

Prótese total imediata bimaxilar: caso clínico

Immediate bimaxillary complete-arch prosthesis: case report

Thomaz Willy Hespanhol¹
Ana Paula Terossi de Godoi¹
William Custodio¹
Vinicius Cappo Bianco¹

Correspondência: viniciusbianco79@hotmail.com
Submetido: 08/03/2018 Aceito: 14/06/2018

Resumo

O objetivo desse trabalho foi demonstrar as etapas do tratamento clínico com próteses totais imediatas bimaxilares. Uma paciente da Clínica Odontológica Integrada de Uniararas que apresentava indicações para o tratamento com próteses totais imediatas foi selecionada. O exame clínico consistiu em anamnese, exame físico e avaliação radiográfica. Durante a anamnese, a paciente não relatou doenças sistêmicas. No exame físico intraoral foi notado colapso oclusal associado à doença periodontal. Além disso, o exame físico extraoral revelou diminuição da dimensão vertical oclusal e perda fisionômica estética devido à vestibularização dos incisivos maxilares. O exame radiográfico periapical intraoral mostrou perda óssea generalizada. O plano de tratamento consistiu na moldagem inicial para a construção de moldeiras individuais superiores e inferiores. Após a moldagem funcional, os planos de orientação parciais foram utilizados para o registro da relação maxilar e a cor do dente foi selecionada. Posteriormente, realizou-se a prova funcional e estética das próteses e depois seu procedimento de acrilização. Assim, as próteses completas foram colocadas imediatamente após a remoção dos dentes naturais remanescentes. A paciente foi submetida a controles até o ajuste final dos aparelhos. Conclui-se que os passos clínicos para a construção de dentaduras completas imediatas devem ser respeitados e etapas como as moldagens finais e a prova funcional e estética não devem ser suprimidas. Esta observância aumenta a previsibilidade estética e funcional dos aparelhos protéticos.

Palavras-chave: Prótese total imediata; Reabilitação bucal; Cirurgia bucal.

Abstract

This study demonstrates the clinical treatment steps in the bimaxillary immediate complete-arch prosthesis procedure. This case report is based on a patient from the Integrated Dental Clinic of Uniararas who was indicated for the treatment of an immediate complete-arch prosthesis. The clinical examination consisted of an anamnesis, physical examination, and radiographic evaluation. During the anamnesis, the patient reported no systemic diseases. Occlusal collapse associated with periodontal disease was diagnosed after the oral examination. Moreover, the extra-oral physical examination revealed a diminished occlusal vertical dimension and aesthetic physiognomic loss due to proclination of the maxillary incisors. A periapical intraoral radiographic examination showed generalized bone loss. The treatment plan consisted of a preliminary impression for the construction of upper and lower custom trays. After the final molding, the partial base plates with their respective occlusion rims were used to record the jaw relations, and tooth color was selected. Subsequently, the functional and aesthetic try in of the prostheses was carried out, followed by their flasking procedure. Finally, the complete-arch prostheses were placed immediately after removal of the remaining natural teeth. The patient underwent controls until the final adjustment of the appliances had been completed. This study shows that the clinical pathway to constructing immediate complete-arch prostheses must be respected and that steps such as the final impressions and the try in stage should not be suppressed. This observance increases the aesthetic and functional predictability of prosthetic appliances.

Key words: Immediate complete-arch prosthesis; Mouth rehabilitation; Surgery.

¹ Fundação Hermínio Ometto- UNIARARAS, Araras-SP, Brasil.

Introdução

Com a evolução dos tratamentos e materiais, a Odontologia tornou-se gradativamente mais conservadora tendo como objetivo preservar os elementos dentais e suas estruturas de suporte. No entanto, segundo SB Brasil[1], indivíduos de 35 a 44 anos têm em média 16 dentes perdidos, 32% de bolsas profundas e em torno de 10% desses pacientes necessitam de prótese total, na faixa etária de 65 a 74 esse índice aumenta para 66%. Em muitos casos, devido à condição periodontal, qualidade dos dentes remanescentes, oclusão e estética é indicada a exodontia de todos os elementos dentários. Assim, a transição da condição de dentado para edêntulo se torna o fator principal para a indicação das próteses totais imediatas tendo em vista também os aspectos sociais [2,3].

