



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE DOENTE COM
PERIODONTITE**

Trabalho submetido por
Alexandra Isabel Simões Rodrigues
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2018



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE DOENTE COM
PERIODONTITE**

Trabalho submetido por

Alexandra Isabel Simões Rodrigues

para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por

Mestre João Carvalho Gomes

e coorientado por

Prof. Doutor Paulo Maia

setembro 2018

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Mestre João Carvalho Gomes por ter aceite este desafio.

Ao meu coorientador Prof. Doutor Paulo Maia pela excelente orientação e partilha de conhecimentos ao longo de todo este processo.

Aos meus pais, por terem sido o meu pilar durante estes 5 anos de curso, por toda a confiança que depositaram em mim, por todo o apoio e amor incondicional.

Ao meu colega de box por me aturar em todos os momentos e na vida, não podia ter escolhido melhor.

A todos os meus grandes amigos, por partilharem comigo uma bonita amizade.

RESUMO

O caso clínico apresentado visa a reabilitação oral de uma doente de 48 anos, do sexo feminino, desdentada parcial com doença periodontal, tendo por base tratamentos de várias valências da medicina dentária, nomeadamente, preventiva, passando pela cirurgia oral, periodontologia e reabilitação oral.

A interligação existente entre as várias especialidades é de elevada importância clínica, de modo a que o resultado final de cada tratamento tenha sucesso em todas as funções para as quais o sistema estomatognático foi criado, mormente, a mastigação, fonação, deglutição e estética.

Atualmente, os profissionais possuem diversas opções terapêuticas e materiais cientificamente comprovados para solucionar as mais variadas situações.

Devido à complexidade do caso foi necessário um diagnóstico e planeamento de modo a ser obtida uma reabilitação oral eficaz. Diversas opções foram propostas para a reabilitação final, sendo aceite pela doente como tratamento protético a colocação de próteses parciais acrílicas superior e inferior devido à elevada mobilidade dentária (grau 3).

O objetivo deste caso clínico prende-se por apresentar as consultas prestadas a uma doente e a sua recuperação através de um trabalho individualizado, obtendo como resultado final a recuperação da saúde oral, o restabelecimento das funções mastigatórias e a recuperação da estética dentária.

Palavras-Chave:

doença periodontal, reabilitação oral, tratamento multidisciplinar.

ABSTRACT

The clinical case presented aims the oral rehabilitation of 48-years-old partially edentulous patient with periodontal disease, based on several valences, in particular, prevention, oral surgery, periodontology and oral rehabilitation.

The interconnection between all dental specialties is of high clinical importance, so that final result of each treatment can succeed in all functions for which the stomatognathic system was created, mainly, chewing, phonation, swallowing and aesthetics. Currently, dentists have several therapeutic options and materials scientifically proven to solve the most varied situations.

In this complex case, it was necessary to make an appropriate diagnosis and treatment plan to achieve an oral rehabilitation, being chosen as prosthetic treatment the placement of a partial upper and lower acrylic prosthesis due to the high dental mobility.

The main objective of the study of this clinical case is to present the appointments given to a patient and her recovery through an individualized work, obtaining as a final result the recovery of the oral health, the restoration of the masticatory functions and the recovery of the dental aesthetics.

Keywords:

periodontal disease, oral rehabilitation, multidisciplinary treatment.

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	11
II – CASO CLÍNICO.....	19
2.1. Apresentação do caso clínico	19
2.2. Descrição das consultas	19
2.2.1. Triagem	19
História Clínica:	19
Fotografias Iniciais Intra-Orais	23
Exame Clínico	24
Meios complementares de diagnóstico	25
2.2.2. Medicina Dentária Preventiva	26
2.2.3. Cirurgia	26
2.2.4. Periodontologia	27
2.2.5. Reabilitação Oral	27
1º Consulta de RO	27
2º Consulta de RO	28
3º Consulta de RO	29
4º Consulta de RO	30
5º Consulta de RO	34
6ª Consulta de RO	38
7ª Consulta de RO	38
8ª Consulta de RO	40
9ª Consulta de RO	41
Follow up	44
III – CONCLUSÃO.....	45
IV- RELATÓRIO FINAL	47
BIBLIOGRAFIA	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Inicial extra-oral vista frontal em repouso.....	22
Figura 2- Inicial extra-oral vista frontal a sorrir.....	22
Figura 3- Inicial extra-oral vista lateral direita em repouso.	22
Figura 4- Inicial extra-oral vista lateral direita a sorrir.	22
Figura 5- Inicial extra-oral vista lateral esquerda em repouso.	23
Figura 6- Inicial extra-oral vista lateral esquerda a sorrir.	23
Figura 7- Inicial intra-oral vista frontal.....	23
Figura 8- Inicial intra-oral vista lateral direita.	23
Figura 9- Inicial intra-oral vista lateral esquerda.	23
Figura 10- Inicial intra-oral vista oclusal superior.	24
Figura 11- Inicial intra-oral vista oclusal inferior.	24
Figura 12- Ficha Dentária Internacional (FDI).	24
Figura 13- Ortopantomografia.....	25
Figura 14- Status Radiográfico.....	27
Figura 15- Dentes 46 e 48 extraídos.....	28
Figura 16- Impressão preliminar superior.	28
Figura 17- Impressão preliminar inferior.	28
Figura 18- Impressão definitiva superior.	29
Figura 19- Impressão definitiva inferior.....	29
Figura 20- Registo intermaxilar vista frontal.	30
Figura 21- Registo intermaxilar vista lateral direita.....	30
Figura 22- Registo intermaxilar vista lateral esquerda.....	30
Figura 23- Prova de dentes vista frontal.....	31
Figura 24- Prova de dentes vista lateral direita.	31
Figura 25- Prova de dentes vista lateral esquerda.	31
Figura 26- Prova de dentes.....	32
Figura 27- Prova de dentes oclusal superior.....	32
Figura 28- Prova de dentes oclusal inferior.....	32
Figura 29- Prova de dentes intra-oral vista frontal.....	33
Figura 30- Prova de dentes intra-oral vista lateral direita.	33
Figura 31- Prova de dentes intra-oral vista lateral esquerda.	33

Figura 32- Prova de dentes intra-oral oclusal superior.....	33
Figura 33- Prova de dentes intra-oral oclusal inferior.....	34
Figura 34- Exodontia dos dentes 12, 11, 21, 22, 35, 42, 44, 45.....	34
Figura 35- Dentes extraídos 12, 11, 21, 22, 35, 42, 44, 45.....	35
Figura 36- Próteses imediatas superior e inferior.....	35
Figura 37- Próteses imediatas intra-oral vista frontal.....	36
Figura 38- Próteses imediatas intra-oral vista lateral direita.....	36
Figura 39- Próteses imediatas intra-oral vista lateral esquerda.....	36
Figura 40- Prótese imediata intra-oral vista oclusal superior.....	36
Figura 41- Prótese imediata intra-oral vista oclusal inferior.....	36
Figura 42- Próteses imediatas extra-oral vista frontal.....	37
Figura 43- Próteses imediatas extra-oral vista lateral direita.....	37
Figura 44- Próteses imediatas extra-oral vista lateral esquerda.....	37
Figura 45- Cicatrização intra-oral vista oclusal superior.....	38
Figura 46- Cicatrização intra-oral vista oclusal inferior.....	38
Figura 47- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos.....	38
Figura 48- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista frontal.....	39
Figura 49- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista lateral direita.....	39
Figura 50- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista lateral esquerda.....	39
Figura 51- Prótese rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista oclusal superior.....	39
Figura 52- Prótese rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista oclusal inferior.....	39
Figura 53- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista frontal.....	40
Figura 54- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista lateral direita.....	40
Figura 55- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista lateral esquerda.....	40
Figura 56- Impressão de arrasto para rebase.....	40
Figura 57- Próteses superior e inferior pós-rebase.....	41
Figura 58- Próteses superior e inferior pós-rebase.....	41
Figura 59- Próteses pós-rebase intra-oral vista frontal.....	42

Figura 60- Próteses pós-rebase intra-oral vista lateral direita.	42
Figura 61- Próteses pós-rebase intra-oral vista lateral esquerda.	42
Figura 62- Prótese pós-rebase intra-oral vista oclusal superior.....	42
Figura 63- Prótese pós-rebase intra-oral vista lateral esquerda.....	42
Figura 64- Extra- oral próteses pós-rebase extra-oral vista frontal.	43
Figura 65- Extra- oral próteses pós-rebase rebase extra-oral vista lateral direita.	43
Figura 66- Extra- oral próteses pós-rebase rebase extra-oral vista lateral esquerda.	43
Figura 67- Intra-oral vista frontal inicial.	52
Figura 68- Intra-oral vista lateral direita inicial.	53
Figura 69- Intra-oral vista lateral esquerda inicial.	53
Figura 70- Intra-oral vista frontal final.....	53
Figura 71- Intra-oral vista lateral direita final.	53
Figura 72- Intra-oral vista lateral esquerda final.	53
Figura 73- Extra-oral vista frontal inicial.....	54
Figura 74- Extra-oral vista frontal final.....	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Auto-avaliação de dificuldades devido a problemas dentários. 20

Tabela 2- Auto-avaliação de nível de ansiedade. 21

LISTA DE ABREVIATURAS

FDI- Ficha Dentária Internacional

MDP- Medicina dentária preventiva

PPR- Prótese Parcial Removível

RO- Reabilitação Oral

Vita- Vitapan

I - INTRODUÇÃO

Um bom plano de tratamento não acontece, mas surge como a consequência natural de medidas cuidadosas consideradas. A anamnese e o exame clínico são dois dos aspetos mais importantes do processo de avaliação do doente, e completam-se, de tal forma que é impossível elaborar um plano de tratamento sem combinar e recolher informações dos dois procedimentos (Newsome, Smales, & Yip, 2012).

