

Variotime® / Dente Classic® / Optosil® / Xantopren®

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

- Frederico dos Reis Goyata • Leandro Tolomeli • Fabiano Vieira de Landa
- Paulo Antônio Arantes Vieira • Francisca Isabel Ruela

Saúde bucal nas melhores mãos.



KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Resumo:

As características clínicas descritas por Kelly em 1972 e reportadas na literatura como pertinentes à Síndrome da Combinação constituem-se como os principais sinais para o diagnóstico e para o planejamento reabilitador em pacientes edêntulos parciais ou totais. Diferentes possibilidades de tratamento são apresentadas e descritas na literatura, porém todas convergem para a necessidade de restabelecer um contato oclusal posterior eficiente e desta forma minimizar os efeitos adversos do contato anterior entre dentes naturais inferiores e dentes artificiais. Este trabalho tem por objetivo relatar o tratamento reabilitador com próteses removíveis em uma paciente com características clínicas da Síndrome da Combinação.

Introdução:

A possibilidade de perder todos os dentes da boca é um fato negativo na vida das pessoas. Os aspectos funcionais, estéticos e psicológicos estão intimamente envolvidos nesta situação na vida de grande parte da população brasileira. As próteses totais constituem-se como uma modalidade de tratamento reabilitador com o objetivo de devolver a função mastigatória, a estabilidade muscular e articular e a estética aos pacientes 1-5.

Quando os pacientes, em geral, apresentam-se com ausência total ou parcial anterior dos dentes superiores e presença de dentes anteriores inferiores, o processo de reabsorção óssea da pré-maxila é bastante acentuado e deve ser rapidamente diagnosticado e tratado. Esta situação clínica é descrita na literatura como um dos sinais da Síndrome de Kelly 6,7.

Esta síndrome, também denominada de Síndrome da Combinação, caracteriza-se por alguns sinais clínicos e radiográficos que podem ser observados como: reabsorção óssea da pré-maxila, hiperplasia papilar do palato, extrusão dos dentes anteriores inferiores, reabsorção óssea nos extremos livres mandibulares, aumento das tuberosidades. Identificar estas alterações é extremamente importante para o cirurgião-dentista determinar um planejamento protético eficiente e viabilizar uma reabilitação funcional do paciente 8-11.

Nem sempre estas manifestações clínicas ocorrem simultaneamente, uma vez que a perda dos dentes pode ocorrer em tempos diferentes e tratamentos restauradores e reabilitadores podem ser realizados em diferentes épocas da vida do paciente 12,13.

As possibilidades de tratamento dos pacientes edêntulos totais na maxila e com presença de dentes naturais inferiores anteriores são inúmeras: prótese total superior e prótese parcial removível inferior, implantes osseointegrados e overdentures maxilares e mandibulares, prótese parcial fixa implanto suportada (protocolo de Branemark) 14-17. A proposta de reabilitação oral do paciente dependerá do caso clínico assim como das condições fisiológicas e financeiras do paciente.

Realizar um diagnóstico clínico precoce é importante para se prevenir uma maior reabsorção óssea da pré-maxila anterior, que em alguns casos, inviabilizará uma futura reabilitação protética funcional e estética.

Este trabalho tem por objetivo relatar, por meio de um caso clínico, o tratamento reabilitador com próteses removíveis em uma paciente com características clínicas da Síndrome da Combinação.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Relato do Caso Clínico:

Paciente, gênero feminino, S. M., 58 anos, apresentou-se à Clínica do Curso de Aperfeiçoamento em Prótese da EAP-ABO – Barra Mansa– RJ, queixando-se da falta de retenção e estabilidade da sua prótese total superior e ausência de dentes posteriores inferiores.

Ao exame clínico inicial, constatou-se que o paciente utilizava uma prótese total superior há pelo menos 20 anos e possuía dentes inferiores anteriores e ausência bilateral de dentes posteriores (classe I de Kennedy) sem fazer uso de uma prótese parcial removível, com perda da dimensão vertical de oclusão, quelite angular e fibrose gengival na região anterior da maxila (figuras 01 a 05). Observou-se uma perda óssea severa na região anterior da maxila ao exame clínico e radiográfico panorâmico. Estas características são sinais da Síndrome de Kelly.

