



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA DE TECIDOS MOLES E  
REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL**

Trabalho submetido por

**Ângelo Cristóvão Fernandes Cardoso**

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2016





**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA E REABILITAÇÃO ORAL COM  
PRÓTESE TOTAL**

Trabalho submetido por

**Ângelo Cristóvão Fernandes Cardoso**

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

**Professor Doutor Pedro Miguel Antunes Oliveira**

**outubro de 2016**



## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar ao meu orientador, Prof. Doutor Pedro Oliveira, pelo apoio na finalização deste projeto final de curso.

Aos docentes do Instituto Superior de Ciências da Saúde, por todo o conhecimento transmitido ao longo dos últimos 5 anos.

A todos os meus amigos e colegas, por todos os momentos partilhados que ajudaram a definir a pessoa que sou hoje.

Aos meus pais e irmão, agradeço do fundo do coração por acreditarem sempre em mim e por tornarem possível a concretização deste objetivo.



## **Resumo**

A perda progressiva das várias peças dentárias implica a remodelação das estruturas ósseas e dos tecidos moles envolventes, podendo criar alguns obstáculos à reabilitação oral.

A cirurgia pré-protética permite modificar as estruturas orais remanescentes, tendo como objetivo criar condições que permitam oferecer retenção e estabilidade à prótese.

Este trabalho aborda a cirurgia pré-protética a propósito de um caso clínico, bem como a reabilitação oral com prótese total superior e inferior.

Palavras-chave: cirurgia pré-protética, reabilitação oral; prótese total



## **Abstract**

The progressive loss of several dental pieces involves the remodeling of bone and surrounding soft tissue structures and may create some obstacles to oral rehabilitation.

Pre-prosthetic surgery lets you modify the remaining oral structures, aiming to create the conditions to provide retention and stability to the prosthesis.

This work approaches the pre-prosthetic surgery regarding a case report, as well as oral rehabilitation with complete upper and lower denture.

Keywords: pre-prosthetic surgery, oral rehabilitation; complete denture



## Índice Geral

I.	Introdução .....	9
1.	Edentulismo .....	9
1.1.	Prevalência e Consequências .....	10
2.	Hipóteses de reabilitação oral.....	11
3.	Lesões orais relacionadas com o uso de prótese removível .....	12
3.1.	Estomatite Protética .....	13
3.2.	Hiperplasia fibrosa inflamatória.....	13
3.3.	Queilite angular .....	14
4.	Cirurgia pré-protética .....	14
4.1.	Remodelação do tecido ósseo .....	15
4.1.1.	Alveoloplastia.....	16
4.1.2.	Remoção de tórus .....	16
4.1.3	Redução da tuberosidade maxilar .....	17
4.2.	Remodelação dos tecidos moles.....	17
4.2.1.	Vestibuloplastia .....	18
4.2.2.	Frenectomia labial .....	18
4.2.3.	Frenectomia lingual .....	19
4.2.4.	Redução do tecido mole da tuberosidade maxilar.....	19
4.2.5.	Hiperplasia fibrosa inflamatória.....	19
II.	Apresentação Caso Clínico .....	21
1.	1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica.....	26
2.	Consulta de Cirurgia – Cirurgia pré-protética .....	27
3.	2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas .....	31
4.	3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar .....	32
5.	4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de dentes.....	35
6.	5ª Consulta final de Reabilitação Oral – Entrega e colocação das próteses.....	38
7.	Resultado final da Reabilitação Oral.....	41
III.	Relatório do Caso Clínico .....	45
1.	Triagem.....	45

2.	Cirurgia Pré-Protética .....	45
3.	Reabilitação Oral .....	46
IV.	Bibliografia .....	51

## Índice de Figuras

Figura 1 – Fotografia extra-oral frontal normal.....	21
Figura 2 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir .....	22
Figura 3 – Fotografia extra-oral de perfil direito.....	22
Figura 4 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo.....	23
Figura 5 – Ortopantomografia 16/03/2016.....	23
Figura 6 – Fotografia intra-oral vista frontal.....	24
Figura 7 – Fotografia intra-oral vista frontal direita.....	24
Figura 8 – Fotografia intra-oral vista frontal esquerda.....	25
Figura 9 – Fotografia intra-oral vista oclusal superior .....	25
Figura 10 – Prótese inferior .....	26
Figura 11 – Hiperplasia fibrosa inflamatória.....	27
Figura 12 – Incisão no 3º Quadrante .....	28
Figura 13 – Incisão no 4º Quadrante .....	29
Figura 14 – Margens do tecido adjacente à lesão.....	29
Figura 15 – Áreas de tecido mole excisado.....	30
Figura 16 – Sutura .....	30
Figura 17 – Mandíbula 4 semana depois da cirurgia.....	31
Figura 18 – Impressões definitivas.....	32
Figura 19 – Régua de Fox paralela à linha bipupilar.....	33
Figura 20 – Régua de Fox paralela ao plano de Camper.....	33
Figura 21 – Registo Intermaxilar vista frontal.....	34
Figura 22 – Registo Intermaxilar vista lateral direita.....	34
Figura 23 – Registo Intermaxilar vista lateral esquerda.....	35
Figura 24 – Prova de Dentes vista frontal .....	36
Figura 25 – Prova de Dentes vista lateral esquerda.....	36

Figura 26 – Prova de Dentes vista extra-oral lateral esquerda .....	37
Figura 27 – Prova de Dentes inferior vista oclusal.....	37
Figura 28 – Prova de Dentes superior vista oclusal.....	38
Figura 29 – Prótese em boca vista frontal .....	39
Figura 30 – Prótese em boca vista oclusal superior.....	39
Figura 31 – Prótese em boca vista oclusal inferior.....	40
Figura 32 – Prótese em boca vista frontal direita .....	40
Figura 33 – Prótese em boca vista frontal esquerda .....	41
Figura 34 – Fotografia extra-oral frontal normal final .....	41
Figura 35 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir final .....	42
Figura 36 – Fotografia extra-oral de perfil direito final .....	42
Figura 37 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo final .....	43

## **I. Introdução**

Este trabalho é a apresentação de um caso clínico de medicina dentária que consiste na reabilitação oral de uma paciente desdentada total com recurso a próteses totais removíveis, havendo necessidade de realização de cirurgia pré-protética de tecidos moles. A área da cirurgia e da reabilitação oral estão ligadas, sendo abordados temas relacionados com ambas as áreas nesta introdução.

### **1. Edentulismo**

Ao longo da vida de um indivíduo são várias as funções nas quais os dentes têm um papel determinante como a mastigação, a fonação, a deglutição e a estética. Assim sendo, a perda de dentes é considerado um problema de saúde pública, sendo o edentulismo definido como a perda total ou parcial de dentes (Laguzzi et al., 2016).

O edentulismo não se restringe apenas à perda dos elementos dentários, implicando também a remodelação das estruturas ósseas e também de outras estruturas orofaciais, como os nervos e vasos, podendo conduzir a uma diminuição das funções do sistema mastigatório em geral (Polzer, Schimmel, & Biffar, 2010).

São várias as causas que associadas levam à perda de dentes, sendo em grande parte o resultado final de fatores genéticos ou microbianos (doença de cárie e periodontal) que têm uma forte influência individual e comportamental, podendo também ser o resultado de causas iatrogénicas, traumáticas ou terapêuticas (Cooper, 2009).

Por muito tempo prevaleceu o conceito de que a perda dos elementos dentários estaria intimamente relacionada com o avanço da idade, constituindo o edentulismo e o uso de próteses totais um resultado inevitável do processo natural de envelhecimento. De facto é sabido que no XX um grande número dos idosos eram totalmente desdentados. Esse conceito é hoje em dia rejeitado, pois de um modo geral existe uma redução na incidência e prevalência do edentulismo nos países industrializados (Müller, Naharro, & Carlsson, 2007).

O edentulismo deverá ser sempre ao longo do tempo considerado uma preocupação de cariz pessoal, uma responsabilidade profissional e um problema de saúde pública. Existem estratégias de prevenção para a saúde pública que passam pela manutenção dos níveis ideais de flúor no sistema de águas, pelas campanhas realizadas que visam a promoção da saúde oral em todas as faixas etárias, as campanhas que visam a cessação tabágica e tornar o acesso aos cuidados básicos de saúde oral mais facilitado (Cooper, 2009).

