

REABILITAÇÃO DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA BI-MAXILAR : RELATO DE CASO CLÍNICO

Stomatognathic rehabilitation system with bi-maxillary immediate total prosthesis: a report clinic case

Mauro de Melo*

André do Valle Linch de Faria**

Raulino Naves Borges***

Andressa Oliveira Negreiros Linch****

RESUMO

O sistema estomatognático é constituído de vários componentes anatômicos e funcionais que estão inter-relacionados e desempenhando diferentes funções. Um destes componentes são os dentes que, além, de atuar, como parte integrante do sistema, também, têm função estética.

Nos casos de pacientes desdentados torna-se imperativo a colocação dos dentes com substitutivos artificiais. Dentre as diversas modalidades de tratamento pode-se empregar as Próteses Totais Imediatas (PTI).

O presente trabalho teve como propósito descrever um caso clínico de um paciente desdentado parcial bi-maxilar utilizando PTI. Este tipo de prótese foi a opção indicada em razão de que todos os dentes remanescentes apresentavam-se comprometidos, com acentuada perda óssea e com mobilidade graus 2 e 3, portanto, sem condições de tratamento conservador.

Em uma sessão procedeu-se as exodontias dos dentes remanescentes e a instalação das PTIs em ambas as arcadas, restabelecendo o equilíbrio estético-funcional do sistema estomatognático.

UNITERMOS

Prótese total imediata; Desdentado total; Reabilitação oral; Sistema estomatognático.

INTRODUÇÃO

A Prótese Dentária tem o objetivo de manter ou restabelecer as funções do sistema estomatognático, com estética, fonética, suporte aos tecidos moles, reabilitação de dentes e os tecidos perdidos. Esta modalidade de reabilitação preenche todos os requisitos anteriores e promove, ainda, o conforto de evitar ou minimizar os problemas psicológicos e sociais de transição da fase desdentada para a reabilitada.

A confecção da prótese imediata proporciona ao cliente um conforto estético-funcional e psicológico muito importante, permitindo a não interrupção dos compromissos sociais e profissionais (Santos¹⁵ 2002).

A busca pela estética constitui, cada vez mais, uma exigência dos pacientes, assim, a cobrança em resultados melhores e mais rápidos está presente na nossa sociedade e na rotina do cirurgião-dentista. Desta forma a Prótese Total Imediata vem a favor destes resultados minimizando os problemas da transição de dentes naturais para artificiais, já que, a PTI, é instalada logo após a remoção dos dentes naturais.

Todo o processo de confecção destas próteses, só se justifica se o cliente aceitar vantagens e desvantagens que lhe advirão com a colocação da referida prótese (Takano¹⁶ 2002).

Assim, o presente trabalho propõe-se a relatar uma técnica de confecção de uma Prótese Total Imediata Superior e Inferior conjugadas.

REVISÃO DE LITERATURA

Genovese⁵ (1981), afirmou que o uso da PTI é de grande valia terapêutica tanto para o cirurgião-dentista quanto para o paciente. Destacou, também, a possibilidade para a sua indicação e emprego, ao mesmo tempo, em que apontou as principais vantagens, desvantagens e limitações que este tratamento apresenta.

O interesse do ser humano pelo belo é um fato que tem sido observado desde as civilizações mais primitivas. E isso ocorre em muitos aspectos. Considerando esse pressuposto, é importante que se possa estender tudo isso no contexto da Prótese Total (Tamaki *et al*¹⁷ 1988). Também, neste trabalho, comentaram que analisando os procedimentos e técnicas que podem ser utilizados, para se evitar que o paciente perca essa estética, estaremos colaborando para oferecer ao paciente algo já perdido, muitas vezes traumáticamente, pelas extrações dos dentes, que poderia melhorar consideravelmente sua qualidade de vida. Daí a importância do emprego das técnicas de Prótese Total Imediata.

Segundo Kaniff *et al*⁶ (1985), são vários os fatores que devem ser observados na indicação das PTIs, com isso, acrescentaram o fato de que essa prótese contribui para proteger a articulação têmporo-mandibular da mesma forma como ocorre nas dentaduras convencionais.