Uma das vantagens da instalação dos aparelhos protéticos logo após a cirurgia de exodontia é a diminuição do trauma do paciente, restaurando principalmente a estética e função [4]. Com relação às desvantagens, podemos citar a quantidade de ajustes, cuidados pós-operatórios, números de reembases e dessa forma um maior número de visitas ao dentista [5]. As contraindicações estão relacionadas a periodontopatias avançadas, pacientes cujo os estados psíquico e físico não são compatíveis a procedimentos cirúrgicos invasivos, alterações patológicas que necessitem grande remoção de tecido, falta de cooperação e concordância do paciente [6].

Além do conhecimento das indicações e contraindicações para o tratamento com próteses totais imediatas é importante também compreender o planejamento prévio ao mesmo, visando alcançar quesitos estéticos e funcionais para oferecer ao paciente melhor resultado possível. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico com intuito de mostrar de forma simples os passos prévios à cirurgia, assim como a instalação das próteses e seus cuidados pós-operatórios.

Relato de caso

Após a seleção da paciente, a mesma foi orientada sobre os riscos e benefícios do tratamento, bem como sobre o uso dos dados e imagens para confecção de material didático e para dar continuidade ao tratamento assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 52695315.5.0000.5385). Nesse momento é importante frisar o caráter provisório dos aparelhos protéticos tendo em vista que após a cirurgia haverá uma remodelação tecidual.

A paciente era do gênero feminino, 57 anos e compareceu à Clínica Integrada da Fundação Hermínio Ometto – Uniararas, Araras – SP para tratamento reabilitador. No exame físico intrabucaal foi notado colapso oclusal pela falta dos dentes posteriores superiores e inferiores, doença periodontal crônica severa generalizada (confirmada pelo exame radiográfico – Figura 1) mobilidade grau III e trauma oclusal. No exame físico extra oral foi observada diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) e vestibularização dos dentes anteriores superiores (Figura 2) que gerava um desconforto estético para a paciente.

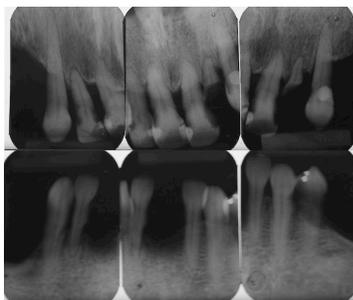


Figura 1 - Aspecto radiográfico dos dentes remanescentes, notar perda óssea generalizada causada por doença periodontal crônica



Figura 2 - Aspecto inicial da paciente, vestibularização dos incisivos superiores prejudicando aspecto estético

Devido à condição periodontal dos elementos dentais remanescentes a confecção de uma prótese parcial removível foi contraindicada. Além disso, a paciente expressou sua vontade de não ficar sem os dentes devido à estética e ao seu convívio social. Dessa forma foi indicada a exodontia de todos os dentes remanescentes e a confecção de prótese total imediata bimaxilar.

O primeiro passo para o tratamento foi realizar uma moldagem inicial para estudo. O material utilizado para esse procedimento foi alginato (Hydrogum 5 - Zhermack) no momento da moldagem do arco superior foi notada a dificuldade de realizar o procedimento devido à vestibularização dos dentes anteriores superiores. Dessa forma foi decidido confeccionar uma moldeira individual para realizar a moldagem funcional de ambas as arcadas.

