
Reabilitação com próteses totais mucossuportadas
Rehab with mucossuported total prosthesis

BÁRBARA ALUÁ PEREIRA DA SILVA¹
CARLOS ROBERTO TEIXEIRA RODRIGUES²
ORLANDO ISOLANI NETO³
SERGIO HENRIQUE DIAS DE CASTRO³

RESUMO: A reabilitação de um paciente edêntulo total com prótese não dá apenas a função novamente ao paciente, mas também pode trazer de volta a socialização do mesmo, pois melhora muito sua auto estima, até mesmo porque a maioria das pessoas não aceita mais a idéia de permanecerem sem dente. Este trabalho é um relato de caso clínico que tem por objetivo descrever os passos clínicos da confecção de uma prótese total onde, com isso, pode-se concluir que seguindo corretamente esses passos e tendo um bom planejamento da prótese obteve-se a satisfação do paciente quanto à estética e função de sua reabilitação.

Palavras-chave: Dentadura; Prótese total; Reabilitação bucal.

ABSTRACT: The rehabilitation of an edentulous patient with complete denture function not only gives back to the patient, but can also bring back the socialization of it, because it improves their self esteem too, even because most people no longer accept the idea of remaining without tooth. This paper is a case report that aims to describe the steps of making a clinical denture where with this, we can conclude that followed these steps correctly and with good planning the prosthesis was obtained patient satisfaction about the aesthetics and function of their rehabilitation.

Key-words: Denture; Total prosthesis; Oral Rehabilitation.

¹Graduanda em Odontologia pela Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

²Professor do Centro de Ciência de Saúde do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

³Professores do Centro de Ciência de Saúde do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Apesar da evolução da odontologia ainda existem pacientes edêntulos que necessitam de uma reabilitação protética, pois não aceitam mais a ideia de permanecerem desdentados devido aos padrões de estética aceitos pela sociedade. A instalação de uma prótese total requer muita habilidade do profissional, porque esta trás novamente a função, estética e conforto ao paciente.

A reabilitação bucal com a prótese total não devolve apenas os dentes aos pacientes, mas também a dimensão vertical que influencia na fonética, na deglutição e no perfil do paciente., por esse motivo há algum tempo erros eram cometidos frequentemente por não realizarem uma anamnese adequada, pois pacientes que precisavam de reabilitação total não eram analisados profundamente, porque era visado apenas a função mastigatória (CORREIA, 2008).

Com o surgimento de novos materiais odontológicos tornou-se mais prático a realização dos passos clínicos de uma prótese, mas não se pode esquecer que uma boa anamnese e exame clínico são importantíssimos para iniciar o tratamento, mesmo sem a presença dos dentes, pois é onde o profissional compreende as dúvidas, os hábitos e as intenções dos pacientes (COSTA et al., 2012).

Para que o paciente possa manter a sua saúde bucal e a qualidade de sua prótese o profissional deve orientá-lo em relação à higienização da prótese e de seu meio bucal, evitando assim a aderência de bactérias e formação de cálculos (KAZUO et al., 2008).

As próteses devem ser muito bem adaptadas devido o fato de, se não estiverem, podem causar injúrias ao paciente, trazendo desconforto, hipertrofias fibrosas, lesões aos tecidos e problemas na ATM. Por isso o paciente deve retornar ao consultório do dentista para revisões.

A instalação de uma prótese requer paciência e a compreensão de ambas as partes, pois é um período de adaptação onde se encontrada dificuldade o paciente deve ser orientado para esclarecer qualquer duvida para que não haja desmotivação do mesmo.

Este trabalho visa relatar um caso clínico onde foi confeccionada uma prótese total, tendo assim por objetivo descrever as etapas clínicas da mesma.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino S. M. S. M. S. 53 anos procurou a Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Severino Sombra – Vassouras-RJ, com a intenção de melhorar sua estética. Esta paciente assinou o termo de livre consentimento esclarecido, autorizando a realização do tratamento e fotografias para a documentação do caso clínico.

