



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



THAYNARA LURRYAN NAVES

**Reabilitação com prótese removível total
após ressecção de Ameloblastoma em
mandíbula: Relato de caso.**

UBERLÂNDIA

2023

THAYNARA LURYAN NAVES

**Reabilitação com prótese removível total
após ressecção de Ameloblastoma em
mandíbula: Relato de caso**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Andréa Gomes de Oliveira

UBERLÂNDIA

2023

AGRADECIMENTOS

"A gratidão é o sentimento que mais nos aproxima da felicidade. Agradeço a todos que me ajudaram a chegar até aqui."

- Augusto Cury

Agradeço:

Aos meus pais, Vanessa e Daniel, A vocês, só posso agradecer por todo amor, apoio e dedicação ao longo da minha vida. Sem vocês, nada disso seria possível. Obrigado por acreditarem em mim e por viverem meus sonhos junto a mim.

À minha família, que sempre esteve presente e me deu suporte em todas as etapas da vida, agradeço por todo amor, carinho e compreensão. Vocês são minha base.

Aos meus amigos, em especial Isadorah e Rômulo que sempre estiveram ao meu lado, torcendo por mim e me apoiando nos momentos mais difíceis, agradeço do fundo do meu coração. Obrigada por dividirem comigo todos os altos e baixos dessa jornada.

Ao meu companheiro, Rafael Vaz, que sempre me incentivou a ir além e me deu força nos momentos mais desafiadores, agradeço por estar ao meu lado nesta caminhada. Por ser meu exemplo e minha inspiração.

A minha cunhada Luisa por sua paciência e disposição em me ajudar, atitudes que foram muito reconfortantes e me motivaram a seguir em frente.

À minha orientadora, que sempre me guiou com paciência, sabedoria e dedicação, agradeço por ter acreditado em mim, me dado as ferramentas para crescer e evoluir. Além de sempre ter sido um exemplo de profissional e de ser humano. Sem você, este trabalho não seria possível.

RESUMO

O ameloblastoma é uma neoplasia do epitélio odontogênico que, embora seja benigna, pode apresentar comportamento invasivo, além de ser assintomática e de crescimento lento. O tratamento mais comum para essa patologia é a ressecção, que muitas vezes provoca deformidades estruturais. O presente trabalho relata a reabilitação oral de um paciente do sexo masculino, de 75 anos, que foi submetido à ressecção de ameloblastoma em região de sínfise mandibular, no hospital odontológico da FOUFU. Devido à irregularidade provocada na área cirúrgica, agora sem tecido de sustentação e sem a expectativa de realizar enxertos, fez-se necessária a intervenção reabilitadora para melhorar a qualidade de vida do paciente. Dessa forma, visando a reabilitação oral e levando em consideração o defeito causado, foram instalados dois implantes, bilaterais na mandíbula remanescente, onde foi apoiada uma prótese total que será modificada para uma overdenture sobre implantes. Na maxila foi confeccionada uma prótese removível total convencional. A possibilidade da indicação de próteses implanto suportadas em casos pós ressecção de tumor benigno representa importante diferencial na melhora do prognóstico dos aparelhos reabilitadores de deformidades orofaciais. A proposta de tratamento visa melhorar a fonética, desenvolver a capacidade mastigatória e estética, com uma prótese confortável, satisfatória e efetivamente retentiva o que parcialmente já ocorre nas próteses atuais.

Palavras chaves: Reabilitação oral, Prótese removível total, ameloblastoma, ressecção sínfise mandibular, overdenture sobre implantes, relato de caso.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a neoplasm of the odontogenic epithelium that, although benign, can present an invasive behavior, in addition to being asymptomatic and of slow growth. The most common treatment for this pathology is resection, which often causes structural deformities. This paper reports the oral rehabilitation of a 75-year-old male patient who underwent resection of an ameloblastoma in the mandibular symphysis region at the FOUFU dental hospital. Due to the irregularity caused in the surgical area, now without supporting tissue and without the expectation of performing grafts, a rehabilitation intervention was necessary to improve the patient's quality of life. Thus, aiming at oral rehabilitation and taking into account the defect caused, two implants were installed bilaterally in the remaining mandible, where a complete denture was supported that will be modified for an overdenture on implants. A conventional total removable prosthesis was made in the maxilla. The possibility of indicating implant-supported prostheses in cases after resection of a benign tumor represents an important differential in improving the prognosis of devices that rehabilitate orofacial deformities. The treatment proposal aims to improve phonetics, develop masticatory and aesthetic capacity, with a comfortable, satisfactory, and effectively retentive prosthesis, which partially already occurs in current prostheses.

Keywords: Oral rehabilitation, Total removable prosthesis, ameloblastoma, mandibular symphysis resection, overdenture on implants, case report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: RX Panorâmico pré-cirúrgico.	10
Figura 2: RX Panorâmico Pós-Cirúrgico 1.	11
Figura 3: RX Panorâmico Pós-Cirúrgico 2.	11
Figura 4: Foto inicial do rebordo.	12
Figura 5 : Individualização da moldeira.	13
Figura 6: Moldagem Anatômica.	13
Figura 7: Delimitação do molde.	13
Figura 8: Modelo de estudo.	14
Figura 9: Delimitação da área basal.	14
Figura 10: Alívio de áreas retentivas.	15
Figura 11: Moldeira Individual.	15
Figura 12: Molde Funcional.	16
Figura 13: Base de prova.	16
Figura 14: Plano de orientação.	17
Figura 15: Fixação do plano de orientação.	18
Figura 16: Escolha da cor do dente.	18
Figura 17: Montagem de dentes.	19
Figura 18: Próteses totais acrilizadas.	19
Figura 19: Guia Cirúrgico.	20
Figura 20: Paciente com a prótese.	20
Figura 21: Lado direito sem e com a prótese.	21
Figura 22: Frontal sem e com a prótese.	21
Figura 23: Lado esquerdo sem e com a prótese.	21
Figura 24: Regularização do rebordo.	22
Figura 25: Instalação de implantes com uso do guia.	22
Figura 26: Rebordo após cirurgia.	23
Figura 27: Imagem ilustrativa do planejamento da barra que será confeccionada sobre os implantes.	23

Artigo I. Sumário

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	9
3. MATERIAIS E MÉTODOS	10
4. DISCUSSÃO	24
5. CONCLUSÃO	28
6. REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO

O ameloblastoma é uma neoplasia odontogênica de origem ectodérmica, que compreende cerca de 10% de todos os tumores odontogênicos e 1% de todos os cistos e tumores da mandíbula, que pode ter origem no epitélio odontogênico, ou nas células da camada basal do epitélio que recobre os maxilares. Embora haja contestações quanto à origem do ameloblastoma, a teoria da lâmina dental tem sido mais aceita em detrimento da teoria dos restos epiteliais, células da camada basal da superfície epitelial, órgão do esmalte ou epitélio dos cistos odontogênicos (RALDI et al., 2010). Apesar de ser considerado um tumor benigno, o ameloblastoma apresenta um comportamento localmente invasivo e frequentemente é caracterizado como agressivo e destrutivo, podendo atingir grandes proporções ao invadir estruturas adjacentes e danificar trabéculas ósseas. Esta neoplasia apresenta uma alta taxa de recidiva, além de um crescimento lento e geralmente assintomático, sendo frequentemente detectada por meio de exames de rotina (OLIVEIRA et al., 2021).

O tratamento para essa lesão varia desde procedimentos cirúrgicos menos invasivos, como a enucleação seguida de curetagem, até a ressecção em bloco. No entanto, a curetagem apresenta limitações, uma vez que pode deixar resíduos tumorais, o que pode resultar em recidivas. Nesse sentido, a ressecção marginal é o procedimento mais comum e efetivo, permitindo a remoção completa do tumor, seguida da osteotomia periférica, a fim de reduzir a necessidade de cirurgias reconstrutivas mais extensas. Entretanto, em alguns casos, esse tratamento pode não ser suficiente devido ao tamanho do tumor ou ao seu padrão de crescimento. Logo, a escolha do tratamento deve ser criteriosa e personalizada, considerando-se as características clínicas e radiográficas do paciente e do tumor, a fim de se obter os melhores resultados terapêuticos possíveis (JAEGGER et al., 2023).

