

IMPORTÂNCIA DA RETENÇÃO E ESTABILIDADE EM PRÓTESES TOTAIS BIMAXILARES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Retention and stability in denture: case report

RESUMO

O trabalho em questão ilustra o atendimento e resolução de um caso clínico de reabilitação por próteses totais de um paciente desdentado total, que utilizou prótese superior fraturada na região central durante cerca de quinze anos. Na construção das novas próteses, os autores buscaram alcançar qualidade rigorosa e bem justificada no estabelecimento do diagnóstico, no relacionamento com o paciente, na aplicação da técnica e principalmente na otimização dos fatores biológicos e físicos envolvidos na retenção e estabilidade das próteses. Os resultados demonstraram que houve eficiência no trabalho executado quanto à adaptação e uso das próteses pelo paciente.

Palavras-chave: prótese total; retenção em prótese dentária; biomecânica.

ABSTRACT

This work presents oral rehabilitation by total prosthesis installation in a patient, who has used maxillary prosthesis fractured in the central region for almost fifteen years. During the new dentures fabrication, the authors aimed to reach quality in the diagnostic, the relationship with patient, the technique application, and the optimization of biological and physical factors involved in dentures retention and stability. The results showed efficiency of treatment with respect to adaptation and use of the new prosthesis by the patient.

Keywords: total prosthesis; dental prosthesis retention; biomechanical.

Célia Marisa Rizzatti BARBOSA

Professora titular. Departamento de Prótese e Periodontia, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira, 901, Areião, 13414018, Piracicaba, SP, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to:* C.M.R. Barbosa. E-mail: rizzatti@fop.unicamp.br

Renata da Cunha Matheus Rodrigues GARCIA

Professora Associada. Departamento de Prótese e Periodontia, Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP, Brasil.

Arnaldo Frutuozo de OLIVEIRA

Acadêmica, Atualização em Prótese dental, Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Dentre os principais fatores que estabelecem efetividade às próteses totais, a retenção e a estabilidade constam como elementos básicos de biomecânica que viabilizam sua qualidade funcional¹.

A retenção de uma prótese nem sempre influencia sua estabilidade. Pode-se obter uma excelente retenção através da plena abrangência da área chapeável, mas se não houver atenção quanto à distribuição das forças aplicadas sobre a prótese, não haverá estabilidade, esta irá se desequilibrar, e a retenção estará comprometida^{2,3}.

Entretanto, em algumas ocasiões, mesmo a perda quase completa da retenção pode não prejudicar a estabilidade ou a eficiência da prótese. Estes casos são comumente observados em pacientes que fazem uso de próteses inadequadas e extremamente precárias, mastigando, falando e deglutindo durante vários anos, com a eficiência que julgam necessária e suficiente para cumprir suas atividades fisiológicas e sociais⁴. Alguns relatos da literatura mostram que os pacientes fazem uso de prótese fraturadas, com total comprometimento de sua qualidade, mesmo sabendo dos riscos decorrentes de sua deglutição ou aspiração¹.

Geralmente estes casos demandam um pouco mais de critério na elaboração de novas próteses, tanto com relação ao domínio pleno dos fatores físicos e biológicos ligados à otimização da retenção e estabilidade, quanto com à compreensão clara e domínio dos conceitos e preconceitos do paciente⁵.

No presente trabalho são descritas a elaboração de próteses totais superior e inferior para um paciente que fez uso de prótese total incorreta, desgastada e fraturada na região central durante quinze anos.

