

PROCEDIMENTOS DE REPARO E REABILITAÇÃO OCCLUSAL PRÉVIA AO TRATAMENTO DEFINITIVO: RELATO DE CASOS ATENDIDOS NO PROJETO “ATENDIMENTO ESPECIAL AO PACIENTE DESDENTADO PARCIAL”

WELLINGTON FERNANDO SANTOS AZEVEDO¹; ARIELE REIS GARRALAGA²;
MATHEUS VOLZ CARDOSO²; RAFAEL FRANCISCO FRAGA²; SABRINA
MACHADO MARQUES²; RENATO FABRÍCIO DE ANDRADE WALDEMARIN³

¹*Universidade Federal de Pelotas – wellingtonfern@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - arielerger@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – matheus_car_doso@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - rafaelffraga@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas - sabrinamarques1987@yahoo.com.br*

³*Universidade Federal de Pelotas - waldemarin@gmail.com*

INTRODUÇÃO

O edentulismo ainda é um problema social no Brasil, tendo maiores repercussões nas populações adultas e idosas (HENRIQUES SIMONI et al, 2013; PERES et al, 2013) sendo grande a necessidade de tratamento nestas populações. Podendo ser total ou parcial, esta condição pode ser a causa de outros prejuízos à saúde do indivíduo, como, por exemplo, o desenvolvimento de alguma das diversas disfunções da articulação temporo-mandibular (DTMs) (OKESON, 2008; DAWSON, 2008), condições estas normalmente dolorosas e cujas terapias são consideradas de média complexidade. Sendo um tratamento de alto custo, o tratamento protético encontra-se inacessível a uma parcela da população. Neste contexto, o projeto de extensão “Atendimento especial ao paciente desdentado parcial” propõe alternativas de manutenção e reparo daquelas próteses totais e parciais que se tornaram inadequadas por alguma razão, bem como fornece o tratamento com próteses novas restabelecendo o equilíbrio oclusal. O presente trabalho apresenta dois casos menos usuais de reparo em prótese e dois casos de tratamento de DTM com restabelecimento do equilíbrio oclusal prévio às prótese definitivas, todos realizados no referido projeto.

METODOLOGIA

Os pacientes chegam ao projeto por livre demanda ou por chamadas regulares para manutenção de suas próteses. Passam por anamnese, exame clínico e, quando pertinente, radiográfico. Os casos de manutenção e reparo, após a avaliação da condição inicial, têm a alternativa de tratamento discutida com os pacientes. Os reembasamentos são realizados com materiais reembasadores diretos rígidos, e as retenções diretas e indiretas são reparadas com resina composta, quando indicado. As fundições de novos elementos protéticos são realizadas no laboratório de prótese dentária da FO-UFPel. Os casos de próteses novas ou de tratamento de DTM passam, além dos exames iniciais, por exame dos modelos de estudo, planejamento com os alunos e apresentação das alternativas de tratamento ao paciente, seguindo a condução do caso de acordo com o tratamento escolhido. A execução dos tratamentos é conduzida, sempre que possível, com apoio do laboratório de prótese da FO-UFPel, porém a maioria dos casos necessita de etapas laboratoriais externas à Instituição. (Relato dos casos: Caso 1) paciente de sexo feminino, 40 anos, utilizava prótese parcial removível (PPR) superior que