É importante diferenciar entre um plano de tratamento que se concentra em tratamento no nível dentário individual e um plano que formula uma estratégia a longo prazo que envolve decisões sobre o tratamento dentário no contexto da cavidade oral, e sobre o gerenciamento da restante dentição no contexto do sistema mastigatório e do indivíduo. Para ter sucesso, qualquer plano de tratamento deve incorporar pontos de vista de curto, médio e longo prazo, e deve ter uma visão holística do doente como uma pessoa com necessidades específicas e não apenas uma “boca a arranjar” ou um “caso a ser tratado” de uma maneira predeterminada (Newsome et al., 2012).

O planeamento do tratamento bem sucedido requer conhecimento adequado, comunicação, habilidades clínicas e bom senso. O julgamento clínico requer experiência prática, incluindo a observação das suas próprias falhas (Newsome et al., 2012).

É importante permitir que o doente explique, nas suas próprias palavras, o problema que o está a incomodar, bem como quaisquer expectativas acerca das possíveis opções de tratamento e resultados (Armfield & Heaton, 2013).

O objetivo principal da história clínica e do exame objetivo, é identificar problemas que possam existir (como dentários, médicos, psicológicos, sociais e financeiros), e procurar estabelecer a sua importância relativa para o doente e sua gestão eficaz durante os tratamentos subsequentes. A ortopantomografia pode ser usada como um exame complementar de diagnóstico para doentes com dentes inclusos, fragmentos retidos de raízes, quistos ósseos ou tumores. Tem ainda grande relevância na confirmação da posição e morfologia dentária (Mitchell, D. A., Mitchell, L., e McCaul, 2014).

O cuidado oral é tão importante como a alimentação ou a higiene pessoal e deve ser promovido como atividade central no cuidado do doente. A cavidade oral tem significado fisiológico e psicossocial (Kishore et al., 2013).

É necessária para a mastigação, deglutição, digestão de alimentos e é importante tanto a nível verbal como não verbal (Kishore et al., 2013).

De acordo com Kay e Locker (2018) a definição aceite de saúde oral é: "Um padrão de saúde dos tecidos orais e relacionados, o que permite a um indivíduo falar e socializar sem doença ativa, desconforto ou constrangimento e que contribui para o bem-estar geral".

Uma vasta combinação de fatores contribui para a manutenção de saúde oral, incluindo a ingestão adequada de nutrientes e líquidos, a capacidade de mastigar adequadamente os alimentos, produção adequada de saliva e higiene oral eficaz (Kay E, 2018).

Segundo Hayasaki et al. (2014), a saúde oral começa pela profilaxia e por isso, a remoção de bactérias e dos restos alimentares que se acumulam na cavidade oral é essencial na manutenção da saúde oral. A placa bacteriana é o principal fator etiológico tanto da lesão de cárie como da periodontite e pode ser removida através da escovagem diária, cuja técnica deve ser a correta.

No entanto, através da escovagem só será removida cerca de 40% da placa existente nos dentes. O tipo de pasta e a utilização de fio dentário também são fatores de elevada importância na profilaxia dentária. Para a obtenção de saúde oral vai ser necessária uma escovagem mais eficaz complementada com o uso de fio dentário, escovilhões de diferentes tamanhos consoante o necessário e colutório. Um estado de saúde oral pode ser alcançado quando existe uma harmonia entre a placa, o biofilme e os tecidos adjacentes (Seneviratne, Zhang, & Samaranayake, 2011).

Kim, Noh, e Oh (2015) recomendam *check-ups* dentários e destartarizações com frequência para tentar ao máximo prevenir doenças periodontais e manter a saúde oral. Segundo Hinchman (2016), tanto o destartarizador como as curetas são eficazes na remoção de tártaro, redução da profundidade de sondagem, no aumento da inserção clínica e na diminuição da inflamação (Rabbani, Ash, & Caffesse, 1981).

A extração dentária é uma parte muito importante da terapêutica (Touré et al., 2011). Cáries múltiplas, doença periodontal, onde os dentes apresentem um elevado grau de mobilidade, razões estéticas e a necessidade de realizar extrações pré-protéticas são algumas das indicações e recomendações para a realização de extrações dentárias (Peterson, 2005). A extração dentária é dos atos clínicos mais realizados em medicina dentária (Akinbami & Godspower, 2014).

Os dentes são parte fundamental do corpo humano e são fundamentais para o seu bom funcionamento. Apesar dos avanços tecnológicos e das medidas preventivas, a exodontia continua a ser um dos atos clínicos mais praticados. Posto isto, não é questionável que nos dias de hoje ainda existam indicações claras para a realização de extrações dentárias (Appukuttan, 2016).

Os motivos mais frequentes para a realização de extrações dentárias são a cárie dentária não restaurável e a doença periodontal avançada (Escoda, C. G., e Aytés, 2004). Ortodontia, dentes mal posicionados, impactados e fraturados, dentes associados a lesões patológicas, que não podem ser mantidos para remoção das mesmas e dificuldades financeiras por parte do doente que, em alguns casos, não lhe permitam optar por um procedimento que possibilite a permanência do dente na arcada, são também indicações para a exodontia (Hupp, J. R., Ellis III, E., Tucker, 2014).

Por outro lado, a extração dentária apresenta algumas contraindicações sistémicas e locais. Devido a este facto, deve ser realizado um estudo do doente a nível pré-operatório, avaliando possíveis doenças sistémicas ou patologia específica da cavidade oral. Este estudo, aliado às técnicas anestésicas/operatórias disponíveis, converte algumas das contraindicações absolutas em relativas. Ao nível da cavidade oral, infeções provocadas pelo terceiro molar, patologias dentárias, infeções odontogénicas, infeções da mucosa bucal, tumores malignos e áreas irradiadas constituem-se como contraindicações para a realização de extração. Neste contexto, a prescrição de antibióticos e analgésicos numa primeira fase permitem ao doente posteriormente efetuar uma cirurgia com boa colaboração (Dar-Odeh, Abu-Hammad, Al-Omiri, Khraisat, & Shehabi, 2010).

A periodontite é uma doença inflamatória crónica que afeta o tecido gengival e suporte ósseo (Siregar & Hendari, 2016).

É uma das doenças orais mais prevalentes a nível mundial, sendo que a cárie dentária apresenta a maior prevalência, tornando-se assim um dos maiores problemas de saúde pública, afetando mais de 50% da população adulta do mundo (Alexandrina L. Dumitrescu, 2014).

Segundo Highfield (2009), o diagnóstico da periodontite é feito clinicamente através do reconhecimento de diversos sinais e sintomas. No periodonto saudável, a gengiva apresenta-se com uma cor pálida ou rosa e possível aspeto pontilhado (Palumbo, 2011). A margem gengival localiza-se na junção amelo-cementária e o sulco

gingival mede entre 1 e 3mm de profundidade. A hemorragia à sondagem não está presente no periodonto saudável (Lang & Bartold, 2018).

A alteração do padrão definido como saúde periodontal indica a possível presença de doença periodontal (Aljehani, 2014; Najeeb, Zafar, Khurshid, Zohaib, & Almas, 2016).

A periodontite é diagnosticada pela associação da gengivite com a diminuição da resistência dos tecidos à sondagem, levando a uma maior profundidade do sulco gengival, que vai refletir a perda de inserção periodontal (Highfield, 2009).

Os sistemas de classificação da doença periodontal surgiram de forma a que todos os profissionais pudessem classificar da mesma forma a doença. Assim, em 1999, surgiu um sistema de classificação que, desde então, tem sido o mais aceite e utilizado pelos profissionais, sendo este indicado pela *American Academy of Periodontology* (Highfield, 2009).

Para além da avaliação clínica dos sinais e sintomas, o diagnóstico da doença periodontal é suportado a nível radiológico. O *status* corresponde a um conjunto de 14 radiografias periapicais (Wolf, Herbert; Rateitschak, 2006; Zabell, 2006). De acordo com Hodge (2014), o objetivo é avaliar o nível de osso alveolar, visualizar o espaço do ligamento periodontal e a zona periapical, observar a presença de tártaro sub-gengival e de restaurações debordantes, analisar o comprimento da raiz, a sua morfologia e o suporte ósseo de dentes periodontalmente comprometidos.

Um desdentado parcial é definido como um doente com ausência de algumas peças dentárias nas arcadas superior e inferior, que estão associadas à cárie dentária, traumatismo e à periodontite (Moreira Carneiro et al., 2013).

Diversos estudos da área da periodontologia concluíram que o biofilme é o principal responsável pela periodontite e pela gengivite (Dewhirst et al., 2010; Larsen & Fiehn, 2017; Marsh, Do, Beighton, & Devine, 2016; Nath, S. G., & Raveendran, 2013; Vieira Colombo, Magalhães, Hartenbach, Martins do Souto, & Maciel da Silva-Boghossian, 2015). Segundo Batista, André e Carreiro (2013), o sucesso da reabilitação oral com uma PPR (prótese parcial removível) está diretamente relacionado com o controlo da higiene oral, pois a presença da prótese aumenta a adesão de biofilme, levando assim a maior necessidade de higienização (Dula, Shala, Pustina-Krasniqi, Bicaj, & Ahmedi, 2015).