Foi realizada uma anamnese e exame clínico onde se constatou que a paciente já utilizava uma prótese superior e era desdentada total inferior e não possuía prótese. Já estava nessa condição a mais ou menos três anos, mas não havia perdido sua dimensão vertical de oclusão. (Figura 1)



Figura 1 - Condição inicial da paciente

Então foi sugerido à paciente a confecção de nova prótese superior e uma inferior. Iniciou-se o procedimento com a seleção das moldeiras de estoque para desdentados e então realizada a moldagem anatômica com silicone de condensação (Speedex Light – Body). (Figuras 2, 3, 4 e 5)

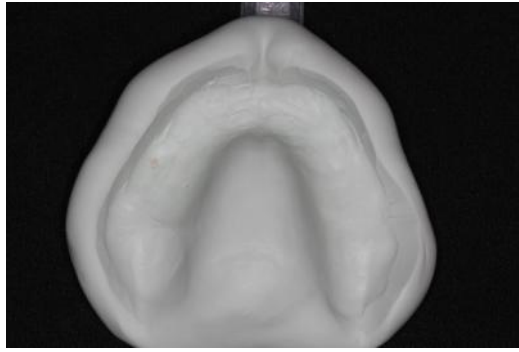


Figura 2 - Moldagem com pasta pesada de silicone de condensação superior

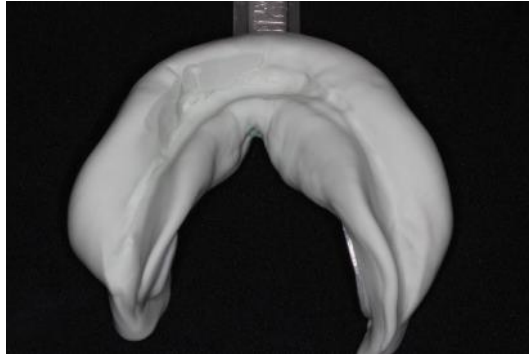


Figura 3 - Moldagem com pasta pesada de silicone de condensação inferior

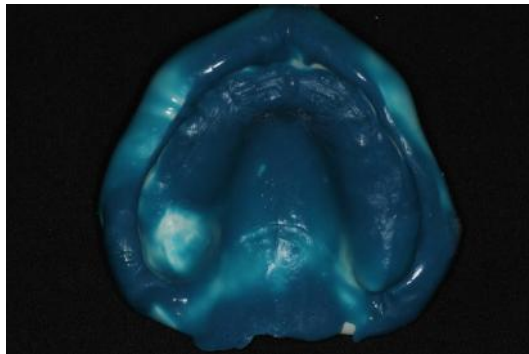


Figura 4 - Moldagem com pasta leve de silicone de condensação superior

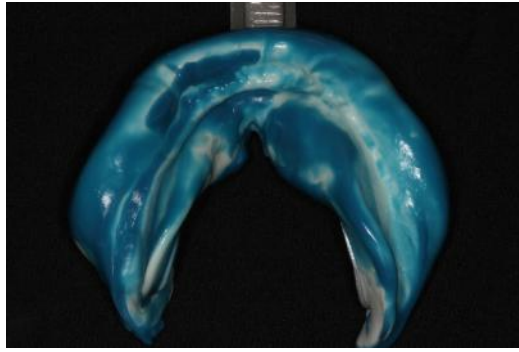


Figura 5 - Moldagem com pasta leve de silicone de condensação inferior

Com os modelos anatômicos obtidos, foram confeccionadas as moldeiras individuais em acrílico incolor e autopolimerizável. (Figuras 6, 7 e 8)

