

**JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY
JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1**



**DESAFIOS DA CONFEÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS
CONVENCIONAIS EM PACIENTES COM REBORDO
REABSORVIDO: REVISÃO DE LITERATURA**

**CHALLENGES OF MAKING CONVENTIONAL
COMPLETE DENTURES IN PATIENTS WITH
REABSORBED RIDGES: LITERATURE REVIEW**

Adilson Júnior Batista de ARAÚJO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dr.adilson.araujo@faculadefacit.edu.br

Esther Alves de SOUZA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.esther.souza@faculadefacit.edu.br

Marcela Moreira SALLES
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: marcela.salles@faculadefacit.edu.br

Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lidia.barbetta@faculadefacit.edu.br



RESUMO

Introdução: A perda dos dentes naturais é frustrante e apresenta consequências que vão muito além dos prejuízos relacionados às funções orais, como as dificuldades na mastigação, deglutição e fonética. Frequentemente, abala a autoconfiança, prejudica a vida afetiva, profissional e social, ou seja, afeta diretamente a qualidade de vida do paciente. O edentulismo total é um problema importante de saúde pública, particularmente entre os idosos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura sobre os principais desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista para a confecção das próteses totais convencionais em paciente com rebordo alveolar reabsorvido. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema; com descritores: prótese total, reabilitação oral e perda óssea alveolar. Foram obtidos dados através de artigos no Scielo, PubMed, Google acadêmico, OMS e livros publicados no período de 2000 a 2022, nos idiomas português e inglês. **Conclusão:** A confecção de uma prótese total convencional em pacientes com rebordo reabsorvido é um processo muito desafiador. E dessa forma, fica claro que não se deve negligenciar nenhum passo do tratamento reabilitador, pois quando isso ocorre, pode gerar prejuízo irreversível para o paciente.

Palavras-chave: Prótese total. Reabilitação oral. Perda do osso alveolar.

ABSTRACT

Introduction: The loss of natural teeth is frustrating, and has consequences that go far beyond the damage related to oral functions, such as difficulties in chewing, swallowing and speaking. It often undermines self-confidence, impairs affective, professional and social life, that is, it directly affects quality of life. Total edentulism is an important public health problem, particularly among the elderly. **Objective:** Conduct a literature review on the main challenges faced by dentists for the manufacture of complete dentures in patients with reabsorbed ridges. **Method:** A literature review was carried out on the topic: Challenge of making conventional complete dentures. Data were obtained from articles through the databases Scielo, PubMed, Academic Google, WHO and books published from 2000 to 2021 in Portuguese and English. **Conclusion:** The fabrication of a conventional

Adilson Júnior Batista de ARAÚJO; Esther Alves de SOUZA; Marcela Moreira SALLES; Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA. DESAFIOS DA CONFECÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS CONVENCIONAIS EM PACIENTES COM REBORDO REABSORVIDO: REVISÃO DE LITERATURA. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. MAIO/2022. Ed. 36. V. 2. Págs. 3-18. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

complete denture in patients with a resorbed ridge is a very challenging process. And in this way, it is clear that no step of the treatment should be neglected, because when this occurs, it can generate irreversible damage to the patient.

Keywords: Complete denture. Oral rehabilitation. Alveolar bone loss.

INTRODUÇÃO

A perda dos dentes naturais é frustrante, e apresenta consequências que vão muito além dos prejuízos relacionados às funções orais como as dificuldades na mastigação, deglutição e fala. Frequentemente, abala a autoconfiança, prejudica a vida afetiva, profissional e social, ou seja, afeta diretamente a qualidade de vida¹. Segundo a organização Mundial de Saúde, a condição de edentulismo total acomete mais os idosos, trazendo prejuízos considerável na saúde bucal e geral dos indivíduos²⁻⁹. Além disso, é uma condição que está intimamente relacionada a condições socioeconômicas desfavoráveis³. Embora o acesso à saúde bucal tenha melhorado nas últimas décadas, por meio de campanhas de conscientização, prevenção, e projetos como os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Em 2010, o levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 evidenciou que a taxa de idosos que precisam ser reabilitados com próteses totais é elevada⁴. Idosos entre 65 a 74 anos, 63,1% dos são usuários de próteses totais, e 38,3% tem necessidade da reabilitação completa em uma ou nas duas arcadas⁵.