### **1.1. Prevalência e Consequências**

O edentulismo aparenta estar em declínio a nível mundial, numa revisão sistemática e meta-análise conduzida por Kassebaum et al. (2014), verificou-se um declínio da sua incidência de 4,4% para 4,1% no espaço de duas décadas, compreendidas entre 1990 e 2010.

Nos Estados Unidos da América a prevalência de edentulismo sofreu, no último meio século, um declínio de 18,9% para 4,9%. No mesmo estudo, regista-se também que é mais prevalente nas famílias com rendimentos mais baixos e em estados que contam com um longo historial de pobreza (Slade, Akinkugbe, & Sanders, 2014).

Entre 1968 e 2009 registou-se no Reino Unido uma redução da prevalência de desdentados totais. Em 1998 foram determinadas como metas as percentagens de 8% para 2008 e de 5% em 2018, sendo que em 2009 a percentagem de desdentados totais registada era de 6% representa uma rápida diminuição, pois os valores obtidos encontram-se na realidade mais perto dos estimados para 2018 (Steele, Treasure, O'Sullivan, Morris, & Murray, 2012).

É de realçar que com a perda dos elementos dentários, que resultam dos efeitos cumulativos das doenças orais, a prevalência aumenta exponencialmente com a idade, com a incidência a ter o seu pico por volta dos 60 anos. No passado tinha sido registada uma prevalência maior para o sexo feminino, atualmente esta diferença já não é significativa. Foram observadas diferenças geográficas significativas registando, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, uma redução significativa da prevalência da perda severa de peças dentárias. Esta tendência não se verifica ainda em algumas zonas como o sul asiático, europa de leste, sul da américa latina, oceânia e áfrica central subsariana (Kassebaum et al., 2014).

A perda dos dentes está fortemente associada à qualidade da dieta e à quantidade de ingestão de nutrientes. O reduzido número de dentes naturais está relacionado com uma baixa ingestão de proteínas e uma alta ingestão de hidratos de carbono, sendo que estes défices nutricionais podem estar relacionados com diversas doenças crónicas. A prevenção da perda de dentes deve ser tida em conta, pois desempenha um crítico papel na manutenção de uma dieta equilibrada e na prevenção de doenças crónicas (Zhu & Hollis, 2014).

Felton (2015) sugere um risco aumentado para eventos relacionados com doença pulmonar obstrutiva crónica, doença cardiovascular, desenvolvimento de cancro da cabeça e do pescoço e declínio da função cognitiva em pacientes desdentados. O correto uso e manutenção da prótese pode ter um papel importante ao evitar o desenvolvimento de patologias crónicas.

## **2. Hipóteses de reabilitação oral**

O tratamento e reabilitação selecionadas, deverão sempre cumprir determinados requisitos como a ausência de dor e infeção, o restabelecimento da estética, da função oral e do conforto, bem como promover a satisfação subjetiva e bem-estar do paciente, assegurando uma boa qualidade de vida relacionada com a saúde oral (Müller, 2014).

O resultado final do tratamento reabilitador nem sempre vai ao encontro das expectativas fisiológicas, sociais ou psicológicas do paciente. Ao planear a reabilitação oral em pacientes edêntulos existem problemas a ter em conta, pois após a extração dos dentes ocorre sempre e continuamente um processo de reabsorção do rebordo residual, em diferentes graus, que causará instabilidade e dificuldade de confecção da prótese. A reabsorção óssea é mais acentuada na mandíbula, criando maiores dificuldades na reabilitação, e como consequência de mais difícil adaptação e satisfação (Cooper, 2009).

As próteses convencionais, apesar de permitirem a reposição da grande maioria das estruturas orais perdidas, não permitem compensar totalmente o compromisso da função após a perda dos elementos dentários. Muitas vezes, os pacientes acabam por adaptar as suas escolhas alimentares e limitam, mesmo que inconscientemente, os seus movimentos mandibulares a um intervalo limitado pelo pressentimento da dor e o deslocamento da prótese (Müller, 2014).

A confecção de uma nova prótese total convencional aumenta a satisfação geral dos pacientes, melhorando a estética, o conforto e a fonação, mas raramente apresenta desempenhos satisfatórios no que respeita à função mastigatória (Turkyilmaz, Company, & Mcglumphy, 2010).

Assunção, Zardo, Delben e Barão (2007) afirmam que a satisfação pessoal e a qualidade de vida é semelhante entre os portadores de prótese total convencional e os portadores de próteses sobre implantes, apesar das próteses sobre implantes apresentarem melhores condições de retenção em relação às próteses convencionais, principalmente na mandíbula.

Em relação às próteses sobre implantes, estas podem ser implanto-suportadas ou implanto-retidas. As próteses implanto-suportadas são retidas e totalmente suportadas pelos implantes que transmitem as forças diretamente ao osso, podendo ser aparafusadas ou cimentadas sobre os pilares do implante. As implanto-retidas são suportadas pela mucosa que transmite as forças ao osso subjacente, sendo retidas por barras ou pilares (Volpato, Garbelotto, Zani, & Vasconcellos, 2012)

Segundo Boven, Raghoobar, Vissink e Meijer (2015), a reabilitação dos pacientes desdentados totais com próteses suportadas por implantes apresenta algumas vantagens relativamente às próteses convencionais, como o aumento da eficácia mastigatória e o aumento da força de mordida máxima, podendo influenciar a satisfação do paciente.

O plano de tratamento considerado como ideal pode sofrer alterações após uma abordagem específica e individual, sendo adaptado tendo em conta o estado funcional e cognitivo do doente, a condição médica e o contexto socioeconómico. Qualquer que seja a proposta de tratamento escolhida, apenas poderá ser concretizada e bem sucedida se o paciente estiver motivado, tiver disponibilidade financeira e capacidade para se submeter a todas as fases do tratamento (Müller, 2014).

### **3. Lesões orais relacionadas com o uso de prótese removível**

Uma das hipóteses de tratamento é a reabilitação com prótese removível.

O uso de próteses removíveis tem sido relacionado com as lesões orais, sendo ligeiramente maior nos portadores de prótese total removível em comparação com os

portadores de prótese parcial, devido à maior área coberta pela prótese (Jainkittivong, Aneksuk, & Langlais, 2010).

Segundo Martori, Ayuso-Montero, Martinez-Gomis, Viñas e Peraire (2014), os fatores de risco são as características da própria prótese bem como alguns fatores sistêmicos locais, sendo de destacar a idade, o consumo regular de açúcar, baixo pH salivar, a presença de candidíase oral, a reabsorção do rebordo residual, a dimensão vertical diminuída e falta de estabilidade da prótese.

Freitas, Gomez e Abreu (2008) conduziram um estudo no qual demonstram que as alterações orais encontradas com maior frequência nos portadores de prótese total removível são a estomatite protética, hiperplasia fibrosa inflamatória e queilite angular.

### **3.1. Estomatite Protética**

A estomatite protética é uma condição inflamatória que afeta os portadores de prótese, podendo ter como etiologia uma pobre ou deficiente higiene oral, infecção fúngica, uso de prótese durante o dia e noite ou uma reação hipersensível aos materiais que constituem a base da prótese. O diagnóstico é feito com base nos sinais, que são eritema e edema da mucosa, e sintomas que passam geralmente por uma sensação de ardor, apesar de ser uma condição que é maioritariamente assintomática. Os sinais encontram-se subjacentes à área coberta pela prótese, sendo mais comuns em próteses superiores que cobrem a totalidade do palato, podendo também ser encontradas em próteses parciais superiores e é muito rara a ocorrência em próteses mandibulares. O médico dentista têm de motivar os pacientes para uma correta higienização da prótese e mucosa após as refeições, bem como desencorajar o uso de prótese durante as horas de sono (Sadig, 2010).

### **3.2. Hiperplasia fibrosa inflamatória**

A etiologia da hiperplasia fibrosa inflamatória está associada a um trauma crónico de baixa intensidade causado por próteses mal adaptadas, bem como o seu uso prolongado. As lesões aparecem normalmente como uma prega de tecido conjuntivo hiperplásico no vestíbulo, podendo apresentar várias dobras. A zona inferior das fissuras é propensa ao desenvolvimento de infecção e ulceração. As lesões podem variar em

tamanho, de uma hiperplasia localizada com cerca de 1 cm, a lesões maiores que podem envolver grande parte do comprimento do vestibulo, sendo mais frequente na zona anterior da maxila. O tratamento pode passar apenas pela remoção dos fatores causais, ou a realização de uma biópsia excisional sempre aliada ao reajuste ou confecção de uma nova prótese, orientando sempre o paciente para uma cuidada higiene oral e protética (Canger, Celenk, & Kayipmaz, 2009).

