

Sobredentadura Maxilar Dento-Suportada. Caso Clínico de um Paciente com Hemiparesia Facial.

José Manuel Mendes*, António Correia Pinto**

Resumo: As sobredentaduras são uma das possibilidades de reabilitação protética, tendo em vista a estabilidade e a retenção. Muitas vezes os Médicos Dentistas são confrontados com a extracção de dentes devido à destruição das coroas dentárias, não estando porém indicados para pilares de prótese removível ou pilares de prótese fixa, podem, no entanto, ser aconselhados para pilares de sobredentaduras. Este tipo de prótese poderá ser a eleita como alternativa prioritária à prótese total. Neste artigo descreve-se sumariamente as indicações das sobredentaduras dento-suportadas, assente num caso clínico com a execução duma sobredentadura dento-suportada de uma paciente com hemiparesia facial.

Palavras-Chave: Sobredentaduras; Próteses dento-suportadas; Attachment

Abstract: The overdentures are one of the possibilities of prosthetic rehabilitation in terms of stability and retention. Most of the times the Dentists are confronted with teeth extraction due to crowns destruction, not being by itself suitable for pillars of removable or fixed prosthesis, could be advised for overdentures pillars. This kind of prosthetic rehabilitation can be chosen as alternative to total removable prosthesis. In this paper is described the teeth-supported indications, together with a clinical presentation of a patient with facial hemiparesia.

Key-words: Overdentures; Teeth supported overdentures; Attachment

(Mendes JM, Pinto AC. Sobredentadura maxilar dento-suportada Caso clínico de um paciente com hemiparesia facial. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2004;45:169-175)

* Médico Dentista; Estudos Avançados em Ortodontia pela Universidade Barcelona; Aluno de Doutoramento da Universidade Barcelona; Assistente de Prótese Removível do ISCSN

** Médico Dentista; Estudos Avançados em Ortodontia pela Universidade Barcelona; Aluno de Doutoramento da Universidade Barcelona; Regente de Prótese Removível do ISCSN

INTRODUÇÃO

A retenção em Prótese Removível é um dos factores mais importantes tendo em conta o bem estar psicológico e social dos pacientes. Esta preocupação está bem patente ao longo da história da prótese. Já no final do séc. IV e V a.C., artesãos e ourives Fenícios quando confeccionavam próteses removíveis combinavam os dentes naturais com os esculpidos em marfim e retidos com fios de ouro.

Também no Egipto (3100- 2181 a.C.), seguiram a mesma técnica utilizando anéis em ouro fixados aos dentes adjacentes à zona edêntula.

Foi no final do séc. XIX, que se registou o maior desenvolvimento de attachments intra e extra coronários, tendo sido Litch (1880) que desenvolveu a construção de próteses removíveis combinadas. Starr (1886) aplicou o sistema de retenção telescópico às reabilitações com próteses removíveis. Winders foi o primeiro a utilizar um

parafuso como meio de fixação de prótese parcial removível e, em 1888, Curtis elaborou uma prótese parcial removível utilizando um attachment extra coronário. Peeso (1890) estudou um sistema que aumentava a retenção utilizando pinos e tubos.^(1,2)

No início do séc. XX, Ash (1912) introduziu um sistema de attachments em barra, tendo Chayes (1915) desenvolvido um sistema de attachments intracoronário buco-lingual, que ainda é utilizado em próteses mistas extensíveis. Em 1920, Gillett construiu o primeiro sistema de attachment de semi-precisão com forma rectangular. Boos e Supplee (1920) introduziram dois tipos de attachments circulares com função de melhorar a estética. Steiger e Boitel (1959) estudaram um attachment no qual o macho era constituído por um pino introduzido no lúmen radicular do dente.^(1,2)

Tendo em vista colmatar este problema, as equipas multidisciplinares de prótese têm no seu conjunto capacidade de solucionar estas questões com o auxílio de retenção fixa.⁽³⁾ A colaboração interdisciplinar evoluiu no sentido de estabelecer soluções mistas designadas como próteses combinadas. As sobredentaduras constituem uma possibilidade de estabelecer uma reabilitação estável na elaboração de uma prótese removível.^(4,5)

