



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



MARIA FERNANDA BARBOSA NAVES

**PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL TIPO *OVERDENTURE* SOBRE
DENTES: RELATO DE CASO CLÍNICO**

UBERLÂNDIA

2018

MARIA FERNANDA BARBOSA NAVES

**PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL TIPO *OVERDENTURE* SOBRE
DENTES: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
a Faculdade de Odontologia da UFU, como
requisito parcial para obtenção do título de
Graduado em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves

UBERLÂNDIA

2018



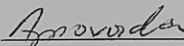
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

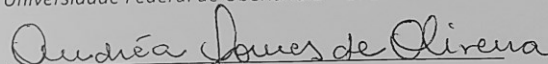
ATA DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DO (A) DISCENTE **Maria Fernanda Barbosa Naves** DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

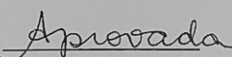
No dia **09 de novembro de 2018**, reuniu-se a Comissão Julgadora aprovada pelo Colegiado de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, para o julgamento do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pelo(a) aluno(a) **Maria Fernanda Barbosa Naves**, COM O TÍTULO: **“PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL TIPO OVERDENTURE SOBRE DENTES: RELATO DE CASO CLÍNICO”**. O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública compreendendo a exposição, seguida de arguição pelos examinadores. Encerrada a arguição, cada examinador, em sessão secreta, exarou o seu parecer. A Comissão Julgadora, após análise do Trabalho, verificou que o mesmo se encontra em condições de ser incorporado ao banco de Trabalhos de Conclusão de Curso desta Faculdade. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas da Graduação, legislação e regulamentação da UFU. Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos e lavrada a presente ata, que após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

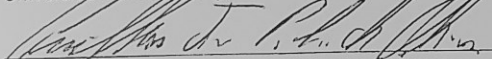
Uberlândia, 09 de novembro de 2018.

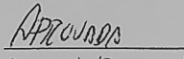

Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

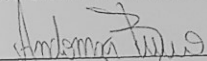

Aprovado/Reprovado

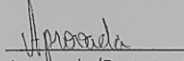

Profª. Drª. Andréa Gomes de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado


Prof. Dr. Guilherme José Pimentel Lopes de Oliveira
Universidade Federal de Uberlândia – UFU


Aprovado/Reprovado


Andomar Bruno Fernandes Vilela
Aluno(a) de doutorado – PPGO/UFU


Aprovado/Reprovado

EPÍGRAFE

*“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”
(Friedrich Nietzsche)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha família por ter sido meu alicerce e minha base durante toda minha trajetória estudantil.

Ao meu orientador, *Prof. Dr. Luiz Carlos Gonçalves*, pela orientação, paciência e por acreditar na minha capacidade. Sou muito grata por todos os ensinamentos durante as etapas clínicas e laboratoriais para a realização deste trabalho.

À instituição FOUFU (Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia), pelo espaço disponibilizado para que pudéssemos realizar este trabalho.

Aos funcionários da FOUFU, por toda atenção e contribuição durante a graduação. Aos meus queridos professores, por todo conhecimento compartilhado.

Ao meu namorado, por todo companheirismo e incentivo e aos meus amigos, que me deram todo apoio necessário durante a minha graduação.

SUMÁRIO

Resumo.....	06
Introdução.....	07
Caso Clínico.....	09
Discussão.....	22
Conclusão.....	23
Referências bibliográficas.....	24

PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL TIPO OVERDENTURE SOBRE DENTES: RELATO DE CASO CLÍNICO

Maria Fernanda Barbosa Naves¹

Luiz Carlos Gonçalves²

RESUMO: A ausência dos dentes afeta a qualidade de vida das pessoas, causando prejuízos estéticos, funcionais e alterações psicológicas. A prótese removível total do tipo *overdenture* é uma boa alternativa para a reabilitação oral visando a recuperação estética e funcional, do sistema estomatognático, mais próxima de sua plenitude.

O trabalho tem como objetivo, discutir este tipo de reabilitação oral, com ênfase nas vantagens apresentadas pela mesma, através do relato de um caso clínico laboratorial.

Neste caso deriva de uma situação clínica em que o paciente se apresenta desdentado total maxilar e edêntulo parcial mandibular, com insatisfação estética e funcional com as próteses em uso. Ao exame clínico e radiográfico dos dentes presentes nota-se, que os elementos 31, 32 e 41 não possuem suporte ósseo suficientes para manutenção, já os dentes 33 e 43 estão com suporte ósseo em quantidade adequada para serem utilizados como pilares de *overdenture*. Após a autorização do paciente, estabeleceu-se o planejamento para a *overdenture* mandibular.

