



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**



**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

**WANESSA PEREIRA CAVALCANTE**

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS ASSOCIADA A  
CORONECTOMIA PARA PRESERVAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**Uberlândia – MG**

**2025**

**WANEISSA PEREIRA CAVALCANTE**

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES TOTAIS REMOVÍVEIS ASSOCIADA A  
CORONECTOMIA PARA PRESERVAÇÃO DE TECIDO ÓSSEO  
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de  
Uberlândia para obtenção do título de bacharel em  
Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula de Lima Oliveira.  
Coorientadora: Prof. Dra. Germana de Villa  
Camargos.

**Uberlândia - MG**

**2025**

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor incondicional e apoio constante durante toda a minha jornada acadêmica, tornando possível a realização deste sonho. À minha orientadora e coorientadora, cuja orientação, dedicação e comprometimento foram cruciais no desenvolvimento deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, porque Ele foi o meu refúgio, a minha fortaleza e socorro bem presente na hora da angústia.

Ao meu amado esposo, Arnaldo, que é a minha alegria e companheiro incansável. Em cada passo desta jornada, nos desafios e conquistas, sua presença foi meu porto seguro. A caminhada acadêmica é desafiadora, mas ao seu lado, cada obstáculo se tornou mais leve e cada vitória, ainda mais especial. Sou grata pelo seu amor e apoio incondicional.

Aos meus pais, Agmar e Sebastiana, pelo amor inestimável e pelos sacrifícios que fizeram com que eu chegasse até aqui. Desde sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos e sempre acreditaram que eu iria realizá-los.

Às minhas companheiras de graduação, Gabrielle e Talita, que tornaram a jornada inesquecível. Com vocês, até os desafios ficam mais suportáveis. As levarei em meu coração sempre.

À minha orientadora, Ana Paula de Lima Oliveira e à minha coorientadora Germana de Villa Camargos, pela orientação, dedicação e incentivo. A paixão com que exercem a profissão são inspiração para mim.

## RESUMO

A reabilitação oral de pacientes com múltiplas perdas dentárias desempenha papel imprescindível na restauração de funções básicas a todo indivíduo, como a mastigação, a fala e a estética, que têm papel fundamental na autoestima e na integração social. Este relato de caso clínico tem como finalidade apresentar de forma descritiva e reflexiva os diversos aspectos que envolvem a reabilitação com próteses removíveis, abordando as etapas de planejamento, execução e adaptação dos dispositivos protéticos. O caso clínico consiste na reabilitação oral de uma paciente com maxila totalmente edêntula e mandíbula parcialmente edêntula, no qual, a fim de eleger o tratamento mais adequado, foi realizada uma avaliação clínica, radiográfica e aplicação de um exame periodontal para realizar um planejamento individualizado. Com o intuito de preservar tecido ósseo, reduzindo a reabsorção e favorecendo a reabilitação mandibular, os elementos dentários foram mantidos através de um procedimento denominado coronectomia.

**Palavras-chave:** Reabilitação Oral; Próteses Removíveis; Coronectomia; Preservação de Tecido Ósseo;

## ABSTRACT

The oral rehabilitation of patients with multiple tooth losses plays an essential role in restoring fundamental functions for every individual, such as mastication, speech, and aesthetics, which are crucial for self-esteem and social integration. This clinical case report aims to descriptively and reflectively present the various aspects involved in rehabilitation with removable prostheses, addressing the stages of planning, execution, and adaptation of prosthetic devices. The clinical case consists of the oral rehabilitation of a patient with a fully edentulous maxilla and a partially edentulous mandible. To determine the most appropriate treatment, a thorough clinical and radiographic evaluation was conducted, along with a periodontal examination to develop an individualized treatment plan. In order to preserve bone tissue, reduce resorption, and facilitate mandibular rehabilitation, the remaining dental elements were maintained through a procedure known as coronectomy.

**Keywords:** Oral Rehabilitation; Removable Prostheses; Coronectomy; Bone Tissue Preservation.

## SUMÁRIO

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>              | <b>7-8</b>   |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>               | <b>8-9</b>   |
| <b>2.1 Objetivos Gerais.....</b>      | <b>8</b>     |
| <b>2.2 Objetivos Específicos.....</b> | <b>9</b>     |
| <b>3 RELATO DE CASO.....</b>          | <b>9-32</b>  |
| <b>4 DISCUSSÃO.....</b>               | <b>32-34</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>               | <b>35</b>    |
| <b>6 REFERÊNCIAS.....</b>             | <b>36-38</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O edentulismo é uma condição frequentemente encontrada em pessoas idosas e afeta diretamente a qualidade de vida e a autoestima desse grupo populacional (Linn et al., 2024) devido aos prejuízos na função mastigatória, fonética e estética, provocando desconfortos sociais (Paulus et al., 2022). Em virtude disso, a reabilitação protética para restabelecimento das funções antes exercidas pelos dentes é de extrema importância, pois relaciona-se diretamente com a saúde do indivíduo, que não se resume ao bem-estar físico, mas também social e psíquico (Turano et al., 2010).

Nesse contexto, os aparelhos protéticos reabilitadores devem restabelecer a função mastigatória, auxiliar na deglutição, fonética e estética facial, além de restabelecer a dimensão vertical de oclusão, reduzir a reabsorção óssea, dentre outros benefícios que proporcionam conforto físico e psicológico ao paciente (Rocha e Russi et al., 2015). Entretanto, é desafiador restaurar todas as funções acima mencionadas na reabilitação com próteses removíveis, especialmente aquelas mandibulares mucossuportadas, devido a diversos fatores como área basal reduzida, reabsorção óssea extensa, a musculatura que exerce influência na estabilidade da prótese, entre outros motivos. Isso compromete a retenção, aumentando o desconforto no uso da prótese (Cunha & Marchini, 2014). Todavia, a manutenção de dentes pilares com precário suporte periodontal, decorrente de longa história de doenças periodontais e cáries, para a confecção de próteses dentomucossuportadas não é viável, pois são dispositivos que causam o aumento de índice de placa bacteriana, índice gengival, índice de cálculo dental, mobilidade dentária e recessão gengival em dentes pilares, o que pode levar ao insucesso das próteses parciais removíveis (Nyman & Lindhe, 1977, Da Silva, Porto & Bonachella, 2008).