Embora existam outras para se efectuar uma reabilitação oral, tal como as próteses implanto-suportadas, as sobredentaduras dento-suportadas serão uma das melhores alternativas quando existem raízes com suporte periodontal suficiente.⁽⁶⁻⁸⁾ O factor económico torna-se muito importante, assim como o aproveitamento das raízes dentárias, que diminuem a reabsorção óssea que se verifica após uma extracção dentária.⁽⁹⁻¹¹⁾

Quando somos confrontados com a reabilitação

oral de um paciente cujo plano de tratamento termina com a selecção de uma sobredentadura dento-suportada, estamos a eleger um tratamento com uma prótese removível que é apoiada em raízes de dentes que estão englobadas na área chapeável da prótese. Este tipo de reabilitação está indicado nos pacientes que possuem dentes remanescentes com contra indicação para prótese fixa convencional.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Embora todos estes factores sejam de extrema importância no plano de tratamento do caso clínico que iremos descrever, as situações de pacientes com deficiência motora que necessitam de uma estabilidade adicional constituem, sem dúvida, uma das indicações para este tipo de prótese. Estes pacientes quando portadores de prótese removível necessitam de uma atenção especial para poderem, com segurança, realizar todos os movimentos do ciclo mastigatório e fonador. Estes pacientes, quando se encontram associados a uma paralisia facial são sem dúvida potenciais portadores de retenção adicional.⁽¹⁵⁾

Vantagens das sobredentaduras dento-suportadas

- Biológicas

- Manutenção do osso alveolar
- Conservação da propriocepção periodontal
- Conservação dos pilares

- Funcionais

- Coordenação neuromuscular
- Distribuição das forças funcionais e para-funcionais
- Repartição das forças entre dentes e tecidos moles
- Estabilidade
- Fonética

- Protéticas

- Estabilidade, retenção e suporte da prótese
- Registos mais exactos
- Melhores esquemas oclusais
- Estética
- Diminuição dos ajustes
- Modificação facilitada

Desvantagens

- Custo económico elevado
- Maior dificuldade de confecção

Indicações

- Sempre que se pode restaurar um dente
- Quando a Prótese total é desfavorável (falta de suporte, xerostomia, náuseas)
- Boa higiene
- Quando os implantes estão contra indicados

Contra-indicação

- Quando outro tipo de prótese supere as expectativas de tratamento.

CASO CLÍNICO

História clínica

Trata-se de uma paciente do sexo feminino, portadora de uma prótese removível acrílica superior com 10 dentes. Recorreu aos nossos serviços devido a uma fractura vestibular da prótese superior e à deteriorização das coroas dos 12 e 22 (Figuras 1 e 2). A paciente estava acompanhada por uma assistente social por dificuldades de locomoção. Esta deficiência deveu-se a um acidente vascular cerebral com projecções, ainda que diminutas, na face (hemiparesia). Após anamnese da paciente verificou-se que a hemiparesia não a impedia de se socializar, devido ao seu



Figura 1 - Aspecto inicial

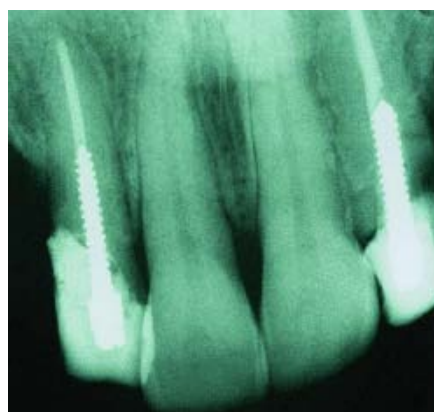


Figura 2 - Exame radiográfico

espírito franco e aberto, não só com o restante corpo clínico como com os companheiros do Lar. A preocupação da assistente social estava voltada para a possibilidade da paciente poder realizar as suas refeições sem que a retenção das próteses fosse um impedimento numa alimentação normal. A paciente estava descontente com o desconforto provocado pela fractura da prótese e queria uma solução que estivesse dentro dos parâmetros económicos e de disponibilidade do corpo clínico e do Lar. Pretendia-se que, ao mesmo tempo, promovesse uma estética favorável à sua conduta diária. Não era possível realizar uma prótese implanto-suportada, por questões económicas e a aplicação de ganchos estava fora de questão devido ao comprometimento estético.

