulos GS, Doufexi AE, Kouvatsi A.

- Clinical response to non-surgical periodontal treatment in patients with interleukin-6 and interleukin-10 polymorphisms. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(4):e446-57.
2. Kaur G, Grover V, Bhaskar N, Kaur RK, Jain A. Periodontal Infectogenomics. *Inflamm Regen*. 2018;38:8.
3. Gupta A, Felton DA, Jemt T, Koka S. Rehabilitation of Edentulism and Mortality: A Systematic Review. *J Prosthodont*. 2019; 28(5):526-35.
4. Alves AC, Cavalcanti RV, Calderon PS, Pernambuco L, Alchieri JC. Quality of life related to complete denture. *Acta Odontol Latinoam*. 2018;31(2):91-96.
5. Kaushik K, Dhawan P, Tandan P, Jain M. Oral Health-related Quality of Life among Patients after Complete Denture Rehabilitation: A 12-month Follow-up Study. *Int J Appl Basic Med Res*. 2018;8(3):169-73.
6. Yamaga E, Sato Y, Soeda H, Minakuchi S. Relationship Between Oral Health-Related Quality of Life and Usage Period of Complete Dentures. *Int J Prosthodont*. 2019;32(4):327-32.
7. Cardoso RG, Melo LA, Barbosa GA, Calderon PD, Germano AR, Mestriner W Junior, Carreiro AD. Impact of mandibular conventional denture and overdenture on quality of life and masticatory efficiency. *Braz Oral Res*. 2016;30(1):e102.
8. Cerveira NH. Prótese total imediata: São Paulo: Pancast; 1987.
9. Mense C, Berteretche MV. Impression for an immediate denture with mobile teeth: A clinical approach. *J Prosthet Dent*. 2019;122(5):498-99.
10. Bedrossian EA, Putra A, Chung KH. A Technique to Correct Anterior-Posterior Tooth Discrepancy for a Maxillary Immediate Complete Denture. *J Prosthodont*. 2019;28(6):719-23.
11. Caputi S, Murmura G, Ricci L, Varvara G, Sinjari B. Immediate denture fabrication: a clinical report. *Ann Stomatol (Roma)*. 2014;4(3-4):273-77.
12. Fang JH, An X, Jeong SM, Choi BH. Digital immediate denture: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2018;119(5):698-701.
13. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. São Paulo: Santos; 2007
14. Telles DM. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2009
15. Machado AL, Giampaolo ET, Vergani CE, Souza JF, Jorge JH. Changes in roughness of denture base and reline materials by chemical disinfection or microwave irradiation: Surface roughness of denture base and reline materials. *J Appl Oral Sci*. 2011;19(5):521-28.
16. Kanli A, Demirel F, Sezgin Y. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17(6):502-7.

17. Kurtulmus-Yilmaz S, Yilmaz HG, Tumer H, Sadettinoglu K. Clinical evaluation of the Er,Cr:YSGG Laser therapy in the treatment of denture-related traumatic ulcerations: a randomized controlled clinical study. *Photomed Laser Surg.* 2015;33(4):224-29.
18. Leshem D, Mazor Z, Leshem R, Rosen D. A simple technique for fabrication of immediate interim removable prosthesis supported by transitional implants. *Implant Dent.* 2003;12(3):227-31.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Prof^a. Dr^a. Larissa Santana Rodriguez
Curso de Odontologia
Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG)
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro
37130-001 Alfenas- MG, Brasil
Email: larissa.rodriguez@unifal-mg.edu.br

Submetido em 27/07/2020

Aceito em 28/09/2020