Nessa situação clínica, a opção pela exodontia total, previamente à reabilitação protética, resultará em um processo irreversível de reabsorção e remodelação óssea na mandíbula, especialmente em altura, com grande variação individual e sem previsibilidade (Carlsson, 2014). A redução no suporte ósseo corroborará para o insucesso na reabilitação com prótese total removível mandibular a longo prazo, devido à falta de retenção do aparelho protético e consequente, reduzida funcionalidade do mesmo, resultando em desconforto com seu uso, redução da eficiência mastigatória, lesões na mucosa bucal e também desconforto social quando a prótese se desloca ao conversar (Jayaraman S., et al., 2018). Como consequência, haverá uma grande quantidade de pessoas insatisfeitas com a prótese total inferior, sendo que muitas desistem do

tratamento durante a fase de adaptação (Paraguasu et al., 2019). Paraguasu e colaboradores (2019) mostraram que, em um universo de 299 pacientes usuários de PTRs, apenas 39% estão satisfeitos com a mandibular, enquanto 90% estão satisfeitos com a PTR maxilar.

Quando os implantes dentários não são possíveis de serem realizados, seja por fatores sistêmicos ou financeiros, uma alternativa para evitar a acelerada reabsorção/remodelação do rebordo alveolar mandibular após as exodontias, é manter os dentes que se apresentam com condição periodontal razoável, que é quando é possível observar reversibilidade dos prejuízos causados pela periodontopatia após a remoção de placa bacteriana (Antonini et al., 2013), por meio de uma coronetomia. A coronetomia consiste em remover a coroa dentária e preservar as raízes no alvéolo dentário, reduzindo substancialmente a perda óssea pós-exodontias (Carlsson, 2014). Isto amplia as possibilidades de reabilitação protética. Com base na condição periodontal dos dentes presentes, ponderando a quantidade de estrutura remanescente, o número e a posição dos dentes na arcada dentária e o espaço intermaxilar presente, é possível concluir se é viável a confecção de uma prótese total mandibular do tipo overdenture sobre raízes, retida por dispositivos mecânicos ou apenas apoiada sobre as raízes presentes (Cunha & Marchini, 2014).

Diante do exposto, este trabalho de conclusão de curso teve como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral com PTRs bimaxilares, no qual a PTR mandibular é do tipo overdenture apoiada sobre três raízes, como alternativa mais viável para devolver função, estética, fonética, conforto e qualidade de vida.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos Gerais**

Este trabalho teve como objetivo relatar o processo da reabilitação oral de paciente com edentulismo, por meio de próteses removíveis, considerando a sua influência com relação à saúde geral do indivíduo, que inclui aspectos funcionais, estéticos e psicossociais.

### **2.2 Objetivos Específicos**



Analisar e discutir os principais desafios da reabilitação com próteses removíveis, desde a correta indicação e desenvolvimento do planejamento até o período de adaptação ao uso desses aparelhos protéticos, de forma que a função, a estética e a qualidade de vida sejam restabelecidas.

### **3 RELATO DE CASO**

#### **Avaliação e planejamento**

Paciente do sexo feminino, 65 anos, chegou para a avaliação na clínica de graduação da FOUFU, usando uma prótese total maxilar com boa retenção e estabilidade. Entretanto, pelo tempo de uso, aproximadamente 15 anos, a prótese apresentava desgaste na incisal e oclusal dos dentes de estoque, resultando em comprometimento estético. No arco inferior, a paciente utilizava uma prótese parcial removível (PPR) provisória, a qual apresentava báscula, função e estética insatisfatórias (Figura 1). Além disso, na região dos dentes naturais remanescentes, 32 e 33, ao ocluir, a paciente apresentava mordida cruzada, e na região do dente 43 apresentava mordida aberta (Figura 2). Visto isso, chegou-se à conclusão de que seria necessário reabilitar proteticamente ambos os arcos, superior e inferior.

O planejamento para o arco superior foi confeccionar uma nova prótese total removível (PTR), seguindo o mesmo formato e cor dos dentes da prótese antiga da paciente, pois são detalhes que a agradavam, porém com caracterização gengival para melhorar a naturalidade da prótese em boca. Para o planejamento da reabilitação do arco inferior, foi levada em consideração a qualidade e quantidade dos dentes remanescentes (3 elementos dentários: 32, 33 e 43), a considerável reabsorção óssea vertical das partes edêntulas do rebordo e o tipo de rebordo estrangulado. Baseando-se no pressuposto de que há apenas 3 dentes anteriores com comprometimento periodontal e precário suporte ósseo, não seria viável utilizá-los como suporte de uma PPR dentomucossuportada (Classe I de Kennedy). A longo prazo, as forças mastigatórias exercidas sobre esses dentes seriam danosas às suas estruturas periodontais, podendo culminar na perda desses elementos dentários e na necessidade de uma nova reabilitação em um curto prazo com PTR, o que representa um insucesso no tratamento.

Em um primeiro momento, a indicação de tratamento protético para a reabilitação do arco inferior foi uma PTR apoiada sobre raízes (overdenture). Para isso, foi realizado tratamento endodôntico nos dentes 32, 33 e 43 da paciente. Entretanto, no decorrer do tratamento, a condição periodontal dos dentes piorou com aumento da mobilidade, além do acometimento desses por lesões de cáries com extensão subgingival. Esses fatores, somados ao fato da higienização oral da paciente não ser satisfatória, mudaram o rumo do planejamento.