Para pacientes edêntulos existem desafios significativos na adaptação de próteses dentárias totais convencionais. Nas quais incluem desconforto, dificuldade de adaptação e problemas de retenção. Em contraste, a utilização de implantes dentários tem demonstrado sucesso clínico na reabilitação oral desses

pacientes. Nesse sentido, overdentures são alternativas reabilitadoras eficazes, que oferecem facilidade de manuseio, manutenção e proporcionam estabilidade, retenção, ótima estética e menos traumas aos tecidos de suporte (LOPES; RODRIGUES, 2022). De forma conceitual a overdenture sobre implantes, é uma prótese dentária sustentada por meio dos implantes e do rebordo residual. Nesse contexto, são implantados, de maneira simétrica, de dois a quatro implantes nos remanescentes ósseos dentários, onde são acoplados os sistemas de retenção, com o propósito de conectar a prótese aos mesmos (TELLES, 2010).

Em se tratando de um tumor benigno, a proposta desse trabalho foi a reabilitação oral do paciente com Próteses Removíveis Totais, porém, a partir da instalação de dois implantes no rebordo mandibular para a conversão em overdenture com o sistema barra clip. Por meio dessa abordagem terapêutica, objetivou-se proporcionar ao paciente um tratamento com efetividade e eficiência clínica.

2. OBJETIVO

Primário: Reabilitar o paciente com uma prótese implanto retida e mucoso suportada do tipo overdenture mandibular, com o uso de dois implantes instalados no rebordo remanescente, associada à prótese total convencional removível maxilar.

Secundário:

A partir do uso regular das Próteses confeccionadas com estabilidade, retenção e correta distribuição da carga oclusal, objetivamos restabelecer as funções:

- Fonética, estética, capacidade mastigatória, conforto biopsicossocial.

Proteger os tecidos moles, reduzir a reabsorção do rebordo residual e permitir a manutenção da higiene bucal de forma independente.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Seção 1.01 Histórico Paciente

Paciente, sexo masculino, leucoderma, 75 anos, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Bloco 4T com diagnóstico de ameloblastoma em região de sínfise mandibular. Foram realizados a anamnese, exame clínico extra e intraoral, e uma radiografia panorâmica. Foi possível observar lesões radiotransparentes com aspecto multilocular, com septos internos e padrão em "bolhas de sabão" (Figura 1).

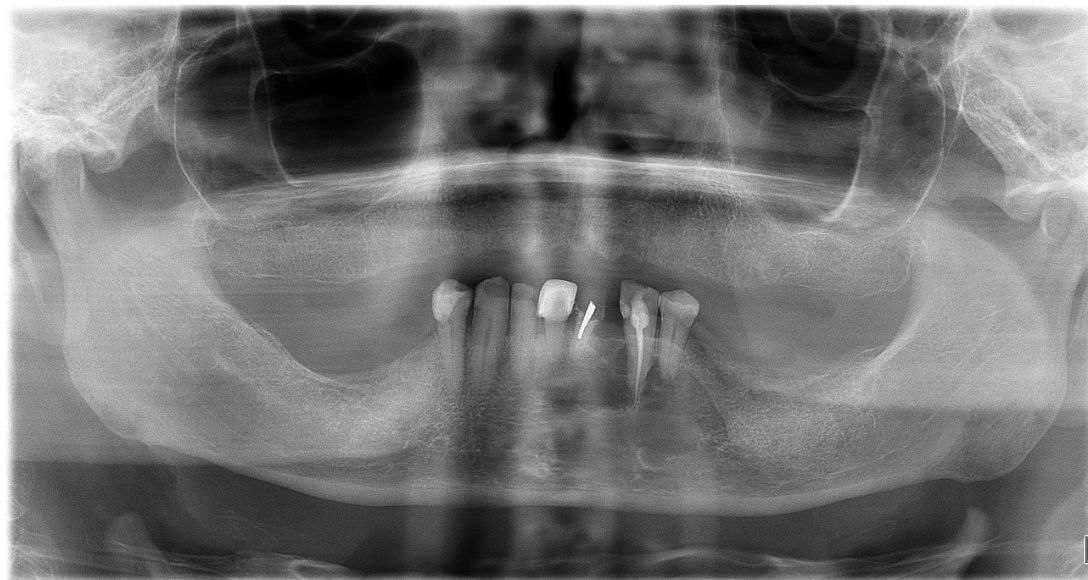


Figura 1: RX Panorâmico pré-cirúrgico.

Após a avaliação clínica, em conjunto com o paciente, optou-se pela intervenção cirúrgica, e por isso, realizou-se as orientações pré e pós cirúrgicas. Em janeiro de 2021 foi executada a remoção do ameloblastoma, através da ressecção da sínfise mandibular e instalação da placa de reconstrução (Figura 2). Além disso, foram realizados acompanhamentos periódicos incluindo ozônio e laserterapia. Em março de 2021, o paciente compareceu ao ambulatório com queixa de "inchaço" em região mental, o mesmo foi orientado a aguardar o biomodelo e discussão do caso com o cirurgião plástico. Em novembro de 2021 houve um novo relato de incômodo, dessa vez queixando-se de dor em mucosa labial. No exame clínico foi observado a exposição da placa, bem como região

edemaciada e ulcerada, e em uma nova discussão com a área de CP, foi decidido pela área de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial da Universidade Federal de Uberlândia, a realização da troca do material utilizado para reconstrução, por uma placa fixada na base da mandíbula que foi integralizada em abril de 2022. (Figura 3)

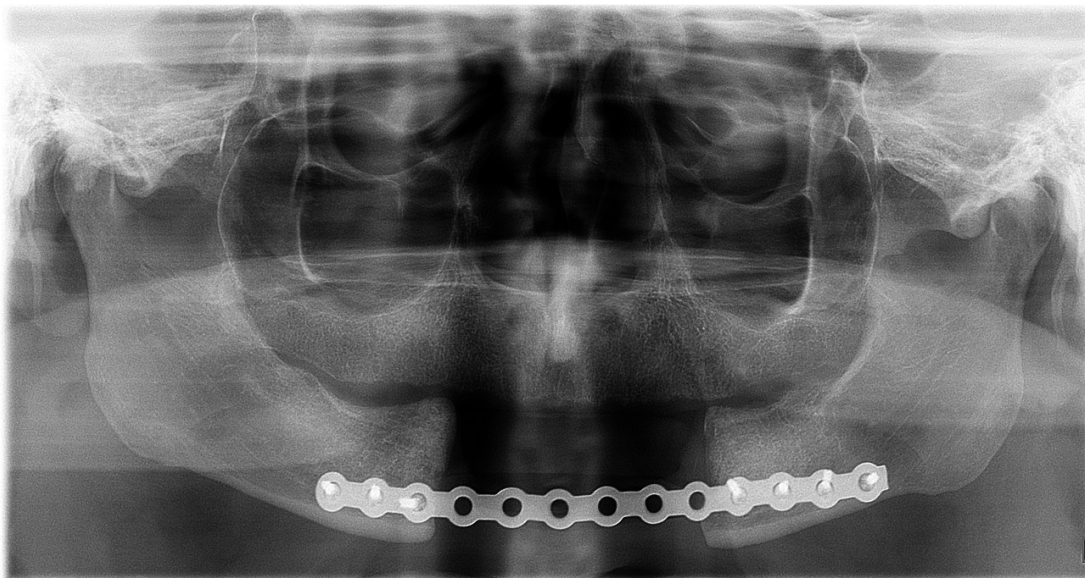


Figura 2: RX Panorâmico Pós-Cirúrgico 1.

