SOLUÇÃO ESTÉTICA APÓS FALHA DE PLANEJAMENTO PROTÉTICO

RESUMO

A manutenção de uma auto imagem positiva tem relação direta a denteição do indivíduo. A utilização de próteses sejam elas parciais ou totais, tem papel fundamental tanto na saúde oral, quanto na saúde sistêmica do paciente. O restabelecimento da função oclusal, a preservação de estruturas orais remanescentes dependem diretamente de um planejamento protético rigoroso. A satisfação do paciente é fator determinante do sucesso ou insucesso de uma reabilitação protética, bem como o restabelecimento do bem-estar físico, mental e social. Paciente sexo feminino, 32 anos, relata insatisfação estética 120 dias após reabilitação estética com prótese parcial removível. A oroscopia observou-se, inclinação para distal dos elementos 12 e 21 bem como excesso de material restaurador. Observou-se ainda lesão sésil de cor avermelhada em gengiva inserida na região do elemento 11 (ausente), bordas delimitadas, apresentando dor provocada ao toque, sem sangramento e de surgimento a aproximadamente 12 meses, sendo anterior a instalação da PPR. Realizado biópsia excisional, com histopatologia compatível ao granuloma. Tratamento endodôntico do elemento 21. Remoção de carie dos elementos acometidos, inclusive pilar protético. Faceta direta em Resina Fotopolimerizável nos elementos 12 e 21. Recuperação da estética dentária e saúde dos tecidos de suporte. O objetivo do presente está em destacar aspectos relacionados à falhas de PPR se não corretamente diagnosticadas, avaliadas e prevenidas.

Poliana Rodrigues Moraes*
Amanda de Oliveira Bernardes*
Pamela Aparecida Diniz**

* Graduando - Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós Graduação Padre Gervásio.

** Docente em Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós Graduação Padre Gervásio.
Poliana Rodrigues Moraes - Rua João Basílio 91-293 - Centro, Pouso Alegre - MG, 37550-000 - pollyrmoraes@gmail.com

Submetido em: 5-8-2017

Aceito em: 15-8-2018

INTRODUÇÃO

Estudos revelam uma diminuição no número de pacientes desdentados totais e em contrapartida indicam um aumento no número de pacientes parcialmente desdentados. Em decorrência deste aumento, elevou-se também a implantação de próteses parciais removíveis. Deve-se tal aumento a odontologia moderna que valoriza a manutenção de dentes naturais, a um maior acesso aos serviços dentários e a um aumento da capacidade econômica (1,2).

As perdas dentárias, diminuem a capacidade mastigatória, afeta a fonação e causa danos estéticos responsáveis por alterações psicológicas. Com a impactação negativa sobre o indivíduo causada pela perda de elementos dentais, é fundamental destacar a importância de uma reabilitação protética de qualidade (2,3).

O sucesso ou o fracasso de uma reabilitação por Prótese parcial removível (PPR) está intimamente ligado a muitos fatores como condição da oral do paciente, dentes periodontalmente comprometidos e o prognóstico a longo prazo dos mesmos, evidenciando assim a importância de um estudo Pré-Protético. Além deste deve-se manter uma comunicação efetiva Cirurgião dentista e laboratório, para produção de uma prótese adequada(2).

O insucesso pode ser evitado quando realizado uma oroscopia adequada, diagnóstico correto, planejamento adequado, exames clínicos e radiográficos detalhados e moldagem apropriada(4,5).

METODOLOGIA

As informações contidas neste trabalho foram obtidas através de revisão de literatura, revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente foi submetido.

RELATO DE CASO

Paciente, leucoderma, sexo feminino, 32 anos. Procurou atendimento odontológico por insatisfação estética após reabilitação protética recente, aproximadamente 120 dias (Figura 1).

A ectoscopia, não observou-se alteração. A oroscopia observou-se ausência dos elementos: 11,13,14,22,23, 35,36,46. Prótese parcial removível superior mal adaptada.

Cárie em elementos 15, 16, 38, 45,48 sendo nos elementos 15 e 16 em região de apoio da prótese (Figura 2).

FIGURA 1

FIGURA 2

Elemento 21 sem vitalidade. Lesão em região de gengiva inserida do elemento 11, séssil, avermelhada, dolorosa ao toque, não apresentando sangramento espontâneo (Figura 3).

FIGURA 3

Segundo a paciente a referida lesão já estava presente anteriormente ao tratamento protético e anteriormente a extração do elemento 11.

Observou-se ainda a desarmonia entre prótese e elementos remanescentes. Na linha de sorriso pode-se observar que os elementos 12 e 21 apresentavam-se com excesso de resina, conóides e posicionados disto vestibularizados. Os elementos 12 e 21 ainda se encontrava em altura, desproporcional a prótese (Figura 4).