Logo, optou-se por manter as raízes no alvéolo dentário de forma provisória para preservar o rebordo alveolar, uma vez que os dentes tinham sido tratados endodonticamente. O planejamento consistiu em realizar as coronectomias a nível gengival e confeccionar uma PTR mandibular, para que futuramente possam ser instalados dois implantes na região de sínfise mandibular e conversão da PTR convencional em overdenture sobre implantes.

Ambos os planejamentos apresentam vantagens sobre a exodontia de todos os elementos e confecção de uma PRT mandibular que, frequentemente, é de difícil adaptação por parte do paciente devido à baixa retenção do aparelho protético, a qual pode ser potencializada ao longo do tempo com a progressiva reabsorção óssea ao longo do tempo devido às exodontias. Contudo, cada caso deve ser analisado individualmente e o planejamento deve respeitar as necessidades de cada paciente para que a reabilitação seja eficaz e os seus resultados satisfatórios e duradouros.



Figura 1 – Situação clínica inicial: PTR maxilar e PPR provisória mandibular



Figura 2 - Dentes remanescentes 32, 33 e 43

O tratamento teve início com adequação do meio bucal, no qual foi necessário realizar raspagem supragengival para remoção de cálculo dental no sextante 5 e profilaxia para remoção de placa bacteriana (Figura 3). A paciente também foi instruída quanto à forma correta de higienização oral, importância do uso do fio dental e higienização das próteses removíveis.



Figura 3 - Resultado após a raspagem supragengival

## Tratamento endodôntico

Como determinado na fase do planejamento, as duas possibilidades consideradas para a reabilitação oral desse caso são: realizar o procedimento de coronectomia nos dentes 32, 33 e 43 para confeccionar de uma prótese overdenture sobre raízes, caso não haja contraindicações, ou realizar o mesmo procedimento para manter as raízes com o objetivo de preservação tecidual e otimização da adaptação de uma PTR mandibular. Em ambas as opções, evitou-se a exodontia de todos os dentes, com o intuito de preservação de tecido ósseo, o que futuramente, facilita a instalação de implantes na mandíbula entre os forames mentonianos e possibilita que a prótese total removível que será confeccionada possa ser transformada em uma prótese overdenture sobre implantes. Nessa etapa, a paciente compareceu à clínica do CEO-UFU (Centro de Especialidades Odontológicas - UFU) para realizar o tratamento endodôntico nos dentes 32, 33 e 43, dando continuidade ao planejamento de reabilitação com prótese overdenture sobre raízes, entretanto, na primeira tentativa, apresentou a pressão arterial excessivamente alta para receber anestésico odontológico. Por esse motivo, demandou um tempo maior para a regularização do estado de saúde da paciente, início e conclusão do tratamento endodôntico.

Em outra consulta, foi realizado o tratamento endodôntico do dente 43 (Figura 4). No mesmo dia foi notada uma lesão com aumento de volume, superfície esbranquiçada e sem sintomatologia dolorosa, em uma região de contato com a base da PPR provisória inferior. A lesão provavelmente foi causada pelo movimento de báscula que a prótese apresentava na boca. A paciente foi encaminhada para a clínica da Unidade de Diagnóstico Estomatológico para diagnóstico e tratamento da lesão (Figura 5).



Figura 4 - Tratamento endodôntico do dente 43



Figura 5 - Úlcera traumática provocada pelo uso da prótese

A paciente retornou ao CEO-UFU em outra consulta para realizar o tratamento endodôntico dos dentes 32 e 33 (Figura 6) e finalizar essa fase do tratamento. Ela já havia comparecido à clínica de Unidade de Diagnóstico Estomatológico e foi confirmado que a lesão foi provocada pela movimentação da PPR provisória inferior, que apresentava báscula e o diagnóstico foi de úlcera traumática provocada pelo movimento de báscula da PPR provisória mandibular. Após a remoção da causa, a lesão regrediu.



Figura 6 - Tratamento endodôntico dentes 32 e 33

#### Etapas de moldagem

Na primeira etapa de moldagem, foram realizadas moldagens de estudo nos arcos superior e inferior com moldeiras de estoque individualizadas com cera utilidade e o material utilizado na moldagem foi o hidrocoloide irreversível, alginato (Figura 7).



Figura 7 - Molde de estudo superior.

Em seguida, após a desinfecção, os moldes foram vazados com gesso pedra tipo III para confecção dos modelos anatômicos. Foi realizado o recorte do gesso para remoção de excessos e, com lápis, delimitamos a área basal nos modelos. A área basal corresponde à extensão máxima da prótese dentro dos limites fisiológicos. Sobreextensão ou subextensão da base da prótese podem resultar

em problemas de retenção e desconforto com o uso da prótese. Por estas razões, é imprescindível que a delimitação da área basal seja realizada corretamente e moldeira individual confeccionada nesse limite. A técnica de moldagem funcional adotada na FOUFU é a de compressão seletiva. Para isso, regiões em que a mucosa não deve receber esforços mastigatórios (mucosas flácidas, rebordos em lâmina de faca), regiões nobres (próximo a feixes vasculo-nervosos) e áreas retentivas foram aliviadas com cera rosa 7, previamente à confecção da moldeira individual. No modelo superior, foram aliviadas as regiões de fissuras palatinas, fôveas palatinas, rafe palatina e em regiões onde o rebordo se apresentou excessivamente retentivo. No modelo inferior foram aliviados a fossa retromolar, a linha oblíqua externa e interna, regiões onde foi achado excesso de retenção, além da região dos dentes presentes. Os modelos foram isolados com vaselina para confecção das moldeiras individuais com resina acrílica incolor ativada quimicamente, na fase arenosa. Após a polimerização da resina acrílica, foram realizados ajustes nas moldeiras com broca maxicut e o auxílio de uma lapiseira para demarcar áreas em que a moldeira ultrapassou a delimitação da área basal. Posteriormente, foi realizado acabamento das bordas das moldeiras por meio da remoção de superfícies cortantes e irregularidades, a fim de que essas apresentassem bordas lisas, arredondadas e com espessura uniforme de 3 mm (Figura 8).