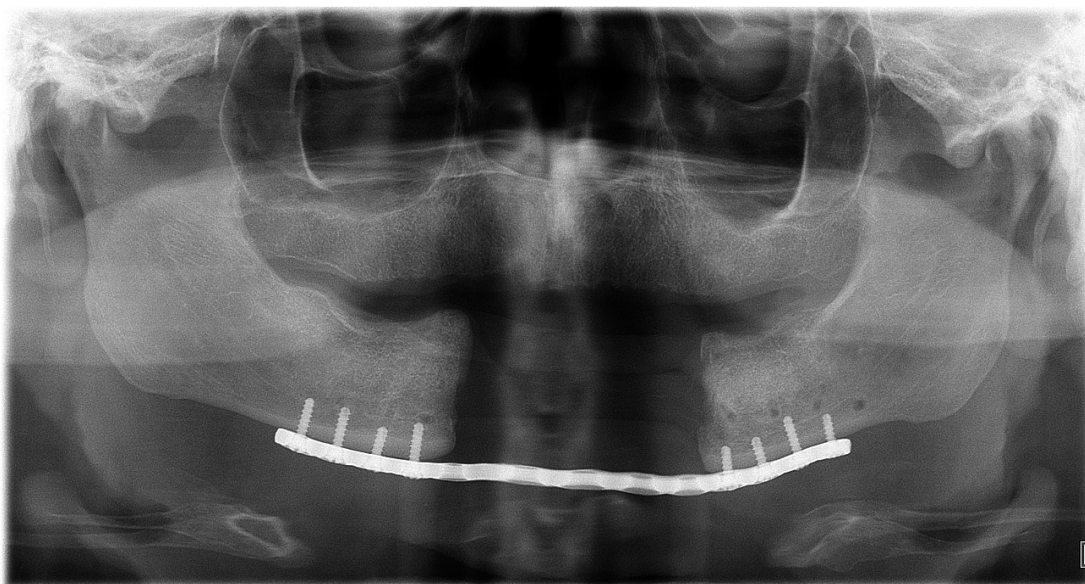


Figura 3: RX Panorâmico Pós-Cirúrgico 2.

O paciente foi mantido em observação e com avaliações constantes, no quarto dia de pós-operatório, apresentou bom estado em geral, com nove dias não apresentou queixas alérgicas, nem drenagem de secreção purulenta e no décimo sexto dia, houve melhora significativa dos sintomas. Dessa forma, em

maio 2022 o caso foi aberto para debate com a área da Prótese Removível Total. A avaliação para reabilitação protética foi realizada com a aluna Thaynara Luryan Naves e Professora Andréa Gomes de Oliveira. O Paciente foi avaliado e aprovado para seguir com planejamento de reabilitação. Após análise do caso foi proposto pelos professores a colocação de dois implantes nas áreas posteriores de mandíbula e a confecção de uma prótese implanto retida e muco suportada do tipo overdenture.



Figura 4: Foto inicial do rebordo.

Seção 1.02 Modelos de Estudo

O próximo passo foi a moldagem de estudo da maxila e mandíbula, de acordo com as diretrizes propostas por Telles (2010). Para isso, a moldeira de estoque foi personalizada com o auxílio de um rolete de cera utilidade vermelha (TECHNEW®) (Figura 6). Manipulamos o alginato (COLTENE®), inserimos na moldeira, verificamos a centralização e pressionamos bilateralmente. Então, solicitamos que o paciente realizasse movimentos com o lábio e aguardamos o

tempo do material (Figura 6). Com o molde delimitado (Figura 7) utilizamos gesso pedra tipo III (ASFER®), para confecção do modelo de estudo (Figura 8).



Figura 5 : Individualização da moldeira.

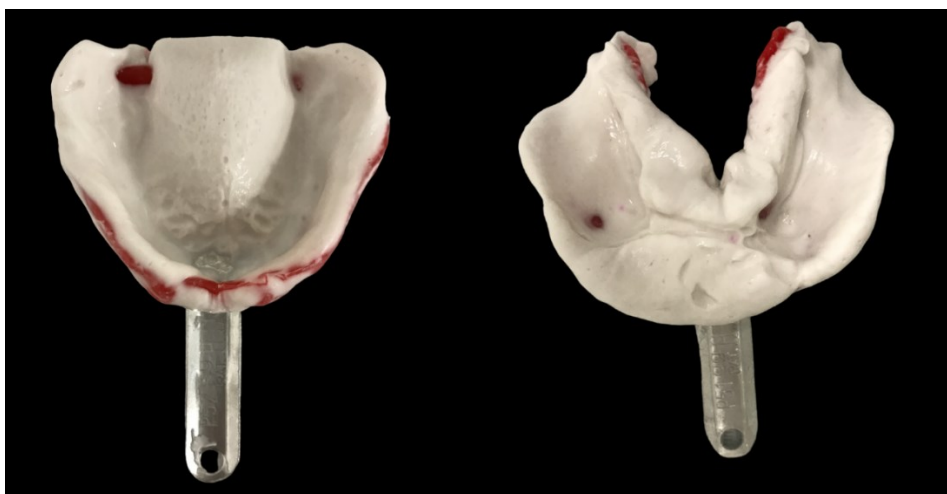


Figura 6: Moldagem Anatômica.

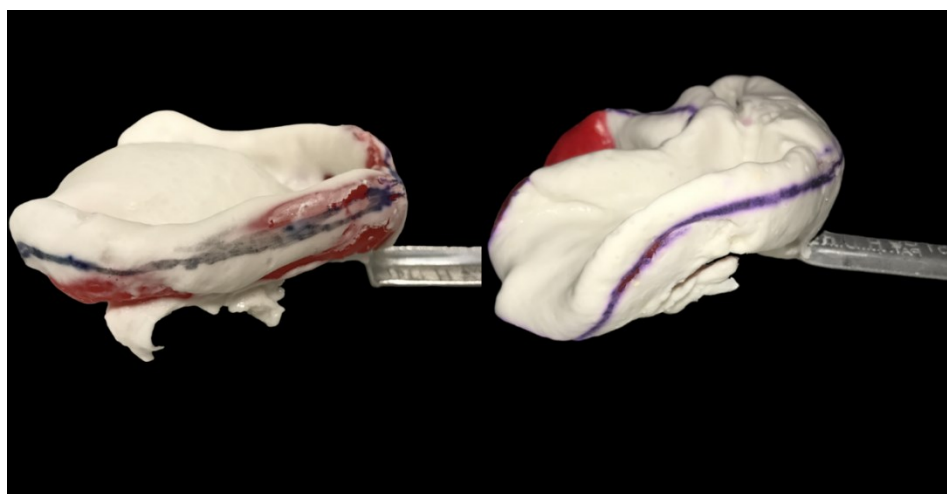


Figura 7: Delimitação do molde.

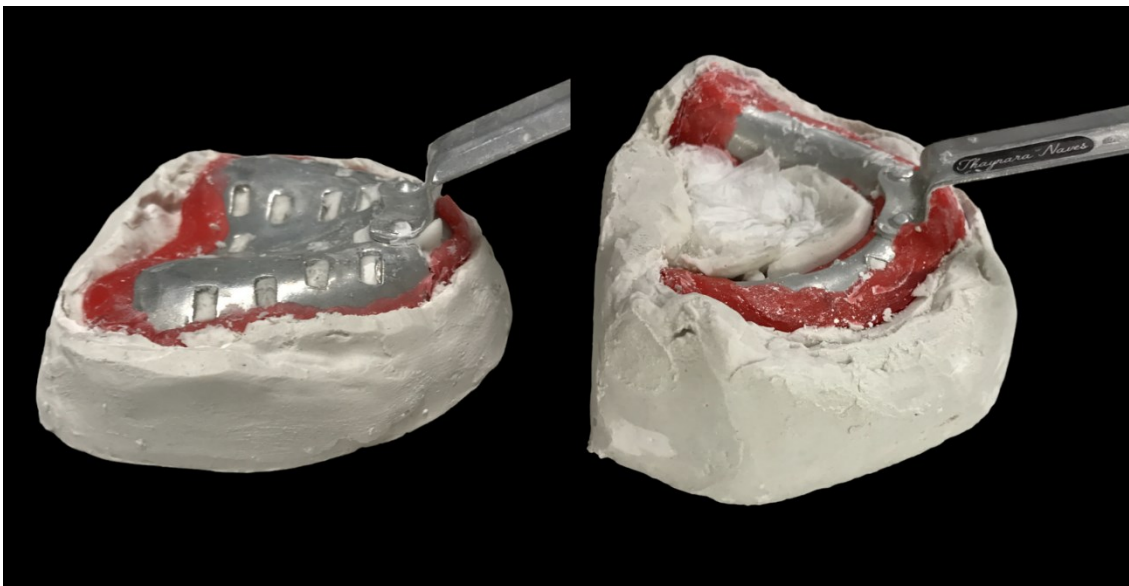


Figura 8: Modelo de estudo.