Ao término do tratamento, pode-se perceber algumas das vantagens, deste tipo de reabilitação através da percepção visual do resultado obtido e principalmente pela notada satisfação do paciente corroborada pelo seu relato entusiasta.

Palavras-Chaves: Reabilitação oral, prótese total, *overdenture*.

1. Introdução

Dentes naturais permitem bem-estar psicossocial irrestrito, enquanto a perda de dentes e a reposição de dentes são frequentemente associadas à perda de vitalidade, velhice e deficiência mastigatória (Muller F, et al., 2017). Desse modo a perda dentária é um fator bastante relevante à saúde e apresenta diversas etiologias (Singh H, et al., 2014).

Indivíduos que apresentam comprometimento estético e funcional causado por ausência de dentes ou por próteses com deficiências de retenção e estabilidade têm sua qualidade de vida abalada (Sheiham et al., 2001). A reabsorção contínua do rebordo alveolar após a extração dos dentes origina uma anatomia inadequada para o suporte da prótese total convencional (Tallgren, 1972). O tratamento odontológico

1 Discente do curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia .

2 Docente, Doutor, Associado IV do Curso de Graduação de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

ideal deve oferecer conforto, estética e restabelecimento da função mastigatória aos pacientes, permitindo-lhes adequada reabilitação física, psicológica e social.

O uso de próteses removíveis totais causa sequelas diretas e indiretas. As diretas estão relacionadas à reabsorção do rebordo residual e a traumas na mucosa dos indivíduos. Já as sequelas indiretas são associadas às grandes alterações ocorridas na função mastigatória de usuários de próteses totais removíveis, quando comparados a indivíduos com dentição natural (Carlsson, 1998).

Estas sequelas são minimizadas por meio do uso de *overdentures* (sobredentaduras), já preconizadas por Ledger em 1956 e definidas por Basker e Watson, 1991, como sendo uma "prótese que obtém suporte de um ou mais dentes, por envolvê-los completamente abaixo de sua superfície basal". Tais próteses conseguem retenção, estabilidade e suporte por meio de dispositivos de retenção mecânica, fixados às raízes dos dentes remanescentes de pacientes com extensas áreas desdentadas e, particularmente, nos casos em que há poucos elementos dentários (CARDOSO & MESQUITA, 1996). Com a divulgação e evolução do conceito de *overdenture*, como uma opção de tratamento viável, uma variedade de dispositivos intracanaís foram desenvolvidos (FENTON, 1998).

Nas *overdentures* dentosuportadas ao manter algumas raízes e conseqüentemente o ligamento periodontal no interior dos alvéolos é possível manter a propriocepção do paciente. Tal fato contribui consideravelmente na efetividade dos movimentos mandibulares e no controle das forças exercidas durante a mastigação. (Renner, 1990; Dodge, 1973). Além disso, a *overdenture* sobre dentes promove um grande efeito psicológico de não estar completamente edêntulo, por isso ela também pode ser considerada uma prótese preventiva ou de transição entre o estado de edentulismo parcial e o total, possibilitando ao paciente a oportunidade de se habituar à utilização da prótese, tornando menos traumática a aceitação de uma futura prótese total (Prado et al., 2003; Renner, 1990).

Portanto, neste trabalho, em decorrência da situação clínica apresentada pelo paciente, com maxila edêntula total e mandíbula edêntula parcial com remanescentes dentais com um suporte ósseo reduzido para atuar como pilares de uma prótese removível parcial, mas com suporte ósseo suficiente para serem pilares de *overdentures*. Optou-se pelo estabelecimento de um plano de tratamento

reabilitador com a confecção de uma prótese removível total maxilar e uma prótese removível total do tipo *overdenture* mandibular com retentores mecânicos nos dentes 33 e 43.

2. Relato de Caso Clínico

Paciente R.J.N., 71 anos de idade, apresentou-se ao Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, queixando-se de sua prótese parcial removível inferior e de sua prótese total removível superior. As queixas principais eram a dificuldade de mastigar devido à falta de estabilidade da prótese inferior além da estética insatisfatória. No exame clínico nota-se que as próteses removíveis em uso se apresentam com grande desgaste nos dentes e na região da base há instabilidade oclusal e sobrecarga na região anterior da prótese maxilar, e por consequência no rebordo (*Figura 1*). Desta forma a mucosa de revestimento se apresenta com maior resiliência.



Figura 1 - Situação inicial das próteses em uso. A - Vista lateral direita; B - Vista frontal; C - Vista lateral esquerda. Pode-se evidenciar: O mau estado de conservação das próteses em uso; A desordem oclusal estabelecida pelo desgaste e a higiene bucal precária.