Figura 8 - Moldeiras individuais

As moldeiras individuais confeccionadas foram utilizadas na moldagem de trabalho ou moldagem funcional. O material de moldagem escolhido para realizar a moldagem do arco superior foi a pasta zinco-enólica (ZOE), haja vista que se trata de um rebordo totalmente edêntulo, com resiliência média e sem áreas retentivas, portanto não havia nenhuma contraindicação para utilizar



um material rígido (Figura 9). A pasta ZOE foi utilizada para moldagem do selado de bordo e toda a área basal. Para a moldagem do arco inferior, foram utilizados dois materiais: a pasta ZOE para moldagem do selado periférico e o Impregum (poliéter) de baixa viscosidade para moldagem de toda a área basal, devido à presença de dentes (Figura 10).



Figura 9 - Moldagem para obtenção do molde superior



Figura 10 – Molde de trabalho inferior

Com a obtenção dos moldes, foram confeccionados os modelos de trabalho superior (Figura 11) e inferior (Figura 12), com gesso tipo IV.





Figura 10 - Modelo de trabalho superior



Figura 11 - Modelo de trabalho inferior

### Confecção das bases de prova e registro intermaxilar

Foram feitos alívios nos modelos de trabalho com cera rosa 7 apenas nas regiões retentivas para confecção das bases de prova com RAAQ. A resina foi vertida sobre os modelos na fase arenosa, distribuída de forma uniforme sobre a superfície, de modo a obter 2mm de espessura. Em seguida, foram confeccionadas retenções com o lecron aquecido na superfície oclusal da base de prova, correspondente às áreas edêntulas. Essas retenções têm a finalidade de auxiliar na fixação dos roletes de cera sobre a base de prova, formando os planos de orientação. O plano de orientação superior foi ajustado quanto ao suporte labial (ângulo nasolabial de aproximadamente 105 graus), corredor bucal, plano oclusal paralelo ao plano de câmper e plano incisal paralelo ao plano bipupilar – referência Régua de Fox, altura incisal (rolete de cera ao nível do tubérculo do lábio, considerado a idade da paciente > 60 anos e o tipo de lábio: comprimento médio com leve arqueamento). Em seguida, foi determinada a Dimensão Vertical de acordo com o método fisiológico. Para medir a dimensão vertical de repouso (DVR), pedimos para a paciente repetir o som da letra m (ao final desse fonema, os lábios se encostam suavemente sem contatos dentários) e, então, utilizamos o Compasso de Willis para aferir essa medida (Figura 13). A partir da medida da DVR, subtraímos 3 mm (espaço funcional livre), confirmamos a DVO pelo método da deglutição, na qual a haleta do compasso de Willis deverá encostar suavemente na base do nariz quando a paciente deglutir. Em seguida, plastificamos a cera do plano de orientação inferior e pedimos a paciente para ocluir até a DVO determinada como adequada. Em associação ao método fisiológico, a DVO foi confirmada também pelo método estético, no qual observamos o selamento labial, a harmonia facial dos terços da face com os planos de orientação em posição. Por fim, foram demarcadas as linhas de referência que norteiam a seleção e montagem de dentes artificiais: a linha média, linha alta do sorriso e as linhas referentes à posição dos caninos – referência asa do nariz (Figura 14). Foi realizado o registro intermaxilar e, ao final, as bases de prova superior e inferior foram fixadas na posição de relação cêntrica com pasta ZOE.



Figura 13 - Compasso de Willis sendo utilizado para medir a DVR e a DVO



Figura 14 – Marcações no plano de orientação

### Avaliação periodontal

Como discutido durante o planejamento, havia a possibilidade de reabilitar a paciente com uma prótese overdenture sobre raízes, porém essa possibilidade exige avaliar a condição periodontal dos dentes presentes na boca. Clinicamente, há a indicação para esse tipo de

reabilitação, pois a paciente teve muitas perdas dentárias, apresenta somente dentes anteriores na boca e os caninos estão presentes. Entretanto, a atual condição periodontal, se não for favorável, pode levar a um insucesso na reabilitação e à necessidade de uma nova reabilitação em um curto período de tempo.

Para evitar esse cenário, foi realizado um Periograma (Figura 15), exame periodontal que, por meio da sondagem clínica com sonda milimetrada, mede a profundidade de sondagem e a margem gengival para que seja possível calcular o nível clínico de inserção óssea. Também é possível notar se há a presença de sangramento ou supuração em algum dos 6 sítios sondados em cada dente. Também foram tomadas radiografias periapicais para avaliar o nível de perda óssea e a relação entre a crista óssea e o final da obturação dos canais, o que é importante para a determinação da indicação da prótese overdenture sobre raízes.

Há a presença de várias recessões gengivais e sangramento em vários sítios sondados, o que indica inflamação gengival causada por uma higienização bucal deficiente. Também há mobilidade em todos os dentes, entretanto, não foi encontrada supuração que indique infecção.

Nos exames radiográficos, foi notada uma avançada reabsorção óssea, além de cáries profundas e ativas. Foram feitas medições da relação entre a crista óssea e o final da obturação dos canais radiculares e essa relação não era suficiente em todos os dentes para a instalação dos dispositivos da prótese overdenture sobre raízes (Figura 16).