Seção 1.03 Moldagem Funcional

Após a obtenção do modelo de estudo e planejamento do caso clínico, seguimos com as etapas laboratoriais, com o modelo em mãos delimitamos a área basal de acordo com a fisiologia dos elementos anatômicos (Figura 9). Utilizando cera rosa 7 (TECHNEW®), realizamos os alívios das áreas retentivas (Figura 10) para a confecção da moldeira individual, que foi produzida em resina acrílica auto polimerizável incolor (TDV®) (Figura 11).

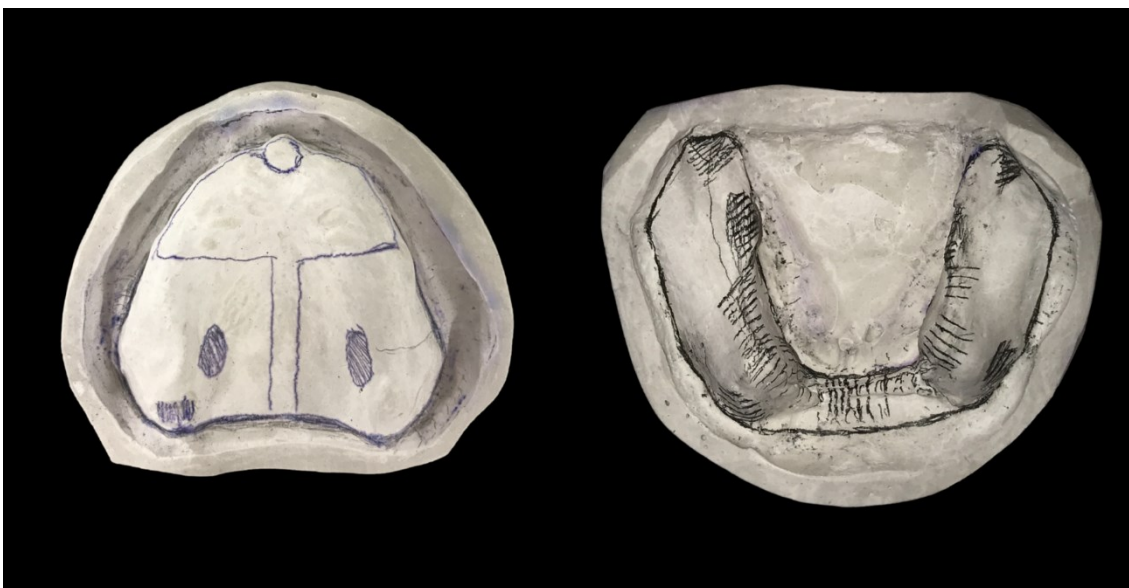


Figura 9: Delimitação da área basal.

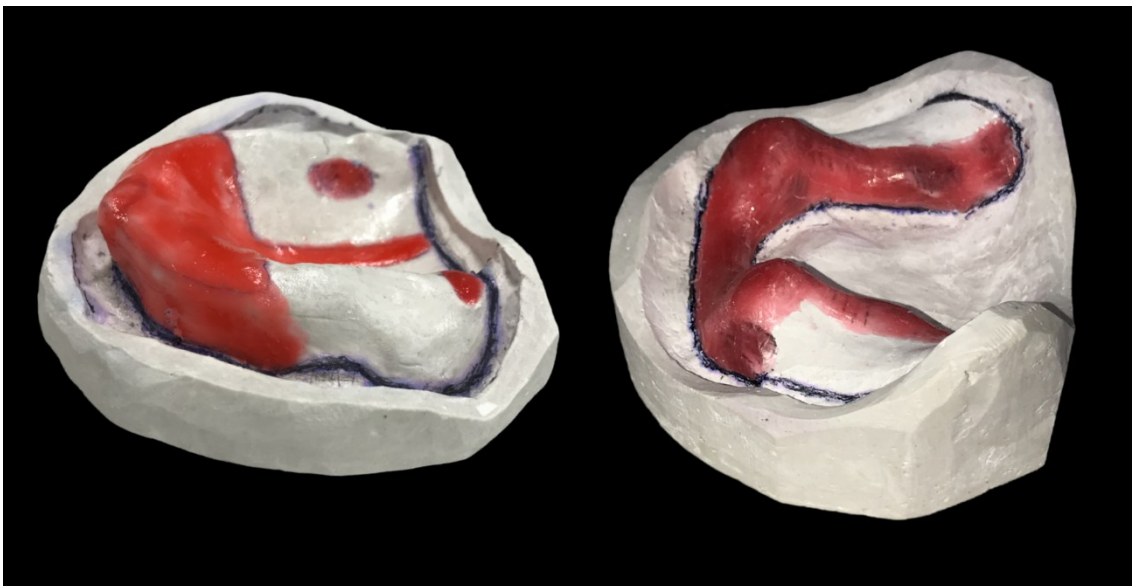


Figura 10: Alívio de áreas retentivas.

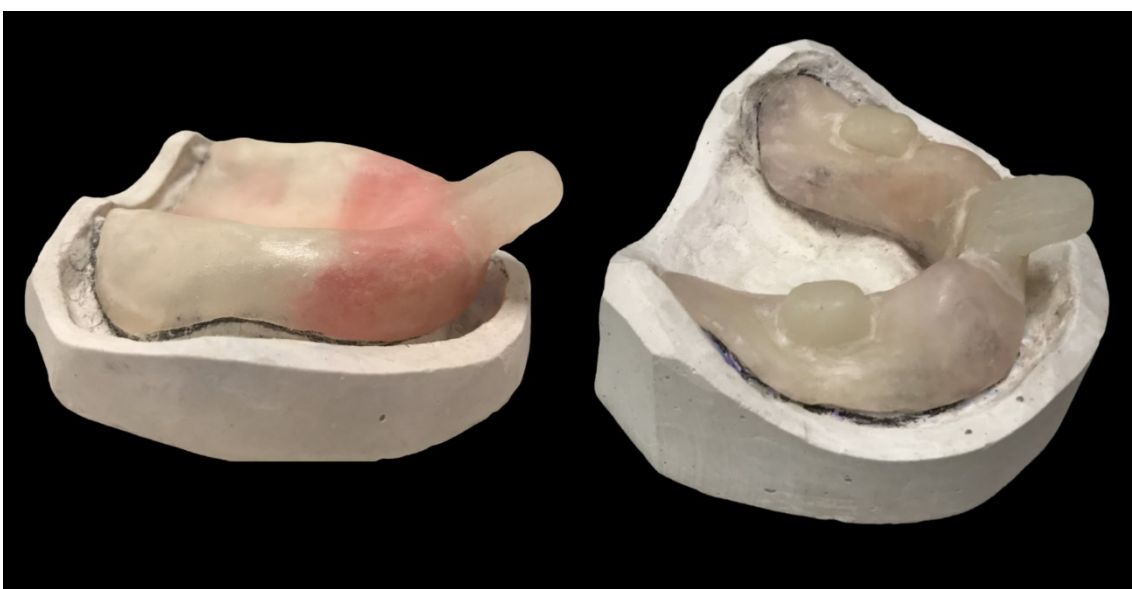


Figura 11: Moldeira Individual.

Com a utilização de moldeiras individuais e da pasta zinco-enólica (Lysanda®), realizamos a moldagem funcional da maxila. Inicialmente, realizou-se a moldagem do selamento periférico, seguido pela moldagem de toda a área basal, em que o material é aplicado por completo na extensão da moldeira, englobando inclusive o selamento periférico previamente moldado. Na região da mandíbula, optou-se pelo uso de silicone de condensação Reflex Fluido (YLLER®). Ambos foram enviados para o laboratório da FOUFU, para que pudesse ser confeccionado o modelo de trabalho e a base de prova. (Figura 12).

