

- 1 - Reabilitação Oral Com Over P.R. (Overdenture)
- 2 - Extrusão ortodôntica Com Finalidade Protética
- 3 - Carcinoma Primário Intra-Ósseo

① Reabilitação Oral Com Over P.R. (Overdenture)

Utilização da P.P.R. no Restabelecimento da Dimensão Vertical de Oclusão

INTRODUÇÃO

O bruxismo vem a ser o desgaste ou ranger dos dentes com propósitos não funcionais através de movimentos laterais e protrusivos⁵. Frequentemente associado a discrepâncias oclusais e ao stress emocional, ansiedade, medo ou tensão, o bruxismo pode resultar em padrões anormais de desgaste dentário, podendo a posição de dormir também interferir^{3,6,7}.

Quando não prevenido e/ou interceptado através de conscientização de hábito e uso de placas oclusais estabilizadoras de proteção, pode, em casos severos, causar uma diminuição da dimensão vertical de oclusão⁵.

Chegando-se a este nível, infelizmente o que se pode fazer é tratar os efeitos do bruxismo. As modalidades de tratamento reabilitador podem variar desde próteses fixas, ou combinação com P.P.R.s até próteses totais¹. No entanto, quando as modalidades mais conservadoras, principalmente as próteses fixas são impossibilitadas, pelo aspecto financeiro, cabe ao profissional selecionar uma alternativa que não seja a remoção dos dentes remanescentes. E esta alternativa pode ser a OVER P.P.R., a ser descrita aqui.

RELATO DO CASO

O paciente A.J.S., 71 anos, sexo masculino, aposentado, procurou a clínica de pós-graduação da FOB-USP queixando-se de dificuldade para mastigar e problemas relacionados com a estética, pois segundo informação do paciente, "os dentes estavam sumindo."

Na avaliação clínica foi observado desgaste dentário, principalmente na região anterior, quase a nível cervical, devido ao hábito parafuncional de bruxismo (Figuras 1A e 1B). Radiograficamente foi analisado o aspecto periodontal que apresentava-se satisfatório com nível ósseo compatível com a idade e algumas recessões; e endodonticamente tratados os dentes de maior desgastes.

Foram realizadas ainda uma análise oclusal com montagem em articulador semi-ajustável e uma avaliação funcional do sistema estomatognático, onde pode-se detectar alto grau de adaptação funcional á nível de musculatura e A.T.M.s, totalmente assintomáticos, observando-se apenas, através de radiografia transcranianas, uma remodelagem articular compatível com a situação oclusal (desgaste dentário - remodelagem na vertente condilar)⁴.

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

FASE I

O primeiro passo, nestes casos, consiste na determinação ou restabelecimento da DVO. As perdas dentárias intercaladas e desencontradas do ponto de vista oclusal, resultando numa falta de contenção cêntrica, em associação com o desgaste dentário pelo bruxismo levam o paciente a um colapso posterior de mordida e eventualmente,

Dickson Martins da Fonseca
Mestre em Reabilitação Oral-Prótese
pela FOB/USP

Gerson Bonfante
Professor de Prótese da FO/Bauriú/
USP

ILUSTRAÇÕES SOBRE O CASO CLÍNICO DESCRITO



Figs. 1A e 1B - Aspecto clínico inicial do caso. Severos desgastes principalmente nos dentes ântero-superiores repercutindo na fonação, mastigação e estética.

Fig. 2 - Perdas dentárias intercaladas associadas ao bruxismo. Evidência clínica de diminuição da DVO.

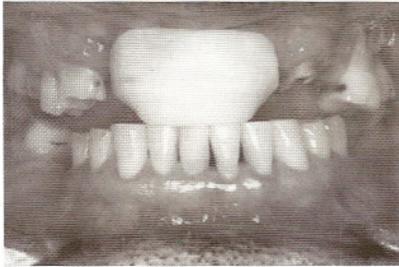


Fig. 3 - Característica do dispositivo de resina para o teste clínico da DVO.

Fig. 4 - SATISFAÇÃO - Esta é uma boa palavra para o teste fonético. Dispositivo simula os incisivos em posição.

Fig. 5 - Registro realizado com cera 9 reembasado com pasta zincoenólica. Pode-se utilizar outros meios de maior precisão.



Fig. 6 - OverPPR provisória adaptada sem necessidade de preparos dentários; ajustes oclusais e estéticos são realizados nesta etapa (1-3 meses).

Fig. 7 - Preenchimento parcial dos condutos com amálgama servindo apenas como apoio para a overPPR.

Fig. 8 - Contenção oclusal em metal. Servirão não apenas para contenção cêntrica, mas também como retenção para a resina.



Fig. 9 - Ajuste oclusal final realizado; pontos cêntricos em metal para manutenção da DVO.

Fig. 10 - Aspecto intra-oral da overPPR

Fig. 11 - A satisfação do teste fonético passou para o sentimento do seu sorriso.

como no caso descrito, uma diminuição da DVO (Figura 2).

Vários métodos de determinação da DVO são citados na literatura ^{2,8}. No entanto, o método aqui apresentado, denominado TESTE CLÍNICO DA DVO parece bastante simples. Ele consiste na associação do teste fonético tradicional com o teste estético, para favorecerem a um planejamento protético em termos de espaço ideal para reposição dentária. Desta forma é confeccionado um dispositivo de resina acrílica, de características semelhantes a um front-platô e um jig, diferindo apenas na superfície vestibular e incisal que deve simular um incisivo, como é o caso, com o objetivo de se ter uma visão mais real da dimensão dentária e situação fonética (Figura 3).

