



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



LUCAS DÉCIO LOMBARDI

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM DISPLASIA CEMENTO-
ÓSSEA FLORIDA – RELATO DE CASO CLÍNICO**

UBERLÂNDIA

2022

LUCAS DÉCIO LOMBARDI

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM DISPLASIA CEMENTO-
ÓSSEA FLORIDA – 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

Coorientadora: Prof.^a Dra. Tânia de Freitas Borges

UBERLÂNDIA

2022

Dedico todo esse trabalho a minha avó,
Joana Darc dos Santos (*in memoriam*),
pois sei que sem você nada disso seria
possível, obrigado por tudo que me
ensinou e por tudo que fez por mim, serei
eternamente grato.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família por toda ajuda que recebi em todos esses anos, em especial agradeço a minha avó, que se foi poucos meses antes da minha formatura, mas que foi minha maior incentivadora e minha maior amiga. Agradeço também a minha mãe e a meu pai por me apoiarem e me aconselharem na minha jornada. Não posso esquecer também de todos os tios e tias que sempre estiveram presentes e sempre me ajudaram quando eu mais precisei, me acolhendo e me consolando nos momentos mais difíceis. Agradeço também a todos os professores que passaram por minha vida, todos foram igualmente importantes na construção de quem eu sou hoje, alguns movidos pelo amor a profissão me inspiraram fortemente a estudar e seguir os meus sonhos, muito obrigado. Gostaria de agradecer também aos amigos e colegas que estiveram comigo em todos esses anos, principalmente agradeço à Lorena Soares Zanatta, Ana Carolina Gomes Rocha, Milena Oliveira e Mateus Hilário por tornarem os momentos ruins mais toleráveis, e, aqueles bons, melhores ainda. Desejo sucesso a todos! Agradeço ao meu orientador, Luiz Carlos e a minha coorientadora Tânia Borges por todos os ensinamentos e pela paciência e carinho durante o desenvolvimento deste trabalho e em todas as outras atividades. Agradeço também à Universidade Federal de Uberlândia e a todos os demais funcionários por tornarem tudo isso possível. Em especial quero agradecer a todos os pacientes que encontrei pelo caminho, obrigado pelo carinho, pela paciência e pela confiança durante o desenvolvimento das atividades práticas em saúde oral, sem as quais não é possível o aprimoramento técnico e humano necessários a melhor qualificação de um cirurgião dentista.

RESUMO

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma lesão do tipo fibro-óssea, não neoplásica, geralmente assintomática, predominante no gênero feminino e em pessoas melanodermas. Costuma ser um achado acidental em exames de rotina e é a lesão do tipo fibro-óssea mais comum presente em consultórios odontológicos. Apesar de geralmente assintomática a doença pode causar sinais e sintomas, como dor, fístula alveolar e exposição do osso avascular na cavidade oral, levando o paciente a procurar atendimento. Apesar de sua relação de causa-efeito ainda estar em estudo muitos autores relacionam o aparecimento de sintomas em paciente com DCOF ao uso de próteses totais e parciais removíveis, exigindo acompanhamento periódico do paciente com diagnóstico de DCOF que fazem uso de próteses removíveis. Será descrito o caso clínico de uma paciente do gênero feminino, melanoderma, 69 anos, que compareceu a clínica do Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas (PROCEDE) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), queixando-se de dor intensa. Após anamnese, exame clínico e radiográfico a paciente foi diagnosticada com DCOF, recebendo tratamento medicamentoso e posteriormente cirúrgico, onde foi feita abertura e curetagem óssea. Ao fim do tratamento a paciente foi encaminhada para o programa de extensão de Multidisciplinaridade na Atenção à Saúde do Idoso (MASI) da UFU, já que possuía prótese total superior e inferior insatisfatórias, onde decidiu-se por utilizar um revestimento interno com material macio sobre a prótese inferior, com objetivo de distribuir melhor as forças mastigatórias e dar mais conforto à paciente.

Palavras-chave: displasia cemento-óssea florida, prótese parcial, material resiliente

ABSTRACT

Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a fibro-osseous, non-neoplastic, usually asymptomatic, predominantly female and melanodermic lesion. It is usually an incidental finding on routine examinations and is the most common fibro-osseous lesion found in dental offices. Although usually asymptomatic, the disease can cause signs and symptoms, such as pain, alveolar fistula, and exposure of avascular bone in the oral cavity, leading the patient to seek care. Although the cause-effect relationship is still under study, many authors relate the onset of symptoms in patients with FCOD to the use of total and partial removable prostheses, requiring periodic follow-up of patients diagnosed with FCOD who use removable prostheses. The case of a 69-year-old female patient, melanoderma, who came to the Stomatological Diseases Specific Care Program (PROCEDE) at the Federal University of Uberlândia (UFU) complaining of severe pain, will be described. After anamnesis, clinical and radiographic exam the patient was diagnosed with FCOD, receiving drug and surgical treatment, where an opening and bone curettage was performed. At the end of treatment the patient was referred to the extension program of Multidisciplinarity in Health Care for the Elderly (MASI) at UFU, since she had unsatisfactory upper and lower total prosthesis, where it was decided to use an inner lining with soft material on the lower prosthesis, in order to better distribute the chewing forces and give more comfort to the patient.

Keywords: florid cemento-osseous dysplasia, partial denture, resilient materials

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Radiografia inicial da paciente	12
Figura 2: Fotografia Extrabucal inicial: perfil direito e frontal da paciente	13
Figura 3: Imagens intrabucais: Rebordo Mandibular (A); Rebordo Maxilar (B).....	14
Figura 4: Modelo anatômico inferior (A); Moldeira individual inferior (B).....	14
Figura 5: Planejamento e confecção dos nichos: Modelo de anatômico/estudo com planejamento dos nichos (A); Reprodução do planejamento na boca, com uso de matriz em acetato (B).....	15
Figura 6: Moldes funcionais: Molde funcional inferior/mandibular (A); Molde funcional superior/maxilar (B)	16
Figura 7: Análise do modelo no delineador (A); Enceramento da armação (B)	16
Figura 8: Prova da estrutura metálica vista lateral esquerda (A); Prova da estrutura metálica vista superior (B).....	17
Figura 9: Estrutura metálica com RAAQ	17
Figura 10: Registro intermaxilar (A); registro intermaxilar finalizado com pasta Zinco Enólica (B).....	18
Figura 11: Vista frontal (A) e lateral direita (B) após a montagem de dentes superiores	18
Figura 12: Vista frontal (A) e lateral direita (B) após a montagem de dentes superiores e inferiores.....	19
Figura 13: Base inferior incluída em gesso	20
Figura 14: Aplicação de resina e fibras coloridas	20
Figura 15: Inserção final da resina (A) e Resultado final após a prensagem da mufla (B)....	21
Figura 16: Alívio com broca esférica (A); alívio com broca Maxicut (B); resultado final após finalização do alívio e limpeza da superfície (C); aplicação do adesivo (D); kit completo Ufi Gel P	22
Figura 17: Pasta base e catalizadora (A); após a inserção do material (B)	22
Figura 18: Prótese inferior logo após a remoção da mufla: Vista inferior (A); Vista superior (B)	23
Figura 19: Prótese inferior após acabamento (A); aplicação do Glazing (B)	23
Figura 20: Paciente sem prótese (A); resultado final do tratamento (B)	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	11
3	RELATO DO CASO	12
4	DISCUSSÃO	25
5	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A displasia cemento-óssea (DCO), primeiramente descrita por Melrose et al., é uma lesão do tipo fibro-óssea e dentre elas é a mais comum encontrada em consultórios dentais. O termo DCO foi adotado pela primeira vez em 1992 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a incluiu dentro do grupo de leões não neoplásicas em que há a substituição de osso normal por tecido conjuntivo fibroso. (MORETI et al., 2016; SILVA et al., 2020)

