



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



Maria Eduarda Ribeiro da Silva

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES REMOVÍVEIS E DENTES NATURAIS EM
PACIENTE COM DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA FLORIDA: UM RELATO DE CASO
CLÍNICO**

UBERLÂNDIA
2025

**REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES REMOVÍVEIS E DENTES NATURAIS EM
PACIENTE COM DISPLASIA CEMENTO ÓSSEA FLORIDA: UM RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Maria Eduarda Ribeiro da Silva

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

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

**UBERLÂNDIA
2025**

RESUMO:

A displasia cemento-óssea florida (DCOF) é uma lesão fibro-óssea benigna, geralmente assintomática, que acomete preferencialmente mulheres melanodermas de meia-idade, sendo diagnosticada frequentemente por meio de exames radiográficos. Este trabalho apresenta um relato de caso clínico de uma paciente de 42 anos com diagnóstico de DCOF associado à doença periodontal severa, submetida à exodontia múltipla e reabilitação oral com prótese parcial removível utilizando dentes naturais. O planejamento clínico considerou as limitações impostas pela DCOF, como o risco de infecções e dificuldades em procedimentos cirúrgicos, optando-se pela preservação de dentes com inserção satisfatória para suporte protético. A reabilitação visou restabelecer as funções mastigatórias, estéticas e psicológicas da paciente, evidenciando a viabilidade e eficácia do uso de dentes naturais na confecção de próteses removíveis em situações clínicas específicas. O caso demonstra que abordagens conservadoras e individualizadas podem resultar em excelentes desfechos funcionais e estéticos, promovendo a qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Displasia cemento-óssea florida, prótese parcial removível, dentes naturais, reabilitação oral, relato de caso.

ABSTRACT:

Florid cemento-osseous dysplasia (FCOD) is a benign fibro-osseous lesion, usually asymptomatic, that predominantly affects middle-aged melanoderm women and is commonly diagnosed through radiographic examination. This paper presents a clinical case report of a 42-year-old female patient diagnosed with FCOD and severe periodontal disease, who underwent multiple tooth extractions followed by oral rehabilitation with a removable partial denture using natural teeth. The clinical planning considered the limitations imposed by FCOD, such as the risk of infection and surgical complications, leading to the preservation of teeth with satisfactory insertion to support the prosthesis. The rehabilitation aimed to restore the patient's masticatory, aesthetic, and psychological functions, highlighting the feasibility and effectiveness of using natural teeth in the fabrication of removable dentures in specific clinical scenarios. The case demonstrates that conservative and individualized approaches can lead to excellent functional and aesthetic outcomes, promoting patient quality of life.

Keywords: Florid cemento-osseous dysplasia, removable partial denture, natural teeth, oral rehabilitation, case report.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Comissão Permanente de Supervisão dos Trabalhos de
Conclusão de Curso da Graduação em Odontologia
Av. Pará, 1720, Bloco 4LA, Sala 42 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP
38400-902 Telefone: (34) 3225-8116 - tcc@foufu.ufu.br



ATA DE DEFESA - GRADUAÇÃO

Curso de Graduação em:	Odontologia				
Defesa de:	Trabalho de Conclusão de Curso II - FOUFU 31003				
Data:	21/08/2025	Hora de início:	17h	Hora de encerramento:	17h50
Matrícula do Discente:	12021ODO057				
Nome do Discente:	Maria Eduarda Ribeiro da Silva				
Título do Trabalho:	Reabilitação oral com próteses removíveis e dentes naturais em paciente com displasia cemento óssea florida: Um relato de caso clínico				
A carga horária curricular foi cumprida integralmente?		(X) Sim () Não			

Reuniu-se na Sala de Aula nº 31, Vila Digital, da Faculdade de Odontologia, Bloco 4L anexo A, último andar, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia, composta pelos professores doutores: **Álex Moreira Herval** (FOUFU); **João Edson do Carmo de Oliveira** (FOUFU); e **Andréa Gomes de Oliveira** (FOUFU) - orientadora do candidato.

Iniciando os trabalhos, a presidente da Banca examinadora, Prof.^a Dr.^a **Andréa Gomes de Oliveira**, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público, e concedeu ao discente a palavra, para a exposição do seu trabalho.

