

## Cirurgia Para-protética

Bernardo Albuquerque \*, Paulo Guimarães \*\*, Nuno Sampaio \*\*,  
Pedro Horta e Vale \*\*\*, Pedro Pestana \*\*\*\*

**Resumo:** A cirurgia para-protética é um acto cirúrgico com indicação em alguns doentes com reabilitação oral protética ou em candidatos a portadores de próteses removíveis. Tem como objectivo aumentar a área de suporte da prótese, melhorar a retenção, eliminar a patologia dos tecidos moles, assim como interferências e/ou regularização dos tecidos duros de suporte da prótese, mediante a aplicação de uma técnica cirúrgica adequada.

As cirurgias para-protéticas mais frequentemente utilizadas compreendem regularização das cristas alveolares, remoção de torus e alterações dos tecidos moles.

Os autores pretendem fazer uma breve revisão bibliográfica de diversos tipos de cirurgias para-protéticas, ilustrando-as com alguns casos clínicos.

**Palavras-Chave:** Cirurgia para-protética; Hiperplasia fibro-epitelial; Vestibuloplastia; Tórus mandibular; Tuberosidade maxilar

**Abstract:** The para-prosthetic surgery is a surgical act often necessary in patients with oral prosthetic rehabilitation or removable prosthesis candidates. Its objective is to increase the denture bearing area, improve retention, eliminate soft tissue pathology, as well as interferences and/or regularization of the prosthesis bearing hard tissues, thru a proper surgical technique.

The para-prosthetic surgeries more often used are alveolar ridge regularization, torus removal and soft tissue changes.

The authors intend to do a brief bibliographic revision of several types of para-prosthetic surgeries and illustrate them with clinical examples.

**Key-words:** Para-prosthetic surgery; Fiber-epithelial hyperplasia; Vestibuloplasty; Mandibular tori; Maxillary tuberosity

(Albuquerque B, Guimarães P, Sampaio N, Horta e Vale P, Pestana P. Cirurgia Para-protética. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2007;48:229-235)

\* Médico Dentista, Monitor Voluntário de Endodôncia da LMD-FMUC

\*\* Médico Dentista, Monitor de Prótese Removível da LMD-FMUC

\*\*\* Médico Dentista

\*\*\*\* Médico Estomatologista, Assistente Convidado de Prótese Removível da LMD-FMUC

### INTRODUÇÃO

O sucesso no tratamento protético está intimamente relacionado com a saúde e morfologia dos tecidos (moles e duros) que constituem a zona de suporte da prótese.

Muitas vezes as estruturas maxilares e mandibulares são aceitáveis e não requerem qualquer preparação cirúrgica prévia. Noutras situações, o doente desdentado poderá apresentar alterações anatómicas na área de suporte protético que determinam

a necessidade de actuar cirurgicamente sobre os tecidos moles ou duros da cavidade oral para assegurar uma forma morfológicamente correcta, capaz de providenciar suporte adequado para a prótese.<sup>(1)</sup> Assim, a cirurgia vai aumentar a estabilidade e a retenção, melhorar a crista óssea do rebordo residual, e pode permitir remover todas as lesões da cavidade oral originadas pela prótese ou que vão interferir com a futura prótese.

O conjunto de procedimentos cirúrgicos utilizadas para melhorar a área de suporte protético e tecidos vizinhos, designa-se Cirurgia para-protética.<sup>(2,3,4)</sup>

A prótese deve estar suportada em tecido firme, sem protuberâncias, inserções musculares ou hiperplasias fibro-epiteliais que impeçam uma boa estabilidade. O conjunto formado por osso, mucosa e tecido muscular é uma unidade que influencia e é influenciada pela prótese. Por vezes, para se obterem estas condições ideais, pode recorrer-se à cirurgia.

As características ideais da área de suporte de uma prótese são: suporte ósseo e cobertura de tecidos moles adequados; ausência de concavidades ou protuberâncias, rebordos em "lâmina de faca", bridas cicatriciais (que impeçam o selamento periférico da prótese), fibras musculares ou freios, pregas de tecidos moles, hipertrofias nos rebordos ou nos sulcos, e formações neoplásicas;<sup>(5,6,7)</sup> sulcos vestibular e lingual com largura e profundidade adequadas; e relação satisfatória entre os rebordos residuais alveolares maxilar e mandibular.