A prótese total removível é a forma mais comum de reabilitação, que substitui tecido perdido pelo processo de reabsorção e os dentes, um conjunto que traz função e estética⁶. A prótese total maxilar geralmente é capaz de reabilitar a arcada superior de maneira efetiva e confortável. No entanto, a prótese total mandibular é fonte de desconforto para grande parte dos pacientes edentados⁷. Isso porque a prótese mandibular depende fundamentalmente do rebordo alveolar residual e mucosa suprajacente para suporte e retenção. Com o processo de reabsorção óssea, a área de assentamento da prótese é diminuída levando a problemas na retenção e estabilidade¹. Sendo assim, o prognóstico das próteses totais depende fortemente do fator biológico, que poderá ser favorável ou desfavorável dependendo das condições anatômicas das arcadas desdentadas¹⁰. Além disso, a técnica de confecção utilizada também irá influenciar no sucesso e longevidade da reabilitação. Visto que o tratamento com próteses totais é composto por uma série de

procedimentos clínicos e laboratoriais que exigem domínio teórico-técnico do profissional⁸. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre os principais desafios enfrentados pelo cirurgião-dentista para a confecção das próteses totais convencionais em paciente com rebordo alveolar reabsorvido.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema: Desafio da confecção das próteses totais convencional em paciente com rebordo reabsorvido: Revisão de literatura. Para este trabalho foram obtidos dados de artigos através de pesquisas nas bases de dados Scielo, PubMed, Google acadêmico, OMS e livros com os seguintes descritores em português: próteses totais; reabilitação oral; perda de osso alveolar e em inglês: **Complete denture, oral rehabilitation**, Alveolar Bone Loss, publicados no período de 2000 a 2022 nos idiomas português e inglês.

REVISÃO DE LITERATURA

Exame Clínico

Durante o exame clínico, temos o primeiro contato com o paciente no qual ele irá relatar suas queixas principais e o que aconteceu para ter levado a perda total de todos os dentes, paciente com próteses instaladas há bastante tempo está com a atual prótese, a presença de alguma doença existente ou pré-existente, ou seja, avalia-se como um todo¹³. Dependendo do paciente, o tempo que passou sem reabilitação oral contribui de forma negativa, pois a perda óssea muito acentuada compromete diretamente a retenção e estabilidade da nova prótese, sendo um grande desafio adaptar essa prótese na cavidade bucal desse paciente¹³.

Além disso, um exame radiográfico panorâmico deve ser solicitado para ser avaliada a presença de alguma variação de anormalidade que na inspeção visual e tátil não identificada. Durante a inspeção visual e tátil, é fundamental avaliar todo rebordo alveolar, o tecido fibromucoso, a saliva para ter uma previsão de como será o tratamento desse paciente. Outros fatores importantes que devem ser observados durante o exame clínico: tórus (palatino e/ou lingual), estomatites, hiperplasias fibrosas e/ou inflamatórias, úlceras traumáticas, como por exemplo¹³.

Tipos de Saliva

A saliva é um fator fisiológico, a quantidade e qualidade são indispensáveis na retenção das próteses total⁸. Uma pessoa em condições normal produz em torno de 0,5 a 1,5 litros saliva¹⁴. A quantidade excessiva de saliva pode ser uma desvantagem, porque o excesso tende à perda do íntimo contato da prótese com a mucosa, o mesmo acontece em pacientes que produzem pouca saliva, uma vez que faltará selamento periférico e as forças adesivas e coesivas não ocorrerão para reter a prótese⁸. Existem vários tipos de saliva como: fluída, serosa, viscosa e espessa sendo a saliva fluida e serosa as mais favoráveis, e a saliva viscosa e espessa as menos favoráveis, pois pode atrapalhar a retenção da prótese¹⁴.

Além disso, a saliva atua como uma coadjuvante, pois ela forma uma película que fica em íntimo contato com a mucosa e a prótese, com a função de impedir a entrada de ar⁸. Quando há pouco fluxo salivar, esses pacientes apresentam um quadro clínico de xerostomia e é necessário intervir, receitando a saliva artificial e incentivar o consumo de alimentos cítricos. Em alguns casos, esse baixo fluxo está ligado a fatores intrínsecos e extrínsecos, como radioterapia, sialolitases e uso de medicamentos¹⁵.

O cirurgião-dentista pode utilizar o método de sialometria para avaliar o fluxo salivar, a viscosidade, coloração e a turbidez salivar. Esse é um teste de baixo custo que pode ser feito em consultório, para o qual o profissional vai precisar de: tubo coletor de saliva mililitrado; sialogogos mecânicos, que são dispositivos de silicone; cronômetro ou relógio; dimeticona (em gotas) e espátula para incorporar a dimeticona à saliva. O paciente vai mastigar os sialogogos por volta de cinco minutos, e não deglutir, sempre cuspidando a saliva no coletor milimetrado. Após avaliar a quantidade de saliva e espuma obtida, colocar a dimeticona até cinco gotas e mexer bem até que o medicamento se incorpore na saliva. A quantidade de saliva pode ter um aumento significativo ou não quando a espuma desaparecer por completo³⁰.

Na avaliação da saliva, deve-se observar o volume, sendo que a produção de saliva normal varia de 1,5 mL/minuto até 3,0mL/minuto; uma hipossalivação leve tem uma média de 1,05 a 1,45 mL/minuto, é uma quantidade de saliva aceitável ainda para paciente usuário de próteses totais com rebordo atrófico; hipossalivação moderada varia de 0,55 a 1,0 mL/minuto. Já na hipossalivação severa, só é produzido 0,05 a 0,50 mL/minuto, um

nível muito baixo para usuário de próteses totais, pois não ajuda no vedamento que dificulta a entrada de ar entre a prótese e a área chapeável. A sialorréia é a produção em excesso de saliva, que passa de 3,0 mL/minuto, uma produção excessiva faz com que a prótese perda o contato com a área chapeável, prejudicando a sua retenção³⁰.