De acordo com Trohel, Bertaud-Gounot, Soler, Chauvin, e Grimaud (2016), a necessidade de cuidados dentários é maior na população com menor nível socio-

económico. De facto, segundo este estudo, a necessidade de cuidados orais não está diretamente correlacionada com a existência ou não de seguro de saúde. Fatores como o nível educacional, condições económicas e a nacionalidade do indivíduo estão mais fortemente relacionados com a necessidade de cuidados de saúde oral.

Doentes com um nível superior de educação e poder económico estarão, em princípio, mais dispostos a ter melhores cuidados com a sua saúde oral (Uludamar, Evren, Işeri, & Özkan, 2011).

O tabagismo é outro dos fatores que se encontra também associado à perda dentária, especialmente quando está presente a longo prazo (Polzer, Schimmel, & Biffar, 2010; Kishore et al., 2013 & Malenica et al., 2017).

De acordo com a Comissão Europeia e com a Organização Mundial de Saúde, o tabaco é responsável pela morte de quase 6 milhões de pessoas a nível mundial por ano, atingindo 700.000 indivíduos na União Europeia. Relativamente a Portugal, em 2013, estima-se que o tabaco tenha provocado a morte de 5460 fumadores por cancro, 11% do sexo feminino (Polzer et al., 2010).

Segundo Rech, Dos Santos, Maahs e Vidor (2014) o consumo de tabaco eleva o risco de alterações nas estruturas dentárias. A perda dos dentes prejudica a oclusão e o sistema estomatognático, sendo que conduz a alterações na mastigação. Importa ainda salientar que a permeabilidade dentinária é afectada, aumentando a predisposição para patologias pulpares e periodontais.

As mudanças provocadas na estrutura e função decorrentes da perda de dentes e/ou má oclusão podem ser resultado de fatores intrínsecos, como a genética, ou de fatores extrínsecos, como o tabaco (Rech et al., 2014).

Os doentes edêntulos podem ter muitas complicações no dia-a-dia, tanto a nível da estética como a nível funcional, como por exemplo na fala ou mastigação (Baran & Nalçaci, 2009; Bilhan et al., 2012).

Outras opções de tratamento, sem recorrer à PPR são, por exemplo, a reabilitação de dentes ausentes com implantes osteointegrados, sendo estes uma solução mais dispendiosa, o que limita a sua escolha por parte dos doentes mais limitados economicamente (Stanford, 2007).

Segundo Assaoka, S. K., Cesar, E. A. e Oliveira (2014), o tratamento com prótese removível convencional continua a ser o tratamento de eleição em certos casos

em que fatores extrínsecos e intrínsecos ao indivíduo, como referido anteriormente, não permitem efetuar outro tipo de tratamento.

Kennedy classifica as ausências dentárias em relação às suas localizações referindo alguns princípios:

Classificação de Kennedy:

Classe I – Desdentado bilateral posterior;

Classe II – Desdentado unilateral posterior;

Classe III – Desdentado intercalar. Área desdentada unilateral, com presença de dentição natural anterior e posteriormente a esta área;

Classe IV – Desdentado anterior. Ausência de dentes anteriores com envolvimento da linha média;

Estes grupos são ainda combinados com os subgrupos introduzidos pelas modificações de Applegate. É considerada como a classificação mais aceite, dado que, tanto se refere à relação das áreas edêntulas como às peças dentárias ainda presentes em boca, determinando ainda o tipo de desenho da PPR mais apropriado para o caso (Aruna & Akshay, 2014).

O objetivo do tratamento com PPR é que, para além de repor as estruturas dentárias perdidas visa manter as peças dentárias remanescentes. Assim a PPR é responsável pela reposição de dentes em doentes que estão parcialmente edêntulos por substitutos artificiais, que podem ser removidos para uma correta higienização (Assaoka, S. K., Cesar, E. A., e Oliveira, 2014; Jing Zhao, 2014).

Não existe uma base científica suficiente que indique qual a melhor opção para a reabilitação de desdentados parciais, uma vez que existem diversas variações entre as intervenções mencionadas, tornando-se assim difícil a sua comparação e o estabelecimento de diferenças significativas entre as diferentes opções terapêuticas (Baat C, Witter D. J., 2011).

O médico dentista deve escolher a opção terapêutica mais adequada em termos estéticos, funcionais, custo para o doente e durabilidade da opção escolhida (Baat C, Witter D. J., 2011).

A prótese parcial removível é a mais versátil existente no mercado, estando indicada para casos de arcadas edêntulas intercalares (Campbell et al., 2017).

As próteses parciais removíveis, podem ser classificadas consoante a transmissão de força mastigatória ao osso alveolar (Kydd, Daly, & Waltz, 2015). Na prótese parcial removível dentosuportada a força mastigatória é transmitida ao osso alveolar através das peças dentárias remanescentes. Na PPR dento-muco-suportada, a força mastigatória é transmitida ao osso alveolar maioritariamente pelos dentes naturais, mas também pela fibromucosa, como na classe I de Kenedy, em que existem extremidades livres. Na PPR muco-dento-suportada, a força mastigatória é transmitida ao osso alveolar na maioria pela fibromucosa (Bessadet, Nicolas, Sochat, Hennequin, & Veyrune, 2013).

II – CASO CLÍNICO

2.1. Apresentação do caso clínico

O presente caso clínico reporta a situação de uma doente que se apresentou nas consultas com sinais de bastante ansiedade perante o consultório médico dentário, evitando-o sempre que possível.

A falta de cuidados de saúde e higiene oral levaram a um quadro clínico de dentição com bastante mobilidade.

O primeiro contato com a doente ocorreu na consulta de reabilitação oral (RO), onde a mesma se mostrava com bastante vontade de melhorar o seu sorriso tanto esteticamente como funcionalmente, sendo que, foi-nos revelado que os seus recursos financeiros eram limitados.

2.2. Descrição das consultas

2.2.1. Triagem

História Clínica:

A doente S. P., 48 anos, compareceu na consulta de triagem da Clínica Dentária Egas Moniz em outubro de 2016. Relatou como motivo da primeira consulta: “Para tratar o problema que eu tenho e tentar arranjar uma solução” [sic].

Antecedentes pessoais: Não se encontrava em tratamento médico, não possuía alergias medicamentosas, afirmou ter doença da tiróide, não sabendo especificar qual, e hipertensão arterial.

Antecedentes familiares: Diabetes (mãe, avó materna, irmão), hipertensão arterial (mãe, pai).

Hábitos: Fumava 3 cigarros por dia e consumia bebidas alcoólicas socialmente.

Higiene Oral: Afirmava que escovava os dentes 2 ou mais vezes por dia, utilizando escova manual, fio dentário e colutório.

Não utilizava qualquer tipo de prótese dentária.

Auto Percepção Oral: Considerava o estado dos seus dentes e gengivas “Muito Fraco”.

A doente relatou dificuldade em morder alimentos, de mastigação e vergonha da sua aparência. Era uma doente extremamente ansiosa.

Nas tabelas 1 e 2 são apresentadas informações recolhidas durante a consulta de triagem da Clínica Dentária Egas Moniz.

Tabela 1- Auto-avaliação de dificuldades devido a problemas dentários.

	Muitas vezes	Poucas vezes	Às vezes	Não	Não Sei
Dificuldades em morder alimentos	X				
Dificuldades de mastigação	X				
Dificuldades de fala				X	
Boca seca			X		
Sentir-se embaraçada com a sua aparência			X		
Sentir-se tenso pelos problemas dentários			X		
Vergonha de sorrir			X		
Interrupções no sono				X	
Faltar ao trabalho				X	
Dificuldades em realizar tarefas diárias				X	
Falta de tolerância com as pessoas mais próximas				X	
Redução da participação na vida social				X	

Tabela 2- Auto-avaliação do nível de ansiedade.

	Sem ansiedade	Ligeiramente ansiosa	Razoavelmente ansiosa	Muito ansiosa	Extremamente ansiosa
Tiver que fazer um tratamento dentário amanhã?					X
Estiver sentada na sala de espera para um tratamento?				X	
Estiver prestes a tratar uma cárie?					X
Estiver prestes a fazer uma limpeza dentária?					X
Estiver prestes a levar uma anestesia local na gengiva?	X				
Estiver prestes a extrair um dente				X	

Fotografias Iniciais Extra-orais

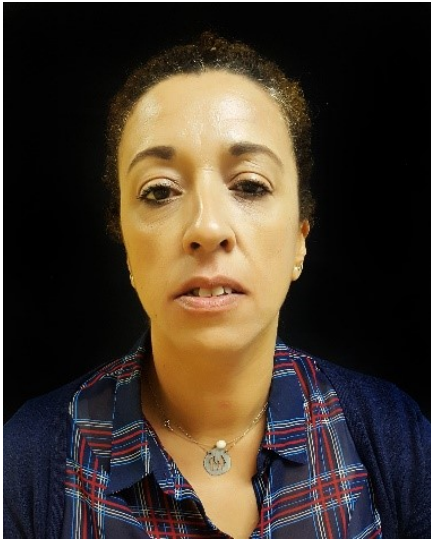


Figura 1- Inicial extra-oral vista frontal em repouso.

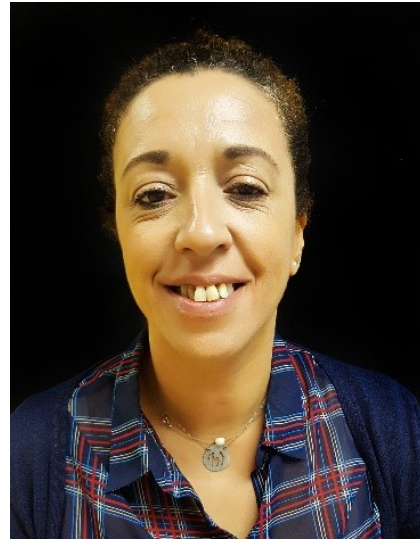


Figura 2- Inicial extra-oral vista frontal a sorrir.