### **3.3. Queilite angular**

A queilite angular é uma lesão inflamatória que pode apresentar eritema, descamação, sangramento, fissuras e ulceração num ou em ambos os ângulos da boca. Pode ocorrer espontaneamente mas está associado ao uso de prótese. A sua etiologia pode ser infecciosa, envolvendo organismos com a *Candida albicans*, ou não infecciosa como o uso de próteses mal adaptadas, dimensão vertical diminuída, défices nutricionais, pele seca, anemia e hipersalivação. Os sintomas incluem lábios secos e sensação ardente. Sendo uma condição de causas variadas, o tratamento pode também variar, pois está dependente da causa. No caso de a etiologia estar relacionada com a *Candida* deve ser prescrito um antifúngico como o cetoconazol, que deverá ser aplicado nas zonas afetadas. Se a causa for não infecciosa como em casos de dimensão vertical diminuída esta deve ser reposta, ou pela reabilitação dos espaços edêntulos, ou no caso dos pacientes que são já portadores de prótese de ser reajustada de modo a repor a dimensão vertical (Devani & Barankin, 2007).

## **4. Cirurgia pré-protética**

Como referido anteriormente por vezes a reabilitação protética é precedida de intervenções cirúrgicas com o objectivo de promover condições biológicas funcionais oferecendo suporte e retenção adequadas, permitindo uma correta reabilitação com prótese que seja estável e retentiva, de modo a restaurar a função, preservar as estruturas remanescente e satisfazer a estética. Para a reabilitação com prótese total a maioria das intervenções são correções relacionadas com os tecidos moles, assegurando uma melhor adaptação da prótese, função e conforto. Na implantologia, a colocação de implantes pode também ser facilitada com técnicas de regeneração tecidual guiada, fatores de

crescimento e enxertos, sendo que todos os procedimentos de aumento e enxerto ósseo visam alcançar as condições ideais de suporte e retenção do implante permitindo a posterior reabilitação protética (Miloró, Ghali, Larsen, & Waite, 2012).

Um rebordo alveolar endêntulo que apresente as condições ideais para uma posterior reabilitação deverá ter uma mucosa oral uniforme e com adequada espessura, ausência de protuberâncias ósseas ou de tecido mole, um rebordo ósseo sem depressões, adequada profundidade do sulco vestibular e um rebordo alveolar com adequada largura e altura e em forma que permita melhor retenção e função da prótese (Devaki, Balu, & Balakrishnapillai, 2012).

Em relação à avaliação médica-dentária é de grande importância perceber as principais queixas do paciente e as suas preocupações, bem como conhecer a história clínica progressiva e o historial que diz respeito ao anterior uso de prótese (os sucessos e fracassos). É também necessário perceber as capacidades físicas, psicológicas e cognitivas do paciente e ter em conta a sua possível colaboração nos tratamentos a realizar e na satisfação final do paciente após os tratamentos. Existem várias complicações secundárias que afetam pacientes edêntulos, por exemplo a candidíase, hiperplasia fibrosa inflamatória, hiperqueratose e compromisso da dieta. Ao planejar uma prótese convencional o exame do osso e do tecido mole visual e com palpação deve despistar defeitos no rebordo alveolar, exostoses, profundidade do sulco e quaisquer alterações no palato. É também importante o recurso do médico dentista aos exames complementares de diagnóstico como a ortopantomografia que nos permite ter uma visão geral das estruturas ósseas e patologias no terço inferior da face, avaliando o contorno e altura dos rebordos, e verificar a existência de restos dentários impactados. Ao planearmos uma cirurgia pré-protética e posterior reabilitação com prótese devemos ter em conta o estado geral de saúde, o potencial de colaboração e a habilidade para cuidar e manter a reabilitação final para um sucesso a longo prazo e satisfação do paciente (Miloró et al., 2012).

#### **4.1. Remodelação do tecido ósseo**

As irregularidades no tecido ósseo do rebordo alveolar com que o médico dentista se depara, no momento da extração dos elementos dentários ou depois, devem ser corrigidas antes da reabilitação protética final (Hupp, Tucker, & Ellis, 2008).

#### **4.1.1. Alveoloplastia**

A alveoloplastia consiste na remoção e regularização das tábuas ósseas alveolares vestibulares e linguais bem como de alguns septos interdentários e interradiculares, que pode ser realizada aquando da extração das peças dentárias ou depois de terem sido feitas as extrações. No caso de ser realizada em pacientes desdentados totais a palpação deverá revelar as zonas irregulares, devendo ser feita uma incisão na crista do rebordo alveolar seguida da regularização óssea, em seguida reaproximam-se os retalhos removendo os excessos, caso seja necessário, ou realizando incisões de descarga para uma melhor adaptação dos retalhos (Devaki et al., 2012).

Segundo Miloro et al. (2012) o principal objetivo é a eliminação das irregularidades ósseas que de alguma forma possam interferir com a prótese, e nos casos de prótese convencional as irregularidades podem interferir com a inserção da prótese.

#### **4.1.2. Remoção de tórus**

Os tórus palatinos e mandibulares são protuberâncias ósseas de crescimento lento, não neoplásicas e que podem interferir nos processos de confecção das próteses. Geralmente aparecem antes dos 30 anos, sendo rara a ocorrência após os 50 anos de idade. O tórus palatino tem maior prevalência no sexo feminino e o tórus mandibular no sexo masculino, não sendo uma condição patológica mas sim uma variação anatómica cuja etiologia está relacionada com uma interação entre os fatores genéticos e ambientais, sendo os fatores ambientais que iniciam o processo e os fatores genéticos manifestam-se posteriormente e ao mesmo tempo no paciente. Os tórus podem ser classificados quanto à forma em plano, lobular, nodular ou fusiforme, quanto ao tamanho em pequeno (inferior a 3 mm), médio (3 a 5 mm) e grande (maior que 5 mm) e quanto ao número em unilateral único, unilateral múltiplo, bilateral único e bilateral múltiplo. É mais prevalente na mandíbula, sendo a forma mais prevalente a nodular e quanto ao número o bilateral múltiplo é o mais frequentemente encontrado. A maioria dos casos não necessita de qualquer tipo de tratamento, sendo o tratamento cirúrgico indicado quando existe interferência com a inserção de um aparelho protético, alterações na fonação, comprometimento da higiene oral, traumatismos na mucosa que

reveste a protuberância óssea e compromisso da estética (Lorena, Domínguez, Riveros, Moreno, María, Martino, Masi, Knopfmacher & Lezcano, 2016) (Raymundo, Odont, & Goretti, 2014).

Para a remoção do tórus palatino é necessário bloquear o nervo palatino maior e o nervo incisivo com uma anestesia infiltrativa local, fazendo de seguida uma incisão linear que acompanhe a linha média do tórus com incisões oblíquas de descarga numa ou em ambas as extremidades. É feito o descolamento do tecido e a massa óssea é removida com recurso a um osteótomo, em casos de protuberâncias maiores o tórus pode ser primeiro seccionado com uma broca de fissura, removendo de seguida os fragmentos com osteótomo ou pinça goiva e regularizando a zona no final com uma broca de osso grande dando a forma desejada e por fim suturar os retalhos. No tórus mandibular a anestesia deverá bloquear o nervo lingual e o alveolar inferior, fazendo de seguida uma incisão na crista do rebordo alveolar e após descolamento do retalho a massa óssea é removida com osteoma ou cajo seja necessário com brocas para peça de mão (Hupp et al., 2008).

#### **4.1.3 Redução da tuberosidade maxilar**

Quando existe um excesso de tecido ósseo na área da tuberosidade maxilar pode ser necessário remodelar esta zona através da remoção de irregularidades do rebordo alveolar ou na criação de um espaço adequado entre as arcadas para posterior confecção e adaptação da prótese. A cirurgia pode ser realizada com anestesia local infiltrativa e o acesso à tuberosidade é realizado através de uma incisão ao longo da crista alveolar, descolando um retalho mucoperiósteo vestibular e palatino. O tecido ósseo em excesso é removido utilizando a pinça goiva ou instrumentos rotatórios, tendo cuidado de modo a evitar a perfuração do pavimento do seio maxilar. Os retalhos são reposicionados e suturados, removendo excessos caso seja necessário. As impressões para confecção de prótese podem ser realizadas aproximadamente 4 semanas após a cirurgia (Hupp et al., 2008).