Por suas características histológicas semelhantes às do ligamento periodontal e sua proximidade com as regiões dentais, visto que ocorre nas áreas de suporte com os dentes, alguns pesquisadores sugerem que pode haver origem no ligamento periodontal, já outros atribuem sua origem a um defeito no remodelamento ósseo extraligamentar, que pode ter origem em lesões locais ou em um desequilíbrio hormonal. (NEVILLE et al., 2016;)

São descritos três tipos de displasia cemento-óssea, sendo denominadas focal, periapical e florida. Tais variações podem ser diagnosticadas com base em exames clínicos e radiográficos. A displasia focal é bem localizada e costuma ser encontrada por acidente em exames radiográficos, já que costuma não apresentar sintomas; ela atinge com maior frequência a região posterior da mandíbula, aparecendo como uma área mista entre radiolúcida e radiopaca, ocorrendo geralmente em regiões de exodontia ou junto ao ápice das raízes dos molares; mais de 90% dos casos ocorrem em mulheres. A variante periapical é encontrada principalmente na região anterior de mandíbula com múltiplos focos presentes, e, assim como a focal, também tem alta predileção por mulheres e ainda afeta em sua maioria indivíduos melanodermas, com diagnóstico raramente feito antes dos 20 anos. (NEVILLE et al., 2016)

Já a variante florida tem uma tendência de se apresentar bilateralmente e de forma simétrica na mandíbula, não se limita a região anterior e em muitos casos afeta somente a região posterior, contudo é comum que esta lesão atinja de forma concomitante região posterior e anterior. Em alguns estudos cerca de 90% dos casos de displasia cemento-óssea florida que foram relatados aconteciam em mulheres melanodermas. Embora na variante florida também seja comum a presença da doença de forma assintomática, há uma tendência da DCOF se apresentar de duas formas distintas, onde em uma o paciente apresenta massas escleróticas não sintomáticas, tendo somente a necessidade de preservação e em outra o paciente

tem inflamação e sintomatologia dolorosa, necessitando de antibioticoterapia e intervenção cirúrgica futura. Alguns autores descrevem a presença de atrofia do osso alveolar e posterior ulceração da mucosa sob próteses totais e parciais (NEVILLE et al., 2016; SILVA et al., 2020)

É fundamental que, sob a suspeita de displasia cemento óssea florida ou outras variantes sempre haja a preferência por um diagnóstico clínico e radiográfico, evitando biópsias enquanto possível, visto que qualquer intervenção que necessite de posterior regeneração óssea tem sido associada a casos de osteomielites. Também é importante evitar procedimentos cirúrgicos tais como exodontias. (SILVA et al., 2020)

No diagnóstico diferencial podem ser incluídas a osteomielite crônica esclerosante difusa (OCED) e a doença de Paget. Como características a serem consideradas para diferenciar tais doenças deve-se considerar o fato de que na doença de Paget pode haver comprometimento de outros ossos além da mandíbula e que em exames de sangue há uma elevação na fosfatase alcalina quando a doença está em estágio ativo, características ausentes na DCOF. (ARAÚJO et al., 2005)

Tendo sido desenvolvida em 1936, com o objetivo de ser uma alternativa a borracha vulcanizada, a resina acrílica atualmente faz parte da base da maioria das próteses dentais confeccionadas para reabilitação oral em clínicas odontológicas. Ela apresenta características desejáveis, como a possibilidade de reembasamento, o baixo peso específico e a baixa solubilidade nos tecidos bucais, além de poder ser caracterizada para mimetizar os tecidos bucais, mas também possui algumas características indesejáveis, como sua alta suscetibilidade a fraturas, consequência direta da sua dureza, característica que pode também ser incômoda para pacientes com rebordos já sensibilizados por alguma doença, tais como pacientes com DCOF. (NEISSER et al., 2010; GOIATO et al., 2018)

Alternativas de materiais para a confecção de bases de próteses com características mais elásticas, em relação aquelas presentes nas confeccionadas com as resinas acrílicas, é um desejo antigo de muitos protesistas, tão antigo quanto a pesquisa e o desenvolvimento desses materiais, que tem seu registro mais antigo feito por Twitchel em 1869. Em 1940 o “velum”, era utilizado em alguns casos, porém apresentava alta absorção de água, tornando-o impróprio para uso em pouco tempo. Já em 1945 surgiu uma das primeiras resinas sintéticas usadas para confecção de bases macias, o vinil cloreto, e, em 1958 surgiram os silicones, dando início a uma

série de materiais que são estudados e entram desde então no mercado. (DA SILVA et al., 2007)

O caso clínico apresentado nesse trabalho visa relatar as etapas realizadas durante o atendimento de uma paciente com displasia cemento-óssea florida e sua reabilitação oral através do uso alternativo de um material resiliente em conjunção as resinas acrílicas convencionais, com o objetivo de amortecer o impacto causado pela deformação sofrida durante a mastigação, proporcionando mais conforto e comodidade ao paciente, evitando traumas que podem desencadear uma resposta inflamatória com surgimento de úlceras e dor.

2 OBJETIVO

Apresentar um caso clínico de reabilitação oral em uma paciente que possui displasia cemento-óssea florida onde é usado um material resiliente permanente na confecção das bases das próteses, diminuindo as chances do aparecimento de úlceras e dor, causadas pela compressão do rebordo alveolar, através da melhor distribuição das cargas mastigatórias.

3 RELATO DO CASO

Paciente A.L.S, 69 anos, gênero feminino, melanoderma, compareceu à clínica de Programa de Cuidados Específicos às Doenças Estomatológicas (PROCEDE) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) após encaminhamento do Pronto Socorro Odontológico da mesma instituição, tendo como queixa principal “uma dor terrível”, que havia começado há 17 dias.



Figura 1: Radiografia inicial da paciente

Durante a anamnese e exame clínico a paciente relatou estar tomando há 4 dias, por conta própria, amoxicilina 500mg. Clinicamente não se observou supuração, apenas uma exposição óssea no rebordo alveolar da mandíbula. A paciente possuía uma radiografia panorâmica, onde, após análise, em conjunto com o exame clínico e história de evolução da lesão, considerou-se que a hipótese de diagnóstico mais provável seria de displasia cemento-óssea florida. Fora então prescrito amoxicilina 500mg com metronidazol 400mg por 15 dias e um retorno para o mesmo período, além de uma orientação para permanecer sem a prótese que já possuía.

Após os 15 dias a paciente retornou em bom estado geral e com melhora na inflamação e ausência de dor; foi orientada a continuar sem prótese, já que apresentava exposição óssea em contato com a cavidade oral e um retorno foi marcado para 7 dias, onde uma avaliação cirúrgica seria realizada para possível abertura e curetagem do osso, sendo orientada a continuar o uso de amoxicilina 500mg e metronidazol 400mg por mais 7 dias.