Quando se fala em viscosidade, verifica-se se há excesso de mucina na saliva. A mucina é uma proteína responsável pela lubrificação dos tecidos bucais, sendo que, quando há redução da saliva, por motivos fisiológicos ou não, a quantidade de mucina não diminui fazendo que assim, a saliva se torne viscosa, e uma saliva muito viscosa tende a atrapalhar na adesão da prótese, formando uma película espessa de saliva entre a prótese e a área de assentamento da mesma. A coloração da saliva revela pigmentos de sangue, exsudatos, e, de acordo com a coloração, deve ser investigado. A turbidez da saliva está ligada a células descamadas da mucosa, ou seja, quanto mais turva, mais células presentes, isso pode ocorrer devido ao uso de fumo, alterações hormonais, uso de bebida alcoólica, mordiscamento da mucosa oral e deficiência de algumas vitaminas como vitamina A e D³⁰.

Tipos de Tecido Mole

Durante a palpação, verifica-se o tipo de mucosa, sendo classificada em três tipos, sendo elas: muito resiliente, pouco resiliente e resiliência média¹⁰.

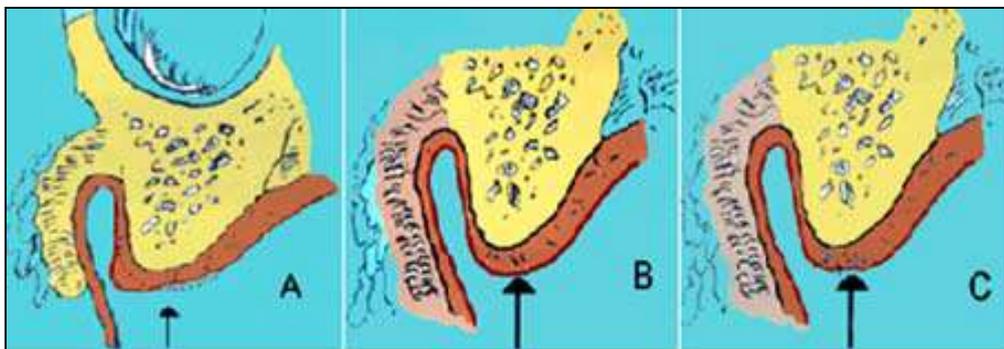


Figura 1. Desenho exibindo os tipos de mucosa classificadas em: A) mucosa muito resiliente ou flácida; B) mucosa pouco resiliente; C) mucosa com resiliência média¹³.

A mucosa muito resiliente ou flácida é a mais desfavorável para os usuários de próteses convencionais totais, principalmente para os pacientes que tem rebordo residual atrófico, levando em consideração que, durante o ato mastigatório, vai desestabilizar e causar uma deformação na mucosa. Pode ser necessária a correção, por meio de uma

intervenção cirúrgica do tecido flácido. Mucosas classificadas como pouco resiliente ou dura não cedem à ação das forças, trazendo desconforto ou até mesmo dor ao paciente, na maioria das vezes. Portanto, a mucosa com resiliência média é a mais favorável entre as três, pois amortece as forças da mastigação em pacientes edêntulos totais.

Sobre o estado de saúde da mucosa, deve ser observada a cor, a qual deve aparentar-se rosa claro, com aparência lisa e aderente. Alterações nas características citadas apontam algum sinal de desequilíbrio. É de grande importância que o cirurgião-dentista esteja atento ao aparecimento de sinais de inflamação, como dor, calor, rubor e edema¹⁰.

Tipos e Classificação de Rebordo Alveolar

A atrofia do rebordo alveolar por desuso é consequência da perda de todos os dentes, causando assim uma grande reabsorção, mas também por fatores sistêmicos como doenças ósseas, desequilíbrio hormonal, idade e sexo, podem estar relacionados à velocidade que o osso é perdido, assim como as próteses mal adaptadas. A maxila e a mandíbula sofrem perdas diferentes, sendo que o maxilar perde osso quatro vezes menos que o osso mandibular¹². O cirurgião-dentista enfrenta diariamente dificuldades para confecção de próteses totais convencionais para esses pacientes com rebordo residual reduzido, principalmente a prótese inferior^{12,22}.

Sobre os tipos de rebordo, são classificados em estrangulado, arredondado e triangular (figura 2). O rebordo arredondado tende a ter um bom prognóstico em relação aos outros tipos, quando o paciente tem uma perda óssea significativa com um rebordo arredondado pressupõem ainda uma melhor adaptação da prótese^{13, 11}.