#### **4.2. Remodelação dos tecidos moles**

Para a reabilitação oral a mucosa não deverá ter qualquer evidência de condição patológica ou irregularidade, devendo ter uma adequada mucosa inserida queratinizada na área de suporte da prótese e adequada profundidade do sulco vestibular (Hupp et al., 2008)

#### **4.2.1. Vestibuloplastia**

A reabsorção óssea alveolar é diferente na mandíbula e na maxila de modo quantitativo e qualitativo, sendo a perda óssea na mandíbula quatro vezes superior à que ocorre na maxila. Uma das principais indicações para vestibuloplastia é a atrofia mandibular, pois com um rebordo alveolar reabsorvido, o sulco vestibular torna-se raso e com a inserção alta do músculo mentoniano em relação à crista alveolar, afetando a retenção e a estabilidade da prótese. As técnicas de vestibuloplastia têm como objetivo o aprofundamento do vestíbulo de modo a aumentar a área chapeável, oferecendo maior estabilidade à prótese, através da eliminação das inserções musculares e reposicionamento da mucosa. As técnicas de vestibuloplastia incluem a vestibuloplastia submucosa, por epitelização secundária e com enxertos de pele e mucosa. Uma das técnicas mais utilizadas é a técnica de Kazanjian modificada em que é feita uma incisão na mucosa labial sendo levantado um retalho mucoso e aprofundamento do sulco, em seguida é feita outra incisão no periósteo ao nível da crista alveolar e descolamento do mesmo que será suturado à mucosa labial, suturando de seguida o retalho de mucosa ao periósteo, os retalhos são assim reposicionados de forma inversa, reduzindo a recidiva (Ponzoni, Cristina, & Jardim, 2013).

#### **4.2.2. Frenectomia labial**

Quando a insereção do freio é alta e próxima da crista do rebordo alveolar pode criar problemas na confecção e na adaptação e estabilidade da prótese, provocando o deslocamento da mesma, o que causará desconforto ao paciente. Um reconhecimento precoce destas situações e a sua remoção cirúrgica contribui para um melhor resultado da reabilitação e satisfação final do paciente. O freio consiste em tecido fibroso revestido por mucosa, que se estende do lábio até ao periósteo alveolar. A sua remoção

pode ser feita pela excisão simples, com uma anestesia local infiltrativa é feita uma incisão elíptica em volta do freio, removendo o mesmo e o tecido conjuntivo até ao periosteio, aproximando e suturando os bordos remanescentes (Milorio et al., 2012) (Jabbari, 2011).

#### **4.2.3. Frenectomia lingual**

A reabsorção óssea na mandíbula, após a perda das peças dentárias, pode aproximar o pavimento da boca e a inserção do freio labial da crista do rebordo alveolar, que aquando da realização de movimentos funcionais normais, como a deglutição e a fala, dificultam a estabilização da prótese e pode também ulcerar o freio. Após o bloqueio do nervo lingual e anestesia infiltrativa, é colocada uma pinça hemostática da inserção do freio à base da língua, que promove a vasoconstricção minimizando a perda de sangue e melhorando a visibilidade, após retirar a pinça é feita uma incisão nas marcas deixadas pela mesma, removendo o freio com atenção aos vasos sanguíneos e aos ductos de Wharton, suturando as margens paralelas à linha média da língua (Hupp et al., 2008) (Sergio, Carvalho, Janjacomio, & Ponzoni, 2015).

#### **4.2.4. Redução do tecido mole da tuberosidade maxilar**

A mucosa deverá ser uma base firme com uma espessura consistente e regular, podendo surgir a necessidade de remoção do tecido mole da área da tuberosidade maxilar quando este se encontra em excesso, o que pode também alterar a altura entre as arcadas superior e inferior. Para a redução da tuberosidade deverá ser administrada uma anestesia local infiltrativa e realizar um incisão elíptica na área a eliminar. Após a remoção do tecido as margens deverão ser ajustadas, reaproximadas e por fim suturar. Se a área removida for extensa deve ser feita uma aproximação livre de tensão do tecido sobre o osso que irá cicatrizar por segunda intenção (Hupp et al., 2008).

#### **4.2.5. Hiperplasia fibrosa inflamatória**

A hiperplasia fibrosa inflamatória resulta de um estímulo traumático prolongado causado muitas vezes por próteses mal adaptadas. O seu tratamento de eleição é a excisão cirúrgica da lesão que deverá ser sempre acompanhada da eliminação do agente traumático, orientando o paciente para um correto uso da prótese (Fernando, Falcão, & Lobo, 2009).

## **II. Apresentação Caso Clínico**

A paciente M. M. do sexo feminino, com 67 anos, encontrava-se aposentada aquando da consulta de triagem e não apresentava problemas gerais de saúde que não fossem controlados com medicação. O motivo da primeira consulta foi “as placas já têm muito tempo” (sic). Relativamente à medicação, a paciente referia tomar levotiroxina sódica, utilizada para o hipotiroidismo, e pregabalina que é antiepilético e anticonvulsivante. Sendo portadora de prótese dentária total superior e inferior há cerca de 20 anos, referia escova-las uma vez por dia. No exame extra-oral verificou-se uma configuração craniofacial braquifacial, sem assimetrias faciais, e apresentava dimensão vertical diminuída. Na primeira consulta de triagem foi elaborada a história clínica e plano de tratamento, ortopantomografia (figura 5) e foram tiradas fotografias extra-orais (figuras 1, 2, 3 e 4) e intra-orais (figuras 6, 7, 8, 9 e 10).



Figura 1 – Fotografia extra-oral frontal normal



Figura 2 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir



Figura 3 – Fotografia extra-oral de perfil direito



Figura 4 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo



Figura 5 – Ortopantomografia 16/03/2016



Figura 6 – Fotografia intra-oral vista frontal



Figura 7 – Fotografia intra-oral vista frontal direita



Figura 8 – Fotografia intra-oral vista frontal esquerda



Figura 9 – Fotografia intra-oral vista oclusal superior

Na consulta de triagem apresentou-se ainda o seguinte diagnóstico preliminar, a ser confirmado pela consulta de Reabilitação Oral: paciente desdentado total superior e inferior, com alterações nos tecidos moles ao nível do palato compatível com estomatite protética e no quinto sextante compatíveis com hiperplasia fibrosa inflamatória devido ao uso de prótese mal adaptada.

Plano de tratamento: reabilitação com prótese total superior e inferior acrílica.

## **1. 1ª Consulta de Reabilitação Oral – História Clínica**

Na primeira consulta foi preenchida a história clínica de reabilitação oral.

Na avaliação das partes duras da maxila observou-se uma reabsorção óssea generalizada sendo o rebordo arredondado, atrofiado no sentido cérvico-oclusal, regular e plano no sentido mesio-distal. A arcada era de tamanho médio e a abóbada plana. Na avaliação das partes moles verificou-se que a mucosa era firme, os freios com inserção e tamanho normal e uma ligeira alteração da mucosa palatina compatível com estomatite.

Na mandíbula o rebordo era regular com forma triangular, encontrando-se atrofiado no sentido cérvico-oclusal e plano no sentido mesio-distal. A arcada tinha forma arredondada e tamanho médio. Na avaliação das partes moles a mucosa apresentava-se de consistência firme, os freios normais em relação ao tamanho e inserção tendo sido registadas alterações da mucosa nas zonas edêntulas correspondentes à localização do dente 3.3 e 4.3 compatíveis com hiperplasia fibrosa inflamatória (figura 11).

A paciente era já portadora de prótese total removível superior e inferior que se encontravam mal adaptadas e com oclusão deficiente.



