

Thatiana Mara Fernandes de Delgado

## Reabilitação com Sobredentaduras



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010



Thatiana Mara Fernandes de Delgado

## Reabilitação com Sobredentaduras



Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2010

Thatiana Mara Fernandes de Delgado

## Reabilitação com Sobredentaduras

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Medicina Dentária.

## **Resumo**

Desde os anos 1970-80 que as sobredentaduras ganharam bastante popularidade. A sobredentadura é uma prótese removível, total ou parcial, que cobre uma ou mais raízes e/ou implantes, com ou sem meios de retenção. Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre Março de 2010 e Maio do mesmo ano, com o objectivo de fazer uma revisão bibliográfica acerca do tema e demonstrar a vantagem que existe em conservar as raízes dos dentes por baixo de uma prótese total e se estas influenciam a reabsorção óssea. A pesquisa foi realizada sem limite cronológico em motores de busca (PubMed, ScienceDirect, Scielo) e nas bibliotecas da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. As palavras-chave utilizadas nesta pesquisa foram: overdenture, bone resorption, sobredentaduras, próteses dento-suportadas.

Na primeira parte deste trabalho, é abordado o tema das sobredentaduras: as indicações e contra-indicações, as vantagens e desvantagens e alguns resultados obtidos na literatura sobre o sucesso ou insucesso do uso das mesmas.

Na segunda parte do trabalho é descrito o caso clínico de uma paciente que necessitou de uma reabilitação protética com sobredentadura dento-suportada.

A terceira parte do trabalho é composta por três tabelas descritivas dos actos clínicos realizados durante o 6º ano de Estágio.

Conclusões: A manutenção das raízes diminui a reabsorção óssea e mantém os estímulos proprioceptivos que permitem conservar a sensibilidade táctil a forças aplicadas. Ao conservar o osso, o trauma dos tecidos adjacentes é minimizado e o suporte e retenção da prótese é maior. Os aspectos psicológicos são um factor muito importante a considerar. Esta opção de tratamento apresenta-se satisfatória para a maioria dos pacientes e têm uma taxa de sucesso alta a médio e longo prazo.

## **Abstract**

Overdentures gained enough popularity, since the seventies and eighties. They are removable prosthesis, total or partial, covering one or more roots and / or implants with or without means of retention. Methods: The Research was performed, between March and May 2010, in order review the literature on the subject, and demonstrate the advantage of maintaining the roots under a denture and evaluate their influence in bone resorption. The research was done on search engines (PubMed, ScienceDirect, SciELO) and at the libraries of the Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa and the Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. The key words used in this study were: overdenture, bone resorption, sobredentaduras, próteses dento-suportadas.

The first part of this work, addressed overdentures: the indications and contraindications, advantages and disadvantages and some results obtained on the literature about the success or failure of overdentures.

The second part of the work describes the case of a patient who needed a prosthetic rehabilitation with Teeth-supported overdenture.

The third part consists of three tables describing the clinical acts performed during the 6th year of Internship.

Conclusions: The maintenance of the roots decreases bone resorption and maintains the proprioceptive stimuli that enable tactile sensibility to the forces applied. By preserving the bone, tissue trauma is minimized and the adjacent support and retention of the prosthesis is enhanced. The psychological aspects are an important factor to consider. This treatment option is satisfactory to the majority of patients and has a high overall success rate in mid- and long-term.

## **Dedicatórias**

Dedico este trabalho à minha Mãe, ao meu Pai e ao meu Namorado.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Professor Adolfo Magalhães, meu orientador neste projecto.

Agradeço a todas as pessoas que me deram força para realizar este trabalho.

# Índice

I)	Parte I .....	1
1)	Introdução .....	1
2)	Materiais e Métodos .....	1
3)	Desenvolvimento .....	1
a)	Periodonto .....	2
	Cemento.....	3
	Ligamento periodontal.....	4
	Osso alveolar .....	5
	Gengiva.....	7
b)	Sobredentaduras .....	8
	Tratamentos prévios à colocação de uma sobredentadura.....	9
	Indicações .....	10
	Contra-indicações .....	10
	Vantagens .....	10
	Desvantagens .....	11
	Seleção de apoios de sobredentadura.....	12
	Tipos de sobredentaduras dento-suportadas .....	13
	Prevenção – Higiene Oral.....	14
	Falhas.....	14
	Dentes VS Implantes .....	15
4)	Conclusão .....	16
II)	Parte II .....	18
1)	Caso Clínico .....	18
a)	História Clínica .....	18
	Modificadores da paciente.....	18
b)	História Dentária.....	18
	Exame exobucal.....	19
	Exame endobucal.....	19
c)	Exame Dentário .....	20
	Odontograma .....	20
d)	Diagnóstico .....	20

e)	Opções de tratamento.....	20
f)	Protocolo de Prótese Total.....	21
g)	Sequência de tratamento .....	21
	1ª Consulta – 21/10/09.....	21
	2ª Consulta – 20/01/10.....	21
	3ª Consulta – 05/02/10.....	23
	4ª Consulta – 18/02/10.....	23
	5ª Consulta – 04/03/10.....	24
	6ª Consulta – 11/03/10.....	24
	7ª Consulta – 18/03/10.....	26
	8ª Consulta – 15/04/10.....	26
	9ª Consulta – 13/05/10.....	26
III)	Parte III.....	29
1)	Actos Clínicos .....	29
IV)	Bibliografia.....	33

