



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

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL AO
ALCANCE DO PACIENTE**

Trabalho submetido por
Andreia Mata Cerdeira e Rosa
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2016



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

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL AO
ALCANCE DO PACIENTE**

Trabalho submetido por
Andreia Mata Cerdeira e Rosa
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof.^a Doutora Maria Alzira Cavacas

Setembro de 2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho final de curso ao meu filho e aos meus pais,
pela força que me transmitiram no objectivo de seguir
a carreira profissional com que me identifico.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, à minha sempre presente Orientadora, **Prof.^a Doutora Maria Alzira Cavacas** pela disponibilidade imediata e pela dedicação que depositou neste trabalho. Será uma docente que não vou esquecer durante a minha vida, que vou lembrar com enorme admiração pelo seu trabalho e pelo carisma que me transmitiu desde o início.

Ao meu filho, **André Araújo**, pela força e pelo carinho que me transmitiu ao longo destes anos.

A toda a minha **família**, principalmente os meus **pais**, António Rosa e Berta Cerdeira, e às minhas **primas**, Patrícia Marques e Joana Dias pelo apoio e incentivo que me deram.

Aos **colegas** e **amigos** que me acompanharam de perto durante este curso, principalmente à minha colega de box, Elisa Baio, com quem partilhei a aprendizagem da prática clínica.

Ao **ISCSEM**, agradeço com muito orgulho e admiração.

Ao **utente M.C.**, que acreditou no meu trabalho, tendo colaborado de forma exemplar durante todo o processo de execução dos tratamentos.

RESUMO

O caso clínico apresentado visa a reabilitação oral de um doente desdentado parcial com doença periodontal, tendo por base tratamentos multidisciplinares desde a Medicina Dentária Preventiva, passando pela Cirurgia Oral, Periodontologia, Endodontia, Dentisteria Restauradora e Reabilitação Oral. A interação existente entre as especialidades da Medicina Dentária possui elevada importância clínica, atuando na estética, na funcionalidade e na fonética, de modo a que se atinja uma saúde oral equilibrada. Atualmente, os médicos dentistas possuem diversas opções terapêuticas e materiais cientificamente comprovados para solucionar as mais variadas situações. Tratando-se de um caso complexo, foi necessário realizar o diagnóstico e o plano de tratamento adequados a uma reabilitação oral eficaz, escolhendo como tratamento protético a colocação de uma prótese parcial acrílica superior e outra inferior. O objetivo principal do estudo deste caso clínico prende-se em apresentar a totalidade das consultas prestadas a um doente e a sua recuperação através de um trabalho individualizado, obtendo como resultado final a recuperação da saúde oral, o restabelecimento das funções do sistema estomatognático e a recuperação da estética dentária.

Palavras-chave: reabilitação oral, estética, funcionalidade, equilíbrio sistema estomatognático.

ABSTRACT

This case report aims to oral rehabilitation of a partially edentulous patient with periodontal disease, based on multidisciplinary treatment from the Preventive Dentistry, through Oral Surgery, Periodontics, Endodontics, Restorative Dentistry and Oral Rehabilitation. The interaction between the specialties of dentistry has high clinical importance, acting on aesthetics, functionality and phonetics, so as to achieve a balanced oral health. Nowadays, dentists have several therapeutic options and materials scientifically proven to solve the most varied situations. Since this is a complexed case, it was necessary to make the prevalence and treatment plan suitable for an effective oral rehabilitation, choosing as prosthetic placement of an upper acrylic partial denture and another lower. The main study objective of this clinical case holds up to present all the consultations given to a patient and their recovery through an individualized work, obtaining as final result the recovery of oral health, reestablishing of the stomatognathic system functions and recovery of dental aesthetics.

Keywords: oral rehabilitation, aesthetics, functionality, stomatognathic system balance.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	13
	1. Integração do tema	13
	2. Saúde Oral	16
	3. Tabagismo	16
	4. Edentulismo	17
	5. Reabilitação estética e funcional	18
	6. Prótese parcial removível acrílica	20
	1. Cuidados gerais	21
II.	OBJECTIVOS	23
III.	CASO CLÍNICO	25
	1. Apresentação do caso clínico	25
	2. Descrição das consultas	25
	2.1.Triagem	25
	2.2.Cirurgia	29
	2.3.Medicina dentária preventiva	31
	2.4.Periodontologia	33
	2.5.Endodontia	38
	2.6.Dentisteria restauradora	42
	2.7.Reabilitação oral	47
	3. Consultas agendadas	57
IV.	RELATÓRIO DO CASO CLÍNICO	59
V.	CONCLUSÕES	75
VI.	BIBLIOGRAFIA	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 – Vista frontal inicial	26
Fig. 2 – Vista lateral inicial	26
Fig. 3 – Vista frontal inicial a sorrir	26
Fig. 4 – Vista frontal inicial das peças dentárias	27
Fig. 5 – Vista lateral inicial das peças dentárias	27
Fig. 6 – Ficha dentária internacional	28
Fig. 7 – Ortopantomografia	28
Fig. 8 – Exodontia do dente 2.6	30
Fig. 9 – Exodontia do dente 2.7	30
Fig.10 – Exodontia do dente 2.4	30
Fig. 11 – Antes da destartarização	31
Fig. 12 – Presença de tártaro dentário (arcada dentária inferior)	31
Fig. 13 – Após a destartarização	32
Fig. 14 – Periodontograma inicial da arcada superior e da arcada inferior	33
Fig. 15 – Status radiográfico	34
Fig. 16 – Anestesia infiltrativa antes do alisamento	35
Fig. 17 – Alisamento radicular	36
Fig. 18 – Após o alisamento radicular	36
Fig. 19 – Periodontograma de reavaliação periodontal da arcada superior e da arcada inferior	37
Fig. 20 – Destartarização na consulta de reavaliação periodontal	38
Fig. 21 – Lesão de cárie no dente 1.3	38
Fig. 22 – Endodontia do dente 1.3	39
Fig. 23 – Radiografia periapical final do dente 1.3	39
Fig. 24 – Radiografia periapical inicial do dente 4.4	40
Fig. 25 – Lima apical inicial	41
Fig. 26 – Prova de cone de gutta	41

Fig. 27 – Dente 4.4 obturado	41
Fig. 28 – Dente restaurado provisoriamente	41
Fig. 29 – Radiografia periapical final do dente 4.4	41
Fig. 30 – Películas radiográficas para elaboração do plano de tratamento de dentisteria	42
Fig. 31 – Vista lateral do dente 1.3	43
Fig. 32 – Cárie removida dos dentes 2.2 e 2.3	43
Fig. 33 – Restauração a resina composta dos dentes 2.2 e 2.3	43
Fig. 34 – Lesão de cárie no dente 4.4	44
Fig. 35 – Cárie removida do dente 4.4	44
Fig. 36 – Colocação de espigão metálico	44
Fig. 37 – Restauração definitiva do dente 3.7	45
Fig. 38 – Remoção das restaurações provisórias	46
Fig. 39 – Restaurações definitivas	46
Fig. 40 – Redução do pino metálico do dente 4.4	46
Fig. 41 – Aspecto final do dente 4.4	46
Fig. 42 – Impressão Preliminar Superior	47
Fig. 43 – Impressão Preliminar Inferior	47
Fig. 44 – Moldeira Individual Superior	48
Fig. 45 – Moldeira Individual Inferior	48
Fig. 46 – Impressão Definitiva Superior	48
Fig. 47 – Impressão Definitiva Inferior	48
Fig. 48 – Modelo de Trabalho Superior	48
Fig. 49 – Modelo de trabalho inferior	49
Fig. 50 – Escolha da cor dos dentes	49
Fig. 51 – Vista frontal dos modelos em articulador	50
Fig. 52 – Vista lateral direita e esquerda dos modelos em articulador	50
Fig. 53 – Vista oclusal dos modelos superior e inferior	50
Fig. 54 – Exodontia do dente 2.1	51
Fig. 55 – Dente 2.1	51

Fig. 56 – Vista anterior das próteses parciais acrílicas superior e inferior	52
Fig. 57 – Vista oclusal das próteses parciais acrílicas superior e inferior	52
Fig. 58 – Vista lateral das próteses parciais acrílicas superior e inferior	52
Fig. 59 – Vista intra-oral frontal e lateral direita	53
Fig. 60 – Vista intra-oral lateral esquerda	53
Fig. 61 – Vista intra-oral ocluso-parcial	53
Fig. 62 – Vista frontal com as próteses parciais removíveis	54
Fig. 63 – Vista direita de perfil e a sorrir com as próteses parciais removíveis	54
Fig. 64 – Vista esquerda de perfil e a sorrir com as próteses parciais removíveis	54
Fig. 65 – Desgaste da prótese	55
Fig. 66 – Polimento da prótese	55
Fig. 67 – Impressão de arrasto da prótese inferior	55
Fig. 68 – Rebase da prótese superior	56
Fig. 69 – FDI final	56
Fig. 70 – Sequência de reabilitação oral funcional e estética	73
Fig. 71 – Antes e depois dos tratamentos dentários	74

LISTA DE SIGLAS

ATM: Articulação Temporomandibular

FDI: Ficha Dentária Internacional

IG: Índice Gengival

IP: Índice de Placa

ISCSEM: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

MDP: Medicina Dentária Preventiva

MTA: Agregado de Trióxido Mineral

PR: Prótese Removível

INTRODUÇÃO

1. Integração do tema

Um dos principais indicadores de saúde oral na população adulta é a perda dentária como resultado de uma falha quanto às medidas preventivas e/ou curativas prévias. Por ser evitável na maioria dos casos e por acarretar consideráveis prejuízos na vida das pessoas, a perda de peças dentárias representa um problema de saúde pública. Indivíduos pouco informados parecem usar os serviços de medicina dentária apenas diante de condições já extremas, apresentando maior probabilidade de ser necessário executar uma extração (Haikal *et al.*, 2014).

Segundo Alves *et al.* (2015), fumar é um factor de risco considerável que influencia as doenças periodontais relativamente à sua prevalência, progressão e gravidade. O predomínio elevado de gengivite e de periodontite entre os fumadores é um aspecto que ocorre tanto nos países em desenvolvimento, como nos países desenvolvidos.

O hábito tabágico continua a ser um problema importante de saúde pública na Europa. Apesar de nos últimos anos as taxas de consumo de tabaco terem diminuído em muitos países, o seu consumo está a aumentar entre as mulheres e os jovens. À parte do seu efeito prejudicial na saúde em geral, o hábito tabágico é também a causa principal de numerosas patologias da cavidade oral (Sala & Gracia, 2013).

De acordo com a World Dental Federation, o consumo de tabaco afecta a qualidade de vida de diversas formas: além dos seus efeitos adversos sobre o sistema cardiovascular e respiratório, diminui a cicatrização de feridas e a decresce a resposta imune a infecções da cavidade oral. Simultaneamente, contribui para o aparecimento de doenças periodontais,

gingivite, cancro oral, lesões no palato, halitose, diminuição do paladar e do olfacto, coloração dentária típica de um fumador e perda prematura de peças dentárias (FDI, 2016).

Para Sakar (2015), a perda de peças dentárias pode causar e/ou aumentar o risco de obesidade, doenças gastrointestinais, dos níveis de colesterol e diabetes melitus tipo II. As doenças cardiovasculares também estão englobadas, aumentando o risco de alterações no registo electrocardiográfico, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença isquémica cardíaca, acidente vascular cerebral e esclerose da válvula aórtica.

A desdentação parcial pode ser definida como a ausência de alguns dentes naturais numa arcada dentária, e está normalmente associado à cárie dentária, na população jovem, e à periodontite, quando consideramos a população adulta. No entanto, outros fatores podem estar associados a esta patologia, sendo importante ter em conta o nível de educação e nível socioeconómico, as atitudes do paciente, a assiduidade às consultas médico-dentárias, a prestação do médico dentista e as características do próprio sistema de saúde em que se encontra inserido (Carneiro *et al.*, 2013).

Segundo um estudo realizado pela Global Burden Disease, a cárie não tratada na dentição permanente foi a condição mais prevalente na análise sistemática sobre as condições orais. As doenças da cavidade oral aparecem no top 100 entre as doenças com maior peso na diminuição da saúde da população a nível mundial, atingindo 3,9 mil milhões de pessoas (Marcenes *et al.*, 2013).

Também Xie, Ding e Yang (2015) referem que a perda dentária é uma doença crónica que afecta a qualidade de vida devido aos problemas físicos, funcionais, psicológicos e sociais que origina. Compromete desde a execução de tarefas essenciais como comer, passando pela comunicação até à socialização.

A falta de peças dentárias altera o equilíbrio do sistema estomatognático pela modificação de parte do esqueleto facial comitantemente com a perda de osso alveolar e com a resposta

neuromuscular, tendo repercussões tanto na mastigação, como na deglutição e na fala (Olchik, Ayres, Presotto, Baltezan & Gonçalves, 2013).

Conseqüentemente, as alterações relacionadas com o sistema estomatognático podem provocar estímulos dolorosos e alterações psicológicas/emocionais que interferem directamente no desempenho de actividades diárias, quer seja pela morbidade provocada pela dor, quer seja por uma dificuldade no relacionamento interpessoal resultante da ausência de elementos dentários (Guerra, Greco, Leite, Ferreira & Paula, 2014).

Actualmente, os pacientes exigem um sorriso jovem e atraente juntamente com uma função aceitável. A reabilitação oral completa de indivíduos com uma dentição funcionalmente comprometida envolve frequentemente uma abordagem multidisciplinar representando um desafio considerável para o clínico de medicina dentária (Goyal, Goyal, Hegde, Balkrishana & Narayana, 2013).

A utilização da prótese dentária tem como objetivo compensar o edentulismo total ou parcial e os defeitos ósseos alveolares através de biomateriais. A sua finalidade assenta na melhoria da função oral e na estética. Numa restauração protética devem ser tidas em conta considerações estéticas, como a cor, a morfologia dos dentes e da gengiva e a simetria facial (Ishida, Fujimoto, Higaki, Goto & Ichikawa, 2015).

Assim, a reabilitação oral com próteses influencia fortemente a vida quotidiana sendo uma ferramenta importante para restabelecer a capacidade de um indivíduo interagir com os outros. Ainda que cada vez seja dada mais atenção à reabilitação com implantes e próteses fixas esta ainda se apresenta muito dispendiosa. Nesse sentido e para fazer face a algumas limitações específicas, as próteses removíveis podem ser uma solução. As próteses removíveis são usadas por opção do paciente, por significarem um menor custo ou pelos tecidos não se encontrarem favoráveis a implantes. Assim, as próteses removíveis são, em muitas circunstâncias, uma possibilidade aceite para a restabelecer a função oral (Xie *et al*, 2015).

2. Saúde Oral

A saúde oral é uma parte inseparável da saúde geral. A condição socioeconómica e a saúde oral estão por vezes associadas, devido ao papel vital que este factor desempenha no acesso às terapêuticas (Choudhury *et al.*, 2016).

Segundo o Barómetro Nacional de Saúde Oral da Ordem dos Médicos Dentistas, 46,7% os portugueses não consultam um médico dentista há mais de um ano, 7,7% não vão a uma consulta de medicina dentária há mais de 5 anos e 34,4% nunca consulta o médico dentista ou só o faz em caso de urgência (OMD, 2015).

A avaliação das necessidades de tratamento protético realizada de uma forma sistemática é essencial para determinar a qualidade dos cuidados de saúde oral através da recolha de informações que propiciam mudanças benéficas na vida das pessoas (Choudhury *et al.*, 2016).

A motivação é essencial para a promoção da saúde oral que, na sua essência, é a força propulsora das atitudes do doente. No percurso da motivação, é importante a consciencialização do paciente relativamente ao estado da sua saúde oral para que ele possa alterar o seu comportamento (Silva, Silva, Correa, Piva & Werneck, 2011).