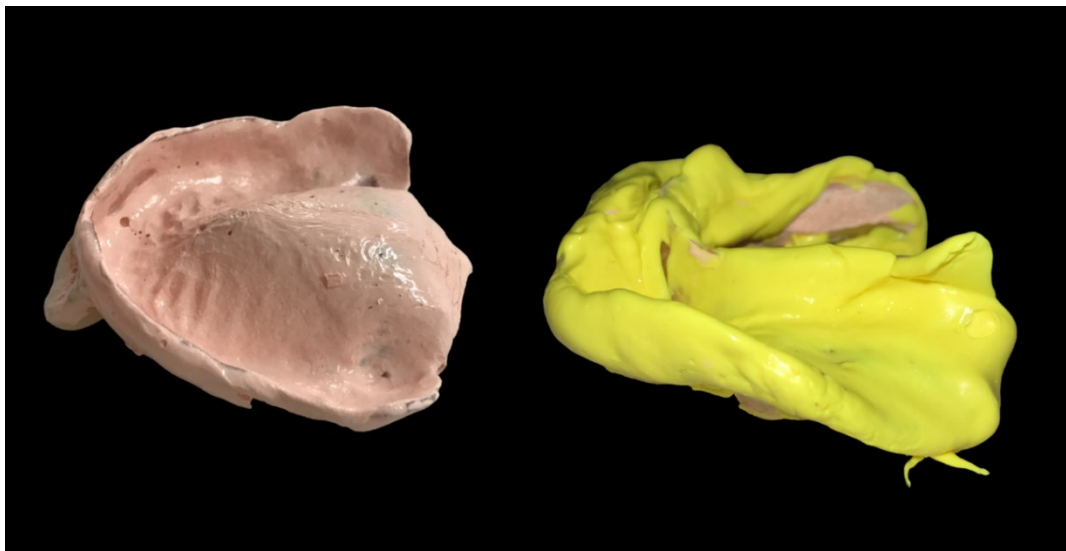


Figura 12: Molde Funcional.

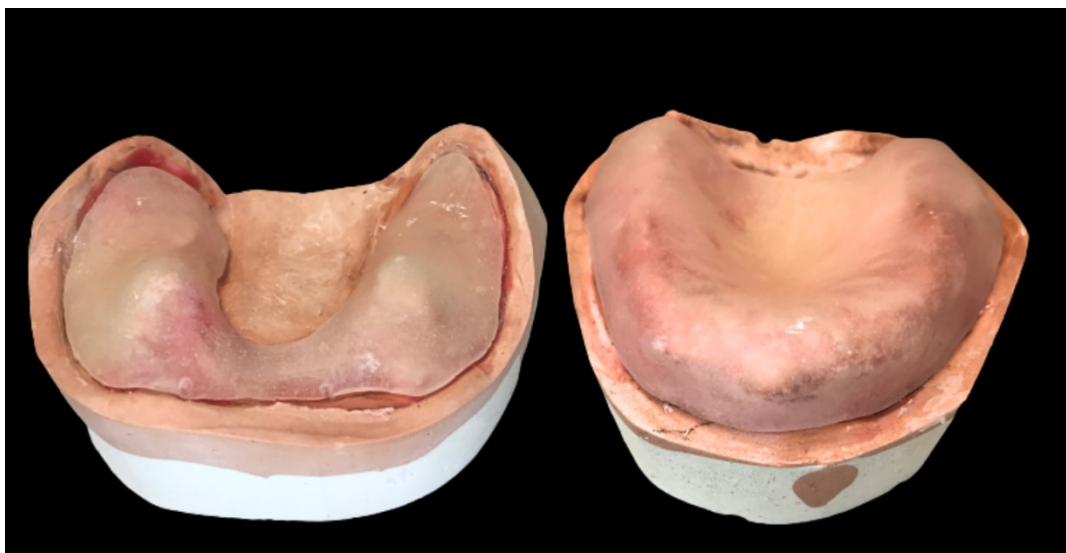


Figura 13: Base de prova.

Seção 1.04 Roletes de Cera

Seguimos para o registro da dimensão vertical de oclusão (DVO), pela técnica de Willis. Inicialmente, pedimos para o paciente ficar sentado em uma posição confortável e ortostática. Dessa forma, observamos o terço inferior da face e pedimos que mantivesse um leve toque entre os lábios. Em seguida, com o auxílio do compasso de Willis, realizamos a medição da distância entre a base do nariz e o mento, que corresponde à dimensão vertical de repouso. Subtraímos da medida obtida 3mm, que corresponde ao espaço funcional de pronúncia, o valor encontrado (6,3) corresponde à dimensão vertical de oclusão. Por fim,

solicitamos ao paciente que deglutisse, e observamos o toque do compasso de Willis na ponta do nariz. Esse toque deve ser leve para indicar que a medida da DVO está correta, e assim, concluir a técnica de Monson (TAMAKI, 1983).

Para o plano de orientação iniciamos com a base de prova superior plastificamos uma lâmina de cera rosa 7 e a dobramos no sentido de seu maior comprimento e dobramos ao meio, para diminuir o comprimento e aumentar a espessura. Adaptamos o rolete ao rebordo da base de prova e o fixamos. Para acertar previamente a altura do plano, levamos à boca do paciente onde deverá ficar, na região de incisivos, até 2 mm abaixo do lábio em repouso e lateralmente, na altura das comissuras labiais. A partir da região de caninos, fazemos um movimento de pêndulo para posterior, imprimindo no plano a curva de Spee. A definição dos contornos vestibular e posterior é dada, respectivamente, pelo suporte do lábio e das bochechas, baseados na estética.

Para confecção do registro do plano inferior, seguimos os mesmos passos utilizados no plano superior, uma vez que o plano superior serviu como guia principal para a sua confecção. Posicionamos o plano superior ajustado e vaselinado na boca do paciente, em seguida, posicionamos o plano inferior plastificado e com auxílio do compasso de Willis solicitamos ao paciente que fechasse a boca de maneira natural, mantendo a DVO registrada removemos os excessos dos planos e marcamos as linhas de referência: linha média, canino e linha alta do sorriso (Figura 14). Para prender os planos, utilizamos grampos, e enviamos ao laboratório da FOUFU (Figura 15).



Figura 14: Plano de orientação.



Figura 15: Fixação do plano de orientação.

Seção 1.05 Seleção de Dentes Artificiais

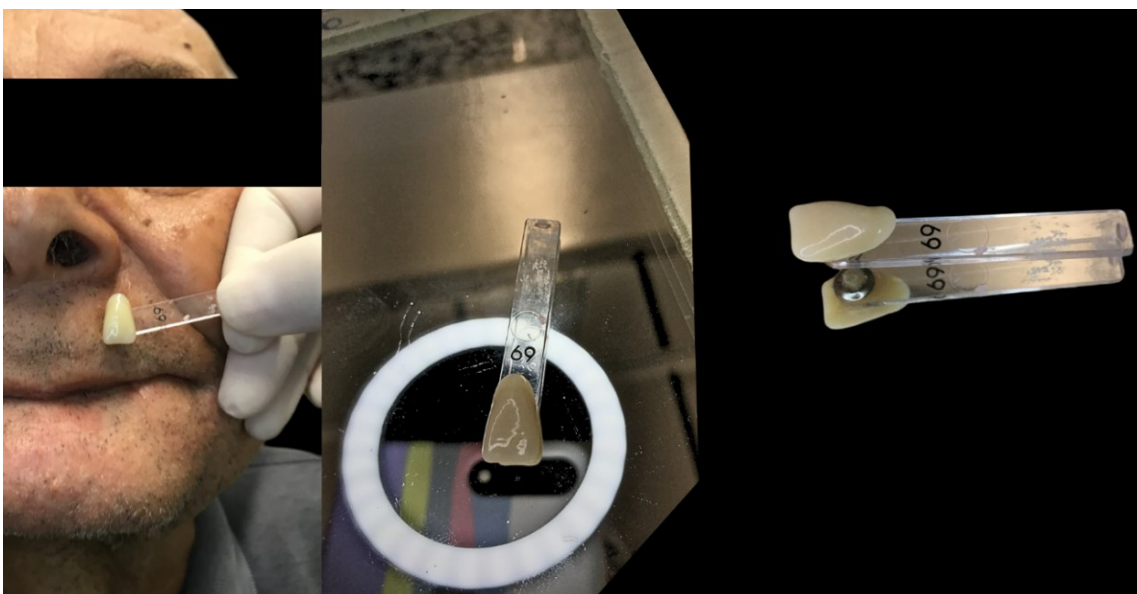


Figura 16: Escolha da cor do dente.