Ao final da avaliação periodontal, chegou-se à conclusão de que a condição periodontal dos dentes 32, 33 e 43 não é viável para uma reabilitação com prótese overdenture sobre raízes, portanto, o planejamento foi alterado para a segunda alternativa: realizar a coronectomia nos dentes 32, 33 e 43 e reabilitar com PT's removíveis.



|        | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PS     | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  |
| MG     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| NCI    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SS/SUP |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| M      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|        | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PS     | D  | P  | M  | D  | P  | M  | D  | P  | M  | D  | P  | M  | D  | P  | M  | D  |
| MG     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| NCI    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SS/SUP |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| M      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|        | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PS     | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  | V  | M  | D  |
| MG     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| NCI    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SS/SUP |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| M      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|        | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| PS     | D  | L  | M  | D  | L  | M  | D  | L  | M  | D  | L  | M  | D  | L  | M  | D  |
| MG     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| NCI    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SS/SUP |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| F      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| M      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

SS (Sangramento a Sondagem) = 1      SUP (Sangramento a Sondagem): Supuração (2)      MG (Margem gengival): mm      F= Furca (1/2/3)      M= Mobilidade (0/1/2/3)

PS= Profundidade de Sondagem (mm)      NCI= Nível Clínico de Inserção (mm)

Diagnóstico Periodontal: \_\_\_\_\_

Estabelecimento do Risco Periodontal: \_\_\_\_\_

Plano de tratamento periodontal: \_\_\_\_\_

Figura 15 - Periograma



Figura 16 - Radiografia periapical dentes 32, 33 e 43

## Prova dos dentes

Após a montagem de dentes concluída, foi realizada a prova estética e funcional da montagem dos dentes artificiais, na qual observou-se: a posição dos dentes artificiais, alinhamento, centralização da linha média dos dentes com a linha média da face, oclusão e todos os demais parâmetros avaliados na individualização do plano de orientação superior. No caso em questão, foi necessário corrigir a inclinação dos dentes inferiores que estavam acompanhando a inclinação dos dentes naturais, o que não é necessário, visto que as coroas dos dentes naturais serão cortadas durante a instalação da prótese (Figura 18). Também é importante ressaltar que a cor escolhida para os dentes artificiais também não harmoniza com a cor dos dentes naturais pelo mesmo motivo. A cor A2 foi escolhida para os dentes artificiais para evitar estranhamento na paciente, haja vista que sua prótese superior antiga tem dentes na mesma cor (Figura 17).

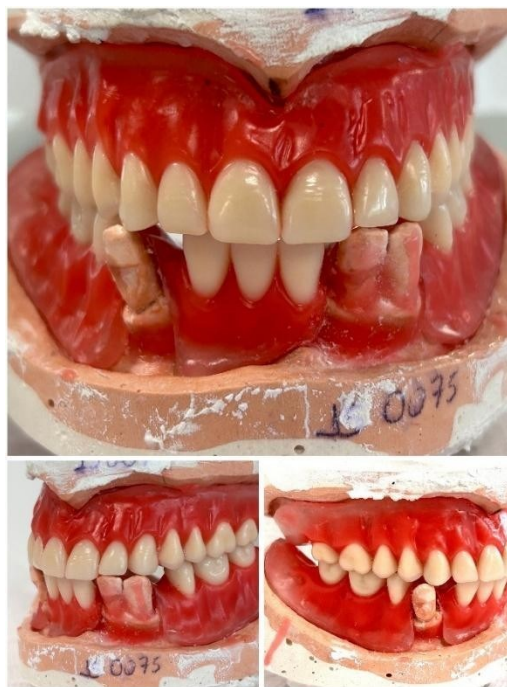


Figura 17 - Primeira montagem dos dentes feita pelo laboratório



Figura 18 – Prova dos dentes

As alterações solicitadas na remontagem dos dentes foram feitas pelo laboratório, mediante a remoção dos dentes remanescentes no modelo de trabalho e montagem dos dentes inferiores anteriores de acordo com a crista do rebordo inferior, transformando a prótese inferior em uma prótese total (Figura 19 e 20).



Figura 19 - Segunda montagem de dentes feita pelo laboratório





Figura 20 - Resultado da montagem de dentes (vista oclusal)

#### Acrilização e instalação

Aprovada a montagem de dentes, foi enviada ao laboratório de prótese uma foto mostrando o conjunto entre cor da mucosa, lábios e pele da paciente para que o laboratório a utilizasse como referência para caracterização da base da prótese durante a etapa laboratorial de processamento, obtendo assim uma prótese total o mais próxima possível do natural (Figura 21).



Figura 21 - Foto enviada ao laboratório para caracterização gengival

Após o processamento da base das próteses (inclusão, caracterização, prensagem, desinclusão, acabamento e polimento) (Figura 22 e 23), foi feita a coronectomia nos dentes remanescentes 32, 33 e 43, seguida da instalação da prótese. Por esse motivo, antes de iniciarmos



o procedimento, novamente informamos a paciente, com linguagem clara e de simples entendimento, que as coroas dos dentes seriam cortadas, como seria o procedimento e qual será o resultado. Esse esclarecimento é necessário devido à irreversibilidade do procedimento.

Para a coronectomia, utilizamos pontas diamantadas 1014, 2200, 3145, 3168F e 3168FF (Figura 24). Em todos os dentes, o preparo ficou supragengival para facilitar a higienização. Após o corte das coroas e acabamento, selamos as entradas dos condutos radiculares com cimento de ionômero de vidro modificado por resina (Figura 25).

Foi utilizada silicona fluida na base da prótese inferior para checar se havia alguma área de excesso de compressão na mucosa e foram feitos os ajustes necessários nas áreas de sobrecompressão. Adicionalmente, foram feitos desgastes na PTR maxilar na região da flange vestibular, pois o volume de resina acrílica deixado na ceroplastia resultou em suporte labial excessivo. Após isso, a prótese voltou ao laboratório para um novo acabamento e polimento na região de desgaste e foi instalada na mesma sessão.