3. Tabagismo

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e com a Comissão Europeia, 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 o óbito de 5460 fumadores por cancro, 89% do sexo masculino. O cancro mais frequente é o da traqueia, brônquios e pulmão. Em menor número, nos homens, os cancros do estômago, do esófago e da bexiga enquanto que nas mulheres são

registados os do cólon e do reto, do pâncreas e do estômago. Nos dois sexos, o grupo etário entre os 50-69 anos foi o que apresentou maiores índices de mortalidade. Para os homens, fumar é a primeira causa de perda de anos de vida saudável, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016).

De acordo com Rech, 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, o que reporta a alterações da mastigação. Além disso, a permeabilidade dentinária é afectada aumentando a predisposição para patologias da polpa e patologias periodontais.

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

4. Edentulismo

O edentulismo é um problema major de saúde oral que afecta de forma negativa a parte biológica, psicológica e social do indivíduo. O molares são os dentes mais afectados. A principal causa desta condição é a cárie dentária, em seguida encontra-se a doença periodontal e, em percentagens inferiores, motivos protéticos, trauma dentário e motivos ortodônticos. A cárie dentária na população adulta é mais prevalente entre os 31 e os 40 anos, sendo que tem tendência a diminuir com o aumento da idade em contraste com a doença periodontal que é mais incidente a partir dos 40 anos (Silva, 2012).

Quando estamos perante casos em que existe ausência de mais de 7 dentes, a capacidade de mastigação é prejudicada de forma significativa. Por outro lado, é considerada satisfatória quando estão presentes 20 ou mais dentes, principalmente se eles estiverem bem posicionados na arcada dentária na zona dos pré-molares (Sakar, 2015).

De acordo com Jeyapalan e Krishnan (2015), o edentulismo parcial origina compromissos clínicos e altera o estilo de vida. Na prática, resulta em alterações e inclinação dos dentes adjacentes, supra erupção de dentes adjacentes e dos dentes oponentes, atinge a fala, mudanças na aparência facial e distúrbios temporomandibulares. Aspectos essenciais como a perda e degradação contínua do osso alveolar e as alterações dos dentes adjacentes e estruturas de suporte influenciam a possibilidade de obter uma restauração adequada neste tipo de pacientes. Relativamente ao estilo de vida, o edentulismo pode originar a restrição das opções dietéticas e a falta de auto-confiança acabando por comprometer as actividades sociais.

Este tema revela-se um dos assuntos mais estudados na nossa área. Consoante a sua localização, o edentulismo parcial pode ser encontrado em mais de 65000 combinações. A classificação das arcadas parcialmente desdentadas tem por base diversos métodos, como por exemplo, a classificação de Kennedy a qual é amplamente abordada e aceite pelos médicos dentistas (Jeyapalan & Krishnan, 2015).

5. Reabilitação estética e funcional

A procura de tratamentos estéticos pelos pacientes faz parte da rotina dos profissionais de medicina dentária. Os pacientes desejam tratamentos que lhes ofereçam melhorias estéticas, sendo que um tratamento interdisciplinar é considerado uma mais-valia para produzir melhores resultados. O protocolo de tratamento não deve ser colocado de uma forma generalizada, em vez disso deve ser individualizado e discutido entre médico e paciente. Deste modo, torna-se mais simples e seguro garantir o planeamento estético adequado e os resultados satisfatórios, de acordo com o desejo dos utentes (Machado, 2014).

Como o resultado subjectivo se revela uma das metas mais complicadas de atingir, cabe ao profissional a responsabilidade de entender e definir os interesses dos seus pacientes para

que haja uma maior aproximação às expectativas (Orrego-Ramírez, Meza-Fuentealba, Vergara-Núñez, Lee-Munoz & Schleyer-Daza, 2016).

Por outro lado, Machado (2014) criou o protocolo dos “10 mandamentos da estética do sorriso” e assume que devem ser consideradas algumas particularidades. A verticalidade dos incisivos superiores e sua harmonia com o arco, relação e simetria dos incisivos centrais maxilares, relação antero-superior dos dentes, presença de espaço antero-superior, *design* da gengiva, níveis de exposição gengival, linha média e angulação dos dentes são tópicos incluídos nesta abordagem. Para além destes, atentar a detalhes como a cor dos dentes, a forma anatómica e o volume dos lábios também contribui para o sucesso do resultado final.

Singh, Aeran, Kumar e Gupta (2013), com base nos resultados de um questionário sobre a importância dos dentes e do sorriso aplicado aos 1457 trabalhadores numa grande empresa, relataram que um sorriso e dentes brancos são muito importantes para as relações comerciais e que durante a comunicação, o olhar é atraído pela primeira vez directamente aos olhos e, em seguida, para a boca.

De acordo com essa dinâmica, devemos respeitar o ditado popular que refere “o sorriso é o nosso cartão de visita” uma vez que existe evidência científica sobre este assunto. O sorriso é o elemento mais importante do contexto da estética dento-facial. Para uma melhor e mais completa avaliação clínica as fotografias são consideradas ferramentas importantes sendo consideradas como *gold standart* no tratamento reabilitador (Machado, 2014).

Segundo a OMD (2015), em Portugal, apenas 28% das pessoas têm a dentição completa e uma percentagem superior a 37% da população já perdeu mais de 6 dentes. No ano de 2015, este valor aumentou em cerca de 5% face ao ano de 2014.

Na perda dos dentes há consequências que podem afectar a saúde oral e sistémica. A perda óssea alveolar é a principal, ocorrendo com maior intensidade nos primeiros 3-6 meses após a extração. A migração dentária pode acontecer, principalmente, no ano seguinte à

extração. As alterações da tuberosidade e um conseqüente excesso de tecido fibroso podem resultar da ausência de molares mandibulares. Quando existe uma perda dentária total posterior, a região dentária anterior pode ficar sobrecarregada, favorecendo a perda ou diminuição da dimensão vertical. A função mastigatória pode ser prejudicada podendo tornar-se unilateral ou anterior, especialmente em casos de desdentados parciais com selas livres posteriores (Sakar, 2015).

A mastigação unilateral é um mecanismo natural de adaptação usado para diminuir o trauma nos tecidos periodontais, dentes e articulações. Pode provocar interferências oclusais e acumulação de placa bacteriana, cáries, doença periodontal e assimetria da face (Rech *et al.*, 2014).

Na reabilitação dentária estética e funcional de pacientes que apresentam ausência parcial de dentes, as próteses parciais removíveis estão entre as modalidades de tratamento mais escolhidas. No entanto, existem casos em que as mesmas podem ser a única opção disponível (Singh *et al.*, 2013).

6. Prótese removível parcial acrílica

As próteses parciais removíveis acrílicas têm indicação para reabilitação de espaços sem dentes de forma definitiva ou provisória. O facto destas próteses terem um custo menos oneroso não deve ser encarado como um tratamento menos nobre ou que represente uma qualidade inferior. A sua base acrílica permite acrescentar dentes, alterar tridimensionalmente o seu volume e a readaptação aos tecidos de suporte (Calha, 2015).

Em pacientes parcialmente edentados, a prótese parcial removível ainda é uma alternativa bastante viável de reabilitação, uma vez que nem sempre o paciente possui condições fisiológicas adequadas, ou condições financeiras, para que outro tipo de trabalho reabilitador seja executado. Frequentemente, a estética resultante da falta de funcionalidade

das peças dentárias provoca um dano social marcante. Um tratamento restaurador deve, idealmente, colmatar este tipo de problemas devolvendo a auto-estima ao doente (Mukai *et al.*, 2010).

Num estudo sobre a saúde oral e a qualidade de vida das pessoas que usam próteses removíveis, Pistorius, Horn, Pistorius & Kraft (2013) referiram que o medo de perder mais dentes, as preocupações com os aspectos funcionais como a diminuição da eficácia mastigatória e a insatisfação com a estética das próteses dentárias, são factores importantes para os pacientes.

6.1 Cuidados gerais

Carr e Brown (2016) consideram que muitas vezes a prótese é colocada e o paciente não recebe instruções para voltar ao consultório. O médico dentista não deverá entregar a prótese sem antes efectuar os ajustes necessários, eliminar as discrepâncias oclusais e ter em atenção que os procedimentos para educação do paciente devem continuar. No seguimento destas indicações, o paciente deverá ser informado de que deverá regressar para que seja avaliada a oclusão e para prevenir interferências traumáticas que podem advir de alterações na prótese ou da migração dentária.

A colocação de uma prótese removível provoca uma alteração quantitativa e qualitativa da placa microbiana na cavidade oral que aumenta a predisposição ao desenvolvimento de patologias como a cárie dentária, as periodontopatias e os processos inflamatórios da mucosa. Consequentemente, a higiene oral e a higiene das próteses dentárias são imprescindíveis para manter a saúde dos tecidos, não só para evitar a ocorrência das patologias como para aumentar a longevidade de uma reabilitação oral com próteses removíveis (Fonseca, Areias & Figueiral, 2007).

A maioria dos pacientes com idade superior a 40 anos possuem uma noção reduzida sobre hábitos de higiene a utilizar em próteses removíveis. Para combater esse problema é necessário fazê-los compreender os factores de risco de aparecimento da placa e da alteração da coloração da prótese. Alertar sobre o uso dos produtos de limpeza comerciais adequados para esse efeito, sobre o polimento periódico e sobre a substituição de próteses atempadamente, bem como evitar fumar e beber chá para evitar a alteração da coloração, são pontos importantes a ter em consideração (Yang, Zhang, Chai, Chen, Zhang, 2014).

II. OBJECTIVOS

O paciente que seguimos tinha poucos recursos económicos e surgiu-nos com vários problemas na cavidade oral que o afectavam de forma significativa a nível funcional. O utente apresentava dificuldade na mastigação devido ao reduzido número de dentes, e o comprometimento a nível estético afectava a imagem que tinha de si próprio, estando a sua auto estima em níveis baixos agravada por factores da sua vida pessoal.

No fundo, os objectivos deste caso foram os de restabelecer a função mastigatória, a estética, fonação, qualidade de vida e auto estima num curto intervalo de tempo e de acordo com os recursos económicos deste paciente.

III. CASO CLÍNICO

1. Apresentação do caso clínico

O caso clínico aqui apresentado relata a situação de um paciente que, tal como uma percentagem bastante significativa da população portuguesa, evitava o consultório médico-dentário. A falta de atenção relativamente à saúde oral, à higiene oral e ao estado da sua dentição levaram a um quadro crónico de edentulismo. Durante o primeiro contacto, o paciente apresentou alguma vontade de mudar a sua condição, guiado pela necessidade de aceitação social e melhoria da sua auto-estima. Embora os recursos financeiros fossem limitados, não existiu abandono dos tratamentos apresentados, tendo sempre cumprido a marcação das consultas agendadas.

2. Descrição das consultas

2.1. Triagem

História Clínica

O paciente M. C., 47 anos, dirigiu-se à triagem da Clínica Universitária Egas Moniz, em Setembro de 2015. O motivo da primeira consulta foi “tenho a boca em mau estado” (sic).

Antecedentes pessoais: nega estar em tratamento médico, alergias medicamentosas e patologias sistémicas. Não faz qualquer tipo de medicação.

Antecedentes familiares: irmão doente renal, irmã com aneurisma cerebral, irmã doente cardíaca.

Aspecto social: o paciente encontra-se desempregado, está divorciado e a sua auto-estima é baixa.

Hábitos: Fuma 40 cigarros por dia e consome bebidas alcoólicas com pouca frequência.

Higiene oral: escova os dentes “uma única vez por semana” (sic). O paciente apresenta dor durante a escovagem pelo que desiste facilmente de a fazer. Não usa qualquer tipo de método complementar de higiene oral.

História dentária pregressa: o primeiro contacto com a medicina dentária foi numa consulta de revisão antes de cumprir o serviço militar e, após essa altura, recorreu novamente para realizar a exodontia de diversas peças dentárias e endodontia do 2.1.

Não tem procurado um médico dentista por falta de interesse na sua saúde oral e por falta de condições económicas.

Não usa, nem nunca usou qualquer tipo de prótese dentária.

Fotografias Iniciais Extra-orais

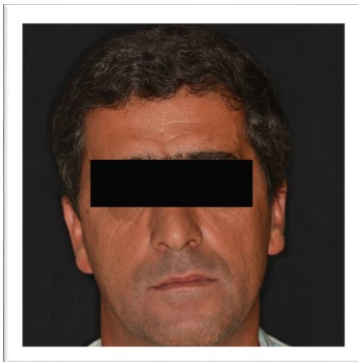


Fig. 1 – Vista frontal inicial



Fig. 2 – Vista lateral inicial



Fig. 3 – Vista frontal inicial a sorrir

Fotografias Iniciais Intra-orais



Fig. 4 – Vista frontal inicial das peças dentárias



Fig. 5 – Vista lateral inicial das peças dentárias

Exame Clínico

Exame extra-oral: tipo de perfil dolicofacial, dimensão vertical diminuída, sem patologia da ATM.

Exame intra-oral: hemorragia gengival à sondagem, alterações dos tecidos moles onde se observa aumento do tecido fibroso, ausência de alguns dentes, mobilidade dos elementos dentários de grau 1 e 2, e alterações das estruturas dentárias: lesões de cárie em vários dentes 1.3, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6, 3.7, 3.3, 4.4.

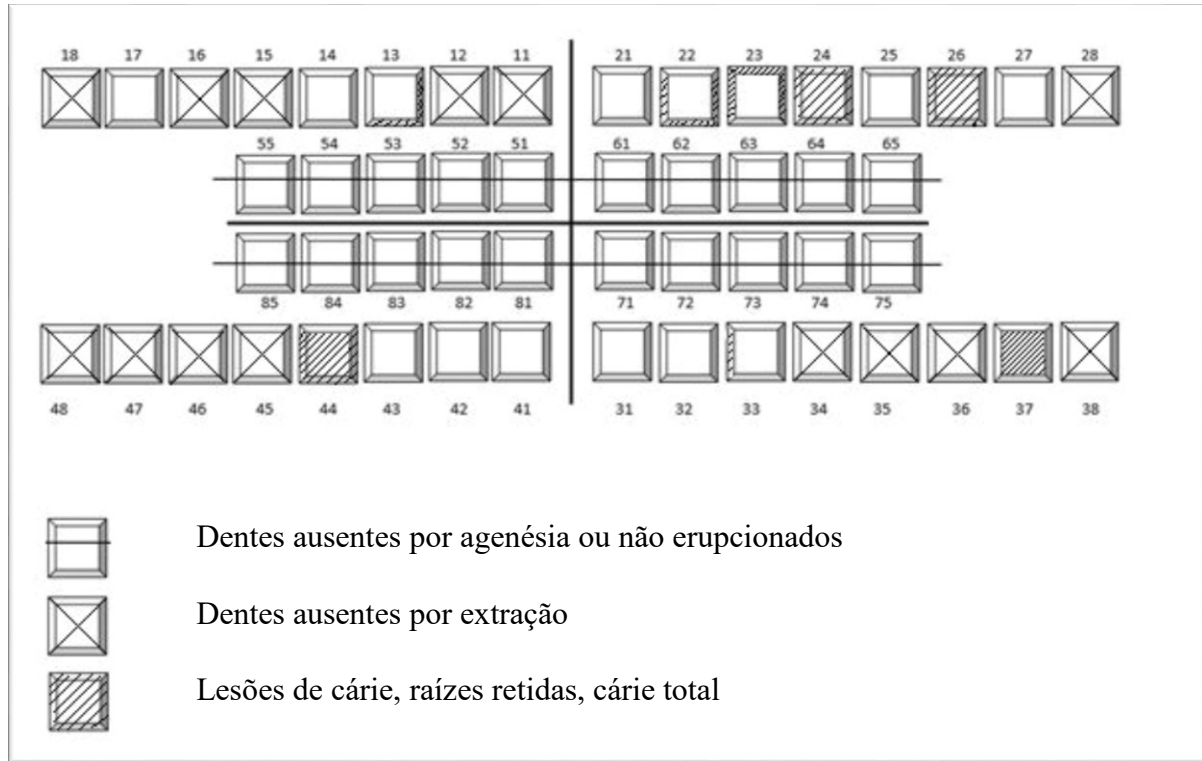


Fig. 6 - Ficha dentária internacional

Na F.D.I. (fig. 6) é possível observar que o paciente apresenta lesões de cárie nos dentes permanentes. A ausência de alguns dentes devido a extração e a inexistência de dentes decíduos foram registadas na ficha.