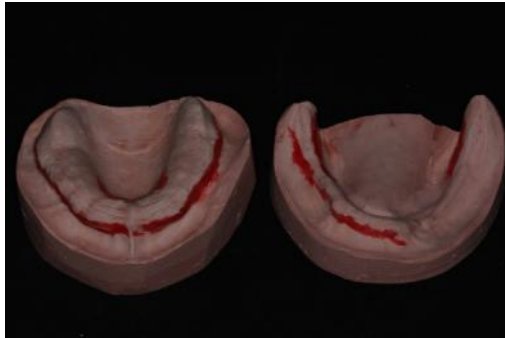


Figura 6 - Modelos anatômicos superior e inferior

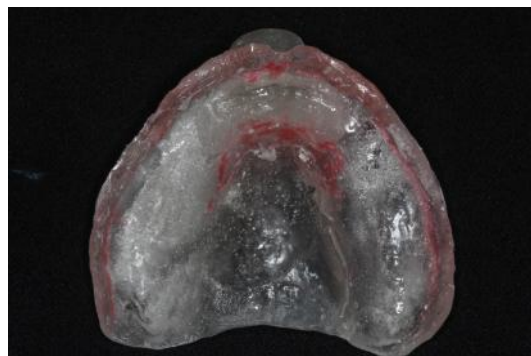


Figura 7 - Moldeira individual superior

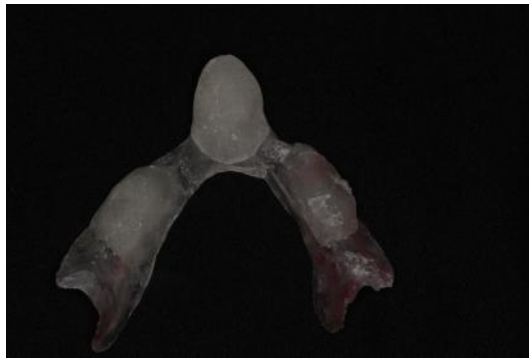


Figura 8 - Moldeira individual inferior

Após as provas das moldeiras, realizou-se o selamento periférico com godiva de baixa fusão (Godiva Exata em Bastões – DFL) e depois executou-se a moldagem funcional com pasta zinco eugenólica (Pasta de Impressão LS – Vigodent) e silicona de adição (Adsil Putty Soft). A moldagem superior foi feita apenas com a silicone de adição devido a retenção que a paciente possuía por causa de uma tábua óssea espessa. (Figuras 9, 10, 11, 12 e 13)

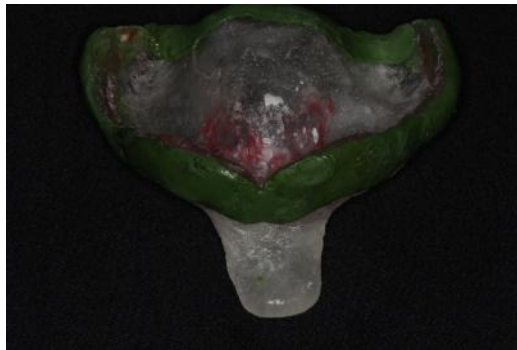


Figura 9 - Correção de bordo superior



Figura 10 - Correção de bordo inferior

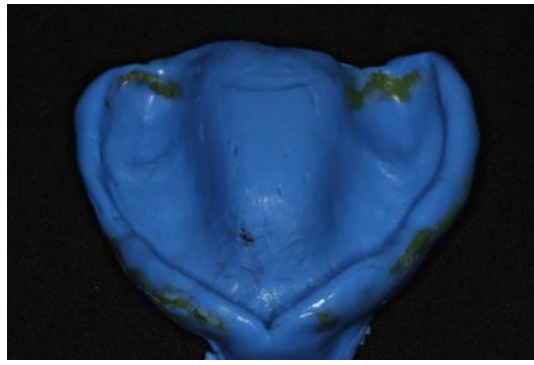


Figura 11 - Moldagem funcional com silicone de adição, superior



Figura 12 - Moldagem funcional com pasta zinco enólica, material elementar

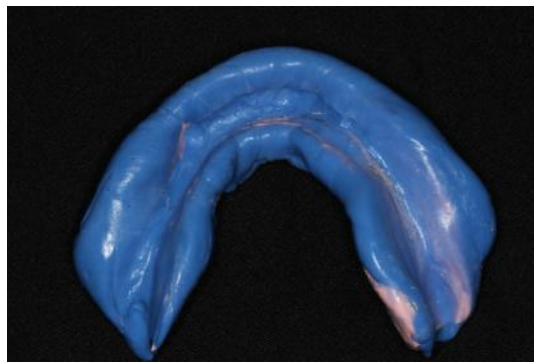


Figura 13 - Moldagem funcional com silicone de adição, material complementar

Obteve-se os modelos funcionais e através deles as bases de prova de resina acrílica autopolimerizável e planos de orientação em cera sete (Newmax Technew). Delimitou-se então a dimensão vertical, linha média, linha de sorriso e distância entre os caninos. (Figuras 14 e 15)



