



Reabilitação oral bimaxilar de um caso clínico complexo com prótese parcial removível esquelética

Artur Miler*, André Correia**,
Reis Campos**, José Mário Rocha**,
Helena Figueiral**#

*Estudante do Curso de Especialização em Reabilitação Oral da FMDUP
**Docente do Curso de Especialização em Reabilitação Oral da FMDUP
#Professora Catedrática da FMDUP

INTRODUÇÃO

A alteração da dimensão vertical de oclusão associada à perda de múltiplas peças dentárias deve ser corretamente avaliada aquando da realização de uma reabilitação protética bimaxilar. Sempre que possível, podem ser utilizados os dentes remanescentes como forma de determinar e estabilizar esta dimensão, por forma a otimizar a reabilitação.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

- Paciente do sexo feminino, 52 anos, compareceu na consulta da Especialização em Reabilitação Oral da FMDUP com o objetivo de efetuar uma reabilitação oral protética bimaxilar.
- **DADOS INTRA-ORAIS RELEVANTES:**
 - Classificação da desdentação parcial (Kennedy): classe II div.I no maxilar superior (dentes presentes: 13-23; 26-27) e II div.2 no maxilar inferior (dentes presentes: 34, 37, 43-44). Classificação Grau 4 (risco elevado) do *American College of Prosthodontics*. (Fig.1)
 - Diminuição da dimensão vertical de oclusão (DVO)
 - Dentes comprometidos periodontalmente no maxilar inferior (32,33, 35 e 42).
- **PLANO DE TRATAMENTO** aceite pelo paciente: próteses parciais removíveis esqueléticas bimaxilares.
 - A superior foi desenhada com um conector maior tipo placa palatina e ganchos circunferenciais no 13, 26 e 27. Na inferior desenhou-se uma barra lingual com ganchos circunferenciais no 44 e 37, e um elemento retentivo tipo bola no 34, uma vez que toda a estrutura coronária remanescente estava comprometida.
- **NOTAS DO TRATAMENTO:**
 - Inicialmente, foi necessário **determinar** uma correcta dimensão vertical de oclusão (DVO) através de placas bases com rolos de articulação. (Fig.2)
 - Esta DVO foi depois **estabilizada** através da colocação de resinas compostas ao nível do contacto dentário existente nos dentes 13 e 44.
- Dois anos após a inserção das próteses, a paciente não apresenta complicações biológicas e mecânicas, verificando-se as estruturas naturais remanescentes e as próteses removíveis estáveis. A paciente encontra-se satisfeita com a reabilitação.

