

Reabilitação protética através de sobredentadura inferior e prótese total superior, relato de caso clínico.

Prosthodontics rehabilitation trough inferiority overdenture and upper total denture, report of a clinical case

MUNDIM, Carla Bittow*

RIBEIRO, Maurício César Rodrigues**

MORAIS JR., Ruberval Ferreira de***

MORAIS, Welington Ferreira de****

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de reabilitação protética através de prótese removível total convencional superior e overdenture inferior pelo sistema de retenção tipo *barra-clip* desenvolvido e acompanhado na Clínica do Implacento – Prótese da Faculdade de Odontologia de Anápolis. O caso é introduzido, ainda, por sucinta revisão de literatura.

UNITERMOS

Prótese total; Sobredentadura; Barra – Clip; Prótese sobre implantes.

INTRODUÇÃO

O tratamento protético com *overdenture* é uma alternativa importante à prótese total implanto suportada^{3,5}. Há muitas vantagens em se escolher uma *overdenture*, que são semelhantes às vantagens da prótese total removível convencional. As *overdentures* são um método eficaz, senão superior, para o tratamento de vários pacientes. A estabilidade e a retenção da prótese podem ser aumentadas com o uso de *attachments*^{5,7,9,10}. Pacientes que convertem suas próteses totais removíveis em *overdentures* suportadas por implantes osseointegrados mostraram um padrão de mastigação mais consistente, devido ao aumento de estabilidade e retenção^{7,9,10,11}.

O paciente “ideal” para tratamento protético da mandíbula edêntula por meio de prótese total deve apresentar uma mucosa inserida com um mínimo de mobilidade, espessura média, livre de cicatrizes e sem inserções altas de freio⁸. O processo alveolar será de altura média, de forma arredondada, amplo o suficiente e com um perfil horizontal uniforme. Infelizmente tais pacientes são raros e, em sua grande maioria, vão apresentar vários graus de reabsorção alveolar. Em particular, as seguintes condições morfológicas clínicas apresentam dificuldades para o cirurgião dentista:

- A faixa de gengiva inserida é significativamente mais estreita do que o esperado em relação ao grau de reabsorção óssea.

* Acadêmica da Faculdade de Odontologia da U.F.G., Goiânia/GO

** Acadêmico da Faculdade de Odontologia de Anápolis/GO

*** Professor da Faculdade de Odontologia de Anápolis/GO, Especialista em Prótese Dentária

**** Professor da Faculdade de Odontologia de Anápolis/GO, especializando em Prótese Dentária

- A linha oblíqua externa e a crista milo-hióidea são altas, resultando em prolapso do assoalho da boca.

- A espinha do músculo genioglosso se estende além do rebordo alveolar no plano vestibulo-lingual.

A literatura odontológica atual esta repleta de artigos que mostram técnicas variadas, incluindo-se trabalhos sobre o aproveitamento das raízes retidas e especialmente de implantes, mas o enfoque principal é uma constante, preservar as estruturas do rebordo alveolar.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo CORREIA et al² (1996), a prótese total implanto-retida e muco-suportada, nos mostra uma mudança física na estabilidade (que deve ser a meta principal) e na retenção que, na maioria das vezes, é a ansiedade principal do paciente.

De acordo com SPIEKERMANN et al¹² (2000), vários conceitos de tratamento para mandíbulas edêntulas tem sido propostos, sendo classificados do ponto de vista puramente protético, basicamente divididos em quatro possíveis métodos de tratamento:

a) Conceito de tratamento 1. Prótese total removível, muco suportada e retida no segmento anterior por dois implantes;

b) Conceito de tratamento 2. Prótese total, removível, muco suportada e retida na região anterior por três a cinco implantes;

c) Conceito de tratamento 3. Prótese total (tipo convencional ou com estrutura de prótese fixa) de extensão distal, implanto-suportada, removível, retida e suportada por quatro a sete implantes no segmento anterior;

d) Conceito de tratamento 4. Prótese total (tipo convencional ou com estrutura de prótese fixa) de extensão distal retida por parafusos, mas removível, retida por quatro a sete implantes no segmento anterior.