Após o diagnóstico clínico e radiográfico, realizou-se um plano de tratamento que previa a confecção de uma nova prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior.

Iniciou-se com a moldagem da arcada superior com Silicona de Condensação Optosil® Xantopren® (Kulzer) pela técnica de Eduardo, 1997 e posteriormente da arcada inferior com Alginato (Jeltrate Plus – Dentsply) (Figuras 06 e 07) para confecção dos modelos anatômicos em gesso Pedra e Pedra tipo IV (Herodent e Herostone -Vigodent).

Os modelos anatômicos foram preparados, sendo o modelo inferior delineado e planejado a confecção da infraestrutura da PPR e enviado ao técnico em prótese dentária (TPD). Após a confecção laboratorial da infraestrutura, esta foi provada em boca (Figuras 08 e 09).

Confeccionou-se a seguir a moldeira individual em resina acrílica e posterior moldagem funcional com pasta zinco enólica (Pasta LS, Vigodent) e silicona de adição Variotime® (Kulzer) (Figura 10).

A partir do modelo funcional superior, foi confeccionada a base de prova em resina acrílica autopolimerizável onde foi construído o plano de orientação. A seguir instalou-se o plano de orientação superior e o inferior e determinou-se suporte labial, dimensão vertical, corredor bucal, linha do sorriso, distância entre os caninos, linha média e selecionou a cor da gengiva das futuras próteses (Figura 11).

Finalizada esta etapa, os modelos e planos de orientação foram enviados ao TPD para a montagem dos dentes e prova funcional em boca (Figuras 12 e 13). Utilizou-se, neste caso clínico, os dentes Magister (Kulzer).

Procedeu-se com a prova estética e funcional dos dentes e posterior moldagem funcional da PPR inferior com silicona de adição pela técnica da boca fechada (figura 15). Neste momento selecionou-se a cor da gengiva para guiar a confecção e acrilização das próteses (Figura 16).

Após a acrilização em laboratório (Figura 17), as próteses removíveis foram instaladas e ajustadas, devolvendo a função, a fonética e a estética à paciente (Figuras 18 a 21).

Materiais Utilizados:

- Variotime®
- Dente Classic® Magister
- Optosil® Xantopren®

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Discussão:

O diagnóstico correto das características clínicas relacionadas à Síndrome de Kelly é importante para estabelecer um tratamento reabilitador que devolva a função mastigatória adequada, a fonética e a estética ao paciente 14,15 conforme apresentado neste relato de caso clínico.

As causas da Síndrome ainda são muito conflitantes na literatura, embora Kelly em 1972, afirmou que algumas alterações, podem ser percebidas após a instalação da prótese total superior e da prótese parcial removível inferior, como: reabsorção óssea na região anterior da maxila, hiperplasia papilar do palato duro, extrusão dos dentes anterior inferiores, perda óssea posterior inferior e aumento da tuberosidade. 6,8,9,11e apresentadas neste trabalho.

Algumas características adicionais complementam os achados clínicos relacionados à Síndrome da Combinação, tais como: perda da dimensão vertical de oclusão, reposicionamento anterior da mandíbula, desadaptação das próteses removíveis, epúlide ou granuloma fissuratum 9-10 características apresentadas neste trabalho.

Na maioria dos estudos 6,8,17,19, as características são observadas em pacientes que utilizam uma prótese total superior e uma prótese parcial removível inferior (classe I de Kennedy). Alguns pacientes (classe III modificação II) com extremidade bilateral inferior também podem apresentar as características clínicas similares as da Síndrome da Combinação 19 assim como em pacientes com a arcada superior edêntula e antagonista com overdentures retidas por implantes ou prótese implanto suportadas 10,15,16,22.