Meios Complementares de Diagnóstico



Fig. 7 – Ortopantomografia

A ortopantomografia indica a existência de uma lesão periapical pela observação da zona radiopaca com margem radio transparente de bordos aparentemente bem definidos próxima do dente 2.4, destruição da coroa dos dentes 2.4, 2.6 e diminuição do rebordo ósseo (fig. 7):

Diagnóstico Clínico

Desdentado parcial superior e inferior, doença periodontal, cáries múltiplas.

Plano de Tratamento

A indicação para a marcação de uma consulta de medicina dentária preventiva foi prioritária, seguindo-se a cirurgia (2.1, 2.4, 2.6, 2.7), periodontologia, dentisteria operatória (1.3, 2.2, 2.3, 3.7, 4.4) e, posteriormente, reabilitação oral.

O tratamento foi sempre multidisciplinar e devido ao facto do doente pretender iniciar o tratamento brevemente e como não existiam vagas para a realização de uma consulta de higiene oral, optou-se por avançar para a cirurgia das peças dentárias anteriormente indicadas para exodontia.

2.2. Cirurgia

Na consulta de cirurgia, com base na avaliação do exame radiográfico (OPG) e do exame clínico foi elaborado o plano de tratamento.

O dente 2.1 apresentava-se inestético e com mobilidade grau 3. Os dentes 2.4 e 2.6 exibiam uma grande destruição por cárie, enquanto que o dente 2.7 revelou a presença de mobilidade horizontal e vertical.

Em conjunto com o paciente, decidiu-se a exodoncia desses dentes (fig. 8, 9, 10) com excepção do dente 2.1 que seria conservado até ser substituído em reabilitação oral.

Previamente à exodontia das peças dentárias seleccionadas (2.4, 2.6, 2.7) anestesiou-se lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000 pela técnica infiltrativa.

O recurso ao sidesmótomo, à alavanca e ao boticão foram instrumentos essenciais no auxílio da exodontia de cada dente.

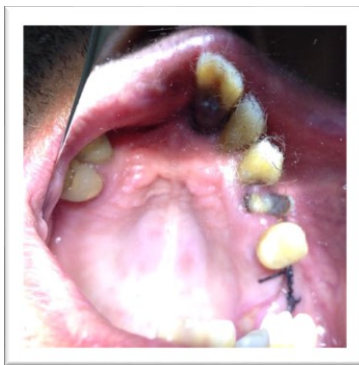


Fig. 8 – Exodontia do dente 2.6

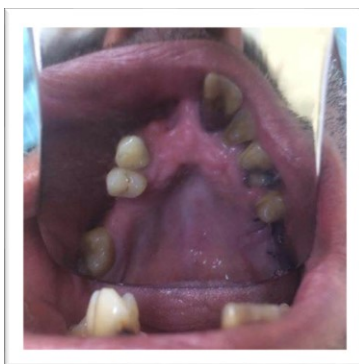


Fig. 9 – Exodontia do dente 2.7

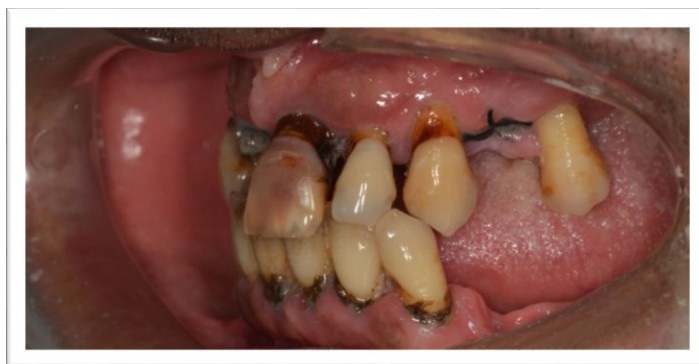


Fig.10 – Exodontia do dente 2.4

No final de todas as exodontias foi realizada a curetagem do alvéolo e, posteriormente, foi executado o ponto cruzado com sutura de seda 3/0.

2.3. Medicina Dentária Preventiva

Na consulta de MDP, durante o exame clínico intra-oral foi possível observar uma grande quantidade de placa bacteriana e de tártaro dentário (fig. 11 e 12).



Fig. 11 – Antes da destartarização



Fig. 12 – Presença de tártaro dentário (arcada dentária inferior)

A destartarização supra e infragengival foi feita de forma meticulosa com recurso a um destartarizador e com o auxílio de curetas devidamente afiadas numa pedra de arkansas.

Após a destartarização (fig. 13), a profilaxia dos elementos dentários foi complementada com uma taça de borracha e com escova de Robson juntamente com uma pasta dentífrica fluoretada. Em seguida, foi utilizado fio dentário e o escovilhão nas regiões inter-proximais das peças dentárias.



Fig. 13 – Após a destartarização

Para concluir o tratamento dentário aplicou-se uma moldeira de flúor de gel hiperfluoretado 1,23% em cada uma das arcadas, durante quatro minutos. Foi dada indicação ao paciente para não bochechar com água.

O doente foi instruído sobre higiene oral, informado de quais os instrumentos necessários à sua execução e demonstrou-se o método adequado à sua situação periodontal (técnica de Bass).

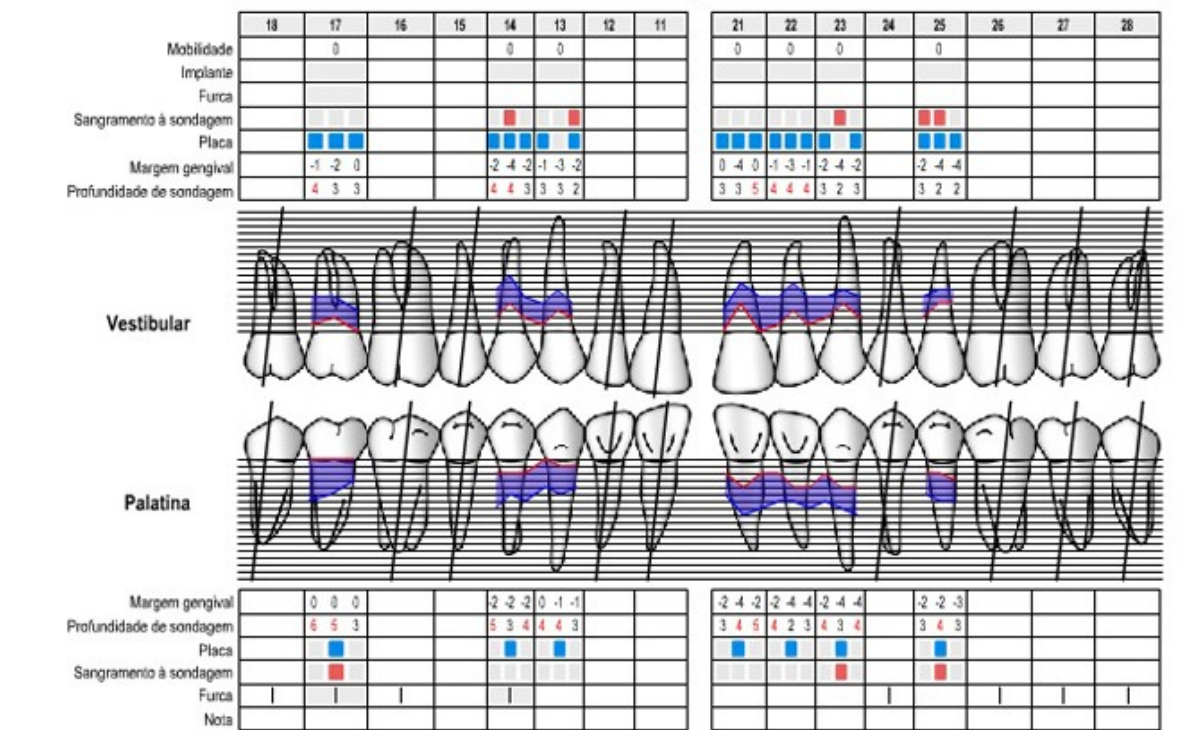
Acrescentado a isto, foi aconselhada a escovagem diária com pastas fluoretadas a seguir às refeições, o uso de fio dentário e de escovilhão na região interproximal, além de escovas uni-tufo para limpeza da zona distal dos molares e de bochechos diários com colutório adequado, 30min após a escovagem.

2.4. Periodontologia

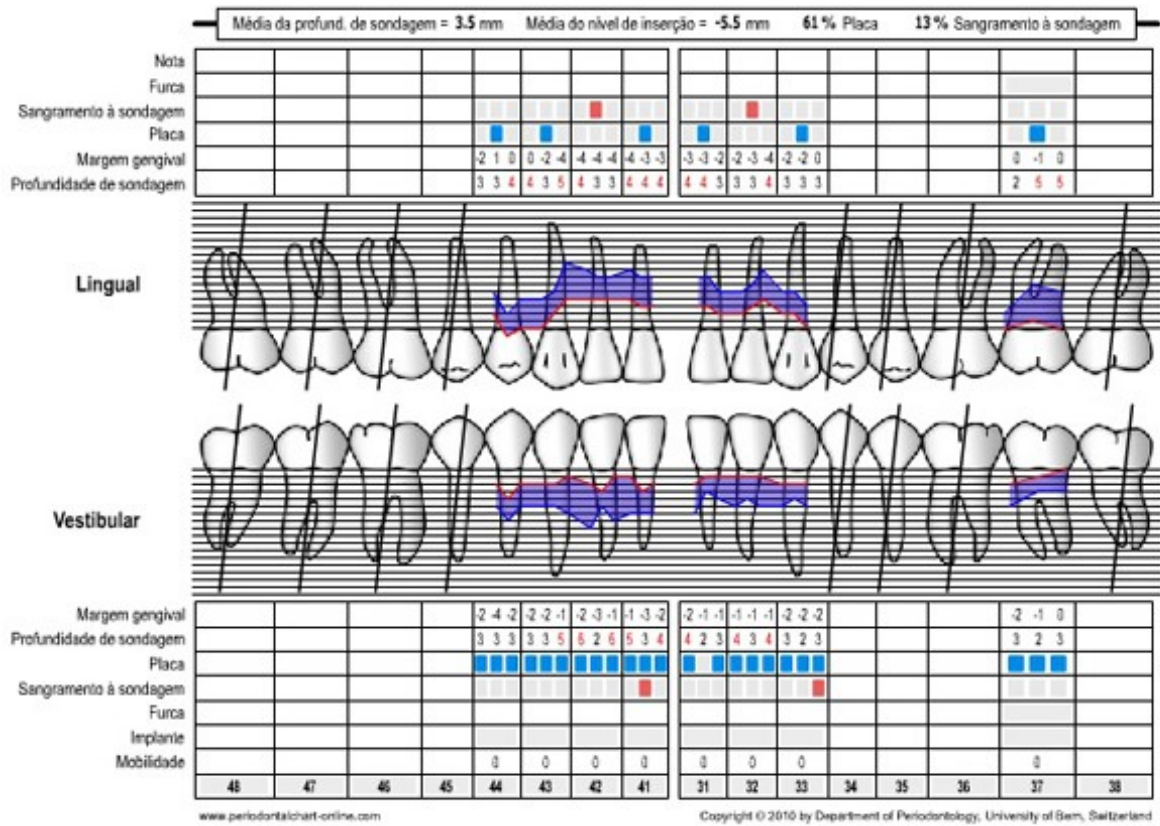
A avaliação do Índice de Placa (IP) e do Índice Gengival (IG) está indicada em todas as consultas de periodontologia como indicador do estado de higiene e periodontal, auxiliando na escolha do tratamento a adoptar.

Na primeira consulta, realizou-se o periodontograma (fig. 14) e o status radiográfico (fig. 15) que confirmaram o diagnóstico de periodontite crónica moderada. O exame clínico foi realizado recorrendo a um kit básico (sonda, pinça e espelho) e à sonda periodontal.

Em 1º lugar registou-se o índice gengival e o índice de placa. O IP apresentava uma percentagem de 61 e o IG de 13%.



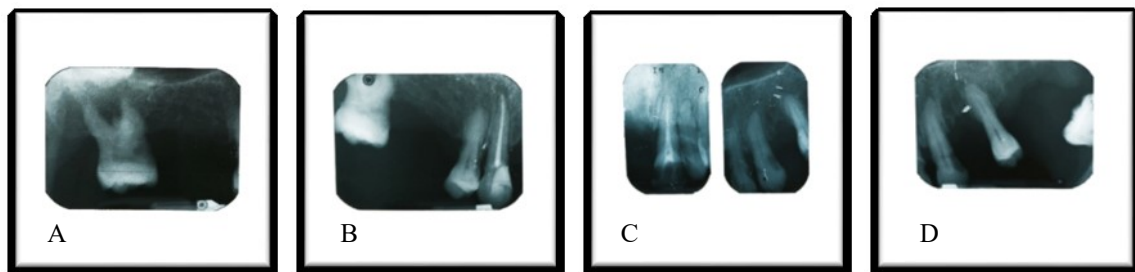
A



B

Fig. 14 – Periodontograma inicial (A) arcada superior, (B) arcada inferior

Após o preenchimento do periodontograma, foi realizado o status radiográfico através do recurso a paralelizadores e a películas periapicais, segundo a técnica do paralelismo.



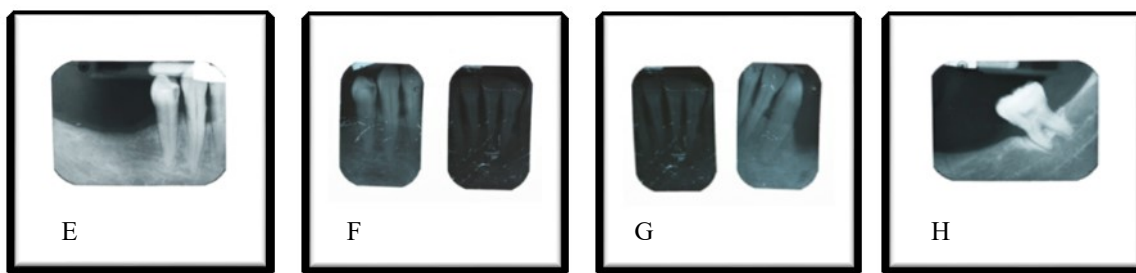


Fig. 15 – Status radiográfico (A e B) 1º quadrante, (C e D) 2º quadrante, (E) 4º quadrante, (F e G) bloco antero-inferior, (H) 3º quadrante

Na consulta seguinte, foi confirmado o IP e o IG, sendo que o primeiro apresentava uma percentagem de 25% e o segundo de 5%. Como existiam as condições adequadas para iniciar os tratamentos, e, avançou-se para o alisamento radicular do 1º quadrante.

Antes de iniciar os alisamentos com curetas Gracey, administrou-se 1 anestubo de lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000 (fig. 16).

Na intervenção seguinte, o IP apresentou 19% e o IG 9%. Com base nestes resultados, optou-se por fazer alisamento radicular no 3.º e 4.º quadrantes (fig. 17).