O exame prévio servirá para:

a) diagnóstico das alterações da mucosa, musculares ou ósseas

- que impeçam a normal confecção da prótese;
- b) eleição da terapêutica cirúrgica apropriada (avaliando as possibilidades de êxito ou fracasso;
- c) eliminação dos casos em que o fracasso seja devido a uma inadequada execução na técnica protética e não às condições anormais dos tecidos de suporte.<sup>(5)</sup>

## PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

A selecção do procedimento mais adequado para a correcção dos tecidos depende da extensão do defeito e da distância dos tecidos adjacentes à área de suporte da prótese, do tipo de tecido requerido para efectuar a correcção (tanto funcional como estética), das medidas terapêuticas prévias que possam influenciar a cicatrização, das estruturas anatómicas que precisam de ser protegidas de lesões e das prioridades envolvidas em corrigir o defeito (função ou estética).<sup>(8)</sup>

### CONDIÇÕES QUE DETERMINAM OS PROCEDIMENTOS SOBRE TECIDOS MOLES

1. Patologia dos tecidos moles devido aos efeitos traumáticos pelo uso prolongado de prótese (os casos mais frequentes são as hiperplasias devido à falta de suporte ósseo)
2. Inserções musculares e freios
3. Vestibuloplastias
4. Bridas cicatriciais
5. Hipertrofias do sulco vestibular
6. Hipertrofias de mucoperiósteo, bordos moles e rebordo mandibular fibroso
7. Fibromatose da tuberosidade e palato
8. Papilomatose do palato

Tabela 1 - Condições que determinam os procedimentos sobre os tecidos moles

### CONDIÇÕES QUE DETERMINAM OS PROCEDIMENTOS SOBRE TECIDOS DUROS

1. Exodôncias e alveoloplastia
2. Exostoses e cristas em "lâmina de faca"
3. Torus palatino e mandibular
4. Tuberosidade maxilar hipertrofiada
5. Apófise geni e crista milohioideia hipertrofiadas
6. Aprofundamento do nervo mentoniano
7. Processo alveolar proeminente
8. Tuberoplastias e zigomatoplastias
9. Plastias de aumento
10. Discrepância nas relações intermaxilares
11. Raízes, dentes inclusos e quistos residuais

Tabela 2 - Condições que determinam os procedimentos sobre os tecidos duros

Para sua descrição, dividem-se as actuações da cirurgia para-protética em: procedimentos sobre tecidos moles (Tabela 1) e procedimentos sobre tecidos duros 5 (Tabela 2):

### EXCISÃO DE HIPERPLASIA FIBRO-EPITELIAL

Porventura esta é a lesão com características mais exuberantes. Traumatismos contínuos de baixa intensidade provocados pelos bordos de uma prótese total acrílica desgastada e mal ajustada levam a uma resposta fibro-epitelial dos tecidos moles no interior da área basal. É mais frequente no maxilar, onde a sua excisão se torna menos deletérica, pois não interfere com rolos vasculo-nervosos importantes.

O afundamento do vestibulo concomitante e a cicatrização por segunda intenção têm sido as escolhas mais frequentes com resultados mais previsíveis.

Quer o enxerto de mucosa gengival livre quer o de pele têm alguns inconvenientes (como a infecção associada que leve à perda total do retalho) não sendo por isso as escolhas mais aconselháveis.

#### Exemplo clínico 1

Hiperplasia fibro-epitelial provocada por prótese total acrílica mandibular (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1 - Situação inicial com prótese



Figura 2 - Situação inicial sem prótese



Figura 3 - Controle pós-operatório (4 semanas)

#### Exemplo clínico 2

Hiperplasia fibro-epitelial provocada por prótese total acrílica maxilar (Figuras 4, 5 e 6).



Figura 4 - Situação inicial



Figura 5 - Imagem per-operatória



Figura 6 - Controle pós-operatório (1 semana)

## VESTIBULOPLASTIA

Tem como objectivo aumentar, relativa ou absolutamente, a altura do rebordo alveolar por meios cirúrgicos. Assim, torna-se possível a confecção de próteses com os bordos mais extensos, proporcionando maiores retenção e estabilidade.