Para minimizar a perda óssea, reembasamento e ajustes oclusais devem ser feitos antes mesmo de se reabilitar o paciente, sendo uma forma de estabilizar a reabsorção óssea da pré-maxila anterior 15,20-21.

O sucesso do tratamento reabilitador seja com próteses removíveis ou com próteses implanto suportadas se fundamenta num planejamento correto com a anamnese, o exame clínico, os exames complementares 14. Alguns critérios clínicos devem ser obedecidos tais como: dentes anteriores com ausência ou mínimo contato em oclusão cêntrica, exercendo somente a função de estética e fonética. Para os dentes posteriores, contato cêntrico e durante os movimentos excursivos mandibulares, finalizando como uma oclusão balanceada bilateral 7,13,22 conforme apresentado neste trabalho.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Autores:

Frederico dos Reis Goyata

www.ident.com.br/Fredgoyata

Leandro Tolomeli

Especialista em Endodontia EAP- ABO- Barra Mansa-RJ;

Especialista em Implantodontia e Pós Graduado em Prótese EAP-ABO-Barra Mansa;

Mestrando em Prótese – UNITAU.

Fabiano Vieira de Landa

Especialista em Prótese Dentária e Mestre em Clínica Odontológica;

Prof. do Curso de Especialização em Prótese da ABO- Barra Mansa-RJ.

Paulo Antônio Arantes Vieira

Doutor em Endodontia. Prof. de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UNIFAL-Alfenas-MG.

Francisca Isabel Ruela

Doutora em Materiais Dentários. Profa. de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da UNIFAL- Alfenas-MG.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Fotos do Caso:



Figura 01 - Aspecto Facial Inicial.



Figura 02 - Aspecto Facial Inicial.



Figura 03 - Aspecto Facial Inicial.



Figura 04 - Aspecto Clínico Inicial.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Fotos do Caso:



Figura 05 - Aspecto do Cordão Fibroso Superior.



Figura 06 - Molde Anatômico em Silicona de Condensação.



Figura 07 - Molde em Alginato.

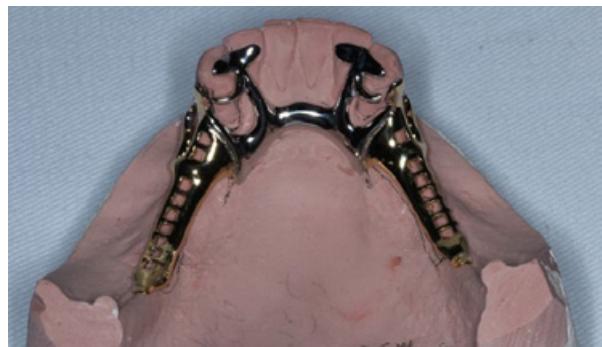


Figura 08 - Modelo Inferior com a PPR.



Figura 09 - PPR Prova em Boca.



Figura 10 - Molde Funcional da PT Superior.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Fotos do Caso:



Figura 11 - Modelo Funcional.



Figura 13 - Dentes Montados.



Figura 12 - Registro Oclusal com os Planos de Cera.



Figura 14 - Prova dos Dentes.



Figura 15 - Moldagem Funcional da PPR Inferior.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Fotos do Caso:



Figura 16 - Seleção da Cor da Gengiva.



Figura 17 - PT e PPR Acrilizadas.



Figura 18 - Aspecto Clínico Final.



Figura 19 - Aspecto Facial Final.



Figura 20 - Aspecto Facial Final - Perfil.



Figura 21 - Aspecto Facial Final - Perfil.

Prótese total e parcial removível na reabilitação de um paciente com síndrome da combinação.

Conclusão:

Concluiu-se que a reabilitação protética com a prótese total superior e a prótese parcial removível inferior reabilitou a função mastigatória e o suporte muscular facial bem como a estética dos dentes e do sorriso.

Com esta modalidade de tratamento foi possível devolver a satisfação e a auto estima à paciente.

