

Os Desafios da Prótese Total: Problemas e Soluções

The Challenges of Prosthesis Total: Problems and Solutions

Erika Oliveira de ALMEIDA¹; Amílcar Chagas FREITAS-JÚNIOR¹; Wirley Gonçalves ASSUNÇÃO².

Resumo

A história do tratamento com próteses totais é longa e durante anos tanto as técnicas quanto os materiais utilizados vêm evoluindo continuamente. A compreensão das características físicas e psicológicas dos pacientes desdentados, assim como as reações teciduais às próteses são bastante conhecidas pelos cirurgiões-dentistas. Entretanto, os pacientes ainda apresentam dificuldades com a adaptação desses aparelhos protéticos. Considera-se essencial o diagnóstico e tratamento dos problemas relacionados a estas próteses, uma vez que constituem um desafio clínico na odontologia. Neste contexto, esta revisão da literatura tem como objetivo descrever as principais causas e soluções dos insucessos relacionados com as próteses totais, em relação às limitações anatômicas e fisiológicas individuais, diminuição da retenção dos aparelhos protéticos, aumento das forças de deslocamento, problemas de suporte, desconforto dos pacientes e outras dificuldades observadas durante sua utilização, sendo necessário um tratamento holístico baseado em metodologia segura para conduzir uma melhor solução para seu estado oral mais debilitado.

Palavras-chave

Prótese Total - Reabilitação bucal - Arcada edentada.

Abstract

The history of the complete dentures treatment is long. The materials and technics are continuously evolving along the years. The understanding of the toothless patients physical and psychological characteristics, as well as the tissues reactions to the prostheses is well-known by the dentists. However, the patients still have difficulties with the complete dentures adaptation. The diagnosis and treatment of these prostheses problems is very important because its is a clinical challenge in the dentistry. In this context, this literature review has the objective of to describe the main causes and solutions of the failures related with the complete dentures. They are associated to the individual anatomical and physiologic limitations, decreasing of the prostheses retention, increasing of the displacement forces, support problems, patients discomfort and other difficulties observed during the dentures use, being necessary an holistic treatment based in a substantiated methodology to guide a better solution for a more weaken oral health.

Key words

Denture complete - Mouth rehabilitation – Edentulous.

1- Mestrandos do Curso de Odontologia, concentração em Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

2- Professor Assistente Doutor do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP.

Introdução

A eficiência homeostática do corpo é máxima durante a adolescência e declina gradualmente durante a maturidade, acelerando-se na senilidade. Essas alterações resultam no aumento da susceptibilidade a doenças, alterações locais na composição da saliva e mudanças no organismo, devido à deterioração no sistema endócrino, circulatório, digestivo e respiratório.

Além disso, a mucosa oral encontra-se atrofica, relativamente seca, com maior número de glândulas sebáceas ectópicas, menor queratinização das mucosas palatal e mastigatória, maior queratinização da língua e mucosa bucal, cicatrização mais lenta e, ainda, maior tendência a alterações malignas⁶.

A presença de osso alveolar suficiente contribui para o uso bem sucedido das próteses totais, entretanto estes pacientes, muitas vezes, apresentam reabsorções alveolares em decorrência da osteoporose e necessitam realizar uma suplementação de cálcio, vitamina D e reposição de estrógeno na tentativa de minimizar esta limitação anatômica¹.

Essas alterações decorrentes do envelhecimento vêm a aumentar, ainda mais, as dificuldades para se conseguir um tratamento reabilitador satisfatório para pacientes totalmente desdentados, com a retenção, suporte e estabilidade necessários. Portanto, na tentativa de impedir que estas limitações gerem prejuízos ao funcionamento do aparelho protético, deve-se investigar a qualidade das próteses antigas do paciente, se elas estão adequadas, se já foram ou nunca estiveram satisfatórias. Além disso, é importante escutar com atenção o paciente em relação a possíveis dificuldades na mastigação e/ou

fonação, que podem resultar de problemas na oclusão e em relação à estabilidade e suporte destas próteses, que podem indicar erros na tomada da dimensão vertical de oclusão, determinação inadequada na zona neutra, ou erros no posicionamento dos dentes⁶.

Um exame clínico detalhado e completo torna-se fundamental antes da confecção de um novo tratamento protético. Para tanto, deve-se avaliar a mucosa dos rebordos, palatos, lábios, bochechas e assoalho da boca. Verificar a mobilidade de todos os tecidos em contato com as próteses, tamanho, cor e porosidade da língua, quantidade e qualidade da saliva, área do bordo sublingual, forma e sensibilidade do palato, inserções musculares e freios, além da avaliação dos movimentos mandibulares e aspectos radiográficos panorâmicos e periapicais^{6,3}.