Figura 3- Inicial extra-oral vista lateral direita em repouso.



Figura 4- Inicial extra-oral vista lateral direita a sorrir.



Figura 5- Inicial extra-oral vista lateral esquerda em repouso.



Figura 6- Inicial extra-oral vista lateral esquerda a sorrir.

Fotografias Iniciais Intra-Orais



Figura 7- Inicial intra-oral vista frontal.



Figura 8- Inicial intra-oral vista lateral direita.



Figura 9- Inicial intra-oral vista lateral esquerda.



Figura 10- Inicial intra-oral vista oclusal superior.



Figura 11- Inicial intra-oral vista oclusal inferior.

Exame Clínico

Segundo os dados recolhidos na triagem:

Exame extra-oral: perfil dolicofacial, sem assimetrias faciais, sem sintomatologia da ATM e dimensão vertical mantida.

Exame intra-oral: Sem alterações dos tecidos moles, sem hemorragia à sondagem, existência de mobilidades dentárias, a maioria de grau 3, e sem alterações das estruturas dentárias.

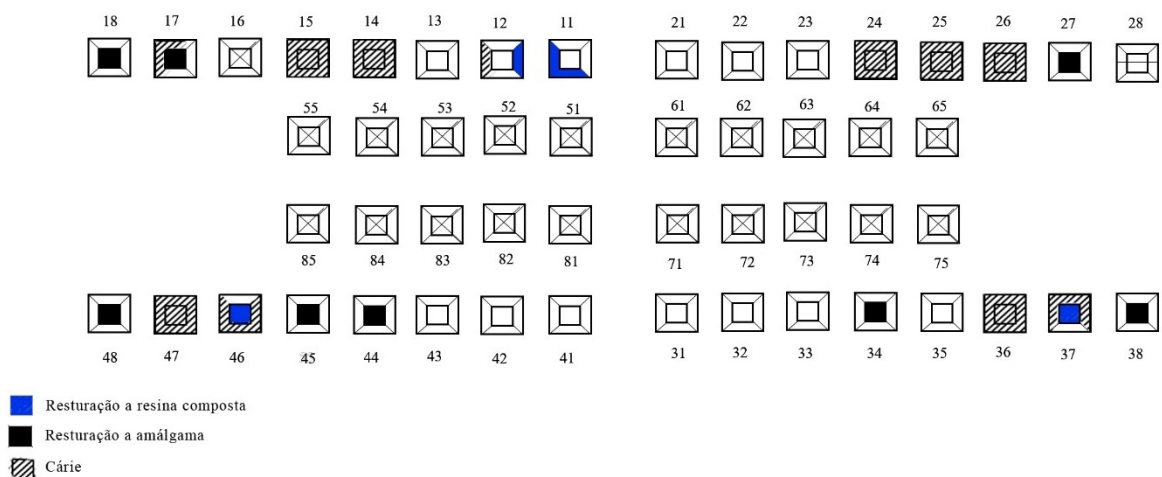


Figura 12- Ficha Dentária Internacional (FDI).

Após observação cuidadosa, a doente apresentava lesões cáries nos dentes permanentes, algumas restaurações tanto a resina composta como amálgama e ainda, algumas raízes retidas. Estas informações foram adicionadas à sua ficha dentária internacional.

Meios complementares de diagnóstico



Figura 13- Ortopantomografia.

Observámos clinicamente a existência de destruição coronária dos dentes 14, 15, 24, 25, 26, 27, 36 e o 28 encontra-se incluso.

Diagnóstico clínico: Cáries múltiplas, doença periodontal, desdentada parcial superior.

Plano de tratamento: Medicina dentária preventiva (MDP), tartarectomia como prioridade, cirurgia para remoção das raízes retidas numa primeira fase, periodontologia para avaliar a possibilidade de manter alguns dentes, dentisteria e reabilitação oral para realização de PPR superior e inferior.

2.2.2. Medicina Dentária Preventiva

Visto que a doente não suportava realização de tartarectomia por ultrassons, foi realizada curetagem manual e polimento.

2.2.3. Cirurgia

A doente apresentava raízes retidas dos dentes 14, 15, 24, 25, 26 a nível supra gengival. Foi indicado que se procedesse à sua exodontia. Foi administrada anestesia infiltrativa de lidocaína a 2% com adrenalina a 1:80.000. Após a anestesia foi utilizado o sindesmótomo para descolar a gengiva que envolve o dente, seguindo-se a luxação com a alavanca. Após a luxação verificou-se alguma mobilidade, sendo então utilizado o boticão de raízes. Foi feita tração do dente com o boticão na raíz, sem exercer uma força excessiva e sem movimentos repentinos. No fim da exodontia, foi realizada a sutura, mais especificamente, pontos cruzados. Como a sutura não era reabsorvível foi removida 7 dias após a extração.

Para ajudar a doente no pós-operatório foram dadas as seguintes indicações:

- ✓ Manter a compressa durante 30 minutos. Passado esse tempo, se ainda sangrar, voltar a colocar uma nova compressa e aguardar mais meia hora;
- ✓ Aplicar gelo na face, nas primeiras 12 horas, 10 minutos em cada hora;
- ✓ Ao dormir manter a cabeça elevada;
- ✓ Não fumar;
- ✓ Não bochechar nas primeiras 12 horas;
- ✓ Realizar uma dieta mole e fria;
- ✓ Não cuspir o sangue para que se possa formar um coágulo;
- ✓ Para prevenir a dor pós-operatória foi receitado Ibuprofeno 600mg.

A doente foi então reencaminhada para a consulta de periodontologia.

2.2.4. Periodontologia

Foi realizado o *status* radiográfico e o diagnóstico periodontal (periodontite crónica moderada generalizada), posteriormente, a doente não voltou a comparecer às consultas de periodontologia.

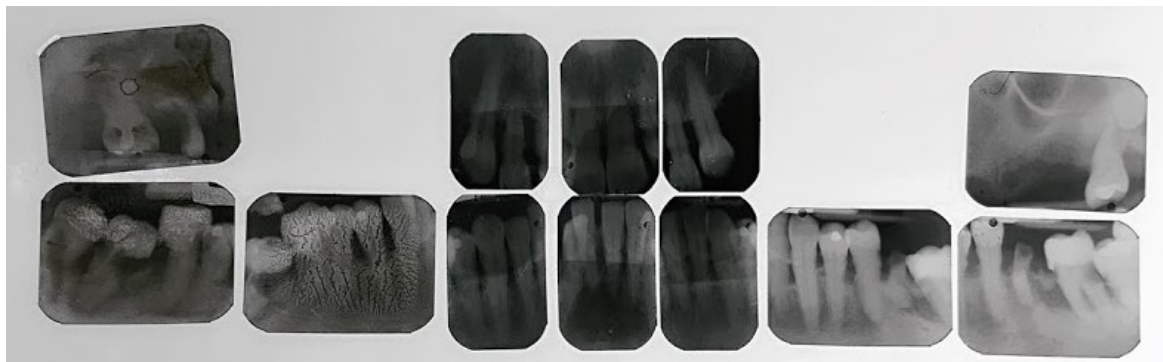


Figura 14- *Status* Radiográfico.

2.2.5. Reabilitação Oral

1º Consulta de RO

A doente compareceu à sua primeira consulta de RO em março de 2017, onde foi realizada a história clínica.

Como foi encaminhada para outras especialidades só voltou a comparecer em novembro de 2017.

Como já tinham decorrido 9 meses desde a sua última consulta de RO, foi realizada uma revisão da história clínica de reabilitação oral, impressões preliminares em alginato, com moldeira perfurada nº 3 e registo de mordida com silicone de adição, com o objetivo de estudar o caso, tendo em conta a existência de mordida cruzada.

Nas consultas seguintes foram realizadas as extrações dos dentes 27, 38, 46, 48 e raízes do 36 e 47.



Figura 15- Dentes 46 e 48 extraídos.

2º Consulta de RO

Após um período de espera para uma completa cicatrização e estabilidade local, a doente compareceu novamente na consulta em janeiro de 2018 para a realização de novas impressões preliminares em alginato com moldeiras *standart* perfuradas nº 3, que foram enviadas para o laboratório interno para confecção de moldeiras individuais.

A extração dos dentes anteriores foi planeada com entrega de prótese imediata, por motivos estéticos, sendo realizada após a extração dos dentes posteriores e confecção da prova de dentes dos mesmos.

Para a elaboração da moldeira individual, a impressão foi feita com alginato (hidrocolóide irreversível), visto que este é o material mais utilizado, de fácil utilização e com resultados satisfatórios.



Figura 16- Impressão preliminar superior.



Figura 17- Impressão preliminar inferior.

3º Consulta de RO

Nesta consulta foram realizadas impressões definitivas em alginato já com a utilização de moldeiras individuais e o registo intermaxilar com as ceras para registo de mordida.

O correto registo das relações intermaxilares é um passo de extrema importância para a montagem correta dos dentes. Nesta consulta também foi feita a escolha da cor dos dentes artificiais para as próteses. Foi escolhida a cor A3 da escala Vita. Esta deve ser escolhida com luz natural, com os dentes húmidos e com o auxílio de uma escala de dentes, neste caso foi utilizada a escala VITA (Vitapan®)

Foi pedida ao laboratório a prova de dentes posteriores, com o objetivo de alcançar uma oclusão posterior estável, para que, aquando da exodontia dos dentes anteriores, as próteses imediatas estivessem com a melhor adaptação possível.



Figura 18- Impressão definitiva superior.