De acordo com HOBKIRK et al⁷ (1996), a decisão do cirurgião e do protesista em planejar uma prótese total tipo overdenture implanto-suportada será feita quando uma prótese fixa implanto-suportada é impraticável devido ao custo ou à limitada quantidade de osso ou quando o paciente decidir usar uma prótese removível. Deve ser claramente entendido pelo paciente que o êxito do resultado dependerá da manutenção e monitoramento freqüentes e que os benefícios serão diferentes de uma prótese fixa.

JIMENES – LOPES⁸ (1996) comenta que os pré-requisitos para posicionar uma barra proteticamente correta são a localização e a inserção adequada dos implantes osseointegrados. Idealmente, será possível afixar uma barra suficientemente longa (cerca de 20 mm), perpendicular à bissetriz do ângulo formado pelos dois segmentos posteriores da mandíbula.

Segundo GODE⁵ (2000), encontram-se normalmente dois diferentes tipos de disposição clínica:

- Barra diretamente acima do rebordo - essa é uma situação higienicamente favorável, especialmente se o rebordo for estreito.

- Posicionamento distal da barra em relação ao rebordo - essa é uma situação desfavorável do ponto de vista da higiene bucal.

SPIEKERMANN¹² (2000) afirma que a colocação bem planejada de implantes permitirá uma adequada construção protética da barra, que ferulizará os implantes, e deve proporcionar uma linha reta ao longo do segmento anterior da mandíbula, promovendo, assim, a livre fricção de rotação anterior da prótese, proposta pelo sistema de retenção tipo *barra-clip*.

RELATO DO CASO CLÍNICO

O paciente M. R. R., sexo masculino, 62 anos de idade, aposentado, procurou a clínica de prótese do IMPLA-CENTRO, apresentando as seguintes características:

a) Arco superior: edentado total, com rebordo alveolar em condições para adaptação de uma prótese total convencional;

b) Arco inferior: edentado total, apresentando rebordo alveolar com grande reabsorção, dificultando a reabilitação de prótese total convencional.

Implante
Consultórios de Reabilitação Oral
Odontologia Estética e Cirúrgica

corpo clínico:

Dr. Ciescopen L. D. Ferreira, esp. CTBMF
Dr^a Cláudia M^a S. Franceschini, esp. Dentística
Dr. Marcos A. Serra, esp. CTBMF

Fones: (62) 311-1068 / 321-3487 / 321-2932

Rua Dona Doca, 56 - Centro - 75020-180 - Anápolis - GO

O paciente submeteu-se à introdução de dois implantes nas regiões do dente 33 e 43 tipo Hexágono Externo e Branemark compatível, com comprimentos de 16 mm standard

1. Plano de tratamento

O tratamento proposto ao caso clínico que se apresentará é o de uma prótese total, removível, mucosuportada e retida, no segmento anterior por dois implantes. Esse é o modelo mais simples para um tratamento de prótese sobre implantes em mandíbula edêntula, onde dois implantes são colocados a uma distância adequada (mínima de 12 mm), na região interforaminal. Uma barra é utilizada para ferulizar os implantes, resultando em uma entidade estável e funcional. A prótese é uma sobredentadura retida por uma barra. Os elementos retentivos (clips) são posicionados na face interna da prótese entre os dois implantes.

a) Arco superior: prótese total convencional;

b) Arco inferior: seleção de intermediários tipo standard (5,5 mm);

o confecção de barra tipo dupla reforçada;

o confecção de overdenture inferior com sistema de retenção tipo *barra clip*

2. Sequência clínica

2.1- Moldagens preliminares

O paciente compareceu para a remoção da sutura e avaliação da região cirúrgica. Após duas ou três semanas de cicatrização, aproximadamente, fez-se uma moldagem com hidrocolóide irreversível; o modelo seria usado para confeccionar a moldeira individual. Antes da moldagem, removeram-se as cápsulas de cicatrização e colocaram-se sobre os transmucosos os *copings* cônicos de transferência.