Considera-se essencial o diagnóstico e tratamento dos problemas relacionados às próteses totais, uma vez que constituem um desafio clínico na odontologia. Além disso, mais estudos são necessários com vistas ao conhecimento dos problemas relacionados a esta modalidade de tratamento, bem como as soluções para tais.

Com base no exposto, o objetivo desta revisão da literatura é descrever as principais causas e soluções das limitações relacionadas com as próteses totais, em relação às características anatômicas e fisiológicas individuais, diminuição da retenção dos aparelhos protéticos, aumento das forças de deslocamento, problemas de suporte, desconforto dos pacientes e outras dificuldades observadas durante sua utilização.

Revisão da literatura e Discussão

- *Próteses usadas por um longo período de tempo*

Uma prótese usada por um excessivo período de tempo poderá apresentar bordas defeituosas, sobrestendidas, que resultarão em traumas nos tecidos, edema e ulcerações. Neste caso, deve-se remover a fonte de irritação para a recuperação tecidual, por meio de um alívio na borda do aparelho.

As lesões freqüentemente encontradas nesses casos incluem a estomatite protética, que poderá ser causada por trauma associado à oclusão ou articulação, desadaptação e pobre higienização da prótese, uso noturno do aparelho e ainda dimensão vertical incorreta. Quando presente no palato duro, suas características clínicas incluem superfície lisa, textura papilomatosa, contorno regular, coloração normal (se fibrótica) ou eritematosa^{2,8}. No fundo do sulco apresenta-se como lesão nodular, cordoniforme, pediculada, eritematosa ou de coloração rósea-pálida, regular com superfície brilhante e textura lisa⁸. O tratamento inclui, além da remoção do fator etiológico, orientação de higiene oral e da prótese, associada à utilização de antifúngicos, no caso de hiperplasia papilar inflamatória. Para a maioria das hiperplasias fibrosas inflamatórias o tratamento é cirúrgico.

Quando da confecção de nova prótese é imperioso que a fibromucosa do paciente encontre-se saudável e que seja respeitado o período de “descanso” dessa mucosa de, no mínimo, noventa minutos livre de contato com a prótese antiga para que os tecidos retornem a posição original e assim sejam moldados.

- *Diminuição das Forças de Retenção*

A falta de selamento, a xerostomia e o controle neuromuscular alterado contribuem para diminuir as forças de retenção. Para que a prótese fique estável é necessário que as forças de retenção sejam maiores que as forças de deslocamento⁶.

A falta de selamento marginal, que geralmente acomete mais as próteses inferiores, pode alterar a pronúncia do paciente e sua habilidade para mastigar, uma vez que diminuem a retenção da prótese causando instabilidade da mesma. Além disso, parte dos alimentos acumula-se sob as próteses, tornando o convívio social do usuário bastante embaraçoso. Portanto, é necessário um diagnóstico preciso sobre as causas desta deficiência, associada ao conhecimento técnico-científico para a correta eliminação do problema.

A borda subextendida pode ser causadora da falta de selamento. Nesse caso, deve-se realizar testes de selamento da prótese no paciente, através da movimentação de sua musculatura a fim de identificar a necessidade de acréscimo de material em alguma região. Caso a prótese esteja satisfatória em relação aos outros fatores, deve-se realizar um reembasamento total com material convencional ou resiliente a partir de uma boa moldagem da zona que irá garantir o adequado selamento periférico. No caso da confecção de uma nova prótese, a moldeira individual deve ser ajustada corretamente e o material de moldagem deve preencher os sulcos em profundidade¹².

O selamento posterior (“post damping”) insuficiente também é responsável pela falta de selamento. A prótese pode estar sobre ou subextendida

nesta região. Em ambos os casos devemos localizar a borda corretamente, com desgaste ou acréscimo, dependendo do caso. Para evitar que ocorra esta alteração na confecção de novas próteses, deve ser realizada a correta demarcação da linha de transição entre os palatos duro e móvel, uma vez que aí deve ser estabelecido o limite posterior da prótese total maxilar. A observação das fossetas palatinas, da linha vibratória, da diferença de coloração e a palpação auxiliam nessa delimitação. Além disso, o sulco no modelo de trabalho deve ser demarcado antes da colocação da resina acrílica^{10,11}.