Ao retornar a clínica dessa vez a paciente apresentou melhora no quadro de exposição óssea, estava ainda sem sintomatologia dolorosa e sem supuração, e assim foi descartada a necessidade de abertura e curetagem óssea naquele

momento, sendo a paciente orientada a continuar utilizando amoxicilina 500mg e metronidazol 400mg por mais 14 dias, além de bochecho com digluconato de clorexidina 0,12% pelo mesmo período e um retorno foi marcado para 14 dias.

Ao retornar houve piora na exposição óssea, então optou-se pela intervenção cirúrgica, que foi realizada no mesmo dia. Após uma semana a paciente retornou e foi possível a remoção da sutura, já que havia boa coaptação das bordas e não havia mais sintomatologia dolorosa ou inchaço. Um retorno para um mês foi agendado, onde não houve nenhum relato de dor ou qualquer outra alteração, sendo então a paciente encaminhada para a clínica do programa de extensão de Multidisciplinaridade na Atenção à Saúde do Idoso (MASI), para avaliação e possível confecção de uma PPR inferior de base macia.

Após 4 meses uma vaga surgiu e a paciente foi chamada, comparecendo para o atendimento, onde uma nova anamnese e exame clínico foram feitos e deu-se início ao registro fotográfico.



Figura 2: Fotografia extrabucal inicial: perfil direito e frontal da paciente

A paciente encontrava-se em bom estado geral de saúde, não apresentava alterações no aspecto facial e nem nos tecidos no local em que foi realizada a cirurgia, a paciente não apresentava dor, somente foi observada grande flacidez na mucosa do rebordo superior, na região anterior do rebordo maxilar.

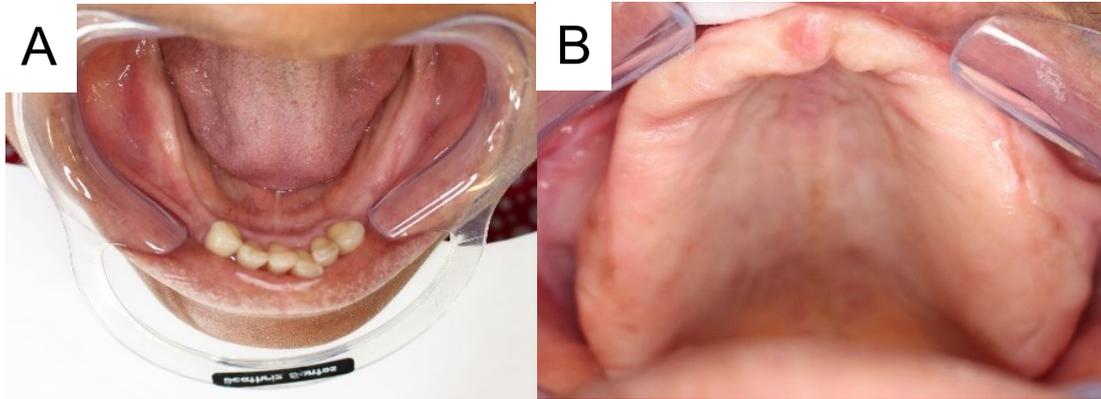


Figura 3: Imagens intrabucais: Rebordo Mandibular (A); Rebordo Maxilar (B)

Em seguida foi realizada a moldagem anatômica inferior e superior com hidrocoloide irreversível (Vigodent S/A Indústria e Comércio, Rio de Janeiro, Brasil) utilizando moldeiras de estoque para desdentado total superior e moldeira de estoque para dentados inferior, ambas com alívio em cera utilidade vermelha (BlueDent®, Pirassununga, Brasil) para individualização e melhor adaptação à anatomia bucal presente.

Após a moldagem foram obtidos os modelos anatômicos, a partir do molde obtido. Posteriormente foi delimitada a área basal e foram realizados os alívios com cera rosa 7 (Lysanda®, São Paulo, Brasil) plastificada, para permitir a retirada da moldeira individual do modelo anatômico após sua polimerização e evitar comprimir áreas nobres durante a moldagem funcional na paciente.

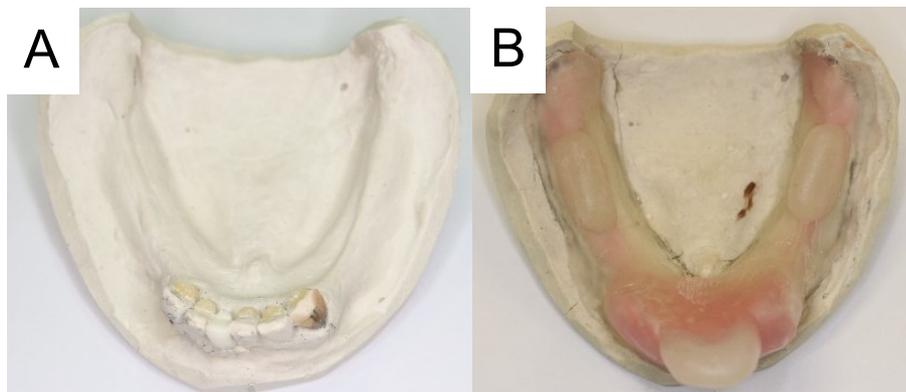


Figura 4: Modelo anatômico inferior (A); Moldeira individual inferior (B)

As moldeiras individuais foram confeccionadas com resina acrílica quimicamente ativada (TDV®, Santa Catarina, Brasil) sobre o modelo de gesso já com os alvíos de 2mm na área principal de suporte; previamente houve uma aplicação de isolante para resina acrílica (SSWhite Duflex®, Juiz de Fora, Brasil), que foi aplicado com pincel, para evitar a aderência da resina ao gesso. Em seguida um cabo foi confeccionado em cada moldeira e foi dado acabamento.

No modelo inferior também foi feito o delineamento e o planejamento da PPR inferior, onde se mostrou necessária a confecção de alguns nichos, que foram feitos por acréscimo de resina fotopolimerizável (Figura 5).