2.2- Moldagem final

A moldagem final foi feita quando a região da cirurgia já havia cicatrizado completamente, por volta de duas a três semanas após a segunda interven-

ção. A moldagem incluiu uma boa tomada de detalhes dos tecidos moles, porque a overdenture seria suportada por ambos os implantes e tecidos moles.

2.3 - Registros interoclusais

Sobre o modelo de trabalho, fez-se uma chapa de prova para ser usada nos registros de oclusão. A chapa de prova foi levada à boca, e observou-se a adaptação dos cilindros sobre os transmucosos, através de janelas criadas pelo alívio da cera.

2.4- Prova da prótese

Durante este processo, os pinos-guia podem interferir com a posição dos dentes. Eles foram ser ajustados com broca até que se encaixassem corretamente ao redor do pino-guia. Após a montagem, completou-se o enceramento.

2.5- Confeção da overdenture

Foi colocada a prótese de prova sobre o modelo de trabalho e, sobre ela, a muralha. Foi feita outra muralha lingual, usando-se o mesmo silicone pesado, para duplicar os contornos linguais da overdenture. Quando endureceu, foram separadas as duas muralhas do modelo.

2.6- Entrega da prótese

Por ocasião da entrega da prótese, removeram-se as cápsulas de cicatrização da boca do paciente e limparam-se os transmucosos e os tecidos. Removeu-se o espaçador plástico da overdenture com pinça de algodão ou hemostática. Capturou-se o clip, e instalou-se a prótese.

2.7- Manutenção: Cuidados

Aproximadamente uma semana após a reabertura dos implan-

tes e colocação dos componentes transmucosos, o paciente foi informado e instruído sobre as medidas de higiene bucal específicas que seriam eficazes. Um dos aspectos mais importantes dessa consulta é a demonstração clínica e a apresentação ao paciente de como realizar uma perfeita higiene bucal ao redor da barra, assim como da superfície interna da sobredentadura e do clip.



FIGURA 1 – Arcada inferior com os pilares intermediários standard instalados

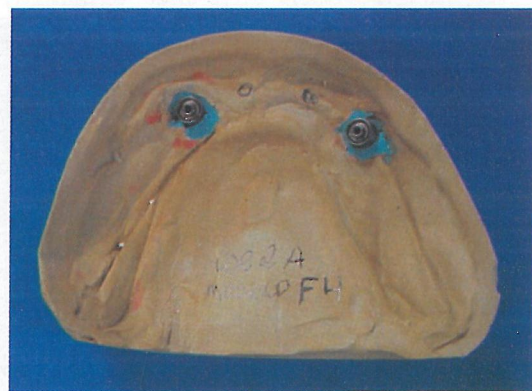


FIGURA 2 – Modelos de trabalho, superior e inferior



FIGURA 3 – Barra dupla reforçada em fase de confecção

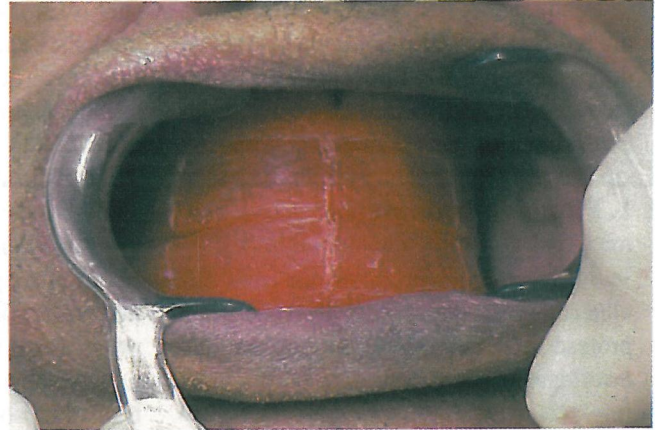


FIGURA 4 – Relacionamento maxilo-mandibular, com os planos de orientação em cera superior e inferior

