

# CASO CLÍNICO: REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL ESQUELÉTICA SUPERIOR E INFERIOR



**Magda Rodrigues<sup>1</sup>, João Rua<sup>2</sup>, Ana Maria Vieira<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Caparica, Almada, Portugal;

<sup>2</sup>Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM); Egas Moniz School of Health & Science, 2829-511 Caparica, Almada, Portugal

## INTRODUÇÃO

Os pacientes com perdas dentárias extensas e sem reabilitação protética vêm reduzida a sua qualidade de vida, uma vez que apresentam dificuldades na mastigação e alimentação, e principalmente pelos seus efeitos a nível de aparência, bem-estar e vida social (Elani et al., 2017).

Existem dois tipos de prótese dentária na reabilitação do edentulismo: fixa e removível. Enquanto a prótese fixa é retida nos remanescentes dos dentes naturais ou implantes, a prótese removível pode ser retirada, facilitando também a sua higiene (Dupuis, 2008). Independentemente do tipo de reabilitação, esta deve acarretar um efeito positivo no comportamento dos pacientes, restabelecendo a função mastigatória e a estética, contribuindo para uma qualidade de vida melhor (Ali et al., 2019).

Devido ao sucesso relativo que apresentam, as próteses parciais removíveis tendem a ser uma opção bastante adotada pelos pacientes, satisfazendo os seus desejos e necessidades (Goiato, 2013).

## CASO CLÍNICO

Paciente de 62 anos, sexo masculino, desdentado parcial superior e inferior, compareceu na clínica dentária insatisfeito com a sua estética, com o desejo de reabilitar a sua boca com uma prótese removível. Apresentava uma Classe III esquelética e dentária e desgaste dentário severo por atrição.

Foi planeada uma reabilitação com aumento da dimensão vertical de oclusão (DVO) nos dentes 14 e 45 com faces oclusais metálicas ou restaurações indiretas, reabilitação das zonas edêntulas com PPR esquelética e reabilitação das lesões de desgaste com restaurações em resina composta.

Realizou-se a confecção das próteses esqueléticas com estabilização da oclusão em todos os pares oponentes à exceção dos 14/45, que por motivos estéticos e económicos o paciente consentiu em não reabilitar.

Após follow-up de 4 meses, o paciente encontra-se satisfeito e sem limitações funcionais.



Fig. 1, 2 e 3 - Fotografias iniciais



Fig. 4 e 5 - Enceramento de Diagnóstico dos dentes 14 e 45



Fig. 1, 2 e 3 - Fotografias finais

## CONCLUSÃO

O grande desafio deste caso foi a correção da Classe III Severa que o paciente apresentava. Apesar de não ter sido corrigida na totalidade, porque isso só com tratamento ortodôntico, conseguimos grandes melhorias e o próprio paciente referiu que se sentia muito melhor, tanto a nível estético como a nível funcional.

A prótese esquelética, apesar de mais cara, é mais resistente, duradoura e confere melhor função mastigatória comparativamente a uma prótese acrílica, tendo sido a opção ideal para o paciente, uma vez que já tinha tido a experiência de uma prótese esquelética (OMD, 2017).

A relembrar, que uma das chaves para o sucesso de uma reabilitação é uma boa saúde oral e a estabilidade desta, não sendo aconselhado iniciar o tratamento, sem primeiro tratar as patologias pré-existentes. Deste modo, e tendo sempre em consideração a História Clínica e a História Progressiva do paciente, foi feito um plano de tratamento, e bitewings como meio auxiliar de diagnóstico, de modo a diagnosticar a presença de lesões de cáries. Apesar disso e como as cáries não impediram a confecção das próteses, o tratamento foi adiado para mais tarde, devido à indisponibilidade do paciente, no entanto, à data de entrega do caso, já foram realizadas as devidas restaurações.

Por fim, é importante ter em consideração que manter uma higiene oral adequada e cuidar bem da prótese é essencial para conservar a saúde dos tecidos e dos dentes, prevenindo o aparecimento de problemas específicos e, consequentemente, prolongar a durabilidade da reabilitação (Campbell et al., 2017).