Figura 19- Impressão definitiva inferior.



Figura 20- Registo intermaxilar vista frontal.



Figura 21- Registo intermaxilar vista lateral direita.



Figura 22- Registo intermaxilar vista lateral esquerda.

4º Consulta de RO

Foi realizada a prova de dentes, sendo verificado que a oclusão estava bem conseguida e a cor era a desejada.

Na prova de dentes é verificada a cor, a forma e o posicionamento dos dentes utilizando como referência as peças dentárias remanescentes, comparando sempre com o registo intermaxilar anteriormente efetuado para obter a oclusão real do doente.

Deve-se sempre perguntar a opinião do doente em relação à sua estética nesta consulta.

Foi então requisitado ao laboratório a confecção das próteses imediatas para ser realizada a exodontia dos dentes anteriores na consulta seguinte.



Figura 23- Prova de dentes vista frontal.



Figura 24- Prova de dentes vista lateral direita.



Figura 25- Prova de dentes vista lateral esquerda.

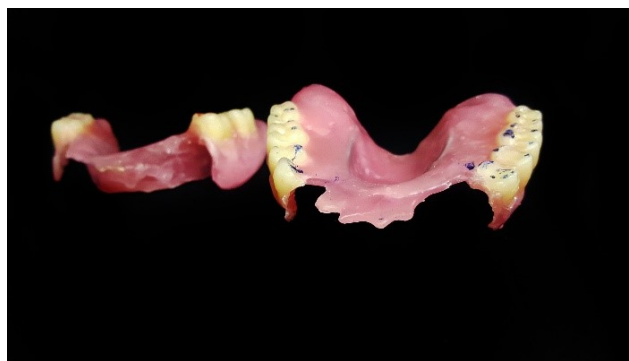


Figura 26- Prova de dentes.



Figura 27- Prova de dentes oclusal superior.



Figura 28- Prova de dentes oclusal inferior.



Figura 29- Prova de dentes intra-oral vista frontal.



Figura 30- Prova de dentes intra-oral vista lateral direita.



Figura 31- Prova de dentes intra-oral vista lateral esquerda.

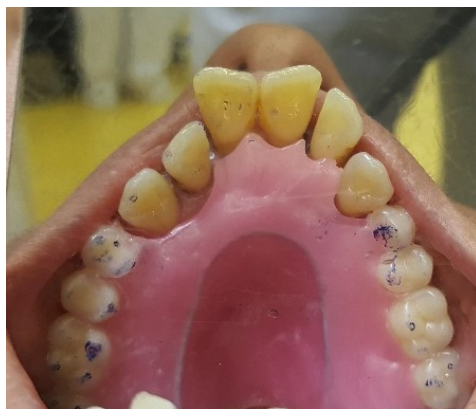


Figura 32- Prova de dentes intra-oral oclusal superior.



Figura 33- Prova de dentes intra-oral oclusal inferior.

5º Consulta de RO

Em março de 2018, procedeu-se à exodontia dos dentes 12, 11, 21, 22, 35, 42, 44, 45 e posterior entrega das próteses imediatas superior e inferior.

Para os dentes anteriores não foi necessária sutura, uma vez que o procedimento foi realizado no mesmo dia da entrega da prótese.



Figura 34- Exodontia dos dentes 12, 11, 21, 22.



Figura 35- Dentes extraídos 12, 11, 21, 22, 35, 42, 44, 45.

Antes das exodontias foi confirmado se todos os dentes que iriam ser extraídos se encontravam nas próteses.



Figura 36- Próteses imediatas superior e inferior.



Figura 37- Próteses imediatas intra-oral vista frontal.



Figura 38- Próteses imediatas intra-oral vista lateral direita.



Figura 39- Próteses imediatas intra-oral vista lateral esquerda.



Figura 40- Prótese imediata intra-oral vista oclusal superior.



Figura 41- Prótese imediata intra-oral vista oclusal inferior.



Figura 42- Próteses imediatas extra-oral vista frontal.



Figura 43- Próteses imediatas extra-oral vista lateral direita.

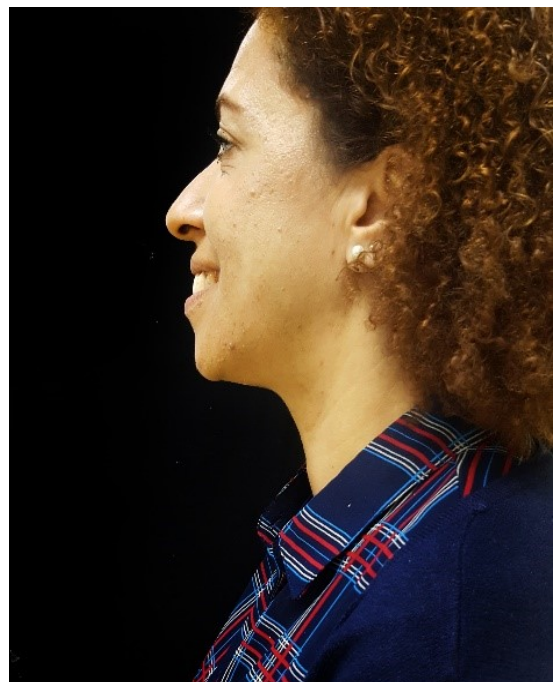


Figura 44- Próteses imediatas extra-oral vista lateral esquerda.

6ª Consulta de RO

A doente compareceu todas as semanas após a entrega das próteses imediatas para controlo e para pequenos ajustes.

Passados 3 meses verificámos que a cicatrização já se encontrava favorável para realização do rebase.



Figura 45- Cicatrização intra-oral vista oclusal superior.



Figura 46- Cicatrização intra-oral vista oclusal inferior.

7ª Consulta de RO

Visto as próteses serem imediatas, após a cicatrização os tecidos retraíram, sendo necessário a realização de rebase para preenchimento do espaço.

Procedemos à colocação na prótese superior e inferior de condicionador de tecidos para condicionamento das mucosas e à remoção dos excessos com uma lâmina de bisturi nº 15.



Figura 47- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos.



Figura 48- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista frontal.



Figura 49- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista lateral direita.



Figura 50- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista lateral esquerda.



Figura 51- Prótese rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista oclusal superior.



Figura 52- Prótese rebasadas com condicionador de tecidos intra-oral vista oclusal inferior.



Figura 53- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista frontal.



Figura 54- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista lateral direita.

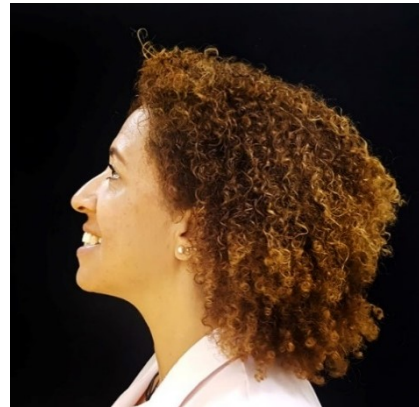


Figura 55- Próteses rebasadas com condicionador de tecidos extra-oral vista lateral esquerda.

8ª Consulta de RO

Uma semana após ter sido colocado o condicionador de tecidos, foi realizada a impressão de arrasto com moldeiras *standart* perfuradas nº 3 e alginato, sendo solicitado o rebase com acrílico ao laboratório.

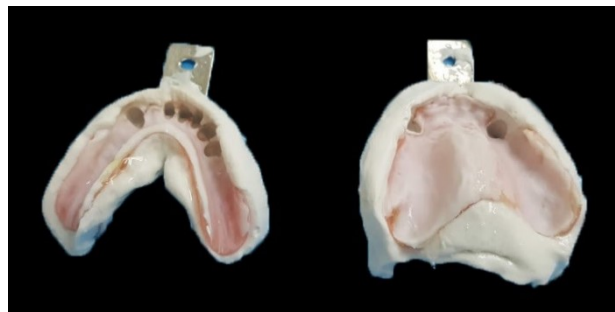


Figura 56- Impressão de arrasto para rebase.

9ª Consulta de RO

Nesta consulta procedeu-se à entrega das próteses pós-rebase. Foi verificada e corrigida a oclusão, foi mantida a mordida cruzada visto que não incomodava a doente a nível estético e principalmente a nível funcional. Como os dentes estavam vitais e não apresentavam qualquer mobilidade mantiveram-se em boca para melhorar a retenção da prótese.

Foi verificado que, embora fossem próteses imediatas, tinham bastante retenção e a doente ficou bastante satisfeita tanto com a retenção como com a estética.

Na consulta de entrega das próteses, verificou-se a oclusão, nomeadamente, pontos de contato e possíveis interferências e foram efetuados ajustes, de modo a eliminar as interferências oclusais. Deve existir um reforço na motivação para a higiene oral dos dentes remanescentes e dada instrução para higienização das próteses.

As próteses devem ser removidas durante a noite para descanso dos tecidos. Em caso de ulcerações, a doente deverá contactar o médico dentista de imediato. A doente deverá ser alertada para a importância das consultas de controlo, de forma a conseguir adaptar-se da melhor forma à prótese e para realizar ajustes caso seja necessário devido à possível retração dos tecidos moles.



Figura 57- Próteses superior e inferior pós-rebase.



Figura 58- Próteses superior e inferior pós-rebase.



Figura 59- Próteses pós-rebase intra-oral vista frontal.



Figura 60- Próteses pós-rebase intra-oral vista lateral direita.



Figura 61- Próteses pós-rebase intra-oral vista lateral esquerda.



Figura 62- Prótese pós-rebase intra-oral vista oclusal superior.



Figura 63- Prótese pós-rebase intra-oral vista lateral esquerda.