A seguir, a presidente da Banca concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca Examinadora, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

(x) Aprovado (a)

() Reprovado (a)

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata, que após lida, foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Gomes de Oliveira**,
Professor(a) do Magistério Superior, em 21/08/2025, às 17:46, conforme
horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Edson Carmo de Oliveira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/08/2025, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alex Moreira Herval, Professor(a) do Magistério Superior**, em 21/08/2025, às 17:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 6600704 e o código CRC E8DB4D85.

Referência: Processo nº 23117.056759/2025-00

Dedico esse trabalho a minha irmã Anna que
sempre me aplaudiu tão alto para que eu não
pudesse perceber quem não estava.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a mim mesma por nunca desistir dos meus objetivos e sonhos por mais difíceis e inalcançáveis que parecessem. Dedico esse trabalho a Maria Eduarda do passado que achava não ser possível ser realizada e feliz.

Agradeço a minha irmã mais nova Anna Luísa que me acalentou nos momentos de mais dúvidas e inseguranças, que por muitas vezes permaneceu ao meu lado em silêncio e sempre foi o meu porto seguro e mesmo que o mundo tentasse me derrubar ela era quem me jogava pra cima novamente, obrigada por sempre acreditar em mim, você sempre será minha luz e minha razão de continuar tentando.

Agradeço a minha mãe por me impulsionar e me incentivar em todas as fases dessa batalha que foi a graduação, obrigada por tudo mãe você sempre será meu abrigo.

Agradeço aos meus amigos que deixaram essa jornada imensamente mais leve e suportável, o processo ao lado de vocês foi mais tranquilo. Obrigada por cuidarem tão bem de mim e me permitirem pertencer a família fora de casa de vocês.

Agradeço em especial a minha dupla e companheira do box 8 Mônica sou eternamente grata por todo ensinamento e companheirismo que compartilhamos em 10 longos períodos, os atendimentos não serão os mesmo sem minha auxiliar de vida, te amo imensamente.

Agradeço às pessoas que passaram pelo caminho trazendo ensinamentos e momentos felizes, vocês serão sempre lembrados como parte do processo.

Agradeço também aos meus mestres, principalmente a minha orientadora Andréa que me mostrou o caminho através de um ensinamento calmo e caloroso reforçando o quanto a reabilitação é linda e acolhedora e que a faculdade pode ser leve se estiver do lado de pessoas boas. Carregarei todas as lições comigo através da vida.

Por fim, dedico esse trabalho ao amor que me deu a vida, Suene e José Ricardo. Ao amor que me ensinou a amar, Anna Luísa e Thiago e ao amor que a vida me deu, Pablo.

Em memória ao meu avô Vasco, que sempre esperou a neta se formar para ganhar um par de dentaduras, te amo além da vida vovô.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO:	10
2. OBJETIVO:	11
3. RELATO DE CASO CLÍNICO:	11
3.1. EXAME CLÍNICO	12
3.3. MOLDAGEM ANATÔMICA	13
3.4. PLANEJAMENTO DA PRÓTESE REMOVÍVEL PARCIAL INFERIOR	14
3.5. MOLDEIRA INDIVIDUAL E MOLDAGEM FUNCIONAL	15
3.6 REGISTROS INTERMAXILARES E PROVA DA ESTRUTURA METÁLICA	17
3.7 PREPARO e MONTAGEM DOS DENTES NATURAIS	18
3.8 AVALIAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DOS DENTES	19
3. 9. INSTALAÇÃO DA PRÓTESE:	20
3. 10. CONTROLE POSTERIOR:	21
4. DISCUSSÃO:	21
5. CONCLUSÃO:	24
REFERÊNCIAS:	25

1. INTRODUÇÃO:

A Displasia Cimento-óssea foi incluída na categoria de “lesão fibro-óssea” pela Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 2017, juntamente com outras três condições. Contudo, devido a similaridade histológicas das lesões fibro-ósseas estas devem ser diferenciadas através de critérios clínicos e radiológicos¹. Segundo Neville², as lesões fibro-ósseas são um grupo diverso caracterizado pela substituição do osso normal por tecido fibroso contendo um produto mineralizado neoformado. Usualmente inseridas entre as lesões fibro-ósseas dos ossos gnáticos estão: a Displasia cimento-óssea focal, Displasia cimento-óssea periapical e Displasia cimento-óssea florida.