A xerostomia também reduz a capacidade de formar o selamento. Sua identificação é através da sensação de “boca seca” e dolorosa dos rebordos residuais, descritos pelo paciente, além da redução na sensação do paladar. Deve-se verificar a atividade glandular e orientar o paciente a utilizar uma dieta especial, goma de mascar e doces livres de açúcar. Para evitar problemas com a xerostomia, deve-se tentar aumentar a retenção da prótese e diminuir as forças de deslocamento, podendo prescrever uma suplementação com saliva artificial⁵.

Os problemas advindos do controle neuromuscular podem ser causados por pacientes com distúrbio neuromotor (paralisia de Bel ou Acidente Cardiovascular) ou pacientes que não apresentam a transferência neuromuscular. Essa alteração é observada em indivíduos com idade biológica relativamente avançada e/ou inválidos. Para confecção de novos aparelhos para estes pacientes deve-se observar a lingualização dos dentes posteriores, a situação e forma dos dentes remanescentes e se sua

dimensão vertical de oclusão encontra-se restabelecida corretamente⁶. Se as próteses antigas forem muito diferentes do planejamento das novas próteses, deve-se modificar as novas para que fiquem o mais próximo possível das antigas facilitando a adaptação destes pacientes.

Pode-se indicar ainda a “clonagem das próteses” ou prótese gabarito, para copiar características como posição dos dentes e extensão do rebordo.

- *Forças de Deslocamento Aumentadas*

Além da sobreextensão da borda em largura e profundidade, que devem ser observadas na prova do plano de orientação, a oclusão pode aumentar as forças de deslocamento.

Na confecção de novas próteses, devem-se ajustar os planos de orientação até um contato equilibrado, numa dimensão vertical ideal, permitindo que o paciente tenha um espaço funcional livre o suficiente para o relaxamento da musculatura e a pronúncia de palavras sem a interferência entre os planos de cera.

Para a montagem do modelo superior no articulador utiliza-se o arco facial com o plano de orientação superior devidamente delimitado. Para a montagem do modelo inferior há necessidade de que os planos superior e inferior estejam em contato, registrando a correta dimensão vertical e relação central.

As próteses devem sempre ser montadas em articulador semi-ajustável e, após acrilização, remontadas no mesmo articulador para ajuste oclusal, na tentativa de minimizar as alterações dimensionais advindas do processamento laboratorial, tais como

expansão do gesso e contração de polimerização da resina acrílica. Mesmo assim, as próteses deverão sofrer novo ajuste oclusal após sua instalação na boca do paciente, uma vez que foram previamente ajustadas em articulador sobre modelos de gesso que são rígidos e serão usadas sobre a fibromucosa, que é “macia”.

Contatos prematuros podem impedir o adequado assentamento da prótese aos tecidos de suporte quando os dentes ocluem, sendo fundamental realizar o refinamento oclusal em cêntrica e posteriormente nas excursões laterais e movimentos protrusivos a fim de restabelecer o balanceio oclusal.

Quando a posição de máxima intercuspidação e de relação cêntrica não forem coincidentes, as próteses se movimentarão sobre os tecidos de suporte, facilitando o rompimento do selamento. Para identificar esta alteração, solicita-se ao paciente para protruir a mandíbula e observar alterações no contato oclusal e desestabilidade do aparelho. A solução consiste em ajustar a oclusão a fim de coincidir a posição de máxima intercuspidação com a relação cêntrica evitando desgaste superior a metade da altura da cúspide. No caso de insucesso na solução do problema por meio do ajuste oclusal, nova prótese deve ser indicada.

A falta de balanço oclusal em excursões laterais e protrusivas da mandíbula faz com que as próteses se movimentem sobre os tecidos de suporte, rompendo assim o selamento e, conseqüentemente, a retenção.

- Este fato, em geral, está associado ao trespasse vertical excessivo dos dentes anteriores. Nesse caso, detecta-se esta interferência durante a fala, solicitando ao paciente que pronuncie o som “s” (realizar a contagem de 60 a 70) a fim de restabelecer o

espaço funcional livre. Quando existir contato entre os incisivos, indica-se reduzir a altura dos inferiores.