Para montagem de dentes (VIPI®) enviamos as informações necessárias, como cor (69) e formato (3P;32M) (Figura 16). Após a montagem, realizamos a prova dos dentes e avaliamos as relações oclusais, suporte labial, altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal, linha média, fonética, e características estéticas dos dentes considerando as preferências e características individuais do paciente.



Figura 17: Montagem de dentes.

Com a aprovação dos dentes pelo paciente, a etapa seguinte da confecção da prótese total consistiu na realização da acrilização. Nesse momento, a resina acrílica foi utilizada para a confecção da base que suporta os dentes artificiais, previamente selecionados. Essa fase foi realizada em laboratório, com o objetivo de garantir a precisão e qualidade do processo. Inicialmente, é realizada a caracterização da prótese, em seguida, a polimerização da resina acrílica, o acabamento e por fim, o polimento. Juntamente a polimerização da prótese pedimos ao laboratório que fizesse o guia cirúrgico, duplicando a PT inferior, para que pudesse ser utilizado na cirurgia de implantes que seria realizada em seguida.

Seção 1.06 Instalação das Próteses



Figura 18: Próteses totais acrilizadas.

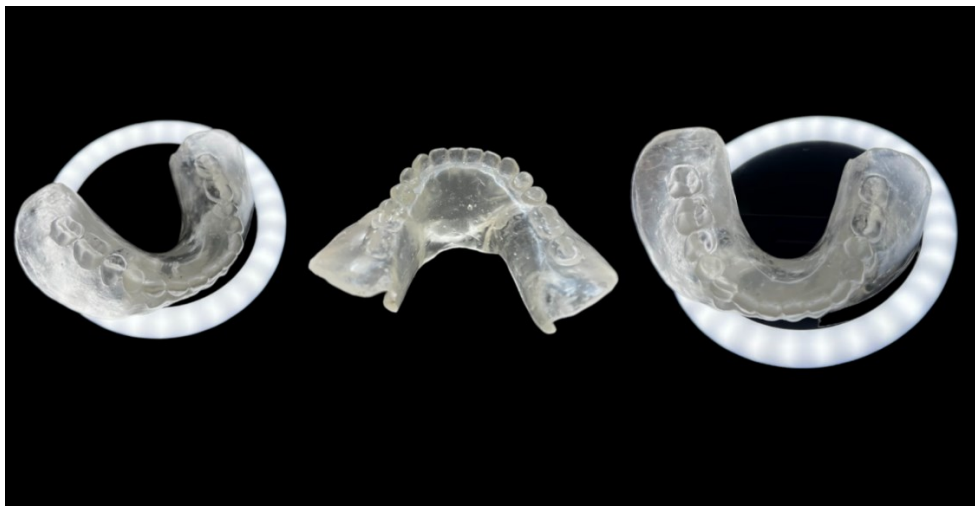


Figura 19: Guia Cirúrgico.

Assim que finalizamos a confecção da prótese total removível, agendamos uma consulta para a instalação. Durante a consulta, realizamos a avaliação da prótese, verificando a presença de irregularidades na base, como arestas cortantes e porosidades, além de avaliar o relacionamento da prótese com os tecidos moles, a dimensão vertical e a relação cêntrica, bem como a fonética e a estética. Em seguida, procedemos com o ajuste oclusal da prótese, garantindo uma oclusão correta e confortável. Apresentamos a prótese ao paciente para que pudesse expressar sua opinião e, após o ajuste, fornecemos instruções sobre o uso e a conservação da prótese. Por fim, realizamos um protocolo fotográfico com e sem a prótese para análise comparativa. Agendamos um retorno para o controle da adaptação e verificação da necessidade de ajustes ou reparos, assegurando a efetividade do tratamento e a satisfação do paciente.

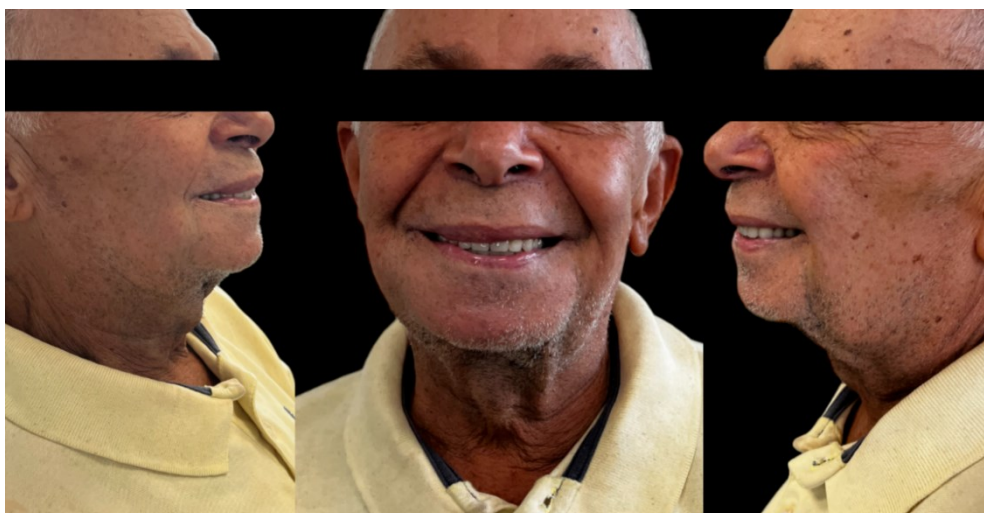


Figura 20: Paciente com a prótese.



Figura 21: Lado direito sem e com a prótese.



Figura 22: Frontal sem e com a prótese.



Figura 23: Lado esquerdo sem e com a prótese.

Seção 1.07 Fase Cirúrgica

Recomendamos que o paciente retornasse após, sete dias depois da instalação da prótese dentária. Durante essa consulta, revisamos e refinamos o ajuste oclusal da prótese. Também avaliamos a necessidade de ajuste da base da prótese, por meio da identificação de úlceras traumáticas e com auxílio da pasta base do kit da pasta zinco-enólica, as quais foram regularizadas com uma peça reta, uma broca maxicut e pontas de polimento para resina acrílica, através de leves desgastes. Após a realização de todos os ajustes necessários e consultas de controle, o paciente apresentou-se satisfeito e usando a prótese regularmente. Dessa forma, demos início a etapa cirúrgica para instalação dos implantes dentários. Foram instalados dois implantes do tipo Cone Morse (NeoDent®) com ângulo aproximado de 45 graus nas bordas proximais da ressecção cirúrgica. O implante do lado direito teve um travamento de 25 N e do lado esquerdo 10N, contraindicando dessa forma, procedimentos de carga.

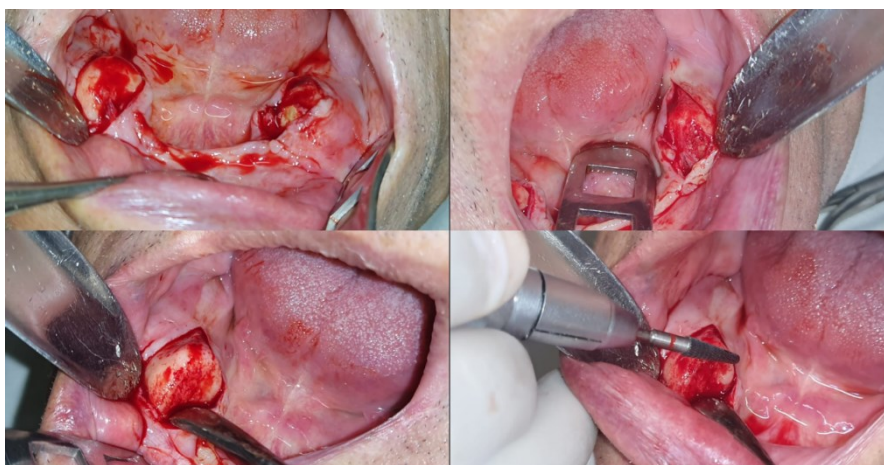


Figura 24:
Regularização
do rebordo.