A moldeira individual foi ajustada na boca removendo excessos e interferências. Com godiva de baixa fusão ainda plastificada foi realizada a moldagem do selado periférico (flancos direito e esquerdo) e do limite posterior. Para moldagem dos dentes e área edêntula foram utilizados dois materiais, para a área edêntula foi utilizada pasta zincoeogénica (Lysanda Produtos Odontológicos) e para a moldagem da região dos dentes foi utilizado alginato (Hydrogum 5) (Figura 3). Para a confecção do modelo de trabalho foi utilizado gesso especial (Durone - Dentsply). E sobre esse modelo foi confeccionada uma base de prova de resina acrílica (Jet Clássico) e plano de cera (Lysanda Produtos Odontológicos) parcial para realizar o relacionamento maxilo-mandibular.



Figura 3 - Moldagem de trabalho, parte dentada com alginato (Hidrogum 5) área edêntula com pasta ZOE e godiva de alta fusão para moldagem do fundo de sulco

Para o registro intermaxilar, foram utilizados os mesmos conceitos referentes às próteses totais convencionais, o paciente deve estar sentado verticalmente, e com o auxílio do compasso de Willis, obtém-se a DVO a partir da Dimensão Vertical de Repouso (DVR), com a seguinte equação $DVO = DVR - 3 \text{ mm}$ (Espaço Funcional Livre – EFL), no caso da paciente obteve-se $DVR = 63 \text{ mm}$ menos 3 mm do EFL determinando uma DVO de 60 mm . Para o relacionamento maxilo-mandibular horizontal foi utilizada a posição de Relação Cêntrica com o auxílio dos planos de orientação superior e inferior (Figura 4). Na sequência os modelos foram montados em Articulador Semi Ajustável (A.S.A.) com o uso do arco facial foi montado o modelo superior e através do registro o inferior (A7 Plus, Bioart).



Figura 4 - Relacionamento maxilo-mandibular com planos de orientação parciais

O Articulador foi enviado ao laboratório para montagem dos dentes posteriores, a cor dos dentes artificiais escolhida foi 66 (Escala VIPI) (Figura 5). Posteriormente foi realizada a prova dos dentes na paciente, dessa forma, alguns requisitos significativos foram analisados, dentre eles: mecânicos, funcionais, estéticos e fonéticos (Figura 6). Nessa sessão é importante avaliar a adaptação da base de prova, exame da oclusão e aspecto fisionômico dos dentes [7]. Com a aprovação da paciente as bases de provas com os dentes posteriores montados foram enviadas para o laboratório. Antes da finalização foi realizada cirurgia nos modelos de gesso – para remoção dos dentes que seriam extraídos – procedendo assim à montagem dos dentes restantes e acrilização (Figura 7).



Figura 5 - Montagem dos dentes em articulador semi ajustável



Figura 6 - Prova dos dentes



Figura 7 - Próteses acrilizadas antes da desinfecção

A cirurgia de extração múltipla foi criteriosamente realizada de acordo com o planejado nas etapas clínicas e laboratoriais anteriores. Em relação à anestesia local, os dados obtidos na anamnese foram verificados com o objetivo de escolher o sal anestésico e vasoconstritor mais apropriado à paciente.

No que diz respeito à cirurgia, é de suma importância que seja feita com o mínimo de dano possível ao tecido remanescente [8]. Antes da anestesia foi realizada a assepsia intraoral com clorexidina 0,12% e extra oral com clorexidina 2%. Para a anestesia aplicou-se anestésico tópico nas regiões onde seria puncionada a agulha. Os anestésicos utilizados foram mepivacaína 2% com vasoconstritor e prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI.

Com o efeito anestésico desejado, executou-se o descolamento das papilas com sindesmótomo e posterior compressão do local com gaze estéril para fins hemostáticos locais. Para as exodontias, foram utilizados fórceps e alavancas preconizados pela clínica odontológica da FHO. Após a remoção dos elementos dentais, executou-se irrigação do alvéolo com soro fisiológico, removeu-se algumas espículas ósseas (com lima de osso e alveolótomo) e por fim, sutura compatível.