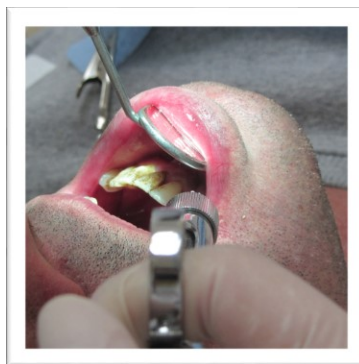


Fig. 16 – Anestesia infiltrativa antes do alisamento

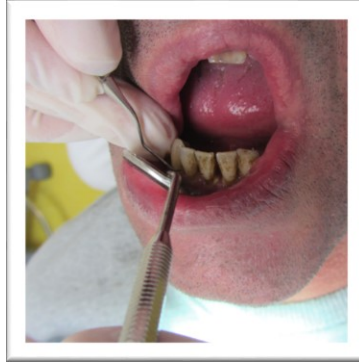


Fig. 17 – Alisamento radicular

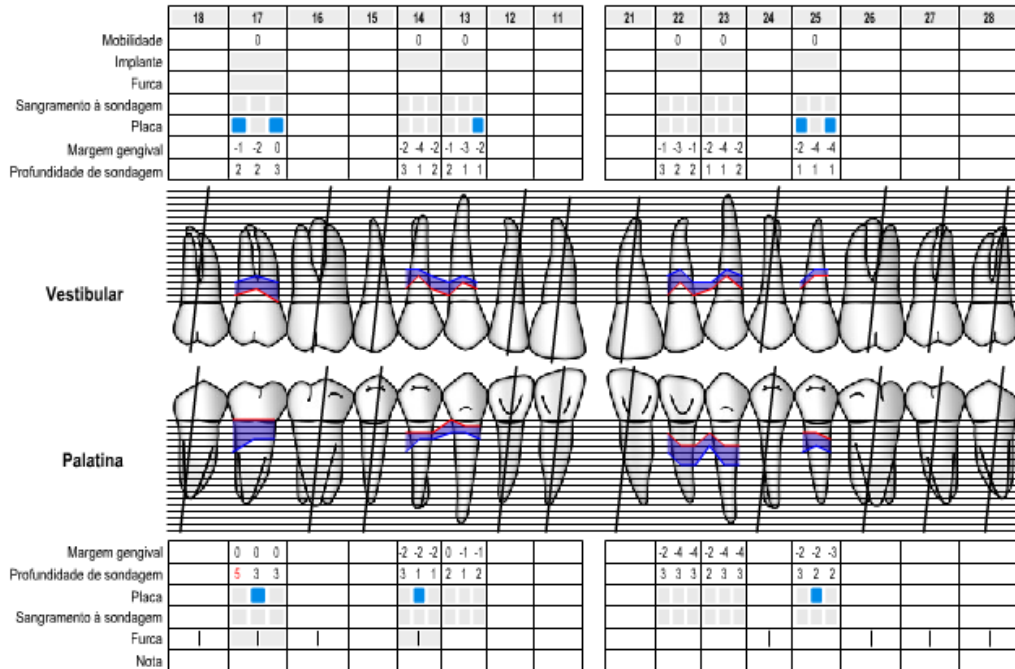
Foi agendada uma consulta de reavaliação periodontal para oito semanas após esta consulta na qual foram registados valores de 23% para o IP e de 5% para o IG e a existência de bolsas.

O resultado da reavaliação efectuada na consulta anterior e posteriormente confirmada indicou a necessidade de alisamento radicular dos dentes 1.7, 4.2 e 4.3 (fig. 18). O IP foi avaliado em 22% enquanto que o IG foi de 0%.

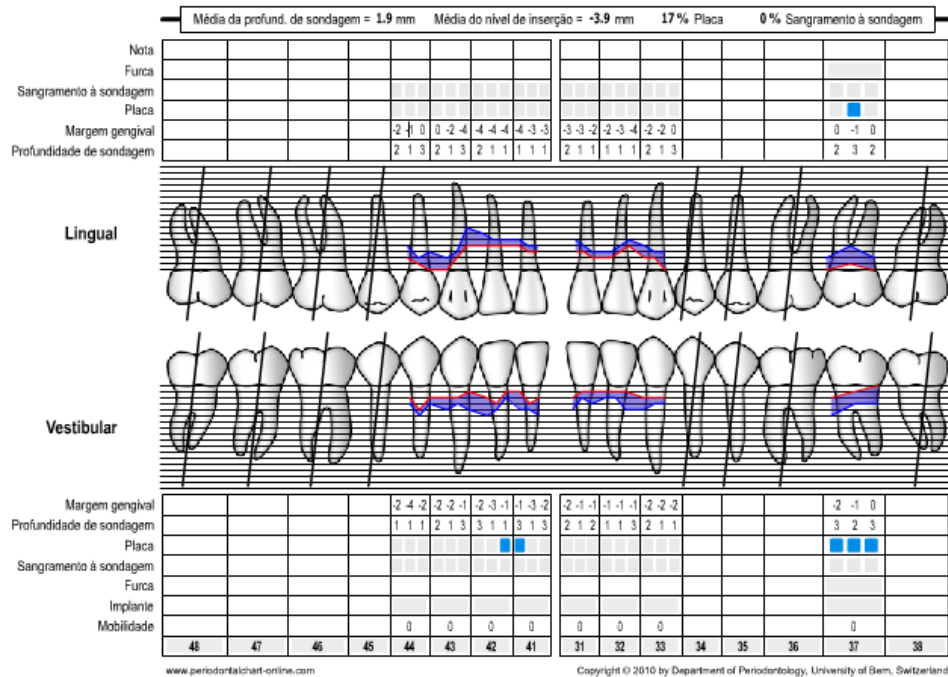


Fig. 18 – Após o alisamento radicular

De acordo com a situação clínica do paciente foi feita uma nova reavaliação (fig. 19). Após seis semanas o IP estava em 17% e o IG manteve-se nulo.



A



B

Fig. 19 - Periodontograma de reavaliação periodontal (A) arcada superior, (B) arcada inferior



Fig. 20 – Destartarização na consulta de reavaliação

2.5. Endodontia

A necessidade de tratamento endodôntico do dente 1.3 surgiu após a execução do plano de tratamento de reabilitação oral na qual o paciente referiu estar insatisfeito com a estética do dente 1.3. Tendo em conta ser um dente anterior e incomodá-lo bastante, decidiu-se restaurar a peça dentária nessa mesma consulta. Devido à extensão da lesão (fig. 21), era expectável a possibilidade de exposição pulpar. Contudo, optou-se por tratar o dente numa tentativa de evitar a exodontia. Os testes apresentaram resultados assintomáticos e os tecidos periapicais apresentaram-se normais.



Fig. 21 – Lesão de cárie no dente 13

Durante a remoção do tecido cariado ocorreu uma exposição pulpar superior a 1 milímetro, indicada para pulpectomia. Procedeu-se a abertura coronária com broca esférica

diamantada para aceder à camara pulpar e realizar a respetiva pulpectomia. Encaminhou-se o doente para a consulta de endodontia.

Na consulta de endodontia, efectuou-se a preparação química e mecânica do canal radicular (fig. 22). Tendo como ponto de referência a cúspide do canino o comprimento de trabalho (CT) foi determinado em 25mm, a lima que chegou passivamente ao CT foi a 25 (lima inicial) a qual deu correspondência à lima apical principal 40 (3 limas a cima da lima inicial). Foi efetuada a dilatação do canal de 5% até lima 60. Realizou-se a restauração provisória com Cavit™.

Uma semana depois, foi realizada a obturação do canal com Gutta Percha através da técnica de condensação lateral e realizada uma restauração provisória do dente (fig. 23).



Fig. 22 – Endodontia do dente 1.3



Fig. 23 – Radiografia periapical final do dente 1.3

Quanto ao dente 4.4, como expectável, durante a eliminação do tecido cariado ocorreu exposição pulpar inferior a 1 milímetro. Por isso, optou-se por proteção pulpar direta com M.T.A e Vitrebond, após o controlo da hemorragia. Ficou determinado que no mês seguinte seria realizado o followup do dente 4.4.

Quatro semanas depois, o paciente apresentou-se na urgência com queixas de dor. Realizou-se raio-x periapical (fig. 24), os testes de palpação e de sensibilidade. O paciente foi encaminhado para uma consulta de endodontia.

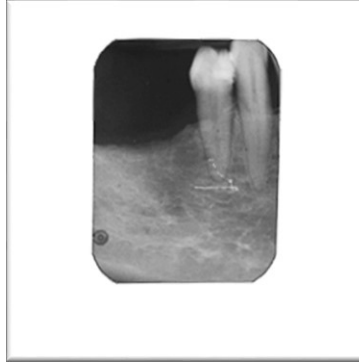


Fig. 24 – Radiografia periapical inicial do dente 4.4

Na consulta da especialidade, voltaram a ser feitos os testes periapicais e pulpares. Perante um quadro de percussão e palpação sintomáticos devido ao edema associado ao dente 4.4 e dos testes de sensibilidade se apresentarem negativos, diagnosticou-se abscesso apical agudo. O plano de tratamento sugerido e aceite pelo paciente foi o tratamento endodôntico e posterior restauração directa com resina composta.

Como tal, iniciou-se o tratamento do canal radicular e foram cumpridos todos os passos necessários desde a abertura do dente, passando pela instrumentação, pela determinação do diâmetro apical (fig. 25) até à obturação do canal radicular (fig. 26 e 27) com recurso à técnica de condensação lateral. Tendo como ponto de referência a cúspide vestibular, a determinação do comprimento de trabalho através do localizador apical apresentou 22mm, a lima apical principal foi 35 e a dilatação do canal de 5% até à lima 50. No final, foi executada a restauração provisória com Cavit TM e a confirmação do tratamento (fig. 28 e 29).



Fig. 25- Lima apical inicial

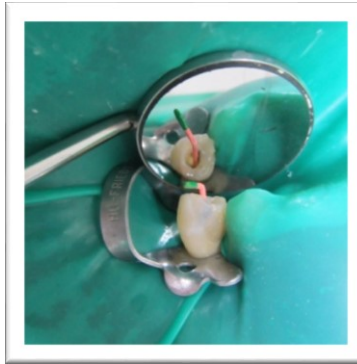


Fig. 26 – Prova de cone de gutta

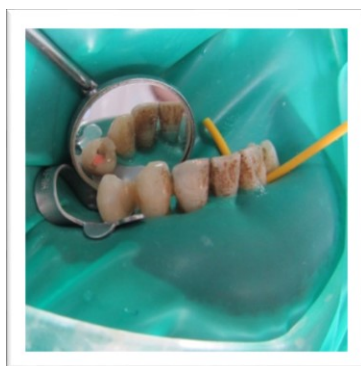


Fig. 27 - Dente 4.4 obturado

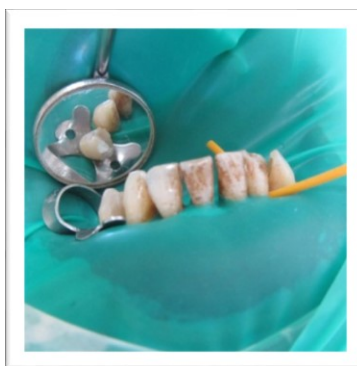


Fig. 28 – Dente restaurado
provisoriamente



Fig. 29 – Radiografia periapical final do dente 4.4

Todas as etapas do tratamento endodôntico foram realizadas sob isolamento absoluto e após administração de anestesia infiltrativa de lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000.

Usaram-se limas 10 e limas de 1ª e 2ª série do tipo K, ambas em aço inoxidável. A irrigação dos canais foi feita com hipoclorito de sódio a 1% e EDTA a 17%. No preenchimento temporário dos canais radiculares foi usado hidróxido de cálcio, Ultracal ® XS, e na cimentação da gutta percha usou-se o cimento endodôntico AH Plus ®.

2.6. Dentisteria Restauradora

O plano de tratamento foi realizado através da análise clínica e radiográfica (fig. 30).

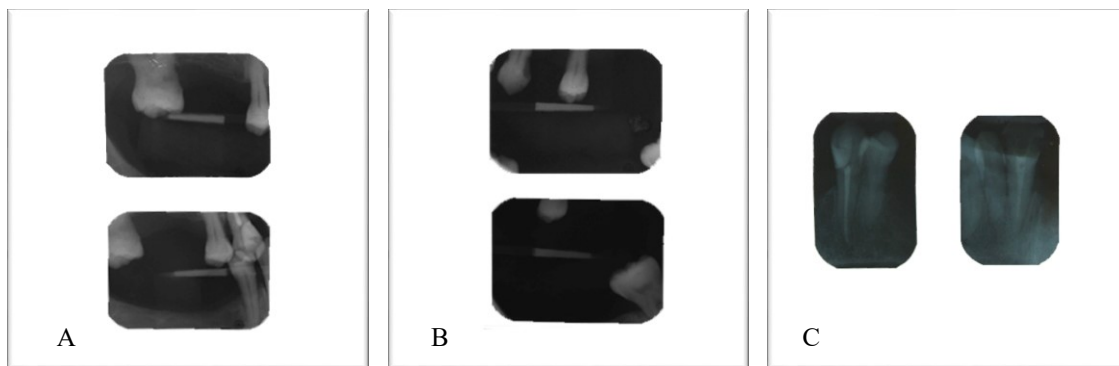


Fig. 30 – Películas radiográficas para elaboração do plano de tratamento de dentisteria (A) 1º e 4º quadrantes, (B) 2º e 3º quadrantes, (C) bloco antero-superior

Segundo o plano de tratamento de dentisteria, o dente prioritário para ser restaurado foi o 2.2 (classe III), seguido dos dentes 2.3 (classe III e classe V), 4.4 (classe III e classe V), 3.3 (classe III) e 3.7 (classe I).

Na sequência dos tratamentos de endodontia, o dente 1.3 foi imediatamente restaurado. O cavet foi removido, aplicou-se vitrebond e o dente foi restaurado com resina composta (fig. 31). A fotografia foi tirada alguns dias após a dentisteria restauradora.



Fig. 31 – Vista lateral do dente 1.3

Posteriormente, executou-se a eliminação da lesão a distal dos dentes 2.2 e 2.3 (fig. 32). No início dos tratamentos de dentisteria foi administrada anestesia infiltrativa contendo lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000.



Fig. 32 – Cárie removida dos dentes 2.2 e 2.3



Fig. 33 - Restauração a resina composta dos dentes 2.2 e 2.3

De acordo com o plano de tratamento, na consulta seguinte foi realizada a dentisteria restauradora a mesial do dente 3.3 (fig. 33).

O dente 4.4 apresentava lesões de cárie (fig. 34) que foram eliminadas (fig. 35) e as cavidades foram restauradas com resina composta.

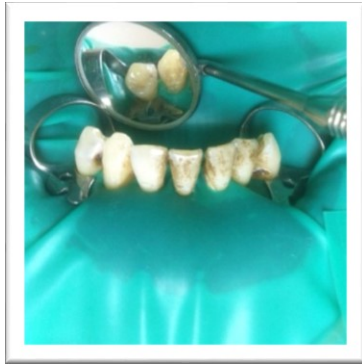


Fig. 34 – Lesão de cárie no dente 4.4



Fig. 35 – Cárie removida do dente 4.4

O tratamento endodôntico supra citado referente ao dente 4.4 deveu-se à exposição pulpar observada durante esta consulta de dentisteria. De acordo com a opção do doente e tendo em conta a destruição de dente aliada ao tratamento endodôntico, optou-se por inserir um espigão metálico para aumentar a resistência do dente (fig. 36). Foi executada a cimentação do espigão com ionómero de vidro Ketac™ e o dente foi restaurado com resina composta.

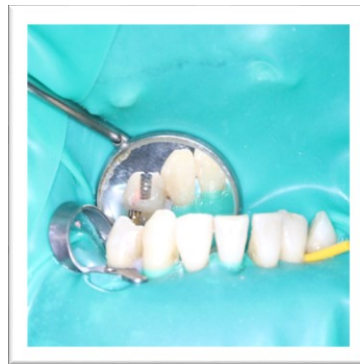


Fig. 36 – Colocação de espigão metálico

Importa salientar que as restaurações tiveram carácter provisório, não só pelo estudo da estética final, mas também pela evolução do quadro do doente.