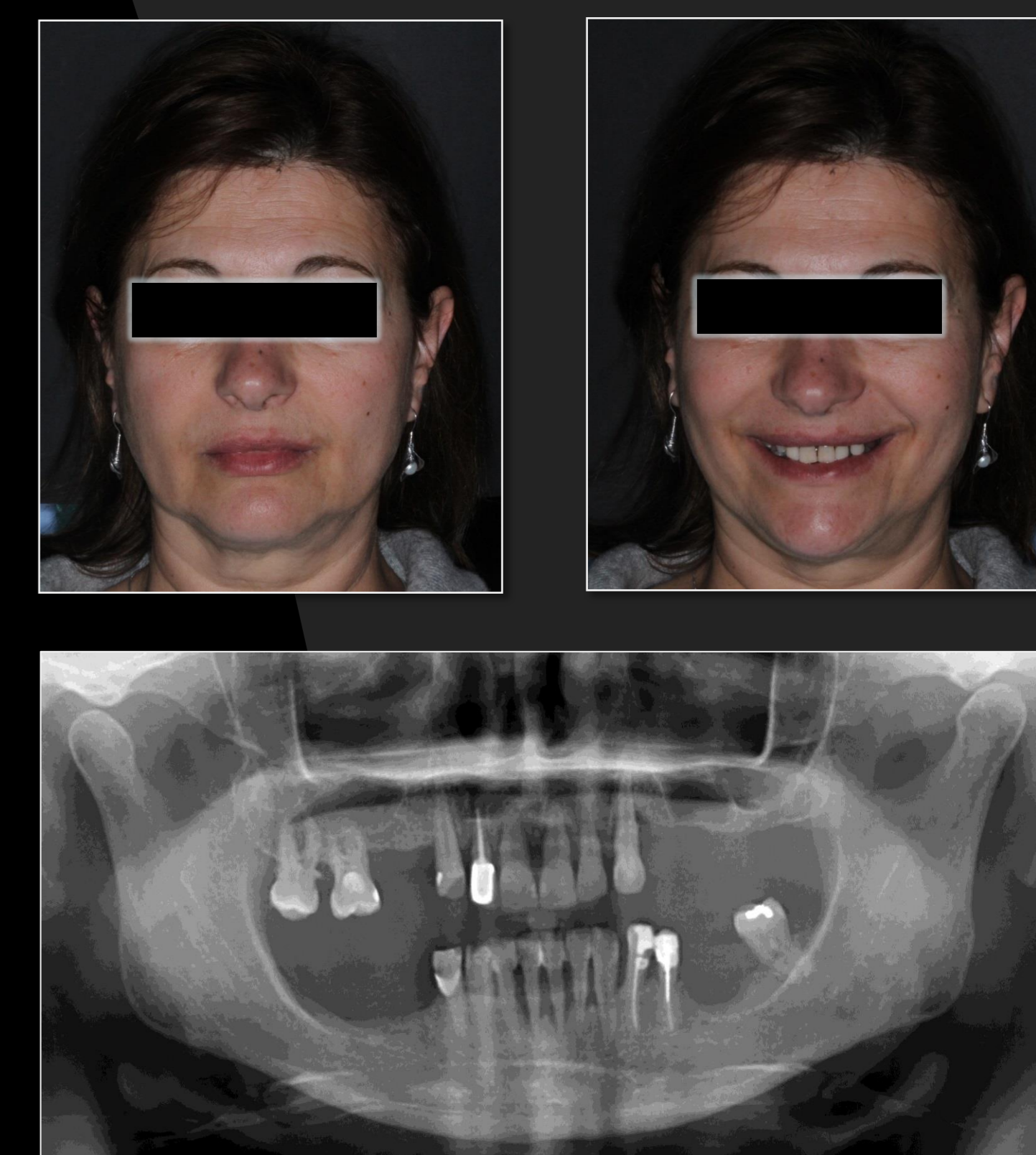


Fig. 1 - Fotografias Extra-Orais Iniciais e Ortopantomografia Inicial (antes das perdas dentárias do 5º sextante)

ICONOGRAFIA DO CASO CLÍNICO



Fig. 2 - Fotografias Intra-Orais Iniciais Laterais e Inicial da Paciente.



Fig. 3 - Fotografia Intra-Oral inicial com Próteses Dentárias antigas.



Fig. 4 - Registos Inter-Maxilares com placas base com rolos de articulação



Fig. 5 - Preparação do dente 34 para colocação do nardi sobre a raiz.

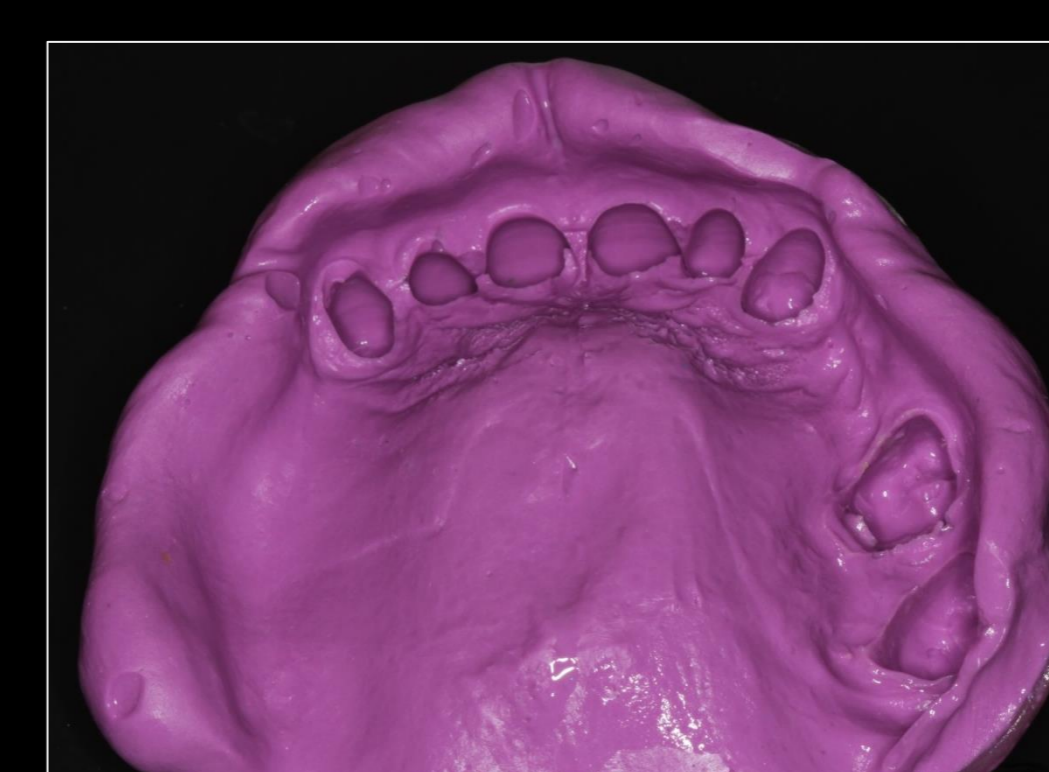


Fig. 6 - Impressões definitivas.



Fig. 7 - Prova de esqueleto e novo registo intermaxilar.



Fig. 8 - Fotografias intra-oris finais laterais e frontal.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

- O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão através de resinas compostas é uma opção válida numa reabilitação oral com próteses parciais removíveis. Neste caso particular, face à existência de próteses antigas, e à duração prevista do tratamento, o aumento foi executado de forma gradual. A presença da raiz do dente 34 com o retentor tipo bola contribuiu para a retenção da prótese, preservação do osso e da propriocepção deste elemento.
- As próteses parciais removíveis esqueléticas continuam a ser um tipo de reabilitação muito solicitado pelos pacientes, sobretudo por dificuldade económicas. Uma correcta determinação da dimensão vertical de oclusão, assim como um correto planeamento e desenho da reabilitação, são fundamentais para o sucesso clínico.



Fig. 9 - Fotografia Extra-Oral Final da Paciente