Figura 14 - Plano de orientação em cera seta, superior

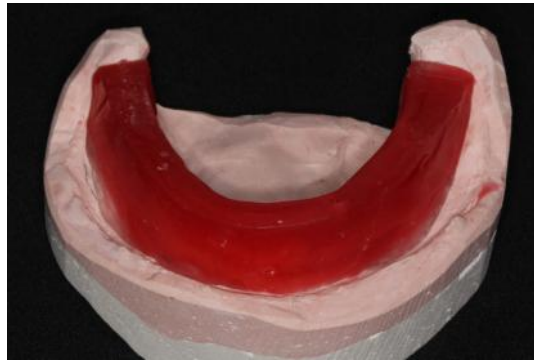


Figura 15 - Plano de orientação em cera seta, inferior

Executou-se a apreensão dos planos de orientação superior e inferior para que fossem montados no articulador semiajustável e enviados para o técnico em prótese dentária. (Figura 16)



Figura 16 - Apreensão dos modelos para montagem em articulador

Com os dentes montados em cera foi realizada uma prova para verificar as dimensões e delimitações das próteses e depois enviadas novamente ao protético para realizar a acrilização.

Na semana seguinte com as próteses acrilizadas foram feitos ajustes e então instaladas as próteses. Depois de um mês foi feita uma revisão onde foram removidas áreas que estavam incomodando e após quatro meses a paciente retornou a clínica para uma consulta de manutenção e verificou-se que as próteses estavam em perfeito estado e a paciente muito satisfeita. (Figura 17)



Figura 17 - Sorriso final após 4 meses

DISCUSSÃO

Lesões são causadas nos tecidos moles dos pacientes devido à má adaptação das próteses. Os autores concordam que as próteses neste estado tornam mais fáceis a aderência e ação dos microrganismos levando desconforto aos pacientes e provocando o surgimento de doenças nos mesmos Gomes (1999), Eduardo (2003), Falcão (2004). O presente trabalho concorda com isso devido o fato de a adaptação da prótese ser primordial para o bem estar do paciente.

Paes Junior (2004), Goyatá (2009) ambos os autores concordam que a anamnese e o exame clínico são passos importantes para a iniciação do tratamento reabilitador. Neste trabalho, também foram ressaltados esses passos clínicos como iniciantes e primordiais para o tratamento.

A manutenção da prótese não depende apenas de propriedades mecânicas, mas também da saúde biológica do paciente, então autores ressaltam que a orientação aos pacientes a respeito de higiene das próteses e do meio bucal é primordial para a manutenção das próteses e do mesmo Leles (1999), Castro Junior (2006), Almeida Junior (2006), Kazuo (2008), Neppelenbroek (2008), Jon (2011). Neste trabalho é

ênfatisada a orientação ao paciente para evitar o surgimento de lesões aos tecidos.

Uma boa moldagem é fundamental para a adaptação das próteses. Santos (2000) aplicou uma nova técnica que contradisse este trabalho, pois ele realizou a moldagem anatômica com alginato o que pode não adquirir uma cópia fiel da boca do paciente, já Magri (2000) realizou a moldagem anatômica e funcional da mesma maneira em que foram feitas no presente trabalho.

A estética é um dos motivos que é mais presente nas consultas odontológicas e a prótese total reabilita todos os dentes do paciente, além de devolver suas dimensões. Por isso, profissionais devem ter conhecimentos específicos para a confecção da prótese para que se tenha uma boa adaptação e estabilidade. Autores concordam que os passos clínicos e laboratoriais devem ser seguidos corretamente Magri (2000), Paes Junior (2004), Genari Filho (2005), Reis (2007), Barbosa (2008), Goyatá (2009), Jon (2011). Neste trabalho foram relatados os passos clínicos da confecção de próteses totais, demonstrando a importância de segui-los corretamente para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que seguindo corretamente os passos clínicos para realização da reabilitação protética, pôde-se adquirir o sucesso da mesma, trazendo satisfação ao paciente a respeito de sua função mastigatória e sua estética.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA JUNIOR, A.A. et al. Avaliação de hábitos de higiene bucal em portadores de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. **Rev Comum Ciênc Saúde** v. 17, n. 4, p. 283-9, 2006.

ANUSAVICE, K.J. **Phillips materiais dentários**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.16 – 17, 1998.

ASSUNÇÃO, W.G. et al. Influência das Estruturas Anatômicas Orofaciais nas Próteses Totais. **Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr** v.8, n. 2, p.251-7, 2008.

BARBOSA, D.B. et al. Instalação de prótese total: uma revisão. **Rev de Odontologia da UNESP** v.35, n. 1, p.53-60, 2006.

CASTRO JUNIOR, O.V.; CARVALHO, M.M.; KOBAYASHI, A.S. Nível de conhecimento de pacientes portadores de próteses totais sobre os cuidados posteriores a

instalação. **Rev Ibero Americana de Prótese clínica & laboratorial** v.8, n.39, p. 37-42, 2006.