A vestibuloplastia é considerada uma cirurgia de resultados previsíveis e com boa relação custo-benefício para os doentes que estão bem adaptados às suas próteses removíveis.<sup>(1)</sup>

No entanto, se a altura do rebordo residual está severamente diminuída, a retenção e estabilidade protéticas só podem ser satisfatoriamente alcançadas com plástias de aumento, como enxerto ósseo, ou implantes osteo-integrados<sup>(9)</sup> (se existir osso suficiente disponível). A técnica ilustrada é a vestibuloplastia com epiteliação secundária.

### Exemplo clínico 3

Vestibuloplastia após excisão de hiperplasia fibro-epitelial (Figuras 7, 8 e 9)



Figura 7 - Situação inicial



Figura 8 - Situação pós-operatória



Figura 9 - Controle pós-operatório (1 semana)

## REMOÇÃO DE TÓRUS MANDIBULAR

São exostoses com uma cortical óssea muito densa e pouco osso esponjoso.<sup>(5)</sup> Podem ser causados, para além de eventuais factores hereditários, por traumatismos superficiais, resposta funcional a músculos mastigadores muito desenvolvidos ou dentes abradidos por oclusão topo a topo.

A sua remoção só é necessária quando a mucosa está ulcerada, quando são grandes ou retentivos, quando impedem o selamento lingual da prótese ou são causa de má adaptação da prótese.<sup>(5)</sup>

Estes tórus localizam-se normalmente na face lingual da zona dos pré-molares/caninos, podendo ser bilaterais e simétricos.<sup>(2,3,5,10)</sup>

As complicações mais frequentes da sua remoção são: hemorragia e descolamento da mucosa, má adaptação do retalho, edema, hematoma, infecção do pavimento oral, lesão do nervo lingual e compromisso dos canais salivares.

### Exemplo clínico 4

Tórus mandibular no 4º quadrante (Figuras 10 e 11)



Figura 10 - Situação inicial



Figura 11 - Situação final (após remoção do torus)

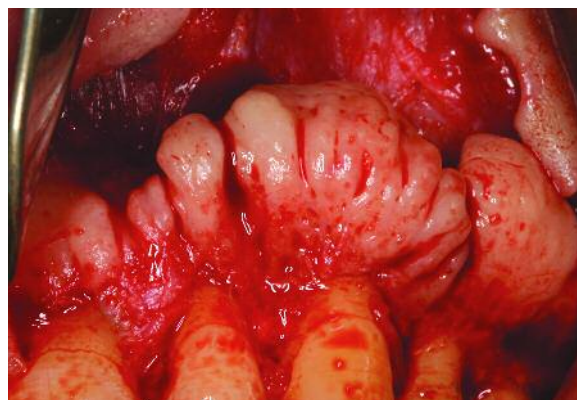


Figura 14 - Situação inicial (exposição cirúrgica)

**Exemplo clínico 5**

Tórus mandibular no 3º quadrante (Figura 12)



Figura 12 - Estado inicial (exposição cirúrgica)

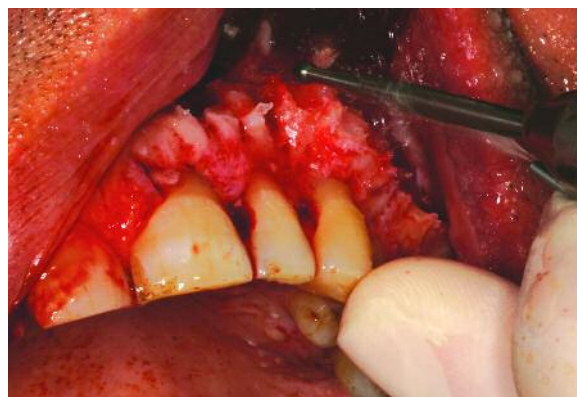


Figura 15 - Imagem per-operatória

**Exemplo clínico 6**

Tórus maxilar no 2º quadrante (Figuras 13, 14, 15 e 16)



Figura 13 - Situação inicial



Figura 16 - Controle pós-operatório (3 semanas)

**REDUÇÃO DA TUBEROSIDADE MAXILAR**

Podem ocorrer alterações fibrosas da tuberosidade como consequência de irritação mecânica, tais como pressão crónica por bordos de próteses removíveis ou irritação crónica na margem gengival. As hiperplasias simétricas bilaterais das tuberosidades parecem ter uma base hereditária.<sup>(6)</sup>

O seu crescimento excessivo para o plano oclusal ou para os lados pode provocar uma diminuição do espaço oclusal intermaxilar.<sup>(6)</sup> A correcção cirúrgica envolve uma redução ou remodelação, com a finalidade de restaurar para uma forma mais fisiológica e

estética<sup>®</sup>, sem no entanto serem muito pronunciadas (para não perder a retenção para a prótese naquela zona). É uma cirurgia de técnica acessível, sendo apenas importante distinguir, através de um exame radiológico prévio, se se trata de uma hiperplasia óssea verdadeira ou de uma fibromatose da tuberosidade.