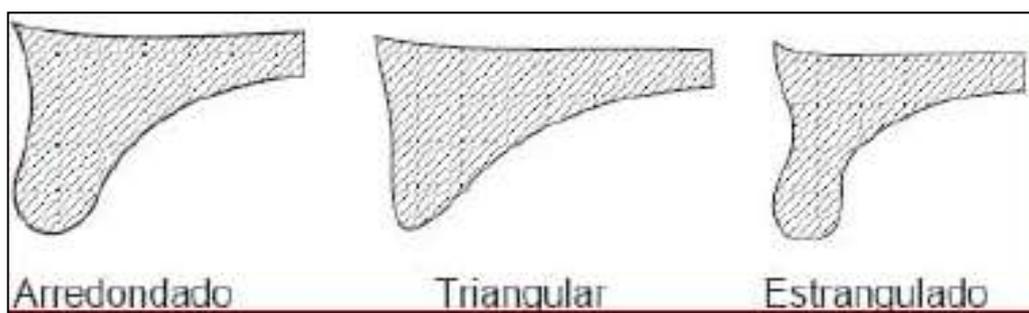


Figura 2. Tipos de rebordo alveolar: A) rebordo arredondado; B) rebordo triangular; C) rebordo estrangulado 13.

Sobre os tamanhos dos maxilares, são eles: grande médio e pequeno, como mostra a figura abaixo (figura 3). Quanto maior o osso maxilar, maior a área chapeável para

prótese assentar, sendo assim, um paciente com rebordo reduzido e uma arcada grande tende a ter mais estabilidade e retenção no aparelho protético.¹³



Figura 3 - Modelo de gesso representando os tamanhos dos rebordos: A – grande; B – médio; C- pequeno¹³.

O formato dos maxilares é classificado como: quadrado, triangular e oval, como se pode observar na figura 4, o que influencia na estabilidade e retenção das próteses, sendo que a combinação do formato oval e grande apresenta uma melhor estimativa de sucesso em uma reabilitação oral em pacientes com pouco remanescente ósseo¹³.



Figura 4- Modelos de gesso representando os formatos dos maxilares: A: quadrado; B: triangular; C: oval¹³.

A altura dos maxilares é classificada como normal, alto ou volumoso e baixo ou reabsorvido (figura 5). O rebordo normal refere-se a um triângulo com todos os lados iguais, ou seja, melhor para retenção das próteses totais; alto ou volumoso lembra um triângulo com uma base menor que os lados, geralmente muito retentivo, podendo haver necessidade de correção cirúrgica paraprotética, como por exemplo, tuberosidades e região anterior do rebordo inferior. A mandíbula sofre uma maior reabsorção comparada à maxila. Quando se fala em Rebordo baixo ou reabsorvido, podemos imaginar um triângulo com uma base maior que os lados. O grau de reabsorção dos rebordos é classificado em: Leve,

Médio ou severo. Quanto mais reabsorvido for o rebordo, maior será o desafio para confecção das próteses totais convencionais⁸.

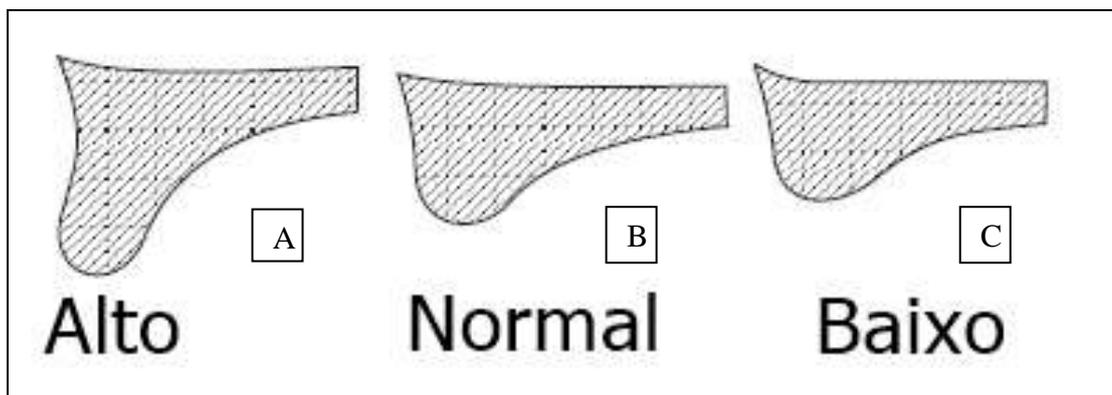


Figura 5- Figura ilustrativa das alturas do rebordo: A - rebordo alto; B - rebordo normal; C - rebordo baixo¹³.

Uma alternativa para paciente com rebordo alveolar atrófico é a cirurgia de aumento de vestibulo, denominada também de vestibuloplastia, que tem o intuito de aumentar o fundo de sulco, reposicionando apicalmente a mucosa e as inserções musculares e ampliando a área chapeável. Essa cirurgia traz benefícios para obter uma prótese total melhor adaptada, aumentando a retenção e estabilidade e trazendo maior conforto para o paciente. Apesar de todos os pontos positivos dessa técnica hoje não é muito utilizada²².