Em seguida das exodontias, realizou-se a instalação da Prótese Total Imediata (Figura 8) nesse momento é importante observar oclusão, estabilidade da prótese e áreas de compressão da mucosa [9]. Após o procedimento cirúrgico, realizou-se um reembasamento com material resiliente (Soft Comfort, Dencril), com o objetivo de melhorar a adaptação da prótese e dar mais conforto ao paciente.



Figura 8 - Próteses instaladas após a cirurgia de exodontias múltiplas

A medicação pós-operatória foi amoxicilina 500 mg (8 em 8 horas por 7 dias), nimesulida 100 mg (12 em 12 horas por 3 dias) e dipirona sódica 500 mg (6 em 6 horas por 3 dias). As recomendações relevantes aos cuidados pós-operatórios foram realizadas por escrito, contendo instruções como manutenção da prótese por 24 horas, alimentação líquida e fria, não fumar, não praticar atividades físicas, não se expor ao sol, manter repouso e aplicar bolsas de gelo nos dois primeiros dias. Após sete dias foi realizada a remoção das suturas, um novo embase com material soft foi realizado, bem como ajustes para a remoção de áreas da prótese que estavam causando danos à mucosa subjacente. Além dessa primeira sessão de controle foram realizadas mais duas onde se observou a cicatrização da ferida cirúrgica. Procederam novos ajustes nas regiões de selado periférico e

posterior da prótese superior para melhorar a retenção do aparelho e na prótese inferior foram realizados ajustes na região da linha oblíqua interna devido a traumas na mucosa causados pela base de resina. Após a finalização dos controles a paciente recebeu alta parcial e foi orientada a comparecer à clínica após seis meses para a confecção das próteses totais definitivas.

Discussão

A prótese total imediata quando confeccionada de forma correta e respeitando as etapas do tratamento possui inúmeras vantagens que estão relacionadas ao conforto do paciente, entre elas estão a fonação, alimentação, participação em atividades sociais e principalmente a diminuição do trauma decorrente da transição da perda dos dentes naturais que serão substituídos pelos artificiais [2,5,6,8,10,11].

Os pacientes que realizam esse tipo de tratamento apresentam melhor cicatrização do tecido ósseo e da fibromucosa, pois a prótese total imediata propicia melhor adaptação tecidual pós exodontias, protegendo do trauma, impedindo possíveis infecções e diminuindo a hemorragia pós cirurgia [2, 5, 8, 11]. Em acréscimo há uma incitação à osteogênese que diminui a atividade osteoclástica, beneficiando a cicatrização do tecido [12]. As próteses totais imediatas favorecem a manutenção da dimensão vertical de oclusão, impedindo o colapso labial, alterações nas bochechas e degeneração da musculatura do local [6,12]. Além disso, os pacientes não desenvolvem hábitos parafuncionais decorrentes da ausência dental o que poderia motivar a intolerância à prótese total definitiva [8,10].

No entanto um fator que deve ser considerado antes da indicação desse tratamento é o desconforto do paciente devido ao procedimento cirúrgico de extrações e instalação das próteses totais [8]. Podemos citar também como desvantagem o custo, pois há a necessidade da confecção de uma nova prótese total após o período de cicatrização e remodelação tecidual [5,8,12]. Outro aspecto a ser considerado é a necessidade de um maior número de consultas, pós cirurgia, para os ajustes das próteses [5,8,10,12].

A prótese total imediata pode ser indicada para diferentes casos em que a necessidade da exodontia de todos os dentes, principalmente naqueles em que fatores psicossociais estão associados [8]. As indicações também podem estar relacionadas com a idade e saúde geral do paciente e falta de coordenação motora que pode dificultar a higiene. As contraindicações mais comuns são devido a problemas sistêmicos como diabetes descompensada, hemofilia e em pacientes submetidos à radioterapia, em que a exodontia pode induzir à osteorradionecrose [4,8,13]. Devem ser consideradas também presença de tórus, inserções musculares e mucosas hiperplásicas [13]. Além disso, a habilidade do profissional é um quesito importante para realização do tratamento tendo em vista que esse tipo de reabilitação requer experiência e conhecimentos tanto cirúrgicos quanto protéticos e o profissional deve ter ciência da importância do planejamento para o sucesso do caso respeitando os passos clínicos [4,14].