CASO CLÍNICO

O paciente JMS, 58 anos, totalmente desdentado apresentando bom estado de saúde geral e bucal, sem sinais de disfunção temporomandibular, procurou por atendimento odontológico no Curso de Atualização em Prótese Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Unicamp, para confecção de novas próteses totais bimaxilares. Buscou tratamento para refazer suas próteses a pedido de sua família, já que as anteriores estavam “muito velhas”. No histórico relatou que fazia uso destas mesmas próteses há cerca de 15 anos, e que se alimentava bem, ingerindo qualquer tipo de alimento sem nenhuma dificuldade. Não foram observadas anormalidades nas radiografias periapicais e panorâmica. Na avaliação clínica verificou-se que a sua prótese total superior encontrava-se desgastada, incorreta e fraturada ao meio, e que o paciente fazia uso das duas partes conjunta ou separadamente (Figuras 1, 2 e 3). Os rebordos residuais apresentavam tecido fibromucoso com boa cor e textura, e sem reabsorções ósseas exageradas ou inserções musculares que justificassem intervenções cirúrgicas

ou comprometimento do trabalho protético. A salivagem apresentou-se com aspectos de normalidade.

Entretanto observou-se que o paciente apresentava sensível perda da dimensão vertical de oclusão (Figuras 4A e 4B), embora sem sinais e sintomas de disfunção temporomandibular.

Depois de estabelecido o diagnóstico e as diretrizes do plano de tratamento, buscou-se conscientizar o paciente em relação à importância do uso de novas próteses. Esclareceu-se que as próteses novas ficariam muito diferentes das atuais, e que haveria todo um período de preservação necessário à sua adaptação ao trabalho realizado.

As moldagens iniciais foram realizadas com moldeiras de estoque tipo Vernes e hidrocolóide irreversível (Jeltrate®, Dentsply Ind. e Com. Ltda; RJ). Procurou-se delimitar claramente toda a área chapeável nos modelos de estudo confeccionados com gesso tipo III (Herodent Soli-Rock®, Vigodent, S/A Ind. e Com., RJ)³. Foram confeccionadas moldeiras individuais em resina acrílica auto polimerizável (VIPI-Flash®, Dental Vipi Ltda. Ind. e Com. de Materiais Odontológicos, Pirassununga, SP), tanto para a arcada inferior quanto para a superior, com extensão de um milímetro aquém do limite estabelecido pela área chapeável. As moldagens funcionais foram feitas com godiva de baixa fusão para o selamento periférico, e pasta zinco eugenólica (Lyzanda® Produtos Odontológicos)². Sobre os modelos de trabalhos feitos com gesso tipo III, foram construídas as bases de próteses em resina acrílica auto-polimerizável incolor, e sobre elas, os roletes de cera 7 (Clássico® Artigos Odontológicos, Ltda, SP) acompanhando o perfil lateral da língua e a altura do tubérculo do lábio, em curva ascendente posterior, segundo o plano de Camper⁵. Os modelos foram montados em articulador semi-ajustável (BioArt 4000®, BioArt Equipamentos Odontológicos Ltda, SP) com auxílio de arco facial e relação maxilo mandibular através do método de Willis e arco gótico de Gysi, associados ao método da deglutição². Após a determinação das linhas de referência, foi feita a seleção dos dentes artificiais, onde se optou pelos modelos com 20° para angulação de cúspides (Vipi-Dent Plus®, Dental VIPI Ltda. Ind. e Com de Materiais odontol., SP)³. A montagem dos dentes obedeceu aos princípios de oclusão balanceada para desdentados totais³. Esta se orientou pela conformação dos arcos dentários levando em consideração a linha tangente à papila incisal e a conformação do lábio inferior para a montagem dos incisivos superiores^{2,3}. Após a montagem dos dentes anteriores superiores e inferiores foi feita uma prova fonética e estética, para confirmar o posicionamento vestibulo-lingual dos incisivos. A montagem dos dentes superiores seguiu orientação do Plano de Camper, e a dos dentes inferiores, a intercuspidação com os superiores e o posicionamento das cúspides linguais com relação ao bordo lateral da língua^{2,3,5}. A ceroplastia visou orientar as gengivas artificiais numa conformação triangular no sentido vestibulo lingual (Figura 5), de maneira a tornar a superfície vestibular convergente para os dentes, visando otimizar a estabilização das próteses mediante a ação muscular³.

