

PRÓTESE REMOVÍVEL RETIDA POR IMPLANTES E DENTE EM MAXILA PARCIALMENTE EDÊNTELA

Implant/tooth-retained removable prosthesis in a partially edentulous maxilla

RESUMO

Este relato de caso clínico apresenta uma opção restauradora para a maxila parcialmente edêntula utilizando uma prótese parcial removível sem grampos, retida por attachments sobre um dente remanescente e dois implantes endósseos. As vantagens deste procedimento incluíram (1) um número menor de consultas e menos procedimentos laboratoriais; (2) a utilização de um número mínimo de implantes; (3) custos mais baixos e (4) a não necessidade de cirurgia para elevação do soalho do seio maxilar. A utilização do attachment ERA ofereceu excelente retenção e estabilidade. A prótese removível sobre implantes facilitou a higiene bucal e melhorou a estética e a fonética de uma paciente idosa com reabsorção avançada de rebordo alveolar.

Palavras Chave: Prótese parcial removível. Implantes dentários. Higiene bucal.

ABSTRACT

This clinical report presents a restorative option for the partially edentulous maxilla utilizing a removable partial denture without retentive clasps, retained by ERA attachments to a remaining tooth and two endosseous implants. This approach required (1) fewer patient visits and laboratory procedures; (2) the use of minimal number of implants; (3) lower financial obligations; and (4) no sinus elevation surgery. The use of ERA attachments provided excellent retention and stability. The detachable prosthesis over implants allowed easy oral hygiene by the patient and provided superior esthetics and phonetics in a case involving an elderly patient with advanced ridge resorption.

Keywords: Removable partial denture. Dental Implants. Oral Hygiene.

Waldimir CARVALHO

Mestre em Implantodontia. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Sergio Rodrigo Ribeiro da SILVA

Mestre em Odontologia. Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Eliane dos Santos Porto BARBOZA

Professora Doutora e Vice-Coordenadora, Programa de Pós-graduação da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Cresus V. D. Gouvêa

Professor Doutor Titular de Oclusão e Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense. Rua São Paulo, 30, Laboratório de Biotecnologia Aplicada (LABA), sala 105, Centro, 24040-110, Niterói, RJ, Brasil. Correspondência para / *Correspondence to*: C.V.D. GOUVEA. E-mail: cresus@urbi.com.br.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Waldimir Carvalho
E-mail: wrdc@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A reabilitação estética e funcional de um paciente parcialmente edêntulo pode ser um desafio para o protesista, especialmente em pacientes idosos que possuem dificuldades singulares. Uma das opções bem conhecida da Odontologia para restaurar um dente perdido é a prótese parcial removível (PPR). Esta é uma opção de tratamento simples, efetiva e de baixo custo¹, e por ser removível, o paciente pode facilmente executar a higiene bucal.

Apesar desses benefícios, as evidências indicam que as próteses removíveis não são universalmente aceitas pelos pacientes como um tratamento completamente satisfatório^{2,3}. Portadores de próteses convencionais também mostraram insatisfação com este tipo de tratamento⁴. Os pacientes tendem a não gostar das próteses removíveis porque elas são volumosas, desconfortáveis e muitas vezes instáveis. Isto é evidente nas restaurações com extensão distal. O uso de uma PPR retida pela combinação de dentes remanescentes e implantes dentários tem se mostrado como uma opção útil para a solução de tais questões^{5,6}. Pacientes que não toleram ou se encontram insatisfeitos com próteses parciais removíveis e que apresentam volume ósseo suficiente podem optar por um tratamento opcional que inclui o uso dos implantes⁷.

O uso de implantes como auxiliar de retenção e suporte para as PPRs é uma solução protética raramente utilizada, mas que pode ser sugerida a pacientes para os quais uma prótese parcial fixa sobre implantes não é viável por motivos financeiros, médicos ou técnicos⁸. A escassez de estudos sobre a combinação de implantes endósseos e próteses parciais removíveis é surpreendente, uma vez que em muitos casos é difícil implementar a combinação de próteses fixas e implantes⁹.

Esse trabalho apresenta um caso clínico onde se optou pela combinação de dois attachments do tipo ERA (Sterngold-Implamed, Attleboro, Mass.) conectados a coroas cerâmicas (uma cimentada sobre o remanescente de um elemento dentário e outras duas unidas e cimentadas sobre dois implantes endósseos) para reter uma prótese parcial removível superior.

