

# REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES PARCIAIS FIXA E REMOVÍVEL CONJUGADAS: RELATO DE CASO CLÍNICO

## ORAL REHABILITATION USING CONNECTED FIXED AND REMOVABLE PARTIAL DENTURES: CASE REPORT

Amilcar Chagas FREITAS JÚNIOR<sup>1</sup>  
Antônio Materson SILVA<sup>2</sup>  
Marcus Aurélio Rabelo Lima VERDE<sup>3</sup>

### RESUMO

Os autores relatam um caso clínico de reabilitação oral em um paciente de 58 anos de idade que se apresentou com desvio da linha mediana, sobre-mordida acentuada, próteses fixas com porcelanas fraturadas, recessão gengival mostrando cintas metálicas cervicais e cáries, prejudicando a higienização, a função mastigatória e a estética. Em virtude do grau de comprometimento dos dentes pilares, a opção foi por confeccionar próteses parciais fixa e removível conjugadas através de encaixes resilientes pré-fabricados (Sistema Ot Strategy – ZAGO – Itália). As diversas fases do caso clínico são mostradas nas ilustrações fotográficas.

**UNITERMOS:** Reabilitação bucal; Prótese parcial fixa; Prótese parcial removível; Encaixe.

### INTRODUÇÃO

A reabilitação oral de pacientes que apresentam os últimos dentes posteriores ausentes (classes I e II de Kennedy), geralmente conduz a planejamentos cujas opções de tratamento são próteses implanto-suportadas ou próteses parciais removíveis (PPR).

Cirurgias para implantes muitas vezes são contra-indicadas por motivos anatômicos, sistêmicos, de ordem financeira ou até mesmo por temor do paciente. Optar por uma PPR convencional, retida a grampo, principalmente nos pacientes com linha de sorriso alta, pode gerar inquietações e insatisfação sob o ponto de vista estético<sup>1,2,6,8,10,11,12</sup>.

Nestes casos, a evolução dos materiais e técnicas odontológicas têm permitido planejamentos envolvendo a utilização de encaixes de semi-precisão ou precisão (attachments) que, ao substituírem grampos visíveis, tornam-se opções estética e biomecanicamente versáteis, com conveniente custo financeiro<sup>1,3,4,6,7,9,10,12</sup>.

Este trabalho tem o principal objetivo de

retratar a importância dessa modalidade protética, bem como de reportar um caso clínico no qual se utilizou encaixes resilientes conectados à armação metálica, resultando função e estética satisfatórias.

### CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino com 58 anos de idade, cor parda, compareceu a um consultório particular na cidade de Fortaleza apresentando no exame clínico inicial próteses superior e inferior com função mastigatória, estética e higienização comprometidas, mostrando profunda insatisfação e desejo de obter uma melhor condição bucal.

Ao exame clínico podia-se também observar uma gengivite (alterações na cor, contorno e textura do tecido gengival), principalmente na arcada inferior e um desvio acentuado da linha mediana.

Nas hemi-arcadas esquerdas, superior e inferior, principalmente na região mais anterior, haviam fraturas de porcelana, cintas metálicas de próteses fixas e grampos metálicos de PPR

1 – Cirurgião-dentista graduado pela Universidade Federal do Ceará-UFC.

2 – Doutor em Reabilitação Oral / Faculdade de Odontologia de Bauru –USP. Professor adjunto de Prótese Parcial Fixa / Universidade Federal do Ceará.