Devido à desadaptação apresentada pelas próteses, notou-se uma hiperplasia fibrosa inflamatória do rebordo alveolar maxilar. Percebeu-se uma deficiência de higienização com a presença de biofilme e cálculo nos dentes remanescentes do arco mandibular. Os dentes remanescentes se apresentavam nas seguintes condições: dente 43 encontrava-se como raiz residual tratada endodonticamente, o dente 33 apresentava cárie na face lingual e os elementos 32, 31 e 41 mostravam desgaste incisal e mobilidade acentuada. Os tecidos

periodontais apresentavam com ligeira hiperemia e edema (*Figura 2*). Ao exame radiográfico os dentes 32, 31 e 41 apresentavam imagem compatível com perda de suporte ósseo importante, e por consequência sua relação coroa e raiz estava inadequada para servirem como pilares de prótese. Já os elementos 33 e 43, apesar de não estarem hígidos mostravam boa relação de suporte ósseo, o que os habilitava a serem pilares da prótese removível (*Figura 3*).



Figura 2. Situação inicial dos tecidos e órgãos da cavidade bucal. A – Maxila, evidenciando formação de placas de tecido hiperplásico e pequenas erosões do tecido epitelial, principalmente do lado direito; B – Mandíbula (vista frontal), evidenciando as condições dos dentes remanescentes; C – vista superior da mandíbula – Além das condições dentárias, nota-se a reabsorção avançada do rebordo na região posterior.

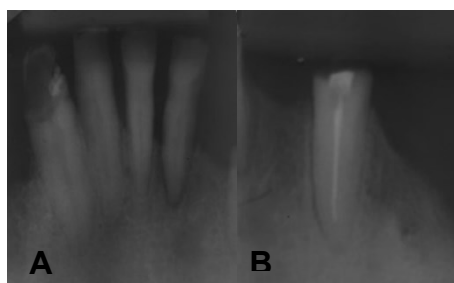


Figura 3. Imagens radiográficas da região dos dentes remanescentes. A- Evidencia-se a perda óssea nos incisivos e a; B- necessidade de tratamento endodôntico no dente 33 e no 43.

Após a análise do caso, considerando os aspectos periodontais e endodônticos, foi proposto ao paciente à confecção de uma prótese total convencional superior em oposição a uma *overdenture* mandibular sobre dentes. O plano de tratamento foi apresentado ao paciente e seu consentimento foi obtido.

Optou-se por manter o uso das próteses insatisfatórias até a conclusão das futuras peças, havendo a necessidade de se fazer o reembasamento das próteses com o material macio provisório [(Soft Comfort, Dencril Produtos Odontológicos. SP); *Figura 4*], para a readaptação das próteses e adequação dos tecidos moles.



Figura 4. Próteses em uso reembasadas com material macio. Nota-se a uniformidade do material recompondo/readaptando a parte interna das próteses.

A confecção das próteses, superior e inferior, seguiu a rotina normal para construção destes aparelhos envolvendo: moldagem anatômica, moldagem funcional, registro intermaxilar, seleção dos dentes artificiais, montagem em articulador, montagem dos dentes artificiais, avaliação funcional da seleção e da montagem dos dentes artificiais e processamento. Em alguns momentos houve uma ligeira variação desta rotina devido às características anatômicas apresentadas, e por ser necessária a intervenção periodontal cirúrgica e endodôntica para adequação da situação clínica à necessidade de se utilizar retentores adicionais mecânicos, que serão fixados nos remanescentes dentários. Para a moldagem funcional, devido à presença de tuberosidades retentivas e dentes naturais remanescentes, destaca-se a associação de um material fluído e rígido (pasta a base de oxido de zinco e eugenol (Lysanda Produtos Odontológicos. SP) para a moldagem do selado periférico e um material elastomérico para a moldagem de toda are basal (Maxila: ImpregumSoft, 3M. Alemanha) (Mandíbula: Perfil, Coltene, Suíça) (*Figura 5*).

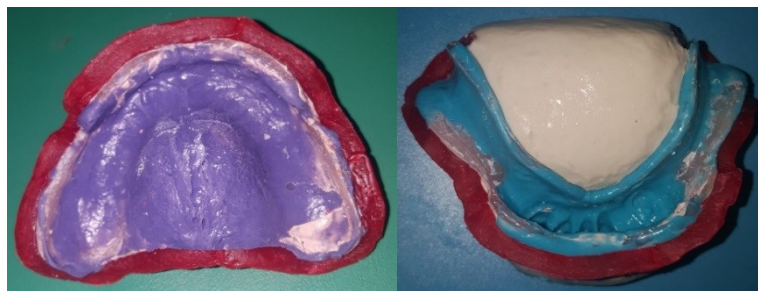


Figura 5. Moldes funcionais da maxila e da mandíbula, evidenciando a associação de materiais.