Figura 10 – Prótese inferior



Figura 11 – Hiperplasia fibrosa inflamatória

Também nesta consulta foram realizadas impressões preliminares de ambas as arcadas em alginato com moldeiras universais, sendo posteriormente vazadas com gesso tipo III permitindo a confecção dos modelos de estudo e respectivas moldeiras individuais. A paciente foi então encaminhada para a consulta de cirurgia de modo a realizar a cirurgia pré-protética de tecidos moles para excisão dos tecidos hiperplásicos, tendo sido programado a confecção de uma prótese total acrílica superior e inferior com 14 dentes cada uma, respeitando todas as consultas de prótese total: impressões definitivas, registo intermaxilar em blocos de mordida, prova de dentes e colocação e ajuste da prótese.

## **2. Consulta de Cirurgia – Cirurgia pré-protética**

A paciente compareceu na consulta de cirurgia para proceder à excisão de ambas as lesões hiperplásicas. Foi administrada uma anestesia local infiltrativa na área do tecido em excesso, anestubo (1,8mL) de lidocaína a 2% com vasoconstrictor (epinefrina

1:80.000). A técnica utilizada foi a excisão simples seguida da reaproximação do tecido remanescente. Foi utilizada uma pinça para tecidos de modo a fazer a prensão das zonas com tecido excedente, realizando uma incisão na base do tecido fibroso em excesso com bisturi e lâmina 15 (figura 12), sendo o tecido adjacente reaproximado e suturado com fio de seda 3/0 com pontos simples (figura 16).