Na prova estética e funcional de todos os dentes já montados, procurou-se observar, além da qualidade nos testes fonéticos e de deglutição, a presença do corredor bucal, o suporte labial, a oclusão balanceada com contatos em balanceio e protrusiva, a tendência de neutralização dos esforços oclusais laterais, a estética dos dentes, e a aprovação pelo paciente³. Foi utilizado um pó fixador de dentaduras nesta fase (Fixodent®, Merrell Lepetit Farmacêutica Ltda, SP). A inclusão das próteses foi feita com resina termo polimerizável (Vipi Cril®, Dental VIPI Ltda. Ind. e Com de Materiais odontol., SP) em muflas em fibra de vidro (Onda Ceryl® Clássico S/A), e a polimerização em forno de microondas (MN 7806 BH - 1380 W - Panasonic) com ciclo de 500 W durante 3 minutos⁶, e as próteses foram caracterizadas com pigmentos de resina acrílica termopolimerizável. Após processamento da resina e os procedimentos de desinclusão e acabamento prévio, foi feita a remontagem das próteses no articulador e os ajustes oclusais necessários³. A conclusão do acabamento e polimento, precedeu a instalação e os ajustes clínicos das próteses (Figuras 5 e 6), quando foi possível observar a recuperação da dimensão vertical de oclusão (Figuras 7A e 7B). Nesta mesma sessão, foram dadas as instruções de uso das próteses com ênfase à conscientização do paciente quanto à higiene e cuidados posteriores. Nas sessões subsequentes, foram feitos os ajustes necessários e reforços nas recomendações de uso. Foram necessárias três sessões semanais para que o paciente conseguisse dominar completa e corretamente as próteses novas e passasse a utilizá-las diariamente.

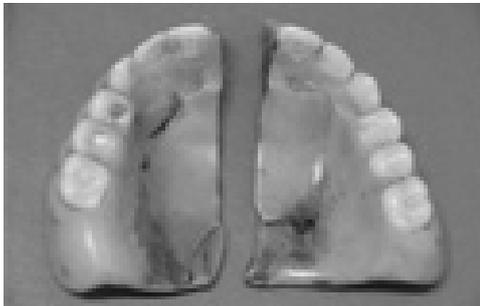


Figura 1. Prótese total superior que o paciente utilizava há cerca de 15 anos, mesmo em condição precária e fraturada ao meio.



Figura 2. As duas partes da prótese total superior instaladas na cavidade bucal.



Figura 3. Uma das partes da prótese total superior instalada na cavidade bucal.

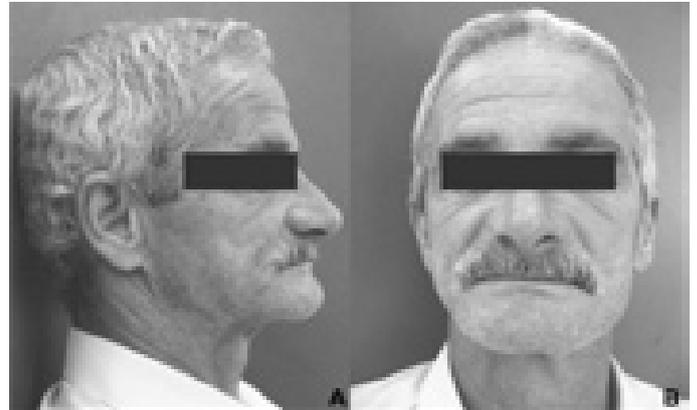


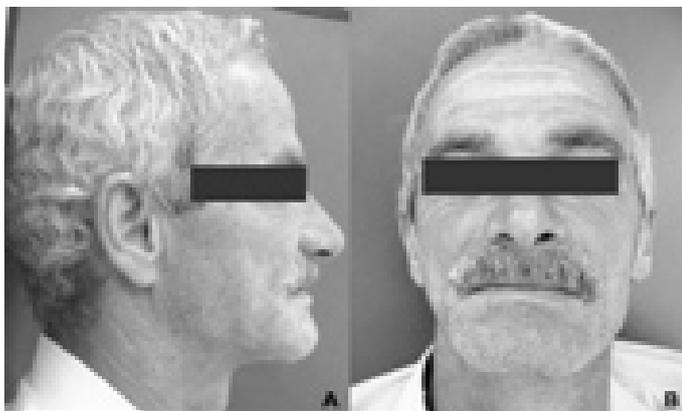
Figura 4A e 4B. Normas lateral e frontal do rosto do paciente, evidenciando sensível comprometimento da dimensão vertical de oclusão.