Moldagem

Após ter realizado o exame clínico e planejamento para realização do tratamento, inicia-se a etapa de moldagem, a qual é fundamental para o sucesso da prótese, porém costuma ser desafiadora, principalmente em paciente com grande reabsorção óssea. Seguindo as etapas clínicas, moldagem inicial é realizada para obter o modelo de estudo, essa moldagem é feita com moldeiras de estoque e o material de moldagem utilizado pode ser alginato ou silicone¹⁷. É importante que manipulação e o armazenamento desses materiais respeitem as orientações do fabricante, pois isso implica diretamente na qualidade da moldagem¹⁷.

Os erros mais comuns durante essa etapa, muitas vezes negligenciada, estão relacionados com a falta de habilidade técnica que resulta em uma moldagem desalinhada com a linha média, escolha da moldeira, bolhas, pouco material na moldeira e por vezes, o

operador não exercer uma pressão suficiente o que não cópia corretamente os tecidos¹⁷. Concluída essa fase, o vazamento do gesso é necessário e a manipulação dele de forma errada acomete em bolhas positivas ou negativas¹⁷.

Com o modelo de estudo em mão, delimita-se a área chapeável, que é a área da mucosa bucal que vai ser coberta pela prótese total, sobre a qual é confeccionada a moldeira individual^{17, 18}. Para se realizar uma moldagem funcional adequada, a moldeira individual deve estar bem adaptada, com um espaço de 5,0 mm para acomodar o material escolhido para moldagem. Deve-se verificar túber, freios, bridas, para não haver o estrangulamento dos mesmos, examinar se a moldeira não está sobre-estendida na divisão entre palato duro e mole, orientar o paciente a fazer os movimentos necessários durante a moldagem, escolher o material adequado e de boa qualidade para não haver distorção no modelo de trabalho, principalmente em pacientes com rebordo reabsorvido¹⁷.

A moldagem funcional é realizada com a moldeira individual, com a qual é feito todo registro das estruturas de suporte, flancos e zonas posteriores, com movimento de sucção e movimentação lingual. Os materiais mais utilizados são: godiva, silicone, pasta zincoenólica e poliéter^{19,21}. A moldagem do selado periférico, dos flancos bucais, labiais, linguais, zona posterior e área retromilo-hióidea, podem ser feita com godiva ou massa densa do silicone de condensação. A execução da moldagem funcional com precisão em paciente com pouca estrutura óssea requer conhecimento e habilidade do profissional e atenção para promover uma cópia fiel das estruturas anatômicas. O aproveitamento de músculos faciais, para alcançar a máxima cobertura tecidual, dentro dos limites de tolerância biológica, é de extrema importância para a pacientes com rebordo residual atrófico¹⁹.

Finalizada a moldagem funcional, deve ser verificada a tríade funcional: retenção, estabilidade e suporte, e o profissional em seguida irá moldar a superfície de apoio com a pasta zincoenólica, poliéter ou pasta leve da silicona, para obter um íntimo contato com os tecidos de suporte, dando conforto ao paciente^{17,18,19,21}. A moldagem funcional é muito negligenciada pelos profissionais, apesar de ser à base de todo o aparelho protético, podendo provocar iatrogenia, trazendo danos muitas vezes irreversíveis ao paciente^{19, 20,21}.

A entrega e instalação das próteses é uma etapa importante do tratamento reabilitador e requer muita atenção e cuidados, pois essa etapa é crucial onde serão atendidas as expectativas do paciente²⁴. A satisfação do tratamento está diretamente

relacionada com o diálogo entre o profissional e paciente, permitindo assim que ele se sinta amparado^{24,25}.

Durante a entrega das próteses, é necessário fazer uma análise da superfície, pois costuma vir com irregularidades ou excesso de resina acrílica. Devem ser realizados ajustes como arredondamento ou desgaste, para as superfícies ficarem lisas e confortáveis, sendo que, a omissão desse passo, especialmente em paciente com rebordo alveolar atrófico e mucosa fina, pode causar lesões na mucosa oral. Não devendo esquecer de realizar o ajuste oclusal, sendo que, para pacientes desdentados totais, a oclusão ideal é a balanceada bilateral, tão importante quanto à adaptação aos tecidos, trazendo estabilidade nos movimentos de protrusão e lateralidade²⁴.

Com a instalação das novas próteses, podem ter alterações no sistema estomatognático. Realizar testes fonéticos é de extrema importância para termos certeza que o espaço fonético não sofreu invasão, assim comprometendo a dicção do paciente. Além de se avaliar os freios, bridas e bordas da prótese, examinar a dimensão vertical, espaço funcional livre, observar a fisionomia e o perfil, selamento labial, linha média, corredor bucal, relação cêntrica, oclusão e verificar a retenção, estabilidade e suporte²⁷.

Os reajustes posteriores à instalação são essenciais para a adaptação da prótese à cavidade oral reabilitada, sendo que a primeira consulta deve ser feita 24 horas após a instalação, a segunda com 48 horas, terceira com 72 horas, a quarta com 07 dias e a quinta com 14 dias, e, após esse período, a visita deve ser feita de 03 a 06 meses, de acordo com a necessidade do paciente. O acompanhamento anual deve ser realizado para avaliar a higienização, os tecidos e a prótese, fazer instruções necessárias, sendo de extrema importância que o cirurgião-dentista esteja sempre em contato com o paciente.