A displasia cimento-óssea florida, citada anteriormente, é uma lesão benigna, ou seja, uma condição de fator não cancerígeno². Sendo assim, ela se manifesta como massas intra ósseas múltiplas, lobuladas, bem delimitadas e não expansivas, com variação de radiolucidez interna e esclerose, que circundam os ápices radiculares de dentes vitais ou surgem em áreas edêntulas; as lesões tornam-se progressivamente confluentes e escleróticas à medida que amadurecem³.

Alguns investigadores têm sugerido que a DCOF possui etiologia multifatorial podendo ocorrer esporadicamente ou sendo herdada⁴. Além disso, devido a sua aproximação com o ligamento periodontal e suas similaridades histopatológicas com a estrutura, existe a hipótese que essas lesões podem ter origem no ligamento periodontal². Assim, tem se mostrado que a DCOF ocorre principalmente na mandíbula, em mulheres de meia idade, entre 40 a 70 anos, de descendência africana, onde em sua forma mais extensa, apresenta lesões em mais de um quadrante da mandíbula, sendo a displasia cimento-óssea menos comum comparada a periapical e focal⁵.

O tratamento é dispensável devido à autolimitação da lesão, o que não a caracteriza como uma verdadeira neoplasia, como já foi dito anteriormente. Dentes não devem ser extraídos e se, por outro motivo, estiverem desvitalizados, devem ser tratados endodonticamente ou extraídos, mas sem nenhuma razão para se tocar na lesão; Normalmente a lesão em questão é autolimitada, ou seja, regride espontaneamente sem necessidade de intervenção, dando preferência a preservação da estrutura dentária. É fundamental compreender que o tratamento de

dentes desvitalizados não interfere na evolução ou resolução de lesões autolimitadas, que seguem seu curso natural⁶.

No entanto, em casos sintomáticos é necessária a intervenção cirúrgica para remover a lesão ou corrigir deformidades ósseas, especialmente quando há infecção local, dor intensa, exposição óssea ou risco de fraturas⁷. Contudo, após esses procedimentos normalmente há a necessidade de Reabilitação oral.

A reabilitação oral através de próteses removíveis visa principalmente a reposição dos dentes e tecidos bucais que tendem a reproduzir anatomia e função consequentemente trazendo estética e fonética proporcionando saúde e conforto ao paciente⁸; bem como o implante dentário que se resume a instalação de um componente fabricado em titânio no interior do osso alveolar, servindo assim de suporte para a prótese dentária.⁹

No presente caso a paciente V.R.S de 45 anos, melanoderma, compareceu a Clínica Cirúrgica do HOUFU - Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, com indicação de extração de todos os dentes devido à doença periodontal severa e após radiografia panorâmica houve o diagnóstico da DCOF. Por se tratar de uma paciente jovem, com baixa auto estima e perfil psicológico pouco cooperativo sugerimos como forma de incrementar o acolhimento da paciente a utilização dos dentes naturais nas próteses definitivas que seriam confeccionadas.

2. OBJETIVO:

Relatar um caso clínico e cirúrgico com a Reabilitação oral de uma paciente com DCOF e a utilização de dentes naturais para a confecção das próteses removíveis.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO:

O estudo em questão foi submetido ao Comitê de ética da universidade Federal de Uberlândia e consiste em um relato de caso de uma paciente de 45 anos melanoderma que compareceu na Clínica Cirúrgica no HOUFU - Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, com indicação de extração de todos os dentes devido à doença periodontal no estágio III grau C. Além disso, é

importante destacar que a higiene da paciente era precária e que ela apresentava um perfil psicológico melancólico.

3.1.EXAME CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, melanoderma foi encaminhada de sua Unidade Básica de Saúde de referência, ao Hospital Odontológico para exodontia múltipla em 08/08/2023.

Seguindo o protocolo, a paciente foi submetida a uma anamnese minuciosa sendo constatada a ausência de restrição sistêmica para a cirurgia planejada. Ao exame clínico notou-se grande exposição radicular e mobilidade dentária devido a doença periodontal severa em estágio III grau C. Posteriormente, foi realizado um exame radiográfico panorâmico para complementar o diagnóstico da necessidade cirúrgica, como consta na Figura 1.