A base de prova inferior foi confeccionada seguindo o procedimento padrão, somente que, a inferior não envolveu completamente a região dos dentes remanescentes, contornando o espaço correspondente aos mesmos (*Figura 6*). O envolvimento parcial objetiva a melhor retenção e estabilidade da base durante os procedimentos seguintes.



Figura 6. Bases de prova superior e inferior. Nota-se o detalhe do envolvimento parcial dos dentes remanescentes, na base de prova inferior.

Concomitantemente aos procedimentos protéticos laboratoriais, realizou-se o tratamento endodôntico no dente 33, cirurgia periodontal para aumento da coroa clínica (*Figura 7*) e retratamento endodôntico no dente 43.



Figura 7. Cirurgia para aumento de coroa clínica. A – Condição inicial da relação tecidual com a raiz residual do 33; B – Mensuração da relação da raiz residual com o tecido ósseo; C – exposição radicular finalizada.

O registro maxilo-mandibular ocorreu por meio da construção dos planos de orientação com cera rosa 7 (Lysanda Produtos Odontológicos. SP) sobre as bases de prova, ajustando-os de acordo com as características biotipológicas do paciente. Para melhor precisão do registro e fixação da posição mandibular aplicou-se pasta zincoenólica (Lysanda Produtos Odontológicos. SP) na região incisal do plano de orientação superior (Figura 8).

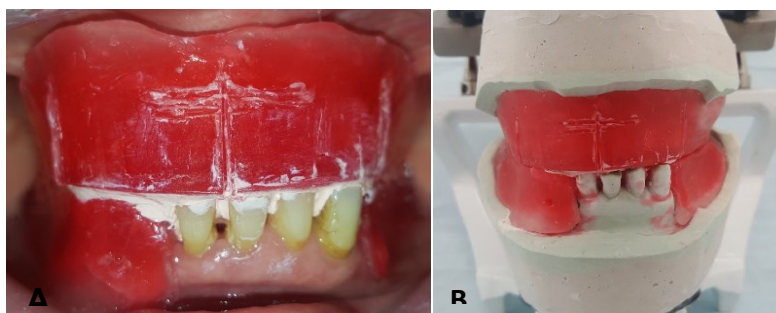


Figura 8. A – Registro do posicionamento mandibular com pasta a base de óxido de zinco e eugenol; B- Modelos posicionados em articulador.

Seguiu-se a seleção dos dentes artificiais e a montagem dos modelos em articulador semi-ajustável. Realizou-se montagem dos dentes seguindo a sequência padrão para a prótese removível total superior e inferior. Com uma pequena diferença na montagem da prótese inferior, pois os dentes das regiões edêntulas, foram orientados pelo posicionamento dos dentes superiores, desta forma permitiu uma primeira avaliação da seleção e montagem dos dentes. Para a confirmação da correta posição mandibular e dos aspectos estético e funcional (Figura 9).



Figura 9. Avaliação funcional da seleção e montagem dos dentes artificiais.

Após esta avaliação simulou-se, no modelo inferior, a exodontia dos dentes incisivos e a odontosecção dos caninos. Com isso, pode-se terminar a montagem dos dentes anteriores inferiores e fazer a ceroplastia (*Figura 10*).



Figura 10. Montagem de dentes e ceroplastia finalizadas.

Os modelos foram enviados ao laboratório para o processamento das próteses totais, superior e inferior. Concomitantemente com a confecção das próteses, foram realizados os alívios intracanais de $2/3$ do comprimento do remanescente dental, nos caninos tratados endodonticamente (*Figura 11*).



Figura 11. Imagens radiográficas no momento dos alívios dos condutos. A – Alívio do dente 43; B – Alívio do dente 33.

Com as próteses totais removíveis, superior e inferior, finalizadas, fez-se a cirurgia de extração dos dentes 32,31 e 41, e preparo dos caninos 33 e 43. Com o uso de pontas diamantadas (3203, KG sorensen, SP), o dente 33 e o remanescente dentário 43 foram desgastados acompanhando o perfil gengival deixando aproximadamente 1 mm acima da margem gengival (*Figura 12*).