Referências:

1. Souza ROA, Novaes MP, Netto HC. Prótese Total X Aspecto Psicossocial- Relato de um Caso Clínico. PCL. 2004;6(31):262-68.
2. Szentpétery AG, John MT, Slade GD, Setz JM. Problems Reported by Patients before and after Prosthodontics Treatment. Int J Prosthodont. 2005;18(2):124-31.
3. Corrêa GA. Prótese Total: Passo a Passo. São Paulo: Santos, 2005
4. Turano JC, Turano LM. Fundamentos de Prótese Total. 8a ed. São Paulo: Santos, 2007.
5. Miranda AMF, Okuyama AO, Eduardo JVP, Machado MSS, Araújo MB. Modificação de Técnica de Inclusão de Material Resiliente em Próteses Totais e Parciais Removíveis. PCL. 2006;8 (39):81-88.
6. Goyatá FR, Tostes WL, Rodrigues CRT, Corga RB, Cunha LG. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. Int J Dent. 2010;9(3):160-4.
7. Goyatá FR, Duarte Jr JAG, Rodrigues CRT. Prevalência da Síndrome da combinação em Pacientes Atendidos na Clínica Dentária do CEO no município de Vassouras-RJ. Int J Dent. 2011;10(1):10-14
8. Goyatá FR, Gonçalves PAM, Rodrigues CRT, Souza MCA. Reembasamento em Prótese Total: Relato de Caso Clínico. Dent Sci. 2009;3(9):39-46.
9. Cunha LDAP, Rocha EP, Pellizer EP. Prevalência da Síndrome de Kelly em usuários de Prótese Parcial Removível. RGO.2007;55(4):325-32
10. Faot F, Serrano PO, Rosa RS, Cury AADB, Garcia RCMR. Síndrome da Combinação: Revisão da Literatura. PCL.2006;8(41):275-83.
11. Kelly E. Change caused by a mandibular removable partial denture opposing a maxillary complete denture. J Prosthet Dent.1972;27(2):141-50.
12. Goyatá FR, Gonçalves PAM, Bello RF, Ferreira NG, Ferreira TG, Coelho SMO. Avaliação quantitativa de microrganismos orais em materiais reembasadores de prótese total. Int J Dent.2009;8(2):79-81.
13. Areias C, Fonseca P, Barbosa C, Lino A, Lordelo J. Síndrome da hiperfunção anterior. JADA. 2006;5(6):41-45.
14. Goyatá FR, Costa MV, Rodrigues CRT, Souza MCA. Prótese Total: Função e Estética. Dent Sci. 2009;3(10):150-6.
15. Hansen CA, Jaarda MJ. Treatment alternatives for a modified combination syndrome. Gen Dent.1990;18(6):132-37
16. Marcacci S, Maekawa LE, Lamping R, Santos AAR dos, Maekawa MY. Reabilitação oral com prótese total híbrida e prótese parcial removível: alternativa para prevenção da Síndrome de Kelly.PCL.2004;6(30):120-26.
17. Ribeiro MCM. Verificação do índice de prevalência de pacientes portadores dos sinais da Síndrome de Combinação. (Monografia) Bauru:Faculdade de Odontologia de Bauru USP; 2003.
18. Cunha V P P, Marchini L. Prótese Total – Procedimentos Clínicos e Laboratoriais. São Paulo: Ed. Santos, 2007.
19. Goyatá FR, Manta GF, Gilson JGR, Eduardo JVP, Cunha LG. Prótese Total: Estética e Função. Clínica – Int J Braz Dent. 2010;6(3):308-314.
20. Eduardo JVP. Materiais Macios Usados em Base de Prótese Total para Reembasamento Direto e Indireto. Revista da APCD.1997;51(6):531-33.
21. Thiel CP, Evans DB, Burnett RR. Combination syndrome associated with a mandibular implant-supports overdenture: a clinical report. J Prosthet Dent.1996;75:107-13.
22. Shimmitt SM. Combination syndrome: a treatment approach. J Prosthet Dent.1985; 54(5):664-70.