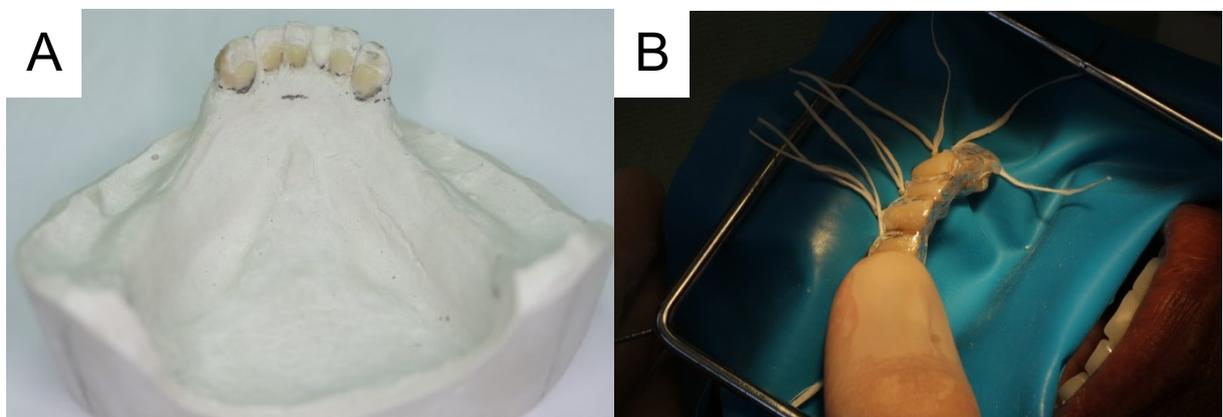


Figura 5: Planejamento e confecção dos nichos: Modelo de anatômico/estudo com planejamento dos nichos (A); Reprodução do planejamento na boca, com uso de matriz em acetato (B)

Em seguida foram feitas as moldagens funcionais superior e inferior, sendo que a superior foi feita utilizando a moldeira individual e pasta a base de óxido de zinco e eugenol (Lysanda®, São Paulo, Brasil), sendo realizada em duas etapas, começando com a moldagem do selado periférico e, em seguida, a moldagem de toda área basal. A moldagem inferior também foi feita com moldeira individual, em duas etapas, sendo a primeira do selado periférico com pasta de óxido de zinco e eugenol e, a segunda, com silicone de consistência leve (Coltene®, Rio de Janeiro, Brasil) em toda a área basal. Devido a presença dos dentes existe muita retenção, não sendo indicado o uso somente da pasta de óxido de zinco e eugenol, por ser um material rígido.

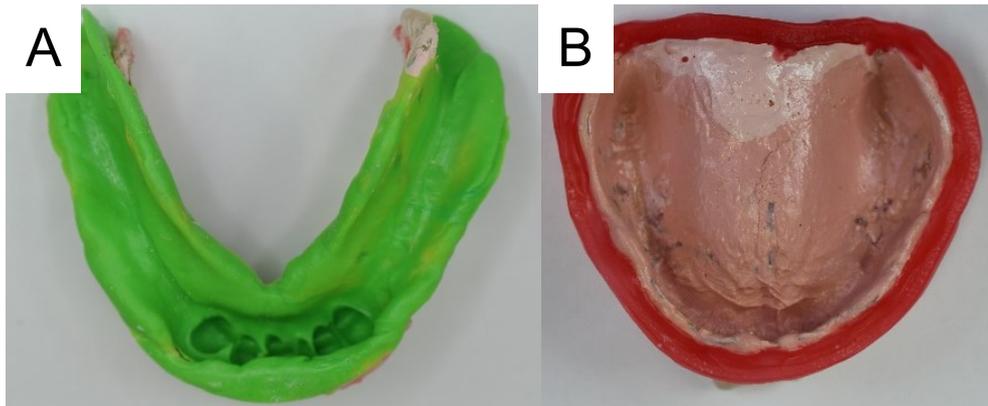


Figura 6: Moldes funcionais: Molde funcional inferior/mandibular (A); Molde funcional superior/maxilar (B)

Posteriormente foram obtidos os modelos anatômicos, que foram aprovados, podendo então dar-se início às etapas laboratoriais.

Foi feita a análise do modelo inferior no delineador (Figura 7) e o desenho dos componentes da armação metálica, que foi encerado sobre o modelo refratário, obtido após a duplicação prévia do modelo anatômico em laboratório.

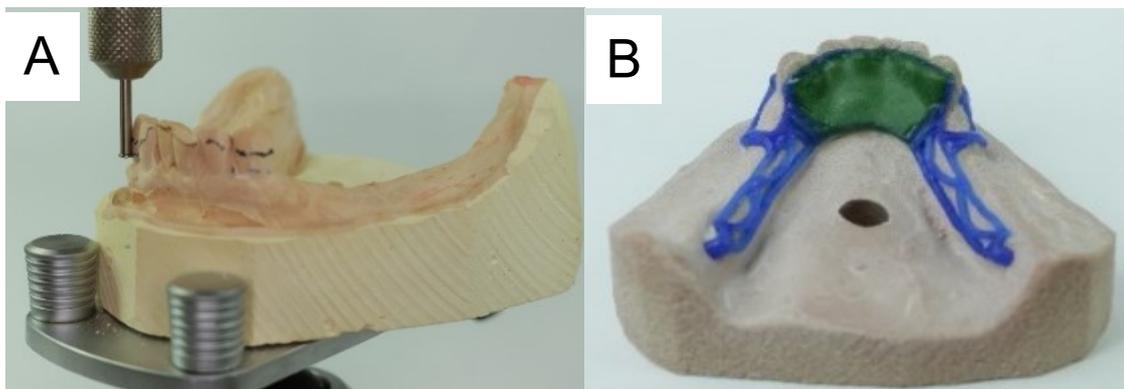


Figura 7: Análise do modelo no delineador (A); Enceramento da armação (B)

A cera então foi eliminada e substituída por uma liga de cobalto-cromo, houve a desinclusão, onde não se observou bolhas ou qualquer defeito de fundição, em seguida foi feito o acabamento e polimento da estrutura com jato de óxido de alumínio, e após com pontas montadas em peça reta, borrachas e feltros, e a estrutura foi inserida no modelo, sendo verificada sua adaptação e sua trajetória de inserção. Por fim foram feitos pequenos ajustes e o modelo foi enviado para o consultório.

Com a estrutura metálica pronta realizou-se a prova em boca e constatou-se sua adaptação de acordo com o planejado (Figura 8).

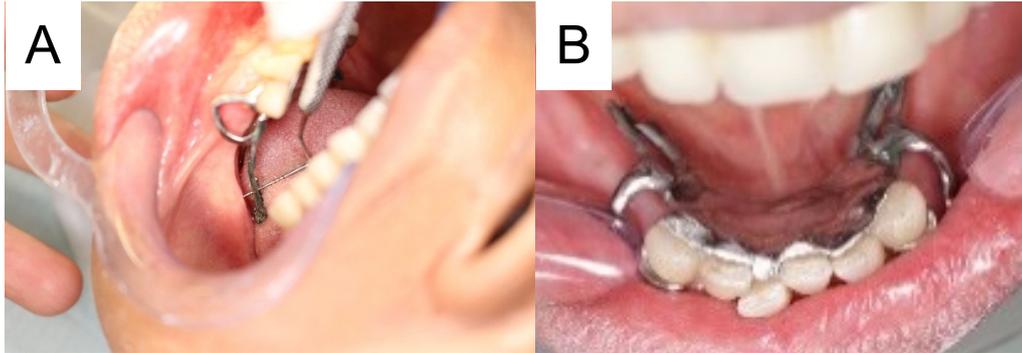


Figura 8: Prova da estrutura metálica vista lateral esquerda (A); Prova da estrutura metálica vista superior (B)

A estrutura então voltou ao laboratório, onde foi delimitada a área basal e foram realizados alívios com cera rosa 7 nas áreas retentivas, o modelo foi isolado com vaselina sólida, sendo assim preparado para receber a RAAQ (resina acrílica quimicamente ativada) sobre as grades. Após a polimerização completa da resina foi feito acabamento com brocas Maxicut e lixas.