RELATO DE CASO

Uma paciente de 83 anos de idade, do sexo feminino, foi examinada. E sua queixa principal era a sua prótese parcial removível que expunha os grampos de retenção quando a paciente sorria (Figura 1). Na arcada superior, os elementos remanescentes eram: 11, 21, 22 e 23. Na mandíbula, permaneceram os elementos: 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 45.



Figura 1. Visão intrabucal pré-operatória.

O plano de tratamento foi feito de acordo com os desejos, expectativas e limitações da paciente. Para alcançar uma solução estética agradável, o tratamento consistiu de: (1) implantes endósseos, (2) coroas cerâmicas, (3) *attachments* ERA, e (4) prótese parcial removível maxilar. Após avaliação clínica e radiográfica (Figura 2), apenas dois implantes foram sugeridos devido ao rebordo ósseo maxilar atrófico e a impossibilidade de efetuar cirurgias ósseas de enxerto. E o plano também incluiu três coroas cerâmicas, uma coroa unitária cimentada sobre o canino maxilar esquerdo e outras duas coroas unidas e cimentadas sobre dois implantes que foram instalados na região do incisivo lateral e canino superior direito. As coroas foram associadas a *attachments* ERA e a uma prótese parcial removível. O *attachment* ERA foi escolhido devido a sua simplicidade de uso e reparo, durabilidade, adaptabilidade (grau de retenção), dimensão reduzida ocluso-gengival disponível^{10,11} e estética favorável.



Figura 2. Radiografia panorâmica evidenciando um rebordo ósseo maxilar atrófico.

A paciente recebeu dois implantes endósseos rosqueáveis de titânio D2 4.0mm x 11 mm (Biohorizons Implant Systems, Inc. Birmingham, AL, USA). O tamanho dos implantes foram selecionados de acordo com o volume ósseo disponível no rebordo ósseo maxilar. Após 6 meses de osseointegração, a paciente foi submetida ao segundo estágio cirúrgico. Dois cicatrizadores de 4.0 mm x 3.0 mm (Biohorizons Implant Systems,

Inc. Birmingham, AL.) foram posicionados sobre os implantes para permitir a cicatrização dos tecidos moles. Na mesma consulta, o canino superior esquerdo (23) foi preparado e um provisório de resina acrílica foi cimentado sobre ele.

A paciente retornou após três semanas. Nessa ocasião foi observada uma excelente qualidade tecidual (Figura 3). Postes para cimentação (que é fornecido juntamente com o implante) foram aparafusados aos implantes para a realização da moldagem. Um coping para moldagem foi confeccionado com resina Duralay (Reliance Dental Mfg. Co., Worth, IL). A moldagem dos dentes foi feita com Permalastic Regular (Regular Permalastic®, Kerr Corporation, Romulus, MI, USA). Após o tempo de presa do material, a moldagem foi concluída com uma moldeira fechada e silicona de adição (Express-3M do Brasil LTDA, São Paulo, Brasil).



Figura 3. Dois implantes endósseos inseridos no osso disponível para substituir o incisivo lateral e canino da maxilar direita. Pode se observar uma excelente qualidade tecidual na região peri-implantar.

Os postes de cimentação foram removidos dos implantes e aparafusados aos análogos. Os conjuntos poste-análogo foram inseridos em suas cavidades correspondentes no material de moldagem. Gengiva artificial foi feita. Três coroas metalo-cerâmicas com *attachments* do tipo ERA (ERA-RPD, Sterngold-ImplaMed, Attleboro, Mass, USA) foram fabricadas (Figuras 4 e 5).



Figura 4. Coroas metalo-cerâmicas sobre implantes com attachment ERA distal.

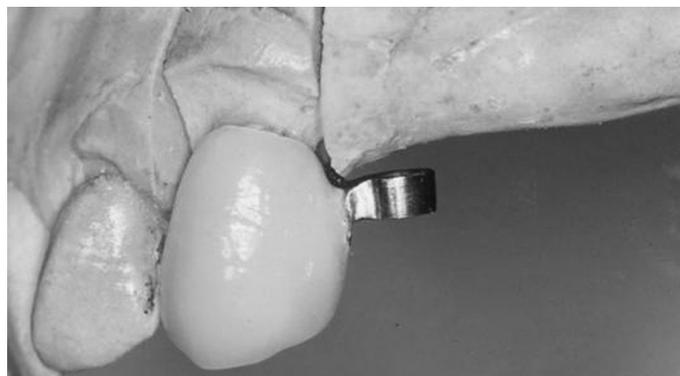


Figura 5. Coroa metalo-cerâmica sobre o canino superior direito com attachment ERA distal.