Figura 64- Extra- oral próteses pós-rebase extra-oral vista frontal.

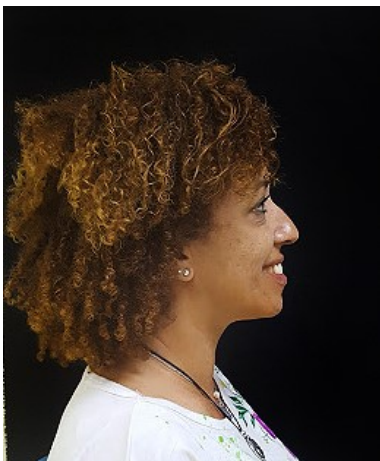


Figura 65- Extra- oral próteses pós-rebase rebase extra-oral vista lateral direita.



Figura 66- Extra- oral próteses pós-rebase rebase extra-oral vista lateral esquerda.

Follow up

A doente foi remarcada para nova consulta de reabilitação oral, com o objetivo de verificar alguma instabilidade ou interferência nas próteses que possa estar a causar algum desconforto. Foi ainda reencaminhada à consulta de MDP, 3 meses após a última consulta de *follow up*, dada a fraca higiene oral da doente.

III – CONCLUSÃO

Após a realização do caso clínico, podemos concluir que:

O resultado final foi ao encontro das expectativas estéticas, funcionais e mastigatórias da doente, tendo em conta a complexidade do caso, nomeadamente a existência de várias mobilidades e presença de mordida cruzada.

Foi realizada uma tentativa de motivar a doente a comparecer nas consultas de periodontologia mas sem sucesso.

A motivação para a higiene oral foi realizada em todas as consultas, com maior ênfase na última consulta, visto que os dentes remanescentes estão dependentes da motivação da doente.

A doente encontra-se bastante satisfeita com o seu novo sorriso e com o sucesso da reabilitação.

Com este caso clínico pensamos ter conseguido a solução mais adequada perante as dificuldades gerais do caso. Foi assim restabelecida a função mastigatória, fonética, estética e aumentada a auto-estima da nossa doente.

IV- RELATÓRIO FINAL

Na consulta de triagem foi elaborada a anamnese completa de modo a ser mais fácil compreender o estado geral de saúde da doente.

Foi ainda realizado um exame extra-oral e intra-oral, com o auxílio dos meios complementares de diagnóstico, com recurso à ortopantomografia, a fim de executar um diagnóstico oral e um plano de tratamento englobando as diversas áreas da medicina dentária. A doente apresentava uma higiene oral fraca, com presença de placa bacteriana, tártaro, cáries múltiplas, algumas raízes retidas, dente 28 incluso, mobilidade dentária em diversos dentes, doença periodontal e ausência de múltiplos dentes nas arcadas superior e inferior.

Considerou-se importante falar sobre as consequências que um insuficiente cuidado oral e o tabagismo têm na saúde oral pois a doente era fumadora.

O consumo de tabaco pode provocar perda de dentes, recessão gengival e casos de leucoplasia. Por este motivo, cabe ao dentista educar os seus doentes sobre as consequências resultantes do seu consumo (Agbor, Azodo, & Tefouet, 2013). Foi ainda transmitido à doente que o tabaco é um importante fator etiológico em diversas doenças com elevada taxa de mortalidade em todo o mundo (Polzer et al., 2010).

Após exame intra e extra-oral da doente, podemos concluir que a mesma apresentava: ausências dentárias nas arcadas superior e inferior, doença periodontal, cáries múltiplas e raízes retidas, mobilidades dentárias e o dente 28 incluso.

Um bom diagnóstico vai permitir ao médico dentista proporcionar os melhores resultados possíveis para a saúde da doente, assim como uma melhor avaliação dos riscos vs benefícios (Zero, Zandona, Vail, & Spolnik, 2011).

A doente foi reencaminhada para as consultas de medicina dentária preventiva, cirurgia, periodontologia e reabilitação oral.

A medicina dentária preventiva é um dos suportes da saúde oral e nela assenta a profilaxia e o controlo das doenças orais através dos tratamentos e da prevenção da gengivite e periodontite.

Para Hayasaki et al. (2014), a saúde oral é sustentada pela profilaxia e, por este motivo, é essencial na prevenção da cárie e doenças periodontais, na remoção de bactérias orais específicas e dos restos alimentares que se acumulam na superfície dentária. A placa bacteriana é o principal fator etiológico de ambas as doenças e pode ser removida através da escovagem dos dentes. Este deve ser um hábito diário cuja

eficiência pode ser sempre melhorada. No entanto, através da escovagem será removida apenas cerca de 40% da placa existente nas faces dos dentes. É ainda importante a utilização frequente do fio dentário assim como a seleção de um tipo de pasta adequado na profilaxia dentária. A combinação ideal para uma boa saúde oral passa por uma escovagem mais eficaz acrescida do uso de fio inter-dentário, escovilhão e colutório. Podemos identificar um estado saudável quando existe uma situação de harmonia entre a placa, o biofilme e os tecidos adjacentes.

Na consulta de medicina dentária preventiva realizou-se uma destartarização manual e polimento, recorrendo a curetas para ajudar a eliminar o excesso de tártaro, visto que a doente não suportava destartarização com ultrassons.

De acordo com Yoshino, Ito, Kuroda e Sugihara (2016), os principais motivos que levam a extrações são: doenças periodontais acompanhadas por dor, perda de função e bolsas, cáries avançadas da coroa ou da raíz, periodontite apical quando existe falha no tratamento da raíz, fratura completa ou incompleta da raíz, ou na presença de outros motivos, como por exemplo, uma perda resultante de um trauma. Os indivíduos com maior ausência de dentes têm uma tendência mais elevada para necessitar de extrações dentárias.

Na consulta de cirurgia oral, com base no exame radiográfico, planeou-se a exodontia das raízes 14, 15, 24, 25 e 26 que estavam retidas.

A doente seguiu posteriormente para a consulta de periodontologia.

De acordo com Alves et al. (2014), o diagnóstico correto das doenças periodontais está diretamente relacionado com sinais inflamatórios na sequência da acumulação dos microrganismos presentes no biofilme. Os doentes fumadores podem apresentar os indicadores inflamatórios suprimidos tornando a hemorragia da margem gengival menos pronunciada e os sinais inflamatórios menos notórios. Quando esta hemorragia ocorre em doentes fumadores pode ser um indicador de uma infeção subgengival. O estudo realizado por Nubesh S Khan, Roji Luke, Rino Roopak Soman, Praveen M Krishna e Iqbal P Safar (2015), concluiu que o tabaco altera a microflora oral, originando maior profundidade de sondagem, maior inserção clínica e maior perda óssea. O tabagismo origina também uma maior libertação de citocinas, de neutrófilos e afeta os eritrócitos e outros constituintes do sangue.

Na consulta de reabilitação oral foi realizada a história clínica através de uma avaliação cuidada dos dentes, dos espaços edêntulos, da cavidade oral e dos meios complementares de diagnóstico já existentes.

Em seguida, foi elaborado um plano de tratamento numa perspetiva de maior satisfação estética, maior eficácia funcional e com um custo reduzido.

Foram analisadas três hipóteses, entre as quais: próteses parciais removíveis acrílicas, próteses parciais esqueléticas e implantes. A opção escolhida foram as próteses parciais removíveis acrílicas superior e inferior indicadas em casos de grandes espaços edêntulos e de doença periodontal como era o caso desta doente.

Pretendia-se atingir um resultado funcional/estético que permitisse ao doente, num curto espaço de tempo, retomar a atividade profissional e uma vida social sem constrangimento.

O estudo de Rech, Dos Santos, Maahs e Vidor (2014) referiu que as alterações oclusais, ainda que apenas num dos lados da arcada dentária, provocam alterações na mastigação ao longo dos anos e ainda mudanças na velocidade e no padrão de mastigação. Enquanto que os indivíduos com a dentição completa conseguem usar quase 100% da sua capacidade funcional, nos doentes desdentados este valor pode ser reduzido para 70%.

Segundo Carr, A. B., Brown, D. T. e Cooper (2012), a perda de dentes traduz-se numa condição permanente em que a condição natural foi alterada. O fator estético é muito importante para qualquer doente e um sorriso atraente é uma ambição e por este motivo, aliado aos preços acessíveis à maioria da população, as próteses removíveis são uma opção de tratamento bastante escolhida. O aspeto natural, personalizado, o conforto e a funcionalidade adequados devem estar presentes por forma a atender aos critérios exigidos pela sociedade.

Este tipo de próteses têm indicação para grandes espaços edêntulos, com perda de osso alveolar, dentes que servem de suporte a coroas clínicas curtas ou como alternativa mais económica para os doentes com limitações financeiras (Lucas et al., 2010).

Foram realizadas as exodontias dos dentes posteriores 27, 38, 46 e 48 que apresentavam mobilidade e que ainda não tinham sido extraídos em cirurgia e as raízes do 36 e 47.

Esperámos a cicatrização dos tecidos e na consulta seguinte foram realizados os modelos de estudo com recurso a moldeiras perfuradas *standart* e a alginato. As moldeiras de *inox* perfuradas são a escolha mais frequente para próteses removíveis pois são rígidas e dificultam o deslocamento do alginato no interior das mesmas (Thongthammachat et al., 2002).

De seguida, manipulou-se o gesso na proporção água/pó adequada para obter uma mistura homogénea, sem bolhas e que produza um modelo de trabalho fiel e resistente. O gesso mais usado para este efeito é o tipo III (Carreiro e Batista, 2013).

Os modelos foram enviados para o laboratório interno para confeção de moldeiras individuais e blocos das ceras de mordida.