Figura 22 - Próteses superior e inferior acrilizadas



Figura 23 - Próteses acrilizadas (vista oclusal)

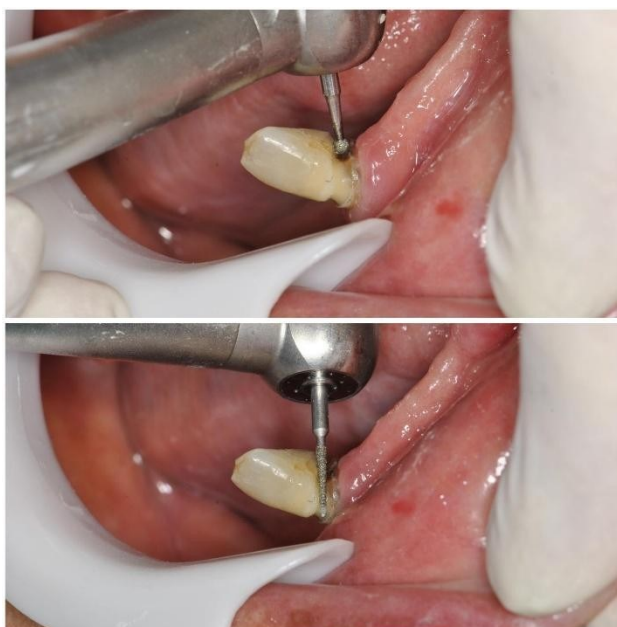


Figura 24 – Coronectomia



Figura 25 - Resultado da Coronectomia

No momento da instalação, o resultado estético das próteses atendeu às expectativas da paciente, gerando uma sensação de satisfação e renovação em sua autoestima (Figura 26).



Figura 26 - Resultado das próteses

A instalação das próteses proporcionou não apenas a reabilitação da função mastigatória, mas também uma significativa melhora no suporte labial e na harmonia facial da paciente. Os lábios passaram a ter um contorno mais definido, reduzindo o aspecto de flacidez e contribuindo para uma aparência mais rejuvenescida. Além disso, as novas próteses favoreceram um equilíbrio

estético entre os elementos da face, resultando em uma curva de sorriso harmônica. Essas mudanças impactaram diretamente a expressão facial da paciente, conferindo-lhe um semblante mais natural e harmonioso (Figura 27 e 28).



Figura 27 – Sorriso sem e com as próteses





Figura 28 – Vista de perfil sem e com as próteses

Antes da reabilitação, a paciente utilizava próteses insatisfatórias, em especial a prótese inferior, que se tratava de uma prótese provisória que foi usada por alguns anos. O conjunto entre as duas próteses apresentava desarmonia estética e também função insatisfatória. Com o resultado da reabilitação foi possível restabelecer função e estética (Figura 29).



Figura 29 - Antes e depois da reabilitação

#### 1ª Consulta controle

No primeiro controle, a principal queixa da paciente foi com relação à prótese inferior, que, como ela relatou, estava a sentindo “grande”, sentindo que a prótese não estava “cabendo na boca”. Identificamos que isso ocorreu porque, na região dos caninos, por não ter sido feita a extração e regularização do rebordo, há uma elevação na estrutura do rebordo que não permite que tenha espaço para a flange da prótese.

Foram feitos desgastes na flange da prótese inferior, na região anterior do vestibulo labial, fazendo com que a estrutura em resina acrílica ficasse fina, chegando a medir 1mm em algumas partes. Também foi realizado ajuste oclusal e a prótese passou novamente por acabamento e polimento nas regiões desgastadas. A paciente não apresentou queixas quanto à prótese superior, porém realizamos alguns desgastes em regiões de freio labial e bridas para evitar o aparecimento de lesões.

#### 2ª Consulta controle

No segundo controle, a paciente ainda se queixava do mesmo incômodo na região anterior da prótese inferior e, para solucionar esse problema, foram feitos novamente desgastes em altura e espessura na flange da prótese na região anterior do vestibulo labial. Imediatamente, a paciente sentiu conforto com o uso da prótese após as alterações.

Nessa etapa, em ambas as próteses, utilizamos a pasta branca da pasta Zinco-Enólica para observar se havia compressão em excesso em alguma região da mucosa e foram desgastados os locais em que a pasta foi expulsa. Também realizamos um novo ajuste oclusal.

### 3ª Consuta controle

No terceiro controle, não havia mais incômodo da paciente com relação à prótese inferior na região vestibular e anterior. Dessa vez, a paciente se queixou de um pequeno incômodo na região posterior da prótese inferior, do lado esquerdo, e relatou que ao conversar, a prótese inferior estava “batendo” na prótese superior, gerando um barulho durante a fala. Para melhorar esses aspectos, foram feitos ajustes na base da prótese com broca maxicut, esses desgastes foram guiados pela marcação com a pasta branca da pasta Zinco-Enólica. Também foram realizados ajustes oclusais e, ao final da consulta, a paciente já não apresentava mais nenhuma queixa.

### 4ª Consuta controle

No quarto controle, a paciente veio à clínica com uma lesão ulcerativa no fundo de saco de vestíbulo na região anterior da mandíbula. Foram feitos novos desgastes em altura e espessura na região da lesão, até a paciente não relatar mais incômodo.

### 5ª Consuta controle

No quinto controle, a paciente relatou estar se sentindo bem mais adaptada às próteses e se queixou apenas de um leve incômodo na região que há um cordão fibroso na crista do rebordo. Mais uma vez foi realizado um pequeno desgaste nessa região e, na mesma hora, ela relatou não sentir mais o incômodo. Foi realizado mais um ajuste oclusal, chegando a um resultado em que em todos os dentes posteriores há contatos oclusais, e não há contato em nenhum dente anterior (Figura 30).

Com a adaptação progressiva às próteses, foi possível notar que a paciente foi percebendo os benefícios estéticos, também a melhora na função de mastigação, pois relatou que está conseguindo mastigar com as próteses, a fonética também está adequada porque a paciente

consegue falar sem dificuldades com as próteses. Todos esses fatores reforçaram sua autoestima e bem-estar no dia a dia.