O isolamento do paciente quando perde seus últimos dentes, principalmente os ântero-superiores, pode ser minimizada ou extinta quando se opta pela colocação

*Professor Titular em Prótese Dentária da FO/UFG. Mestre e Doutor em Reabilitação Oral pela FOB/USP; Especialista em Prótese Dentária. Professor das Disciplinas de Oclusão, Anatomia e Escultura Dental, Odontologia Legal e Bioética e Pré-Clinica I.

**Cirurgião-Dentista, Especialista em Prótese Dentária pela ABO-Regional Anápolis-Go. Aluno Curso de Especialização em Implantodontia da FO/UNIP-Goiânia

***Professor Assistente das Disciplinas de Oclusão, Anatomia e Escultura Dental, Pré-Clinica I e II da FO/UFG, Mestre em Prótese Dental pela FO/USP-UFG, Especialista em Disfunção Temporomandibular e ATM.

****Cirurgião-Dentista, Formada pela FO/UFG.

de próteses imediatas, relataram Lima & Araujo⁷ (1998). Para eles as desvantagens do uso das PTIs são mínimas, porém, atribuem a importância do esclarecimento total ao paciente desta modalidade de tratamento, a fim de prevenir a ansiedade, medo e insegurança para a realização do procedimento.

Segundo Tamaki¹⁷ (1988), foi Scheff em 1893 que publicou, pela primeira vez, a prática da Prótese Total Imediata. Desde então esta modalidade de reabilitação oral vem sendo empregada na odontologia com amplo respaldo técnico-científico. Para ele, consegue-se confeccionar uma dentadura imediata com a posição, forma e cor dos dentes, o mais próximo possível, dos dentes naturais do paciente. Isso implicaria numa transição mais confortável e menos complicada entre os dentes naturais e a futura prótese, diminuindo problemas sociais para o paciente, que, se fosse optar pela extração sem Prótese Total Imediata teria que esperar o pós-operatório e cicatrização das exodontias para realizar uma Prótese Total pelo método convencional.

Discorrendo sobre as vantagens e as pequenas desvantagens da utilização das Próteses Totais Imediatas, afirmaram, Corrêa et al³ (1996), que a auto-estima do paciente pode ser devolvida quando realizado este procedimento. Comentaram sobre a facilidade da técnica, bem como uma ótima relação de custo benefício. Assim, o paciente poderá gozar dos benefícios do uso de uma reabilitação, que apesar de pequenos inconvenientes causados pela fase cirúrgica e protética serem na mesma sessão, determinam um tratamento rápido e com ausência do constrangimento da fase desdentada.

Outro fator que conta muito quando se vai indicar esse tipo de prótese é que se pode utilizar a própria dimensão vertical do paciente, quando essa não está alterada por motivos diversos, seja pela perda de dentes, desgaste ou outras causas. De acordo com Marchini et al⁸ (2000), quando se vai fazer a remoção dos dentes restantes, deve-se preocupar com a preservação de osso alveolar, não só realizando exodontias de maneira a não provocar traumas, mas, também, instalando próteses totais imediatas. A magnitude da reabsorção óssea alveolar nos primeiros 3 a 4 meses após a remoção dos dentes é menor quando se confecciona uma prótese total imediata, comparando com a remoção dos dentes e posterior cicatrização sem prótese. A manutenção óssea favorece a retenção e

estabilidade da prótese.

Um fator bastante relevante a ser considerado é a diminuição do edema e sangramentos e a possibilidade de uma boa adaptação dos tecidos ao rebordo alveolar, quando se pratica o uso de Próteses Totais Imediatas (Domitti et al¹ 2007). Mencionaram, ainda que, a satisfação do paciente pode ser dada com relação à devolução da estética, das funções mastigatórias e fonéticas na mesma sessão da remoção de seus dentes.

Michida¹³ (2002), relatou a dificuldade e a falta de cooperação dos pacientes na remoção dos dentes anteriores. Este fato pode ser amenizado pela manutenção ou conquista da estética, com a reabilitação imediata por meio das próteses totais.