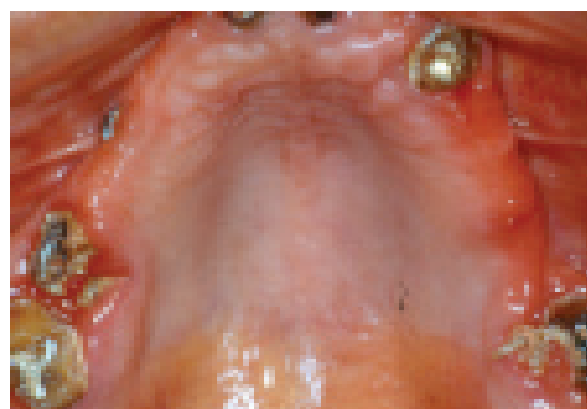
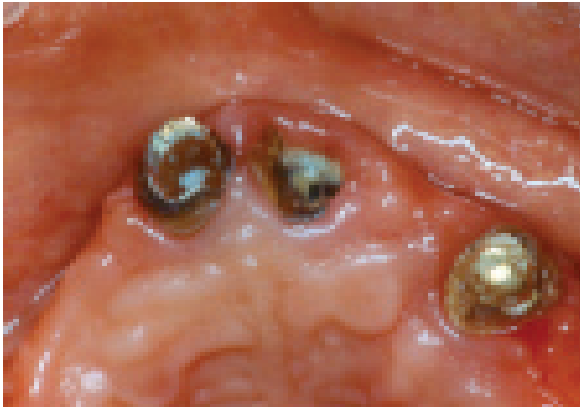
3 – Doutor em Reabilitação Oral / Boston University-EUA. Professor adjunto de Prótese Parcial Fixa / Universidade Federal do Ceará. Chefe do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Federal do Ceará.

expostos, assim como recessão gengival no elemento 23 e cárie em vários outros dentes, prejudicando a estética. No lado direito podia-se observar ausência de contatos dentários prejudicando a estabilidade oclusal e, por sua vez, a função das próteses. Decorrente da deterioração das próteses presentes adveio a dificuldade de higienização. Estas falhas podem ser notadas na Figura 1.



FIGURA 1 – Caso clínico inicial.

Ao se remover a prótese foi possível observar que as raízes estavam bastante comprometidas (Figuras 2 e 3), entretanto, constatou-se que ainda seria possível utilizar os elementos 11, 17 e 23 no planejamento do futuro tratamento. Quanto ao elemento 14 (implante osseointegrado excessivamente vestibularizado), decidiu-se que deveria ser mantido, mas sem interferir com a proposta do novo tratamento.



FIGURAS 2 e 3 - Vista oclusal dos remanescentes superiores bastante comprometidos.

realizados raspagem e alisamento radicular em todos os elementos dentários remanescentes. Com a melhoria da condição periodontal pôde-se concluir que deveriam ser extraídos os dentes 16, 21 e 27, seguido da confecção e instalação de próteses preliminares ou provisórias (Figura 4). Esta etapa é muito importante para observar a satisfação do paciente e tecnicamente para que se possa estudar e restabelecer a dimensão vertical de oclusão. O paciente pode fazer, já neste momento, uma pré-avaliação dos aspectos estéticos que podem ser conseguidos com a prótese final.



FIGURA 4 - Próteses provisórias sendo utilizadas para restabelecer a dimensão vertical de oclusão, estética e condicionamento do paciente.

As próteses preliminares permitiram concluir que havia necessidade de acerto do plano oclusal da arcada inferior através de ameloplastia. Esse desgaste foi realizado seguindo a anatomia das superfícies oclusais, com pontas diamantadas de granulações finas, até se conseguir melhorar o relacionamento dentário e a harmonia oclusal.

Após as exodontias, tratou-se os dentes que necessitavam de endodontia. Os remanescentes estão apresentados na Figura 5.



FIGURA 5 - Arcada superior após exodontias e apenas com elementos que servirão como pilares. Os fatores favoráveis e desfavoráveis de cada tratamento possível foram discutidos com o paciente e descartada a reabilitação com implantes. Assim, devido ao paciente ser bastante exigente quanto ao fator estética, restou a opção

pela confecção de uma prótese parcial fixa (PPF) na região anterior superior (dos elementos 11 ao 23), conjugada a uma PPR retida por encaixes resilientes pré-fabricados (Sistema Ot Strategy - ZAGO - Itália).

Na arcada inferior a opção foi pela confecção de uma nova PPR convencional a grampos. Neste caso, Classe I de Kennedy, ou seja, desdentado posterior bilateral, é importante destacar a necessidade de se realizar uma moldagem funcional da região de suporte mucoso imediatamente após a prova final dos dentes artificiais montados sobre a sela da PPR e, previamente à sua acrilização final (Figuras 6, 7 e 8).



FIGURA 6 - Dentes remanescentes inferiores.