Figura 30 - Resultado do ajuste oclusal

#### 4 DISCUSSÃO

A reabilitação protética com prótese total removível está diretamente relacionada à saúde do paciente, que por definição não se resume ao bem-estar físico, mas também psíquico e social (Turano et al., 2010), uma vez que problemas odontológicos visíveis, como a falta de dentes ou prótese insatisfatória esteticamente, afetam a autoestima e podem interferir nas interações pessoais e profissionais (Bandeira et al., 2016). Este caso clínico expôs a importância da reabilitação oral com próteses, para devolver a função, a estética e a qualidade de vida a essa paciente.

Para que o resultado estético da reabilitação seja satisfatório, é necessário obter harmonia facial ao sorrir, fonética e suporte labial adequados, fatores que influenciam na qualidade de vida do paciente (Laport et al., 2017). De acordo com o que foi relatado neste caso clínico, para se obter esses fatores, é necessário que cada etapa da reabilitação seja executada corretamente, e ainda assim, após a instalação das próteses, podem ser necessários ajustes para que esses requisitos sejam atendidos.

Todavia, restaurar a função deve ser o principal objetivo. No caso das reabilitações com próteses removíveis, tem-se o desafio de obter retenção e estabilidade, que dependem de fatores



como a quantidade e qualidade da saliva, ação da musculatura e oclusão. Ademais, outros elementos como a forma do rebordo residual, dificuldade de coordenação motora e a impaciência por parte do indivíduo quanto ao uso das próteses são desfavoráveis no tratamento. Por esse motivo, em reabilitações mais complexas, é necessário buscar alternativas a essas condições (Telles, 2010). Visando essa necessidade, o caso clínico em questão discutiu as alternativas viáveis à reabilitação desses casos e evidenciou como deve ser feita a deliberação acerca da eleição do tratamento mais viável à paciente em questão.

Considerando tais alternativas à reabilitação de pacientes que sofreram diversas perdas dentárias, a exodontia de todos os elementos dentários remanescentes e instalação de uma prótese total removível convencional, em condições desfavoráveis, pode levar a um insucesso no tratamento. Entretanto, manter esses dentes, mais especificamente suas raízes, preservando o tecido ósseo periodontal e de regiões subjacentes, mantém a forma e volume do osso alveolar, e aumenta a área de suporte da prótese, fatores que contribuem para a retenção e estabilidade (Cunha & Marchini, 2014). Este caso clínico apresentou a aplicação clínica da técnica utilizada para manter as raízes no alvéolo dentário e também o prosseguimento da reabilitação nesses casos.

Preservar dentes com condição periodontal razoável é interessante na reabilitação protética porque, após a extração dentária, é iniciado um processo de reabsorção óssea pela camada de osso lamelar que reveste o alvéolo dentário. Com o rompimento das fibras do ligamento periodontal, há interrupção do suprimento sanguíneo dessa região, o que culmina em atividade aumentada dos osteoclastos, promovendo reabsorção óssea vertical de até 2,2 mm na mandíbula em região de pré-molares (Chappuis, Araújo & Buser, 2017).

Além disso, os dentes possuem uma importante função de manutenção da resposta sensorial, que é a absorção e distribuição das forças mastigatórias pelo ligamento periodontal. Essas forças incidem sobre a mucosa, processo alveolar e osso alveolar, e em pacientes totalmente desdentados que usam próteses mucossuportadas convencionais, o resultado é maior reabsorção óssea quando comparado a reabilitações com preservação de seus dentes, ainda que poucos. Isso se dá porque os mecanorreceptores e proprioceptores presentes no ligamento periodontal, por meio das forças mastigatórias aplicadas sobre os dentes, identificam cargas, espessura e textura dos alimentos, promovendo o controle da força e movimentos da mastigação. Por essa razão, esse é um mecanismo que protege os tecidos de suporte. Além disso, uma adequada resposta sensorial, prótese com maior área de suporte, melhor retenção e estabilidade são fatores que corroboram para uma

maior eficiência mastigatória (Cunha & Marchini, 2014). Mediante todos os fatores supracitados, é possível observar os benefícios de não optar pela exodontia nesse caso clínico.

Para isso, é possível lançar mão da técnica de sepultamento com preservação de resto radicular, na qual a finalidade é ganho tecidual (Oliveira & Gebrim, 2019). A coronectomia, substituindo exodontias, tem se mostrado uma alternativa promissora com relação à reabilitação oral (Mattos & Marchionni, 2021). O procedimento consiste no desgaste das estruturas coronária e/ou radicular, com o auxílio de broca esférica diamantada em alta rotação, com irrigação abundante a todo momento. O nível do desgaste é guiado pelo nível da crista óssea. Ao final do desgaste, o resto radicular deve estar ao nível da crista óssea ou ligeiramente abaixo. As arestas do remanescente dentário devem ser arredondadas (Oliveira & Gebrim, 2019). No caso em questão, os preparos ficaram levemente supragengivais e a entrada dos condutos radiculares selada com cimento de ionômero de vidro.

Entretanto, apesar dos diversos benefícios da coronectomia, ela não é indicada em casos de fraturas longitudinais, no longo eixo do dente, doença periodontal ativa e infecção periapical aguda (Oliveira & Gebrim, 2019). Nesse sentido, nenhuma dessas contraindicações foi encontrada nesse caso clínico, entretanto, vale ressaltar que o planejamento incluiu a coronectomia nos dentes 32, 33 e 43 para que sobre as raízes pudesse ser confeccionada uma prótese total inferior, com preservação óssea mandibular, para que posteriormente possam ser instalados dois implantes entre os forames mentonianos e a prótese seja transformada em uma prótese overdenture sobre implantes.