- *Problemas de Suporte*

Crista fibrosa móvel anterior, aumento do volume das tuberosidades maxilares, hiperplasia papilar no palato duro, extrusão dos dentes anteriores e uma acentuada reabsorção óssea na região da extremidade livre inferior são características comumente encontradas na Síndrome de Kelly ou da Combinação^{5,7}. Estas características acometem indivíduos que possuem o arco superior desdentado total associado ao arco antagonista parcialmente dentado classe I de Kennedy.

Para a moldagem desta região anterior superior, indica-se uma técnica de moldagem funcional específica, que pode ser denominada como moldagem pela técnica da janela,⁷ moldagem funcional com duas moldeiras^{9,4} ou simplesmente moldagem funcional sem compressão¹⁰. O importante, independente da denominação empregada, é que o material de moldagem não deforme a região de fibromucosa móvel, que neste caso é considerada zona de alívio e comprima suavemente as zonas de compressão, reproduzindo os detalhes anatômicos da área chapeável e as inserções musculares^{10,11}.

Caso o paciente apresente esta área de crista fibrosa móvel comprimida e a prótese esteja satisfatória em relação aos demais requisitos, o tratamento indicado seria o reembasamento da prótese e o ajuste do balanço oclusal⁶.

Quando existe uma proeminência óssea, como torus, sutura maxilar mediana ou espinha nasal anterior recoberta por fibromucosa fina deve-se recuperar a fibromucosa se estiver inflamada e realizar um alívio

generoso entre a prótese e o tecido. Entretanto, o tratamento cirúrgico seria a opção de escolha.

- *Desconforto*

As pérolas de acrílico ou áreas de pressão encontradas na região interna da prótese causam bastante desconforto aos pacientes. Portanto, no momento da instalação das próteses totais, torna-se fundamental o exame minucioso de sua superfície interna com pasta evidenciadora ou algodão seco para identificar qualquer área cortante ou inadequado remanescente de resina acrílica após a polimerização.

Pacientes cujas próteses estejam com a dimensão vertical de oclusão aumentada referem acentuado desconforto. Neste caso, indica-se o ajuste oclusal apenas se este aumento for inferior a 1,5mm. Caso contrário, o tratamento mais indicado seria a realização de um novo registro das relações maxilomandibulares e a remontagem do aparelho.

Conclusão

Diante do exposto, pode-se considerar que muitas limitações da prótese total podem ser minimizadas através de um minucioso exame diagnóstico e adequado planejamento, associado a técnicas e cuidados específicos para cada alteração encontrada no caso.

Além disso, é fundamental a fidelidade na cópia da área chapeável e a delimitação correta das estruturas paraprotéticas, associadas ao correto delineamento e ajuste do balanceio oclusal a fim de favorecer a retenção e estabilidade deste tipo de aparelho protético, o que certamente abreviará o período de adaptação do paciente.

Referências

1. Allen, PF. Association between diet, social resources and oral health related quality of life edentulous patients. *J Oral Rehabilitation* 2005; 32(9):623-8.
2. Boraks S. Diagnóstico bucal. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
3. Crawford RWI, Walmsley AD. A review of prosthodontic management of fibrous ridges. *British Dental Journal* 2005; 199(11):715-9.
4. Devlin H. A method for recording an impression for a patient with a fibrous maxillary alveolar ridge. *Quint Int* 1985; 16(6):395-7.
5. Giampaolo et al. Different Methods of finishing and polishing enamel. *J Prosthodont* 2003; 89 (2):135-40.
6. Grant AA, Heath JR, Mc Cord JF. Prótese odontológica completa. Problemas, diagnóstico e tratamento. 1. ed. São Paulo: Medsi; 1996.
7. Kelly E. Hanges caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. *J Prosthodont* 1972; 27:140-50.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquet JE. Patologia Oral & Maxilofacial. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
9. Mc Cartney, J. W. Flange adaptation discrepancy, palatal base distortion and induced malocclusion caused by processing acrylic resin maxillary complete dentures. *J Prosthet dent* 1984; 52(4):545-53.
10. Tamaki, T. Dentaduras Completas. 5. ed. São Paulo: Sarvier; 1988.
11. Turano, JC, Turano, LM. Fundamentos de Prótese Total. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2004.
12. Winkler S. Essencial of complete denture prosthodontics. 2. ed. Philadelphia: Mosby Year Book; 1988.9-14, 1976.

Endereço para correspondência

Erika Oliveira de Almeida
R. José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça
CEP 16015-050 - Araçatuba – SP
Telefones: (18) 3622-7227 / 8116-6640
E-mail: erikaunesp@gmail.com