



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



CHRISTIAN DE VILLA ALVES

**ALVEOLOPLASTIA ASSOCIADA À CONFECÇÃO DE PRÓTESE
PARCIAL REMOVÍVEL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

UBERLÂNDIA
2019

CHRISTIAN DE VILLA ALVES

ALVEOLOPLASTIA ASSOCIADA À CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL: 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. João Edson Carmo de
Oliveira

Coorientadora: Prof. Dr^a. Germana de Villa
Camargos

**UBERLÂNDIA
2019**

SUMÁRIO

Resumo	1
Abstract	3
1 Introdução	5
2 Relato de caso	7
2.1 Anamnese, exame clínico e radiográfico	7
2.2 Confeção da Prótese Parcial Removível Provisória Imediata (PPRI).....	8
2.3 Exodontia, alveoloplastia e instalação PPRPIs.....	10
2.4 Confeção PPR convencional	11
3 Discussão	13
4 Conclusão	16
Figuras	17
Referências bibliográficas	27

RESUMO

A reabilitação oral dos pacientes parcialmente edêntulos pode ser realizada por meio de diferentes opções de tratamentos protéticos. Dentre as alternativas protéticas, destaca-se a Prótese Parcial Removível (PPR), a qual proporciona satisfatório restabelecimento funcional e estético, conservação dos dentes remanescentes e preservação do rebordo alveolar. Em grandes reabilitações orais, quando são necessárias intervenções clínicas das diversas especialidades odontológicas, é indicado o uso de PPR Provisórias, destacando também a associação com cirurgias pré-protéticas como a alveoloplastia. A alveoloplastia consiste na remoção ou excisão de uma parte do processo alveolar e tem por objetivo corrigir irregularidades do rebordo alveolar residual, proporcionando maior adaptação e adequada estrutura de suporte para a prótese. Neste contexto, o paciente do presente caso clínico procurou a clínica odontológica do Pronto Socorro Odontológico (PSO) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com queixa de desconforto estético e dificuldades na mastigação. Mediante realização de exames intra e extra-bucais foi verificado comprometimento estético devido à ausência de selamento labial com projeção acentuada da pré-maxila, vestibularização excessiva dos dentes anteriores superiores, acentuado overjet e overbite e dimensão vertical de oclusão reduzida (DVO). Desta forma, com o objetivo de restabelecer as funções do aparelho estomatognático e otimizar a estética, optou-se por um tratamento em duas etapas protéticas e uma cirúrgica. A primeira etapa protética consistiu na confecção de PPRPI em ambos os arcos, sendo a inferior do tipo overlay. A confecção dessas próteses foi associada a alveoloplastia para correção de prognatismo maxilar e do rebordo alveolar proporcionando melhora na retenção e adaptação das próteses. Para isso, os modelos do arco superior e do arco inferior, foram montados em articulador semi-ajustável na DVO, estabelecida como adequada, para planejamento cirúrgico (exodontias e alveoloplastia no modelo superior) e posterior confecção das PPRPIs. Para tanto, os dentes comprometidos periodontalmente foram extraídos no modelo e toda regularização do contorno vestibular realizada, simulando a posição correta do rebordo, dentro dos limites fisiológicos, para obtenção de estética favorável. Após a

confeção das PPRPIs e do guia cirúrgico, foi realizada a extração dos dentes comprometidos periodontalmente seguida da manobra cirúrgica de alveoloplastia intrasseptal ou técnica de Dean modificada, a qual consiste em correção dos rebordos alveolares envolvendo a remoção de osso intrasseptal e o reposicionamento do osso cortical vestibular. Imediatamente após a cirurgia pré-protética, foram instaladas as PPRPIs as quais permitirão o reestabelecimento da estética e funções do AE. Para uma efetiva avaliação da tolerância fisiológica por parte do aparelho estomatognático frente à DVO restabelecida, a overlay foi utilizada por um período de seis semanas. Após esse período, foi confeccionada a PPR convencional seguindo as etapas de planejamento e confecção, objetivando a preservação das estruturas remanescentes, estabilidade, suporte, retenção, mastigação, estética e conforto. Logo, o uso da cirurgia de alveoloplastia pela técnica de Dean previamente à reabilitação protética de paciente com projeção acentuada da pré-maxila resultou em melhor harmonia facial associada à maior eficiência funcional.

Palavras-chave: Alveoloplastia; Prótese Parcial Removível; Overlay; Estética.

ABSTRACT

Oral rehabilitation of partially edentulous patients can be performed through different prosthetic treatment options. Among the prosthetic alternatives, the Removable Partial Prosthesis (RPP) provides satisfactory functional and aesthetic restoration, preserving the remaining teeth and the alveolar ridge. In complex oral rehabilitations, when several clinical interventions of others dental specialties are necessary, the use of interim prosthesis is indicated, especially when associated with pre-protective surgeries such as alveoloplasty. Alveoloplasty consists in removing a part of the alveolar process with the aim to correct irregularities in the residual alveolar ridge. In this context, the patient of this clinical case sought the Dental Emergency Clinic (PSO) of Federal University of Uberlândia (UFU) complaining of aesthetic discomfort and chewing difficulties. After intra and extraoral examinations it was confirmed aesthetically commitment due to the absence of lip sealing with pronounced premaxillary projection, excessive buccalization of the upper anterior teeth, marked overjet/overbite and reduced occlusion vertical dimension. Thus, in order to restore the functions of the stomatognathic system (SS) and optimize the aesthetics, the treatment plan was divided in two prosthetic and one surgical steps. The first prosthetic step consisted of oral rehabilitation with interim prostheses, being the lower prosthesis characterized as overlay. Those interim prostheses were associated with alveoloplasty for correction of maxillary prognathism and alveolar ridge volume, improving the retention and adaptation of future prostheses. For this, the models of the upper arch and lower arch were assembled on semi-adjustable articulator in the OVD, established as adequate, for surgical planning (extractions and alveoloplasty) and later for manufacturing the interim prostheses and surgical guides. Therefore, the periodontally compromised teeth were extracted in the model and all vestibular contour regularization was performed, simulating the correct position of the ridge, within physiological limits, in order to achieve good aesthetics. Then, the compromised teeth were removed and the intraseptal alveoloplasty or modified Dean technique was performed, which consists in the correction of the alveolar ridges by removing the intraseptal bone and the repositioning of the buccal cortical bone. Immediately after pre-prosthetic surgery, the interim prostheses were installed, allowing the restoring of the aesthetics and functions of the SS. For an effective evaluation of the physiological

tolerance of SS in relation to the restored OVD, the overlay was used for a period of six weeks. After this period, a conventional RPP was manufactured with the aim to preserve the remaining structures, stability, support, retention, chewing, aesthetics and comfort. Therefore, the use intraseptal alveoloplasty or modified Dean technique associated to prosthetic rehabilitation of patient with pronounced projection of premaxilla resulted in better facial harmony associated with greater functional efficiency.

Keywords: Alveoloplasty; Removable Partial Denture; Overlay; Aesthetics.

1 INTRODUÇÃO

A reabilitação oral dos pacientes parcialmente edêntulos é versátil e pode ser realizada por meio de diferentes opções de tratamento protético, as quais devem considerar o julgamento profissional, as preferências do paciente, as evidências científicas disponíveis, as limitações biológicas, a higiene oral, a mudança na qualidade de vida, os custos, e as competências técnicas do profissional (CAVALCANTI et al; 2015). Dentre as alternativas protéticas, destaca-se a Prótese Parcial Removível (PPR) devido a sua reversibilidade, simplicidade e rapidez de confecção, além do custo relativamente baixo, as quais constituem vantagens importantes que justificam a alta demanda por este tipo de intervenção até os dias de hoje. Além destas características, quando bem planejada e executada, proporciona satisfatório restabelecimento funcional e estético, conservação dos dentes remanescentes e preservação do rebordo alveolar (SOUZA et al.; 2009).

Em grandes reabilitações orais, quando são necessárias intervenções clínicas das diversas especialidades odontológicas é indicado o uso de PPR Provisórias. A instalação de próteses definitivas deve ser realizada somente após a adequação do meio bucal, quando as necessidades de tratamento odontológico (a exemplo da doença periodontal, infecção endodôntica, cárie dentária e exodontias) forem sanadas e as estruturas orais estiverem preparadas para receber os dispositivos protéticos planejados para conclusão do tratamento reabilitador (CAVALCANTI et al; 2015). Nesse contexto, destaca-se a necessidade de confecção de PPR provisórias em associação às cirurgias pré-protéticas como a alveoloplastia.

A alveoloplastia consiste na remoção ou excisão de uma parte do processo alveolar e tem por objetivo corrigir irregularidades do rebordo alveolar residual, proporcionando maior adaptação e adequada estrutura de suporte para a prótese (BOURGOYNE et al.; 1951; MARZOLA et al.;1988). Suas principais indicações são: a correção do rebordo alveolar com irregularidades após casos de extrações múltiplas; correção do volume do túber da maxila; correção de rebordos altos e volumosos os quais dificultam a retenção e estabilidade da prótese, montagem dos dentes e estética; correção de prognatismos maxilares, quando ocorre proeminência exagerada da pré-maxila e não há possibilidade de redução cirúrgica conservadora do mesmo (MARZOLA et al.; 1988).