Figura 5. Próteses concluídas.



Figura 6. Prótese superior e inferior depois de concluídas em posição no interior da cavidade bucal.



Figuras 7A e 7B. Normas lateral e frontal do rosto do paciente, evidenciando a recuperação da dimensão vertical de oclusão após a instalação das próteses.

DISCUSSÃO

Apesar dos grandes avanços da odontologia no campo da prevenção às cáries e doenças periodontais, boa parte da população adulta mundial ainda faz uso de próteses totais. Estima-se que cerca de 30 milhões de pessoas faz uso deste tipo de reabilitação³, realidade esta também presente em nosso país. Pacientes com este perfil apresentam diversos problemas de adaptação ao uso das próteses, principalmente se nunca fizeram uso de trabalho reabilitador similar. Consideramos que, neste grupo de indivíduos encontram-se também aqueles que buscam substituir próteses que utilizam a muitos anos. Estes últimos também apresentam dificuldade em se habituar com o novo trabalho, e geralmente os seus anseios são muito diferentes daqueles possíveis de serem proporcionados pelo trabalho protético.

A instabilidade da prótese costuma ser um dos problemas mais prevalentes nestes casos. No caso clínico em questão, foi necessário justificar ao paciente a necessidade da substituição de sua prótese fraturada. Utilizou-se para este fim, exposição de figuras de livros que enfocassem desde lesões bucais, alterações nas articulações temporomandibulares e deficiências fisiológicas relacionadas a próteses incorretas, até as vantagens estéticas de uma reabilitação corretamente realizada. Houve certa resistência por parte do paciente em concordar com nossos argumentos, onde o mesmo sempre se baseava no fato de que “mastigava muito bem todos os alimentos, pois já estava acostumado com a sua antiga prótese”. Ou seja, ele se referia à excelente estabilidade que havia alcançado nestes anos todos, graças à perfeita adaptação muscular e oclusal à sua antiga prótese, mesmo fraturada.

Concordamos com Turano & Turano³ que acreditam que, dentre todos os passos técnicos envolvidos na construção da prótese, a conquista da estabilidade seja um dos mais importantes, principalmente em casos semelhantes a este. A seleção adequada e montagem dos dentes artificiais, bem como

os ajustes oclusais feitos na clínica podem ser fundamentais para amenizar a instabilidade de uma prótese recém instalada. Os ajustes oclusais feitos previamente no laboratório através da remontagem dos modelos no articulador, e posteriormente, na clínica, durante as subseqüentes sessões de proervação, mostraram-se eficazes no período de adaptação do paciente. O ajuste laboratorial prévio se faz necessário na medida em que as distorções inerentes à inclusão das próteses e ao processamento da resina são uma realidade, e alteram o posicionamento dos dentes artificiais, a adaptação das bases da prótese e a dimensão vertical de oclusão⁶. Os ajustes clínicos da oclusão foram feitos a princípio em oclusão cêntrica e em movimentos de lateralidade orientados pelo profissional. Na segunda sessão de proervação foram feitos ajustes em dinâmica oclusal, onde se solicitou ao paciente que “mastigasse” o papel de oclusão, como se fosse alimento, tanto de um lado como de outro, da mesma forma como faria com o bolo alimentar. Consideramos que com isto é possível obter com maior rapidez os mesmos contatos que seriam conquistados mediante o uso das próteses durante alguns meses. Este método, no entanto não compromete a dimensão vertical de oclusão e a oclusão bilateralmente balanceada, uma vez que estes ajustes não alteram a altura das cúspides de trabalho, mas criam sulcos para as mesmas nos movimentos excêntricos. Isto permite suprir as deficiências do articulador em reproduzir com fidelidade os movimentos bordajantes do paciente, pois concordamos com Tamaki² e Turano & Turano³ quando afirmam que nenhum articulador é capaz de reproduzir todas as características dos movimentos mandibulares. Este passo pode ser útil em casos clínicos como este, onde o paciente não tem muita motivação para o uso de próteses novas. Podemos associar esta técnica de evidencição dos contatos, com a localização de áreas de compressão no interior das bases de prótese, através do uso de evidenciadores de contato, líquidos ou em pasta, aplicados no interior das bases durante a atividade mastigatória do paciente.