Na consulta seguinte, procedeu-se à restauração definitiva com resina composta do dente 37, numa classe I (fig. 37).

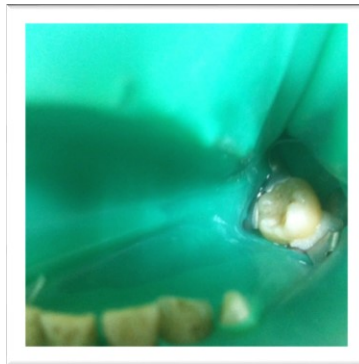


Fig. 37 – Restauração definitiva do dente 3.7

A selecção da cor foi decidida recorrendo à Escala Vita ® antes do isolamento dentário.

Em todos os processos restauradores foi usada a técnica *etch and rinse*. Após a cárie dentária ter sido removida, foi aplicado ácido fosfórico 37% no esmalte, durante 15 segundos, e em seguida a superfície foi lavada e seca com jacto de ar. O passo seguinte passou por aplicar o sistema adesivo Scotchbond™ Universal na zona afectada com o auxílio de um pincel microbrush e em seguida secá-lo com jacto de ar e fotopolimerizado durante 20 segundos. Posteriormente, foi aplicada a resina composta Filtek™ Z250 em camadas de 2mm e realizada a fotopolimerização entre elas durante 40 a 60 segundos. No final das restaurações, importou avaliar os pontos de contacto e o polimento das mesmas.

Aquando da colocação da prótese pronta foram substituídas as restaurações de 3 dentes (fig. 38) por restaurações definitivas para a obtenção de um resultado final mais estético (fig. 39). O paciente pretendeu eliminar o diastema anterior. Nessa consulta efectuou-se o preenchimento do diastema existente entre os dentes 2.2 e 2.3 e a substituição da restauração do 1.3.

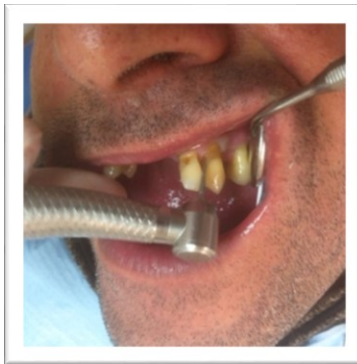


Fig. 38 – Remoção das restaurações provisórias



Fig. 39 – Restaurações definitivas

Na mesma consulta foi efectuada a restauração definitiva do dente 4.4 (fig. 40 e 41).

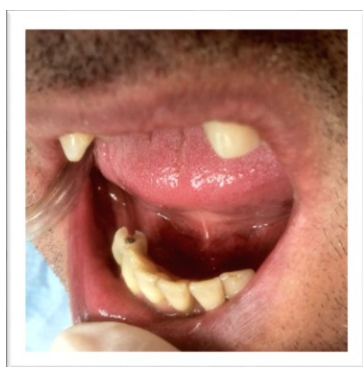


Fig. 40 – Redução do pino metálico do dente 4.4



Fig. 41 – Aspecto final do dente 4.4

Neste tratamento, foi aplicado ácido fosfórico 37%, sistema adesivo Scotchbond™ Universal e resina composta Enamel Plus Hri® para dentina e para esmalte.

2.7. Reabilitação Oral

Na primeira consulta de reabilitação oral foi realizado o diagnóstico, fez-se a descrição pormenorizada das opções terapêuticas e respectivos orçamentos.

A escolha do doente centrou-se na estética, considerado também a condição económica e a necessidade urgente em repor a função mastigatória.

Reconhecendo a situação periodontal do doente, considerando o seu estilo de vida e não esquecendo a sua situação financeira, optou-se por uma prótese parcial removível acrílica superior e outra inferior.

Por uma questão de prioridade, definiu-se que a extração da peça dentária 2.1 seria apenas aquando da colocação da prótese superior por forma a manter o tecido ósseo e a conservar o aspecto anterior da face durante o tempo necessário à preparação da peça protética.

Foram tiradas as fotografias iniciais e deu-se início à elaboração das impressões preliminares de ambas as arcadas dentárias com o auxílio de moldeiras universais perfuradas recorrendo ao alginato (fig. 42 e 43) e ao seu vazamento a gesso tipo III para execução dos modelos de estudo.



Fig. 42 – Impressão Preliminar Superior



Fig. 43 – Impressão Preliminar Inferior

No seguimento do plano foram pedidas as moldeiras individuais inferior e superior para a realização das impressões definitivas com alginato e obtenção dos modelos de trabalho com recurso a gesso tipo III (fig. 44, 45, 46, 47, 48 e 49):



Fig. 44 – Moldeira Individual Superior

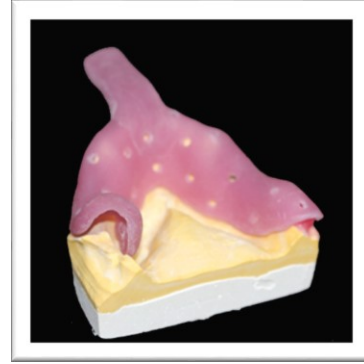


Fig. 45 - Moldeira Individual Inferior

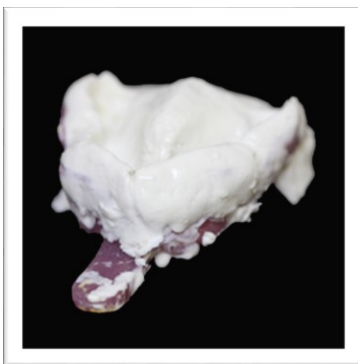


Fig. 46 - Impressão Definitiva Superior

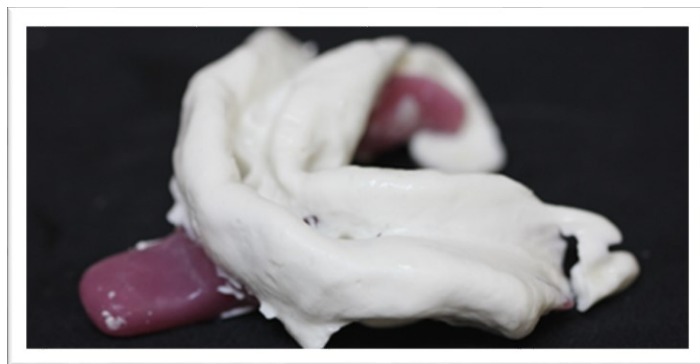


Fig. 47 - Impressão Definitiva Inferior



Fig. 48 - Modelo de Trabalho Superior

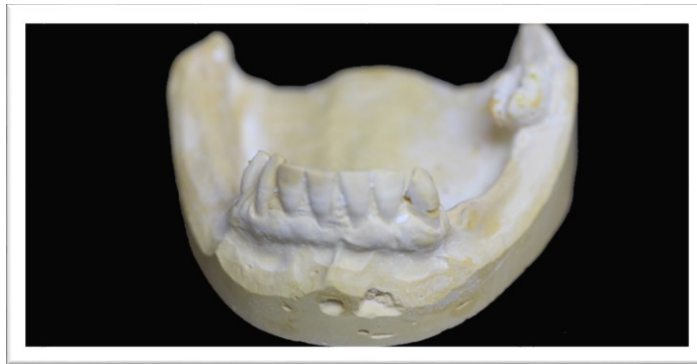


Fig. 49 – Modelo de trabalho inferior

Na consulta seguinte foi executado o registo intermaxilar na cera enviada pelo laboratório de prótese, acrescido da confirmação da relação articular dos modelos relativamente ao meio intraoral e da escolha da cor dos mesmos através da Escala Vita® (fig. 50):



Fig. 50 – Escolha da cor dos dentes

Conforme planeado, na consulta seguinte realizou-se a prova de dentes, onde foi analisada a avaliação estética, a verificação da dimensão vertical, além do controlo da oclusão (fig. 51, 52 e 53).

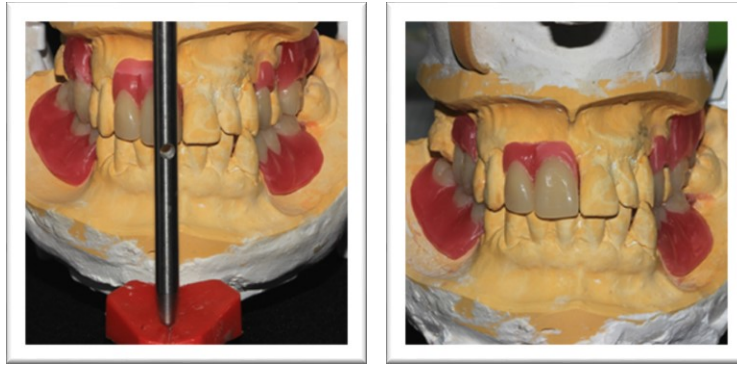


Fig. 51 – Vista frontal do modelo em articulador



Fig. 52 – Vista lateral direita (A) e esquerda (B) dos modelos em articulador





Fig. 53 – Vista oclusal dos modelos superior (A) e inferior (B)

Na semana seguinte, foi executada a exodontia antes da colocação e do ajuste oclusal das próteses dentárias (fig. 54 e 55).

Neste contexto, após a confirmação da presença de alvéolo na zona do dente 2.1 foi realizada a injeção de anestesia infiltrativa para exodontia dessa peça dentária precedente à colocação da prótese superior com carácter imediato, segundo a vontade do doente. Em seguida, procedeu-se à avaliação das próteses na cavidade oral e à sua entrega, tendo em consideração a estética e a funcionalidade pretendidas (fig. 56, 57 e 58).

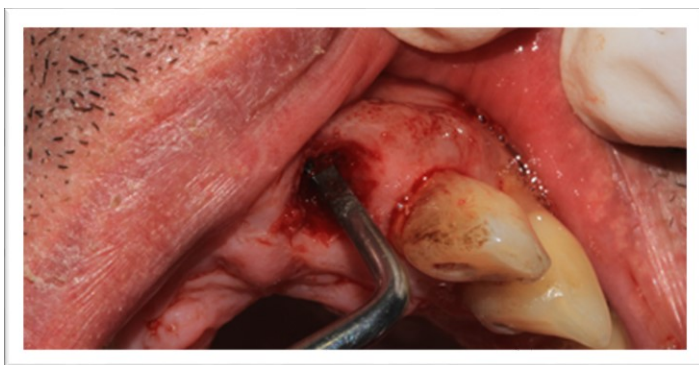


Fig. 54 - Exodontia do dente 2.1



Fig. 55 - Dente 2.1

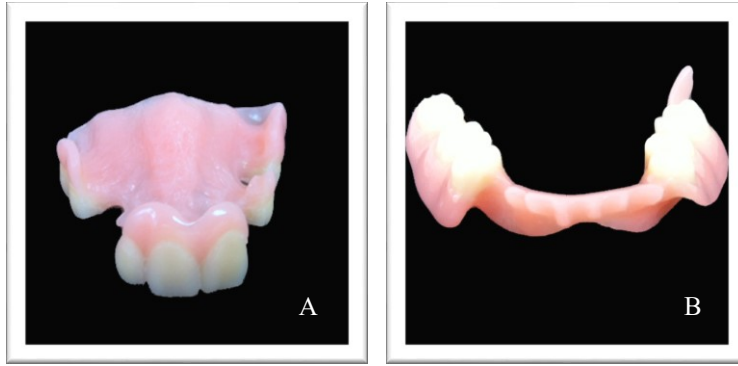


Fig. 56 - Vista anterior das próteses parciais acrílicas superior (A) e inferior (B)

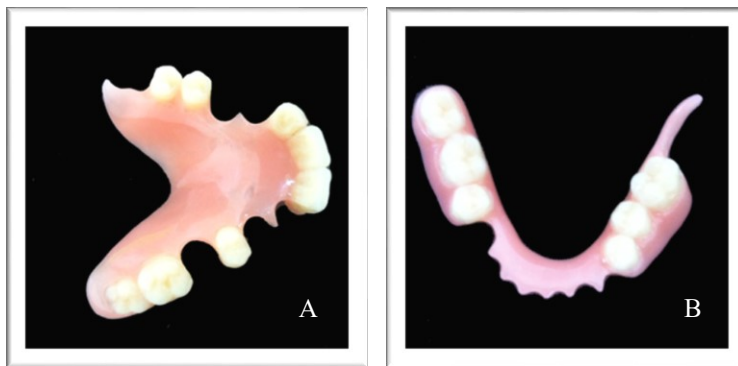


Fig. 57 - Vista oclusal das próteses parciais acrílicas superior (A) e inferior (B)

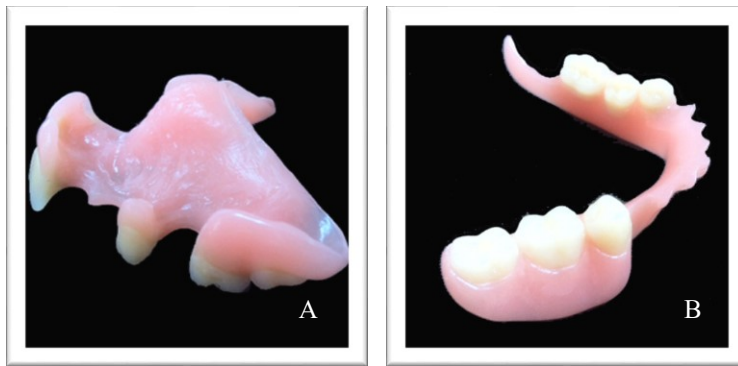


Fig. 58 - Vista lateral das próteses parciais acrílicas superior (A) e inferior (B)

Oito dias após a entrega, decorreu o registo fotográfico de ambas as próteses parciais acrílicas, já colocadas na cavidade oral (fig. 59, 60, 61, 62, 63 e 64).

Fotografias intra-orais finais



Fig. 59 – Vista intra-oral frontal e lateral direita



Fig. 60 – Vista intra-oral lateral esquerda



Fig. 61 – Vista intra-oral ocluso-parcial

Apresenta-se o aspecto do paciente após os tratamentos de medicina dentária.

Fotografias extra-orais finais



Fig. 62 – Vista frontal com as próteses parciais removíveis



Fig. 63 – Vista direita de perfil (A) e a sorrir (B) com as próteses parciais removíveis



Fig. 64 – Vista esquerda de perfil (A) e a sorrir (B) com as próteses parciais removíveis

Na consulta de controlo e ajuste das próteses (oito dias após a entrega) verificámos a oclusão, se ambas as próteses estavam bem adaptadas, se existia uma boa retenção das mesmas à mucosa oral e o próprio estado da mucosa.

O paciente queixou-se de dor com intensidade leve na mucosa bucal devido a demasiada pressão zona postero-lateral da aba acrílica na zona do 3º quadrante. No sentido de eliminar

o estímulo doloroso, deu-se especial atenção ao conforto do paciente e a aba foi ligeiramente desgastada e polida na área pretendida (fig. 65 e 66).

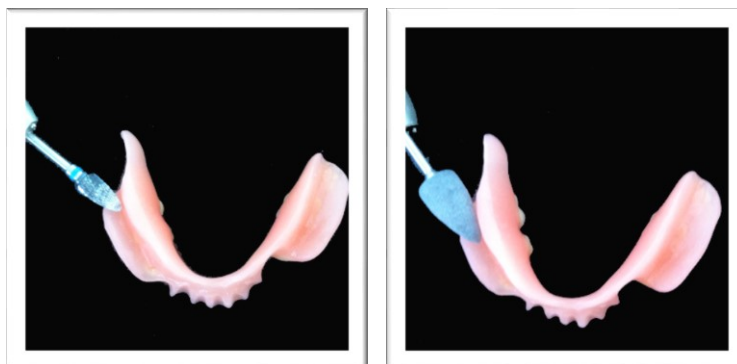


Fig. 65 – Desgaste da prótese

Fig. 66 – Polimento da prótese

Durante a consulta de controlo, observou-se que a prótese inferior não estava totalmente adaptada a mesial do dente 3.7. Foi realizada a impressão de arrasto dessa mesma prótese (fig. 67) e pediu-se ao laboratório interno de prótese dentária o acréscimo de acrílico naquela zona para o próprio dia.



