

Sobredentadura Dento-Retida: relato de caso

Tooth Retained Overdenture: A case report

Ricardo Alexandre ZAVANELLI - Prof. Adjunto do DPRO/FO/UFG.

Aderico Santana GUILHERME - Prof. Adjunto do DPRO/FO/UFG.

Mauro de MELO - Prof. Titular do DPRO/FO/UFG.

Guilherme Elias PESSANHA-HENRIQUES - Prof. Livre Docente da FOP/UNICAMP.

Marcelo Ferraz MESQUITA - Prof. Livre Docente da FOP/UNICAMP.

Relevância Clínica

O conceito de sobredentaduras dento-retidas continua a ser aceito como modalidade de tratamento reabilitador, sendo bastante acessível, viável e com prognóstico favorável.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi evidenciar os principais aspectos relacionados com os encaixes utilizados em sobredentaduras dento-retidas e muco-suportadas. Com base nos fatores analisados, sugere-se que a sobredentadura dento-retida com encaixe ERA[®] apresenta facilidade de execução técnica e grande versatilidade.

Palavras-chave

Prótese dentária; encaixe de precisão de dentadura; revestimento de dentadura.

Introdução

A falta de estabilidade, dificuldade de mastigação e insegurança psicológica sempre foram grandes problemas para os pacientes que usam próteses removíveis em qualquer idade, e principalmente nos casos de perdas ósseas significativas que dificultam a estabilidade e a estética da prótese.

Atualmente, o implante osseointegrado é considerado uma alternativa indiscutível para o tratamento de edentados totais e parciais. Os índices de sucesso em pacientes edentados superam 90% após 15 anos em função (Adell et al.¹, 1981; Jemt et al.⁶, 1989).

Embora muitos pacientes prefiram uma prótese fixa implanto-suportada ao invés de uma sobredentadura, seu uso depende de outros aspectos, como as limitações anatômicas (qualidade e quantidade óssea), fisiológicas, estéticas e financeiras.

Segundo Bonachela & Rossetti² (2002) as sobredentaduras são definidas como próteses removíveis totais ou parciais, que recobrem raízes ou implantes osseointegrados, restaurando toda a dentição. Inicialmente (Ledger⁵, 1956) visava-se apenas a interrupção do processo de reabsorção óssea decorrente da mutilação dos dentes e, atualmente, a manutenção das raízes visa melhorar a retenção e proporcionar conforto ao paciente.

Em relação às próteses totais convencionais, as sobredentaduras podem oferecer ao paciente melhor suporte, estabilidade e retenção. Além dessas vantagens, Kruger & Michel⁷ (1962), Crum & Rooney Jr.⁴ (1978), Cardoso & Mesquita³ (1996), Fenton⁵ (1998) relataram a manutenção de osso alveolar e da propriocepção, melhor eficiência mastigatória, fácil execução e reversibilidade do tratamento.

A possibilidade de manutenção de raízes sob próteses teve seu início com as publicações de Morrow et al.⁹ (1969). Desde então, ficaram estabelecidos alguns parâmetros clínicos prévios e relacionados com o planejamento e indicação destas próteses. Dessa forma, os pilares radiculares devem apresentar condições periodontais e endodônticas adequadas para receber a prótese. Zamikoff⁸ (1973) indicou a necessidade de inserção de no mínimo 5 mm de profundidade e também ressaltou que a mobilidade não é, por si só, uma contra-indicação. A parte coronária deve ser seccionada para permitir o correto espaço ao encaixe (coping curto ou não), base de resina acrílica e dentes artificiais. Além disso, o paciente deve estar ciente dos controles e manutenção da higiene bucal.

Considerando todos esses aspectos, o objetivo deste artigo foi relatar um caso clínico com a utilização do sistema ERA[®] para sobredentaduras dento-retidas e mucosuportada, e discorrer sobre suas principais características técnicas e funcionais.

Considerações técnicas do encaixe ERA® para sobredentadura Dento-Retida

Dentre os vários sistemas de encaixe existentes (barra-clips, o-ring, magneto), o sistema ERA® para sobredentaduras dento-retidas (Implamed-Sterngold) constitui-se num dos sistemas mais versáteis da atualidade.

O sistema é composto por dois desenhos de fêmeas (Figura 1 A e B), sendo um calcinável (A), que é incorporado ao padrão de cera e fundido em liga com dureza de no mínimo 220 Vicker's, e um pré-fabricado (B) e apresentados em dois diâmetros (1,3 mm e 1,7 mm) e no encaixe pré-fabricado de 1,7 mm há uma camada de nitrito de titânio que se estende apicalmente e que identifica o maior diâmetro do pino. Esses dois diâmetros são utilizados de acordo com a largura mesio-distal e vestibulo-lingual da raiz remanescente. Os encaixes pré-fabricados são confeccionados em aço inoxidável cirúrgico.