As alveoloplastias podem ser divididas em 4 tipos: alveoloplastia simples, alveoloplastia vestibular, alveoloplastia intrasseptal ou Técnica de Dean, e Técnica de Obwegeser (MARZOLA et al.; 1988). A alveoloplastia intrasseptal ou Técnica de Dean envolve a remoção de osso intrasseptal e o reposicionamento do osso cortical vestibular, em vez da remoção de áreas irregulares excessivas ou do córtex vestibular. Portanto, é indicada para a correção de situações clínicas que envolvam a protrusão dos maxilares. Uma modificação foi introduzida nessa técnica sendo utilizada uma broca cirúrgica na realização da fratura da tábua óssea vestibular, diminuindo a projeção pela compressão digital o que facilita o reposicionamento do segmento fraturado. Logo, não são utilizados os descoladores, evitando a fratura em local inadequado, porém a pressão digital na face vestibular do rebordo ósseo alveolar é necessária para promover a aproximação das tábuas ósseas vestibular e palatina permitindo melhor controle da região a ser fraturada, assegurando que a mucosa não seja danificada (HUPP et al.; 2015; MARZOLA et al.; 1988).

Neste contexto, este trabalho consiste no relato de caso clínico no qual a alveoloplastia intrasseptal ou Técnica de Dean modificada, foi associada à instalação de Prótese Parcial Removível Provisória Imediata (PPRPI) objetivando restabelecer as funções do aparelho estomatognático e otimizar a estética para posterior reabilitação definitiva com PPR.

2 RELATO DE CASO

2.1 Anamnese, exame clínico e radiográfico

Paciente O.A.S., sexo masculino, 38 anos de idade, natural de Uberlândia-MG, procurou por atendimento odontológico no Pronto Socorro Odontológico (PSO) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) com queixa de desconforto estético e dificuldades na mastigação. Durante a anamnese, verificou-se que o paciente apresentava bom estado de saúde geral e não havia nenhum histórico médico ou dentário que impedisse o tratamento odontológico.

Ao exame clínico extra-oral observou-se ausência de selamento labial passivo com projeção acentuada da pré-maxila, vestibularização excessiva dos dentes anteriores superiores e dimensão vertical de oclusão (DVO) reduzida (FIGURA 01).

No exame clínico intra-oral foi verificado acentuado overjet/overbite (FIGURA 02) e presença apenas dos dentes 17,16, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 37, 32, 31, 42, 41, 43, 44, 46 e 47, sendo o arco dental superior classificado como classe II de Kennedy, modificação 1 (FIGURA 03) e arco dental inferior classe III de Kennedy, modificação 1 (FIGURA 03). Dentre esses, os dentes 17, 16, 14, 12, 11, 21, 22, 32, 31, 42, 41, 44 e 47 apresentavam-se periodontalmente comprometidos comprovados pelo exame radiográfico (FIGURA 04). A ausência desses elementos dentais resultou em movimentos fisiológicos prejudiciais como a extrusão dos dentes antagonistas remanescentes 17,16,37,46,47 e mesialização dos dentes posteriores 17,16,37,46,47. Logo, devido à instabilidade oclusal, houve sobrecarga na região anterior verificada pelos desgastes nas incisais dos dentes anteriores inferiores e superiores.

Diante da complexidade do caso clínico, após avaliação dos achados clínicos e expectativas do paciente, foi proposto como plano de tratamento em um primeiro momento a confecção de próteses provisórias associada a alveoloplastia para correção de prognatismo maxilar e do rebordo alveolar devido a necessidade de restabelecimento das funções do aparelho estomatognático e otimização da estética, além de proporcionar melhora na retenção e adaptação das próteses. Após restabelecimento das funções do aparelho estomatognático e cicatrização tecidual, foi proposta uma segunda etapa protética para reabilitação oral definitiva por meio de PPR convencional.

2.2 Confeção da Prótese Parcial Removível Provisória Imediata (PPRI)

A primeira etapa protética foi associada à cirurgia de alveoloplastia e consistiu no restabelecimento da DVO e estabilização oclusal por meio da confecção de PPRPI em ambos os arcos, sendo a inferior do tipo overlay.

Para a confecção das PPRIs realizou-se a moldagem anatômica das arcadas superior e inferior com hidrocolóide irreversível alginato (Dencrigel, Dencril, Dentsply, Brasil) utilizando moldeiras de estoque para dentados, previamente individualizadas com cera utilidade (Lysanda, São Paulo, Brasil), para posterior obtenção do modelo de estudo em gesso pedra tipo III (Durone, Dentsply, Brasil).

Sobre os modelos de estudo obtidos, a área basal foi delimitada e em seguida confeccionadas moldeiras individuais em resina acrílica quimicamente ativada (R.A.A.Q). A moldagem das arcadas superior e inferior foi realizada em duas etapas: moldagem do vedamento periférico com godiva de baixa fusão e/ou pasta zinco enólica e moldagem da área de suporte com hidrocolóide irreversível alginato (Hydrogum 5, Zhermack Spa, Badia Polesine, Itália), para posterior obtenção dos modelos de trabalho em gesso pedra tipo IV (Durone, Dentsply, Brasil) (Figura 05). Sobre o modelo de trabalho superior e inferior, foram confeccionadas bases de prova em RAAQ para registro das relações intermaxilares, guia para montagem em articulador e base para montagem dos dentes artificiais (Figura 06).

O modelo superior foi montado em Articulador Semi-Ajustável (ASA: Bio-Art, São Paulo, SP, Brasil) com auxílio do arco facial. Previamente a montagem do modelo inferior em ASA foi confeccionado o Jig de Lúcia (Figura 07), dispositivo desprogramador em resina acrílica, que tem como função inibir os contatos dentários posteriores, desprogramar a memória proprioceptiva do ligamento periodontal e promover o relaxamento dos músculos da mastigação, orientar a relação cêntrica e auxiliar a determinar o espaço interoclusal, utilizando o método fonético. (RODRIGUES et al., 2010; FERNANDES NETO; NEVES; SIMAMOTO JUNIOR, 2013). Este método consiste na pronúncia de sons sibilantes (S, F, V, P) que tem por objetivo avaliar dimensão vertical dos dentes naturais. A posição mandibular normal durante a pronúncia desse som corresponde a borda incisal dos incisivos centrais inferiores aproximadamente 1 mm inferior e lingual à borda incisal dos incisivos centrais superiores. O posicionamento vertical maior do que 1 mm entre os incisivos durante o teste fonético pode indicar redução na DVO (SILVERMAN, 1953).

Associado ao método fonético, também foram utilizados os métodos métrico (que consiste em observar igualdade das distâncias entre a base do nariz ao mento, e a comissura bucal, ou a linha que separa o lábio superior do inferior ao canto do olho), estético (baseado na conformação do sulco nasolabial e da harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto), e por último o método da deglutição, que pode ser usado com um guia para a determinação da DVO (TURREL, 2006).

Posteriormente, foi realizado o registro intermaxilar utilizando os planos de orientação superiores e inferiores, com a manipulação guiada da mandíbula do paciente até a marca previamente estabelecida na parte palatina do jig, registrando assim a posição de RC e a DVO, simultaneamente (Figura 08). As bases foram unidas com pasta zinco enólica e em seguida o jig e os registros intermaxilares foram removidos da boca do paciente e, após desinfecção (hipoclorito de sódio 1% por dez minutos), foram posicionados cuidadosamente nos modelos (Figura 09), permitindo assim a montagem do modelo inferior em ASA.

Após montagem dos modelos em ASA (Figura 10), foi realizado o planejamento cirúrgico no modelo possibilitando a construção das PPRPIs e, ao mesmo tempo, a construção de um guia cirúrgico para a alveoloplastia. Para isso, inicialmente foi realizada a delimitação do contorno do arco e posteriormente os dentes comprometidos periodontalmente, foram extraídos no modelo (Figura 11) e toda regularização do contorno vestibular realizada utilizando broca maxicut, simulando a posição correta do rebordo, dentro dos limites fisiológicos, para obtenção de estética favorável (Figura 12).

No laboratório de prótese, foram confeccionadas as PPRPIs, com enceramento da overlay inferior sobre os modelos montados no articulador na DVO estabelecida, tendo como função restaurar a anatomia dentária alterada e, recuperar as guias durante os movimentos excêntricos de lateralidade e protrusão, perdida pelo desgaste da incisal, devolvendo a oclusão mutuamente protegida. Logo, os dentes que apresentavam desgastes foram aumentados e aqueles ausentes, substituídos por dentes de estoque artificiais (Trubyte Biotone, Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil). Após esta etapa, também foi confeccionado o guia cirúrgico com R.A.A.Q, a fim de facilitar a regularização dos tecidos moles e ósseo na boca do paciente, melhorando a adaptação das próteses parciais imediatas a área basal maxilar (Figura 13).

2.3 Exodontia, alveoloplastia e instalação PPRPIs

A extração dos dentes comprometidos periodontalmente, previamente planejada e realizada no modelo, foi executada na boca obedecendo todas as etapas do procedimento (anestesia, incisão, sindesmotomia, extração propriamente dita, teste de valsalva, inspeção do alvéolo e curetagem). Após realização de extração, deu-se início a manobra cirúrgica da Alveoloplastia intrasseptal ou Técnica de Dean modificada. Assim, foram removidas as cristas ósseas com o uso do alveolótomo e sua regularização com lima para osso, seguido de remoção do osso intrasseptal em toda a sua extensão com broca cirúrgica odontológica (carbide FGXL 702, QUIMIDROL, – Blumenau – SC - Brasil) em alta rotação e irrigação intensa com soro fisiológico. Ainda com a broca 702, foram feitas pequenas osteotomias verticais internas nas distais dos alvéolos de cada lado facilitando a fratura da tábua óssea vestibular, diminuindo a projeção pela compressão digital, o que facilita o reposicionamento do segmento fraturado aproximando-a da tábua óssea cortical palatina (Figura 14).