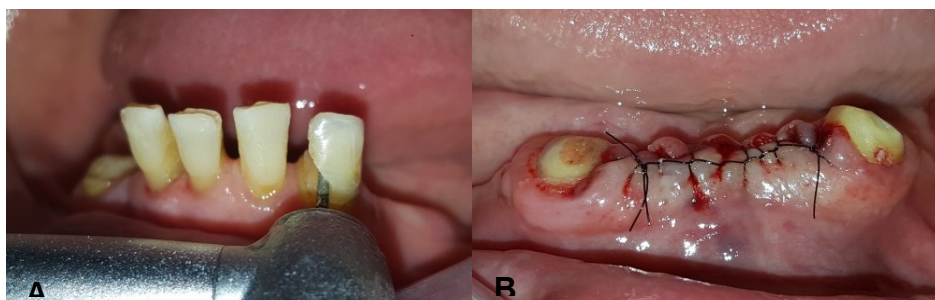


Figura 12. Preparo da região dos dentes remanescentes. A – Início do desgaste dos dentes pilares selecionados; B – Dentes remanescentes desgastados e extração dos dentes remanescentes.

Em seguida, foi instalada a prótese total removível convencional superior e a prótese total removível inferior do tipo *overdenture* como uma prótese imediata, alguns ajustes preventivos foram realizados (*Figura 13*).



Figura 13. Próteses totais superior e inferior instaladas.

Após a instalação das próteses, ocorreram as sessões de controle fazendo-se o ajuste oclusal e as correções nas bases das próteses. Conforme ocorria a cicatrização da cirurgia de extração dos dentes, o tecido da mucosa com os quais as próteses mantêm contato direto voltou progressivamente à condição normal de saúde e seguiu-se o tratamento.

Após a avaliação do reduzido espaço vertical disponível para a montagem dos dentes artificiais bem como da fina espessura da base da prótese inferior finalizada, e da falta de paralelismo entre as raízes, optou-se por utilizar retentores do tipo o'ring (Telles, 2013).

Devido à condição financeira do paciente, e também para agilizar o tratamento, o componente macho do sistema de retenção foi obtido a partir da moldagem direta da parte interna das anilhas (fêmeas) sobressalentes do tipo axial da CNG (CNG Soluções Protéticas). Os remanescentes dentários 33 e 43 tiveram os terminos preparados em forma de chanfro com uma ponta diamantada esférica 1014 (KG sorensen. SP) na sequência os condutos dos canais intra-radulares foram moldados pela técnica direta (Telles, 2013). O desenho final dos núcleos com retenção intra-radicular cobre totalmente a superfície dos dentes até seu ângulo cavo superficial, com a finalidade de estabilização, retenção do núcleo e proteção do remanescente dental, formando um capuz coronário na cervical dos caninos (cúpula). Após o acabamento do padrão em resina dos núcleos estojados os mesmos ficaram com uma superfície curva, acompanhando o perfil gengival e com

aproximadamente 1 mm de altura. Neste momento também foi observada a adaptação dos núcleos ao ângulo cavo superficial do preparo (*Figura 14*).



Figura 14- A – Aspecto final do padrão em resina acrílica de um dos núcleos estoçados; B – Padrão dos núcleos estoçados em posição nos dentes pilares para verificação da adaptação marginal.

Fez-se a captura do retentor/macho sobre os núcleos estoçados, com o uso a resina acrílica autopolimerizável (Dencor LAY, SP) aplicada com pincel, atentando-se para que os mesmos se posicionassem paralelos (*Figura 15*).



Figura-15. Finalização dos padrões em resina dos núcleos estoçados com a parte macho do sistema de retenção. A- Preparo do macho com deposição de resina acrílica de ativação química na base para fixação no padrão; B Machos em posição, nos padrões em resina adaptados na boca. C – Padrões em resina finalizados prontos para fundição

Ao término desta etapa os pinos intra-radculares com os retentores foram fundidos em laboratório. Os pinos intraradculares com os retentores já fundidos foram posicionados no interior dos condutos radiculares dos caninos e radiografias periapicais foram realizadas para verificar a adaptação correta dos mesmos. Houve a necessidade de alguns ajustes nos pinos intra-radculares e após a verificação da correta adaptação, os mesmos foram cimentados com cimento de fosfato de zinco, nos caninos 33 e 43 (*Figura 16 e 17*).