## Índice de Figuras

Fig. 1 - Fotografias Iniciais.....	18
Fig. 2 – Ortopantomografia. ....	19
Fig. 3 - Moldeira superior e inferior nº3.....	21
Fig. 4 - Fotografia intra oral da paciente com mordida em relação cêntrica. ....	22
Fig. 5 - Fotografia oclusal superior. ....	22
Fig. 6 - Fotografia oclusal inferior. ....	22
Fig. 7 - Gesso tipo III; Modelo de estudo inferior; Modelo de estudo superior.....	22
Fig. 8 - Acrílico e cera rosa. ....	23
Fig. 9 - Occlufast Rock ®.....	23
Fig. 10 - Imagens intra orais após extracções dentárias e corte dos dentes a nível justagengival.....	24
Fig. 11 - Dentes extraídos.....	24
Fig. 12 - Prótese superior e inferior no dia da entrega. ....	25
Fig. 13 - Fotografias após entrega da prótese.....	25
Fig. 14 - Fotografias frontais e intra orais da paciente após uma semana. ....	26
Fig. 15 - Fotografias das próteses superior e inferior, depois de retirado o rebasamento mole; dois meses depois da entrega.....	26
Fig. 16 - Acrílico (GC Hard Reline ®).....	27
Fig. 17 - Aplicação do rebasamento duro.....	27
Fig. 18 - Fotografias intra-oriais onde é visível uma ligeira extrusão dentária. ....	27
Fig. 19 - Imagens das próteses ao fim de dois meses. ....	27

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Resumo dos actos clínicos.....	29
Tabela 2 - Actos clínicos efectuados no 1º semestre.....	30
Tabela 3 - Actos clínicos efectuados no 2º semestre.....	31

## **I) Parte I**

### **1) Introdução**

A escolha deste tema prendeu-se ao facto de ter aparecido na clínica da Faculdade Ciências da Saúde, na Universidade Fernando Pessoa, uma paciente que necessitava de uma reabilitação oral envolvendo a confecção de uma prótese total superior e inferior. Uma vez que estamos em tempos de crise e esta reabilitação tem custos relativamente baixos em relação a outras opções, achei interessante abordar este tema. O objectivo deste trabalho é demonstrar a vantagem que existe em conservar as raízes dos dentes por baixo de uma prótese total (sobredentadura). Isto é, entender até que ponto as raízes influenciam a reabsorção óssea ou não.

### **2) Materiais e Métodos**

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre Março de 2010 e Maio de 2010, em motores de busca tais como: PubMed, ScienceDirect, Scielo; e nas bibliotecas da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. As palavras-chave utilizadas nesta pesquisa foram: overdenture, bone resorption, sobredentaduras, próteses dento-suportadas. Não foram colocados limites cronológicos na busca.

### **3) Desenvolvimento**

A saúde mental, social e emocional é proporcionada por uma auto-estima elevada, uma das formas de a conseguir é através da melhoria da imagem, conforto e melhoria da função dada pela prótese dentária. (Carvalho, 2009)

De acordo com Fonseca (*cit. in* Carvalho 2009) a existência de dentes é fundamental para uma pessoa se sentir bem com ela própria mas também para se sentir integrada e aceite na sociedade.

A perda de dentes, normalmente está associada com o envelhecimento, o que pode ser um motivo para o paciente ficar em estado depressivo. (Preisket, 1996), (Dostálová et al., 2009)

A função primordial dos dentes é triturar os alimentos durante a mastigação, mas não podem ser esquecidas outras, também muito importantes, como dar suporte labial, manter a distância intermaxilar, manter a saúde das articulações temporomandibulares e participar no acto de deglutição. (Ayala, 2000)

Tamaki (*cit. in* Carvalho 2009) definiu prótese dentária como a ciência que se ocupa da substituição de um ou mais dentes ausentes e das partes circundantes, por um substituto artificial. Este substituto artificial dos dentes vai afectar muitos aspectos do dia-a-dia de um indivíduo a nível físico, funcional e no plano psicológico, mais especificamente ao nível da auto-estima.

As causas de perda dentária podem ser devidas a: trauma, cárie, doença periodontal, defeitos congénitos ou por iatrogenia. (Dostálová et al., 2009)

#### **a) Periodonto**

É uma estrutura dinâmica composta por tecidos que suportam e revestem o dente, estabelecendo uma unidade funcional biológica e evolutiva que sofre modificações com o meio oral e também modificações decorrentes da idade. As suas principais funções são: prender os dentes aos maxilares e manter a integridade da mucosa mastigatória. Dentro dos tecidos de suporte temos o cimento, o ligamento periodontal e o osso. A gengiva que cobre o dente é considerada tecido de revestimento. (Rigueira, 1996)

## **Cimento**

O cimento é composto por tecido conjuntivo duro, é avascular, não é innervado e pode ser dividido em duas grandes características:

Cimento acelular (cimento primário) – Que se forma com a dentina radicular e com a erupção do dente; fornece a fixação dos dentes e ocupa a metade coronária da raiz.

Cimento celular (Cimento secundário) - que se forma após a erupção da raiz e possui um papel adaptador em resposta ao desgaste e movimento fisiológico dos dentes ocupa a metade apical da raiz.

(Cate, 1998)

Com a idade vai havendo uma deposição contínua, que vai compensar a atrição oclusal fisiológica. Os desgastes do esmalte são compensados pela formação constante, porém intermitente do cimento radicular, que ocorre no terço apical. É a erupção passiva do dente. (Rigueira, 1996)

### Funções:

- Insere as fibras do ligamento periodontal.
- Contribui para o processo de reparação após dano da superfície radicular.
- Compensa o desgaste oclusal.
- Torna possível, através do seu crescimento contínuo, fenómenos tais como: erupção, mesialização fisiológica e movimentos ortodónticos.

(Rigueira, 1996), (Ykeda, 2002)

O cimento é mais resistente às reabsorções que o osso. O osso pode sofrer reabsorção e/ou neoformação enquanto que o cimento altera-se muito pouco. Esta diferença pode ser explicada porque o osso é ricamente vascularizado, enquanto o cimento é um tecido avascular. (Ykeda, 2002)

## **Ligamento periodontal**

Ligamento periodontal (LP) é um tecido conjuntivo celular ricamente vascularizado e mole que está em torno da raiz do dente e une o cemento radicular com a lâmina dura do osso alveolar. A sua espessura varia entre 0,15 e 0,38mm, sendo a sua parte mais delgada na região do terço médio da raiz. A espessura também varia consoante a idade: a idade aumenta e a espessura diminui. (Cate, 1998).