O paciente realiza testes fonéticos com palavras com sons de S e F que auxiliam na determinação do espaço funcional livre e tamanho dos incisivos, respectivamente (Figura 4).

DICA: palavras como SATISFAÇÃO possuem características fonéticas ideais para o teste.

A partir daí, aumenta-se ou diminui-se a altura do dispositivo. Concomitantemente analisa-se o aspecto facial externo do paciente de frente e perfil, dando especial atenção aos lábios e comissura. A opinião do paciente nesta fase é de vital importância.

Restabelecida na nova DVO, realiza-se um registro intra-oral (cera 9; cera reembasada com pasta zincoenólica; material de borracha ou ramitec), o qual servirá para montar o modelo inferior com pino incisal no 0, já que o superior foi montado com o auxílio do arco facial (Figura 5).

Neste momento é que se tem uma visão imaginária da placa restabeecedora de DVO, com características de P.P.R. provisória, já que o paciente vai exercer suas funções mastigatórias. Pôde-se observar também a necessidade protética apenas superior, no tocante aos desgastes.

A placa é encerada, prensada na cor selecionada e remontada para compensar as alterações da polimerização da resina através de guias de remontagem no articulador e instalada em boca sem nenhum preparo nos dentes (Figura 6).

A partir daí se inicia a fase I do tratamento propriamente dito, que é a avaliação por um período de 1-3 meses, com sucessivos ajustes oclusais, reembasamentos com condicionadores de tecido e avaliação clínica da musculatura através do conforto mastigatório e fonação. Aspectos estéticos também são analisados.

Esta técnica de restabelecimento da dimensão vertical de oclusão através de placas possui várias vantagens: restabelecimento imediato da DVO; reversibilidade, já que os dentes remanescentes não são preparados; função e estética satisfatórios a um baixo custo. Apesar de tudo, limitações existem: restabelecimento empírico, exclusivamente clínico, já que a eletromiografia não dá bons resultados, e a necessidade de avaliação temporária, principalmente quanto a higienização.

FASE II

Vencida a fase I, tem-se início o planejamento definitivo. Para o caso foi planejado, pelo aspecto financeiro, preenchimento parcial de amálgama nos condutos dos dentes e posterior arredondamento do remanescente radicular, servindo apenas como apoio para a futura overPPR (Figura 7). Neste item, outros meios de retenção podem ser utilizados (como encaixe intra radicular tipo bola, ceka e até magnético).

Realizados os preparos prévios para confecção de P.P.R., de acordo com o planejamento, foram realizadas moldagem funcional com silicona de adição - (Provil) e novo registro. Nesta fase onde se está diante do modelo superior de trabalho, orienta-se a sua duplicação em modelo refratário para este sim, ser montado no ASA e ser encerado a overP.P.R. com as características oclusais de contenção cêntrica na armação da PPR em metal (Figura 8). Após a seqüência laboratorial normal e de clínica de prova e ajuste interno e oclusal da armação segue-se a prova com dentes e instalação. Veja aspecto final da overP.P.R. (Figuras 9, 10 e 11).

Controles posteriores são necessários para avaliação do grau de desgaste da prótese e da higiene oral, devido ao bruxismo e os remanescentes radiculares com núcleo de amálgama, respectivamente. A utilização de uma placa oclusal sobre o tratamento protético é uma opção de proteção contra o hábito. No entanto, a característica oclusal da prótese permite reposições ou trocas da resina acrílica e/ou dentes, eventualmente desgastados, de uma maneira simples e sem perda da referência da DVO, visto que esta se encontra mantida pelas paradas cênicas no metal da própria P.P.R.

RESUMO

Os autores relatam um caso clínico de bruxismo, com diminuição da dimensão vertical de oclusão e colapso posterior de mordida, onde foram utilizadas como tratamento, uma placa restabeecedora de dimensão vertical de oclusão numa fase provisória (fase I) e uma prótese parcial removível (tipo overdenture) como tratamento definitivo (fase II), restabelecendo o binômio função/estética a um baixo custo.

SUMMARY

The authors report a bruxism clinic case with reduced vertical height and posterior collapse bite, where utilized as treatment, a restablish splint in provisional phase (phase I) and a removable partial denture (overdenture type) in definitive treatment (phase II). The case restablished the esthetics and function with a lower cost.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAIN, J. E., UNGER, J. W. Reconstruction of a severely abraded indication using an overdenture. *Quint. Int.*, v. 17, n. 5. 1986.
- BURNETT, C. A., CLIFFORD, T. J. Closest speaking space during the production of sibilant sounds and its value in establishing the vertical dimension of occlusion. *J. Dent. Res.*, v. 72, n. 61, p. 964-967, June. 1993.
- GRAF, H. Bruxism. *Dent. Clin. North Am.*, v. 13, n. 10, p. 659-665. 1969.
- MONGINI, F. Dental abrasion as a factor in remodeling of the mandibular condyle. *Acta Anat.*, v. 92, n. 2, p. 292-300. 1975.
- PAIVA, H. J. Oclusão de A a Z: conceitos, noções e condutas básicas. Natal: Universitária, 1990. 146 p.
- PAIVA, H. J., FONSÊCA, D. M., VIEIRA, A. M. F. A síndrome do desgaste durante o sono. *Rev. Odont. Brasil Central*, v. 2, n. 5, dez. 1992.
- RUGH, J.D., et. al. Experimental occlusal discrepancies and nocturnal bruxism. *J. Prosth. Dent.*, v. 4, n. 51, p. 548-553. 1984.
- TURANO, J. C., TURANO, L. M. Fundamentos de prótese total. Rio de Janeiro: Quintessencia, 1988. 492 p.