A fim de possibilitar uma melhor adaptação da PPRPI superior a área basal maxilar, foi utilizado o guia cirúrgico, através do qual, as áreas comprimidas que necessitaram de osteotomia para regularização do rebordo alveolar, puderam ser visualizadas devido a transparência da resina acrílica utilizada na confecção do guia (Figura 14D). Posteriormente, foi realizada a gengivoplastia e a ferida cirúrgica foi suturada com fio de sutura de nylon estéril n°4-0 (Shalon Suturas, São Luis de Montes Belos, GO, Brasil). Imediatamente, procedeu-se a instalação das PPRPIs e ajuste oclusal em cêntrica e nos movimentos excêntricos de lateralidade e protrusão a fim de obter guias de desoclusão efetivas e contatos oclusais bilaterais, homogêneos e simultâneos em oclusão em relação cêntrica (ORC) na DVO pré-determinada como “adequada” para o paciente, as quais permitiram o restabelecimento das funções do aparelho estomatognático e melhora na estética (Figura 15).

O paciente recebeu todas as recomendações pós-cirúrgicas ao procedimento, da característica provisória das próteses instaladas, da necessidade de adaptação e higienização. Após 24 horas da instalação das próteses, o paciente foi atendido novamente, com o objetivo de aprimorar o ajuste oclusal prévio e verificar a necessidade de reembasamento das próteses. Após 7 dias, foi realizado a remoção da sutura, verificação do processo de cicatrização e ainda, ajuste oclusal e ajuste da

base de resina. A adaptação, a retenção e a estabilidade das PPRPIs mantiveram-se favoráveis e durante o período de cicatrização foram realizados os ajustes necessários (Figura 16). Para uma efetiva avaliação da tolerância fisiológica por parte do aparelho estomatognático frente à DVO restabelecida, a overlay foi utilizada por um período de seis semanas. Após esse período, foi confeccionada a PPR convencional.

2.4 Confeção PPR convencional

Após o período da avaliação da tolerância fisiológica, a nova DVO estabelecida foi considerada como adequada e o tratamento definitivo foi iniciado. Inicialmente os dentes desgastados 31, 32, 37, 47 foram restaurados com resina composta (Filtek Z350 XT, 3M ESPE, Campinas, Brasil) (Figura 17). No caso específico das superfícies incisais desgastadas, após a restauração, as coberturas de resina acrílica, presentes na prótese overlay temporária, foram desgastadas para permitir a adaptação das próteses e manutenção das mesmas em posição até o final do tratamento reabilitador definitivo.

Após o procedimento restaurador com resina composta realizou-se a moldagem anatômica das arcadas superior e inferior com hidrocolóide irreversível alginato (Hydrogum 5, Zhermack Spa, Badia Polesine, Itália) e moldeiras de estoque para dentados e obtenção do modelo de estudo em gesso pedra tipo III (Durone, Dentsply, Brasil) (Figura 18). Imediatamente após a obtenção dos modelos de estudos, foi realizado o delineamento (Figura 19) com o delineador B2 (Bio-Art, São Paulo, Brasil) para determinar a trajetória de inserção mais aceitável que eliminará ou reduzirá a um mínimo possível as interferências na colocação e remoção da PPR, identificar as superfícies proximais dos dentes pilares que podem ser tornadas paralelas, com a finalidade de agir como planos guia de inserção, localizar e medir áreas retentivas dos dentes pilares, permitir um mapeamento apurado das preparações bucais e demarcar equadores protéticos (DE FIORI, 1983; TODESCAN, 1996).

Os preparos dentais foram realizados por acréscimos na lingual dos dentes anteriores com resina composta fotopolimerizável Filtek Z350 XT (3M ESPE, Campinas, Brasil) (Figura 20), já nos dentes posteriores foram confeccionados nichos

por desgaste e canaletas com broca diamantada 2131, 3118F (KG Sorensen Coita, São Paulo, Brasil) para a estabilização da prótese.

Sobre os modelos de estudo obtidos, a área basal foi delimitada e em seguida confeccionadas moldeiras individuais em resina acrílica quimicamente ativada (R.A.A.Q) (Figura 21A). A moldagem das arcadas superior e inferior foi realizada em duas etapas: moldagem do vedamento periférico com godiva de baixa fusão e/ou pasta zinco enólica e moldagem da área de suporte com elastômero (Impregum Soft, 3M ESPE, Campinas, Brasil) (Figura 21). Os modelos de trabalho/funcionais foram obtidos em gesso pedra tipo IV (Durone, Dentsply, Brasil) para a confecção da infraestrutura metálica (IEM).

Os modelos de trabalho foram duplicados para obtenção do modelo em material refratário permitindo assim o enceramento da armação e fundição. Para confecção da IEM inferior, houve a necessidade de montagem do modelo refratário em ASA no articulador para enceramento do macroapoio restabelecendo o plano oclusal. Portanto, foi construída uma base de prova sobre modelo refratário inferior e foi feito um registro intermaxilar nas posições restabelecidas e mantidas pelas próteses provisórias (Figura 22).

Após a confecção das estruturas metálicas das PPRs, foram então realizadas as provas dessas armações na boca do paciente para checar a adaptação (Figura 23). Em seguida, procedeu a confecção de base de prova sobre a estrutura metálica, levantamento de plano de cera (Figura 24) e registro intermaxilar para montagem dos modelos no articulador (Figura 25) e posterior montagem dos dentes artificiais (Figura 26).

A avaliação funcional e estética da montagem dos dentes artificiais foi realizada (Figura 25D) e as próteses foram encaminhadas ao laboratório para o processamento das bases acrílicas. Após acrilização, a prótese foi instalada reestabelecendo as funções do aparelho estomatognático e a estética (Figura 27,28 e 29). Adicionalmente, o paciente também foi orientado quanto a forma de higienização da PPR e da cavidade bucal.

3 DISCUSSÃO

Comumente, a reposição protética de dentes perdidos ou ausentes envolve a preparação cirúrgica dos tecidos orais de suporte remanescentes (JUNIOR et al., 2017). Portanto, o presente caso clínico ilustra a reabilitação de paciente com Prótese Parcial Removível convencional após a cirurgia pré-protética de alveoloplastia pela técnica de Dean associada à instalação de Prótese Parcial Removível Provisória Imediata (PPRPI) em ambos os arcos, sendo a inferior do tipo overlay, para correção da DVO, possibilitar a recomposição do plano oclusal, estabilização oclusal, condicionamento muscular, servindo como restaurações orientadoras do tratamento reabilitador definitivo (COSTA et al.; 2017).

A alveoloplastia pela técnica de Dean é bastante utilizada pelo Cirurgião-dentista, principalmente quando o paciente apresenta dentes anteriores com indicação de extração, projeção acentuada da pré-maxila e com excessiva proeminência vestibular do rebordo, o que dificulta a instalação e adaptação de próteses removíveis convencionais (JUNIOR et al., 2017). As principais vantagens da técnica consistem na redução da proeminência vestibular do rebordo alveolar sem a diminuição da altura do rebordo alveolar, a manutenção da inserção do periósteo que recobre o osso, deste modo reduzindo a reabsorção e a remodelação óssea pós-operatória. Adicionalmente, as inserções musculares da área do rebordo alveolar não são afetadas nesse procedimento cirúrgico (HUPP et al., 2015).

No entanto, sua principal desvantagem consiste na diminuição global da espessura do rebordo que ocorre com esse tipo de procedimento, podendo resultar em um rebordo muito fino prejudicando a instalação de implantes no futuro. Por essa razão, a alveoloplastia intrasseptal deve reduzir a espessura do rebordo alveolar em quantidade suficiente para reduzir ou eliminar as irregularidades (HUPP et al., 2015). No presente caso clínico a principal desvantagem da técnica consistiu na limitação da correção da espessura do rebordo devido ao fato do paciente ter projeção acentuada da pré-maxila o que dificultou o reposicionamento do osso cortical vestibular.

Contudo, a realização de adequado planejamento e a realização do procedimento previamente no modelo de estudo montado em ASA, simulando o que será realizado na boca, possibilita maior controle da espessura óssea final, ao mesmo tempo em que permite a confecção de guia cirúrgico, o qual facilitará a transferência das alterações realizadas no modelo para a boca possibilitando assim adequar a base

da prótese ao leito cirúrgico. Dessa forma, pressões indevidas sobre a mucosa são evitadas. O guia orienta o processo de regularização do rebordo alveolar no ato da instalação da prótese, permite a localização do ponto exato de escoriação durante todo o período de cicatrização, além de favorecer uma visualização do panorama geral da adaptação da prótese, em virtude da transparência da base incolor (JUNIOR et al., 2017).

Neste caso clínico, além do uso do guia cirúrgico foi realizada uma modificação na técnica original, sendo utilizada uma broca cirúrgica na realização da fratura da tábua óssea vestibular evitando a fratura em local inadequado e permitindo maior controle no reposicionamento do segmento fraturado comparado a técnica original. Assim, o procedimento possibilitou a redução da projeção vestibular do rebordo a qual comprometia a estética e as funções do aparelho estomatognático. Além disso, o procedimento proporcionou maior adaptação e adequada estrutura de suporte para a prótese, resultando em maior previsibilidade em relação ao tratamento reabilitador definitivo com PPR convencional.