### É constituído por:

- Fibras de colagénio (60%),
- Células,
- Matriz intracelular,
- Vasos sanguíneos, linfáticos e nervos.

(Rigueira, 1996), (Cate, 1998), (Ykeda, 2002)

De entre as várias células que constituem o LP destacam-se os osteoblastos e os osteoclastos. Os osteoblastos são células ósseas jovens, que existem em regiões onde o tecido ósseo encontra-se em processo de formação; apresentam grande actividade na produção de proteínas, principalmente do colágeno e, participam activamente na mineralização da matriz óssea. Os osteoblastos apresentam-se alinhados na superfície óssea do LP e podem estar activos ou inactivos, dependendo do estado funcional do próprio LP. Os osteoclastos são células grandes multinucleadas responsáveis pela destruição do osso, participando nos processos de absorção e remodelação do tecido ósseo. Assim, é fácil imaginar como uma actividade equilibrada destes dois tipos de células pode promover a remodelação óssea. (Rigueira, 1996), (Cate, 1998)

Estima-se que a substância fundamental do LP consiste em 70% de água, o que facilita ao dente resistir às forças que lhe são aplicadas. (Cate, 1998)

O suprimento nervoso do ligamento periodontal vem tanto do nervo dentário superior quanto do inferior que com os seus ramos formam um rico plexo, onde há terminações nervosas receptoras de dor e também de estímulos proprioceptivos. As terminações proprioceptivas permitem a localização exacta do grau e a direcção da

pressão, pois regulam a inibição da actividade muscular e protegem o dente da sobrecarga repentina. (Cate, 1998), (Ykeda, 2002)

A região apical é o local que contém mais terminações nervosas, com excepção dos incisivos centrais superiores (onde a distribuição é mais coronária). O ligamento periodontal através do suprimento nervoso fornece um mecanismo proprioceptor muito eficiente, permitindo ao organismo detectar as aplicações das mais delicadas forças aos dentes e deslocamentos muito leves dos mesmos. (Cate, 1998)

#### Funções:

- Suporte - toda a pressão exercida sobre a coroa do dente é transformada pelo ligamento periodontal em tração sobre o osso e cimento;
- Formativa – a formação e reabsorção do osso e cimento dependem dos elementos celulares do LP;
- Nutritiva – suprimento sanguíneo necessário ao cimento, ao osso e à gengiva.
- Sensorial – encontra-se no LP o factor regulador do mecanismo neuro-muscular necessário aos movimentos mandibulares, que é o sistema reflexo proprioceptivo, além do senso de localização de forças exteriores sobre o dente pela sensibilidade proprioceptiva e táctil já referida.
- Protectora - o ligamento periodontal limita os movimentos mastigatórios amortecendo os traumas da mastigação;

(Rigueira, 1996), (Cate, 1998), (Ykeda, 2002)

A perda de dentes resulta na perda dos mecanismos de feedback associados com o ligamento periodontal. (Preisket, 1996)

### **Osso alveolar**

O processo alveolar é definido como parte da mandíbula e maxila que formam o suporte dos alvéolos dos dentes, o processo alveolar desenvolve-se em conjunto com o desenvolvimento da erupção dentária e é gradualmente reabsorvido quando os dentes são perdidos. É composto pelas corticais externas (vestibular e lingual), uma porção esponjosa central e osso que delimita os alvéolos. A crista alveolar é a junção das

corticais e do osso que delimita os alvéolos. É o único lugar do nosso organismo que apresenta osso primário. Nas radiografias esse osso aparece radiopaco, por isso é chamado de lâmina dura. É na lâmina dura que se dá a inserção para os feixes de fibras do LP, também apresenta vários forâmens (canais de Volkman) por meio dos quais vasos sanguíneos, linfáticos e fibras nervosas passam do osso alveolar para o LP, muitas vezes é designada por placa cribiforme. O osso alveolar pode ser considerado um tecido conjuntivo especializado mineralizado. (Rigueira, 1996), (Cate, 1998), (Ykeda, 2002)

Os alvéolos estão presentes apenas em indivíduos com dentes, pois a condição de sua existência é a presença da raiz dentária. (Rigueira, 1996)

A espessura do osso tem muito a ver com a posição do dente na arcada e com a forma e volume das raízes. Se o dente estiver mais para vestibular a crista alveolar será mais estreita nesta zona do que em lingual. (Rigueira, 1996)

Ykeda (2002) afirmou que o osso, um dos tecidos mais duros do nosso organismo, é biologicamente um tecido plástico. E que é geralmente bem preservado porque recebe estímulos provenientes da tensão dos tecidos periodontais.

#### Funções:

- Manter a estrutura dentária no arco,
- Protecção, locomoção e reservatório,
- Distribuir e reabsorver as forças geradas pela mastigação ou por outros contactos dentários.

(Rigueira, 1996), (Cate, 1998)

Após a extracção de um dente, a cicatrização começa com a formação de um coágulo sanguíneo no alvéolo dentário. Ao fim de três semanas o alvéolo é preenchido com novo osso na porção apical. A formação óssea é evidente 21 dias após a extracção do dente, enquanto a reabsorção óssea começa mais cedo. Dois meses depois a formação óssea no alvéolo é completa. Um crescimento ósseo coronal ocorre, mas nunca até à altura original. (Lang et al., 1999)

De acordo com Carr et al. (*cit. in* Carvalho 2009) existindo perda dentária a crista residual passa a não beneficiar do estímulo funcional, ocorrendo uma perda do seu volume, tanto em altura como em largura. Isto não acontece de igual forma em todos os indivíduos, mas geralmente, a perda óssea é maior na mandíbula do que na maxila, mais pronunciadamente em posterior do que em anterior. Associada a esta perda óssea está também a alteração da mucosa oral.