Fig. 67 – Impressão de arrasto da prótese inferior

Após terem decorrido 3 meses da entrega das próteses, realizou-se o rebase da prótese imediata superior com FIIT (Functional Impression Tissue Toner). Na semana seguinte, foi corrida a gesso tipo III e acrilizada no laboratório de prótese dentária (fig. 68).

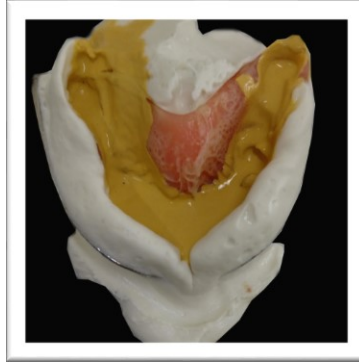


Fig. 68 – Rebase da prótese superior

Na entrega da peça protética foi novamente realizado o ajuste, polimento da prótese e observação da mucosa oral.

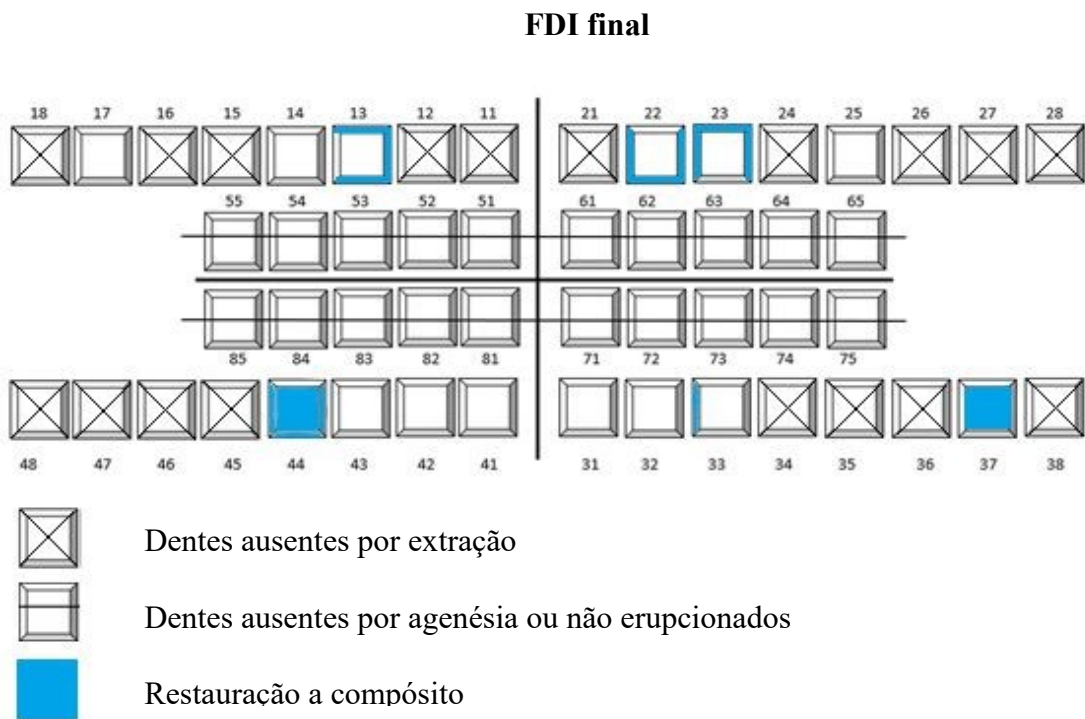


Fig. 69 – FDI final

3. Consultas agendadas

A consulta de MDP foi agendada para 6 meses após a última destartarização.

O follow-up dos dentes endodonciados está previsto para 6 meses após a última consulta.

A consulta de periodontologia para nova reavaliação clínica ficou marcada para 3 meses após a data da última consulta.

Da mesma forma, foi recomendado um período de 1 mês para a realização do controlo do estado de saúde oral e das próteses dentárias.

IV. RELATÓRIO DO CASO CLÍNICO

Inicialmente, no primeiro contacto com o paciente, foi feita a consulta de triagem. Nesta, foi apurada a história clínica, com a participação do paciente, em resposta ao questionário clínico.

Para formular um diagnóstico inicial, um plano de tratamento e respectivo orçamento provisório é essencial esta primeira consulta onde fica claro através de exames clínicos e radiográficos prioritários o motivo da consulta, o estado geral de saúde e quais os objectivos a atingir.

A realidade dos pacientes, a sua forma de viver, o seu conceito sobre qualidade de vida, a história patológica pregressa são assuntos que devem ser explorados para que possamos conhecer os pacientes e auxiliá-los nas novas perspectivas de saúde oral.

Convém também entender questões do foro psicológico e afectivo, além de depressões e angústias (Silva *et al.*, 2011).

No exame extra-oral constam parâmetros como a observação da cabeça e do pescoço, de edemas, de assimetrias e de alterações na cor dos tecidos. Existem aspectos gerais como a medição da temperatura, do pulso, da pressão sanguínea, da taxa respiratória e análises médicas, devem ser avaliados. No exame intra-oral são avaliados: a higiene da cavidade oral, a inspeção cuidadosa dos tecidos moles, a condição periodontal, a existência de dentes, o exame dos dentes cariados e dos restaurados, e a oclusão. (Mitchell, Mitchell & McCaul, 2014).

Os exames intra e extra-orais revelaram que o paciente tinha uma higiene oral insatisfatória, a presença de placa bacteriana e de tártaro, a existência de edentulismo parcial nas duas arcadas dentárias, raízes retidas, mobilidade dentária em alguns dentes, doença periodontal e lesões de cárie em vários dentes. Seguidamente, falou-se sobre as consequências da falta de cuidado oral e do tabagismo, “40 cigarros por dia” (sic), dois assuntos bastante relevantes na vida deste paciente, e de como estes influenciam a qualidade de vida. O

paciente foi também alertado quanto aos malefícios que as dietas ricas em hidratos de carbono podem causar.

Importa, por isso, reconhecer que as alterações orais influenciam a qualidade de vida das pessoas. E que hoje em dia já existem os recursos necessários para combater esta situação, dentro e fora do consultório (Bendo, Martins, Pordeus & Paiva, 2014).

Ao longo do tratamento, o paciente foi incentivado a suprimir ou reduzir o consumo de tabaco e após 6 meses, o utente afirmou ter reduzido o seu consumo para “30 cigarros por dia” (sic).

O tabaco é causa de mortalidade e morbidade em todo o mundo. O consumo de tabaco pode provocar perda de dentes, recessão gengival e casos de leucoplasia. Por este motivo, cabe ao dentista a educação para a saúde sobre as consequências resultantes do seu uso (Agbor, Azodo & Tefouet, 2013). Segundo a prática clínica dos autores Matos e Godoy (2011), o tártaro, as alterações do epitélio e do tecido conjuntivo periodontal, a cor da gengiva, a mobilidade dentária e a perda óssea são significativamente mais frequentes em doentes tabagistas constituindo um elemento negativo na resposta do paciente tanto a tratamentos cirúrgicos como não cirúrgicos. Também o alcoolismo, a dieta rica em hidratos de carbono, a obesidade, a higiene bucal deficiente, as baixas condições socioeconómicas e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde estão relacionados com a doença periodontal. No entanto, o cigarro é o factor de risco mais importante para a evolução desta doença.

A conclusão do diagnóstico foi: desdentado parcial superior e inferior, doença periodontal, cáries múltiplas e raíz retida do dente 2.4.

Um bom diagnóstico permite ao médico dentista proporcionar os melhores resultados para a saúde do paciente, assim como uma melhor avaliação do riscos vs benefícios e dos custos vs benefícios (Zero, Zandona, Vail & Spolnik, 2011).

O plano de tratamento foi: medicina dentária preventiva, cirurgia, periodontologia, endodontia, dentisteria restauradora e reabilitação oral. Na consulta de cirurgia oral, com base no exame radiográfico, planeou-se a exodontia dos seguintes dentes: 2.1 (com mobilidade grau 3), 2.4 (devido à raíz cariada do dente), 2.6 (no qual foi possível diagnosticar uma abrangente lesão de tecido cariado) e do 2.7 (que tal como o 2.1, apresentava mobilidade vertical). Numa primeira fase, realizou-se a exodontia dos 3 últimos dentes referenciados. Por questões estéticas e por não ser uma urgência extrair, optou-se por conservar o 2.1 para posterior avaliação na consulta de RO.

De acordo com o estudo de Yoshino, Ito, Kuroda e Sugihara (2016), as principais razões para 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, fractura completa ou incompleta da raíz, ou na presença de outros motivos, como por exemplo, uma perda resultante de um trauma. As pessoas com mais falta de dentes têm mais tendência necessitar de extrações dentárias.

Para que fosse possível a regeneração dos tecidos e a realização de um tratamento dentário completo e eficaz, decidiu-se aguardar alguns meses até à colocação dos elementos de reabilitação oral.

Os problemas de mastigação fazem-se notar quando existe falta de mais de 6 dentes. Em Portugal, 54% das pessoas que têm falta de dentes não usam qualquer substituição para contornar essa situação (OMD, 2015). No entanto, nem todos os casos de edentulismo parcial têm de ser tratados imediatamente (Sakar, 2015), uma vez que existem diferenças individuais relacionadas com o local da extração e com os factores sistémicos de cada um. De acordo com a literatura, o processo contínuo de remodelação óssea ocorre durante 4 a 6 meses embora provavelmente o local da extração possa não ser visível na radiografia (Miloró, Ghali, Larsen & Waite, 2012).

No início de cada exodontia, aplicou-se anestesia tópica seguida de infiltrativa (lidocaína a 2% com epinefrina a 1:80.000). No final, os alvéolos foram curetados, os rebordos gengivais

ao seu redor foram unidos com fio de sutura e o paciente foi informado verbalmente e por escrito quanto aos cuidados a ter pós-cirurgia, para corrigir os seus comportamentos e assim evitar possíveis complicações.

As extrações dentárias são o procedimento que se revela mais comum em cirurgia dentária ainda que possam surgir complicações como alveolite, infecções secundárias, disestesia, hemorragia pós-operatória e, mais grave, fractura mandibular por iatrogenia (Bodner, Brennan & McLeod, 2011).

Posteriormente aos tratamentos cirúrgicos, o paciente foi encaminhado para medicina dentária preventiva devido à necessidade de melhorar os seus cuidados de higiene 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 da periodontite.

De acordo com Hayasaki *et al.* (2014), a saúde oral é sustentada pela profilaxia e, por este motivo, a remoção de bactérias orais específicas e dos restos alimentares que se acumulam na superfície dentária é essencial na prevenção da cárie e das doenças periodontais. A placa é o principal factor etiológico de ambas as doenças e pode ser removida através da escovagem dos dentes que deve ser um hábito diário cuja eficiência pode ser aprimorada. No entanto, só através da escovagem nunca será removida mais de 40% da placa existente nas faces dos dentes. O fio dentário e o tipo de pasta são também factores importantes para a profilaxia dentária. A combinação ideal para uma boa saúde oral passa por uma escovagem mais eficaz acrescida ao uso de fio inter-dentário, escovilhão e colutório. Um estado saudável pode ser revelado quando existe uma situação de harmonia entre a placa, o biofilme e os tecidos adjacentes.

Kim, Noh & Oh (2016) recomendam a realização de check-ups dentários e destartarizações regulares com o intuito de prevenir as doenças periodontais e de manter a saúde oral.

Algumas pessoas referem ansiedade, a dor e outros tipos de desconforto devido à vibração e ruído transmitidos e à grande quantidade de água emitida pelo destartarizador ultrasónico. Utilizar este instrumento de forma excessiva pode causar rugosidades na raiz, desfavorecendo a saúde do periodonto. No momento da destartarização é importante recorrer primeiro a uma escova de dentes com o objetivo de eliminar o biofilme e a placa dentária permitindo assim reduzir a duração e a frequência de trabalho ao longo do tratamento.

Na consulta de medicina dentária preventiva realizou-se uma destartarização profunda dos dentes, recorrendo a curetas para ajudar a eliminar o excesso de tártaro.

O destartarizador ultrasónico programado com uma potência elevada permite remover a maior parte do tártaro dentário, enquanto que efectuando uma redução da potência torna-se possível realizar a remoção dos depósitos residuais, do biofilme e das endotoxinas. As áreas atingidas pela vibração do destartarizador são desintoxicadas, contribuindo para uma redução da carga periodontal. Uma ponta com o diâmetro *standard* está indicada nos casos de destartarização geral. Segundo diversos estudos, tanto as curetas como o destartarizador são eficientes na redução da profundidade de sondagem, no aumento da inserção clínica e na diminuição da inflamação (Hinchman, Funk, DeBiase & Frere, 2016):

Nas consultas de periodontologia, depois da realização do IP e do IG, do periodontograma e do status radiográfico diagnosticou-se periodontite crónica moderada (3 a 4mm de perda de inserção). Conforme o plano de tratamento, iniciou-se a terapêutica periodontal que passa por várias fases: a fase sistémica, a fase inicial, a reavaliação dos resultados e a decisão de se recorrer à fase cirúrgica ou ao tratamento periodontal de suporte e à fase de recuperação.

Normalmente, estamos perante um caso de periodontite quando o paciente apresenta hemorragia à sondagem, perda óssea registada radiograficamente e o aumento da profundidade de sondagem ou a perda de inserção. Esta patologia é classificada como moderada quando a profundidade de sondagem é superior ou igual a 5 e inferior a 7mm, ocorre hemorragia à sondagem, perda óssea radiográfica manifestada entre 16 a 30% ou

superior a 3mm e inferior ou igual a 5mm e perda de inserção clínica entre 3 a 4mm. A periodontite crónica é mais prevalente em adultos. Habitualmente, ocorre quando a quantidade de destruição é simultânea a factores primários e secundários e há existência regular de tártaro, associada a um padrão microbiano variado. Pode ser classificada na extensão e gravidade. O ritmo da destruição manifesta-se frequentemente de uma forma lenta, pode haver um vínculo com factores iatrogénicos, pode existir relação com patologias sistémicas e pode ser modificada por outros factores como o tabagismo ou o *stress* (Journal of Periodontology, 2015).

De acordo com Alves *et al.* (2015), o diagnóstico correcto das doenças periodontais está directamente relacionado com sinais inflamatórios decorrentes da acumulação dos microrganismos presentes no biofilme. Os fumadores podem apresentar os indicadores inflamatórios suprimidos tornando a hemorragia da margem gengival menos pronunciada e os sinais inflamatórios menos notórios. Quando esta ocorre em pacientes fumadores pode representar uma infecção subgengival. Perante um estudo realizado por Khan *et al.* (2015), além do sistema imune, o tabaco altera a microflora originando maiores profundidades de sondagem, maior inserção clínica e mais perda óssea. Além da doença periodontal, fumar origina uma maior libertação de citocinas de neutrófilos, afecta os eritrócitos e outros aspectos sanguíneos.

A periodontite crónica pode desenvolver inflamação sistémica com efeitos associados à diabetes, partos prematuros, baixo peso à nascença, doenças cardiovasculares e sinais de anemia. Apesar do grau de inflamação sistémica ser reduzido, este tipo de periodontite não deve ser ignorada.

As consultas de periodontologia mostram-se uma ferramenta essencial antes de encaminhar os pacientes para as consultas reabilitação oral.

Em 2015, foi realizado um estudo na Osaka University School sobre o impacto da manutenção periodontal na sobrevivência dos dentes de pacientes com prótese parcial removível. A perda das peças dentárias entre os utilizadores deste tipo de próteses deve-se,

principalmente, à combinação da doença periodontal e à existência de cárie na raiz (Tada, Allen, Ikebe, Matsuda & Maeda, 2015).