Plano de tratamento

A paciente apresentava dois dentes anteriores maxilares (12 e 22) com grande destruição das coroas dentárias. A maior preocupação desta residia na articulação fonética, devido às sequelas do acidente vascular que lhe provocaram um grande transtorno funcional. Assim, foi-lhe proposto um tratamento integrado que se iniciava com a preparação das raízes dos dois dentes, para confecção de coifas metálicas e, simultaneamente, o acrescento dos dois dentes com o conserto da prótese. Desta forma, evitar-se-ia o comprometimento estético originado pela ausência das coroas dentárias.

Tratamento

Iniciou-se o tratamento através de uma impressão com hidrocolóide irreversível para reajustar a prótese da paciente na zona vestibular e assim acrescentar os dentes que iriam ser preparados. Não foi questionada a substituição da prótese removível inferior existente, porque a sua adaptação era satisfatória.

Para a realização das coifas metálicas foi necessário proceder-se à conservação e tratamento das raízes dos dentes 12 e 22. Iniciámos com o desgaste dos dentes, protegendo a paciente com um fio dentário para os prender, impedindo a sua deglutição, devido à sua incapacidade. (Figura 3).

De seguida, iniciámos o preparo radicular (Figura 4), que foi efectuado da mesma forma como se fosse um falso coto, para a realização de uma prótese fixa. Esta preparação dentária deve ser o mais justa-gengival possível, para assegurar o isolamento radicular e respectiva linha de acabamento.

Após o preparo radicular, executámos uma impressão definitiva com silicone, com os mesmos



Figura 3 - Protecção no desgaste



Figura 4 - Preparo radicular

requisitos de uma prótese fixa (Figura 5). As raízes foram protegidas com um cimento provisório.

A primeira consulta, foi concluída com a colocação da prótese antiga da paciente com os ajustes necessários, tendo sido acrescentados os dois dentes preparados para coifas metálicas assim como o acrílico na zona vestibular. Procedeu-se ao ajuste oclusal, devido às modificações efectuadas

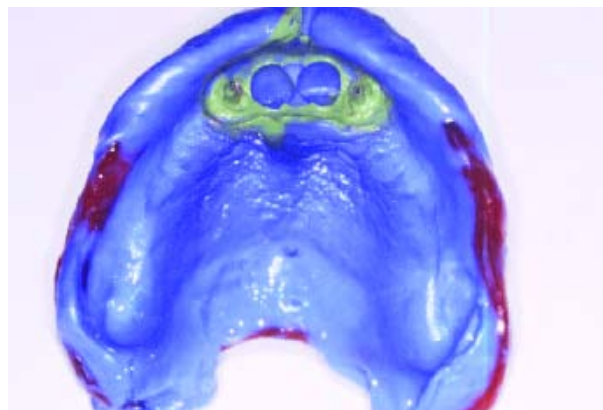


Figura 5 - Impressão definitiva

na prótese. A primeira etapa na reabilitação estava concluída, não havendo prejuízo do ponto de vista funcional e estético (Figura 6).



Figura 6 - Prótese antiga reajustada



Figura 7 - Attachment de bola

Foram realizadas laboratorialmente as coifas metálicas fundidas, com os espigões intraradiculares e a parte do macho do encaixe da bola supra-radicular para os dentes 12 e 22 (figura 7).

Todos os passos inerentes à execução de uma prótese removível foram realizados, tendo em atenção o registo da dimensão vertical de oclusão e a relação centrica.

Efectuámos a prova de dentes numa consulta posterior (Figura 8), na qual realçamos a possibilidade de, nesta fase, seleccionar a cor, para posterior pigmentação exterior do acrílico da base da prótese (Figura 9, 10, 11). Esta selecção de acrílico está disponível em 5 cores e permite uma

aproximação à cor natural da gengiva.



Figura 8 - Prova de dentes



Figura 9 - Selecção do acrílico



Figura 10 - Selecção do acrílico



Figura 11 - Selecção do acrílico

A prótese foi confeccionada segundo os métodos convencionais, com inclusão em mufla. A parte fêmea do encaixe em nylon foi embutida na base da prótese (Figura 12).

Procedeu-se à colocação da sobredentadura, tendo em atenção todos os ajustes oclusais neces-



Figura 12 - Parte fêmea do encaixe

sários. A reabilitação protética da paciente foi concluída (Figura 13) tendo esta e a assistente social sido informadas de todos os cuidados a ter após a colocação de uma sobredentadura dento-suportada, sobretudo com a higiene dos attachments.