FIGURA 4

Realizado radiografias periapicais e panorâmica, Para determinar o plano de tratamento.

Iniciado o tratamento com biópsia excisional da lesão. Aguardou-se o período de 20 dias o resultado onde o histopatológico apresentou-se compatível ao granuloma piogênico (Figura 5).

FIGURA 5

Concomitantemente ao período de aguardo; realizado remoção de tecido cariado dos pilares protéticos 15 e 16 com confecção de novo nicho para o apoio protético. Por se tratar de lesão cariosa profunda sem envolvimento pulpar foi admitido forramento da cavidade com cimento de hidróxido de cálcio seguido de ionômero e finalizado com resina fotopolimerizável.

Tratamento endodôntico do elemento 21 (Figura 6). Posteriormente restauração de todos os elementos remanescentes envoltos a lesão cariosa.

Como última etapa, remoção do excesso de resina dos elementos 12 e 21, preparação dos remanescentes para confecção de faceta direta em resina composta fotopolimerizável, corrigindo a inclinação dentária, altura e formato (Figura 7).

FIGURA 6

FIGURA 7

DISCUSSÃO

Alguns fatores podem definir a satisfação do paciente para com resultado final; como a condição e alinhamento dos dentes remanescentes, mucosa, saúde dos tecidos periodontais, capacidade de mastigação, conforto, estética e retenção (4-6,7).

Para Etman (2012) a preparação pré-protética em PPR compreende uma série de procedimentos que objetivam modificar as superfícies dentárias para posterior adaptação da prótese. Dentre os procedimentos inclusos nessa fase temos: remoção de carie e doença periodontal, ajuste do plano oclusal, preparo de nichos, criar áreas retentivas, identificar lesão em tecidos moles, entre outros (5-8).

Ao receber pacientes que não passaram por nenhum tipo de tratamento prévio à instalação da prótese, após um período de uso pelo paciente, os suportes se apresentarão abalados, com bolsas periodontais, gengiva inflamada, ocorrência de cáries sob alguns dos grampos ou apoios, mobilidade dos dentes do arco antagonista (3-8).

Para Batista (2011) e para Tong (2012) as principais falhas biológicas na reabilitação protética está relacionada a cárie e a doença periodontal em dentes pilares, sendo estas mais frequentes do que a perda do dente pilar (1-6).

O comprometimento de dentes pilares por doença periodontal e carie, ocorre devido aos resíduos alimentares que se depositam nos componentes metálicos da prótese. Ainda sob a base da PPR, formam uma película onde ocorre a degradação de proteínas salivares. A colonização por microorganismos ocorre causando halitose e inflamação gengival. Com o amadurecimento do biofilme ocorre formação de cálculos sobre a superfície da prótese pela mineralização desse biofilme (2-9).

Considera-se de suma importância a qualidade e preservação dos dentes pilares, entretanto faz-se necessário a oroscopia de todos os componentes da cavidade oral (3-5).

Lesões de tecido mole não são incomuns, tendo etiologia das mais diversas: infecciosa, traumática, hormonal entre outros. O diagnóstico e tratamento de lesões quer sejam intraósseos ou de tecidos moles deve ocorrer na fase pré protética, considerando a evolução acentuada de determinadas lesões pelo uso da peça protética (10).

O granuloma piogênico, representa uma reação tecidual exuberante a uma irritação local, trauma e deficiência na higiene oral. Varia em tamanho, é indolor, sangra facilmente devido à sua extrema vascularização, apresenta crescimento rápido, tem predileção por gengiva vestibular do maxilar superior, entretanto lábios, língua e mucosa jugal são outras localizações mais comuns(9,10).

Frequentemente o granuloma piogenico é associado ao sangramento espontâneo e a coloração avermelhada. Entretanto, para Oliveira (2012) e Carvalho (2011), em alguns casos as lesões, dependendo do tempo de evolução, a localização associada ao trauma recorrente pelo uso da protese pode resultar em aumento de tamanho, mudança na coloração e característica para rósea de aspecto fibroso e sem sangramento aparente. Evidenciando assim a necessidade de excisar cirurgicamente tal lesão na etapa pré protetica (9,10).

Concutaneamente a seleção dos dentes que comporá o tratamento protetico, ao ser realizada, deve considerar a não condenação posterior a reabilitação (5).