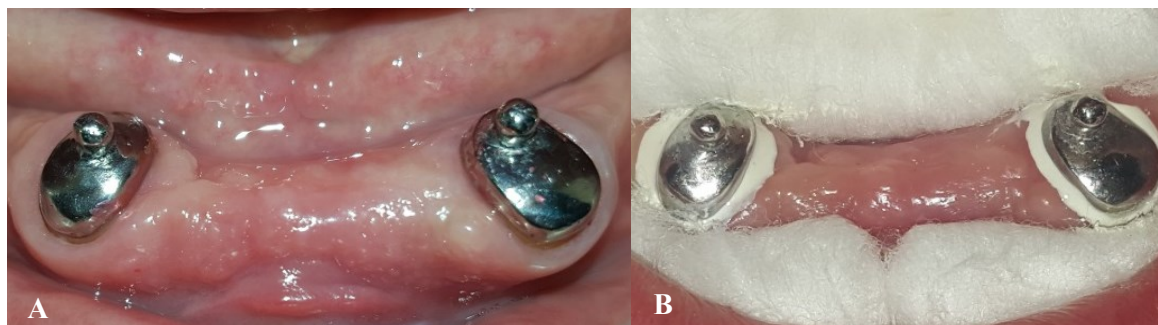


Figura 16. Cimentação dos núcleos estojados fundidos. A – Núcleos em posição, checando a adaptação; B –Cimentação dos núcleos;

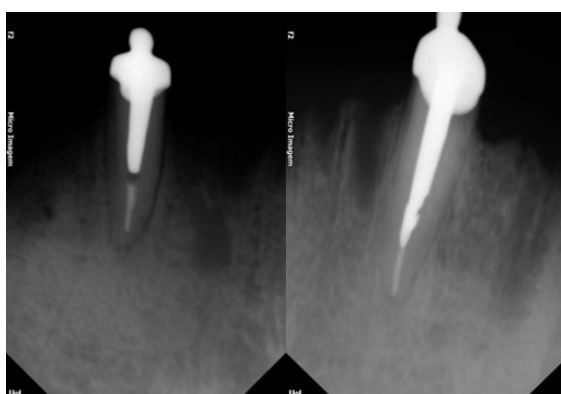


Figura 17. Radiografias de prova dos núcleos.

Para readaptação da prótese, sem a interferência dos núcleos metálicos, fizeram-se alívios, no interior da prótese inferior nas regiões correspondentes a posição dos núcleos. Utilizando um material elastomérico denso (Precise SX, Dentisply. Chile), preencheu-se o espaço do alívio e adaptou-se a prótese sobre o rebordo. Pela compressão o excesso de material foi expulso e houve exposição de resina na base da prótese, detectou-se o contato do metal com a base e fez desgaste nesta região. O processo foi repetido até que não haver mais exposição da resina, demonstrando assim a acomodação da prótese somente sobre a mucosa (Figura 18).



Figura 18. Evidenciação das interferências com silicona densa. A –Identificado o contato do metal com a base da prótese pela exposição da resina no fundo do alívio(seta); B – Desgaste do excesso com broca maxicut; C – Alívio finalizado.

A prótese deve ser utilizada nesta condição, até que ocorra a acomodação passiva da mesma sobre o rebordo e atinja uma estabilização no posicionamento vertical e horizontal. Esta condição é verificada pela ausência de queixas do paciente e a repetição do padrão de distribuição dos contatos oclusais checados com carbono. Neste ínterim, a prótese foi reembasada com material macio, nas regiões aliviadas, melhorando a retenção e estabilidade sem prejudicar a acomodação da mesma sobre o rebordo (*Figura 19*).



Figura 19. Prótese overdenture reembasada com material macio nas regiões aliviadas.

Para fazer a captura das anilhas de retenção de borracha (fêmea), na prótese total inferior, estas foram posicionadas sobre os retentores/macho que estão fixados nos caninos. Após, checou-se o espaço interno/alívio para acomodação da fêmea sem que a mesma interfira no posicionamento da prótese o que poderia causar um deslocamento da mesma e um erro na posição de oclusão. Este processo é idêntico ao já relatado para adaptação da prótese sobre o núcleo estojado em metal. Por causa da espessura fina da prótese ocorreu uma pequena perfuração na mesma

que será corrigida/fechada quando da realização da captura da fêmea do sistema de retenção (Figuras 20 e 21).

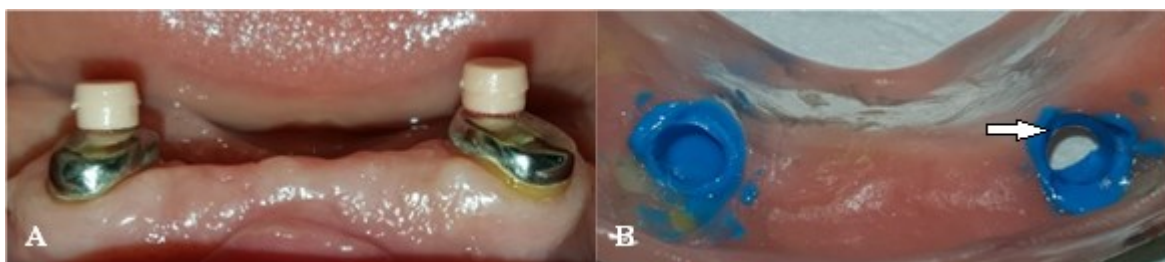


Figura 20. Captura das anilhas de retenção de borracha (fêmea). A - Anilhas de retenção de borracha em posição; B - Evidenciação com silicone para alívio interno na base da prótese. Presença de pequena perfuração na base (seta).