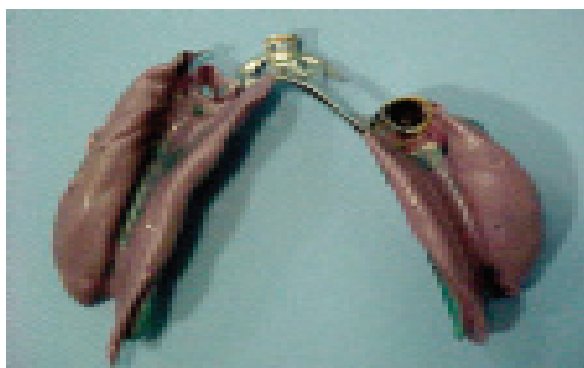


FIGURA 7 - Molde utilizando a base da prótese, antes da acrilização.



FIGURA 8 - Prótese parcial removível mandibular acrilizada e instalada na boca.  
A Figura 9 mostra detalhes dos encaixes utilizados (tipo bola, sistema macho-fêmea) e as fresas confeccionadas nas faces palatinas dos

elementos 11 e 23. As fresas servem para alajar os braços de oposição da PPR, para diminuir o excesso de contorno causado pelos grampos, para reduzir forças laterais que possam causar deformações e desgastes dos encaixes e, além disso, geram fricção entre as superfícies metálicas auxiliando na retenção<sup>5</sup>.



FIGURA 9 - A moldagem dos pilares superiores foi realizada com casquetes individuais de resina acrílica autopolimerizável confeccionados sobre o modelo de gesso preliminar, após alívio em cera numa espessura aproximada de 0,5mm, para permitir o preenchimento do casquete com o material de moldagem, um poliéster (Impregum F). Sua manipulação e aplicação devem ser feitas seguindo rigorosamente as recomendações do fabricante. Após a polimerização do poliéster, foi realizada a remoção dos casquetes com o auxílio de uma moldeira de estoque preenchida com silicona de adição (Prevent), empregando-se a técnica da dupla mistura, onde a moldeira é carregada com o material pesado e os casquetes e dentes vizinhos são cobertos com o material mais fluido, usando uma seringa de moldagem. Para a confecção das estruturas metálicas das PPRs superior e inferior, as moldagens foram igualmente realizadas com silicona de adição. Os moldes obtidos foram vazados com gesso especial tipo IV (Durone).

O registro oclusal foi confeccionado em resina acrílica Duralay. A base de resina foi feita sobre o modelo de trabalho e o registro propriamente dito foi realizado na boca do paciente e transferido em seguida para o modelo.

Na seqüência, foi realizada a montagem dos dentes em cera, em um articulador semi-ajustável (ASA Dental – Itália) (Figura 10). Observe uma coroa total metálica no elemento 17, sobre a qual foi aplicado um dimple, para maior retenção do grampo circunferencial utilizado neste elemento.

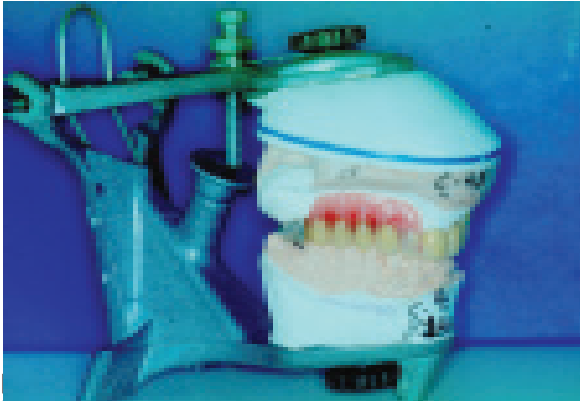


FIGURA 10 - Dentes artificiais montados em articulador semi-ajustável.

juntamente com a prótese fixa não cimentada na boca do paciente. Esta fase requisitou a análise do trabalho pelo paciente e sua concordância. Somente depois desta avaliação é que foi realizada a conclusão laboratorial e a instalação da PPR. A cimentação definitiva da prótese fixa (com cimento de fosfato de zinco) foi feita em conjunto com a PPR. Como mostrado na Figura 11, foi possível observar o aumento da área chapeável, que proporcionou a distribuição da carga mastigatória entre os dentes pilares e rebordo alveolar.