Para Silva (2013), um elemento que não responde aos testes de vitalidade associado ou não a sintomatologia dolorosa, apresentará necrose pulpar. A necrose pulpar é o resultado final das alterações inflamatórias da polpa dental. Um dente com polpa necrosada pode ou não apresentar manifestações periapicais e quando não tratado endodonticamente poderá desenvolver uma lesão na região apical. Essa inflamação óssea pode permanecer por vários anos sem causar dor ou danos à saúde, enquanto a de defesa do organismo estiver neutralizando as toxinas liberadas pelos microorganismos. Entretanto quando ocorrer uma queda na imunidade, esses microrganismos podem desencadear uma inflamação aguda no intraoosseo, conseqüentemente o paciente apresentará, dor intensa, inchaço, febre e bacteremia. Nesta fase a resolutive poderá ser a extração do elemento (11).

As falhas e complicações em próteses parciais removíveis estão diretamente relacionadas com a deficiência na higiene oral (2-7).

A origem e a prevalência das falhas irão variar de acordo com as características do paciente, materiais utilizados e preparação pré protética realizada. Para, Dula (2015) uma falha é definida como “uma doença ou condição secundária que se desenvolveu no curso de uma condição ou doença primária” (7).

Muito embora resultados insatisfatórios estabeleçam que uma falha clínica ocorreu, estes também indicam um cuidado abaixo do padrão tido pelo profissional. Entretanto as falhas são condições que segundo Volpato (2012) mesmo em trabalhos de excelência, e estas complicações colocam a saúde dos pacientes em risco acarretando em retrabalhos ou ainda na perda da prótese durante ou após um tratamento protético executado adequadamente (8).

CONCLUSÃO

A prótese parcial removível é um excelente recurso protético devido a sua grande versatilidade em indicação e o baixo custo laboratorial. Os tratamentos protéticos com PPR além da reposição dos dentes ausentes objetiva solucionar questões estéticas, funcionais e preservação das estruturas remanescentes. Porém, para minimizar as possíveis falhas decorrentes do tratamento protético é necessário que o cirurgião-dentista realize o planejamento de forma adequada e execute corretamente todas as etapas clínicas requeridas para a confecção de uma PPR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Batista, A. U. D.; Sales, J. P. L. A.; Farias N., et al. Avaliação do Planejamento de Prótese Parcial Removível em Modelos Recebidos por Laboratórios de João Pessoa, PB. *Pesq. Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 11(1):53-58, jan./marc. 2011.
2. Castro, J. C. O.; Zanetti, R. V.; Feltrin, P. P.; et al. Modelos de prótese parcial removível e comunicação entre cirurgiões-dentistas e técnicos nos laboratórios na cidade de Teresina, Piauí. *RGD*, Porto Alegre, v.57, n.3, p. 273-279, jul./set. 2009.
3. Franceschini J., Luiz; R.B., Célia M.; et al. Responsabilidade legal sobre os modelos de prótese parcial removível. *RGD – Ver Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre, v.59, n.4, p. 603-608, out./dez., 2011.
4. Érica M.; Rocha, S.S.; Carvalho, M. A.; et al. Avaliação do Planejamento para Prótese Parcial Removível e da Qualidade dos Modelos e Requisições Enviados aos Laboratórios. *Rev. Odontol. Bras Central* 2011; 20(52).
5. Etman, M. K.; Bikey, D. Clinical performance of removable partial dentures: A retrospective clinical study. *Open Journal of Stomatology*, v. 2, p. 173181, 2012.
6. Tong, N.; James, K., Moreno, A. S.; et al. Failure of removable dental prostheses: an evidence-based review. Toronto, University of Toronto; 2012.
7. Dula, L.J.; Ahmedi, E.F.; Lila-Krasniqi, Z.D.; et al. Clinical Evaluation of Removable Partial Dentures on the Periodontal Health of Abutment Teeth: A Retrospective Study. *The Open Dentistry Journal*, v. 9, p.132-139, 2015.
8. Volpato, C.A.M.; Garbelotto, L.G.D.A.; ZANI, I.M.; et al. Próteses odontológicas: uma visão contemporânea – fundamentos e procedimentos. São Paulo: Santos, 2012.
9. Oliveira; et al. Granuloma Piodêmico Com Características Clínicas Atípicas: Relato de Caso *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe v.12, n.3, p. 31-34, jul./set. 2012
10. Carvalho MV, Iglesias DPP, Nascimento GJF, Sobral APV. Epidemiological study of 534 biopsies of oral mucosal lesions in elderly Brazilian patients. *Gerodontology* 2011 Jun;28(2):111-5.
11. Silva, M.L.; Dantas, W.; Crepaldi, M.V; et al. NECROSE PULPAR: TRATAMENTO EM SESSÃO ÚNICA OU MÚLTIPLA? *Revista FAIPE*, v. 3, n. 1, p 16-45 ,2013