Figura 1. Radiografia panorâmico com regiões de displasia cemento óssea em estágio misto



Fonte: acervo pessoal

A partir do resultado do exame radiográfico foi constatado que além da necessidade cirúrgica com uma reabilitação oral posterior, a paciente possuía displasia cemento-óssea florida que poderia implicar em uma mudança de conduta clínica.

Após o diagnóstico, os dentes da paciente foram examinados pela Professora Dra. Andréa Gomes de Oliveira, docente da área de prótese removível da Universidade Federal de Uberlândia, com o propósito de determinar a

necessidade real de extrações múltiplas. Constatou-se que alguns dentes na mandíbula poderiam ser mantidos devido à sua inserção óssea satisfatória. Subsequentemente, a paciente foi submetida à remoção dos demais dentes afetados que foram preservados em um recipiente com soro fisiológico a fim de preservar sua estrutura para o consecutivo uso na fabricação das próteses.

3.2. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Após a realização do exame radiográfico notou-se a presença da displasia cemento-óssea florida o que clinicamente não só iria dificultar o processo cirúrgico, como também potencializaria a possibilidade da ocorrência de uma infecção secundária. Diante disso, foi administrada amoxicilina de maneira profilática (1g do fármaco 1h antes), seguida de prescrição para uso de amoxicilina 500 mg a cada 8 horas, por 7 dias no pós operatório.

Durante as cirurgias os dentes extraídos foram armazenados em um recipiente com soro fisiológico. Após a limpeza da superfície dos dentes, eles foram submetidos a congelamento imersos em soro fisiológico.

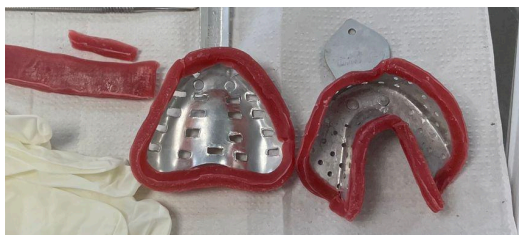
Após o procedimento cirúrgico, a paciente tornou-se edêntula total na maxila, enquanto os dentes 38, 35, 33, 43 e 45 foram mantidos para posterior reabilitação oral com próteses removíveis total superior e parcial inferior.

3.3. MOLDAGEM ANATÔMICA

Após 3 meses da finalização das cirurgias, foi realizada a primeira moldagem anatômica da maxila utilizando uma moldeira HDR tamanho 53 para desdentados e na mandíbula utilizou-se moldeira M para dentados. Foi adicionada Cera Utilidade Vermelha (Technew ®) no contorno das moldeiras para realizar o selamento periférico para que ocorra o ajuste preciso à anatomia do paciente, após levar as moldeiras em boca pressionou-se levemente a cera contra o rebordo da paciente para moldá-la, pediu-se também para a paciente fazer os movimentos musculares faciais e para a moldagem da mandíbula solicitamos também a movimentação da língua.

Foi manipulado o alginato (Jelltrate® (Dentsply) com a proporção de 1 medida de pó para uma medida de água, depositamos na moldeira e realizamos a moldagem propriamente dita afastando cuidadosamente os tecidos moles para uma moldagem precisa.

Figura 2. Selamento periférico utilizando cera utilidade vermelha.



Fonte: acervo pessoal

Figura 3. Molde de estudos utilizando alginato e moldeira HDR 53 e molde de estudo utilizando moldeira tam M e alginato.



Fonte: acervo pessoal

3.4. PLANEJAMENTO DA PRÓTESE REMOVÍVEL PARCIAL INFERIOR

Com a obtenção da moldagem anatômica foi realizada a confecção do modelo de estudo utilizando gesso pedra tipo III (Asfer®), por meio do qual foi possível realizar o planejamento para a prótese parcial removível inferior, utilizando um delineador B2 paralelômetro (Bio-Art®) para avaliar o equador protético dos dentes pilares e posteriormente verificar a necessidade de desgastes ou acréscimos no preparo em boca.

Figura 5. Delineamento e planejamento da prótese removível parcial inferior, vista anterior e vista posterior.