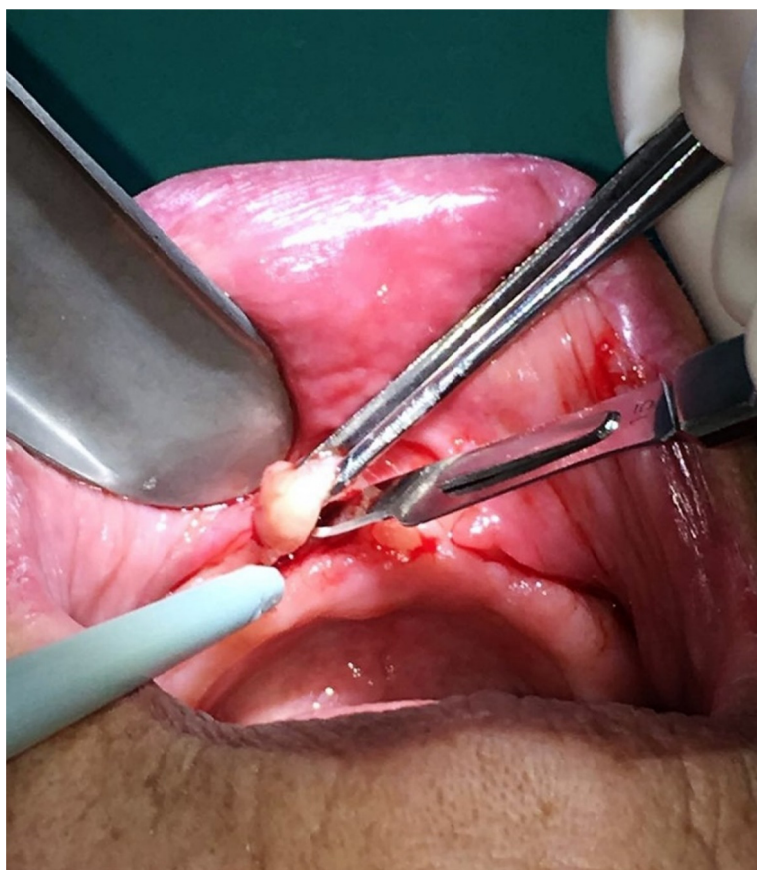


Figura 12 – Incisão no 3º Quadrante

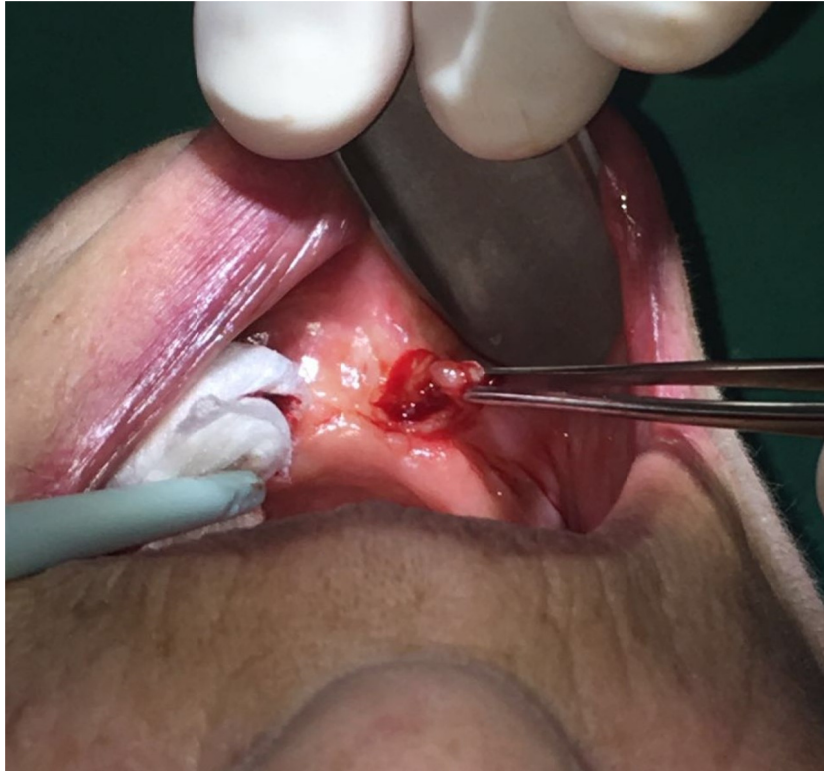


Figura 13 – Incisão no 4º Quadrante

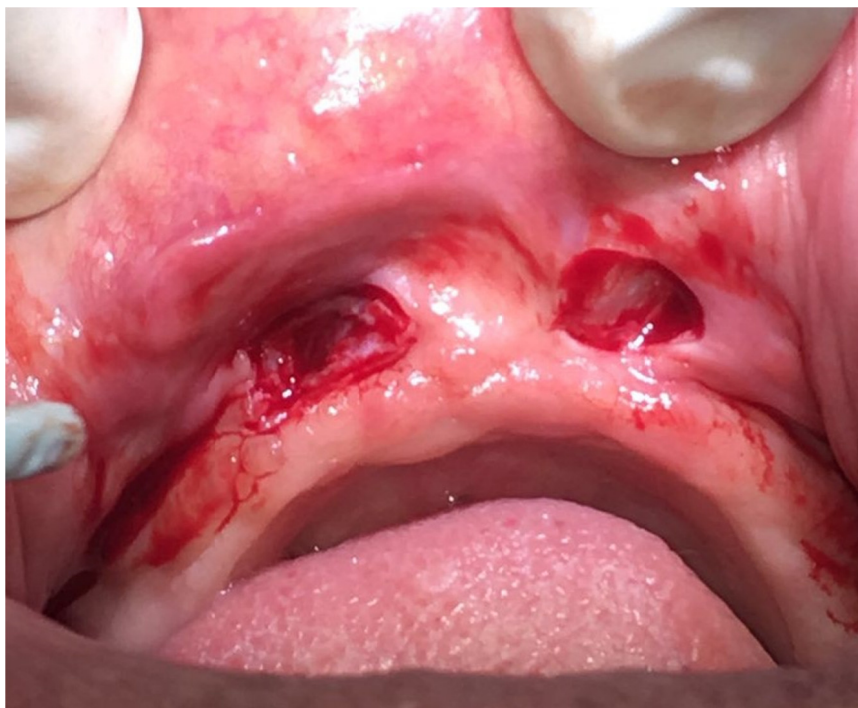


Figura 14 – Margens do tecido adjacente à lesão



Figura 15 – Áreas de tecido mole excisado

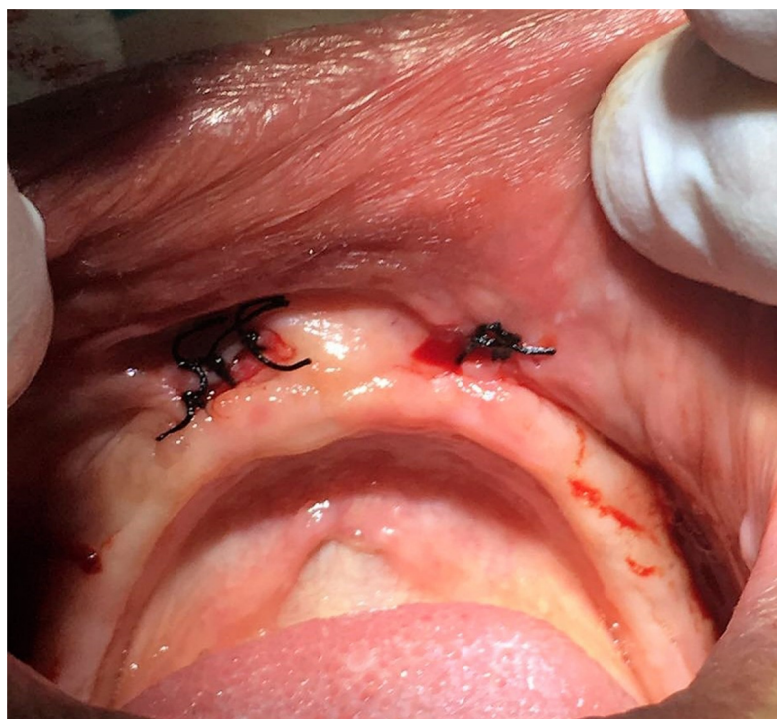


Figura 16 – Sutura

Após a sutura foi aplicado condicionador de tecidos na prótese inferior, de modo a evitar a recidiva da lesão, sendo indicado aguardar quatro semanas para a realização das impressões definitivas. A sutura foi removida na semana seguinte apresentado sinais de uma boa cicatrização dos tecidos.

### **3. 2ª Consulta de Reabilitação Oral – Impressões Definitivas**

Decorridas as quatro semanas da consulta de cirurgia, estavam já reunidas as condições para avançar com as consultas de reabilitação. Foram realizadas as impressões definitivas com as moldeiras individuais perfuradas (figura 18), utilizando alginato como material de impressão, obtendo os modelos de trabalho sobre os quais foram pedidas as ceras de articulação em base estabilizada, a utilizar na próxima consulta.



Figura 17 – Mandíbula quatro semanas após a cirurgia



Figura 18 – Impressões definitivas

#### **4. 3ª Consulta de Reabilitação Oral – Registo Intermaxilar**

Uma semana após a toma das impressões definitivas, fez-se o registo intermaxilar com os blocos de mordida em base estabilizada. Primeiro desgastou-se o bloco superior paralelo ao plano de Camper e à linha bipupilar e com a altura correta, com o auxílio da régua de Fox (figuras 19 e 20), determinando o plano oclusal superior. O bloco inferior foi desgastado de modo a repor uma correta dimensão vertical. O registo foi realizado manipulando a mandíbula em relação cêntrica. Foram marcadas três linhas de referência: a linha média, a linha dos caninos e a linha do sorriso (figura 21). A cor foi referenciada nesta consulta, A3 na Escala *vita* e pedida ao laboratório a prova de dentes.



Figura 19 – Régua de Fox paralela à linha bipupilar



Figura 20 – Régua de Fox paralela ao plano de Camper

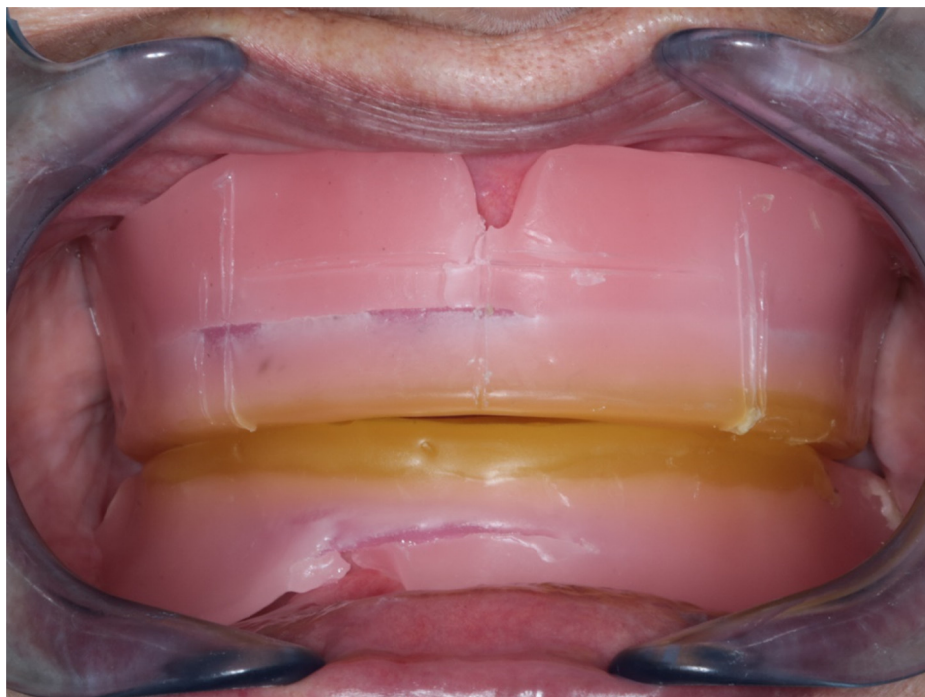


Figura 21 – Registo Intermaxilar vista frontal



Figura 22 – Registo Intermaxilar vista lateral direita



Figura 23 – Registo Intermaxilar vista lateral esquerda

#### **5. 4ª Consulta de Reabilitação Oral – Prova de dentes**

Uma semana depois da última consulta foi feita a prova de dentes (figuras 24, 25 e 26), na qual se verificou a forma, tamanho e cor dos dentes, a linha média, o nivelamento do plano oclusal, a dimensão vertical e a oclusão. Foi pedida ao laboratório a acrilização das próteses para a semana seguinte.



Figura 24 – Prova de Dentes vista frontal



Figura 25 – Prova de Dentes vista lateral esquerda



Figura 26 – Prova de Dentes vista extra-oral lateral esquerda



Figura 27 – Prova de Dentes inferior vista oclusal



*Figura 28 – Prova de Dentes superior vista oclusal*

#### **6. 5ª Consulta final de Reabilitação Oral – Entrega e colocação das próteses**

Nesta consulta foi entregue a prótese, tendo sido reconfirmados os passos da consulta anterior e feito o ajuste oclusal da prótese, bem como todos os ajustes necessários como o alívio dos freios. Foram transmitidas à paciente todas as instruções de uso, de manutenção e de higiene da prótese.



Figura 29 – Prótese em boca vista frontal



Figura 30 – Prótese em boca vista oclusal superior



Figura 31 – Prótese em boca vista oclusal inferior



Figura 32 – Prótese em boca vista frontal direita



Figura 33 – Prótese em boca vista frontal esquerda

## **7. Resultado final da Reabilitação Oral**

Nas seguintes figuras 34, 35, 36 e 37 encontram-se as fotografias extra-orais após a conclusão da reabilitação oral.



Figura 34 – Fotografia extra-oral frontal normal final



Figura 35 – Fotografia extra-oral frontal a sorrir final



Figura 36 – Fotografia extra-oral de perfil direito final



Figura 37 – Fotografia extra-oral de perfil esquerdo final



### **III. Relatório do Caso Clínico**

#### **1. Triagem**

Na primeira consulta foi realizada a triagem, na qual se recolheu uma minuciosa história clínica, recorrendo também aos meios complementares de diagnóstico como a ortopantomografia, que aliando a uma detalhada observação intra-oral permitiu realizar um correto diagnóstico do paciente. A paciente era desdentada total superior e inferior.

#### **2. Cirurgia Pré-Protética**

A reabilitação oral após a perda de dentes pode, muitas vezes, requerer uma preparação cirúrgica dos tecidos orais remanescentes criando melhores condições para receber a prótese. Existem diversas estruturas que não têm relevância enquanto os dentes estão presentes, mas após a sua perda podem criar obstáculos à confecção das próteses, como por exemplo as inserções dos freios e exostoses. A cirurgia pré-protética tem como principal objetivo a criação de uma estrutura de suporte adequada à colocação de uma prótese. As características ideais para o melhor suporte para prótese total são: uma correta relação inter-arcadas no sentido antero-posterior, vertical e transversal; nenhuma evidência de qualquer condição patológica; ausência de qualquer protuberância óssea ou de tecido mole; rebordo alveolar largo e regular; forma da abóbada palatina adequada; profundidade vestibular para extensão da prótese; e suporte ósseo e de tecido mole de cobertura adequado (Hupp et al., 2008).