## **Gengiva**

A gengiva é o tecido epitelial, ricamente vascularizado, que reveste o osso e serve de sustentação aos dentes. O epitélio gengival é um epitélio escamoso, estratificado e queratinizado e a sua tonalidade varia entre vermelho-claro e roxo. O sulco gengival encontra-se entre o dente e a gengiva aderida, a sua profundidade varia entre 0,5 a 3mm. Acima de 3mm de profundidade é considerado patológico (bolsa periodontal). (Cate, 1998)

Não há duvida que o periodonto é um sistema funcional que proporciona uma articulação do dente ao osso da maxila e da mandíbula, permitindo aos dentes resistirem às forças da mastigação. (Cate, 1998)

É muito complexo o processo pelo qual um paciente desdentado aceita e usa uma prótese dentária. Este processo requer uma fase de adaptação, de aprendizagem, motivação e capacidade muscular que varia de doente para doente. (Zarb et al. *cit in* Carvalho 2009)

Macgivney et al. (*cit. in* Carvalho 2009) sugeriu como objectivos do tratamento protético:

1. Eliminar a doença,
2. Preservação, restauração e manutenção do bom estado dos dentes remanescentes e dos tecidos orais,
3. Substituição de dentes perdidos,
4. Restituição da função de uma forma esteticamente agradável.

## **b) Sobredentaduras**

As próteses dentárias removíveis podem ser divididas em dois grupos: próteses totais e próteses parciais. Neste trabalho iremos abordar as próteses totais, sobredentaduras.

O conceito de sobredentadura foi apresentado pela primeira vez no Congresso Mundial de Odontologia em 1861 por Butler, Roberts e Hays que apresentaram os resultados de um tratamento ao longo de 12 anos. (Dostálová et al., 2009)

Qualquer prótese removível que assente e tenha apoio em uma ou mais raízes de dentes naturais ou em implantes dentários é considerada uma sobredentadura. (Silva, 2001)

Durante as décadas de 1970 e 1980 as sobredentaduras sobre-raízes ganharam bastante popularidade como alternativa ao tratamento convencional das próteses. (...) no final dos anos 80 e 90, devido ao grande sucesso da osteointegração, as sobredentaduras sobre-implantes ganharam outro significado. (Ibrahim)

As sobredentaduras são uma das possibilidades de reabilitação protética, tendo em vista a estabilidade e a retenção. Por vezes os Médicos Dentistas são confrontados com dentes que devido à sua destruição coronária, não estão indicados para pilares nem de prótese fixa nem de prótese removível, podendo, no entanto, ser utilizados como pilares de sobredentaduras. Este tipo de prótese deve ser escolha prioritária em relação à prótese total convencional. (Mendes, 2004)

A sobredentadura pode ser considerada uma prótese provisória, de transição entre desdentado parcial e desdentado total. O factor chave para este processo é uma endodontia eficaz. (Prado et al., 2003), (Dostálová et al., 2009)

A retenção em Prótese Removível é um dos factores mais importantes tendo em conta o bem-estar psicológico e social dos pacientes.

No caso das sobredentaduras dento-suportadas, o factor económico torna-se muito importante, assim como a manutenção das raízes, que diminuem a reabsorção óssea. Este tratamento consiste numa prótese removível que é apoiada nas raízes dos dentes que estão englobadas na área chapeável da prótese. (Mendes, 2004)

Após vários estudos concluiu-se que a reabsorção óssea é uma doença crónica, progressiva, irreversível e que ocorre em todos os pacientes. Existem diferenças de indivíduo para indivíduo, relativamente à quantidade e velocidade de osso que é perdido, dependendo de vários factores, tais como: idade, sexo, anatomia facial, metabolismo, higiene oral, parafunções, saúde geral, estado nutricional, doenças sistémicas, osteoporose, medicamentos e tempo de edentulismo. Um dos factores que classicamente tem sido relacionado com a reabsorção óssea é o factor hormonal, (...) onde a perda é maior nas mulheres. (López-Roldán, 2009)

Os objectivos da manutenção das raízes são evitar a reabsorção do osso alveolar, proporcionar uma melhor transmissão de cargas da prótese às estruturas adjacentes, manter um feedback sensorial e conseguir uma melhor estabilidade das próteses. Além disso, os aspectos psicológicos do não estar completamente desdentado, devem ser contabilizados. (Hug et al., 2006), (Dostálová et al., 2009)

Ao preservar o osso alveolar, os tecidos circundantes vão sofrer menos traumas, aumentando o apoio, a retenção e a estabilidade da prótese. (Prado et al., 2003)

### **Tratamentos prévios à colocação de uma sobredentadura**

- Tratamento endodóntico ou retratamento.
- Tratamento periodontal.
- Redução da coroa clínica a nível justagengival.
- Restauração da estrutura radicular.

(Silva, 2001)

## **Indicações**

- Quando o número de dentes presentes na arcada é reduzido (4 ou menos).
- Quando não temos estrutura coronária suficiente para efectuar uma restauração.
- Impossibilidade de confeccionar uma prótese fixa.
- Desgaste dentário acentuado, casos em que é necessário o aumento da DVO.
- Boa higiene.
- Quando os implantes estão contra-indicados.
- Quando não se podem efectuar outros tratamentos, por motivos económicos.
- Em casos especiais de oligodontia e microdontia.

(Silva, 2001), (Prado et al., 2003), (Burns, 2004), (Mendes, 2004)

## **Contra-indicações**

- Quando existe perda óssea acentuada.
- Quando o espaço protético entre a raiz remanescente e o dente antagonista é insuficiente.
- Quando o paciente, por algum problema de saúde, não pode correr o risco de ter em boca potenciais focos infecciosos.
- Quando não há motivação suficiente para a higiene oral.
- Quando existe outro tipo de prótese que supere as expectativas de tratamento.