Na consulta seguinte, foi preparada a etapa para a obtenção do modelo de trabalho. Verificou-se a adaptação das moldeiras individuais à boca do doente e de seguida repetiu-se o processo anterior da moldagem do alginato só que desta vez o mesmo foi colocado nas moldeiras individuais perfuradas em resina acrílica ativada quimicamente, com os mesmos requisitos da consulta anterior. Estas moldeiras apresentam a vantagem de obter uma camada uniforme de alginato (3mm) em todas as áreas, além de não necessitarem de modificações por serem individualizadas (Carreiro, A. F. P., e Batista, 2013).

Os moldes foram posteriormente enviados para o laboratório e foram solicitados os modelos definitivos.

O registo intermaxilar foi de seguida efetuado e os blocos colocados nas zonas gengivais pertencentes aos espaços edêntulos, sendo pedido ao doente para morder as ceras como prova do plano oclusal. Com o auxílio da escala Vita[®], de um espelho e sem recurso à luz artificial, determinou-se a cor dos futuros dentes artificiais, cor A3, apoiada na cor dos dentes naturais.

O registo da cor e as ceras colocadas no modelo em articulador seguiram para o laboratório e foi solicitada a montagem dos dentes posteriores em cera.

A consulta seguinte incidiu na prova de dentes. Procedeu-se à colocação da estrutura dos dentes em cera na boca da doente e verificou-se o tamanho, a oclusão, a dimensão vertical e a cor. É nesta fase que deve ser analisado tudo o que foi feito anteriormente e caso existam erros, esta é a altura certa para corrigi-los.

Nesta etapa, se existir alguma correção a efetuar, deve-se refazer o ajuste e montagem do modelo inferior no articulador semi-ajustável (Carreiro, A. F. P., e Batista, 2013).

Como o resultado foi positivo pediu-se ao laboratório a acrilização das próteses e o acrescento dos dentes anteriores que iriam ser extraídos na próxima consulta .

Conforme planeado foram extraídos os dentes 12, 11, 21, 22, 35, 42, 44 e 45 visto serem estéticos, aquando da entrega das próteses dentárias. No final das extrações, foram dados alguns conselhos à doente: não remover as próteses durante um dia, higienizá-las após as refeições, aplicar gelo na parte anterior do maxilar, ingerir alimentos frios e líquidos até ao dia seguinte, não fumar até à cicatrização do alvéolo dentário, em caso de dor ou inflamação tomar a medicação receitada e/ou apresentar-se na urgência da Clínica Dentária Egas Moniz para ser observada e tratada em caso de necessidade.

Schueigart e Salbego (2015) referem que é importante indicar ao doente os cuidados que deve ter e que passam por manter a prótese durante as próximas 24 horas, não ocluir com demasiada força, em caso de dor tomar os medicamentos prescritos pelo médico dentista, ingerir apenas alimentos frios e moles nas primeiras horas e gelo na zona com intervalos de 15 minutos. No dia seguinte, higienizar as próteses com água e sabão e a boca com soro fisiológico e não tocar na ferida. Ao fim de uma semana deverá voltar ao consultório para realizar ajustes oclusais.

A doente voltou à consulta para a realização de pequenos ajustes até a cicatrização estar satisfatória para a colocação de condicionador de tecidos para posterior rebase.

Foi colocado condicionador de tecidos e removido os excessos com bisturi e lâmina nº15.

A doente compareceu na consulta após uma semana e foram realizadas impressões de arrasto com moldeiras *standart* nº3 e alginato.

Foi pedido ao laboratório interno o rebase das próteses, superior e inferior.

Foram entregues as próteses à doente e foram feitos os ajustes necessários.

Milward, Katechia e Morgan (2013) concluíram num dos seus estudos que quase 60% dos doentes apresentavam um nível reduzido de eficácia quanto à limpeza das próteses. É importante que os médicos dentistas indiquem aos seus doentes formas de higiene adequadas para uma boa manutenção das suas próteses, tal como indicações para um reforço periódico das medidas de limpeza. Esta consciencialização sobre a higienização protética pode não estar diretamente relacionada com o nível socioeconómico do doente. Segundo Ahmad, Amin e Naseer (2015), quem usa prótese

parcial demonstra ter uma pior aceitação tanto do conhecimento como das práticas de higiene oral, comparativamente com quem usa prótese total. Tal como, a acumulação de placa, a cárie, a doença periodontal e as lesões da mucosa representam problemas ligados aos efeitos negativos da PPR. Por este motivo, é importante consultar o médico dentista periodicamente, não só por uma questão de *check up*, mas também por questões de controlo da higiene oral e da motivação do utente (Cosme *et al.*, 2006).

A aceitação das próteses removíveis pelos doentes é tanto maior quanto maior for o conforto, a capacidade mastigatória, a aparência estética e a retenção (Shetty, Panchamal, & Shenoy, 2015).

Os tratamentos preventivos realizados periodicamente, ao longo da vida, após os doentes terem sido reabilitados, com a intenção de controlar a saúde dos dentes remanescentes e a manutenção funcional e estética dos elementos protéticos, permitem uma melhor integração funcional com os restantes componentes do sistema mastigatório (Di Fiore, S. R., Di Fiore, M. A., e Di Fiore, 2010).

Os tratamentos foram executados de uma forma multidisciplinar com base na literatura actual, tendo como objetivo atuar de uma forma ativa perante a necessidade emergente de restabelecer a saúde, a estética e a funcionalidade do sistema ortognático permitindo à doente melhorar a sua qualidade de vida, tanto a nível social como profissionalmente.

Comparação antes e após o tratamento dentário:



Figura 67- Intra-oral vista frontal inicial.



Figura 68- Intra-oral vista lateral direita inicial.



Figura 69- Intra-oral vista lateral esquerda inicial.



Figura 70- Intra-oral vista frontal final.

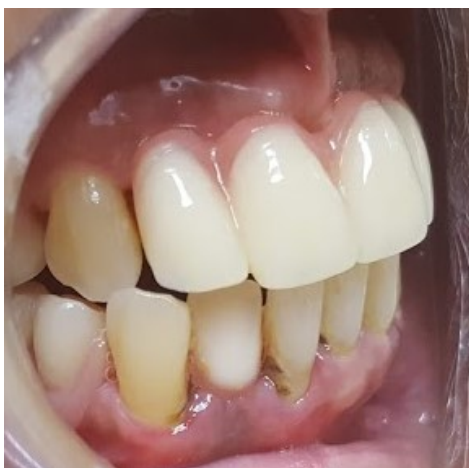


Figura 71- Intra-oral vista lateral direita final.



Figura 72- Intra-oral vista lateral esquerda final.



Figura 73- Extra-oral vista frontal inicial.



Figura 74- Extra-oral vista frontal final.

BIBLIOGRAFIA

- Agbor, M. A., Azodo, C. C., & Tefouet, T. S. M. (2013). Smokeless tobacco use, tooth loss and oral health issues among adults in Cameroon. *African Health Sciences*, 13(3), 785–790. <https://doi.org/10.4314/ahs.v13i3.38>
- Akinbami, B. O., & Godspower, T. (2014). Dry socket: Incidence, clinical features, and predisposing factors. *International Journal of Dentistry*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/796102>
- Aljehani, Y. A. (2014). Risk factors of periodontal disease: Review of the literature. *International Journal of Dentistry*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/182513>
- Alves, E., Faustino, M. A. F., Neves, M. G. P. M. S., Cunha, Â., Nadais, H., & Almeida, A. (2014). Potential applications of porphyrins in photodynamic inactivation beyond the medical scope. *Journal of Photochemistry and Photobiology C: Photochemistry Reviews*, 22(November), 34–57. <https://doi.org/10.1016/j.jphotochemrev.2014.09.003>
- Appukuttan, D. P. (2016). Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8, 35–50. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63626>
- Armfield, J. M., & Heaton, L. J. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review. *Australian Dental Journal*, 58(4), 390–407. <https://doi.org/10.1111/adj.12118>
- Aruna, J. B., & Akshay, J. B. (2014). A simplified classification system for partially edentulous spaces. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 3(2), 436. <https://doi.org/10.5958/j.2319-5886.3.2.088>
- Assaoka, S. K., Cesar, E. A., e Oliveira, F. de J. (2014). *Prótese Dentária - Princípios Fundamentais - Técnicas Laboratoriais*. (Editora Napoleão Ltda, Ed.).
- Baat C, Witter D. J., C. N. H. (2011). Acrylic resin removable partial dentures. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 1, 32–37.
- Baran, I., & Nałçaci, R. (2009). Self-reported denture hygiene habits and oral tissue conditions of complete denture wearers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 237–241. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.010>
- Batista, André & Carreiro, A. (2013). *Prótese Parcial Removível Contemporânea* (1ª). Santos.
- Bessadet, M., Nicolas, E., Sochat, M., Hennequin, M., & Veyrone, J.-L. (2013). Impact