A hiperplasia fibrosa é uma lesão de tecidos moles, proliferativa e não neoplásica que está associada ao uso de próteses mal adaptadas, estando o seu sucesso terapêutico dependente não só da remoção cirúrgica, como também da eliminação do agente causal traumático (Fernando et al., 2009).

Em fases pouco avançadas de hiperplasia fibrosa inflamatória, quando a lesão é ainda mínima, pode ser ponderado o tratamento não cirúrgico. A utilização do condicionador de tecidos e um correto ajuste da prótese pode ser, em alguns casos, suficiente para eliminar ou reduzir o tecido em excesso numa fase inicial. Quando a

lesão tem já algum tempo, ocorre fibrose no interior do tecido hiperplásico, fazendo com que este já não responda ao tratamento não cirúrgico. O tratamento de eleição, torna-se assim a excisão cirúrgica do tecido hiperplásico. Na zona do tecido em excesso é administrada uma anestesia infiltrativa local que é suficiente para anestésiar a região de interesse. Após a prensão do tecido em excesso é realizada uma incisão elíptica e removido o tecido, aproximando de seguida o tecido remanescente com recurso a suturas. A prótese deverá ser reajustada de modo a evitar o risco de recidiva, utilizando por exemplo condicionador de tecidos. O tecido em excesso resulta normalmente de um processo inflamatório resultante de um trauma, mas caso exista suspeita de alguma condição patológica é de grande importância que a amostra representativa do tecido seja enviada para análise patológica após a sua remoção (Hupp et al., 2008).

### **3. Reabilitação Oral**

Existem várias opções para reabilitação oral, variando em relação à técnica e aos materiais utilizados, que devemos adequar a cada paciente, seja em relação a condições de saúde ou financeira. A proposta reabilitadora escolhida com a paciente foi uma prótese total removível convencional superior e inferior, mas inicialmente foi proposta outra alternativa que seria a prótese sobre implantes. Essa proposta foi afastada pela paciente, pois o orçamento superava os valores que a mesma poderia suportar.

Segundo Misch (2006) a utilização de implantes para suportar a prótese tem inúmeras vantagens em comparação com as próteses removíveis mucossuportadas. A colocação de implantes no osso não beneficia apenas a retenção da prótese, mas também favorece a manutenção do osso alveolar em largura e altura enquanto permanecer em função. O perfil facial também é mantido a longo prazo, conservando a estética facial. Ao permitir uma maior estabilidade da prótese, melhora a fonética, oclusão e *performance* mastigatória, sendo ainda de realçar o tamanho reduzido em relação à prótese convencional.

Na primeira consulta de reabilitação oral foi preenchida uma história clínica e feitos os exames intra e extra-orais, de seguida foram feitas as impressões preliminares com moldeiras universais adaptadas as arcadas da paciente. As impressões foram de

imediate vazadas a gesso tipo III, obtendo assim os modelos de estudo que seriam enviados para o laboratório onde seriam confeccionadas as moldeiras individuais.

Os primeiros passos na confecção de uma nova prótese são as impressões, que devem ser feitas de modo a obter um modelo que reproduza fielmente todas as estruturas de interesse na cavidade oral. Foram realizadas duas impressões, primeiro as impressões preliminares, seguidas das impressões definitivas com moldeiras individuais. As impressões preliminares têm como objetivo reproduzir a extensão e a forma da área basal, não sendo imperativo a reprodução de grandes detalhes como a textura da mucosa. A partir destas impressões, obtém-se um modelo de estudo, que irá servir para estudar e planejar o caso, bem como para a confecção das moldeiras individuais. Cada moldeira deverá ser selecionada de modo a cobrir toda a extensão da área basal e ser compatível com o tamanho do rebordo. O material de impressão selecionado foi o alginato, pois é um material de baixo custo, fácil manipulação e que apresenta resultados satisfatórios. Para a toma da impressão, o alginato deve ser espatulado, seguindo as proporções indicadas pelo fabricante, carregando de seguida a moldeira que é levada a boca e inserida de posterior para anterior e pressionando levemente a mucosa, manipulando os lábios e a mucosa jugal (Volpato et al., 2012).

As impressões definitivas foram realizadas na segunda consulta com recurso às moldeiras individuais, pois apresentam uma maior proximidade com a forma e extensão da área basal, proporcionando tanto impressões como modelos de trabalho mais fieis. Foram enviadas as impressões definitivas e foi pedido ao laboratório os blocos de mordida em base estabilizada a utilizar na consulta seguinte.

Foi determina a relação entre as arcadas através do registo intermaxilar na terceira consulta de reabilitação oral, que segundo Volpato et al (2012) pode ser dividido em quatro etapas: (i) reconstituição da fisionomia, (ii) determinação do plano oclusal maxilar, (iii) ajuste do rolete de cera inferior e (iv) determinação da dimensão vertical e relação cêntrica. A reconstituição da fisionomia é feita com ambos os blocos em boca, que ajustados por vestibular determinam o grau de sustentação dos lábios. A determinação do plano oclusal maxilar é feita deixando o rolete de cera cerca de 2mm abaixo do lábio em repouso, ajustado ao tipo de lábio e sorriso do paciente, e a partir desse ponto e com a régua de foz encostada ao bloco superior é estabelecido um paralelismo com o plano de Camper, de perfil, e com a linha bipupilar em visão frontal.

O ajuste do rolete inferior depende da dimensão vertical e da relação cêntrica, sendo que deve ficar aproximadamente à altura do lábio inferior. A dimensão vertical foi determinada através da técnica das proporções faciais com a regra de Willis, em que a altura do canto do olho à comissura labial deverá ser equivalente à altura da base do nariz à base do mento. Foram realizados testes fonéticos, tendo sido pedido à paciente para emitir sons sibilantes como o “s” e o “ch” avaliando o espaço funcional livre, um “m” contínuo avaliando a dimensão vertical de repouso e um “f” que ao ser pronunciado deverá promover um contacto do bordo incisal dos incisivos na transição húmido-seco do lábio inferior. A relação cêntrica foi determinada pela técnica da retrusão dirigida, em que os indicadores seguram as ceras em boca, e os polegares sobre o mento a auxiliar na retrusão suave da mandíbula.

Foram registadas nos blocos as linhas que servirão de referência para a montagem dos dentes em laboratório, traçou-se a linha dos caninos que corresponde à largura mesio-distal para montagem dos dentes anteriores, a linha média e a linha do sorriso, no qual foi pedido à paciente para fazer um sorriso forçado. Os blocos foram removidos da boca já unidos e foram de seguida enviados para o laboratório com a cor já referenciada. A cor para os dentes artificiais foi escolhida tendo em conta a idade, o sexo e a preferência da paciente, usando também como referência a prótese antiga. Foi pedida ao laboratório a prova de dentes.

Na consulta da prova de dentes em foi avaliada a relação oclusal, verificando se a dimensão vertical e a relação cêntrica que se verificam no articulador correspondem aquando da colocação das provas em boca. É também importante avaliar a harmonia facial com a sustentação dos lábios e a devolução da harmonia ao terço inferior da face. Com o paciente a sorrir é avaliada a estética como a cor dos dentes, a concordância das linhas médias, se o plano oclusal superior acompanha o lábio inferior e foram repetidos alguns dos testes fonéticos. A prova só foi encaminhada para acrilização quando a paciente se encontrava satisfeita com a estética e função da prótese.

Na consulta de entrega e colocação da prótese foi primeiro feita uma análise preliminar da prótese no articulador, verificando o tamanho das abas, o polimento final, a oclusão e o arredondamento dos bordos. Logo de seguida as próteses foram colocadas em boca verificando de novo a oclusão e se existia alguma zona que provocasse desconforto.