Como se não fosse suficiente o fator estético, alia-se a isso o fato de que o pós-operatório das exodontias, quando se utiliza uma Prótese Total Imediata, é muito melhor do que se deixasse a cicatrização naturalmente com a ferida cirúrgica exposta na boca (Takano¹⁶ 2002). A prótese age mais protegendo do que irritando o local da cirurgia.

As PTIs podem, de forma econômica, prática, rápida e com a manutenção das funções do sistema estomatognático, colaborar de forma significativa a manutenção do convívio social do paciente, quando o mesmo apresentar a necessidade de remoção dos seus dentes (Meleti et al¹² 2002).

Discorrendo sobre as desvantagens das PTIs, Turano e Turano¹⁸ (2002), afirmaram que são as mesmas relacionadas às próteses totais convencionais como retenção óssea, mucosa hiperplásica, inserção muscular e freios hipertrofiados. Para eles o reembasamento e ajustes das próteses podem controlar com facilidade esses empecilhos. Outro relevante aspecto mencionado é a dificuldade da prova dos dentes em cera, todavia, a satisfação e o conforto do paciente em ter em uma única sessão a remoção de seus dentes e a instalação de suas próteses, superam todas as dificuldades apresentadas pela reabilitação durante o processo de confecção, instalação e controle do trabalho.

Brandão et al² (2006), comentaram que a confecção da Prótese Total Imediata requer um maior conhecimento do cirurgião-dentista, porém tem como vantagem não alterar o convívio social do cliente.

Para Melo et al⁹ (2006), o princípio básico e fundamental para a confecção de uma prótese é a montagem dos modelos em articulador, pois só assim os profissionais poderão planejar e executar trabalhos

mais estéticos, com a possibilidade de realizar menor quantidade de ajustes.

Devolver dentes e tecidos perdidos vão muito além de uma simples reposição de estruturas, e sim da integração da prótese com todo o sistema estomatognático restabelecendo a harmonia estética facial, deglutição, mastigação, fonação e satisfação dos anseios psíquico-sociais (Ribeiro¹⁴ 2007). Relatou, ainda, que a amplitude e dificuldade desta reabilitação é maior nos casos de próteses totais.

Barbosa et al¹ (2006), relataram, em seu artigo sobre instalação de próteses totais bimaxilares, a importância da estabilidade e da retenção das próteses para diminuição de traumatismos, conforto do cliente, facilidade de mastigação e fonação.

Mauro et al¹¹ (2007), relataram, enfatizando a importância da avaliação completa dento-facial, que a estética final de uma reabilitação oral não só é determinada pela posição, presença e formato dos dentes, mas, também, pelo conjunto de suporte de tecidos, altura, qualidade e coloração do tecido gengival, presença de papilas interdentes, simetria e respeito à proporção áurea facial e bucal.

Em 2007, Melo et al¹¹ discorrendo sobre a utilização de PTI, comentaram que é um tratamento de fácil execução, de custo não elevado, e ainda enumeraram as várias vantagens oferecidas pelo tratamento, cujo resultado promove conforto, satisfação, estética e restabelecimento das funções do sistema estomatognático do paciente.

CASO CLÍNICO:

Paciente do sexo masculino, com 56 anos de idade, compareceu à Clínica de Prótese Dentária com comprometimento periodontal severo de todos os dentes superiores e inferiores e cáries generalizadas. Seguindo a rotina clínica, foi encaminhado para uma avaliação periodontal, a qual relata que os dentes não estão em condições de receberem qualquer tipo de apoio de prótese e que pequena durabilidade sendo indicadas as exodontias prévias à reabilitação protética (Figuras 1, 2, 3 e 4).

Diante do exame clínico e na avaliação radiográfica (Figura 5), verificou-se que os dentes remanescentes possuíam pouco suporte ósseo, necessitando serem extraídos, o que justificou a indicação das PTIs. Completando o exame clínico utilizou-se um articulador semi-ajustável (Melo et al⁹ 2006), para a montagem dos modelos de estudo, com a finalidade de se promover