(Silva, 2001), (Mendes, 2004)

## **Vantagens**

### Psicológicas:

- A auto-imagem é mantida ou até mesmo melhorada.

### Biológicas:

- Manutenção do osso alveolar.
- Conservação da propriocepção periodontal.
- Conservação dos pilares.

Funcionais:

- Coordenação neuromuscular.
- Distribuição das forças funcionais e parafuncionais.
- Repartição das forças entre dentes e tecidos moles.
- Estabilidade oclusal.
- Fonética.
- Higienização, relativamente à PPR.
- Diminuição da relação coroa / raiz, que tem como consequência a diminuição da mobilidade dentária.
- Maior eficácia mastigatória.

Protéticas:

- Estabilidade, retenção e suporte da prótese.
- Registos mais exactos.
- Melhores esquemas oclusais (torna-se mais fácil fazer o registo da dimensão vertical de oclusão, se ainda existir algum dente natural).
- Estética.
- Menor extensão da base do maxilar superior.

(Ayala, 2000), (Silva, 2001), (Prado et al., 2003), (Mendes, 2004), (Bassi, 2007)

**Desvantagens**

- Exige maiores cuidados de HO da parte do paciente, quando comparado com uma prótese total convencional.
- Mais volumosa na parte em que abrange as raízes.
- Requer uma maior coordenação entre dentista e laboratório.
- Custo (devido aos tratamentos prévios que têm de ser executados e acessórios que podem ser utilizados).

(Prado et al., 2003), (Burns, 2004), (Mendes, 2004)

As sobredentaduras podem provocar problemas estéticos devido à proeminência que a falsa gengiva vestibular da prótese pode apresentar. Nestes casos é preferível prescindir da extensão de acrílico, correndo-se o risco de reduzir a estabilidade e retenção da prótese, mas melhorando o seu aspecto estético. (Barbosa, 2005)

### **Seleccção de apoios de sobredentadura**

Regra geral, qualquer dente pode servir de apoio, mas devemos ter em conta alguns factores, tais como:

- Localização dos apoios na arcada – o canino é o dente ideal (quer pela sua anatomia, quer pela sua localização na arcada).
- Distribuição dos apoios – localização simétrica; o eixo de rotação da prótese deve ser o mais paralelo possível ao eixo intercondilar.
- Número de apoios – pelo menos um apoio por quadrante.

(Silva, 2001)

Mobilidade por si só não é uma contra-indicação, devido à mudança favorável da proporção coroa-raiz. (Ibrahim)

Os melhores pilares são os caninos e pré-molares devido à sua posição estratégica, enquanto que os piores são os molares. (Bassi, 2007)

Os caninos são os principais pilares usados porque biologicamente eles têm raízes mais longas e, portanto, mais terminações nervosas, pela sua posição estratégica e porque normalmente são os últimos a serem perdidos. (Prado et al., 2003)

Alguns autores consideram contra-indicada a utilização de raízes adjacentes, pois pode dificultar a higienização ao nível das papilas, o que pode levar à doença periodontal. (Preisket, 1996), (Silva, 2001)

Quando os dentes remanescentes são saudáveis, embora periodonticamente comprometidos, ou numa posição não estratégica, não são os indicados para retenção, no entanto, podem ser mantidos para o apoio transitório. (Bassi, 2009)

## **Tipos de sobredentaduras dento-suportadas**

Existem dois tipos de sobredentaduras: as que utilizam meios de retenção e as que não utilizam.

Nas que não utilizam meios de retenção:

- São feitas sobre dentes naturais, os quais são desgastados até ficarem justagengivais.
- Utilização de dentes com TENC.

A estrutura dentária remanescente deve ser coberta (através de uma restauração directa), por amálgama ou compósito; pode também ser coberta por uma coifa metálica com espigão intra-radicular (esta última é mais dispendiosa mas é mais eficaz). (Silva, 2001), (Prado et al., 2003)

Em 1880 Litch desenvolveu a construção de próteses removíveis combinadas, no final do séc. XIX registou-se um grande desenvolvimento de attachments intra e extra coronários. (Mendes, 2004).

As que utilizam meios de retenção:

- Servem de fixação a attachments, encaixe de 2 peças porção macho / fêmea - coifa metálica / base da prótese.
- Também existe um sistema de retenção magnético. (Silva, 2001), (Prado et al., 2003)

As sobredentaduras, com ou sem meios de retenção supra-radulares, são uma possibilidade de reabilitação nos casos em que o número de dentes remanescentes é reduzido e estão fragilizados. Existem ainda as sobredentaduras parciais, que também melhoram o comportamento biomecânico das próteses. (Barbosa, 2005)

## **Prevenção – Higiene Oral**

O risco de cárie pode ser prevenido com a aplicação diária de clorhexidina ou gel de flúor. O seu uso regular diminui a actividade cariogénica dos micro-organismos. (Preisket, 1996), (Prado et al., 2003), (Hug et al., 2006), (Ibrahim)

A colonização por parte das bactérias anaeróbias, debaixo de uma prótese é muito provável que aconteça, uma vez que elas têm facilidade em prosperar em locais onde a saliva não chega convenientemente (com a sua capacidade de tamponamento e anti-bacteriana). (Ibrahim)

A conservação dos pilares depende em grande parte da motivação e habilidade do paciente para manter um elevado nível de higiene oral. (Prado et al., 2003)

## **Falhas**

- Cárie dentária - a recessão gengival que estes dentes podem sofrer, vai torná-los muito vulneráveis à cárie, pois o cimento fica exposto.
- Gengivite.
- Insucesso endodóntico.
- Fractura vertical da raiz.