Figura 21. Alívio interno da base da prótese. Alívio finalizado, vista frontal, evidenciando correta posição de dimensão vertical e oclusão. Nota-se a perfuração na vestibular do 33.

A região aliviada na prótese foi preenchida parcialmente, com resina acrílica de ativação química cor rosa (VIPI, SP), para que não houvesse excesso e o mesmo não impedisse o correto posicionamento da prótese sobre o rebordo, ao ser reembasada. Posicionou-se a prótese inferior no interior da boca, com pressão bilateral. Em seguida o paciente foi orientado a manter a boca fechada com os dentes em oclusão até a polimerização, sem apertar em demasia, para que a fixação do retentor não ficasse em uma posição de maior compressão da mucosa e pudesse originar trauma com dor e desconforto durante a utilização. Assim que a resina acrílica rosa foi polimerizada, ela prendeu-se na anilha de borracha que se fixou à prótese. Com o uso de broca maxicut removeu-se o excesso de resina ao redor do

anel de borracha, para evitar traumas nos tecidos da mucosa periodontal. Fez-se um acréscimo de resina na região lingual inferior, por causa da espessura fina e da perfuração que ocorreu na prótese. Depois da polimerização da resina executou-se o acabamento e polimento na *overdenture* (Figuras 22 e 23).



Figura 21. Captura das anilhas de retenção de borracha (fêmea). A – Preenchimento de parte do alívio com RAAQ rosa; B – Compressão, pela oclusão das próteses, para acomodação das mesmas, durante a captura da anilha; C – Anilhas capturadas, com excesso de resina; D – anilhas capturadas e excessos de resina removidos; E – Vista oclusal confirmando o fechamento da abertura lingual; F – Aspecto final da superfície lingual, já com acréscimo de resina e polida.



Figura 22. Vista frontal. Aspecto final das próteses. Nota-se a correta posição de oclusão e a ausência da perfuração na região vestibular do 33.

3. Discussão

A reabilitação protética de pacientes edêntulos com próteses removíveis totais convencionais sempre foi um desafio para os cirurgiões dentistas, devido aos fatores anatômicos e psicológicos, que isoladamente ou em conjunto podem contribuir para o insucesso do tratamento. A tarefa dos profissionais é restaurar a função mastigatória e preservar ao máximo possível o remanescente dental e o tecido periodontal de suporte. A *overdenture* sobre raiz oferece muitas vantagens quando comparada com a prótese total convencional. As vantagens mais importantes são: a preservação do osso ósseo alveolar remanescente e a manutenção da propriocepção que influencia diretamente em fatores psicológicos benéficos (Thayer e Caputo, 1977).

A propriocepção é a resposta sensorial a qualquer estímulo, que acontece devido à presença de mecanoreceptores, no ligamento periodontal. Os mecanoreceptores auxiliam no controle da força mastigatória, no reconhecimento do tamanho e textura dos alimentos e no posicionamento da mandíbula durante a função (Bonachela e Rossetti 2003; Basker, Harrison e Ralph, 1983). Quando as raízes são mantidas para suportar uma prótese o processo de reabsorção óssea e remodelação, que ocorre pós-extração dos dentes, é retardado. Isso acontece, pois a habilidade proprioceptiva do ligamento periodontal, sinaliza uma carga excessiva durante a função mastigatória e consequentemente diminui a reabsorção. Além disso, menos pressão é aplicada no rebordo alveolar, já que as raízes dissipam as forças oclusais ao longo do eixo dos dentes através do ligamento periodontal. Quando estas forças não forem excessivas é promovida a manutenção óssea da crista do rebordo alveolar (Renner, 1990; Burns, 2004). Percebe-se também que próteses totais removíveis do tipo *overdenture* sobre dentes apresentam maior retenção e estabilidade se comparadas com próteses totais removíveis convencionais (Rissin et. Al. 1978). Frente às vantagens descritas a indicação da prótese total removível inferior do tipo *overdenture* sobre dente, como opção de tratamento para a situação clínica apresentada se mostrou como a mais adequada.