Fonte: acervo pessoal

Foi necessário adequar o meio bucal da paciente, iniciando com raspagem supragengival utilizando ultrassom seguido de profilaxia nos dentes remanescentes que serviram como pilares para a prótese parcial removível inferior, além de orientações para a higiene oral.

Notou-se a necessidade de otimizar a retenção dos elementos 33 e 43 na face vestibular, devido ao baixo potencial retentivo. Para tal foi utilizada resina composta A3D (Ultradent®) para o acréscimo de volume. Em seguida confeccionamos os nichos por desgaste utilizando uma broca 2131 e 3131 (Microdont®), para receberem os apoios metálicos nos elementos 35, 38 e 45.

Figura 6: Antes da adequação bucal. Dentes antes do preparo em boca. Dentes após preparo em boca.



Fonte: acervo pessoal

3.5. MOLDEIRA INDIVIDUAL E MOLDAGEM FUNCIONAL

O modelo de estudo superior foi usado para a confecção da moldeira individual da maxila. Para isso foi realizado o alívio das áreas nobres da região como

a papila incisiva, a rafe palatina e as rugosidades palatinas, utilizando cera rosa 7 (Lysanda®). Em seguida foi utilizada a resina acrílica autopolimerizável incolor (Autocril®), para a confecção da moldeira individual com cerca de 3 mm de espessura em toda sua estrutura.

Com a conclusão da moldeira individual e o preparo de boca para suportar a estrutura da prótese removível parcial, foram realizadas as moldagens funcionais de ambas. Para a moldagem em maxila iniciamos com o selamento de rebordo utilizando pasta zinco enólica (Lysanda®) e posteriormente a moldagem propriamente dita com silicone de condensação (perfil kit (Vigodent®), já a moldagem em mandíbula utilizou-se moldeira comum para dentados e alginato (MAQUIRA algi-gel®). Em ambas moldagens os movimentos musculares funcionais e faciais foram solicitados.

Figura 7: Moldeira individual e Moldagens funcionais. Moldeira individual. Moldagem utilizando alginato. Moldagem utilizando silicone de condensação.



Fonte: acervo pessoal

3.6 REGISTROS INTERMAXILARES E PROVA DA ESTRUTURA METÁLICA

Nesta consulta foi confeccionado o plano de orientação utilizando cera rosa 7 (Lysanda®), plastificando-se e dobrando-se uma lâmina de cera rosa 7 sobre si mesma até atingir a altura desejada, após isso deposita o plano de cera sobre a base de prova no modelo de trabalho maxilar. Foi utilizada para a confecção do plano de orientação cera rosa 7, espátula n. 7 (Golgran®), espátula n. 31 (Golgran®) e espátula de gesso metálica (OGP®). Foram verificadas as características ideais do plano de cera, suporte labial, altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal e linha média realizando a marcação de todos os pontos através da lecron (Golgran®).

Além disso, foi realizada a medida da DVO (Dimensão Vertical de Oclusão) da paciente utilizando o método fisiológico juntamente com o compasso de Willis

(0-100mm; JON), ou seja, medindo a distância entre dois pontos de referência, nesse caso a ponta do nariz e o mento com o paciente em repouso conseguindo assim a DVR (Dimensão Vertical de Repouso). Após obter a medida da DVR de 65 mm foi necessário subtrair 3 mm para obter a DVO, que corresponde ao espaço funcional livre, constatando-se o valor de 62mm. Por fim, realizou-se o teste fonético a fim de avaliar se a DVO estava certa onde foi pedido para a paciente falar a sequência “MMM...”. Posterior a esse processo foi realizada a montagem dos modelos no articulador semi ajustável (Bio-Art®) respeitando a oclusão da paciente.

Figura 8. Prova da estrutura metálica. Obtenção da DVO. Base de prova com plano de cera. Registro intermaxilar e das linhas de referência. Modelo posicionado em ASA para montagem.



Fonte: acervo pessoal

3.7 PREPARO E MONTAGEM DOS DENTES NATURAIS

Os dentes foram descongelados e reavaliados quanto a sua estrutura remanescente para a definição de seu uso ou substituição por dentes artificiais. Foi realizado o recorte dos dentes ao nível radicular utilizando alta rotação e uma broca 2200 diamantada (KG SORENSEN®). Foram selecionados então para compor a

prótese, os dentes naturais 13,12,11,21,22,23,32,31,42 e 41, complementados por dentes artificiais (vipi dente plus®) na cor 62.