A busca pelo correto relacionamento maxilomandibular é objetivo da reabilitação oral nos tratamentos protéticos complexos. As perdas dentárias apresentam influência direta sobre o desequilíbrio do Aparelho Estomatognático, na medida em que podem acarretar em alterações na mastigação, fonética, estética e na harmonia facial. Além do comprometimento estético e funcional, as relações dentárias, esqueléticas, ou musculares inadequadas também podem acarretar dor, desgastes das estruturas articulares, desgastes dentários e tensões musculares (CAVALCANTI et al; 2015). A reabilitação desse tipo de paciente deve ser obtida inicialmente com a execução de próteses parciais removíveis temporárias, também denominadas de terapêuticas e que frequentemente envolvem a necessidade de recobrimento das superfícies oclusais e/ou incisais, neste caso, denominadas de overlays (DANTAS, 2012).

Optou-se por esse tipo de tratamento pois além de auxiliar na elaboração do diagnóstico, prognóstico, planejamento e execução do tratamento reabilitador, permite a avaliação estética e funcional, além da aceitação do paciente antes da realização dos procedimentos clínicos definitivos. Apresenta como vantagens: favorecimento da estética e função mastigatória, baixo custo, tempo operacional reduzido, reintegração do paciente ao convívio social e melhora da autoestima, a reversibilidade, facilidade

de higienização por ser removível, relativa facilidade para reparo, transmissão de cargas através da cobertura oclusal e restabelecimento das relações maxilomandibulares (CAVALCANTI, et al.; 2015; COSTA et al.; 2017 ;SOUZA et al.; 2009).

Para a efetiva avaliação da tolerância fisiológica por parte dos órgãos do aparelho estomatognático frente à DVO restabelecida, as overlays temporárias devem ser utilizadas diariamente, por um período mínimo de seis semanas a três meses (BEM, 1991), permitindo assim análise prévia das respostas do sistema neuromuscular e adaptação do paciente frente a DVO estabelecida como “ideal”. Nesse período, além dos ajustes necessários, são feitas avaliações quanto ao conforto sentido pelo paciente na posição reestabelecida, pois o erro na determinação da DVO pode fatalmente condenar todo o trabalho definitivo que será desenvolvido no paciente (COSTA et al.; 2017). No caso descrito deste trabalho, o paciente utilizou as overlays por um período superior a oito semanas e relatou melhora na função mastigatória, aumento da harmonia estética facial, conforto neuromuscular e melhora na estabilidade oclusal. Entretanto, devido a característica provisória dessas próteses, passado o período de ajustes e acomodação do paciente com a DVO estabelecida, o tratamento reabilitador definitivo com PPRs superior e inferior foi realizado na mesma dimensão vertical de oclusão, objetivando assim a função e a estética que foram obtidas no tratamento com as próteses provisórias e a preservação das estruturas remanescentes, bem como a otimização da estabilidade, suporte, retenção e conforto.

4 Conclusão

Grandes reabilitações orais representam um grande desafio para o cirurgião-dentista. O uso da cirurgia de alveoloplastia pela técnica de Dean previamente à reabilitação protética do paciente com projeção acentuada da pré-maxila resultou em melhor harmonia facial associada à maior eficiência funcional, demonstrando ser um procedimento eficaz associado à reabilitação protética. Logo, destaca-se a necessidade de confecção de PPR provisória em associação às cirurgias pré-protéticas como a alveoloplastia contribuindo de maneira relevante no tratamento integrado do paciente, o que proporcionou o restabelecimento das funções orais, favorecimento da estética, conforto e aumento da autoestima do paciente.

FIGURAS



Figura 1. Fotos extra-orais do paciente com vistas lateral e frontal mostrando projeção acentuada dos dentes anteriores superiores e ausência de selamento labial passivo.



Figura 2. Fotos intra-orais demonstrando acentuado overjet/overbite.



Figura 3. Fotos intra-orais do arco superior e arco inferior.

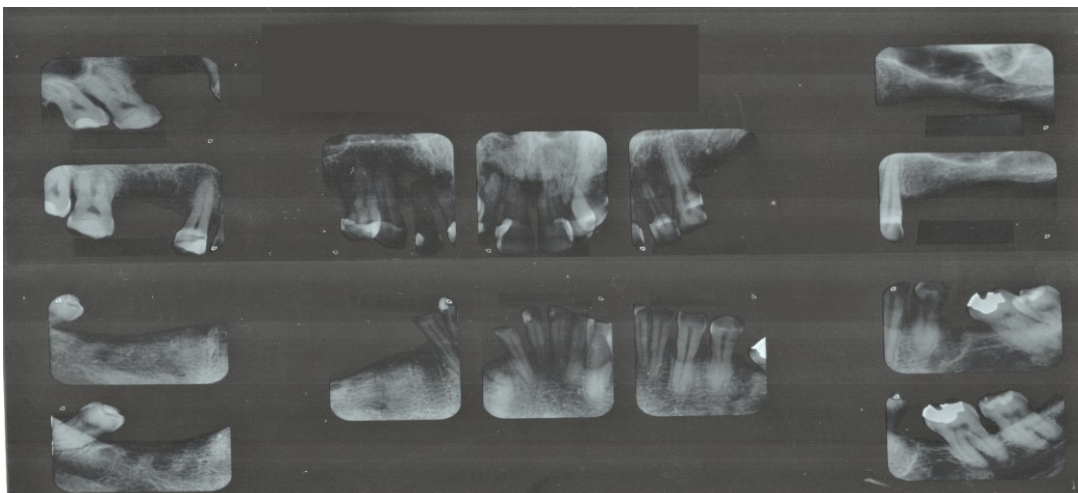


Figura 4. Radiografias periapicais.

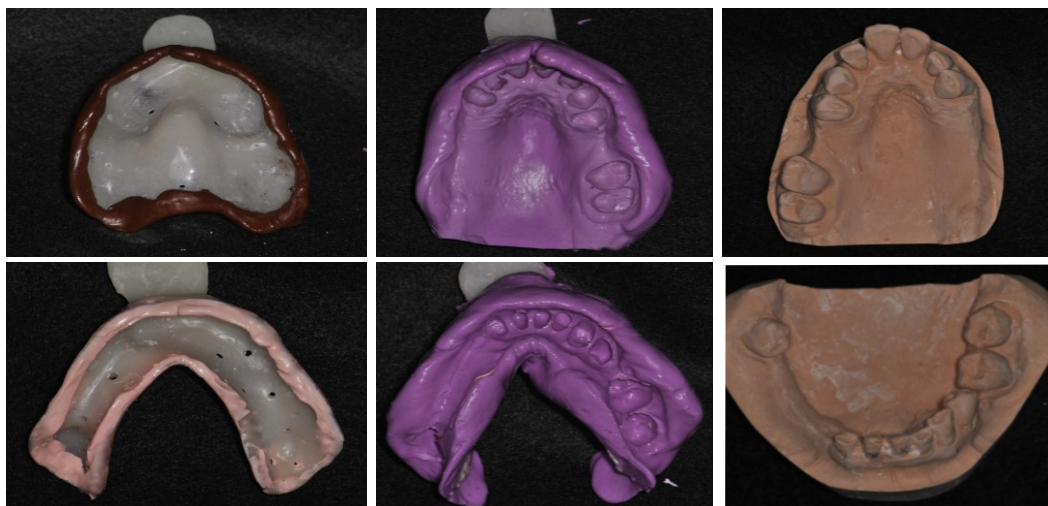


Figura 5. Moldagens do arco superior e inferior e respectivos modelos de trabalho.

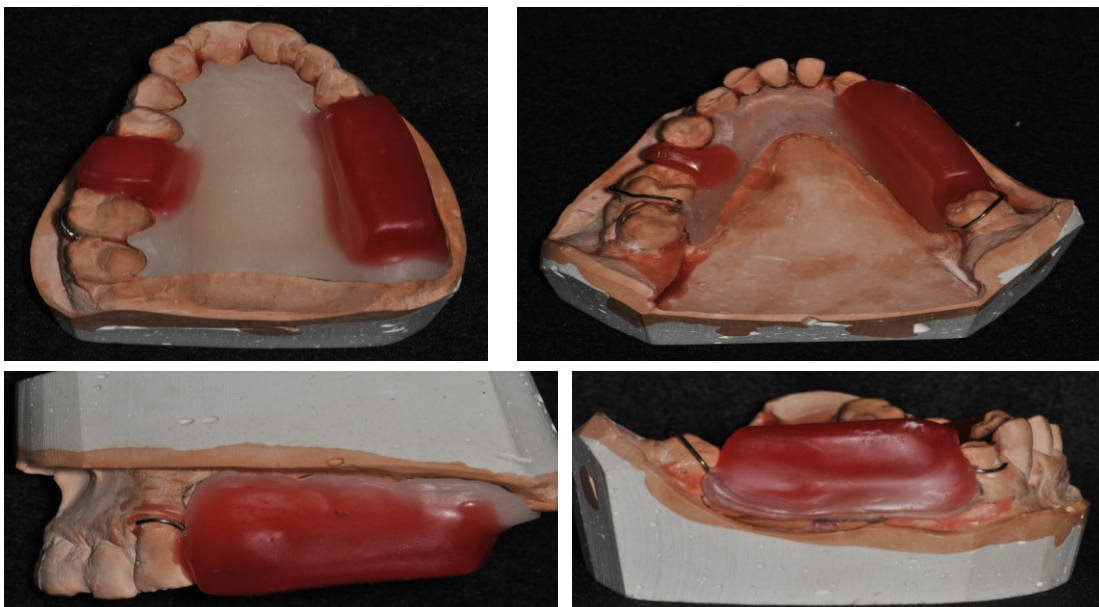


Figura 6. Bases de prova para registro intermaxilar.