A confecção das próteses seguiu os procedimentos de rotina padrão de uma prótese removível total mucoso suportada superior e uma prótese removível total mucoso suportada inferior. Sendo que a inferior se diferenciou da superior, por ter

sido caracterizada a princípio como uma prótese imediata, tendo algumas etapas a mais que são inerentes a esta modalidade de reabilitação oral.

Segundo Telles, 2013, os sistemas tipo anel de retenção ou o´ring estão indicados quando a distância entre as raízes/implantes é grande, dificultando a obtenção de um segmento reto de barra, ou pequena, que não justifique a confecção de uma barra para acomodar apenas um clipe. São contraindicados em raízes/implantes com mais de 20° de divergência. Como as raízes do 33 e do 43 do paciente se enquadravam nesses requisitos, optou-se pelo retentor do tipo o´ring. Com o intuito de reduzir custo os componentes machos do sistema de retenção foram obtidos a partir da moldagem direta, da parte interna de anilhas (fêmeas) sobressalentes do tipo axial da CNG.

A que se ressaltar a influência do espaço vertical na seleção do tipo de sistema de retenção. No caso em descrição, houve uma pequena intercorrência no momento da captura da anilha (fêmea), pois a altura da mesma, em posição sobre o pino (macho), ficou maior que a espessura da base e com isto, durante o alívio para acomodação da fêmea, houve uma perfuração da base. Esta situação ocorreu involuntariamente, mas que teve rápida e satisfatória resolução, utilizando resina acrílica de ativação química para o fechamento da perfuração, não interferindo na qualidade final do tratamento. Então, esta perfuração nos mostra que é melhor escolher o sistema de retenção depois de efetuada a montagem dos dentes, pois é neste momento que podemos analisar o espaço vertical existente e definir com mais exatidão o sistema mais adequado à situação clínica apresentada.

4. Conclusão

Percebe-se a satisfação psicológica do paciente ao final do tratamento, com ênfase positiva na pela manutenção das raízes dos caninos. Os fatores estético, mastigatório e a estabilidade da prótese foram otimizados trazendo conforto ao uso dos aparelhos.

Referências Bibliográficas

Muller F, Shimazaki Y, Kahabuka F and Schimmel M et al. Oral health for an ageing population: the importance of a natural dentition in older adults. *International Dental Journal* 2017; 67 (Suppl. 2): 7—13

Singh H, Sharma S, Singh S, Wazir N, Raina R. Problems faced by complete denture-wearing elderly people living in jammu district. *J Clin Diagn Res* 2014 Dec;8(12):ZC25-7.

Tallgren A. The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers: a mixed-longitudinal study covering 25 years. *J Prosthet Dent* 1972;27(2):120-31

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, et al. The relations among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001 80: 408—413.

CARLSSON, G.E. Clinical morbidity and sequela of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*, v.79, n.1, p.17-23, 1998.

LEDGER, E. On preparing the mouth for the reception of a full set of artificial teeth. *Br.Dent. Sci.*,v. I, p.90, 1956. Apud CARDOSO, L.A.M.; MESQUITA, M.F. *Op. cit.* Ref. 9.

BASKER, R.; WATSON, C. Tongue control of upper complete dentures: a clinical hint. *Br Dent J*, London, v. 171, n. 8, p. 237, Oct 1991. Apud RIGDON, T.F. *Op. cit.* Ref. 27.

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. I O, p. 73-83.

FENTON, A.H. The decade of overdentures: 1970-1980. J ProsthetDent, Saint Louis,v.79, n. 1, p. 31-6, Jan 1998.

RENNER, R.P. The Overdenture concept.**Dent Clin North Am**, v.34, n.4, P.593-606, 1990

Dodge, CA. Preventionof complete denture problems by use of “overdentures”. J Prosthet Dent. 1973; 30 (4): 403-11.

Prado, G.L.G. González DM, Hernández MEG. La sobredentadura, una opción válida em Estomatologia. Rev Cubana Estomatol, 2003 Set/Dez:40(3).

TELLES, D. Prótese total convencional e sobre implantes. 3 ed. São Paulo: Santos, 2013. 512p

Thayer HH, Caputo AA. Effects of overdentures upon remaining oral structures. J Prosthet Dent. 1977 Apr;37(4):374-81.

BONACHELA, W. CARDOSO; ROSSETTI, P.H.O. Overdentures: Das raízes aos implantes osseointegrados,1ed, p.03-04, 2003.

Burns D. The mandibular complete overdenture, Dent Clin N Am. 2004;48:603-23.

Rissin, L., House, J. E.,Manly, R. S., &Kapur, K. K. Clinical comparison of mastigatory performance and electromyographic activity of patients with complete dentures, overdentures, and natural teeth. J ProsthetDent, 39(5), 508-611.