Exemplo clínico 7

Hiperplasia óssea da tuberosidade direita (Figuras 17, 18 e 19).



Figura 17 - Situação inicial

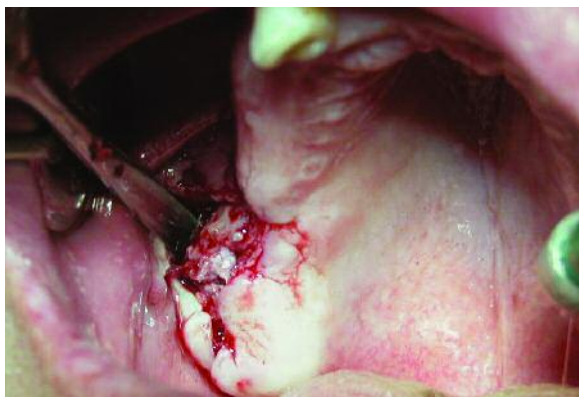


Figura 18 - Situação per-operatório (descolamento)



Figura 19 - Situação per-operatória (redução óssea)

Exemplo clínico 8

Hiperplasia fibrosa da tuberosidade esquerda (Figuras 20, 21 e 22).



Figura 20 - Situação inicial



Figura 21 - Situação per-operatório



Figura 22 - Controle pós-operatório (4 semanas)

**CONCLUSÕES**

As principais funções da cirurgia para-protética são a eliminação de patologias nos tecidos moles e nos tecidos duros das zonas de suporte da prótese, assim como a melhoria da crista óssea do rebordo residual.

Os procedimentos cirúrgicos referidos estão indicados sempre que os resultados previsíveis permitam uma melhoria substancial na retenção e estabilidade da prótese. A vestibuloplastia

continua a ser uma cirurgia com resultados e relação custo/benefício muito aceitáveis.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Hillerup S. Preprosthetic surgery in the elderly. *J Prosthet Dent* 1994; 72:551-8
- 2 - Peterson, Ellis, Hupp, Tucker. *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*, 4th edition, Mosby 2003 St. Louis, Missouri, Part III – Chapter 13 – Preprosthetic Surgery, 248-304
- 3 - Fonseca, Davis. *Reconstructive Preprosthetic, Oral and Maxillofacial Surgery*, 2nd edition, WB Saunders Company, 1995 Philadelphia, Pennsylvania, Chapter 23 – Minor preprosthetic surgery, 733-42
- 4 - Prado, Salim. *Cirurgia Bucocomaxilofacial – Diagnóstico e Tratamento*, Medsi, 2004 Rio de Janeiro, Capítulo 10 – Cirurgia Pré-protética, 235-57
- 5 - Donado M et al. *Cirurgia Bucal Patología y Técnica*, 1990 Madrid, Parte Septima – 611-44
- 6 - Kruger GO. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*, 6th edition, The C.V. Mosby Company, 1984 Toronto, Chapter 8 - Preprosthetic Surgery, 106-166
- 7 - Goodsell JO. Surgical aids to intraoral prosthesis, *J Oral Surg* 1955; 13:8
- 8 - Sailer HF, Pajarola GF, *Cirurgia Bucal*, Artmed Editora, 2000, Porto Alegre, Cap. Procedimentos de Cirurgia Plástica em Tecidos Moles e Osso, 255-316
- 9 - Wessberg GA, Jacobs MK, Wolford LM, Walker RV. Preprosthetic management of severe alveolar ridge atrophy. *J Am Dent Assoc* 1982; 104(4):464-72
- 10 - Lynde TA, Unger JW. Preparation of the denture-bearing area- An essential component of successful complete-denture treatment. *Quintessence Int* 1995; 26:689-95