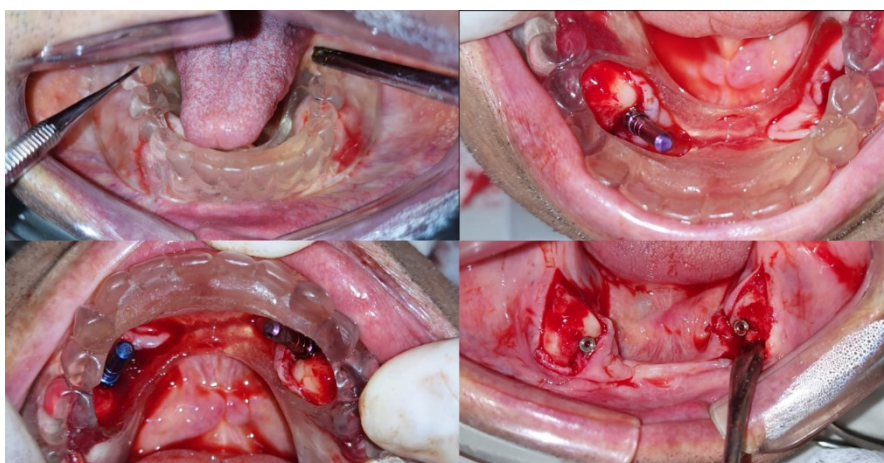


Figura 25:
Instalação de
implantes com
uso do guia.

Após remoção de sutura e avaliação pós cirúrgica, a adaptação da prótese foi reavaliada e o paciente foi agendado para um retorno em 3 meses, o que impediria a conclusão do caso em tempo hábil para apresentação nesse documento. Sendo assim, produzimos através de edição, uma imagem de como seria o posicionamento da barra, para fins ilustrativos.

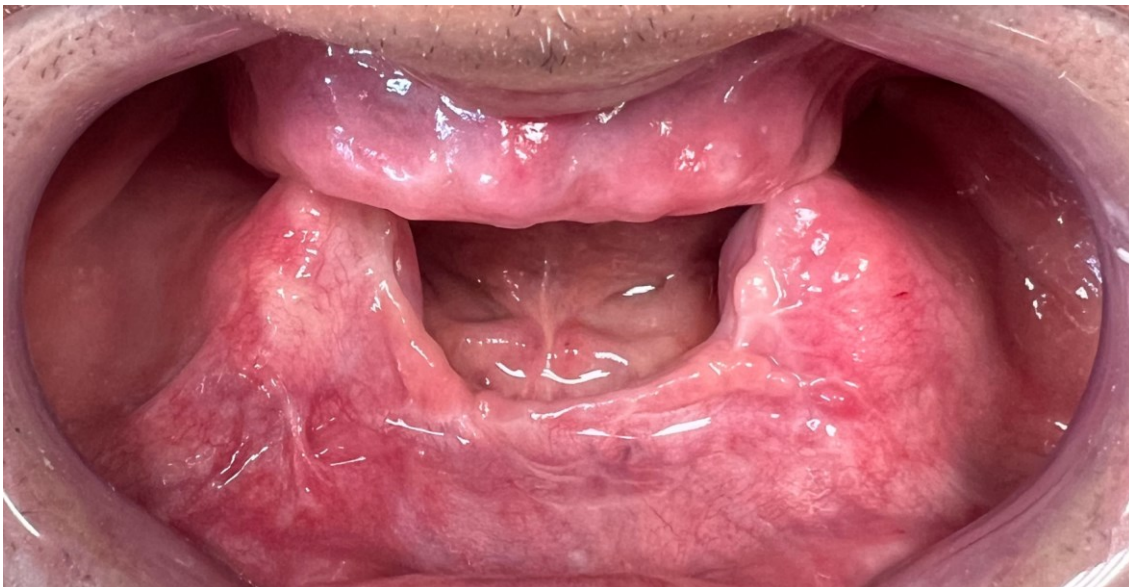


Figura 26: Reborde após cirurgia.

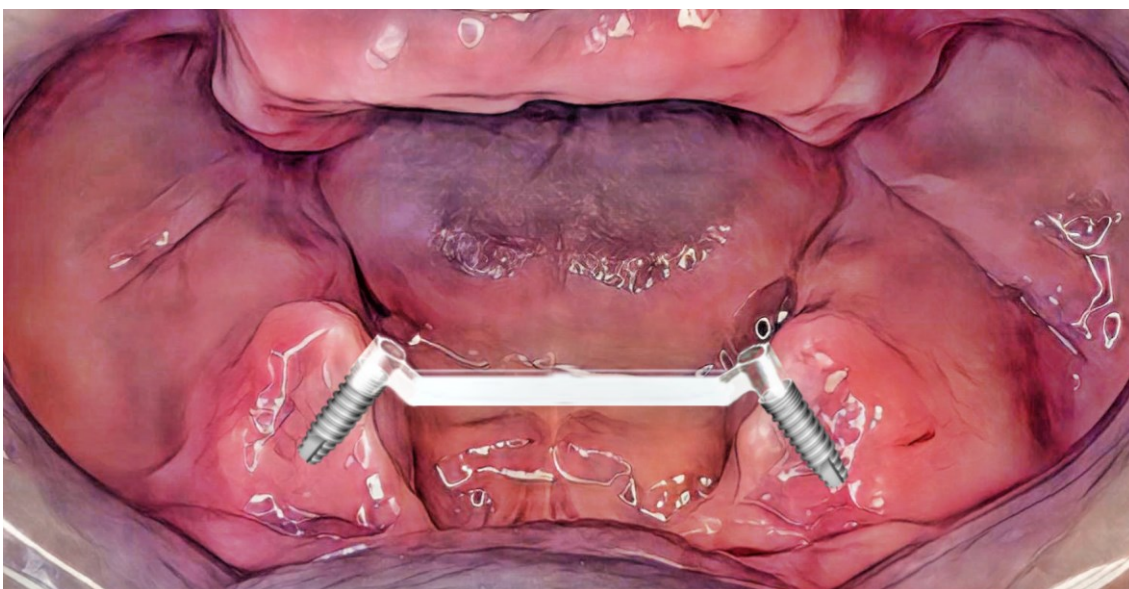


Figura 27: Imagem ilustrativa do planejamento da barra que será confeccionada sobre os implantes.

4. DISCUSSÃO

O ameloblastoma é um tumor odontogênico benigno comum na mandíbula. Apresenta crescimento lento, é localmente invasivo e pode ser diagnosticado através de exames de imagem e biópsia. A intervenção mais eficaz é a ressecção em bloco, contudo, a realização de uma cirurgia radical pode resultar em deformidades estéticas, prejuízos funcionais e impacto psicológico negativo ao paciente (GHAI, 2022).

No caso em questão, o paciente foi diagnosticado em uma consulta de rotina e a partir de uma radiografia panorâmica identificou-se lesões na mandíbula com aspecto multilocular, septos internos e o padrão em "bolhas de sabão". Dessa forma, foi possível planejar a ressecção do tumor na sínfise mandibular e a instalação de uma barra no local para estabilizá-la.

Apesar dos avanços da odontologia, a perda dentária ainda é uma questão relevante, principalmente entre a população mais idosa, sendo influenciada por fatores sistêmicos e socioeconômicos. Podendo provocar graves consequências, incluindo a perda da função mastigatória, doenças associadas e problemas psicossomáticos, como mudanças na aparência e isolamento social. No entanto, graças aos avanços na implantodontia, é possível oferecer aos pacientes desdentados totais, próteses removíveis de qualidade, que melhoram significativamente a função mastigatória, a capacidade fonética, a aparência física, a autoestima e evidentemente, a qualidade de vida (UGLOVA, 2022).