Foram transmitidos à paciente todos os cuidados de manutenção que teria de ter de modo a aumentar a longevidade da prótese e a promover uma boa saúde oral. O biofilme presente na cavidade oral e na prótese deve ser cuidadosamente removido diariamente, devendo a prótese ser escovada fora da boca e colocada numa solução de limpeza. A prótese deverá sempre ser lavada com água antes de voltar à boca. Anualmente, a prótese deverá ser limpa por um profissional com ultrassons, minimizando o biofilme acumulado com o decorrer do tempo. A prótese nunca deverá ser imersa em água a ferver, não devendo utilizar também soluções de hipoclorito de sódio por mais de 10 minutos. O paciente poderá usar adesivos, que devidamente utilizado pode melhorar as condições de retenção e estabilidade bem como impedir a acumulação de microrganismos na zona interna da prótese, mesmo em próteses bem adaptadas, devendo remover diariamente o adesivo na sua totalidade. Deve também ser desencorajado o uso contínuo prótese por 24 horas, evitando ocorrências como a estomatite protética (D. Felton et al., 2011).

Tendo em conta o envelhecimento geral da população, continuará a haver a necessidade de reabilitar pacientes desdentados totais durante as próximas décadas e a prótese total continuará a ser opção para grande parte deles. A maioria dos pacientes continua satisfeito, mas existem casos em que os pacientes não se conseguem adaptar. A evidência revela a superioridade das prótese implanto-retidas e implanto-suportadas em diferentes aspetos em relação à prótese total convencional, mas esta continuará a ser uma alternativa para a população desdentada total visto que a grande maioria não tem condições financeiras para suportar os custos acrescidos nem todos os pacientes são candidatos à cirurgia para colocação de implantes (Carlsson & Omar, 2010).

Existe um índice que faz uma avaliação baseada no paciente, dos problemas de saúde oral que habitualmente afetam os adultos com mais idade, o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). São avaliados os problemas que afetam os pacientes em três dimensões diferentes: a função física (mastigação, deglutição e fonação), a função psicossocial (preocupação com a saúde oral, insatisfação com a aparência, rejeição do contacto social devido aos problemas orais) e a dor ou desconforto que também inclui a toma de medicação para aliviar a dor relacionada com a cavidade oral. Numa avaliação feita apenas um mês após a colocação das próteses totais foi registada uma diferença significativa na quantidade de medicação usada para reduzir a dor ou o desconforto, na preocupação com a saúde oral e na limitação do tipo e quantidade de alimento ingerido

devido aos problemas com os dentes ou próteses. Fatores como morder alimentos, contacto limitado com pessoas, estar feliz e satisfeito com o aspeto e estar tenso ou nervoso por causa dos problemas dentários também registou uma diferença significativa. De um modo geral, as diferenças na qualidade de vida antes e depois da colocação da prótese são significativas, verificando-se uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes (Shigli & Hebbal, 2010).

#### IV. Bibliografia

- Assunção, W., Zardo, G., Delben, J., & Barão, V. (2007). Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures and conventional dentures among elderly edentulous patients : satisfaction and quality of life. *Gerodontology*, 24(4), 235–238.
- Boven, G. C., Raghoebar, G. M., Vissink, A., & Meijer, H. J. A. (2015). Improving masticatory performance , bite force , nutritional state and patient’s satisfaction with implant overdentures : a systematic review of the literature. *Journal of Oral Rehabilitation*, 42(3), 220–33.
- Canger, E. M., Celenk, P., & Kayipmaz, S. (2009). Denture-Related Hyperplasia : A Clinical Study of a Turkish Population Group. *Brazilian Dental Journal*, 20, 243–248.
- Carlsson, G. E., & Omar, R. (2010). Oral Rehabilitation The future of complete dentures in oral rehabilitation . A critical review. *Journal of Oral Rehabilitation*, 37, 143–56.
- Cooper, L. F. (2009). The current and future treatment of edentulism. *Journal of Prosthodontics*, 18(2), 116–122.
- Devaki, V. N., Balu, K., & Balakrishnapillai, S. (2012). Pre-prosthetic surgery: Mandible. *Journal of Pharmacy & BioAllied Sciences*, 4, 414–417.
- Devani, A., & Barankin, B. (2007). Dermacase. *Canadian Family Physician*, 53, 2007.
- Felton, D. A. (2015). Complete Edentulism and Comorbid Diseases: An Update. *Journal of Prosthodontics*, 25, 5–20.
- Felton, D., Cooper, L., Duqum, I., Minsley, G., Guckes, A., Haug, S., ... Chandler, N. D. (2011). Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures : A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20, 1–12.
- Fernando, A., Falcão, P., & Lobo, G. (2009). Hiperplasia fibrosa inflamatória : relato de caso e revisão de literatura. *Journal of Medical and Biological Sciences*, 8(71), 230–236.

- Freitas, J. B., Gomez, R. S., & Abreu, M. H. N. G. D. E. (2008). Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 370–374.
- Hupp, J. R., Tucker, M. R., & Ellis, E. (2008). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* (5<sup>a</sup>). Mosby.
- Jabbari, Y. S. Al. (2011). Frenectomy for improvement of a problematic conventional maxillary complete denture in an elderly patient : a case report. *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 3, 236–239.
- Jainkittivong, A., Aneksuk, V., & Langlais, R. P. (2010). Oral mucosal lesions in denture wearers. *Gerodontology*, 27(1), 26–32.
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2014). Global Burden of Severe Tooth Loss : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Dental Research*, 93, 20–28.
- Laguzzi, P. N., Schuch, H. S., Medina, L. D., de Amores, A. R., Demarco, F. F., & Lorenzo, S. (2016). Tooth loss and associated factors in elders: Results from a national survey in Uruguay. *Journal of Public Health Dentistry*, 76, 143–151.
- Lorena, M., Domínguez, R., Riveros, R., Moreno, T., María, B., Martino, D., ... Lezcano, L. (2016). Torus palatinus . Report of two cases. *Our Dermatology Online*, 7(2), 169–171.
- Martori, E., Ayuso-Montero, R., Martinez-Gomis, J., Viñas, M., & Peraire, M. (2014). Risk factors for denture-related oral mucosal lesions in a geriatric population. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 111(4), 273–9.
- Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P. E., & Waite, P. D. (2012). *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery* (3<sup>a</sup>). PMPH USA.
- Misch, C. E. (2006). *Prótese sobre Implantes* (1<sup>a</sup>). Santos Editora.
- Müller, F. (2014). Interventions for edentate elders – what is the evidence? *Gerodontology*, 31, 44–51.
- Müller, F., Naharro, M., & Carlsson, G. E. (2007). What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral*

- Implants Research*, 18, 2–14.
- Polzer, I., Schimmel, M., & Biffar, R. (2010). Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*, 60, 143–155.
- Ponzoni, D., Cristina, E., & Jardim, G. (2013). Vestibuloplasty by Modified Kazanjian Technique in Treatment With Dental Implants. *The Journal of Craniofacial Surgery*, 24(4), 1373–1375.
- Raymundo, C. D. C., Odont, P., & Goretti, M. (2014). Torus palatinos y mandibulares en pacientes que acuden a consulta al Servicio de Odontología del Hospital Militar Regional de Acapulco , Guerrero. *Revista de Sanidad Militar*, 68(113), 272–275.
- Sadig, W. (2010). The denture hygiene, denture stomatitis and role of dental hygienist. *International Journal of Dental Hygiene*, 8(3), 227–231. <http://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2009.00413.x>
- Sergio, P., Carvalho, P. De, Janjacom, A., & Ponzoni, D. (2015). Frenectomy with anterior lingual sulcoplasty for an implant- supported overdenture : A clinical report. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 115, 406–408.
- Shigli, K., & Hebbal, M. (2010). Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*, 27, 167–173.
- Slade, G. D., Akinkugbe, a. a., & Sanders, a. E. (2014). Projections of U.S. Edentulism Prevalence Following 5 Decades of Decline. *Journal of Dental Research*, 93(10), 959–965.
- Steele, J. G., Treasure, E. T., O’Sullivan, I., Morris, J., & Murray, J. J. (2012). Adult Dental Health Survey 2009: transformations in British oral health 1968-2009. *British Dental Journal*, 213(10), 523–7.
- Turkyilmaz, I., Company, A. M., & Mcglumphy, E. A. (2010). Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures ? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology*, 27, 3–10.
- Volpato, C. A. M., Garbelotto, L. G. D., Zani, I. M., & Vasconcellos, D. K. (2012). *Próteses Odontológicas - Uma Visão Contemporânea - Fundamentos e*

*procedimentos* (1<sup>a</sup>). São Paulo: Santos Editora.

Zhu, Y., & Hollis, J. H. (2014). Tooth loss and its association with dietary intake and diet quality in American adults. *Journal of Dentistry*, 42(11), 1428–1435.