Figura 9: Estrutura metálica com RAAQ

A base de prova superior também foi confeccionada nessa etapa e em seguida foi possível realizar os registros intermaxilares na consulta seguinte a esta etapa laboratorial. Para a realização do registro intermaxilar seguiu-se as orientações preconizadas pela FOUFU, sendo utilizada cera rosa 7 para a construção dos planos de orientação com informações como: DVO; posição de oclusão; limite vestibular/alinhamento dos arcos dentários; Curvas de compensação; Altura do plano oclusal e linhas de referências para seleção e montagem dos dentes artificiais. (Figura 10).

Após o ajuste do plano de cera superior foi confeccionado um plano de cera também sobre a base inferior posterior, e, tendo já obtida a dimensão vertical de oclusão foi feito o registro intermaxilar com auxílio de um compasso de Willis calibrado na DVO da paciente, para verificar o correto registro. Em seguida foram removidos os excessos de cera, resultantes da deformação da cera plastificada após o fechamento, e foram marcadas as linhas de referência indicativas da linha média, linha dos caninos e linha alta do sorriso. O registro foi refinado com pasta a base de óxido de zinco e eugenol e antes de liberar a paciente foi feita a escolha de dentes, onde optou-se pelos dentes Trilux, cor 69, modelo superior anterior A26 e posteriores superiores e inferiores 34.

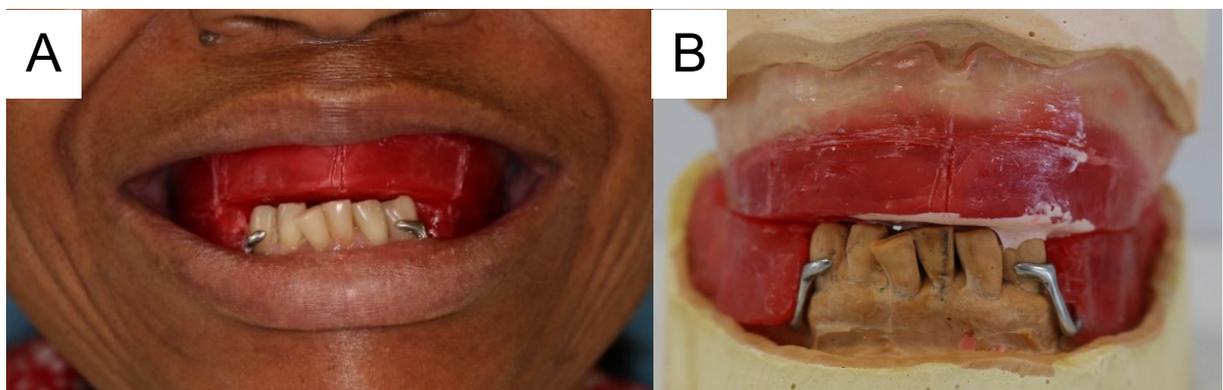


Figura 10: Registro intermaxilar (A); registro intermaxilar finalizado com pasta Zinco Enólica (B)

Após a escolha dos dentes definida o modelo foi montado em articulador semi-ajustável (ASA), os dentes foram montados e uma escultura inicial foi adicionada para a prova do dente em boca (Figura 11).

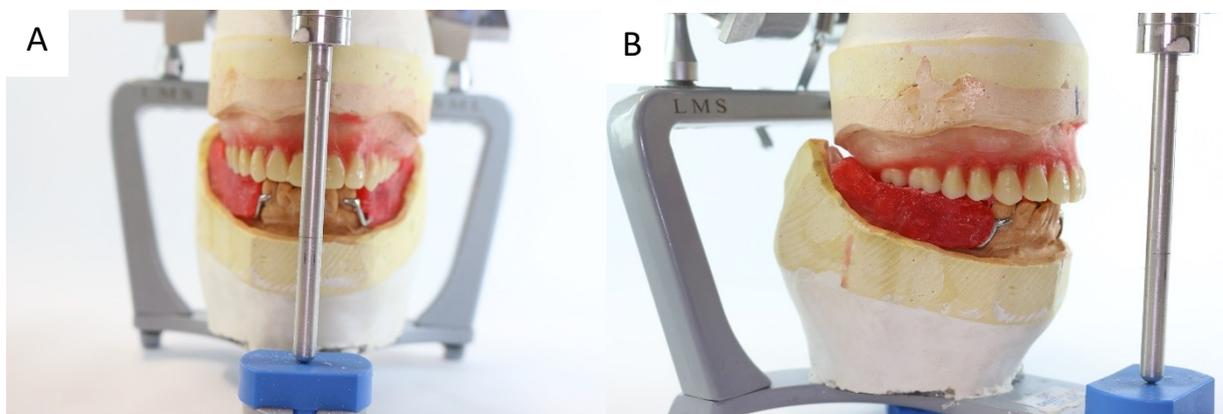


Figura 11: Vista frontal (A) e lateral direita (B) após a montagem de dentes superiores

A paciente retornou e foram verificados todos os parâmetros recomendados para se obter o melhor estabilidade e estética finais, a prótese com os dentes já montados foi colocada na paciente e foram verificadas sua estabilidade, o contorno de freios e bridas, a presença ou não de subextensões e sobreextensões e a espessura e o arredondamento das bordas, aspectos importantes para o conforto e estabilidade protética. Embora a estabilidade seja proveniente de uma base de prova, que é ligeiramente aliviada, apresentou boa retenção, permitindo os demais testes.

Aspectos que pudessem interferir na estética também foram avaliados, como a correspondência da linha média dos dentes com a linha média da paciente, a altura dos dentes, a presença de corredor bucal, o suporte labial, e também o tamanho, a forma e a cor dos dentes. Foi feito um teste fonético para avaliar a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), onde foi solicitado que a paciente pronunciasse palavras com “p”, “b”, e “m” para avaliação dos sons bilabiais, “f” e “v” para avaliar os sons dentolabiais e “s” para sons palatolinguais. Foi verificada a presença de oclusão bilateral balanceada, se o overjet e overbite estavam adequados e também se o Espaço Funcional Livre (EFL) e a DVO correspondiam as registradas no compasso de Willis.

Com todos os requisitos estéticos e funcionais verificados e aprovados, após aprovação do resultado final pela paciente, pode ser iniciado o processamento das bases das próteses.