Figura 7. Jig de Lúcia utilizado para determinar a DVO utilizando o método fonético e registro da RC.

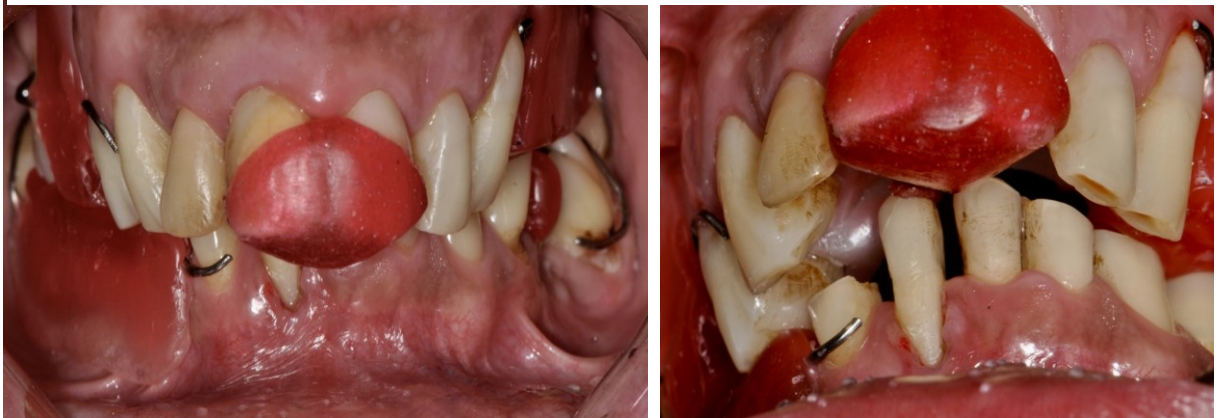


Figura 8. Registro maxilomandibular em RC e na DVO determinada com o auxílio do Jig.

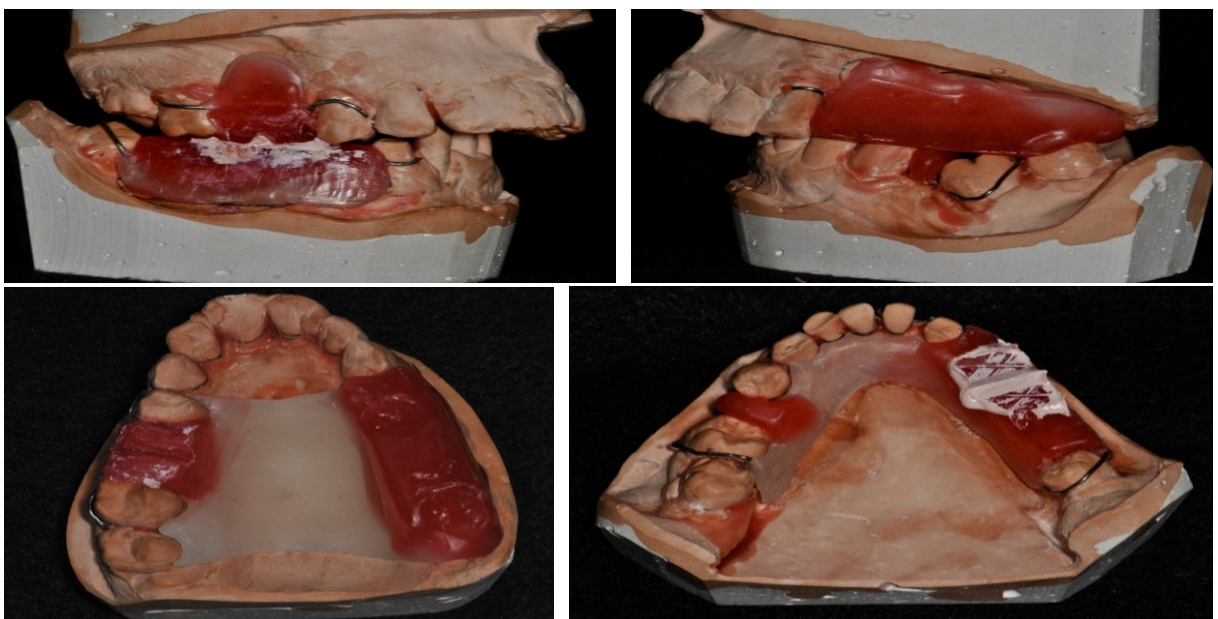


Figura 9. Registros posicionados no modelo para montagem em ASA.

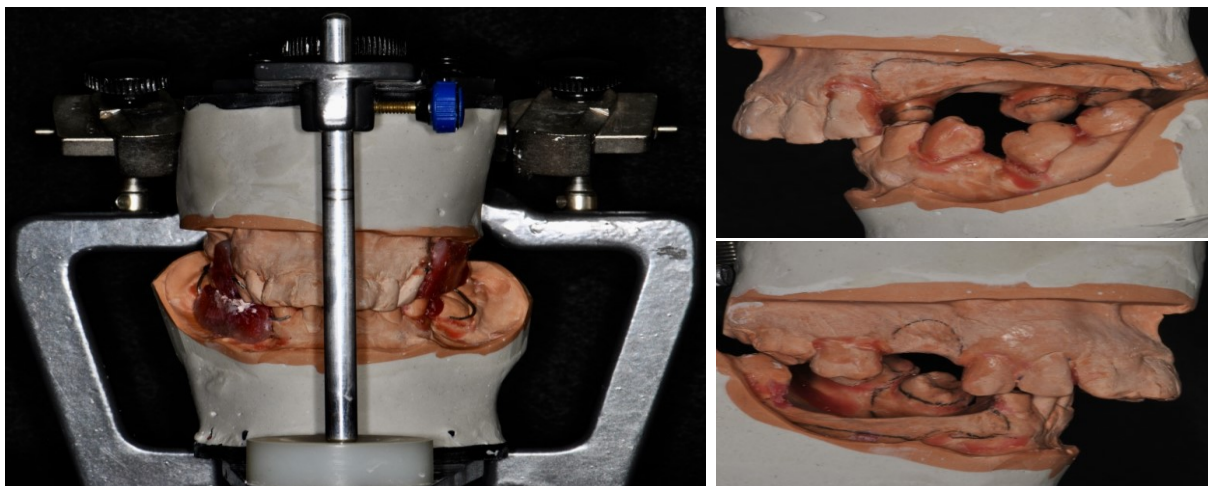


Figura 10. Modelos montados em ASA.

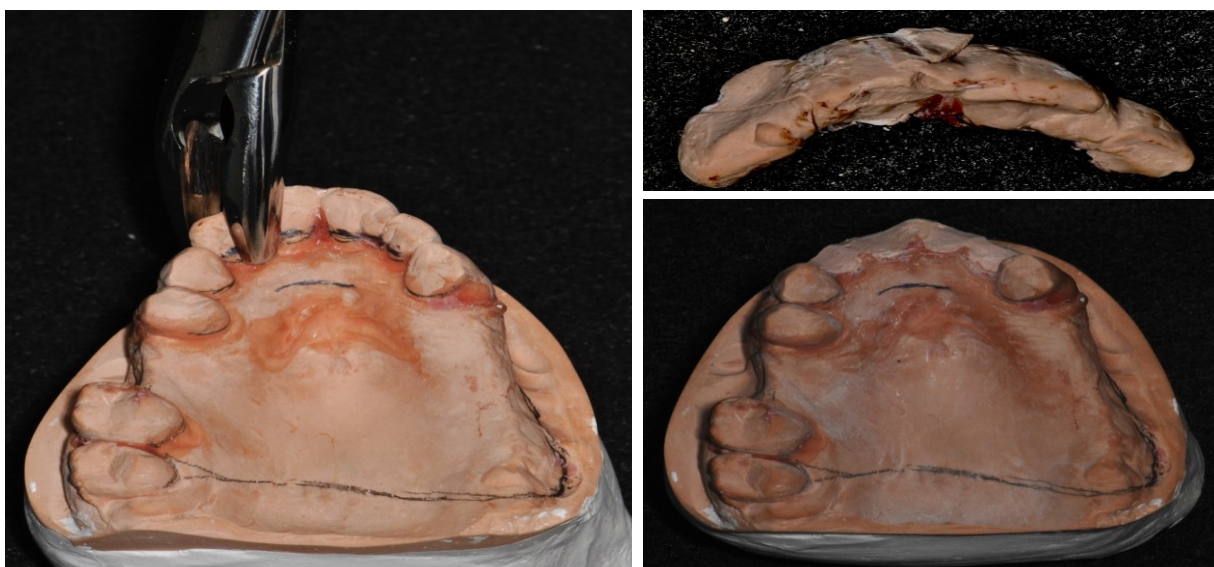


Figura 11. Extração dos dentes no modelo.