Os dentes pilares acumulam muita placa bacteriana provocando o aumento do risco de doença periodontal. Para vigiar os dentes pilares diretos e prevenir a perda dos dentes, a consulta de controlo do periodonto deve ser realizada periodicamente num espaço de tempo entre 3-6 meses (Tada *et al.*, 2015). O diagnóstico da cárie dentária, no seu estado inicial, não é obtido através dos sintomas descritos pelo paciente mas sim através da observação clínica. Com a progressão desta doença surgem sintomas de dor e sensibilidade relacionados com o frio, o calor e os alimentos doces, à medida que a lesão de cárie vai avançando aparecem manifestações de dor grave com indicação para tratamento endodôntico ou cirurgia (Zero *et al.*, 2011). Por este motivo, os clínicos devem ter em atenção que as doenças pulpares e os tecidos periapicais vão sofrendo alterações manifestadas por sinais e por sintomas evolutivos.

Os tratamentos endodônticos dos dentes 1.3 e 4.4 ocorreram na sequência de uma preparação cavitária para dentisteria restauradora pois as lesões de cárie eram extensas, tendo ocorrido exposição pulpar.

O diagnóstico endodôntico é dividido em duas terminologias, a pulpar e a periapical. O diagnóstico pulpar inclui a polpa normal, pulpíte reversível, pulpíte irreversível ou necrose pulpar enquanto que o periapical dirige-se a tecidos periapicais normais, periodontite apical sintomática, periodontite apical assintomática, abscesso apical agudo, abscesso apical crónico ou osteíte condensante. Segundo a citação de Berman e Hartwell, “a inflamação aguda da polpa é sintomática e a inflamação crónica da polpa é assintomática” (Zero *et al.*, 2011).

O abscesso apical agudo do dente 4.4 foi revelado pelos sintomas de dor forte durante a mastigação, pela ausência de resposta aos testes de vitalidade, pelos testes de percussão e de palpação serem positivos e pela observação do espessamento do ligamento periodontal. Na consulta de dentisteria chegou-se a um diagnóstico complementado por bitewings. A opção do plano de tratamento foi devidamente estudada e esta baseou-se no custo-benefício

do paciente. A técnica de reabilitação directa com resinas compostas foi a escolha primordial por ser mais conservadora, pela rapidez de execução e pelo seu custo inferior.

A utilização de resinas compostas pela técnica de mão livre pode ser utilizada na reabilitação funcional e na recuperação da estética por ser um procedimento rápido e que envolve um custo mais baixo, pois dispensa o enceramento e moldagem. Respeitar as indicações dos materiais, compreender as suas limitações e o ajuste oclusal são parâmetros a ter em conta para um resultado satisfatório. Por outro lado, a utilização de resinas compostas tem como desvantagem a necessidade de uma maior experiência e habilidade por parte do médico dentista (Campos *et al.*, 2015). Tendo em atenção o resultado final e a satisfação do paciente, a reabilitação oral com resinas compostas é uma opção terapêutica que pode ter elevado sucesso clínico e estético (Samões, 2012).

A estética dentária apresenta-se como um dos objectivos principais, porque existe a ambição, da parte dos utentes, de restaurações imperceptíveis e de dentes mais claros. A harmonia facial depende do alinhamento e da disposição dos dentes. Por outro lado, a harmonia do sorriso pode entrar em desequilíbrio devido a bordos incisais gastos e/ou fracturados, ausências dentárias, diastemas, giroversões, apinhamentos dentários ou dentes conóides (Campos *et al.*, 2015).

Segundo alguns autores, a busca constante de materiais com propriedades físico-químicas superiores reflete-se numa extensa variedade de resinas compostas existentes no mercado. Esta situação dificulta a escolha por parte do médico dentista, cabendo-lhe a decisão de escolha do material ideal para os diferentes casos com o intuito de conseguir uma melhor qualidade estética e funcionalidade das restaurações dentárias (Melo Júnior *et al.*, 2011).

Na reabilitação deste caso clínico foi usada resina microhíbrida (Filtek™ Z250 – 3 M ESPE) e resina nanohíbrida (Enamel Plus HRi®, Micerium S.p.A., Itália).

Tendo em conta que o paciente apresentava um diastema entre os dentes 2.2 e 2.3, optou-se por refazer algumas restaurações para harmonizar o resultado final entre os dentes restaurados e a prótese parcial removível.

As resinas microhíbridas são uma mistura de micropartículas com macropartículas e conferem alta resistência, baixa expansão, contração térmica e de polimerização, fácil acabamento, desgaste relativamente baixo e rugosidade superficial similar às resinas microparticuladas. As resinas nanohíbridas são constituídas por partículas nanométricas, têm consistência mecânica idêntica às resinas microhíbridas juntamente com a vantagem de alto polimento das resinas microparticuladas. Os dois tipos de resina podem ser usados tanto em dentes anteriores como em posteriores. As resinas compostas deve reunir cinco condições: alta resistência ao desgaste, boa adaptação marginal, resistência à degradação pela água e por outros solventes, fácil execução e radiopacidade (Melo Júnior *et al.*, 2011). Nas restaurações em resina composta os cuidados incidem na preparação da cavidade, no cumprimento do protocolo adesivo e na correcta inserção do material, acabando muitas vezes os médicos dentistas por poder descuidar o acabamento e o polimento da restauração. Estes procedimentos permitem a conservação das superfícies restauradas evitando manchas, a acumulação de placa e cáries secundárias (Lamas-Lara, Alvarado-Menacho & Vega, 2015).

Na consulta de reabilitação oral foi realizada a história clínica através de uma avaliação cuidada dos dentes, dos espaços edêntulos, da cavidade oral e da recolha radiográfica já existente. Neste caso específico, segundo a classificação de Kennedy, diagnosticou-se uma classe III superior e uma classe II inferior.

Segundo Di Fiore, Di Fiore e Di Fiore (2010) a classe III compreende os casos edêntulos unilaterais posteriores que apresentam dente(s) pilares posteriores, enquanto que a classe II abrange zonas edêntulas posteriores unilaterais, onde é evidente a ausência de dente pilar posterior, num dos lados da arcada.

Mais tarde, foi elaborado um plano de tratamento com uma perspectiva de maior satisfação estética, maior eficácia funcional, com um custo mais reduzido.

Foram analisadas três hipóteses, entre as quais: as próteses parciais removíveis acrílicas, as próteses parciais removíveis em cromo-cobalto e as próteses parciais flexíveis.

A opção escolhida foram as próteses parciais removíveis acrílicas superior e inferior indicadas em casos de grandes espaços edêntulos e de doença periodontal. Pretendia-se atingir um resultado médico/estético que permitisse ao paciente, num curto espaço de tempo, retomar a atividade profissional e uma vida social sem constrangimento.

O estudo de Rech *et al.* (2014) mencionou que as alterações oclusais mesmo que sejam apenas num dos lados da arcada dentária, proporcionam alterações na mastigação ao longo dos anos, assim como 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 pacientes desdentados este valor pode ser reduzido para 70%.

De acordo com Carr, Brown e Cooper (2012), a perda de dentes traduz-se numa condição permanente em que a condição natural foi alterada. Relativamente ao factor estético, sabemos que um sorriso atraente é a ambição de grande parte dos pacientes e que as próteses removíveis são uma opção de tratamento bastante escolhida. O aspecto 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 para fazer face a uma acentuada carência financeira (Lucas *et al.*, 2010).

A reabilitação oral e protética tem como intuito repor as peças dentárias ausentes, restabelecer os contactos dentários e actuar no suporte dos tecidos periodontais. Usualmente, os pacientes pretendem resultados rápidos acompanhados de uma elevada exigência de beleza e idealizam dentes fixos, funcionais embora nem sempre isso seja possível, tendo de recorrer a próteses removíveis (Calha, 2015).

Foram realizados os modelos de estudo com recurso a moldeiras perfuradas e a alginato. As moldeiras de inox perfuradas são a escolha para próteses removíveis pois são rígidas e dificultam o deslocamento do alginato no interior das mesmas. Depois do alginato ter sido

manipulado e inserido na moldeira, segurou-se a moldeira pelo cabo e com um movimento de rotação foi introduzida na boca, dando especial atenção à centralização, à compressão bilateral e simultânea, ao traccionamento da musculatura para levar o material à periferia da área chapeável e ao tempo total de geleificação. Em seguida, a moldeira foi removida e o molde foi inspeccionado para confirmar a qualidade da cópia de todos os dentes, estruturas e do rebordo residual.

Posteriormente, 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).

Na consulta seguinte, foi preparada a etapa para a obtenção do modelo de trabalho. Confirmou-se a adaptação das moldeiras à boca do paciente. Inserindo-as em cada arcada dentária, verificou-se a sua correcta adaptação e as zonas de alívio dos freios. Seguidamente, repetiu-se o processo anterior da moldagem do alginato (hidrocolóide irreversível) só que desta vez o mesmo foi colocado nas moldeiras individuais perfuradas em resina acrílica activada 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 e Batista, 2013).

Os moldes foram enviados para o laboratório, foram pedidos os modelos definitivos e os blocos das ceras de mordida.

Na terceira consulta, foi executado o registo intermaxilar, os blocos colocados nas zonas gengivais pertencentes aos espaços desdentados e foi pedido ao paciente para morder as ceras como prova do plano oclusal. As ceras foram retiradas e colocadas no modelo de trabalho já em articulador de acordo com o plano de Camper.

Com o auxílio da Escala Vita ®, de um espelho e sem recurso à luz artificial, determinou-se a cor dos futuros dentes artificiais apoiada na cor dos dentes naturais e o material escolhido foi a resina composta.

Os dentes artificiais podem ser de resina ou de porcelana, sendo que os de resina são os mais utilizados por diversos motivos: facilidade nos trabalhos, ausência de ruído durante a fala, caracterização mais fácil, melhor união com a base da prótese e melhor absorção das forças de mastigação. Como aspectos negativos, verifica-se a fácil abrasão e a instabilidade da cor (Carreiro e Batista, 2013).

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

Na consulta seguinte, incidiu na prova de dentes. Colocou-se a estrutura dos dentes em cera na boca do paciente e confirmou-se o tamanho, a oclusão, a dimensão vertical, a linha média e a cor. É nesta fase que deve ser analisado tudo o que foi feito anteriormente e caso existam erros, esta é a altura decisiva para corrigi-los.

O profissional deve avaliar o trabalho e, considerando a opinião do paciente, aprová-lo ou recusá-lo. São aspectos relevantes desta prova: a correspondência da linha média dentária com a linha média facial, a linha do sorriso, o suporte do lábio, a posição dos caninos, a altura dos bordos incisais, o plano de Camper, a cor dos dentes e relações de máxima intercuspidação, relação cêntrica e dimensão vertical. Se existir alguma falha deve-se refazer o ajuste e montagem do modelo inferior no articulador semi-ajustável (Carreiro e Batista, 2013).

Como o resultado foi positivo pediu-se ao laboratório a acrilização das próteses e o acrescento do dente 2.1. As próteses parciais superior e inferior foram executadas de acordo com o protocolo clínico de uma prótese acrílica convencional. A prótese imediata seguiu os mesmos passos de uma prótese acrílica convencional, com exceção da prova de dentes que não se realizou.

A prótese imediata é uma alternativa para o paciente que possui os dentes remanescentes condenados ou em situações onde a manutenção destes se torna um tratamento bastante

complexo. Este aparelho protético permite a protecção da ferida, previne o colapso das estruturas faciais, mantém as funções mastigatórias, fonéticas, estéticas e de conforto.

É importante explicar que as próteses ganham um aspecto mais natural com o passar do tempo, que deve consumir alimentos em pequenas porções e optar por alimentos mais macios. Contudo, após 7 semanas é torna-se possível mastigar de forma satisfatória (Marini, Rodrigues, Brum & Pereira Junior, 2013).

Conforme planeado, optou-se por extrair o incisivo central superior, localizado no 2º quadrante, aquando da entrega das próteses dentárias. No final da exodontia, foram dados alguns conselhos ao doente: não remover as próteses durante um dia, higieniza-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 nossa clínica para ser observado e tratado em caso de necessidade.

Marini *et al.* (2013) referem que importa avisar o doente de que deve ter alguns cuidados que passam por manter a prótese nas próximas 24 horas, não ocluir com demasiada força, em caso de dor tomar os medicamentos receitados 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 a prótese com água e sabão e a boca com soro fisiológico, não tocar na ferida. e após uma semana voltar ao consultório para realizar ajustes oclusais.

No estudo de Milward, Katechia & Morgan (2013), quase 60% dos pacientes apresentavam um nível reduzido de eficácia quanto à limpeza das próteses. Torna-se importante que os médicos dentistas forneçam aos seus pacientes instruções de higiene adequadas para uma boa manutenção das suas próteses, assim como um reforço periódico das medidas de limpeza. Esta consciencialização sobre a higienização protética pode não estar relacionada com o nível socioeconómico do paciente Quem usa prótese parcial demonstra ter uma pior aceitação tanto do conhecimento como das práticas de higiene oral, comparativamente com quem usa prótese total (Ahmad, Amin & Naseer, 2015). Ademais, a acumulação de placa, a cárie, a doença periodontal e as lesões da mucosa representam problemas ligados aos

efeitos negativos da PR. 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).

O paciente teve indicação para comparecer a mais quatro consultas de revisão: 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses após a consulta de controlo da prótese.

A utilização de próteses parciais fixas ou removíveis representa um passo importante na reabilitação da saúde oral.

A aceitação das próteses removíveis pelos pacientes é facilitada devido a factores como o conforto, a capacidade mastigatória, a aparência estética e a retenção. Contudo, a perda de integridade da prótese, o desgaste dos dentes, a perda de retenção e a falta de estabilidade afectam cerca de 60% dos pacientes que as usam (Cosme *et al.*, 2006).

Segundo um estudo recente, a questão negativa mais frequente é a falta de estabilidade, principalmente na arcada inferior. Para solucionar este problema, os princípios de diagnóstico, o preparo da cavidade oral, o desenho da prótese, a sua confecção, colocação e manutenção são factores fundamentais.

Outra questão relevante é a durabilidade da prótese, a qual depende do tipo de prótese escolhida, da sua degradação e das necessidades de tratamento.

As situações inesperadas podem ocorrer, sendo da responsabilidade do profissional corrigir o dano ou injúrias dos tecidos, falhas no material, desenho da prótese ou outros, como a parafunção ou o trauma acidental (Carr *et al.*, 2012).

As próteses não substituem a dentição natural e podem aparecer lesões associadas ao seu uso: a úlcera traumática, a queratose friccional, as candidíases, as hiperplasias fibrosas inflamatórias ou o granuloma piogénico. Importa lembrar que estas lesões têm maior prevalência em casos de higiene oral insuficiente (Carli *et al.*, 2013).

Os cuidados clínicos e laboratoriais respeitantes à “manutenção da saúde oral dos pacientes com arcadas recuperadas com prótese parcial removível” são considerados tão respeitáveis quanto o desenvolvimento e o decurso das etapas de tratamento.

Os tratamentos preventivos realizados periodicamente, durante a vida, após os pacientes 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 *et al.*, 2010).

Os tratamentos foram executados de uma forma multidisciplinar com base na literatura moderna, tendo como objetivo actuar de uma forma activa perante a necessidade emergente de restabelecer a saúde, a estética e a funcionalidade do sistema ortognático (fig. 70 e 71), permitindo ao paciente melhorar a sua qualidade de vida, tanto a nível social como profissionalmente.