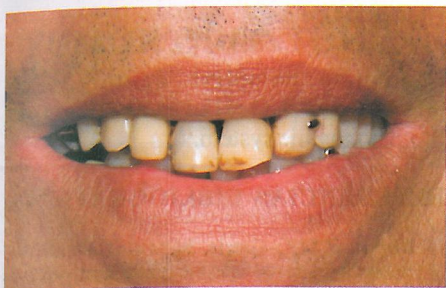


Figura 1. Vista frontal

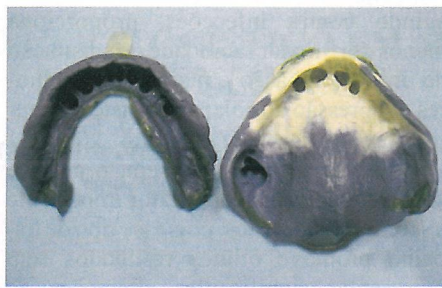


Figura 6. Moldagem funcional



Figura 11. Aspecto após a remoção dos dentes

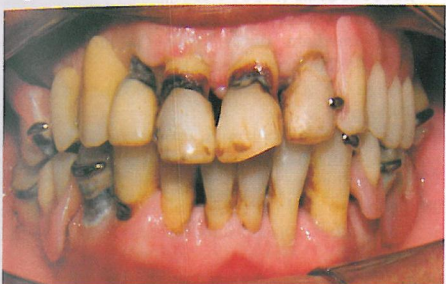


Figura 2 - Vista frontal vestibular



Figura 7. Vista frontal - prova dos dentes

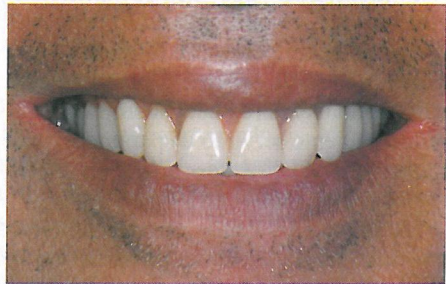


Figura 12. Próteses totais imediatas instaladas

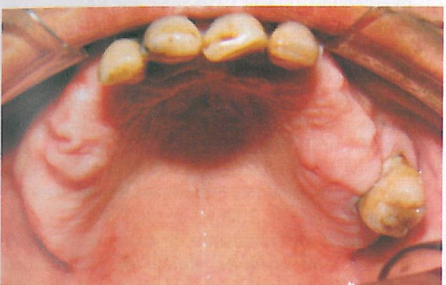


Figura 3. Vista oclusal da arcada superior



Figura 8. Vista lateral - prova dos dentes

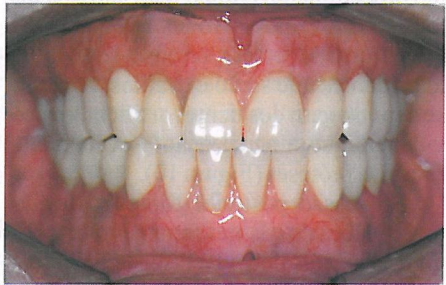


Figura 13. Próteses totais imediatas instaladas

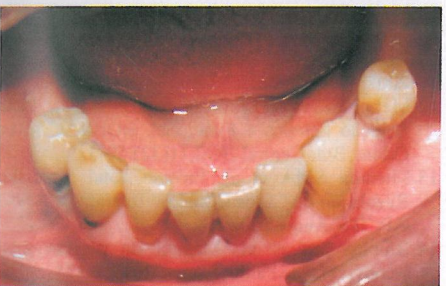


Figura 4. Vista oclusal da arcada inferior



Figura 9. Vista lateral - prova dos dentes

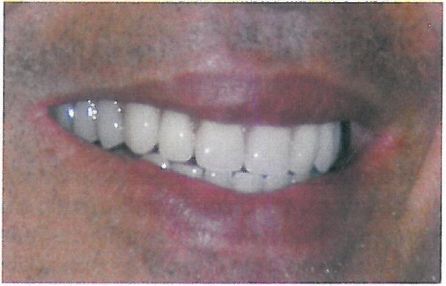


Figura 14. Próteses totais imediatas instaladas

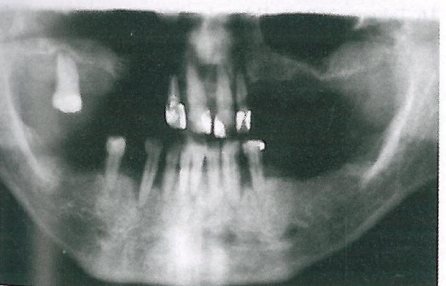


Figura 5. Radiografia panorâmica.