Diante do exposto, compete ao profissional a incumbência de discernir se há a indicação do procedimento a determinado paciente ou se há algum fator que contraindique o tratamento. É necessário avaliar as vantagens tanto quanto desvantagens, particularidades sistêmicas, aspectos socioeconômicos e de higiene oral (Paulus, et al., 2022). Ademais, observou-se que, além da importância do planejamento e execução correta da reabilitação, a etapa de adaptação do paciente ao uso do novo aparelho protético está diretamente associada ao sucesso do tratamento. Nesse aspecto, as consultas de controle para ajustes das próteses são essenciais e devem ser realizadas até que o paciente não apresente mais queixas de incômodo ou dor enquanto utiliza as próteses. Para garantir também a longevidade e efetividade do tratamento, faz-se necessária a orientação dos cuidados quanto à higienização e manutenção das próteses.

## **5 CONCLUSÃO**

A reabilitação oral por meio das próteses removíveis desempenha papel importante no restabelecimento das funções mastigatórias, na fonética, na estética e na qualidade de vida de pacientes parcialmente ou totalmente edêntulos, permanecendo como uma alternativa viável, pois são financeiramente acessíveis, de fácil confecção e eficazes quando o planejamento do tratamento for adequado e os princípios biomecânicos respeitados.

## 6 REFERÊNCIAS

ANTONINI Rafaela; CANCELLIER Kizzy; FERREIRA Gabriela Kozuchovski; SCAINI Giselli; STRECK Emilio Luiz. **Fisiopatologia da doença periodontal**. Revista Inova Saúde, Criciúma, vol. 2, n. 2, nov. 2013.

<https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/1240>

BANDEIRA, Juliana Felipe de Azevedo et al. **Editorial - Sociedade Contemporânea e o papel da Odontologia Estética**. Journal of Dentistry & Public Health (inactive / archive only), [S. l.], v. 7, n. 1, 2016. <https://doi.org/10.17267/2596-3368dentistry.v7i1.853>

BATISTA, Thálison Ramon De Moura et al. **Odontectomia parcial intencional: relato de caso clínico**. 3. ed. Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2020. 39-43 p. v. 20. <https://www.revistacirurgiabmf.com/2020/03/Artigos/08ArtigoClinicoOdontectomiaparcialintencional.pdf>

CARLSSON, Gunnar. **Implant and root supported overdentures - a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws**. J Adv Prosthodont 2014. <https://doi.org/10.4047/jap.2014.6.4.245>

CHAPPUIS, Vivianne; ARAUJO, Mauricio G.; BUSER, Daniel. **Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites**. Periodontology 2000, 2017. 73-83 p. v. 73. <https://doi.org/10.1111/prd.12167>

CUNHA, Vicente de Paula Prisco da; MARCHINI, Leonardo; **Prótese total contemporânea na reabilitação bucal**. 2. ed. rev., ampl. e atualizada. – São Paulo: Santos, 2014.

DA SILVA, Paulo Maurício Batista; PORTO, Vinícius Carvalho; BONACHELLA, Wellington Cardoso; **Aspectos periodontais em pacientes usuários de prótese parcial removível**. Rev. odonto ciênc, 2008. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/article/download/2782/3195/0>

JAYARAMAN, S et al. **Final-impression techniques and materials for making complete and removable partial dentures (Review).** Local: John Wiley & Sons, 2018.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012256.pub2>

LAPORT, Larissa Bom Rocca et al. **Reabilitação oral com prótese total e prótese parcial removível - Relato de caso.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, 2017. Vol.20,n.1,pp.108-114. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905\\_173602.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173602.pdf)

LINN, Tin Thinzar et al. **Oral-Health-Related Quality of Life in Elderly Edentulous Patients with Full-Arch Rehabilitation Treatments: A Systematic Review.** J. Clin. Med., 2024. 3391 p. v. 13. <https://doi.org/10.3390/jcm13123391>

MATTOS, Fabiane Pereira Santos de; MARCHIONNI, Antônio Márcio Teixeira; **Endodontia e sepultamento radicular como tratamento conservador em paciente submetido à radioterapia: Relato de caso.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.12, p. 114300-114314, 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-284>

NYMAN, S.; LINDHE, J. **Considerations on the design of occlusion in prosthetic rehabilitation of patients with advanced periodontal disease.** Journal of Clinical Periodontology, v. 4, p. 1-15, 1977. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1977.tb01878.x>

OLIVEIRA, Daniene Divina Da Costa Melo; GEBRIM, Luciano Teles. **Sepultamento e/ou preservação de restos radiculares com finalidade de ganho tecidual.** Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Faculdade de Odontologia, 2019. [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/223/1/Daniene\\_Oliveira\\_0002789.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/223/1/Daniene_Oliveira_0002789.pdf)

PARAGUASSU, Éber Coelho et al. **Qualidade de vida e satisfação em pacientes usuários de prótese total no estado do Amapá, Brasil.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019. <https://doi.org/10.25248/reas.e876.2019>

PAULUS, Marília et al. **Reabilitação Oral Com O Uso De Prótese Parcial Removível Após Cirurgia Pré-Protética: Relato De Caso Clínico.** 11. ed. RECIMA21, 2022. v. 3. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i11.2117>

ROCHA, E. P.; RUSSI, S. **Prótese Total e Prótese Parcial Removível.** [s.l.] Artes Médicas Editora, 2015.

SEIXAS, Déborah Rocha et al. **Peculiaridades sobre a Odontectomia Parcial Intencional: Relato de caso clínico.** 19. ed. Revista de Iniciação Científica em Odontologia, 2021. 69-74 p. v. 2. [https://periodicos.ufpb.br/index.php/revico/article/view/61102?utm\\_source=chatgpt.com](https://periodicos.ufpb.br/index.php/revico/article/view/61102?utm_source=chatgpt.com)

TURANO, José Cerratti et al. **Fundamentos de Prótese Total.** Livraria Santos Editora Ltda. 9.ed. - São Paulo : Santos, 2010.