Com relação ao pós-operatório é importante que o profissional fique atento a pontos de compressões excessivas nas regiões de freios, bridas, fundo de vestibulo e da área chapeável, se for notado algum trauma ou ulcerações nessas áreas é indicado realizar o ajuste através do desgaste da prótese [6]. É indispensável checar a estabilidade e retenção dos aparelhos protéticos, assim como a oclusão. Esses fatores vão ter influência direta no conforto do paciente com relação a sua nova condição. Para sanar a falta de estabilidade e desconforto do paciente é indicado reembasar a prótese com material resiliente [4].

Finalizando, a escolha do tratamento de extração de todos os dentes de uma arcada, ou de ambas, para a instalação de uma prótese total imediata convencional é uma decisão que deve ser avaliada tanto pelo profissional quanto pelo paciente. É importante que a indicação para as exodontias esteja clara e que haja ciência do paciente sobre outras opções de tratamento, bem

como suas vantagens e desvantagens. No caso em que o paciente optar pelo tratamento com próteses totais imediatas é imprescindível que o cirurgião-dentista explique as fases do mesmo, principalmente tempo entre uma etapa e outra, gastos, possíveis desconfortos e dificuldades que são inerentes a esse tipo de reabilitação. O profissional deve seguir com o procedimento somente com a anuência do paciente e com seu compromisso de adesão ao tratamento. Procedendo dessa forma minimizam-se os problemas de cunho interpessoal entre paciente e profissional.

Conclusão

A prótese total imediata é uma possibilidade viável para reabilitação oral de pacientes que têm necessidade de exodontia de todos os elementos dentários. No entanto é imprescindível que haja respeito das fases do tratamento para se alcançar o sucesso nesse procedimento.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Brasília; 2012. 116 p.
2. Corrêa GA. Prótese total – Passo a passo. São Paulo: Santos; 2008.
3. Santos JCA, Silva JD, Haddad MF. Reabilitação com prótese total imediata, relato de caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba 2015;36(2):24-8.
4. Telles D. Prótese total – Convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2011.
5. Turano JC, Turano LM. Fundamentos da prótese total. 7. ed. São Paulo: Santos; 2004.
6. Cerveira Netto H. Prótese total imediata. 1. ed. São Paulo: Pancast Editorial; 1987.
7. Goiato MC, Nobrega AS, Gennari Filho H, Dos Santos DM. Prova estética e funcional – uma decisão em conjunto. Revista Odontológica de Araçatuba 2014;35(2):09-14.
8. Seals RR, Kuebker WA, Stewart KL. Immediate Complete Dentures. Dental Clinics of North America 1994;40(1):151-67.
9. Jonkman REG, Van Waas MAJ, Kalk W. Satisfaction with complete immediate dentures and complete immediate overdentures. A 1 year survey. Journal of Oral Rehabilitation 1995;22:791-6.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1995.tb00224.x>
10. Tamaki T. Dentaduras completas. 4. ed. São Paulo: Sarvier; 1983.
11. Chaves Junior AC, Panarello AF, Fedeli Junior, A, Pagnoncelli RM, Beltrão GC. Exodontias múltiplas e reabilitação imediata: considerações clínicas. JBC Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica 2003;7(40):282-5.
12. Marchini L, Jarbas FFS, Cunha VPP. Prótese total imediata: considerações clínicas. Revista Robrac 2000;9(7):45-9.
13. Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. Revista Odontológica de Araçatuba 2006;27(1):67-72.
14. Bastos ELS, Accetturi F, Camargo DC. Reabilitação oral com prótese total imediata dupla – Relato de caso clínico. Revista Paulista de Odontologia 2010;32(2):29-32.