Figura 10. Próteses totais superior e inferior prontas

uma melhor análise do caso e estabelecer um planejamento mais adequado.

Para a obtenção dos modelos fez-se a primeira moldagem, realizada com hidrocolóide irreversível, das arcadas superior

e inferiores. Depois da obtenção dos modelos, estes foram transferidos para o articulador, em posição de RC.

Na etapa que se seguiu, foram confeccionadas moldeiras individuais, em resina

acrílica superior e inferior, tendo sido feito o alívio em cera, no modelo, na região dos dentes remanescentes a serem extraídos, com o objetivo de criar espaço para o material de moldagem. Durante a fase de moldagem, procedeu-se à realização do selamento periférico com godiva.

O material de moldagem escolhido foi o poliéster (Impregum), considerando sua boa capacidade de reproduzir detalhes e o fato de não ser um material rígido como a pasta zinco-enólica, comumente usada em moldagem funcional em prótese total, o que inviabilizaria a moldagem dos dentes anteriores, que estão sendo preservados até à instalação da prótese total imediata. A região dentada foi moldada com hidroco-

lóiide irreversível dada às mobilidades dos dentes remanescentes e possibilidade de extraí-los com a remoção do molde (Figura 6).

Com os modelos de trabalho prontos, foram feitas as bases de prova de planos de cera das duas próteses, realizou-se o acerto de planos para obtenção da dimensão vertical adequada e relação cêntrica para montagem dos modelos no articulador e posterior montagem dos dentes artificiais. Note-se que, como ainda estão preservados os dentes superiores e inferiores anteriores, a base de prova e o plano de cera não incluem essa região. Os próprios dentes do paciente servirão de parâmetro para montagem dos dentes artificiais nessa região.

A prova dos dentes, ainda montados em cera, foi realizada na próxima sessão clínica (Figuras 7, 8, e 9), sendo este o último procedimento clínico feito antes da instalação das Próteses Totais Imediatas. No laboratório de prótese, remove-se no modelo os dentes que serão extraídos, realizou-se a montagem dos dentes artificiais e providenciou-se a acrilização e acabamento final das próteses (Figura 10).

Na sessão posterior foram realizadas as extrações dos dentes remanescentes (Figura 11), e instalou-se a Prótese Total Imediata bimaxilar (Figuras 12, 13 e 14). Realizou-se, em seguida, os ajustes de assentamentos das próteses e intermaxilares iniciais.

DISCUSSÃO

É notória a satisfação do paciente por não passar pela fase desdentada e tendo em vista a possibilidade de realização das próteses imediatas pelo clínico. As principais diferenças, quando comparadas com as próteses convencionais, referem-se à presença de dentes em parte da área basal da prótese, o que modifica as fases de moldagem, prova de planos em cera, prova de dentes e instalação da mesma, fazendo-se necessário o procedimento cirúrgico de remoção deste dentes.

Quando se pensa em desvantagens, na proposição das imediatas, pode-se afirmar que a maior delas está relacionada à necessidade de reembasamentos periódicos e a possibilidade de sua substituição em raros casos nos primeiros três anos.

Outra importante consideração a ser feita é que as próteses imediatas ajudam a controlar e evitar hemorragias, protegendo a ferida cirúrgica, diminuindo os traumas,

agindo contra infecções, proporciona menos dor, maior facilidade de adaptação da prótese, fonação e mastigação melhores e supressão do colapso do sistema neuro-muscular da ATM (Marchini⁸ 2000).

Pode-se destacar, também, o custo e fases operacionais como fator importante a serem considerados, pois esse tipo de trabalho promove ótimos resultados sem representar significantes alterações ao paciente, quando comparadas com as próteses totais convencionais.

Considerando as vantagens e desvantagens das próteses totais imediatas, bem como a facilidade de sua execução técnica e a possibilidade de restabelecimento das funções do sistema estomatognático, acredita-se que as PTIs poderão ser cada dia mais utilizadas pela comodidade, conforto e estética trazidas ao paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a confecção das Próteses Totais Imediatas é simples e pode ser executada pelos profissionais desde que sejam observadas, atenta e cuidadosamente, cada passo e tenha uma boa indicação clínica proporcionando conforto, estética e bem estar aos seus pacientes.