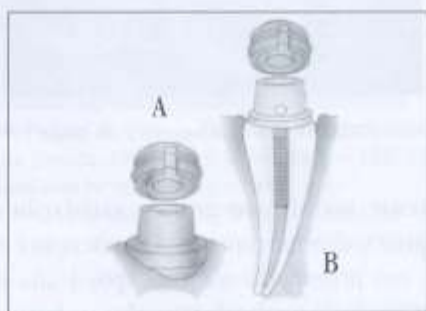


FIGURA 1 - Esquema representativo do encaixe ERA calcinável (A) e pré-fabricado (B), com as respectivas fêmeas.

Para os pinos pré-fabricados há 04 diferentes angulações (0, 5, 11 e 17°) que facilitam a obtenção do paralelismo entre os pilares remanescentes. Para o preparo do remanescente radicular, o sistema apresenta 03 brocas (1: broca para remover guta-percha; 2: broca piloto; e 3: broca counter-sink) que são utilizadas de acordo com o diâmetro previamente selecionado e irão preparar adequadamente a parte intra-radicular e o remanescente coronário para assentamento do pino.

A outra parte do sistema é composta pelo macho de retenção, que é mecanicamente ancorado na base da prótese e apresenta movimento universal e de resiliência vertical (04 mm de movimentação e 2,6 mm de altura). Apresentam ainda diferentes quantidades de retenção que são identificadas pela cor (macho preto = macho de processamento laboratorial; macho branco = retenção leve; macho laranja = retenção moderada; macho azul = retenção forte; macho cinza = retenção muito forte).

Os machos de retenção são de fácil manutenção e têm longevidade média de 02 anos, dependendo do tipo de oclusão

que o paciente apresenta, e após esse período deverão ser substituídos. O processo de substituição dos machos é simplificado e requer apenas 02 chaves para a realização da troca. A primeira chave, denominada trefina, é adaptada à peça reta do micro-motor, sendo usada para remover o macho que está aderido à base da prótese. Com o auxílio de uma sonda exploradora nº 5 ou um holleback, o macho antigo é removido e o novo é reposicionado com auxílio de uma chave de reposicionamento, no mesmo sítio de ancoragem previamente estabelecido no momento da captura.

Relato do Caso

Paciente JMC, 51 anos, do sexo masculino, leucoderma, compareceu à clínica de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, utilizando apenas uma prótese parcial removível superior provisória, com estado de conservação deficiente, apenas 02 dentes superiores remanescentes e classe I inferior de Kennedy (Figura 2).



FIGURA 2 - Aspecto inicial do paciente evidenciando dois dentes remanescentes superiores e prótese parcial removível provisória

Exames radiográficos complementares foram executados, o caso foi montado em articulador semi-ajustável e planejado. Foi proposta a confecção de uma sobredentadura superior imediata dento-retida com encaixe ERA® e mucosuportada, e uma prótese parcial removível inferior. As raízes remanescentes superiores apresentavam-se periodontalmente sadias e foi solicitado o tratamento endodôntico.

No planejamento e plano de tratamento deu-se ênfase à retenção, considerando solicitação do paciente durante a anamnese e, descartando dessa forma, o uso passivo das raízes ou o uso de encaixes do tipo o-rings, barras ou magnetos. Apesar do custo ser um pouco maior em relação aos outros sistemas de encaixe, a simplicidade técnica e versatilidade do sistema ERA® justificaram sua indicação.

As etapas iniciais de moldagem de estudo e funcional, montagem dos dentes, prova funcional foram executadas e as próteses superior e inferior polimerizadas. Em seguida, e previamente à instalação das mesmas, os dentes remanescentes superiores foram preparados para receber o encaixe.

Inicialmente, removeu-se a guta-percha com broca apropriada e, em seguida, com auxílio da broca piloto estabeleceu-se o comprimento intra-radicular do pino (de 1,3 mm, selecionado previamente com auxílio de radiografia periapical). Com a porção intra-radicular preparada, o remanescente coronário foi seccionado e com auxílio da broca counter-sink preparou-se o assentamento do pino pré-fabricado (Figura 3).



FIGURA 3 - Preparo coronário com broca counter-sink.

Para estabelecer o correto paralelismo entre os pilares, foram utilizadas guias de paralelismo para a seleção da angulação dos pinos. Um pino pré-fabricado de 0º e um pino de 5º foram selecionados. Com o paralelismo estabelecido, procedeu-se à cimentação dos retentores com cimento de fosfato de zinco (Figura 4).



FIGURA 4 - Encaixes (fêmeas) pré-fabricados cimentados.

Após a cimentação, as próteses foram ajustadas e deu-se início à captura dos machos de retenção. Esses são posicionados sobre os pinos pré-fabricados (fêmeas), sendo verificado o espaço adequado para não interferir no assentamento da sobrendentadura em posição de máxima intercuspidação habitual. Caso não haja espaço para receber fêmea e macho de retenção, a base da prótese deve ser aliviada até que se consiga o espaço. Em seguida, uma porção de resina acrílica quimicamente ativada é manipulada e colocada sobre a região aliviada na base da dentadura, e a prótese é colocada em posição solicitando ao paciente que mantenha os dentes ocluídos até a polimerização final da resina. Decorrida a polimerização, o macho de retenção ficará ancorado na base da sobrendentadura (Figuras 5 e 6) e a fêmea cimentada no conduto intra-radicular.