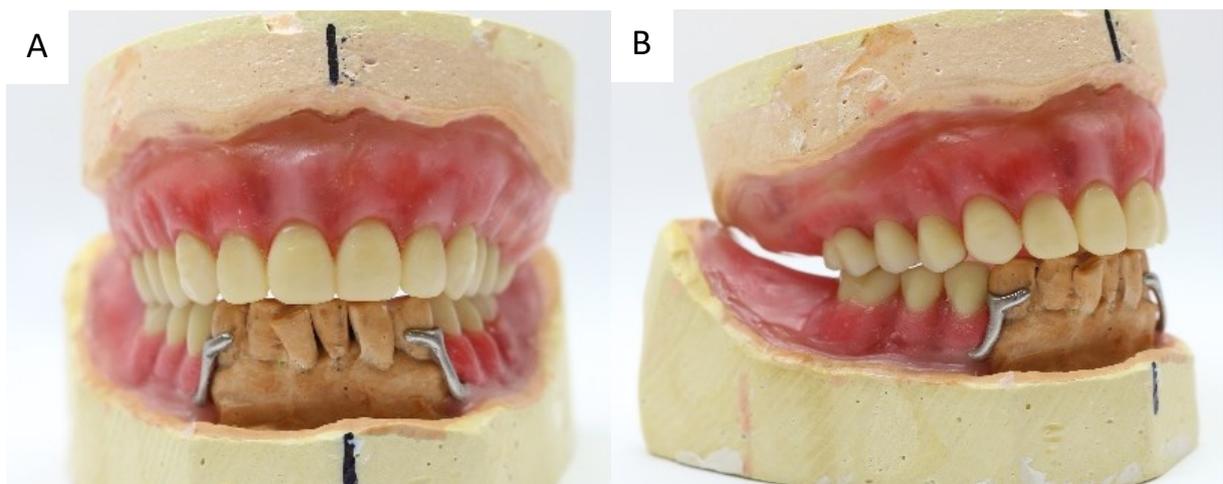


Figura 12: Vista frontal (A) e lateral direita (B) após a montagem de dentes superiores e inferiores

As bases foram incluídas em muflas, houve a eliminação da cera e retenção dos dentes artificiais no gesso, que receberam um preparo com broca esférica e peça reta para aumentar a superfície de contato e melhorar a retenção com a resina acrílica termopolimerizável.



Figura 13: base inferior incluída em gesso

No início foram utilizadas fibras coloridas vermelhas e azuis, que foram inseridas junto com um pouco de resina e o auxílio de um pincel para simular a vascularização natural da gengiva (Figura 14), na primeira camada resinas de cores distintas foram aplicadas para obter um aspecto final mais natural, como uma mais clara, que foi adicionada na região correspondente a gengiva inserida e proeminências radiculares.



Figura 14: Aplicação de resina e fibras coloridas

Os modelos de gesso presentes nas muflas foram isolados com vaselina e o restante da resina foi preparada, e, ao atingir a fase plástica, foi condensada de forma

uniforme sobre o negativo impresso no gesso. Mufla e contra mufla foram unidas e no modelo inferior foi adicionada uma película plástica antes da união, a mufla foi então prensada utilizando uma prensa manual, com aplicação gradual de força, para evitar a formação de bolhas e obter a melhor acomodação do material, até que o excesso de resina parasse de sair e houvesse o toque das partes metálicas.

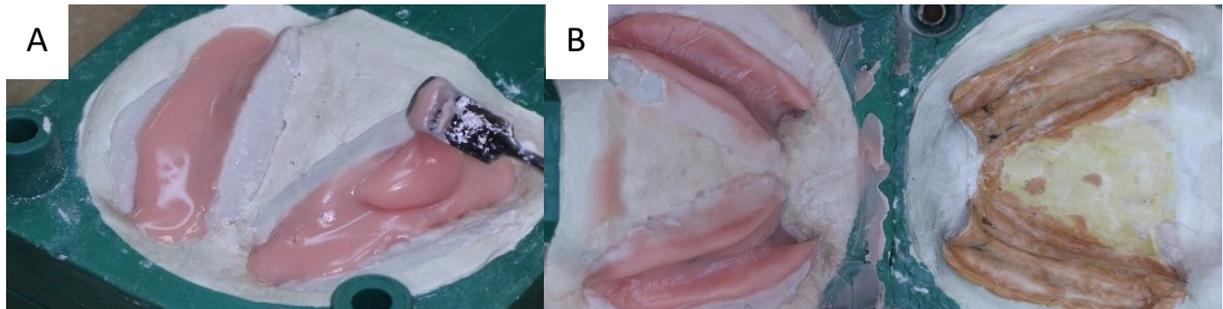


Figura 15: Inserção final da resina (A) e Resultado final após a prensagem da mufla (B)

Após a prensagem a mufla do modelo inferior foi aberta e o filme plástico foi retirado; com o uso de uma broca foi removida uma camada de resina com aproximadamente 2mm de espessura da área de suporte, preservando as áreas de selado periférico, em seguida foram removidos os excessos de material e aplicado o adesivo do material resiliente a base de silicone de adição (VOCO®, Cuxhaven, Alemanha), conforme orientações do fabricante.

Em uma placa de vidro foram adicionadas em uma proporção de 1:1 a pasta de base e a pasta catalizadora, sendo misturadas por 30 segundos e adicionadas primeiramente sobre as margens lingual e em seguida sobre a margem vestibular.

A mufla foi fechada novamente e voltou para a prensa, onde foi gradualmente pressionada até o toque das partes metálicas. O excesso de material extravasado foi removido e as muflas, tanto a inferior quanto a superior, foram levadas à polimerizadora.

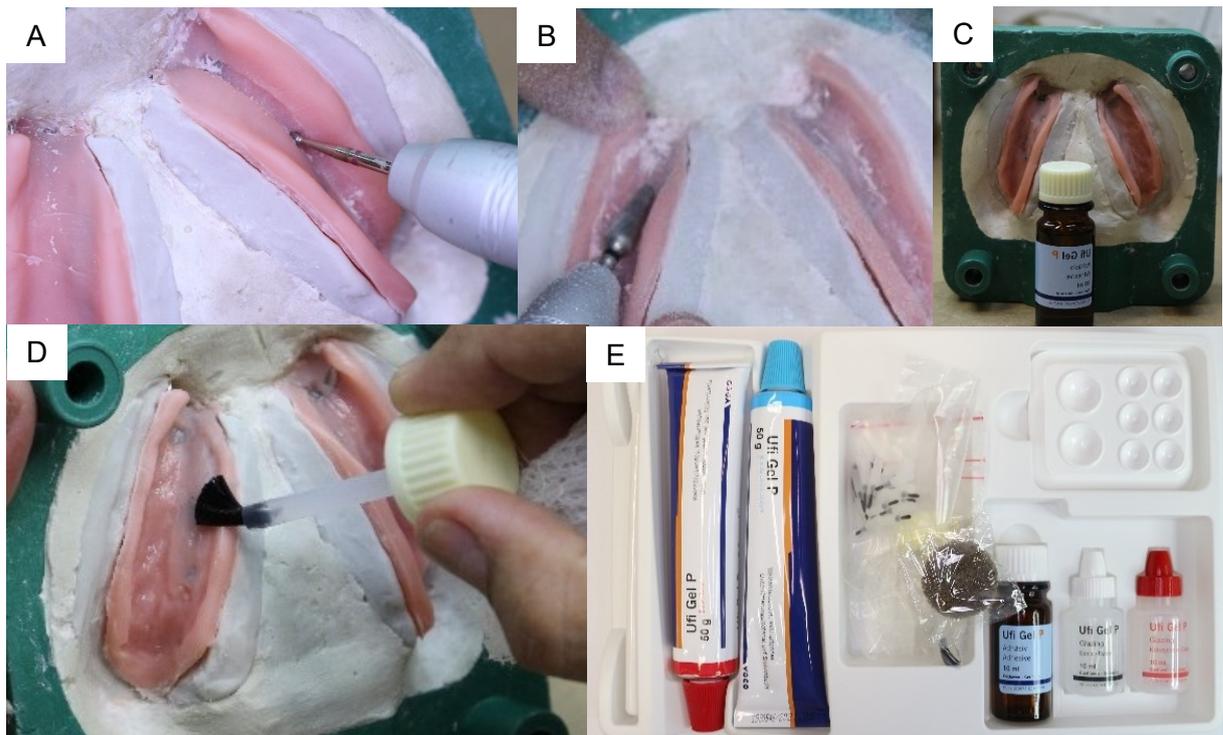


Figura 16: Alívio com broca esférica (A); alívio com broca Maxicut (B); resultado final após finalização do alívio e limpeza da superfície (C); aplicação do adesivo (D); kit completo Ufi Gel P