(Prado et al., 2003), (Hug et al., 2006), (Bassi, 2007)

Ettinger e Qian (2004), após um estudo longitudinal de 23 anos, mostraram uma taxa de insucesso endodóntico de 12,9%, sendo a causa mais comum a formação de lesões periapicais (37%). Neste mesmo estudo, estes dois autores, chegaram à conclusão que a segunda causa mais comum foi a fractura vertical da raiz (30,9%), seguida de cáries recorrentes (23,1%). A maioria das falhas podia ser evitada com uma boa higiene oral.

A taxa de perda de um pilar de uma sobredentadura é de 5-20%, num estudo longitudinal de 10 anos feito por Ibrahim.

Durante um estudo, que durou 6 anos, 31% dos pilares necessitou de retratamento (...) cárie foi a principal causa do insucesso. (Keltjens, 1993)

A fractura vertical da raiz é mais frequente na maxila. (Bassi, 2009)

Num estudo longitudinal de 10 anos, 66 dos 77 pilares presentes tinham perda de suporte periodontal e 13% dos pilares foram perdidos. (Toolson, 1989)

As sobredentaduras e os seus tecidos de suporte necessitam de manutenção e inspeção periódica. (Preisket, 1996), (Prado et al., 2003)

Vários estudos sugerem que a reabsorção óssea é acentuada durante os primeiros anos logo após a extracção dentária, e afirmam que a reabsorção na mandíbula é 4 vezes superior à da maxila. (Preisket, 1996), (Prado et al., 2003), (Burns, 2004), (López-Roldán, 2009)

Dostálová et al. (2009) fez um estudo onde demonstrou que a eficiência mastigatória de pacientes com dentição natural era de 90%, dos portadores de prótese total era de 59% e dos pacientes com sobredentaduras era de 79%.

Os pacientes portadores de sobredentaduras têm uma eficiência mastigatória diminuída em 25 a 30%. (Ayala, 2000)

As sobredentaduras opondendo dentes naturais requerem uma maior manutenção que sobredentaduras opondendo dentaduras. (Shaw, 1984)

## **Dentes VS Implantes**

Sobredentaduras sobre implantes parecem ter um prognóstico melhor do que raízes dos dentes naturais, mas a sua duração é similar ao longo do tempo. (Bassi, 2009)

Dostálová et al. (2009) fez um estudo onde constatou que 22,6% dos pacientes que utilizavam sobredentaduras sobre-implantes estavam satisfeitos com a retenção da prótese, e que no caso das sobredentaduras sobre-raízes os pacientes satisfeitos eram 19,4%.

Hug et al. (2006) fizeram um estudo durante 2 anos, onde concluíram que o desempenho das sobredentaduras sobre-raízes de dentes naturais não é diferente do desempenho das mesmas sobre implantes.

Van der Wijk (*cit. in* Bunrs 2004) chegou à conclusão que os custos/benefícios são similares entre as sobredentaduras sobre implantes e as que são efectuadas sobre raízes. Tal como os dentes naturais, os implantes dentários ajudam a manter o osso alveolar que os circunda.

#### **4) Conclusão**

Com a elaboração deste trabalho conclui-se que várias são as vantagens da utilização das sobredentaduras, sendo uma das mais importantes a diminuição da reabsorção óssea, que inevitavelmente acontece após a perda dentária.

Uma vez que a população idosa está a aumentar, em tempos de crise, as sobredentaduras dento-suportadas são uma solução viável, por não serem tão dispendiosas em comparação com as implanto-suportadas.

Também se conclui que uma prótese total mal adaptada pode levar a problemas como trauma da mucosa, provocando dor e limitações funcionais (como mastigação e fala), o que pode levar a problemas psicológicos e limitações sociais, diminuindo a qualidade de vida do paciente, com o uso de sobredentaduras, a estabilidade e retenção da prótese aumentam o que é favorável ao paciente.

Algumas pessoas associam a perda de dentes com o envelhecimento, e com o facto de estarem a caminhar para o final da vida, o que pode ser emocionalmente

deprimente. A manutenção de alguns dentes, mesmo que sejam apenas as raízes, diminui o sentimento negativo da perda total de dentes e permite que o paciente se adapte mais facilmente à sua nova condição.

É necessário realizar uma boa higiene oral para manter os pilares por mais tempo, evitando o aparecimento de cárie e doença periodontal.

Quase todos os dentes podem servir de pilares, embora uns são melhores dos que outros, tendo em conta a sua área de inserção.

A preservação das raízes trás vantagens como a manutenção de estímulos sensoriais que para o paciente é mais agradável, pois permite manter a sensibilidade táctil à carga e distinguir a espessura e consistência dos alimentos.

As sobredentaduras podem ser consideradas temporárias, fazem parte da fase de transição entre um desdentado parcial e um total.

## II) Parte II

### 1) Caso Clínico

Nome – A.G. (sexo feminino)

Idade – 51 anos



Fig. 1 - Fotografias Iniciais.

#### a) História Clínica

- A paciente referiu não ter qualquer patologia, e não estar a tomar qualquer medicação.
- Queixa principal – “ver os dentes”.
- Data da primeira consulta realizada na clínica da Faculdade Ciências da Saúde – 10/10/08.

#### Modificadores da paciente

- Profissão – Empregada de limpeza num café.
- Casada.
- Não se lembrava da última visita ao médico dentista.
- Fumadora (1maço/dia).
- Consumidora de vários cafés durante o dia.
- Dieta cariogénica.

#### b) História Dentária

- Nunca houve problemas com tratamentos dentários anteriores.
- Escovagem realizada 1 vez ao dia.
- Não usa fio dentário.

- Paciente portadora de prótese parcial removível superior e inferior, apesar de utilizar a inferior raramente.



**Fig. 2** – Ortopantomografia.

### **Exame exobucal**

- Simetria facial;
- Forma da face – ovóide;
- Espessura dos lábios - média;
- Linha de sorriso média;
- Ausência de ruídos articulares;
- Cadeia ganglionar cervical sem alterações aparentes;
- Ausência de dores musculares;
- Não apresentava limitações de abertura;
- Palpação da ATM sem nada de relevante a relatar.