A montagem de dentes propriamente dita iniciou-se pelo arco superior direito, seguida do arco inferior direito logo após o superior esquerdo e por fim o inferior esquerdo. Durante a montagem dos dentes o elemento 21 foi danificado tendo que ser substituído por dente artificial, sendo o mais compatível no modelo SS2, cor A1, marca New Ace. Após a conclusão da montagem de dentes, a ceroplastia foi solicitada.

Figura 9. Dentes antes da preparação. Dentes após a preparação. Montagem parcial dos dentes. Seleção da cor do dente artificial para substituição.



Fonte: acervo pessoal

3.8 AVALIAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL DOS DENTES

Na prova dos dentes foram avaliados a linha de sorriso, volume labial, fonética, oclusão, DVO. Não foram necessárias alterações na montagem dos dentes, então a prótese foi enviada para o processamento no Setor de Laboratório

de Prótese Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Figura 10. Paciente com a prótese para avaliação dos dentes



Fonte: acervo pessoal

3. 9. INSTALAÇÃO DA PRÓTESE:

Para a instalação das próteses conferimos o acabamento interno das bases além de avaliados a oclusão, fonética, sorriso, volume do lábio e a DVO. Pequenos desgastes da base foram realizados para o conforto da paciente.

A paciente foi orientada quanto a higienização correta das próteses e dos dentes pilares juntamente com as orientações iniciais de uso dos aparelhos como não remover as próteses na primeira semana (exceto para higienização), se alimentar de comidas mais pastosas e macias e retornar em 1 semana para avaliar possíveis necessidade de ajustes na mesma.

Figura 11. Próteses finalizadas, paciente antes e depois da reabilitação oral.



Fonte: acervo pessoal

3. 10. CONTROLE POSTERIOR:

Após uma semana da instalação das próteses foi realizado o controle posterior.

Avaliamos os sintomas, os sinais orais e a adaptação da paciente e realizamos os ajustes necessários. Notamos a presença de cálculo dentário na prótese superior. Foi realizada a raspagem utilizando ponta de ultrassom seguida de polimento da prótese para evitar porosidades.

Figura 12. Imagem da prótese com cálculo dentário.



Fonte: acervo pessoal

4. DISCUSSÃO:

A DCOF é uma lesão fibro óssea, com origem incerta que têm sua predominância em mulheres melanodermas entre 40 e 60 anos de idade, normalmente assintomática é diagnosticada em exames de rotina². Com isso podemos observar a semelhança nesse estudo visto que a paciente era do gênero feminino, melanoderma e possuía 46 anos de idade, contudo possuía doença periodontal severa o que a levou a procurar atendimento odontológico e com isso a descoberta da doença.

A perda dos dentes faz com que os indivíduos apresentem diversas alterações tanto morfológicas quanto funcionais em relação às estruturas orais, principalmente na questão estética. A forma de tratamento mais adequado se dá através de próteses dentárias que restauram o equilíbrio do sistema estomatognático.¹¹ Nesse caso a exodontia múltipla justifica a reabilitação com próteses removíveis que associada ao perfil melancólico da paciente trazem a sugestão do uso dos dentes naturais na confecção das próteses definitivas como uma alternativa de redução de danos.

Em um cenário onde se faz necessário a esterilidade do órgão dental humano extraído para o armazenamento, é ideal que estes mantenham sua qualidade estrutural e uma manipulação segura, sendo importante sua integridade preservada aproximada ao máximo das condições in vivo. Portanto o método escolhido de armazenamento deve assegurar todos os itens citados anteriormente, sendo assim, o congelamento é um dos métodos bastante usados para armazenamento, isso está ligado a ser um procedimento fácil, prático e de baixo custo além de ocupar um espaço menor no armazenamento.¹² Diante disso, foi optado o uso do congelamento dos dentes em solução de soro fisiológico afim de manter as características necessárias dos dentes para a confecção da prótese, além de ser um método de fácil manipulação e armazenamento.