A otimização da estabilidade associada à retenção favorável das bases de prótese sobre os tecidos remanescentes são essenciais para qualidade da reabilitação. A retenção é alcançada principalmente através da correta abrangência da área chapeável obtida por moldagens funcionais bem realizadas. A técnica utilizada no presente trabalho utilizou moldagens funcionais feitas com moldeiras individuais, associando selamento periférico com godiva e moldagem do tecido fibromucoso com pasta zinco eugenólica, material não compressivo e anelástico. Os teste de retenção² evidenciaram a boa qualidade da técnica utilizada, já que o paciente não apresentava rebordos reabsorvidos.

Achamos também que o período dispensado à conscientização do paciente quanto às limitações do novo trabalho, e cuidados envolvidos na fase de adaptação à prótese foram fundamentais ao seu sucesso. Casos clínicos semelhantes ao aqui descrito determinam uma atitude mental positiva por par-

te do paciente quanto ao uso da prótese. Neste, especificamente, usou-se uma abordagem direta e aparentemente simplista: fez-se uma analogia ao uso das próteses com o aprendizado adquirido para dirigir automóveis. Existem aqueles que aprendem a dirigir com relativa rapidez; existem outros no entanto que não aprendem a dirigir com facilidade, mas que persistem até conseguirem, e depois então o fazem com facilidade; e ainda há aqueles que não aprendem e nunca aprenderão a dirigir um carro, porque não são persistentes. Esta analogia foi transposta para o uso das próteses, e o paciente sentiu-se tão motivado diante desta argumentação, que não só concordou em fazer uso das próteses novas, como em deixar a antiga sob nossa guarda. As recomendações de praxe sobre cuidados posteriores, mastigação e postura de uso das próteses também foram feitas desde a sua instalação. Recomendou-se ainda que o paciente fizesse exercícios de leitura em voz alta diante de um espelho e bochechos vigorosos com água fria utilizando as próteses, para estimular a fisiologia da musculatura da face e língua.

Após três sessões de preservação nas quais foram realizados ajustes oclusais e internos da base, o paciente relatou estar integrado ao trabalho reabilitador com relação às funções fisiológicas, estética e fonética.

CONCLUSÃO

O caso atualmente encontra-se com um controle de seis meses e demonstra ter havido sucesso no trabalho realizado.

REFERÊNCIAS

1. Rizzatti-Barbosa CM, Bianchini F, Albergaria-Barbosa CM. Impaction of unilateral removable partial denture. *J Prosth Dent.* 1999; 82(3): 270-1.
2. Tamaki T. *Dentaduras completas.* São Paulo: Sarvier; 1977.
3. Turano JC, Turano LM. *Fundamentos de prótese total.* 2. ed. Rio de Janeiro: Quintessence; 1999.
4. Frank AST, Hedegard B. *Odontologia geriátrica.* Rio de Janeiro: Labor; 1977.
5. Fahmy FM, Kharat DU. A study of the importance of the neutral zone in complete dentures. *J Prosth Dent.* 1990, 64(4): 459-62.
6. Rizzatti-Barbosa CM, Del Bel Cury AA, Panzeri H. Influência da sorção de água e do processo de polimerização por energia de microondas na adaptação de próteses totais. *Rev Odont USP.* 1995; 9(3): 197-206.

Recebido em: 21/7/2006

Aprovado em: 10/10/2006