### **Exame endobucal**

- Freios bem inseridos, sem risco de interferir com a prótese;
- Rebordo ósseo com reabsorção;
- Palato com forma arredondada – bom prognóstico, pois suporta o deslocamento vertical e lateral, melhora a retenção da prótese superior;
- Língua sem alterações aparentes;
- Altura da crista alveolar média.

c) Exame Dentário

## Odontograma

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
4	3	3	4	1	1	3	3	<b>M</b>	1	0	0	0	4	4	3	3
4	3	3	4	0	0	3	3	<b>V</b>	0	0	0	0	4	4	3	3
4	3	3	4	0	0	3	3	<b>D</b>	0	1	0	0	4	4	3	3
4	3	3	4	0	1	3	3	<b>P</b>	1	1	0	1	4	4	3	3
4	3	3	4	1	1	3	3	<b>O</b>	0	0	0	1	4	4	3	3

3	3	3	3	3	1	1	3	<b>M</b>	3	4	0	1	0	3	3	4
3	3	3	3	3	0	0	3	<b>V</b>	3	4	0	0	0	3	3	4
3	3	3	3	3	1	0	3	<b>D</b>	3	4	0	0	0	3	3	4
3	3	3	3	3	0	0	3	<b>L</b>	3	4	0	0	0	3	3	4
3	3	3	3	3	0	0	3	<b>O</b>	3	4	0	0	1	3	3	4
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>		<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>

Código do Odontograma

0 – São; 1 – Cariado; 2 – Obturado; 3 – Perdido por cárie; 4 – Extracção indicada; 5 – Excluído.

d) Diagnóstico

Todos os dentes mandibulares encontravam-se periodontalmente comprometidos e com mobilidade.

Presença de cáries activas nos dentes: 14, 13, 21, 22, 24, 35, 34, 42 e 43.

Relativamente à oclusão não havia alteração da DVO, não foram detectadas prematuridades ou interferências.

Os dentes 13, 14 e 23 apresentavam tratamentos endodonticos aceitáveis e sem lesões periapicais.

e) Opções de tratamento

A paciente apresentava limitações financeiras e uma vez que na clínica da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa não se colocam implantes, ficamos restringidos a duas opções de tratamento:

- Sobredentadura.

- Prótese total convencional.

Entre estas duas opções optou-se por confeccionar uma sobredentadura superior e uma prótese total convencional inferior.

A paciente mostrou-se receptiva ao plano de tratamento apresentado.

**f) Protocolo de Prótese Total**

- 1- História clínica, história dentária, exame extra e intra-oral.
- 2- Impressões iniciais (cofragem, passagem a gesso, moldeiras individuais).
- 3- Impressões finais.
- 4- DVO, rolos de mordida, plano de Fox (para determinar plano oclusal), linha de sorriso, linha média, linha de caninos, RMM, arco facial, montagem em articulador, selecção de dentes e sua cor.
- 5- Prova estética e funcional.
- 6- Entrega.
- 7- Consulta de reavaliação.

**g) Sequência de tratamento**

No período entre 10/10/08 e 04/01/10 foram feitos os tratamentos prévios necessários como destartarização, extracções dos dentes 25, 26, 18, 15, 38 e TENC dos dentes 13, 23 e 14.

**1ª Consulta – 21/10/09**

Foi feito um plano de tratamento e apresentado o orçamento à paciente.

**2ª Consulta – 20/01/10**

Foram seleccionadas moldeiras standard: nº 3



**Fig. 3 - Moldeira superior e inferior nº3.**

Foi seleccionado o material de impressão: hidrocoloide irreversível – alginato.

Experimentou-se a moldeira em boca e verificou-se se cobria toda a área. Colocou-se o material de impressão na moldeira e fez-se a impressão. A impressão foi desinfetada com água e spray de gluteraldeído a 2%. Foram tiradas fotos iniciais da paciente.



**Fig. 4** - Fotografia intra oral da paciente com mordida em relação cêntrica.



**Fig. 5** - Fotografia oclusal superior.



**Fig. 6** - Fotografia oclusal inferior.

Em laboratório:

- 1- Vazou-se a gesso – com gesso tipo III



**Fig. 7** - Gesso tipo III; Modelo de estudo inferior; Modelo de estudo superior.

- 2- Confeccionou-se a moldeira individual em acrílico autopolimerizável, com 1mm de alívio de cera e a pega com um ângulo de 45 graus aproximadamente.

### 3ª Consulta – 05/02/10

Experimentou-se a moldeira individual em boca, esta estava adaptada à área chapeável.

Realizou-se o selamento periférico com godiva.

Espatulou-se o alginato.

Colocou-se o alginato na moldeira e fez-se a impressão.

Em laboratório confeccionaram-se as placas base em acrílico com rolos de mordida em cera rosa. Estas têm a função de orientar os modelos, reproduzir a forma da arcada, estabelecer o plano oclusal, reservar espaço para a montagem de dentes e registo de mordida horizontal e vertical.



Fig. 8 - Acrílico e cera rosa.

### 4ª Consulta – 18/02/10

Efectuaram-se os registos intermaxilares através das placas base e do silicone de adição (Occlufast Rock ®).



Fig. 9 - Occlufast Rock ®.

Constatou-se que a DVO iria ser mantida e que o plano oclusal estava estável.

Escolheu-se a cor dos dentes.

Fez-se o registo do arco facial para montagem posterior em articulador semi-ajustável.

Após a montagem, enviou-se para laboratório com as seguintes indicações:

- Pede-se prova estética e funcional de sobredentadura superior e total inferior.
- O plano oclusal deve ser seguido pelos dentes presentes em boca.
- A linha média segue a face mesial do 21.
- Cor dos dentes = escala Vitta B1.