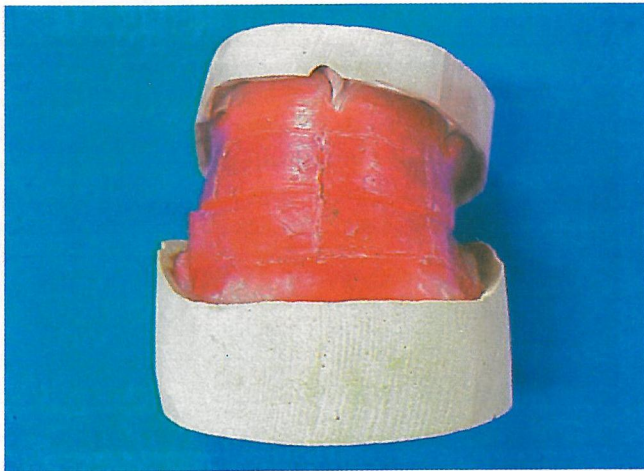


FIGURA 5 – Modelos de trabalho relacionados

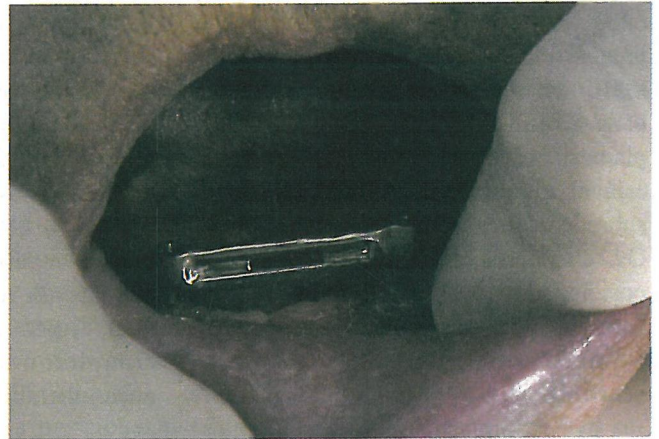


FIGURA 6 – Barra dupla reforçada pronta, em metal polido

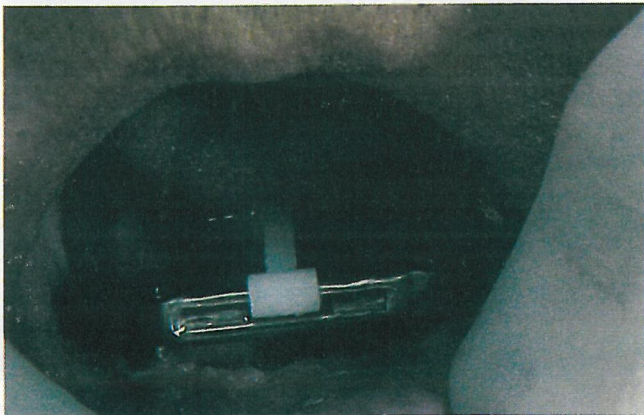


FIGURA 7 – Clip de retenção em posição na barra pronto para a captura

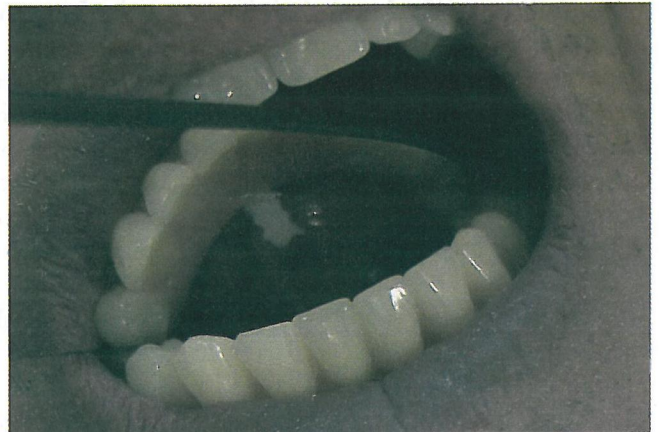


FIGURA 8 – Captura do clip com a prótese inferior



FIGURA 9 – Vista frontal das próteses em oclusão

COMENTÁRIOS

Buscando-se a devolução do equilíbrio do sistema mastigatório, com a confecção de um par de próteses totais, sendo a superior, convencional e a inferior, overdenture, primou-se pela seleção de pilares *standard* com cintas apropriadas ao espaço gengival e anterior.