Figura 13 - Resultado final

Consulta de Controlo

A paciente, passado um ano, recorreu aos nossos serviços devido à fractura da prótese inferior. Efectuado o conserto da mesma, possibilitou-nos, mesmo que casualmente, o controle de todo o tratamento que tinha sido realizado antes. A prótese superior não tinha perdido retenção, os espigões intra-radulares e os attachments de bola supra-radicular nos dentes 1.2 e 2.2 estavam em perfeito estado de adaptação (Figura 14). De realçar uma ligeira hiperplasia

gingival na zona palatina dos espigões (Figura 15), perfeitamente aceitável, com os condicionamentos inerentes a ser uma enfermeira do lar que executava a sua higiene dentária.



Figura 14 - Controlo 1§ ano após



Figura 15 - Controlo 1§ ano após

Este tipo de reabilitação protética, não é uma das mais utilizadas, sendo muitas vezes preterida por outras reabilitações. É de facto uma forma de reabilitação dento-suportada que além de ter uma função específica de retenção, proporciona aos pacientes o adiar da prótese mucosuportada, assim como, mantêm a propriocepção através dos receptores do ligamento periodontal.

A parte psicológica dos pacientes está bem patente neste tipo de reabilitação, evitando o trauma da perda dentária que muitas vezes é encarado como o caminhar para a última fase da vida. Todos estes problemas associados a uma

deficiência que impede o paciente de se alimentar convenientemente, justificam de sobremaneira a reabilitação oral com uma sobredentadura dento-suportada.

A opção de uma sobredentadura dento-suportada, sendo um acto conservador, proporciona uma maior retenção e estabilidade, possibilitando o aproveitamento de dentes remanescentes com cáries de grande extensão. Estas reabi-

litações, sem dúvida mais exigentes tecnicamente para o Médico Dentista, culminam o seu trabalho com uma prótese mais retentiva, mais estável e com menos consultas de controlo pós colocação. Os pacientes, obtêm grandes vantagens com este tipo de reabilitação porque estas próteses garantem uma maior estabilidade e retenção, implicando uma maior adaptação com a melhoria da fonação e da função mastigatória.

BIBLIOGRAFIA

1. García JJ. El manual de Odontología. Ed Masson-Salvat 1995, Barcelona:1024-1048.
2. Zinner ID, Panno FV. History of intracoronal attachment systems. Quint Dent Technology 1995; 18:143-158.
3. Desplats ED, Keogh TP. Prótesis Parcial Removible. Madrid: Mosby Doyma Libros 17-129, 1995.
4. Nemcovsky CE, Fitzig S, Gross M. Custom overdenture retainer. J Oral Rehabil 1990; 17(4): 343-50.
5. Wichman MG, Kuntze W. Wear behavior of precision attachments. Int J Prosthodont 1999; 12(5): 409-14.
6. Mericske Stern R. Oral tactile sensibility recorded in overdentures wearers with implants on natural roots: a comparative study. Parte 2. Int J Oral Maxillofac Implants 1994; 9(1): 63-70.
7. Schwartz IS, Morrow RM. Overdentures. Principles and procedures. Dent Clin North Am 1996; 40(1): 169-94.
8. Stern RM. Overdenture with roots or implants for elderly patients: A comparison. J Prosthet Dent 1944; 72: 543-550.
9. Coco I, Lotzmann U, Prisender K. A clinical follow-up study of magnetically retained overdentures (Dyna-system). Eur J Prosthodont Restor Dent 2002; 10(2): 73-8.
10. Jungo M, Wirz J, Isaak M. El renacimiento de la prótesis a barra aplicando nuevos materiales y tecnologías (I). La prótesis a barra articulada. Quintessence (ed. Esp.) 2000; 13(7): 20-27.
11. Mensor MC. Removable partial overdentures with mechanical (precision) attachments. Dent Clin North Am 1990; 34(4): 669-81.
12. Davenport JC, Basker RM, Heath JR, Ralph JP, Glantz PO. Retention. Br Dent J 2000; 189(12): 646-57.
13. Lucas MS, Martin P. Attachment for prosthetic dentistry. Quintessence Publish ; 1994: 9-79.
14. Silva C, Rodrigues A, Lordelo J. Sobredentadura mandibular dento-suportada. JADA (Ed.Port) 2001; 1(6): 22- 26.
15. Vellis PA, Wright RE, Evans JH, Piro JD. Prosthodontic management of periodontally compromised patient. N Y State Dent J 2001; 67.