Comparação da condição das peças dentárias antes e após o tratamento médico-dentário generalista supra citado:

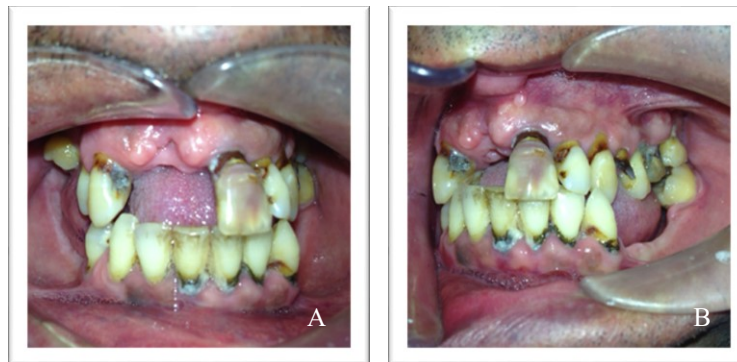




Fig. 70 – Sequência de reabilitação oral funcional e estética. (A) vista frontal antes do tratamento dentário; (B) vista lateral esquerda antes do tratamento dentário; (C) vista lateral direita após a dentisteria restauradora; (D) vista lateral esquerda após a dentisteria restauradora; (E) vista lateral direita no final da reabilitação; (F) vista lateral esquerda no final da reabilitação.

Comparação da estética antes e após o tratamento executado na Clínica Universitária Egas Moniz:



Fig. 71 – Antes e depois dos tratamentos dentários

V. CONCLUSÕES

A reabilitação oral baseada na estética e na funcionalidade permite ao paciente recuperar a capacidade de mastigação, deglutição, fonação e a sua auto-estima. Um tratamento dentário multidisciplinar é desejável, perante casos de perda dentária resultante falta de acesso a cuidados dentários e de higiene oral, uma realidade frequentemente encontrada na prática clínica.

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que a reabilitação estética e funcional se encontra ao alcance dos nossos pacientes fazendo face a situações de falta de informação, ultrapassando hábitos antigos de cuidados orais e moldando a nossa estratégia de tratamento face a condições económicas mais carenciadas. Cabe ao médico dentista promover a divulgação de cuidados de saúde e a recuperação da saúde oral do paciente.

Devido à problemática do tabagismo em Portugal, importa sugerir a criação de um plano, para ser aplicado nas consultas de medicina dentária preventiva ou em periodontologia, que promova e apoie a cessação tabágica integrado na Clínica Universitária Egas Moniz. A informação e apoio prestados aos pacientes fumadores, a prevenção das doenças orais e a elaboração de futuros estudos científicos nessa área são aspectos relevantes que deverão ser analisados.

Intervindo de uma forma multidisciplinar é possível superar ainda mais os resultados obtidos presentemente nos tratamentos de medicina dentária, melhorar a saúde e a qualidade de vida dos nossos utentes.

Com este caso clínico pensamos ter retratado a realidade, mostrando o verdadeiro estado de saúde oral, social, psicológico e económico de uma importante fração da população portuguesa. Nestas condições, pensamos ter conseguido a solução mais adequada perante as dificuldades gerais do caso. Foi assim restabelecida a função mastigatória, fonética e estética e aumentada a auto-estima do nosso paciente.

VI. BIBLIOGRAFIA

Agbor, M. A., Azodo, C. C., e 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 <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v13i3.38>.

Ahmad, S., Amin, M., e Naseer R. (2015). Effect of socioeconomic status, education level and type of denture on denture hygiene knowledge and practices of denture wearers. *Pakistan Oral & Dental Journal*, vol 35, n. 2.

Alves, C. R., Berlt, F. A., Mário, T. G., Sfreddo, C. S., Maier, J., e Moreira, C. H. C. (2015). Correlations between supra-and subgingival clinical parameters in smokers and individuals who have never smoked. *Revista Odontologica UNESP*, 44(3): 152-156. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1067>.

Batista, M. J., Lawrence, H. P., e Sousa, M. L. R. (2015). Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. *Ciências & Saúde Coletiva*, 20(9):2825-2835, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015209.17322014.

Bendo, C. B., Martins, C. C., Pordeus, I. A., e Paiva, S. M. (2014). Impacto das condições bucais na qualidade de vida dos indivíduos. *Revista Associação Paulista Cirurgia Dentária*, 68(3):189-93.

Bodner, L., Brennan, P. A., e McLeod, N. M. (2011). Characteristics of iatrogenic mandibular fractures associated with tooth removal: review and analysis of 189 cases. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 49 (2011) 567-572. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2010.09.007>.

Calha, N. M. G. E. (2015). Reabilitação do desdentado parcial com prótese removível acrílica. Comunicação apresentada no Congresso da OMD 2015. Lisboa.

Campos, P. R. B., Amaral, D., Silva, M. A. C., Barreto, S. C., Pereira, G. D. S., e Prado, M. (2015). Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. *RFO, Passo Fundo*, v. 20, n. 2, p. 227-231.

Carli, J. P., Giaretta, B. M., Vieira, R. R., Linden, M. S. S., Ghizoni, J. S., e Pereira, J. R. (2013). *Lesões bucais relacionadas ao uso de próteses dentárias removíveis*. SALUSVITA, Bauru, v.32, n. 1, p. 103-115.

Carneiro, A. C. M., Correia, A. R. M., Campos, J. C. R., Fonseca, P., Mesquita, P., e Figueiral, M. H. (2013). Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *revista portuguesa estomatologia medicina dentária cirurgia maxilo facial*, 54(2):60–67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2012.11.006>.

Carr, A. B., Brown, D. T., e Cooper, S. E. (2012). *McCracken`s prótese parcial removível*, cap. 1-2. Tradução da 12ª edição. Brasil: Elsevier Editora Ltda. ISBN: 978-85-352-4538-7.

Carr, A. B., e Brown, D. T. (2016) *McCracken`s: removable partial prosthodontics*. Elsevier. 13th ed. Issue 21, p 289-294. ISBN: 978-0-323-33990-2.

Carreiro, A. F. P., e Batista, A. U. D. (2013). *Prótese parcial removível contemporânea*, p. 147-186. L. Santos editora. ISBN 978-85-7288-990-2.

Choudhury, G. K., Vadavadagi, S. V., Kumari, K. V. H., Ravikiran, Mandokar, R. B., e Prathima K. (2016). Prosthetic Status and Prosthetic Needs of Patients *Journal of International Oral Health*. Attending the Prosthodontic Department of a Dental Teaching Institution, India, 8(3):338-343. DOI: 10.2047/jioh-08-03-08.

Cosme, D. C., Baldisserotto, S. M., Fernanades, E. L., Rivaldo, E. G., Rosing, C. K., e Shinkai R. S. A. (2006). Functional evaluation of oral rehabilitation with removable partial dentures after five years. *Journal of Applied Oral Science*;14(2):111-6.

DGS (2016). *Portugal: Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2015*. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. ISSN: 2183-0762.

Di Fiore, S. R., Di Fiore, M. A., e Di Fiore, A. P. (2010). *Atlas de prótese removível. Princípios biomecânicos, bioprotéticos e de oclusão*, p. 8-495. Editora Santos. ISBN 978-85-7288-817-2.

FDI (2016). Oral Health Worldwide. A report by FDI World Dental Federation. www.fdiworldental.org.

- Fonseca, P., Areias, C., e Figueiral, M. H. (2007) Higiene de Próteses Removíveis. *Revista Portuguesa Estomatologia Cirurgia Maxilofacial*, 48:141-146.
- Goyal, M. K., Goyal, S., Hegde, V., Balkrishana, D., e Narayana A. (2013). Recreating an Esthetically and Functionally Acceptable Dentition: A Multidisciplinary Approach. *International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry*, vol. 33, cap. 4, 526-532.
- Guerra, M. J. C., Greco, R. M., Leite, I. C. G., Ferreira, E. F., e Paula, M. V. Q. (2014). Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4777-4786, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.21352013>.
- Haikal, D. S., Martins, A. M. E. B. L., Aguiar, P. H. S., Silveira, M. F., Paula, A. M. B., e Ferreira, E. F. (2014). O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):287-300. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.2087>.
- Hayasaki, H., Saitoh, I., Nakakura-Ohshima, K., Hanasaki, M., Nogami, Y., Nakajima, T., Inada, E., Iwasaki, T., Iwase, Y., Sawami, T., Kawasaki, K., Murakami, N., Murakami, T., Kurosawa, M., Kimi, M., Kagoshima, A., Soda, M., e Yamasaki, Y. (2014). Tooth brushing for oral prophylaxis. *Japanese Dental Science Review*, 50, p. 69—77.
- Hinchman, S. S., Funk, A., DeBiase, C., e Frere, C. (2016). Ultrasonic Instrumentation Instruction in Dental Hygiene Programs in the United States. *The Journal of Dental Hygiene*, vol. 90, Nº 2.
- Ishida, Y., Fujimoto, K., Higaki, N., Goto, T., e Ichikawa, T. (2015). End points and esselements in esthetic dental treatment. *Journal of prosthodontic research*, 59. 2015 229-235. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpor.2015.05.002>.
- Jeyapalan, V., e Krishnan, C. S. (2015). Partial Edentulism and its Correlation to Age, Gender, Socio-economic Status and Incidence of Various Kennedy's Classes– A Literature Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, vol-9(6): ZE14-ZE17. DOI: 10.7860/JCDR/2015/13776.6124.

Journal of Periodontology (2015). Classification of Periodontal Diseases and Conditions. Vol. 86, No. 7, pp 835-838 , DOI: 10.1902/jop.2015.157001.

Khan, N. S., Luke, R., Soman, R. R., Krishna, P. M., Safar, I. P., e Swaminathan, S. K. (2015). Qualitative assessment of red blood cell parameters for signs of anemia in patients with chronic periodontitis. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 5(6):476-481. DOI:10.4103/2231-0762.167726.

Kim, M. J., Noh, H., e Oh, H. I. (2015). Efficiency of professional tooth brushing before ultrasonic scaling. *International Journal of Dental Hygiene*, 13; 125–131. DOI: 10.1111/idh.12127.

Lamas-Lara, C., Alvarado-Menacho, S., e de la Vega, G. A. (2015). Importancia del acabado y pulido en restauraciones directas de resina compuesta en piezas dentarias anteriores. *Revista Estomatológica Herediana*; 25(2):145-151.

Lucas, L. V. M., Gennari, F. H., Cohello, G. M., Dos Santos, D. M., Moreno, A., e Falcón-Antenucci, R. M. (2010). Estética en prótesis removibles. *Revista Cubana de Estomatología*, 47(2)224-235.

Machado, A. W. (2014). 10 commandments of smile esthetics. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 19(4):136-57. <http://dx.doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.136-157.sar>.

Marcenes, W., Kassebau, N. J., Bernabé, E., Flaxman, A., Naghavi, M., Lopez, A., e Murray C.J. (2013). Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis. *Journal of Dental Research*, 92(7):592-597. DOI: 10.1177/0022034513490168.

Marini, C. B. F. B., Rodrigues, C. R. T., Brum, S. C., e Pereira Junior, M. A. (2013). Prótese imediata – Uma solução estética e funcional – Relato de caso clínico. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, vol.4, n.4, pp.24-31.

Matos, G. R. M., e Godoy, M. F. (2011). Influência do tabagismo no tratamento e prognóstico da doença periodontal. *Journal of Dental Research*, 18(1):55-8.

Melo Júnior, P. C., Cardoso, R. M., Magalhães, B. G., Guimarães, R. P., Silva, C. H. V., e Beatrice, L. C. S. (2011). Selecionando corretamente as resinas compostas. *International Journal of Dentistry*, Recife, 10(2):91-96.

Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P., e Waite, P. (2012). *Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery*, vol. 1, 3rd edition. PMPH-USA. ISBN-13: 978-1-60795-111-7.

Milward, P., Katechia, D., e Morgan, M. Z. (2013). Knowledge of removable partial denture wearers on denture hygiene. *British Dental Journal* 215, E20.
DOI:10.1038/sj.bdj.2013.1095.

Mitchell, D. A., Mitchell, L., e McCaul, L. (2014). *Oxford handbook of clinical dentistry*. P. 10-13, 6th edition. Oxford, UK:Oxford University Press.

Mukai, M. K., Gil, C., Costa, B., Stegun, R.C., Galhardo, A.P.M., Chaccur, D.C., Fukuda, A. C. C. D. S., e Kammerer, B. A. (2010). Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. *RPG Revista de Pós-Graduação*, 17(3):167-72.

OMD (2015). II Barómetro Nacional de Saúde Oral mostra que mais de 16% dos portugueses cortou nas consultas de medicina dentária.
<https://www.ond.pt/noticias/2015/10/barometro-saude-oral>.

Olchik, M.R., Ayres, A., Presotto, M., Baltezan, R.L., e Gonçalves, A.K. (2013). O impacto do uso de prótese dentária na qualidade de vida de adultos e idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), 107-121. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567.

Orrego-Ramírez, A. C., Meza-Fuentealba, C., Vergara-Núñez, C., Lee-Munoz, X., e Schleyer-Daza, N. (2016). Percepción estética del paciente desdentado comparada con la opinión de expertos. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, vol. 9, cap. 1, 54–58. DOI:10.1016/j.piro.2015.11.001.

Periodontalchart-online (2010). Department of periodontology. School of dental medicine. University of Bern, Switzerland. <http://www.periodontalchart-online.com/es/>.

Pistorius, J., Horn, J. G., Pistorius, A., e Kraft, J. (2013). Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Removable Dentures. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. Vol. 123: 964–971.

Rech, R. S., Santos, K. W., Maahs, M. A. P., e Vidor, D., C., G., M. (2014). Masticatory Changes as a Result of Oral Disorders in Smokers. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 18:369–375. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1385843>.

Sakar O. (2015). *Removable Partial Dentures: A Practitioner's Manual*, cap.2. Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-20556-4.

Sala, E. C., e Gracia, P. B. (2013). *Odontologia preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones* (4ª ed). Elsevier Masson.

Samões, P. (2012). Estética + função: otimização do sorriso com resinas compostas. Poster de casos clínicos apresentado no Congresso OMD 2012. Porto.

Silva, A. S., Silva, G. A., Correa, V. M., Piva, R. M., e Werneck, R. I. (2011). Controle mecânico do biofilme dental. *Revista Gestão & Saúde*. Curitiba. Vol. 2, n. 2, p. 1-6.

Silva, L. (2012). Causas e prevalências das extrações dentárias, estudo retrospectivo de uma população portuguesa. Poster de investigação em cirurgia oral apresentado no Congresso OMD 2012. Porto.

Singh, K., Aeran, H., Kumar, N., e Gupta, N. (2013). Flexible Thermoplastic Denture Base Materials for Aesthetical Removable Partial Denture Framework. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, vol.7(10): 2372-2373. DOI: 10.7860/JCDR/2013/5020.3527.

Tada, S., Allen, P. F., Ikebe, K., Matsuda, e K., Maeda, Y. (2015). Impact of periodontal maintenance on tooth survival in patients with removable partial dentures. *Journal of Clinical Periodontology*, 42: 46–53. DOI: 10.1111/jcpe.12320.

Xie, Q., Ding, T., e Yang, G. (2015). Rehabilitation of oral function with removable dentures – still an option? *Journal of Oral Rehabilitation*, 42; 234-242. DOI: 10.1111/joor.12246.

Yang, Y., Zhang, H., Chai, Z., Chen, J., e Zhang, S. (2014) Multiple Logistic Regression Analysis of Risk Factors Associated with Denture Plaque and Staining in Chinese Removable Denture Wearers over 40 Years Old in Xi'an – a Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(2): e87749. DOI:10.1371/journal.pone.0087749.

Yoshino, K., Ito, K., Kuroda, M., e Sugihara N. (2016). Tooth loss in problem-oriented, irregular, and regular attenders in dental office. *Bull Tokyo Dental College*, 57(1): 11-19.

Zero, D. T., Zandona, A. F., Vail, M. M., e Spolnik, K. J. (2011). Dental Caries and Pulpal Disease. *Dental clinics of North America*, 55, 29–46. DOI:10.1016/j.cden.2010.08.010.