SUMMARY

The stomatognathic system is constituted of several anatomical and functional components that are interrelated and performing different functions. One of these components are the teeth that, besides, of act, like integrant part of the system, as well as have aesthetics functions. In the edentulous cases, the patient becomes imperative the replacement teeth with artificial substitutive. Among, the treatment of several modalities can be use Immediate Total Prosthesis (ITP). The present paper aims as purpose describing a clinical case of a partial bi-maxillary toothless patients using ITP. This type of prosthesis was the option nominated in reason that all the remaining teeth they presented pledged, with accentuated bone loss and with 2 and 3 mobility degrees, therefore, without terms of conservative treatment. In a session, it was proceeded removable surgery of the remaining teeth and IPT's installation in both the arcades reestablishing the aesthetic functional balance of the stomatognathic system.

UNITERMS

Immediate complete denture, Full edentulous, Oral rehabilitation, Stomatognathic system.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa CMR, Garcia RCMR, Oliveira AF. Importância da retenção estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico. RGO 2006out/dez;54(4):374-8.
- Brandão MRF, Accetturi F, Bastos ELS. Prótese total imediata dupla. Rev Odontol UNESP 2006.35 (Número especial).
- Correa GA et al. Prótese total. São Paulo: Santos. 1996. p.133.
- Domitti SS & Consani S. Prótese total articulada com prótese parcial removível. São Paulo: Santos. 2007. p.67.
- Genovese WJ et al. Prótese total imediata :Limitações e possibilidades. Rev Odontol Metod 1981;2(1):23-6.
- Kaniff AA et al. A case presentation of maxillary immediate denture opposing a mandibular overdenture. II Dent J;1985mar/apr: 84-7.
- Lima GA & Araujo MLS. Dentaduras Completas Imediatas - Técnicas de Impressão Funcional. Rev Paul Odont 1998nov/dez;XX(6).
- Marchini L et al. Prótese Total Imediata: Considerações Clínicas. ROBRAC Rev Odont Bras Central 2000;9(27):45-9.
- Melo M, Castro AJ, Borges RN. A importância do uso dos articuladores em prótese dental. Rev Fac Odontol Anápolis 2006jul/dez;8(2):44-9.
- Melo M et al. Tratamento de paciente utilizando prótese total imediata -Relato de caso clínico. Rev do Curso de Odontologia da UniEvangélica 2007 jul/dez;9(2):101-5.
- Melo M et al. Alterações dentofaciais relacionadas à estética das próteses dentárias. Rev do Curso de Odontologia da UniEvangélica 2007jul/dez;9(2):127-32.
- Meleti VR et al. Prótese Total Imediata: Uma Solução Estética e Funcional. ROBRAC Rev Odont Bras Central 2002;11(32):50-3.
- Michida SMA et al. Prótese Total Imediata: Resolução de Casos Clínicos Interativos Rev / APCDS. André 2002.3-4.
- Ribeiro MS et al. Manual de prótese total removível. São Paulo: Santos. 2007. p.123.
- Santos O et al. Prótese Total Imediata Caracterizada. Rev Fluminense Odontol 2002;13(VI):33-6.
- Takano MP & Eduardo JVP. Prótese Total de Transição. PCL Rev Bras Prót Clín Lab 2002;20(4):433-6.
- Tamaki T. Dentaduras Completas. 4 ed. São Paulo: Sarvier, 1988. p. 217-29.
- Turano JC, Turano LM. Fundamentos de prótese total. 6 ed. São Paulo: Santos, 2002. p.568.

AUTOR RESPONSÁVEL

Mauro de Melo

Rua C-254, qd.579, lt.12/13,Res. Constança, apto.1202 - Nova Suíça Goiânia-Go CEP: 74.280-180

Fones: (62) 3259-5667/Fax:387-1819

Email: maurodemelo2005@hotmail.com

Recebido para publicação: 25/09/2008

Aceito para publicação: 15/11/2008