Uma estrutura metálica de cromo-cobalto para a prótese parcial removível foi fabricada. Os dentes foram montados sobre cera para a avaliação estética, confirmação da relação cêntrica e movimentos protrusivos. A PPR foi então ajustada, encerada e processada (Figura 6).

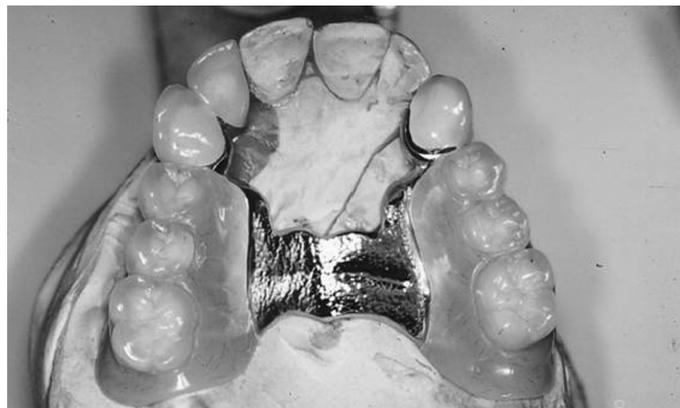


Figura 6. Prótese parcial removível muco-suportada e implanto/dento-retida. Visão oclusal.

As coroas foram cimentadas com cimento provisório para facilitar futura avaliação clínica (Temp Bond, Kerr Manufacturing, Orange, CA, USA). Instruções de cuidados caseiros foram dadas à paciente e a higiene bucal foi avaliada na consulta seguinte (Figura 7). Ajustes oclusais necessários foram feitos. O resultado estético satisfaz a paciente e os profissionais responsáveis (Figura 8).

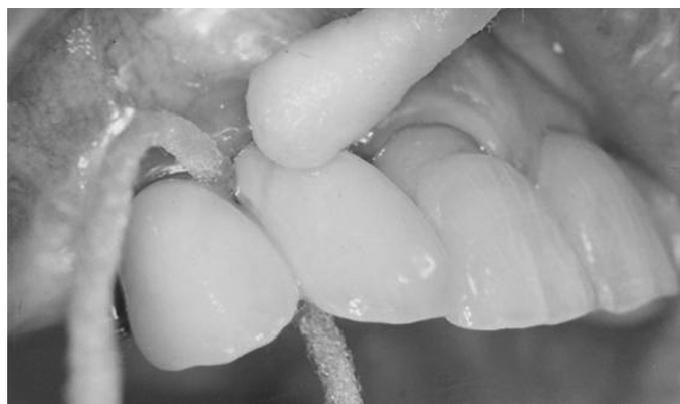


Figura 7. Instruções de higiene bucal com as coroas cimentadas.



Figura 8. Sorriso da paciente após o término do tratamento.

DISCUSSÃO

Relatos mostram¹² que aproximadamente 9 milhões de americanos entre 18 e 74 anos utilizavam próteses parciais removíveis entre os anos de 1988 e 1991, e que a média de pacientes insatisfeitos com esse tipo de prótese¹³. Pessoas com mais de 60 anos de idade manifestaram maior satisfação do que aqueles mais jovens¹².

Devido ao impacto negativo que uma PPR pode ter tanto sobre o paciente como sobre o profissional, é importante compreender o nível de insatisfação dos usuários com tais próteses e determinar os fatores associados a ela. Algumas das áreas de insatisfação mais freqüentes são¹²: adaptação 33,6%, mastigação 29,5%, problema com dentes naturais adjacentes 26,3%, percepção geral 26,2% e fala 17,9%.

Os princípios e os procedimentos relacionados aos implantes ósseointegráveis têm sido muito bem descritos na literatura, e o fenômeno da osseointegração não é mais a preocupação primária da implantodontia. É aceito que o tratamento com implantes apresenta benefícios funcionais e psicológicos para os pacientes parcialmente edêntulo. Além disso, já há evidência científica que o tratamento com implante dentário pode trazer uma melhora considerável a qualidade de vida dos pacientes¹⁴.