A doença periodontal tem como etiologia principal o biofilme subgingival composto predominantemente por bactérias gram-negativas que provocam inflamações e levam à destruição progressiva dos tecidos de suporte dentário.¹³ As condições periodontais são divididas em três grandes grupos sendo, saúde periodontal, periodontite e outras condições que afetam o periodonto; A periodontite é classificada de acordo com seu estágio e seu grau, onde a classificação do estágio

se relaciona com a severidade da doença sendo definidos pela perda clínica de inserção, já o grau reflete o risco de progressão da doença.¹⁴

Seguindo essa divisão temos que o estágio I a perda de inserção é ≤ 2 mm perda óssea no terço coronário, porém sem perda dentária, o estágio II possui inserção de 3-4 mm, perda óssea no terço coronário, sem perda dentária, o estágio III possui inserção ≥ 5 mm, perda óssea até o terço médio/apical com perda de 4 dentes, já o estágio IV possui os mesmos critérios do III com perda funcional, mobilidade e perda ≥ 5 dentes. Já os graus são subdivididos em A (lenta), B (moderado) e C (rápida) em relação a progressão da doença.¹⁴ A paciente no presente caso foi diagnosticada com doença periodontal estágio IV grau C, levando em consideração a mobilidade presente e a perda de mais de 5 elementos dentários. Portanto foi necessário a exodontia dos elementos que possuíam maior mobilidade sendo necessário uma reabilitação posterior.

Segundo autores a utilização de overdentures suportadas por dois ou mais implantes melhora a mastigação de pacientes edêntulos.¹⁵ Contudo a literatura alerta o risco de se realizar implantes em pacientes que apresente DCOF já que o osso displásico é hipovascularizado, denso e pode possuir resposta imprevisível à cirurgia comprometendo a osseointegração além dos riscos de infecções, necrose e falha de cicatrização.¹⁶ No presente caso foi definido como reabilitação oral o uso de próteses removíveis haja vista que além dos implantes possuem contraindicação relativa é uma alternativa não contemplada pelo SUS - Sistema Único de Saúde na região da cidade de Uberlândia.

Os dentes artificiais não conseguem replicar com precisão a textura dos dentes naturais e muitas vezes o seu formato e cor. Além disso, os dentes naturais possuem propriedades físico-químicas superiores, tornando-se mais resistentes à degradação, algo que nos superficiais costumam falhar mesmo com técnicas avançadas. Portanto, em casos de perda dentária associada a suporte periodontal preservado o reaproveitamento dos próprios dentes na confecção da prótese surge como uma alternativa viável a fim de devolver os aspectos estéticos e funcionais trazendo benefício psicológico ao paciente.¹⁷ Tal característica foi levada em consideração na escolha de abordagem já que a paciente além de jovem apresentava um perfil melancólico e de baixa autoestima. Portanto preservar os

dentes naturais dela tinha o intuito de facilitar a adaptação, oferecer maior resistência à mastigação e por fim por questões estéticas.

O sistema estomatognático compreende um conjunto de estruturas orais que têm funções comuns, como mastigar, deglutir, falar e sorrir, sendo funções muito importantes, onde a manipulação e a trituração dos alimentos são envoltas por meio de padrões de movimento rítmico.¹⁸ Portanto vale ressaltar que alguns estudos compararam a força mastigatória de pacientes com dentição completa e pacientes portadores de próteses parciais e totais removíveis, e observou-se, principalmente no estudo que os pacientes que tinham dentição completa apresentaram menor dificuldade de mastigação de alimentos com uma percentagem de 9.5%, em comparação com o grupo de portadores de PRP e PT que obtiveram uma dificuldade de 71.9% de mastigação.¹⁹ Sendo assim, mostrou-se que os dentes naturais possuem uma força mastigatória superior aos dentes artificiais tornando-se mais uma justificativa por seu uso na confecção das próteses além da questão estética já mencionada.

As pastas zincoeugenolicas são particularmente indicadas na moldagem das Próteses totais principalmente quando se deseja fazer uma compressão da região, porém em algumas situações onde tenha ocorrido grandes alterações ósseas no rebordo remanescente, incluindo reabsorção óssea severa, o uso de silicone trará vantagem de uma técnica na qual se consegue individualizar a moldeira de estoque, otimizando assim a capacidade de cópia do material de moldagem.²⁰ Nesse caso a paciente possuía o rebordo muito irregular por conta da condição pré existente sendo necessário o uso de silicone de condensação.