O tempo de troca das próteses varia entre cinco e sete anos, porém essa troca dos aparelhos protéticos pode variar devido à necessidade do paciente. Em pacientes com rebordo reabsorvido, a troca das próteses terá um intervalo mais curto, devido à perda óssea, pois mesmo usando próteses bem adaptadas, o processo de reabsorção alveolar não é paralisado, acontece ao longo dos anos e o uso de uma prótese antiga e mal adaptada pode acelerar a reabsorção óssea^{25,26}.

Reembasamento em Prótese Total

O processo de reabsorção óssea é uma condição irreversível, mesmo com o uso das próteses. Sendo assim, as próteses, com o tempo de uso, tendem a perder a sua adaptação, principalmente em paciente com rebordo alveolar atrófico. Para que melhore a adaptação e, conseqüentemente, retenção, suporte e estabilidade da prótese, o cirurgião-dentista pode lançar mão do reembasamento²⁸.

Os reembasamentos são classificados em temporários e definitivos. Para realizar o reembasamento temporário, utiliza-se o material resiliente chamado “soft liners”, que é um reembasador imediato utilizado em consultório, indicado para pacientes que usam prótese e passaram por algum procedimento cirúrgico, ou quando a prótese está insatisfatória e o paciente está em tratamento para confecção de um novo aparelho protético, sendo assim, este material reembasador tem curto período de uso²⁸. Os reembasamentos definitivos são divididos em método de adição e substituição, estes dois métodos são mediatos, envolvendo o laboratório. O método de adição usa a própria prótese do paciente como uma moldeira individual, moldando os flancos e a área chapeável, fazendo assim um bom vedamento na prótese, podendo usar os materiais como godiva em bastão, silicone pesado e leve e pasta zincoenólica e, em seguida, encaminhado ao laboratório de prótese^{28,29}.

Já no reembasamento por substituição, troca-se toda base da prótese, obtendo um novo modelo onde irá se confeccionar uma nova base para prótese. Esse reembasamento é utilizado quando os dentes da prótese estão em um bom estado e a base da prótese está insatisfatória. Vale frisar que, para reembasar uma prótese, deve-se observar a condição que ela se encontra e orientar o paciente sobre o período de troca das próteses, principalmente em paciente com rebordo reabsorvido, pois esses são o que mais sofrem com as conseqüências dos aparelhos protéticos desadaptados. Sendo assim, o paciente com uma prótese nova que apresenta desadaptação em um curto prazo de tempo, os reembasamentos definitivos tem um ótimo custo-benefício, tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista, pois é uma forma de atender a necessidade do paciente de uma forma rápida e prática^{28,29}.

DISCUSSÃO

O edentulismo é uma das piores situações clínicas encontradas na Odontologia, pois acarreta diminuição da capacidade mastigatória e conseqüente interferência na digestão dos

alimentos, o que pode interferir na saúde geral do paciente^{1,2}. Além disso, pode prejudicar a fonética e a estética, afetando a qualidade de vida e a autoestima do indivíduo¹. A prótese total (PT) é a modalidade terapêutica mais utilizada na reabilitação de pacientes edêntulos⁹. Porém, um problema importante a ser enfrentado, em muitos casos, está relacionado aos rebordos severamente reabsorvidos, incapazes de apresentar condições de retenção e estabilidade favoráveis para uma PT convencional^{1,2}.

Os ossos maxilares e mandibulares garantem a ancoragem dos elementos dentários aos rebordos, além de permitirem a reabilitação do paciente com o uso de próteses removíveis convencionais ou próteses sobre implantes, como as próteses fixas (protocolo) e removíveis (*overdentures*). Quando bem planejadas e realizadas com cuidado e rigor, a reabilitação com próteses totais é uma opção adequada para pacientes, mesmo nos casos de rebordos reabsorvidos³¹.

Vale lembrar que a reabsorção gradativa do osso alveolar ocorre a partir da perda dos dentes, e é caracterizada como um processo irreversível, crônico, e acumulativo^{6,12}, ocorrendo de forma mais rápida no período entre 06 meses e 02 anos após exodontia²², além de que, a reabsorção óssea mandibular chega a ser quatro vezes maior do que a maxilar¹². Alguns fatores estimulam esse processo, e são eles: o uso prolongado das próteses removíveis, permanência dos dentes naturais por longo período, problemas sistêmicos, acidentes, cirurgias e período de tempo prolongado sem o uso de próteses²³. Quando de forma severa, a reabsorção óssea pode acarretar em rebordos alveolares baixos⁸ e, conseqüentemente, inserções musculares próximas à crista óssea, e com isso, a confecção da prótese total nesses casos se torna um grande desafio, devido à necessidade de retenção e estabilidade protética efetiva^{8,23}. Em alguns casos, a deficiência na retenção e estabilidade das próteses leva à dificuldade de adaptação do paciente à prótese, podendo ser necessária a realização de reembasamentos^{28,29} e/ou vários retornos para ajustes, o que pode resultar na desistência do uso da prótese¹³.