apresentava fratura no braço de retenção vestibular do elemento 16, sem possuir o fragmento fraturado. Clinicamente era inviável, quanto ao suporte e retenção, realizar-se o reparo em fio ortodôntico. Obtiveram-se dois modelos do arco superior: sem e com a prótese. No primeiro, recuperou-se a trajetória de inserção (TI) a partir dos planos-guia identificados. A TI foi transferida para o segundo modelo, onde obteve-se um padrão em resina Duralay® do braço de retenção, com posterior fundição do mesmo. Clinicamente, realizou-se canaleta na base protética e fixou-se o grampo com resina acrílica quimicamente ativada (RAAQ). Caso 2) Paciente do sexo feminino, utilizando PPR inferior, cuja antiga classificação de Kennedy era CL III modificação 1 inferior, veio ao referido projeto tendo perdido o pilar posterior (dente 37) do espaço anodôntico do lado esquerdo, passando a prótese de dentossuportada para dentomucossuportada. Apresentava ainda fratura no braço de retenção do dente 47, sem possuir o fragmento fraturado. A existência de base acrílica adjacente ao dente 47, bem como de grampo back action no dente 33 tornaram possível o reparo da prótese, o qual foi proposto ao paciente. A trajetória de inserção foi recuperada empiricamente sobre um modelo da cavidade oral com a prótese. Foi feita resinoplastia em resina Duralay® de um braço semelhante ao do grampo de “Jackson”, coincidente com o equador protético do 47, sendo a resina posteriormente fundida pela técnica da cera perdida. Também foi confeccionada sobre o modelo, em RAAQ, uma extensão da sela do hemiarco esquerdo para ser unida diretamente à sela do espaço protético dentomucossuportado. Clinicamente, realizou-se canaleta na região dentossuportada e fixou-se o grampo com RAAQ. Do lado oposto a extensão da sela foi unida, ajustada e reembasada rigidamente diretamente em boca. (Caso 3) Paciente sexo feminino, 40 anos, atendida no projeto relatando extrema dor de cabeça na região dos músculos temporais e frontais. No exame clínico e radiográfico foram identificados estalidos recíprocos do lado esquerdo e direito, diversas ausências dentais, e extrema descoordenação muscular. Ambos os arcos foram moldados e foi feita a montagem de estudo em articulador semi-ajustável na Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), dada a dificuldade de manipulação em Relação Cêntrica (RC) apresentada pela paciente. Confeccionou-se uma placa miorrelaxante, segundo o modelo de Michigan, a qual foi semanalmente ajustada até obter-se estabilidade entre as consultas, completo alívio dos sintomas dolorosos e bom controle dos movimentos mandibulares. Novas moldagens e montagem em articulador foram feitas, desta vez em Relação Cêntrica (RC), observando-se grave contato deflexivo entre as cúspides disto palatina do dente 27, e disto vestibular do dente 37. Ainda durante o estudo do caso, foi realizado desgaste seletivo dos contatos e enceramento/montagem de diagnóstico, obtendo-se duas próteses provisórias diagnósticas, as quais foram instaladas e ajustadas. O desgaste seletivo das estruturas dentais, conforme estudado em articulador, também foi realizado em boca e guias efetivas de lateralidade e protrusão foram confeccionadas em resina composta (RC) nos dentes 13 e 23. Ocorreram pequenos ajustes com intervalo de 3 dias entre as sessões e, após sete dias, a paciente relatou alívio da dor mesmo sem a placa com função mastigatória normal sendo acompanhada por 30 dias até a confecção deste resumo. Caso 4)

Paciente sexo feminino, 55 anos, compareceu à clínica relatando extrema dor na ATM esquerda e fístula no dente 23. Os dentes 17, 26 e 27 naturais encontravam-se extensamente restaurados, e os dentes 16, 12, 11, 21, 22 e 25 estavam ausentes. A paciente fazia uso de prótese parcial fixa (PPF) provisória dos dentes 16 ao 25 com núcleo metálico fundido em todos os retentores, tendo sido encaminhada ao referido projeto pelas circunstâncias de dor articular e para avaliação protética quanto à indicação de extração do 23. Ao exame clínico e radiográfico, identificou-se deslocamento sem redução do disco do lado esquerdo, presença de lesão perirradicular e imagem radicular compatíveis com trepanação na raiz do dente 23 e comprimento inadequado dos pinos dos dentes 15, 14, 13, 23 e 24; tais fatores indicavam a extração do 23, porém tornariam inadequada a PPF provisória, uma vez que a extração fosse realizada. A paciente negava-se a realizar a extração sem ter outro dispositivo protético que lhe suprisse a estética. Optou-se por realizar uma PPR provisória telescópica, associada a placa reposicionadora, para rápida adequação protético/estética permitindo a extração do 23 concomitante à intervenção precoce no tratamento do deslocamento de disco. Foi obtido novo jogo de provisórios pela técnica da moldagem prévia, os quais foram reembasados e ajustados nas margens, sofrendo alívio interno, e moldou-se os arcos com os provisórios, vazando-se gesso no interior destes. Os modelos foram montados no articulador, e foi encerada a placa reposicionadora (MAZZETO et al, 2009; SIMMONS & GIBBS, 2009; KAPUSEVSKA et al, 2013) com cobertura palatina completa sobre os novos provisórios. Após acrilização da placa o conjunto foi instalado em boca e a oclusão ajustada. Paciente foi encaminhada para extração do 23 e segue em acompanhamento no projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes submetidos à manutenção ou reparo passam por consultas de retorno a fim de evidenciar as consequências deste tratamento, até observar-se completa adequação da prótese. Os pacientes relatados nos casos (1) e (2) mostraram-se bastante satisfeitos em relação ao atendimento e aos resultados de retenção, suporte e estabilidade alcançados pelas próteses. A paciente do caso (1) aguarda a oportunidade de confeccionar implantes enquanto a paciente do caso (2) relata que por razões econômicas não pretende confeccionar novas próteses, ou realizar outro tratamento em substituição das próteses removíveis. Para ambos os casos, além da adequação quanto aos requisitos protéticos básicos, os tratamentos apresentaram a vantagem de ser clínica e laboratorialmente baratos, quando comparados à confecção de próteses novas. Uma vez que apenas eventualmente a grade curricular permite aos alunos a realização de reparos/manutenção em próteses, o projeto mostrou-se bastante adequado em oportunizar este aprendizado àqueles que tenham afinidade pela área em questão, sendo os dois casos apresentados apenas exemplos das ações conduzidas no mesmo. Dado o baixo custo dos reparos protéticos este treinamento profissional tem ainda a vantagem de preparar os alunos para atender uma demanda social que possivelmente enfrentarão na vida profissional.