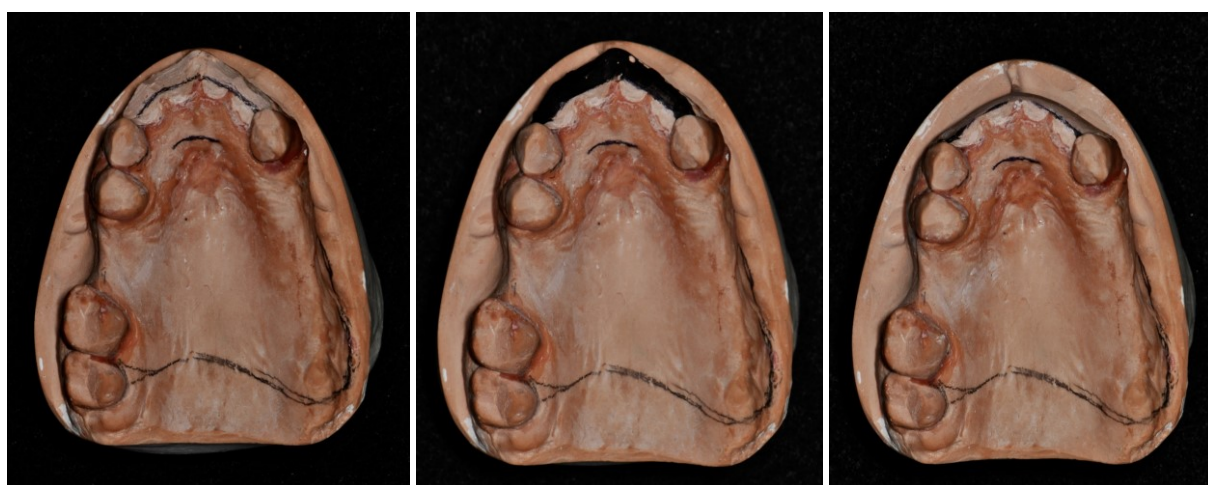


Figura 12. Regularização do contorno vestibular simulando posição correta do rebordo.



Figura 13. Guia cirúrgico e Próteses Parciais Removíveis.

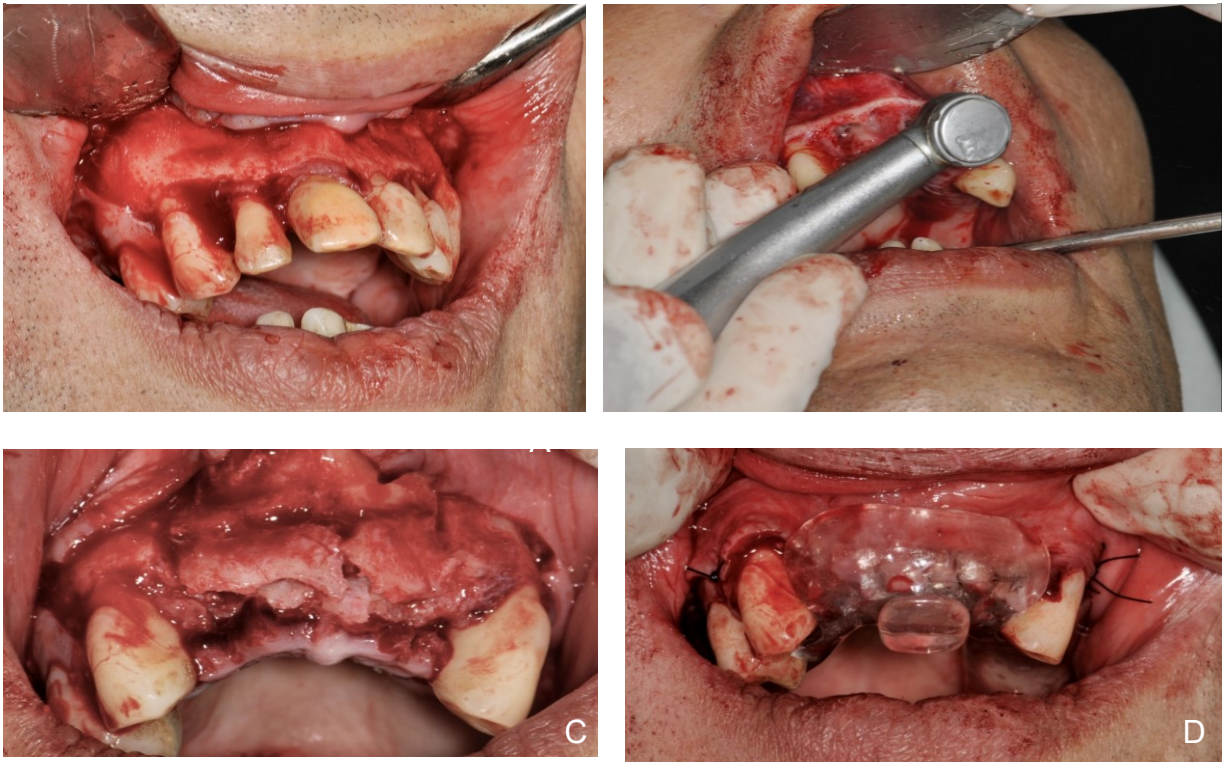


Figura 14A,B,C. Cirurgia de extração dos dentes seguida de alveoloplastia. **Figura 14D.** Utilização do guia cirúrgico para regularização do rebordo alveolar.



Figura 15. Fotos extra-orais do paciente com vistas lateral e frontal mostrando a correção da projeção acentuada dos dentes anteriores superiores e ausência do selamento labial passivo logo após a cirurgia.



Figura 16. Fotos intra-orais com as próteses provisórias em posição após ajustes evidenciando o restabelecimento da DVO.



Figura 17. Restauração dos dentes desgastados com resina composta.

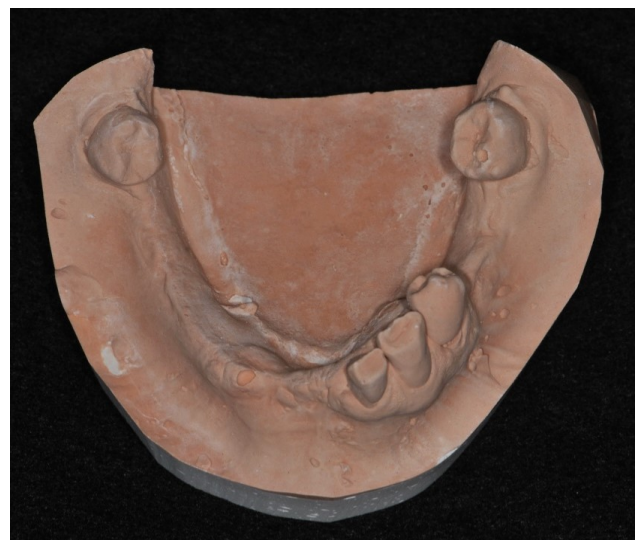
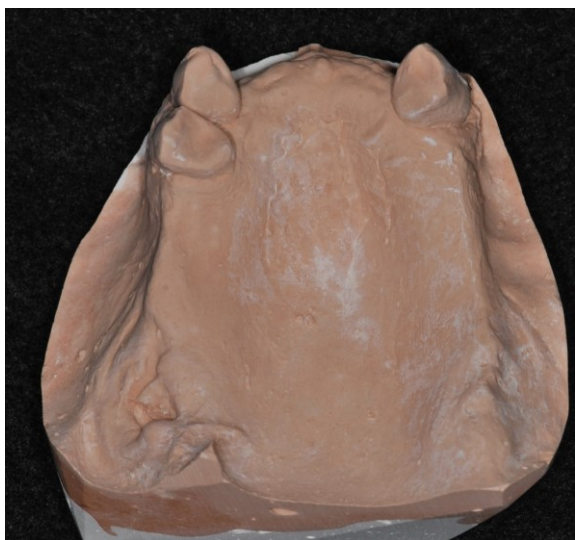


Figura 18. Modelos de estudo do arco superior e inferior.

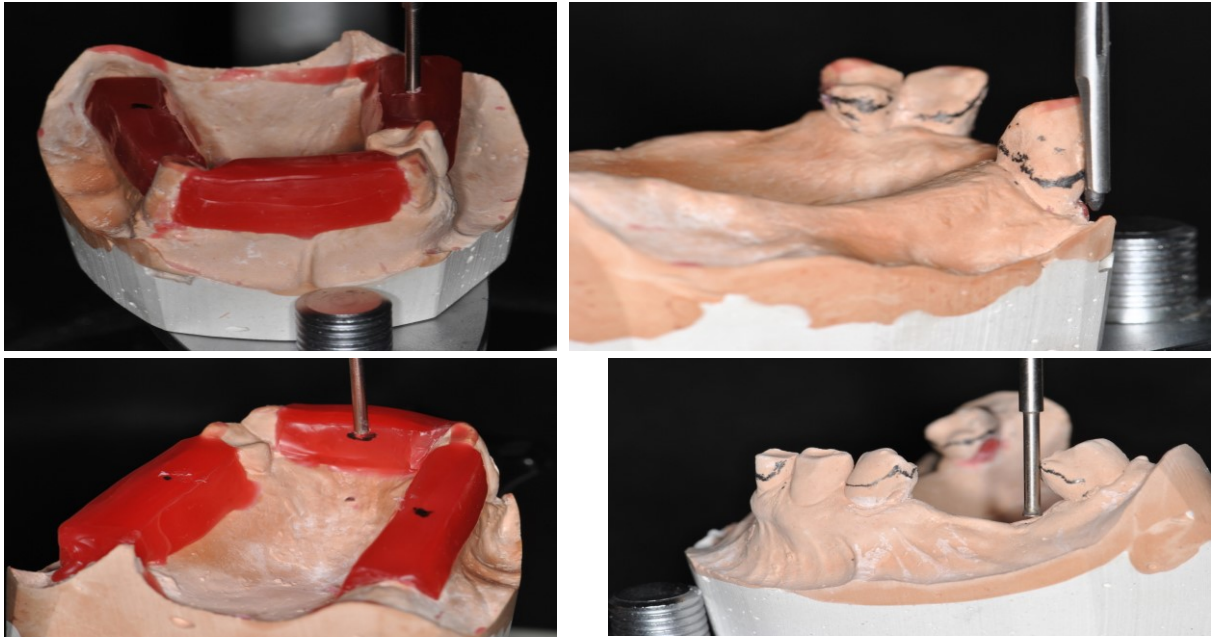


Figura 19. Delineamento em modelos de estudo para identificar as áreas de interferências de estruturas bucais após a definição do eixo de inserção e planejamento.