Nesse caso clínico, a combinação de um elemento dentário remanescente e implantes dentários mostrou diversas vantagens no tratamento de uma paciente idosa parcialmente edêntula. O plano de tratamento foi feito de acordo com o desejo, as expectativas e as limitações da paciente. O rebordo maxilar atrófico não permitiu a colocação de um maior número de implantes para uma reabilitação do tipo fixa. Entretanto, um tratamento que incluísse procedimentos cirúrgicos extras, especialmente enxertos ósseos com sítios doadores extra-orais, foi descartado devido a sua inconveniência para uma paciente idosa, seu custo e morbidade pós-cirúrgica¹⁵.

O uso de implantes endósseos na maxila permitiu a colocação de duas coroas cerâmicas para restabelecer uma estética ótima para a região anterior, assim como para obter um suporte para o *attachment* ERA. Esse tipo de attachment foi importante para resolver a queixa principal da paciente – os

grampos de retenção da sua PPR. Combinando os attachments ERA das coroas sobre os implantes e outra sobre um dente natural, uma prótese removível mais estética e funcional pode ser oferecida a paciente.

CONCLUSÃO

Prótese parcial removível retida por *attachments* a um dente remanescente e a implantes endósseos instalados em osso disponível foi uma opção de tratamento viável para a reabilitação maxilar de uma paciente idosa que não poderia ser submetida a cirurgias avançadas de reconstrução óssea.

REFERÊNCIAS

1. Trushkowsky R, Guiv B. Restoration of occlusal vertical dimension by means of a silica-coated onlay removable partial denture in conjunction with dentin bonding: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 1991; 99: 283-286.
2. Lechner SK. A longitudinal survey of removable partial dentures. I. Patient assessment of dentures. *Aust Dent J.* 1985; 30: 112-117.
3. Misch LS, Misch CE. Denture satisfaction: a patient's perspective. *Int J Oral Implant.* 1991; 7: 43-48.
4. Bonachela WC, Rossetti PHO. Das raízes aos implantes osseointegrados: planejamentos, tendências e inovações. São Paulo: Santos; 2002. 216p.
5. Carvalho WR, Barboza EP, Caúla AL. Implant-retained removable prosthesis with ball attachments in partially edentulous maxilla. *Implant Dent.* 2001; 10(4): 280-284.
6. De Carvalho WR, Barboza ESP, Caúla AL. Cement-retained prostheses in implant dentistry: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2001; 85: 345-8.
7. Yunus N, Abdullah H, Hanapiah F. The use of implants in the occlusal rehabilitation of a partially edentulous patient: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 85(6): 540-543.
8. Budtz-Jorgensen E, Bochet G, Grundman M, ET AL. Aesthetic considerations for the treatment of partially edentulous patients with removable partial dentures. *Pract Periodont Aesthet Dent.* 2000; 12(8): 765-772.
9. Battistuzzi PGFCM, Van Slooten H, Käyser AF. Management of an anterior defect with a removable partial denture supported by implants. A case report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1992; 7(1): 112-115.

10. Hebel KS, Galindo D, Gajjar RC. Implant position record and implant position cast: minimizing errors, procedures and patients visits in the fabrication of the millid-bar prosthesis. *J Prosthet Dent.* 2000; 83(1): 107-16.
11. Petropoulos VC, Smith W, Kousvelari E. Comparison of retention and release periods for implant overdenture attachments. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1997; 12: 176-85.
12. Frank RP, Milgrom P, Leroux BG, Hawkins NR. Treatment outcomes with mandibular removable partial dentures: A population-based study of patient satisfaction. *J Prosthet Dent.* 1998; 80(1): 36-45.
13. Redford M, Drury T, Kingman A, Brown L. Denture use and the technical quality of dental prostheses among persons 18-74 years of age: United States, 1988-1991. *J Dent Res.* 1996; 75: 714-725.
14. Cibirka RM, Razoog M, Lang BR. Critical evaluation of patient responses to dental therapy. *J Prosthet Dent.* 1997; 78(6): 574-81.
15. Taylor TD. Fixed Implant Rehabilitation for the Edentulous Maxilla. *J Oral Maxillofac Implants.* 1991; 6: 329-337.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos TPDs Marcio e Perez, do laboratório MW, Rio de Janeiro, pelo trabalho apresentado neste artigo.