O tratamento protético é usualmente longo e complexo, o que faz com que o número de próteses realizadas durante o curso de graduação seja normalmente reduzido. A realização de novas próteses no projeto de extensão atende à demanda social por realização das mesmas, bem como cria novas oportunidades de desenvolvimento técnico/científico para os alunos. Neste aspecto a principal vantagem do mesmo, refere-se à inserção dos graduandos nos conceitos e práticas referentes ao planejamento oclusal ao tratamento e à interrupção do desenvolvimento de DTM's, medidas que pouco encontram espaço de desenvolvimento no curso de graduação. Os casos (3) e (4) mostram ainda que a maioria das técnicas utilizadas está ao alcance dos cirurgiões dentistas, sendo o desenvolvimento dos conteúdos teóricos e das capacidades de reflexão, de análise e de planejamento oclusal os principais fatores que tornam este tratamento complexo e que impedem estes profissionais de desenvolvê-lo na rotina de consultório.

CONCLUSÕES

Conclui-se com este trabalho que a) técnicas de reparo de PPRs são factíveis e estão ao alcance da maioria dos cirurgiões-dentistas; b) técnicas simples podem propiciar resolutividade em casos de média complexidade, sendo o conhecimento teórico e a prática de planejamentos primordiais na reabilitação oclusal.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. HENRIQUEZ SIMONI, J. C. C; SOARES, G; HORDONHO SANTILLO, P. M; MOURA, C; SANTOS GUSMAO, E; DE SOUZA COELHO-SOARES, R. Impacto del edentulismo en la calidad de vida de individuos brasileños **Acta Odontol Venez**; 51(3)2013.
2. PERES, MA; BARBATO, PR; REIS, SCGB; CHSM; JL.F. Perdas dentárias no Brasil: analise da Pesquisa Nacional de Saude Bucal 2010 **Rev Saude Publica**; 47(supl.3): 78-89, dez. 2013. tab, graf.
3. OKESON, JP Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão. Rio de Janeiro, Elsevier, 2008.
4. DAWSON, P. E. Oclusão funcional: da ATM ao desenho do sorriso. São Paulo: Editora Santos, 2008.
5. MAZZETO MO, HOTTA TH, MAZZETTO RG. Analysis of TMJ vibration sounds before and after use of two types of occlusal splints. **Braz Dent J**. 2009;20(4):325-30.
6. SIMMONS HC 3rd, GIBBS SJ. Anterior repositioning appliance therapy for TMJ disorders: specific symptoms relieved and relationship to disk status on MRI. **J Tenn Dent Assoc**. 2009 Fall;89(4):22-30; quiz 30-1
7. KAPUSEVSKA B, DEREPLAN N, POPOVSKA M, NIKOLOVSKA J, POPOVSKA L. Bruxism and TMD disorders of everyday dental clinical practice. **Prilozi**. 2013;34(3):105-11.