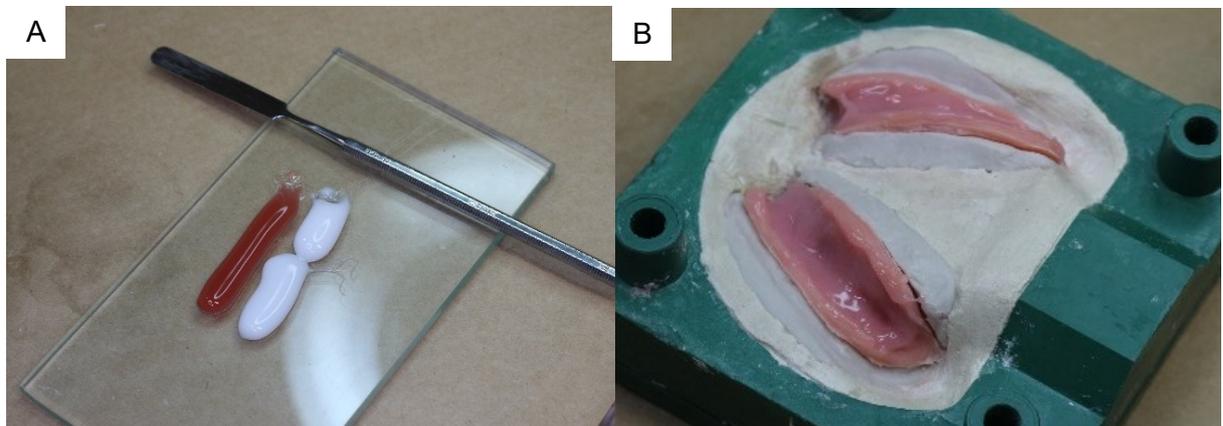


Figura 17: pasta base e catalizadora (A); após a inserção do material (B)

O ciclo de polimerização escolhido foi o longo, sendo 9h em 70°C e 30min em 100°C, em seguida foi necessário aguardar que todo o conjunto esfriasse, as muflas foram abertas e o gesso foi removido para a liberação das próteses já polimerizadas. As próteses receberam acabamento e polimento com tiras de lixa, uma mistura de pedra-pomes e água e Branco de Espanha (pó abrasivo à base de carbonato de cálcio). Conforme recomendação do fabricante a prótese inferior recebeu um acabamento na área de transição entre o material resiliente e a resina acrílica com um

disco de polimento (REF 2049), que foi fornecido no kit, em baixa rotação, evitando o aquecimento do material e remoção excessiva. Em seguida o local foi limpo com álcool e aplicado o Glazing com um pincel descartável (o Glazing foi previamente misturado na placa de mistura em uma proporção de gotas 1:1).

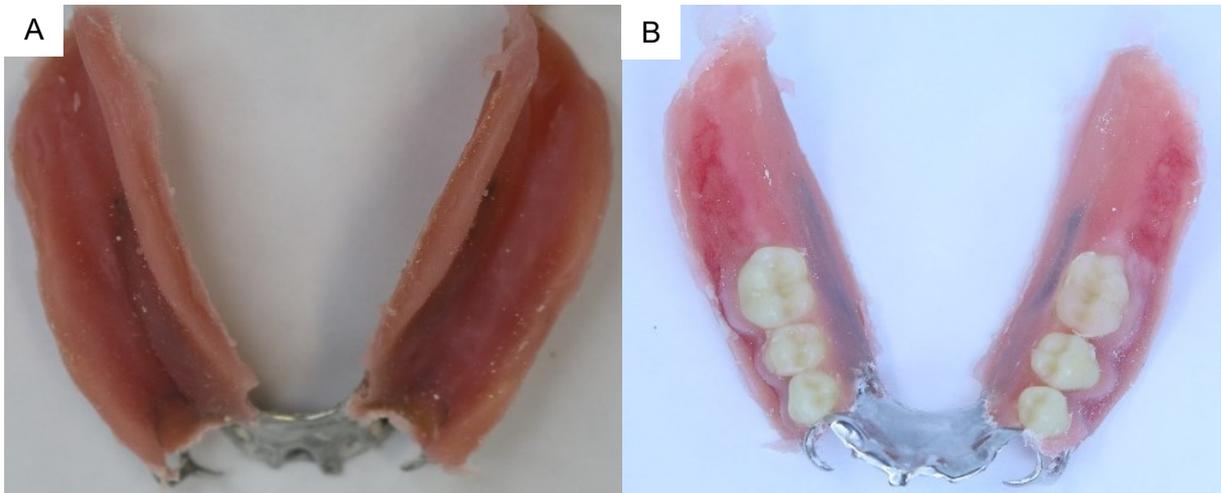


Figura 18: Prótese inferior logo após a remoção da mufla: Vista inferior (A); Vista superior (B)

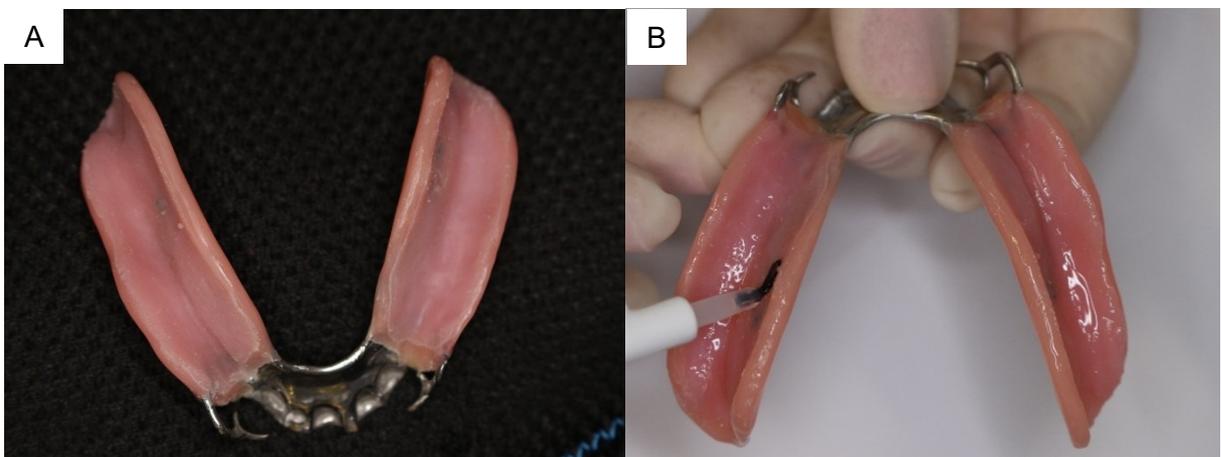


Figura 19: Prótese inferior após acabamento (A); aplicação do Glazing (B)

Após a finalização do acabamento e polimento da prótese total superior e da prótese parcial inferior reembasada com material macio, a paciente retornou para a instalação das próteses. Nessa etapa foi verificada se haviam arestas cortantes, se o alívio dos freios estava correto, se havia estabilidade e retenção adequadas e se não haviam interferência na inserção da PPR inferior. Por fim foi feito o ajuste oclusal, um novo teste fonético e foram dadas as orientações de alimentação e higienização da prótese, um retorno foi marcado e a paciente liberada.