- of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency. *Journal of Applied Oral Science*. <https://doi.org/10.1590/1679-775720130046>
- Bilhan, H., Erdogan, O., Ergin, S., Celik, M., Ates, G., & Geckili, O. (2012). Complication rates and patient satisfaction with removable dentures. *The Journal of Advanced Prosthodontics*, 4(2), 109. <https://doi.org/10.4047/jap.2012.4.2.109>
- Campbell, S. D., Cooper, L., Craddock, H., Hyde, T. P., Nattress, B., Pavitt, S. H., & Seymour, D. W. (2017). Removable partial dentures: The clinical need for innovation. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 118(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2017.01.008>
- Carr, A. B., Brown, D. T., e Cooper, S. E. (2012). *McCracken's prótese parcial removível*. Elsevier Editora Ltda.
- Carreiro, A. F. P., e Batista, A. U. D. (2013). *Prótese parcial removível contemporânea*. (Santos editora, Ed.).
- Dar-Odeh, N., Abu-Hammad, Al-Omiri, Khraisat, & Shehabi. (2010). Antibiotic prescribing practices by dentists: a review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 301. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S9736>
- Dewhirst, F. E., Chen, T., Izard, J., Paster, B. J., Tanner, A. C. R., Yu, W. H., ... Wade, W. G. (2010). The human oral microbiome. *Journal of Bacteriology*, 192(19), 5002–5017. <https://doi.org/10.1128/JB.00542-10>
- Di Fiore, S. R., Di Fiore, M. A., e Di Fiore, A. P. (2010). *Atlas de prótese removível. Princípios biomecânicos, bioprotéticos e de oclusão*. (Santos, Ed.).
- Dula, L. J., Shala, K. S., Pustina-Krasniqi, T., Bicaj, T., & Ahmedi, E. F. (2015). The influence of removable partial dentures on the periodontal health of abutment and non-abutment teeth. *European Journal of Dentistry*. <https://doi.org/10.4103/1305-7456.163234>
- Escoda, C. G., e Aytés, L. B. (2004). *Tratado de Cirurgia Bucal*. (Ergon, Ed.). Espanha.
- Hayasaki, H., Saitoh, I., Nakakura-Ohshima, K., Hanasaki, M., Nogami, Y., Nakajima, T., ... Yamasaki, Y. (2014). Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review*, 50(3), 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jdsr.2014.04.001>
- Highfield, J. (2009). Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian Dental Journal*, 54, S11–S26. <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01140.x>
- Hinchman, S. (2016). Ultrasonic Instrumentation Instruction in Dental Hygiene Programs in the United States. *The Journal of Dental Hygiene*, 90(2), 135–142.
- Hupp, J. R., Ellis III, E., Tucker, R. M. (2014). *Contemporary Oral and Maxillofacial*

- Surgery*. (Elsevier, Ed.) (6^a). St. Louis, Estados Unidos da América: Mosby.
- Jing Zhao, X. W. (2014). science-direct-topic-dental-prosthesis.pdf.
- Kay E. (2018). *A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health Data extraction Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) Produced by the Centre for Reviews and Dissemination*.
- Kim, M. J., Noh, H., & Oh, H. Y. (2015). Efficiency of professional tooth brushing before ultrasonic scaling. *International Journal of Dental Hygiene*, 13(2), 125–131. <https://doi.org/10.1111/idh.12127>
- Kishore, M., Panat, S. R., Choudhary, A., Aggarwal, A., Upadhyay, N., Agarwal, N., & Alok, A. (2013). Oral diagnostics: An integral component to geriatric health care. *Aging Male*. <https://doi.org/10.3109/13685538.2013.789014>
- Kydd, W. L., Daly, C. H., & Waltz, M. (2015). Biomechanics of oral mucosa 1. *Frontiers of Oral Physiology ,Physiology of Oral Tissues.*, 2, 108–129. <https://doi.org/10.1159/000393318>
- Lang, N. P., & Bartold, P. M. (2018). Periodontal health. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(August 2016), S9–S16. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12936>
- Larsen, T., & Fiehn, N. E. (2017). Dental biofilm infections – an update. *Apmis*, 125(4), 376–384. <https://doi.org/10.1111/apm.12688>
- LEVINE, S. (1965). Periodontal Disease: a Public Health Problem. *Australian Dental Journal*, 10(278), 69–74.
- Lucas, L. V. M., Gennari, F. H., Cohello, G. M., Dos Santos, D. M., Moreno, A., & Falcón-Antenucci, R. M. (2010). Estética en prótesis removibles. *Revista Cubana de Estomatologia*, 47(2), 224–235.
- Malenica, M., Prnjavorac, B., Bego, T., Dujic, T., Semiz, S., Skrbo, S., ... Causevic, A. (2017). Effect of Cigarette Smoking on Haematological Parameters in Healthy Population. *Medical Archives*, 71(2), 132. <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.132-136>
- Marsh, P. D., Do, T., Beighton, D., & Devine, D. A. (2016). Influence of saliva on the oral microbiota. *Periodontology* 2000, 70(1), 80–92. <https://doi.org/10.1111/prd.12098>
- Mitchell, D. A., Mitchell, L., e McCaul, L. (2014). *Oxford handbook of clinical dentistry*. (U. Oxford, Ed.) (6th ed.). Oxford University Press.
- Moreira Carneiro, A. C., Maia Correia, A. R., Reis Campos, J. C., Fonseca, P., Mesquita, P., & Figueiral, M. H. (2013). Caracterização da desdentação parcial

- numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 54(2), 60–67. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.11.006>
- Najeeb, S., Zafar, M. S., Khurshid, Z., Zohaib, S., & Almas, K. (2016). The role of nutrition in periodontal health: An update. *Nutrients*, 8(9), 1–18. <https://doi.org/10.3390/nu8090530>
- Nath, S. G., & Raveendran, R. (2013). Microbial dysbiosis in periodontitis. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 17(4), 543–545. <https://doi.org/http://doi.org/10.4103/0972-124X.118334>
- Newsome, P., Smales, R., & Yip, K. (2012). Oral diagnosis and treatment planning: Part 1. Introduction. *British Dental Journal*. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2012.559>
- Nubesh S Khan, Roji Luke, Rino Roopak Soman, Praveen M Krishna, Iqbal P Safar, S. K. S. (2015). Qualitative assessment of red blood cell parameters for signs of anemia in patients with chronic periodontitis. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 5(6), 476–481.
- Palumbo, A. (2011). The Anatomy and Physiology of the Healthy Periodontium, Gingival Diseases - Their Aetiology, Prevention and Treatment, Dr. Fotinos Panagakos. *Stony Brook University*, 9–18. https://doi.org/10.1007/978-0-585-39937-9_2
- Polzer, I., Schimmel, M., & Biffar, F. M. and R. (2010). Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *International Dental Journal*, 60, 143–155.
- Rabbani, G. M., Ash, M. M., & Caffesse, R. G. (1981). The effectiveness of subgingival scaling and root planing in calculus removal. *The Journal of Periodontology*, 52(3), 119–123. <https://doi.org/10.1902/jop.1981.52.3.119>
- Rech, R. S., Dos Santos, K. W., Maahs, M. A. P., & Vidor, D. C. G. M. (2014). Masticatory changes as a result of oral disorders in smokers. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 18(4), 369–375. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1385843>
- Schueigart, M. G., & Salbego, R. S. (2015). REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR : UM Marina Girardi Schueigart, 35.
- Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. (2014). Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care. Dental Clinical Guidance. *British Society of*

- Periodontology*, (June).
- Seneviratne, C. J., Zhang, C. F., & Samaranayake, L. P. (2011). Dental Plaque Biofilm in oral Health and Disease. *The Chinese Journal of Dental Research*, *14*(2), 87–94.
- Shetty, M. S., Panchamal, G. S., & Shenoy, K. K. (2015). Patient satisfaction with removable partial dentures and related factors - A Pilot study. *Journal of Contemporary Medicine*, *5*(1), 13. <https://doi.org/10.16899/ctd.58786>
- Siregar, I., & Hendari, R. (2016). Handling the Periodontal Disease in Community, *45*(2), 257–259.
- Stanford, C. M. (2007). Dental Implants. *The Journal of the American Dental Association*, *138*(September), S34–S40. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0361>
- Thongthammachat, S., Moore, B. K., Barco, M. T., Hovijitra, S., Brown, D. T., & Andres, C. J. (2002). Dimensional accuracy of dental casts: Influence of tray material, impression material, and time. *Journal of Prosthodontics*, *11*(2), 98–108. <https://doi.org/10.1053/jopr.2002.125192>
- Touré, B., Faye, B., Kane, A. W., Lo, C. M., Niang, B., & Boucher, Y. (2011). Analysis of reasons for extraction of endodontically treated teeth: A prospective study. *Journal of Endodontics*, *37*(11), 1512–1515. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2011.07.002>
- Trohel, G., Bertaud-Gounot, V., Soler, M., Chauvin, P., & Grimaud, O. (2016). Socio-Economic determinants of the need for dental care in adults. *PLoS ONE*, *11*(7), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158842>
- Uludamar, A., Evren, B. A., Işeri, U., & Özkan, Y. K. (2011). Oral health status and treatment requirements of different residential homes in Istanbul: A comparative study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *53*(1). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.10.029>
- Vieira Colombo, A. P., Magalhães, C. B., Hartenbach, F. A. R. R., Martins do Souto, R., & Maciel da Silva-Boghossian, C. (2015). Periodontal-disease-associated biofilm: A reservoir for pathogens of medical importance. *Microbial Pathogenesis*, *94*, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.micpath.2015.09.009>
- Wolf, Herbert; Rateitschak, E. M. & K. H. (2006). *Periodontia*. (Artmed, Ed.) (3^a). Porto Alegre.
- Yoshino, K., Ito, K., Kuroda, M., & Sugihara, N. (2016). Tooth Loss in Problem-oriented, Irregular, and Regular Attenders at Dental Offices. *The Bulletin of Tokyo*

Dental College, 57(1), 11–19. <https://doi.org/10.2209/tdcpublication.57.11>

Zabell, A. (2006). Dental radiographs, *137*(October), 2006.

Zero, D. T., Zandona, A. F., Vail, M. M., & Spolnik, K. J. (2011). Dental Caries and Pulpal Disease. *Dental Clinics of North America*, 55(1), 29–46. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2010.08.010>