Propôs-se para a overdenture um sistema de retenção tipo *barra-clip*, sendo que a barra apresentava como

característica, o sistema duplo, pois o espaço entre os eixos dos implantantes era superior a 15mm, promovendo, assim, segurança, ancoramento e uma maior longevidade à terapêutica proposta.

CONCLUSÃO

O que se pode perceber no tratamento protético com overdenture inferior, associada a uma prótese total superior, é que a mesma surte um resultado harmônico e satisfatório, tanto do ponto de vista do profissional, quanto do paciente.

A overdenture confeccionada dentro do sistema *barra-clip* proporciona estabilidade e retenção imprescindíveis para o bom funcionamento e conforto do paciente. Este deve atentar para a manutenção através de uma correta higienização, a fim de se prolongar a vida útil da prótese.

SUMMARY

The aim of this work is the show a clinical case of prothetic rehabilitation

by conventional superior prothesis and under overdenture, through the sistem of retention by bar – clip developed and followed on the clinic of prothesis – implacenter from F.O.A.

UNITERMS

Overdenture , Bar-clip , Upper Total Denture, Dental Implants.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREASEN, J. O. **Atlas de reimplante e transplante de dentes**. São Paulo: Panamericana, 1993.
2. CORREIA, G. A . **Prótese total híbrida**. São Paulo: Santos , 1996.
3. FILHO, J. E. et al. Planejamento estético, cirúrgico e protético em implantodontia. 1ª ed. São Paulo: **Artes Médicas**, 1998.
4. FRANCISCONE, C. E.; VASCONCELOS, L. W. **Osseointegração e as próteses unitárias**. São Paulo: **Artes Médicas**, 1998.

5. GODE, A. V., et al. **Implantes osseointegrados - aplicações intra-orais**. São Paulo: **Pancast**, 2000.
6. HOBBO, S. et al. **Osseointegração e reabilitação oclusal**, São Paulo: Santos, 1997.
7. HOBKIRK, J. A . et al. **Implantodontia dental e maxilofacial**, São Paulo: **Artes Médicas**, 1996.
8. JIMENES - LOPES, V. **Prótese sobre implante**, 2ª ed. São Paulo: **Quintessense Books**, 1996.
9. LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**, 3ª ed. São Paulo: **Savvier**, 1983.
10. MISH, C. E. **Implante odontológico contemporâneo**. São Paulo: **Pancast**, 1996.
11. SERSON, D. **Implantes orais**. São Paulo: **Círculo do livro S. A.**, 1989.
12. SPIEKERMANN, H. **Implantodontia**. Porto Alegre: **Artmed**, 2000.

Implacentro

Centro de Implantodontia da Faculdade de Odontologia de Anápolis

Um Centro de excelência em Cirurgia e Prótese sobre Implantes Osteointegrados

Em funcionamento desde agosto/2000, o Implacentro tem como proposta tornar-se uma referência na implantodontia da região Centro-Oeste.

Com mais de trezentas pessoas cadastradas, apresenta uma solução econômica e biológica para os pacientes de nossa região, com um tratamento completo desde o atendimento ambulatorial-cirúrgico, até a prótese final.

Coordenação: Prof. Ciescopen Lopes, CTBMF ; Prof. Marcos Serra, CTBMF e Prof. Ruberval Moraes, Esp. Prótese



Caso de agenesia de laterais resolvido com implantes



Caso concluído



Atendimento e Informações

Faculdade de Odontologia de Anápolis - GO
segundas e quartas-feiras, às 18:00 h

Fone: (62) 310 – 6600