Após a cirurgia deste caso, o quadro apresentado foi de edentulismo total e um rebordo com deformidade e sensibilidade advindas da ausência de osso na região e a mucosa modificada. A capacidade funcional do sistema estomatognático apresentou-se diminuída, gerando a necessidade de intervenção protética que se mostrou desafiadora, devido ao processo cirúrgico recente e ao defeito causado.

Apesar da cirurgia apresentar um bom prognóstico, não havia previsão para que fosse feito enxerto na área operada, pois além do tamanho do defeito, que necessitaria de uma certa disponibilidade de tecido mole, o indicado seria uma reconstrução microvascularizada com retalho misto de osso, músculo e pele

que ainda não é disponibilizado pela Universidade Federal de Uberlândia. Outro fator que influenciou no planejamento foi o perfil pouco cooperativo do paciente quando se tratava de procedimentos cirúrgicos. Fatores decisivos para o plano de tratamento que foi pensado para proporcionar qualidade de vida ao paciente. Foi discutido em conjunto e decidido que a melhor opção seria a confecção de uma prótese total sobre implantes do tipo overdenture. A escolha foi baseada na estabilidade, estética, função e capacidade de higienização, levando em consideração a disponibilidade óssea.

A overdenture implanto-suportada é uma prótese dentária removível que utiliza implantes dentários como suporte e retenção, podendo ser parcial ou totalmente suportada. Dentre as vantagens desse tipo de prótese estão a boa retenção, suporte e benefícios psicológicos. Além de reduzir, a reabsorção do rebordo residual, abrasões dos tecidos moles, carga oclusal, e melhorar, a nutrição, fala, conforto, posições dos dentes, eficiência mastigatória, condições de higiene e manutenção domiciliar. (SHARMA et al., 2017).

Durante o processo de confecção da prótese foi possível observar que a apesar de possuir um rebordo alto com disponibilidade óssea o espaço protético estaria comprometido, e para garantir uma perda mínima desse espaço foi planejado a colocação dos implantes inclinados entre o rebordo remanescente, onde será instalado uma barra, confeccionada de uma liga metálica de titânio, unindo os dois implantes, permitindo a conversão da prótese total convencional para um sistema barra clip.

Estudos mostram que as barras retidas sobre dentaduras têm sido bem-sucedidas em pacientes submetidos à mandibulectomia, possibilitando a remoção da prótese durante a noite para reduzir os efeitos da parafunção noturna, compartilhando a carga oclusal e utilizando menos implantes. Os pilares da overdenture implanto-suportada não requerem um local específico de colocação, podendo ser estendidos sobre os pilares para evitar o aprisionamento de alimentos. Portanto, a overdenture implanto-suportada é uma excelente opção para a reabilitação oral de pacientes que necessitam de próteses dentárias removíveis (SHARMA et al., 2017).

O processo de confecção da prótese total overdenture envolveu a realização de moldagens e registros das arcadas dentárias do paciente, algumas

dificuldades do caso se mostraram presentes nesse momento, devido as irregularidades, e sensibilidade ainda presente no rebordo, por consequência, optamos por moldar a mandíbula com silicone de condensação fluido. Esses moldes foram enviados ao laboratório de prótese dentária da FOUFU, onde a prótese foi confeccionada de acordo com as especificações do paciente.

No decorrer da produção de uma prótese, escolher os materiais de forma adequada e personalizada, faz parte do processo e obtém grande importância para seu sucesso. O silicone além de ser um material fluido e trazer conforto ao paciente, possui vantagens como moldagem não segmentada e ótima cópia dos tecidos moles e duros da cavidade oral, apresentando uma cópia mais aproximada de imperfeições presentes. (SIEBRA et al., 2017).

Com a aprovação do paciente na etapa de prova de dentes prótese foi acrilizada e então, instalada com sucesso na mandíbula do paciente. Logo após foi realizado a fase cirúrgica de instalação de implantes, onde obtivemos uma cirurgia sem intercorrências. No entanto, a qualidade óssea não foi suficiente para atingir uma estabilidade primária para realização de carga imediata. Dessa forma optamos por aguardar a osseointegração, instalando a prótese com carga tardia.

A osseointegração é um conceito clínico que se refere ao processo de obtenção de estabilidade assintomática do material implantado por meio do contato direto com o tecido ósseo, mantido no organismo por um longo período. É amplamente reconhecido que a estabilidade é um parâmetro essencial para o sucesso do implante, e pode ser dividido em duas fases: primária e secundária. A estabilidade primária é obtida durante o ato cirúrgico de instalação do implante e é determinada pela densidade e quantidade de osso disponível, pela técnica cirúrgica utilizada e pelo desenho do implante. Caso a estabilidade primária não seja alcançada, micromovimentos podem ocorrer, levando à formação de uma cápsula fibrosa ao redor do implante, o que resultará em sua falha. Portanto, a obtenção da estabilidade primária é um fator crucial para a osseointegração bem-sucedida de implantes dentários (BASSO et al., 2008).

Sendo assim, mantemos o paciente com o uso das próteses totais ajustadas, que foi orientado a fazer visitas regulares ao dentista para manutenção da prótese e para verificar a saúde da mucosa bucal, enquanto

aguarda o tempo necessário para as próximas etapas do tratamento. A recuperação do paciente tem sido satisfatória e a prótese permitiu que ele voltasse a ter uma função mastigatória adequada e uma aparência facial melhorada, impactando significativamente sua qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

Com a instalação da prótese total superior e inferior foi possível proporcionar ao paciente:

- Melhorara na fonética, aprimoramento na capacidade mastigatória e estética;
- Conforto a partir do uso de uma prótese estável e retentiva para os padrões de próteses removíveis totais convencionais;
- Proteção aos tecidos moles e distribuição da carga oclusal de forma equilibrada;
- Facilidade e independência na higienização dos tecidos orais e das próteses.

Apesar da instalação da barra ter sido adiada em atenção e cuidado com a osseointegração dos implantes, a confecção da prótese total já proporcionou importante impacto positivo na vida do paciente. E espera-se um potencial de melhora ainda significativo quando for finalizado o sistema barra clip.

6. REFERÊNCIAS

BASSO, M. F. M. et al. Carga imediata e carga tardia em overdentures sobre implante. **Salusvita**, v. 27, n. 2, p. 287–300, 2008.

GHALI, S. Ameloblastoma: An Updated Narrative Review of an Enigmatic Tumor. **Cureus**, v. 14, n. 8, 6 ago. 2022.

JAEGGER, G. et al. USO DE PRÓTESE CUSTOMIZADA DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR APÓS RESSECÇÃO DE EXTENSO AMELOBLASTOMA MANDIBULAR: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 20–25, 2023.

LOPES, S. C.; RODRIGUES, W. J. DE P. R. SISTEMAS DE RETENÇÃO PARA OVERDENTURE REVISÃO DE LITERATURA. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**, v. 4, n. 2, p. 167–173, 2022.

OLIVEIRA, D. M. DE A. et al. Tratamento conservador dos ameloblastomas: revisão de literatura / Conservative treatment of ameloblastomas: literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 114256–114264, 29 dez. 2021.

RALDI, F. V. et al. Treatment of ameloblastoma. **RGO**, v. 58, n. 1, p. 123–126, 2010.

SHARMA, S. et al. Implant-Supported Overdenture: A Review. **Pharm Biomed Sc**, v. 7, n. 7, p. 270–277, 2017.

SIEBRA, M. M. et al. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO USO DE MATERIAIS ANELÁSTICOS E ELÁSTICOS EM MOLDAGEM PARA PRÓTESE TOTAL: UM RELATO DE CASO. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 8, n. 4, p. 132, 18 dez. 2017.

TAMAKI, T. **Dentaduras Completas**. [s.l: s.n.]. v. 1

TELLES, D. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. Livraria Santos ed. Vila Mariana: [s.n.]. v. 1

UGLOVA, O. **PRINCÍPIOS ATUAIS DE FIXAÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS SOBRE IMPLANTES**. [s.l: s.n.].