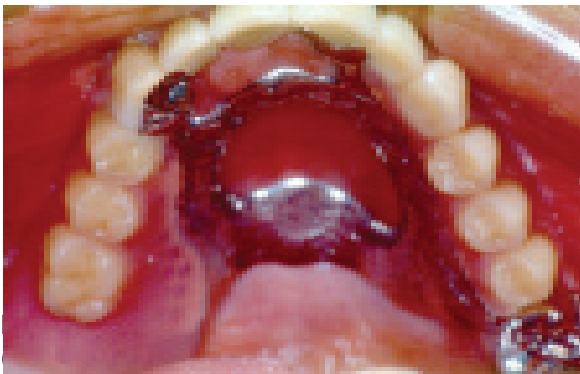


FIGURA 11 - Próteses fixa e removível imediatamente após instalação.

Para o sucesso e maior tempo de vida útil possível, o paciente recebeu algumas orientações. Inicialmente foi orientado sobre como colocar e remover a prótese de acordo com o longo eixo dos encaixes, evitando esforços laterais. O primeiro desencaxe da PPR só pôde ser feito com pelo menos 24 horas após a cimentação definitiva. O paciente foi ainda orientado quanto à higienização dos dentes pilares e da prótese e quanto aos retornos periódicos. Segundo Prado et al.<sup>11</sup>, estes devem ser aproximadamente a cada seis meses para avaliar a retenção, higienização e necessidade de reembasamento das próteses.



FIGURA 12 - Aspecto final. Restabelecimento estético e funcional.

Como se pode observar, a presente reabilitação ora apresentada se com resultados bastante satisfatórios não apenas do ponto de vista do dentista, mas também do paciente. Vale salientar que uma reabilitação protética não se restringe a uma necessidade estética e fisiológica apenas, engloba ainda requisitos psíquicos e sociais.

As maiores dificuldades encontradas na execução do tratamento apresentado, além de recuperar a função perdida proporcionando concomitantemente estética satisfatória através da eliminação dos grampos metálicos, foi preservar os dentes pilares ainda existentes e conseguir harmonia estética em vista da necessidade de se trabalhar com três materiais diferentes: esmalte (dentes remanescentes), cerâmica (dentes da PPF) e acrílico (dentes da PPR). Apenas desta forma conseguiu-se fornecer um sorriso harmonioso e atender às expectativas do paciente, conferindo-lhe função, conforto e todas as condições necessárias para recuperação da auto-estima após a instalação das novas próteses.

O sucesso deste caso clínico só foi possível por ter sido realizado um cuidadoso diagnóstico, um correto planejamento e acurada execução do tratamento tanto em ambiente clínico como laboratorial, além de um controle posterior periódico para avaliação. Para que tenha ocorrido esse sucesso, foi importante não somente o conhecimento da técnica de confecção da prótese com encaixes, mas também o bom senso do clínico para indicá-los quando pertinente.

Neste caso, o encaixe escolhido foi do tipo resiliente em virtude do suporte disponível, que requisitava uma PPR dentomucossuportada. Estes encaixes possibilitam um trabalho equânime entre fibromucosa e dentes suportes, sem que nenhum destes elementos sejam sobrecarregados durante a função mastigatória. Isso porque os encaixes resilientes dão uma quantidade e direção definida de movimento às suas partes componentes, permitindo deslocamento da base da prótese

em direção aos tecidos sob função, enquanto minimizam a quantidade de força transmitida aos dentes pilares<sup>1, 3, 12</sup>.

Então, a decisão para o uso de encaixes em PPR deve ser cuidadosamente considerada. As PPRs convencionais a grampos devem ser usadas sempre que prático, devido seu baixo custo, facilidade de fabricação, manutenção e previsibilidade dos resultados. Contudo, se uma PPR com encaixes é o tratamento de escolha devido a estética, posicionamento dos pilares, melhor dispersão das cargas mastigatórias ou qualquer outra vantagem inerente a esta modalidade protética, ela deve ser usada com um detalhado conhecimento e entendimento dos princípios protéticos e uso dos encaixes, assim como consciência da complexidade e problemas especiais associados ao seu uso<sup>2</sup>.