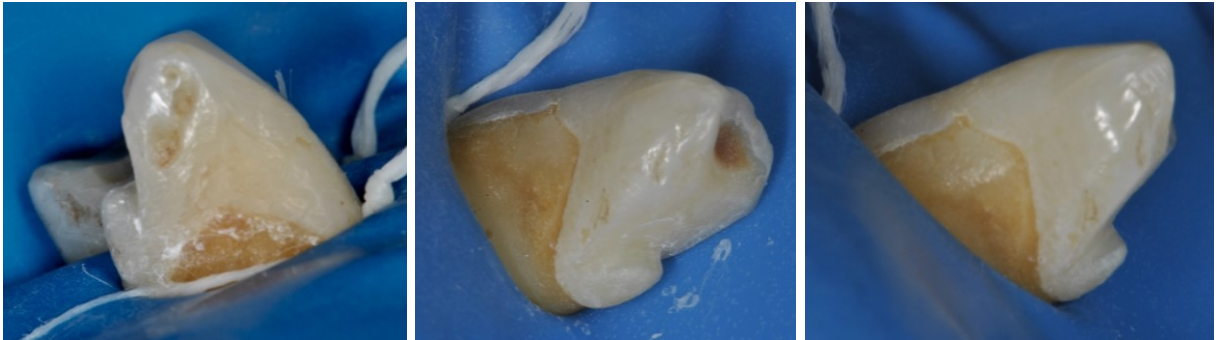


Figura 20. Nichos em acréscimo confeccionados em resina composta na região de cingulo dos dentes anteriores.

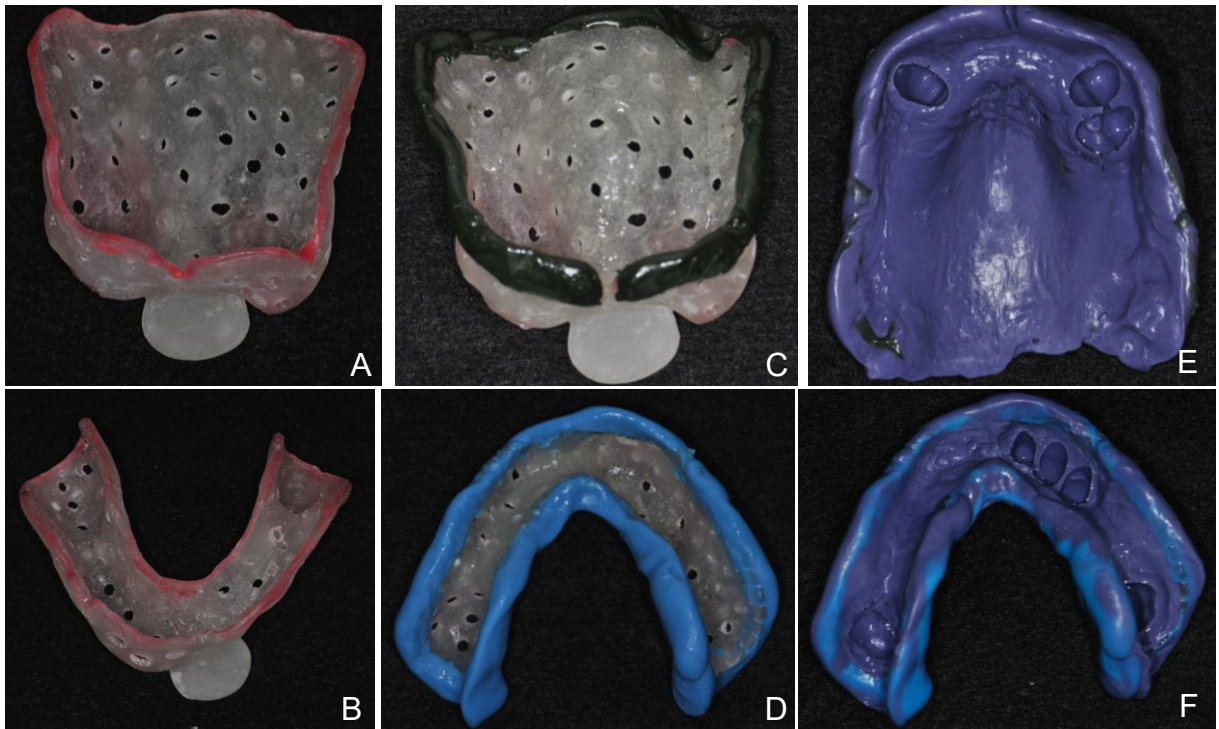


Figura 21 e 21A. Moldeiras individuais confeccionadas em resina acrílica quimicamente ativada e moldagens do arco superior e inferior com elastômero.



Figura 22. Obtenção do modelo em material refratário para enceramento e fundição, registro intermaxilar e obtenção de estrutura metálica do arco inferior com macroapoio.

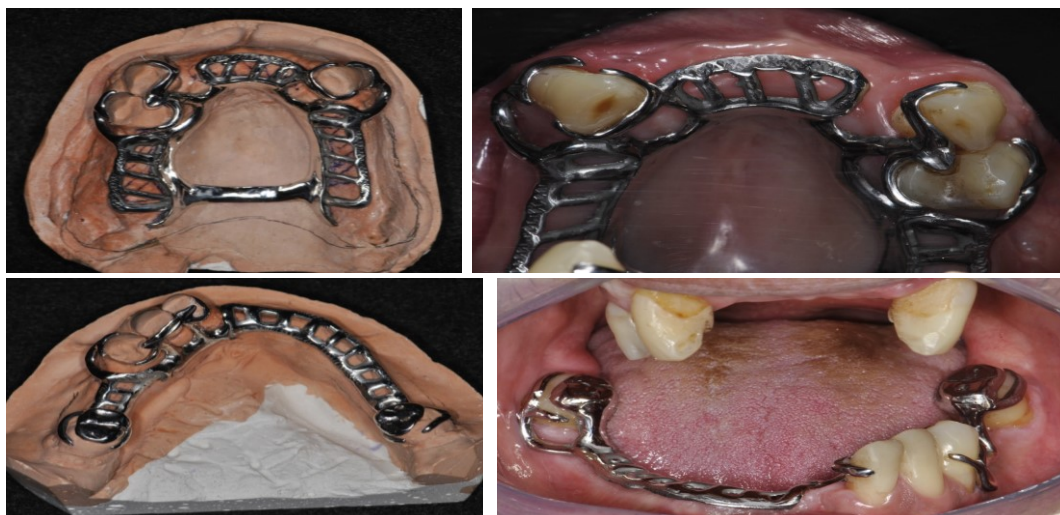


Figura 23. Estruturas metálicas superior e inferior adaptadas no modelo e verificação da adaptação na boca.

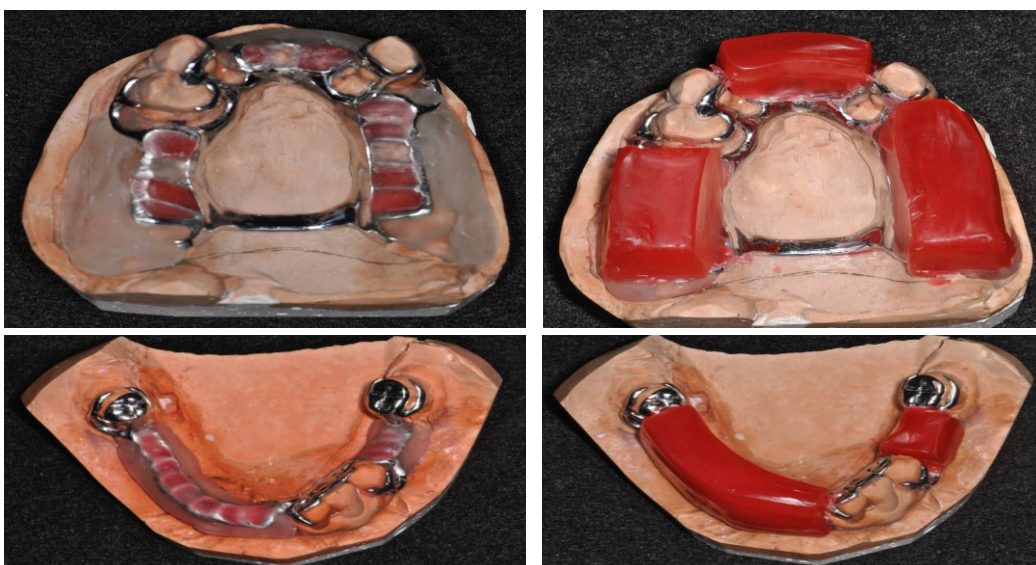


Figura 24. Confecção de base de prova sobre as estruturas metálicas e plano de cera para registro intermaxilar.