O ajuste dos excessos é feito e o paciente é instruído quanto à utilização da prótese e sua manutenção.



FIGURA 5 - Machos de retenção ancorados na base da sobrendentadura.



FIGURA 6 - Tratamento concluído.

O paciente manifestou grande satisfação diante do resultado, principalmente com relação à retenção e estabilidade da prótese, nos procurando somente após 1 ano e 11 meses para a substituição do macho de retenção, conforme orientação inicial.

Conclusão

De acordo com os aspectos abordados neste artigo e considerando as limitações do caso, pode-se concluir que:

- 1) A confecção de sobrendentadura com o uso do encaixe ERAO apresenta facilidade de execução técnica.
- 2) O encaixe ERAO mostrou versatilidade e eficácia no estabelecimento e determinação do paralelismo entre os dentes pilares.

Abstract

The purpose of this study to was show the main factors related with attachment overdentures used in tooth retained and muco-support prosthesis. Based on these factors and a case report, it can be suggested that tooth retained overdentures with ERA[®] attachment have accessible construction technique and versatility.

Keywords

Dental Prosthesis; denture precision attachment; denture overlay.

Referências

1. ADELL, R. et al. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg.*, Copenhagen, v.10, n. 6, p. 387-416, Dec., 1981.
2. BONACHELA, W.C.; ROSSETTI, P.H.O. *Overdentures*. Das raízes aos implantes osseointegrados. Planejamento, tendências e inovações. São Paulo: Ed. Santos, 2002. 216 p.
3. CARDOSO, L.A.M.; MESQUITA, M.F. *Overdentures*. In: DOMITTI, S.S. *Prótese total imediata*. Reaproveitamento dos dentes naturais. São Paulo: Ed. Santos, 1996, cap. 10, p. 73-83.
4. CRUM, R.J.; ROONEY JR, G.E. Alveolar bone loss in overdentures: a 5-year study. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 40, n. 6, p. 610-613, Dec., 1978.
5. FENTON, A.H. The decade of overdentures: 1970-1980. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 79, n. 1, p. 31-36, Jan., 1998.
6. JEMT, T.; LEKHOLM, U.; ADELL, R. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: a preliminary study on 876 consecutively placed fixtures. *Int. J. Oral Maxillofac. Implants.*, Lombard, v. 4, n. 3, p. 211-217, Aug., 1989.
7. KRUGER, L.; MICHEL, F. A single neuron analysis of buccal cavity representation in the sensory trigeminal complex of the cat. *Arch. Oral Biol.*, Oxford, v. 2, n. 7, p. 491-503, Apr., 1962.
8. LEDGER, E. On preparing the mouth for the reception of an evulsd of artificial teeth. *Br. Dent. Sci.*, London, v.1, n.11, p.90, Nov., 1956.
9. MORROW, R.M. et al. Tooth supported complete dentures. An approach to preventive prosthodontics. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v. 21, n. 5, p. 513-522, Oct., 1969.
10. ZAMIKOFF, I.I. Overdentures - theory and technique. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v. 86, n. 4, p. 853-857, Apr., 1973.

Endereço para correspondência

Ricardo Alexandre Zavanelli
 Universidade Federal de Goiás – Faculdade de Odontologia.
 Rua Primeira Avenida, 1964 - Setor Universitário – CEP: 74605-220 - Goiânia - GO
 zavanelli@uol.com.br ou razava@odonto.ufg.br
 Tel.: (62) 255 8151 ou (62) 9639 7979 ou (62) 209 6250

BRASIL
 Line

A SOLUÇÃO EM ASSEPIA
 E HIGIENIZAÇÃO

JESUS É O NOSSO SENHOR

*Kit-Cirúrgico	*Aventais	*Saboneteiras
*Lixeiras	*Camisolas	*Sabonetes
*Sacos p/Lixo	*Jalecos	*Toalheiros
*Tapetes	*Luvas	*Papel Interfolhas
*Detergentes	*Máscaras	*Dispenser de copos
*Fibras p/ limpeza	*Toucas	*Copos Descartáveis

Fone: (62) 233-9133

Rua P-13 n.º 88 Setor dos Funcionários Goiânia - GO CEP 74.543.26

DISTRIBUIDOR:

Columbus
 Flamingo
 Jofel
 Trilha

Nilson
 (62)9952-4592



Endodontia
Especializada

Dr. João Batista Teixeira - Endodontista
 CIRURGIA PARENODONTICA
 CRO-GO 426

Dr.ª Juliana Saddy Teixeira - Endodontia
 CRO-GO 6638

e-mail: jsteixeira@hotmail.com

CLIMOP

Rua 10 n.º 220 - Setor Sul - Telefone: (62) 223-0361 / 9976-3504
 CEP 74030-010 - Goiânia - GO