## CONCLUSÃO

A utilização de encaixes conjugando próteses parciais fixas e removível em reabilitações orais representa uma solução bastante viável não apenas do ponto de vista estético, mas também funcional, proporcionando maior conforto ao paciente quando bem executada. Isto fica evidente em virtude da satisfação demonstrada pelo paciente com o resultado final do tratamento. Dessa maneira, juntamente com as próteses removíveis convencionais a grampos e com as próteses implanto-suportadas, tem-se de forma satisfatória as próteses removíveis com encaixes como uma alternativa de planejamento para o tratamento de pacientes portadores de extremo livre quando o diagnóstico clínico assim requisitar.

## ABSTRACT

*The authors report a clinical case of oral rehabilitation in 58 years-old patient who was presenting deviation of middle line, accentuated overbite, fixed dentures with porcelains fractured, gingival retraction showing cervical metallic girdles and caries, disturbing the hygienization and chewing function. By virtue of the rating of destruction of abutments teeth, it was prepared a fixed partial denture connected to a pre-fabricated resilient attachment-retained removable partial denture (Ot Strategy System – ZAGO – Italy). The various phases of the clinical case are presented on pictures illustrations.*

**UNITERMS:** Mouth rehabilitation; Denture, fixed partial; Denture, removable partial; attachment.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Burns DR, Ward JE. A review of attachments for removable partial denture design: Part 1. Classification and selection. *Int J Prosthodont* 1990; 3(1): 98-102.
- 2 - Burns DR, Ward JE. A review of attachments for removable partial denture design. Part 2. Treatment planning and attachment selection. *Int J Prosthodont* 1990; 3(2):169-74.
- 3 - Deliga AG, Cardoso SA. Classificação e indicação de encaixe em prótese e implantodontia. *PCL Rev Bras Prot Clin Labor* 1999; 1(2): 174-8.
- 4 - Duarte ER, Sanches FF, Silva Júnior W, Batista JG. Solução estética para prótese parcial removível classe I de Kennedy – encaixe tipo rompe-forças. *PCL Rev Bras Prot Clin Labor* 2003; 5(25): 190-5.
- 5 - Itinoche MK, Nichioli RS, Maekawa MY, Guimarães MMV. Tratamento protético reabilitador com prótese parcial removível conjugada à prótese parcial fixa utilizando encaixes de semi-precisão: relato de caso clínico. *PCL Rev Bras Prot Clin Labor* 2001; 3(11): 34-8.
- 6 - Miller EL, Grasso JE. Prótese parcial removível. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos;1990. Cap. 18, p. 303-7.
- 7 - Mindan SP, Villandiego JCR. A flexible lingual clasp as an esthetic alternative: a clinical report. *J Prosthet Dent* 1993; 69( 3): 245-6.
- 8 - Murray MD. Parallel bonded cast attachment for removable partial dentures. *Aust Dent J* 1992; 37(6): 419-26.
- 9 - Nogueira Júnior L, Carvalho RL, Pavanelli CA, Teixeira, SC. Reabilitação oral com encaixes: relatos de casos clínicos. *PCL Rev Bras Prot Clin Labor* 2001; 3(11): 18-26.
- 10 - Pavarina AC, Vergani CE, Machado AL, Gianpaolo EJ. Encaixes de precisão e semi-precisão: tipos e princípios biomecânicos. *Odontol Clin* 1999; 9(1): 29-33.
- 11 - Prado AC, Fernandes Neto AJ, Faccioli DF, Neves FD, Oliveira JEC, Gonçalves LC, Costa MM. Uma técnica de confecção de prótese híbrida com attachments resilientes: relato de caso clínico. *Odontol POPE* 1998; 2(3): 413-25.
- 12 - Todescan R, Silva EB, Silva OJ. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Ed. Santos ;1996.

### Endereço para correspondência:

Amilcar Chagas Freitas Junior  
Rua: André Chaves, 100 - Apto. 205-A  
CEP 60416-150 - Parreão - Fortaleza-CE

Recebido para publicação em 06/01/2005  
Enviado para análise em 10/01/2005  
Aprovado para publicação em 21/06/2005