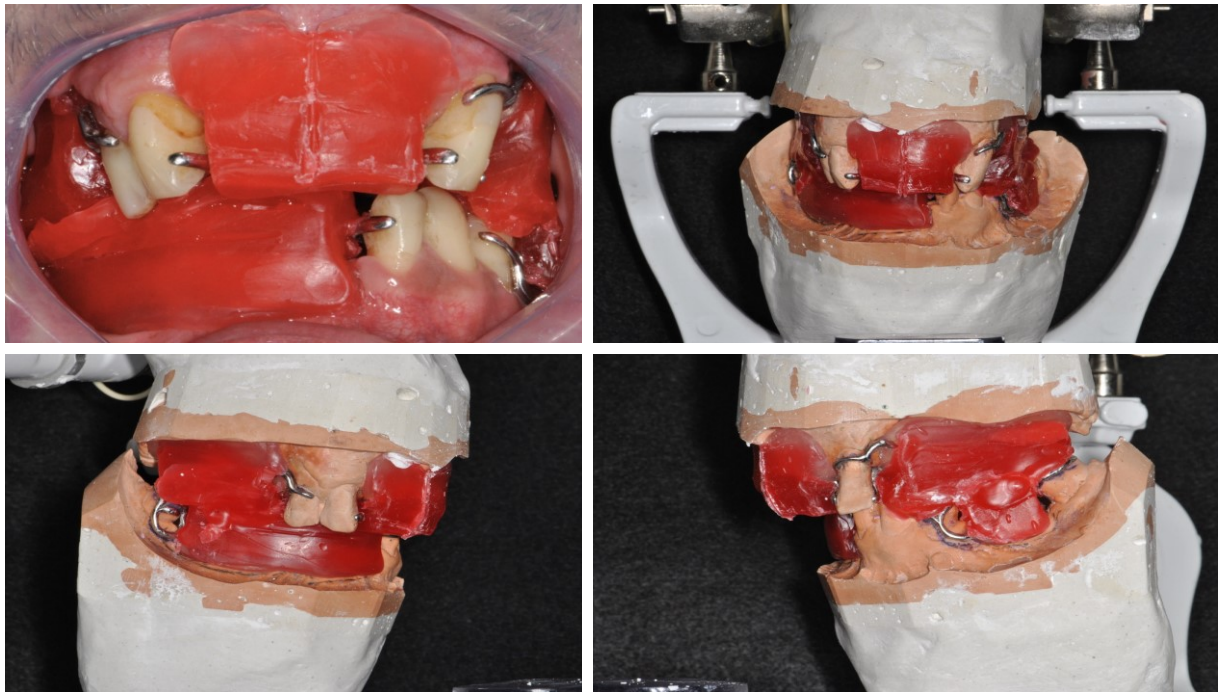


Figura 25. Registros intermaxilares e montagem dos modelos em ASA.

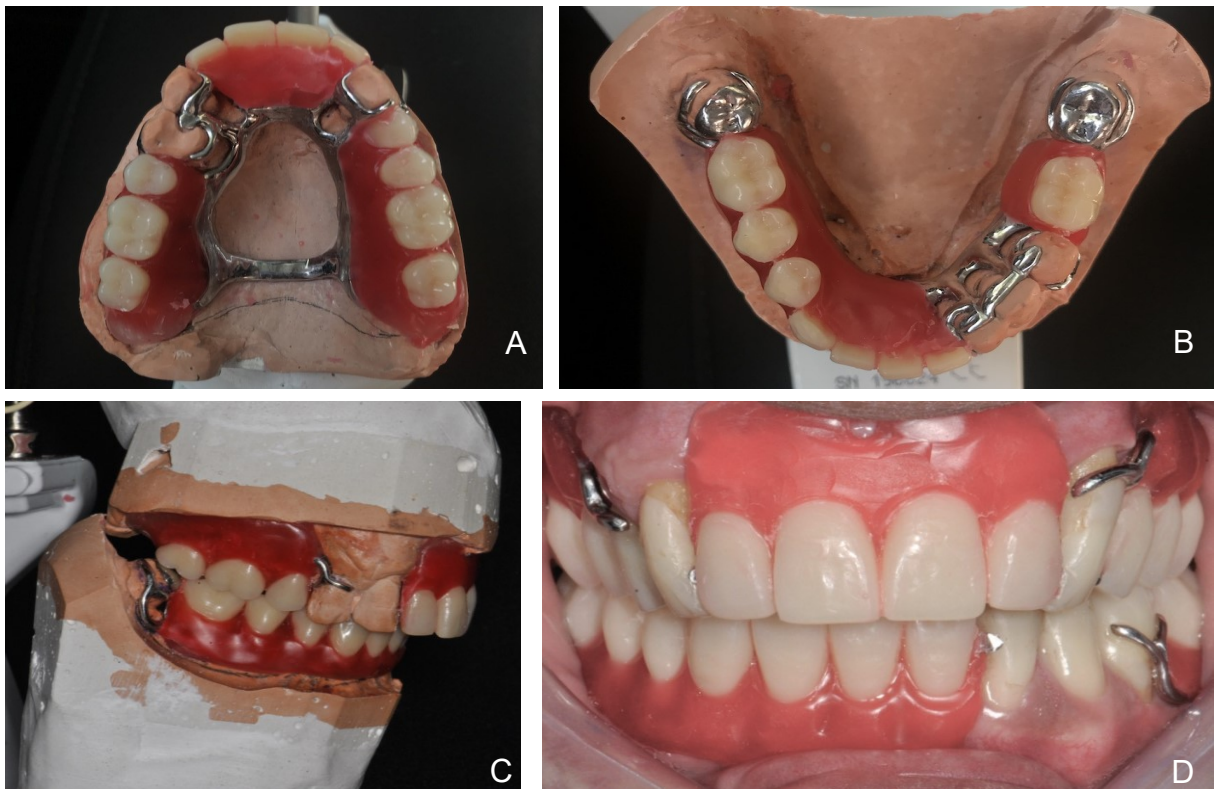


Figura 26. Montagem dos dentes artificiais (A, B, C) e prova dos dentes para avaliação estética e funcional (D).



Figura 27. Fotos intra-orais das Próteses Parciais Removíveis instaladas.



Figura 28. Fotos extra-orais do paciente com vistas lateral e frontal mostrando a correção da projeção acentuada dos dentes anteriores superiores e ausência de selamento labial passivo com a PPR definitiva.



Figura 29. Fotos extra-orais do paciente com vistas lateral e frontal mostrando aspectos iniciais e finais do tratamento reabilitador.

REFERÊNCIAS

- BEM, SMITH. Occlusion I. General considerations. **Dent Update**. 1991;18(5): 141.
- BOURGOYNE JR. Alveoloplasty in preparation for the immediate denture insertion. **J Prosthet Dent**. 1951; 1(3): 254-267.
- CAVALCANTI, Y. W.; OLIVEIRA, L. M. C.; BATISTA, A. U. D. Prótese parcial removível provisória tipo overlay na reabilitação oral de paciente com colapso oclusal posterior. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19(2), p. 143-150, 2015.
- COSTA, M. M.; OLIVEIRA, J. E. C.; LIMA, J. H. F.; LIMA, J. B. G.; MOURA, G. F.; QUAGLIATTO, P. S. Reabilitação Oral de paciente com redução de dimensão vertical de oclusão utilizando prótese parcial removível overlay: Relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 26(77), p. 66-70, 2017.
- DANTAS, E. M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Odonto**, v. 20(40), p. 41-48, 2012.
- DE FIORI, S.R. **Atlas de Prótese Parcial Removível**. São Paulo; Panamed, 1983.
- FERNANDES NETO, A. J.; NEVES, F. D.; SIMAMOTO JUNIOR, P.C. Oclusão. In: **Série Abeno: Odontologia Essencial - Parte Clínica**. São Paulo: Artes Médicas, 2013.
- HUPP, James R.; TUCKER, Myron R.; ELLIS, Edward. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 692 p.
- JUNIOR, L. H. F.; FRAGA, N. M.; OLIVEIRA, J. E. C.; ROCHA, F. S.; COSTA, M. M.; Utilização de alveoloplastia intrasseptal para correção de acentuada projeção

maxilar: relato de caso. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 26(79), p. 82-85, 2017.

MARZOLA, C.; TOLEDO-FILHO, J. L.; OLIVEIRA, M. G.; As cirurgias pré-protéticas. São Paulo: **Pancast**; 1988.167p.

RODRIGUES, R. A.; BEZERRA, P. M.; DELLANO SANTOS, F. S.; DUARTE FILHO, E. S. D. Procedimentos multidisciplinares utilizados na recuperação da DVO durante a reabilitação estética e funcional - relato de caso. **International Journal of Dentistry**, v. 9(2), p. 96-101, 2010.

SILVERMAN, M. M. The Speaking Method in Measuring Vertical Dimension. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 3(2), p. 193-199, 1953.

SOUZA, J. E. A.; SILVA, E. T.; LELES, C. R. Prótese Parcial Removível Overlay: Fundamentos Clínicos e Relatos de Casos. **Robrac**, v. 18(47), p. 41-48,

2009. Turner, K. A.; Missirlan, D. M. Restoration of the extremely worn dentition. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 52(4), p. 467-474, 1984.

TODESCAN, R. **Atlas de Prótese Parcial Removível**. São Paulo; Ed. Santos, 1996.

TURREL, A. J. W. Clinical assessment of vertical dimension. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 96(2), p. 79–83, 2006.