No exame clínico, além da avaliação do rebordo alveolar e fibromucosa, é importante que o fluxo salivar do paciente também seja analisado, pois sua alteração provoca prejuízo para a retenção da prótese⁸, principalmente da PT superior. A partir da compreensão da importância da saliva na retenção das próteses totais, se torna mais claro o valor do diagnóstico bem estabelecido da hipossalivação, definido por meio da anamnese e do exame de sialometria, se necessário, o que pode proporcionar a detecção de pacientes

que tenham maior probabilidade de apresentar redução do fluxo salivar²⁹. Para aqueles pacientes que apresentem o fluxo salivar reduzido, o cirurgião-dentista pode orientá-lo a ingerir maior quantidade de água e, se necessário, prescrever o uso da saliva artificial e adesivos³².

Algumas etapas clínicas buscam uma melhor retenção nas próteses totais, como é o caso da moldagem, a qual é responsável por copiar os tecidos bucais, garantindo assim que o aparelho protético apresente retenção, estabilidade e suporte^{8,19,20}. Para a moldagem inicial, o alginato é o material mais comumente utilizado, devido à facilidade de manipulação e boa fidelidade de cópia^{17,32}. Em casos de rebordos inferiores muito reabsorvidos, o material de escolha pode ser a silicone de condensação pesada, visto que sua consistência permite afastar os tecidos adjacentes à área chapeável^{31,32}, e o alginato ou silicone de consistência leve sobre o molde obtido com silicone pesada é usado para refinar a moldagem³². E a moldagem funcional é uma etapa clínica essencial para o sucesso do tratamento, a qual é muito negligenciada pelos profissionais e podem provocar prejuízos importantes à prótese e ao paciente¹⁹⁻²¹.

A cirurgia pré-protética de vestibuloplastia é considerada uma opção de tratamento para os casos que apresentem reabsorção óssea severa, pois, a partir dela, ocorre o reposicionamento mais apical da mucosa que recobre o osso e as inserções musculares e, dessa forma, promove o aumento da altura do rebordo residual e do fundo de sulco, ampliando a área chapeável e, conseqüentemente, obtendo adaptação, retenção e estabilidade das PT²³. Essa cirurgia de aprofundamento de vestibulo também pode ser realizada por meio da utilização do laser de alta intensidade, o qual tem capacidade de corte, vaporização, coagulação e descontaminação dos tecidos irradiados, além de proporcionar hemostasia, não necessitar de sutura e a reparação tecidual se tornar mais rápida²².

Uma etapa fundamental para realização do planejamento adequado das práticas racionais e efetivas de confecção de próteses totais é o conhecimento das condições anatômicas das arcadas desdentadas⁸. Portanto, para se realizar o tratamento reabilitador de pacientes que apresentem rebordos reabsorvidos, o cirurgião-dentista deve ter conhecimento prático e clínico sobre cada etapa do tratamento, tendo como objetivo a retenção e estabilidade das próteses totais, oclusão adequada, para que assim sejam

restabelecidas as funções - mastigatória, fonética e estética -, além do conforto, satisfação e melhora da qualidade de vida ao paciente.

CONCLUSÃO

Ao fim dessa revisão, nota-se que a confecção de uma prótese total convencional em pacientes com rebordo reabsorvido é um processo muito desafiador. E dessa forma, fica claro que não se deve negligenciar nenhum passo do tratamento, pois quando isso ocorre, pode gerar prejuízo irreversível para o paciente.

Após a confecção da prótese, de maneira criteriosa, deve-se acompanhar esse paciente para dar todo o suporte necessário, por meio dos ajustes e orientações.

REFERÊNCIAS

1. Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(10):662.
2. Felton DA. Edentulism and comorbid factors. *J Prosthodont.* 2009;18(2):88-96.
3. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):661-9.
4. Machado FC, Costa AC, Pontes AL, Lima KC, Ferreira MA. Dificuldades diárias associadas às próteses totais. *Pont Ciência & Saúde Coletiva.* 2013;18(10):3091-3100.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. 2010.
6. Feine JS, Carlsson GE, Awad MA, Chehade A, Duncan WJ, Gizani S, et al. The McGill consensus statement on overdentures. Mandibular two-implant overdentures as first choice standard of care for edentulous patients. *Gerodontology.* 2002;19(1):3-4.
7. Regis RR, Cunha TR, Della Vecchia MP, Ribeiro AB, Silva-Lovato CH, de Souza RF. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil.* 2013;40(7):535-45.
8. Aguiar CHS, Silveira AS. Meios de retenção e estabilidade em prótese total: Revisão de literatura. *Rev Odontol Planal Cent.* 2018. [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/135/1/Christopher_Aguiar_0007089.pdf]