CASTRO JUNIOR, O.V. Padronização de modelos de prótese total. **Rev da APDESP** Edição 134, 2007.

CHACCUR, D. et al. Análise crítica das construções protéticas, fixas e removíveis, sobre implantes em pacientes edentados. **Rev de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.22, n.3, p. 240-6, 2010.

COMPAGNONI, M.A. et al. Efeito do ciclo de polimerização sobre a rugosidade superficial de resina acrílica polimerizada por micro-ondas. **Rev Odontol UNESP**, v. 34, n.2, p. 101-6, 2005.

CORRÊA, G.A. **Prótese total passo a passo**. 8.ed. São Paulo: Santos. 2008. cap. 1, p. 1-15.

COSTA, S.C.; REBOLLAL, J.; BRAZ, D.B.U. **Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas**. São Paulo: Napoleão, 2012. Cap. 1; p. 248-266

EDUARDO, J.V.P.; HAYPEK, P.; MACHADO, M.S.S. Cirurgia pré-protética utilizando laser de diodo associada à reembasamento com condicionador de tecidos: relato de caso clínico. **Rev Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, v.5, n.27, p.396-401, 2003.

FALCÃO, A.F.P.; SANTOS, L.B.; SAMPAIO, N.M. Candidíase associada a próteses dentárias. **Rev Sientibus**, n.30, p.135-46, 2004.

GENARI FILHO, H. Requisitos Funcionais e Físicos em Próteses totais. **Rev .Odontológica de Araçatuba**, v.26, n.1, p. 36-43, 2005.

GOMES, T. et al. Técnica de reparo em prótese total fraturada. **Rev Odontol Univ Santo Amaro**, v. 4, n. 2, p. 59-61, 1999.

GOYATÁ, F.R. et al. Prótese total: função e estética: relato de caso clínico. **Rev Dental Science Clínica e Pesquisa Integrada**, v. 3, n. 10, p. 150-56, 2009.

KAZUO, S.D. et al. Higienização em Prótese Parcial Removível. **Rev Odontol Unidcid SP** v. 20, n. 2, p. 168-64, 2008.

LANDA, F.V. et al. Influência da aplicação do glaze na rugosidade superficial de três materiais reembasadores. **Rev Int J Dent** v. 8, n.3, p.124-127, 2009.

LELES, C.R. et al. Estudo retrospectivo dos fatores associados à longevidade de próteses totais. Parte II – Tempo de uso e estimativa de Durabilidade. **Rev Fac Odontol São José dos Campos** v. 2, n.2, p.1-8, 1999.

MAGRI, D.A.W.; GOMES, F.L.; GOMES, T. Prótese Total em Três Sessões Clínicas: Uma Alternativa Inovadora. **Rev Estética** v.1, n. 2, p.161-6, 2000.

NEPPELONBROEK, K.H. et al. Aderência de Microorganismo em materiais para base de protese. **Rev Odontol Univcid SP**, v.21, n.2. , p.126-36, 2008.

PAES JUNIOR, T.J.A. et al. Análise da Dimensão Vertical de Repouso em Indivíduos Usuários de Próteses Totais Mucossuportadas. **Rev Odontol de Araçatuba**, v.25, n.1, p. 22-7, 2004.

PERO, A.C. et al. Influência da polimerização por meio de energia de microondas sobre a porosidade interna de bases de resina acrílica de prótese total. **Rev Cienc Odontol Bras**, v. 9, n. 4, p. 76-83, 2006.

REIS, J.M.S.N. et al. Moldagem em prótese total: uma revisão da literatura. **Rev RFO**, v. 12, n. 1, p. 70-4, 2007.

SANTOS, O. et al. Prótese total imediata caracterizada. **Rev Fluminense de Odontologia**, v.6, n.13, p.33-6, 2000.

SANTOS, M.E.S.M.; COSTA, W.R.M.; SILVA NETO, J.C. Terapêutica cirúrgica da hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso. **Rev Cirurgia Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v.4, n.4, p. 241-245, 2004.

SILVA, R.J. et al. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente: relato de caso clínico. **Rev Int J Dent**, v. 7, n.3, p.190-4, 2008.

Enviado em: novembro de 2012.

Revisado e Aceito: novembro de 2012.