Figura 20: Paciente sem prótese (A); resultado final do tratamento (B)

4 DISCUSSÃO

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma lesão fibro óssea, de origem ainda incerta, que ocorre predominantemente em mulheres melanodermas na casa dos 40 a 60 anos de idade, sendo geralmente assintomática e diagnosticada em exames de rotina. (SILVA et al., 2020; NEVILLE et al., 2016). Uma situação semelhante foi encontrada nesse estudo, pois a paciente era do gênero feminino, melanoderma e tinha 69 anos de idade, porém apresentava dor, que foi exatamente o que a motivou a procurar atendimento, situação menos comum, mas que foi contornada após tratamento cirúrgico e medicamentoso.

Alguns autores sugerem que eventos traumáticos tais como o uso de próteses totais e parciais e exodontias possam transformar casos assintomáticos em sintomáticos, podendo vir a causar infecções e osteomielite subsequentes, que podem se agravar devido a natureza hipovascolar da doença, podendo em casos graves causar parestesia e expansão da mandíbula. (MORE et al., 2012). No caso apresentado nesse estudo a paciente possuía prótese total e prótese parcial removível, o que corrobora com a hipótese de que esse possa ter sido um dos fatores causais do aparecimento de sintomatologia dolorosa e exposição óssea, porém não se pode afirmar que somente a presença de uma prótese seja a causa, devemos considerar a possibilidade da qualidade da prótese e sua adaptação estarem ligados diretamente com o aparecimento de sinais e sintomas, visto que a prótese que a paciente possuía não se encontrava satisfatória.

Quando o paciente apresenta sintomas é devido a um processo de inflamação e infecção crônicas no local das lesões, tornando o tratamento mais complicado. Como a DCOF tem caráter avascular com áreas de sequestro ósseo associadas o tratamento medicamentoso gera menor efeito, já que mesmo que haja grande biodisponibilidade e alta concentração do medicamento na circulação ele chega com dificuldade na lesão (YILDIRIM et al., 2016). Tal dificuldade para o tratamento foi observada durante as etapas iniciais apresentadas nesse trabalho, visto que houve a tentativa de uma abordagem inicial mais conservadora através do uso de antibioticoterapia, que mostrou bons resultados nas primeiras semanas, mas houve um agravamento dos sinais e sintomas, sendo necessário uma abordagem cirúrgica.

Desde a década de 1950, onde começou seu uso em larga escala, os materiais macios de revestimentos para próteses têm recebido cada vez mais atenção, melhoria

e desenvolvimento. Ajudam a distribuir as forças mastigatórias atuando como uma espécie de almofada, podendo ser provisórios ou definitivos. Relatos clínicos são quase unânimes sobre a boa aceitação tecidual e por parte dos pacientes em relação aos forros macios, porém, por mais que o uso possa ser considerado permanente, a maioria dos produtos presentes no mercado atualmente permitem somente um uso temporário, devido a perda de resiliência, absorção de água, mudanças de cor e perda de aderência entre a resina da base das próteses e o revestimento, requerendo substituições em curto prazo de tempo (RODRIGUES et al., 2012; JONES et al., 1991).

Em comparação às bases rígidas há melhora significativa no desempenho mastigatório devido a distribuição uniforme das cargas, pois sofrem deformação elástica e retomam a forma original após a remoção da força. (KREVE; REIS, 2019) Tal característica é extremamente importante para pacientes como a atendida nesse projeto, principalmente com histórico de sintomatologia anterior, pois além da DCOF poder sensibilizar os tecidos adjacentes o rebordo pode tornar-se irregular, necessitando melhor distribuição das forças mastigatórias.

5 CONCLUSÃO

O diagnóstico clínico preciso e o correto tratamento cirúrgico, medicamentoso e protético foram essenciais para a boa evolução da paciente, possibilitando a reabilitação completa das funções mastigatórias e satisfação estética. A técnica empregada para aplicação do revestimento macio mostrou-se relativamente simples de ser executada e apresentou bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. NEVILLE, Brad W. et al. **Patologia oral e maxilofacial. 4. ed.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 912p.
2. MORETI, Lucieni Cristina Trovati et al. Displasia cemento-óssea florida: relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 120-128, 12 maio 2016. Mensal. Archives of Health Investigation. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v5i2.1317>.
3. SILVA, Débora Rafaela de Oliveira et al. Displasia Cemento-Óssea Florida, acompanhamento clínico e radiográfico de 1 ano: relato de caso. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 563-572, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n1-044>
4. ARAÚJO, Danilo Barral et al. Displasia cemento óssea florida. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 167-173, 19 jan. 2005. Universidade Federal da Bahia. <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v4i2.4189>.
5. NEISSER, Maximiliano Piero et al. Avaliação da resistência ao impacto e dureza de resinas acrílicas termicamente ativadas para base de próteses totais. **Brazilian Dental Science**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 35-42, 16 jul. 2010. Editora Cubo. <http://dx.doi.org/10.14295/bds.2001.v4i2.115>.
6. GOIATO, M. C.; DOS ANTOS, D. M.; DA SILVA, E. V. F. Como Realizar o Selamento Periférico e a Moldagem Funcional? **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 34, n. 1, p. 14–19, 2013.
7. DA SILVA, Adriana Gonçalves et al. Bases resilientes: uma revisão. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 28, n. 3, p. 56-62, 2007.
8. TAMAKI, T. **Dentaduras Completas - 4a edição**. [s.l: s.n.]
9. MORE, Chandramani B. et al. Florid cement-osseous dysplasia of maxilla and mandible: a rare clinical case. **Braz J Oral Sci.**, Gujarat, v. 4, n. 11, p. 513-517, 09 ago. 2012. Mensal.
10. YILDIRIM, Eren et al. Florid cemento-osseous dysplasia: a rare case report evaluated with cone-beam computed tomography. **Journal Of Oral And Maxillofacial Pathology**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 329, 2016. Medknow. <http://dx.doi.org/10.4103/0973-029x.185930>.

11. RODRIGUES, Shobha et al. Resilient Liners: a review. **The Journal Of Indian Prosthodontic Society**, [S.L.], p. 155-164, 6 jul. 2012. Medknow. <http://dx.doi.org/10.1007/s13191-012-0143-8>.
12. JONES, D.W. et al. Chemical and Molecular Weight Analyses of Prosthodontic Soft Polymers. **Journal Of Dental Research**, [S.L.], v. 70, n. 5, p. 874-879, maio 1991. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00220345910700050201>.
13. KREVE, Simone; REIS, Andréa C. dos. Denture Liners: a systematic review relative to adhesion and mechanical properties. **The Scientific World Journal**, [S.L.], v. 2019, p. 1-11, 3 mar. 2019. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2019/6913080>.