5. CONCLUSÃO:

A reabilitação protética foi essencial para a boa evolução da paciente, possibilitando a devolução das funções mastigatória, fonética e a satisfação estética. A técnica empregada de uso dos dentes naturais mostrou-se relativamente simples de ser executada e trouxe bons resultados no conforto e na aceitação das próteses pela paciente.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2017. Genebra: OMS; 2017.
2. Neville BW. *Atlas de patologia oral e maxilofacial* [recurso online]. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021. 464 p. ISBN: 9788595157835.
3. FENERTY, Sarah et al. Florid cemento-osseous dysplasia: review of an uncommon fibro-osseous lesion of the jaw with important clinical implications. *Skeletal Radiology*, [s. l.], v. 46, p. 1165-1175, 13 fev. 2017.
4. NEL, C. et al. Familial florid cemento-osseous dysplasia: a report of three cases and review of the literature. *Dentomaxillofacial Radiology*, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 20190486, 2021. DOI: 10.1259/dmfr.20190486.
5. NAM, I. et al. Cemento-osseous dysplasia: clinical presentation and symptoms. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, [s. l.], v. 48, n. 2, p. 79-84, 2022. DOI: 10.5125/jkaoms.2022.48.2.79.
6. TOMMASI, Antonio Fernando; TOMMASI, Maria Helena Martins. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. xvi, 463 p. ISBN 978-85-352-7475-2.
7. AIUTO, R. et al. Management of symptomatic florid cemento-osseous dysplasia: literature review and a case report. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. e291-e295, mar. 2018.
8. Kliemann C, Oliveira W de. *Manual de prótese parcial removível*. São Paulo: Santos; 2015. 265 p.
9. Martins IM, Pedraça VKM, Ferreira Filho MJS. Reabilitação oral com implante imediato: revisão de literatura / Oral rehabilitation with immediate implant: literature review. *Braz J Dev*. 2020;6(12):103481–94. doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n12-170>.
10. Barboza GA, De Sousa TM, Tavares FF. Análise comparativa do uso de próteses removíveis e sobre implante em pacientes idosos. *Ciênc Saúde*. 2024;28(134). doi: 10.5281/zenodo.11350230.
11. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida: uma revisão integrativa. *RSD* [Internet]. 11 de março de 2021 [consultado em 30 de julho de 2025];10(3):e17110313160. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/13160>
12. Demenech LS, Tomazinho FSF, Tomazinho PH, Gabardo MCL, Baratto-Filho F. Avaliação de métodos de manutenção da esterilidade do órgão dental humano

- extraído para armazenamento em banco de dentes. Rev ABENO [Internet]. 15º de setembro de 2017 [citado 6º de agosto de 2025];17(3):55-6. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/427>
13. STEFFENS JP, MARCANTONIO RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Rev odontol UNESP [Internet]. 2018 Jul;47(4):189–97. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>
 14. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. Periodontia clínica de Carranza. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2020
 15. Amaral CF do, Souza GA, Pinheiro MA, Campos CH, Garcia RCMR. Sensorial Ability, Mastication and Nutrition of Single-Implant Overdentures Wearers. Braz Dent J. [Internet]. 2019Jan;30(1):66–72. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6440201902086>
 16. OLIVEIRA MTF, CARDOSO SV, SILVA CJ, ZANETTA-BARBOSA D, LOYOLA AM. Failure of dental implants in cemento-osseous dysplasia: a critical analysis of a case. Rev odontol UNESP [Internet]. 2014May;43(3):223–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/rou.2014.035>
 17. Costa MM, Oliveira RP, Prado CJ, Oliveira JEC. O uso de dentes naturais em prótese parcial removível. *Robrac*. 2000;9(28).
 18. Silva TAG. Eficácia mastigatória em reabilitação oral [dissertação]. Almada: Instituto Universitário Egas Moniz; 2021.
 19. Mac-Kay APMG, Véliz LOC, Calderón CSM, Aránguiz S del C. Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Revisión sistemática. Rev CEFAC [Internet]. 2015Jul;17(4):1319–26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-021620151742115>
 20. Telles D, Hollweg H, Castellucci L. Prótese total: convencional e sobre implantes. 1ª ed. 2009.