9. Cooper LF. The current and future treatment of edentulism. *J Prosthodont.* 2009;18(2):116-22.
10. Russi S Filho JNA. Conceitos fundamentais do exame clínico. IN Russi S, Rocha EP. Prótese total. [<https://statics-shoptime.b2w.io/sherlock/books/firstChapter/121016691.pdf>]
11. Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges RTM, Spazzin AO, Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. *J Oral Investigations.* 2010;5(1): 50-60.
12. Sverzut ED, Gabrielli MFR, Vieira EH, Sverzut AT. Avaliação radiográfica da altura mandibular anterior após vestibuloplastia por inversão de retalhos: estudo em humanos. *Pesqui Odontol Bras.* 2001;15(2):5-6.
13. Filho HG. Exame Clínico Em Prótese Total. *Rev Odontol de Araçatuba.* 2004;25(2):62-71.
14. Filho HG. Requisitos Funcionais E Físicos Em Próteses Totais. *Rev Odontol de Araçatuba.* 2005;26(1):36-43.
15. Feio M, Sapeta P. Xerostomia Em Cuidados Paliativos. *Acta Med Port* 2005;18:459-466.
16. Pardim NTG, Cunha MAPC. Materiais para Moldagem Funcional usados na Prótese Total: Revisão de literatura. *Id online Rev Mult. Psic.* 2019;13(48):465-475.
17. Assunção WG, Shiwa M, Gennari Filho H, Goiato MC, Barbosa DB, Tabata LF. Anatomia Para-Protética: Importância Em Prótese Total. *Rev Odontol de Araçatuba.* 2004;25(1):57-64.
18. Filho HG. Moldagens Em Prótese Total. *Rev Odontol de Araçatuba.* 2013;34(1):50-55.
19. Reis JMSN, Perez LEC, Nogueira SS, Ariolli Filho JN, Mollo Júnior FA. Moldagem em prótese total - uma revisão da literatura. *RFO.* 2007; 12(1):70-74.
20. Melo D V, Motta E F. Utilização da sobre-extensão das próteses totais como recurso auxiliar na retenção e estabilidade. *Interbio.* 2014;8(2): 68-78.
21. Machado R M M. Reabsorção Óssea Mandibular e sua Relação com Parâmetros Objetivos e Subjetivos da função Mastigatória no Desdentado Total. [Dissertação] (mestrado em prótese total). Pelotas. Universidade Federal de Pelotas; 2014.
22. Porto LB, Piazza JL. Aprofundamento de Vestíbulo para Adaptação de Prótese Total. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2019;19(4): 20-23.
23. Ervolino ICS, Neto CLMM, Santos DM, Goiato MC. Instalação E Controle De Próteses Totais Convencionais. *Rev Odontol de Araçatuba.* 2019;40(2):22-26.

Adilson Júnior Batista de ARAÚJO; Esther Alves de SOUZA; Marcela Moreira SALLES; Lídia Maria Lourenço Costa BARBETTA. DESAFIOS DA CONFECCÃO DAS PRÓTESES TOTAIS CONVENCIONAIS EM PACIENTES COM REBORDO REABSORVIDO: REVISÃO DE LITERATURA. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. FLUXO CONTÍNUO. MAIO/2022. Ed. 36. V. 2. Págs. 3-18. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

24. Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato CM. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol da Unesp. 2006;35(1):53-60.
25. Gonçalves LFF, Silva Neto DR, Bonan RF, Carlo HL, Batista AUD. Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis. Rev Bras Ci Saúde.2011; 15(1):87-94.
26. Georgetti MP, Georgetti BA, Corrêa GA, Magalhães Filho O. Aspectos fundamentais para a estabilidade das próteses totais. Rev Odontol Univ Santo Amaro. 2000;5(2):71-75.
27. Goiato MC, Santos DM, Medeiros RA, Paulini MB, Matheus HR. Técnicas De Reembasamento Para Prótese Total. Rev Odontol de Araçatuba. 2013;34(2):61-66.
28. Silva RJ, Queiroz MS, Seixas ZA, Junior WSB, Ribeiro JA. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente – relato de caso clínico. Int J Dent. 2008;7(3):190-94.
29. Conceição MD, Marocchio LS, Fagundes RL. Técnica de Sialometria para uso na prática clínica diária. [<https://www.halitofresco.com.br/pdf/tecnica-de-sialometria-para-uso-na-pratica-clinica-diaria.pdf>]
30. Marchiotti JAG, Progiante PS. Rebordo alveolar reabsorvido com prótese total: Um estudo de caso clínico. Braz J Surg Clin Res. 2016;16(1):50-54.
31. Carreiro AFP, Calderon PS, Duarte ARC, et al. Protocolo Clínico para confecção de Próteses removíveis. Natal, RN : EDUFRN, 2016. 216 p. [<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21\145>]
32. Lacerda VG, Sá JCM, Sousa GR, Rodrigues CN, Assunção ELF, Sá TCM. Utilização do laser de alta intensidade para aumento de retenção e estabilidade de prótese total removível: relato de caso. Full Dent Sci. 2017;8(32):75-80.