### 5ª Consulta – 04/03/10

A paciente aprovou a estética.

Verificou-se que a posição dos lábios estava correcta tal como a linha de caninos e a linha média.

Conferiu-se que as relações maxilo-mandibulares estavam dentro dos parâmetros normais.

Pediou-se à paciente que pronunciasse palavras como “mississípi” e “fifty-five”, para verificar se a fonética estava alterada.

A deglutição também foi verificada.

Enviou-se novamente para laboratório com a seguinte descrição:

- Pede-se prótese total inferior com 14 dentes e sobredentadura superior mantendo as raízes dos dentes 14, 13 e 23.
- Seguir contornos da base da prótese desenhados nos modelos.

Optou-se por conservar as raízes dos dentes 13 e 14, apesar de alguns autores considerarem contra-indicada a utilização de raízes adjacentes, pois pode dificultar a higienização ao nível das papilas, o que pode levar à doença periodontal.

### 6ª Consulta – 11/03/10

Procedeu-se ao corte dos dentes 14, 13 e 23, de maneira a ficarem justagengival.

Realizou-se a extracção dos dentes 24, 22, 21, 35, 34, 32, 42 e 43.



**Fig. 10** - Imagens intra orais após extracções dentárias e corte dos dentes a nível justagengival.



**Fig. 11** - Dentes extraídos.

A prótese foi aliviada com a broca, os dentes da prótese foram vaselinados, aplicou-se o condicionador Viscogel ®, aguardou-se a sua presa, em seguida removeu-se os excessos com um bisturi aquecido. (Rebasamento mole)

Entregou-se a prótese superior e inferior.



**Fig. 12** - Prótese superior e inferior no dia da entrega.



**Fig. 13** - Fotografias após entrega da prótese.

Indicações dadas à paciente:

- Manter a prótese em boca nas primeiras 48 horas, para facilitar a adaptação da mucosa à nova estrutura, apenas removendo para higienização. Dormir com a prótese.
- Após as 48 horas remover a prótese uma vez por dia, durante algumas horas, para permitir que as gengivas descansem, que a saliva limpe e lubrifique a área recoberta pelas próteses.
- Escovar a língua e as gengivas, uma vez por dia, apenas com água.
- Nas primeiras semanas vai sentir alterações na fala, no excesso de saliva e na mastigação.
- Colocar alimentos para ambos os lados ao mesmo tempo.
- Evitar cortar os alimentos com os dentes da frente.
- Aparecimento de áreas de pressão que irão ser ajustadas posteriormente.
- Técnicas de higiene.

Foi receitado:

- Amoxicilina+ácido clavulânico (875mg+125mg) de 12h em 12h.
- Nimesulide 100mg de 12h em 12h durante 3dias.
- Paracetamol 1000mg em S.O.S.
- Elugel ® para aplicar 2 vezes ao dia.

### 7ª Consulta – 18/03/10

A paciente veio à consulta e foram realizados ajustes na prótese, tanto na base como a nível oclusal. Colocou-se Coltène ® PSI para encontrar as áreas de pressão.



**Fig. 14** - Fotografias frontais e intra orais da paciente após uma semana.

### 8ª Consulta – 15/04/10

A paciente veio à consulta e foram realizados ajustes na prótese, tanto na base como a nível oclusal. Colocou-se PSI para encontrar as áreas de pressão.

### 9ª Consulta – 13/05/10

Foi retirado o rebasamento mole anteriormente feito.



**Fig. 15** - Fotografias das próteses superior e inferior, depois de retirado o rebasamento mole; dois meses depois da entrega.

Foi feito um alívio da prótese com a broca, misturou-se o acrílico (GC Hard Reline ®), conforme instruções do fabricante e aplicou-se na prótese.



**Fig. 16** - Acrílico (GC Hard Reline ®).

Foi feito nas duas ao mesmo tempo, apesar de que o correcto, e mais fácil, teria sido fazer uma de cada vez, pois mantinha-se a DVO e o plano oclusal mais estável.

O maxilar superior tinha áreas muito retentivas, teve-se que ter cuidado com o tempo de presa e, foi retirado antes que ficasse totalmente duro. (Rebasamento duro)



**Fig. 17** - Aplicação do rebasamento duro.

Cortaram-se os excessos e as próteses foram polidas.

Os dentes que tinham sido cortados, tiveram de ser ajustados novamente, pois extruíram ligeiramente.



**Fig. 18** - Fotografias intra-orais onde é visível uma ligeira extrusão dentária.



**Fig. 19** - Imagens das próteses ao fim de dois meses.

A paciente no início mostrou-se descontente com o trabalho efectuado, mas após feitos os ajustes necessários e passado algum do tempo de adaptação mostrou-se mais confiante.

O rebasamento mole foi feito, numa primeira fase, com o intuito de adaptar a prótese à mucosa, devido à reabsorção óssea alveolar que existe após extracção dentária. Nesta paciente a prótese imediata foi colocada após extracção de 9 dentes (3 superiores e 6 inferiores).

O rebasamento duro foi feito, numa segunda fase em que a reabsorção óssea ainda não estava concluída, mas os tecidos moles já estavam conformados.

Apesar da higienização feita pela paciente à prótese não ser a melhor, o resultado final deste caso clínico foi satisfatório.

**III) Parte III**

**1) Actos Clínicos**

**Tabela 1** - Resumo dos actos clínicos.

<b>Áreas Científicas</b>	<b>Números de Actos Efectuados</b>
Prostodontia	6
Diagnóstico e Planeamento	7
Cirurgia	8
Periodontia	11
Endodontia	12
Dentística	26

**Tabela 2** - Actos clínicos efectuados no 1º semestre.

<b>Datas</b>	<b>Trabalhos Efectuados</b>
14-09-2009	Extracção do 14
17-09-2009	Triagem e extracção do 75
23-09-2009	Triagem + destartarização e polimento
24-09-2009	Destartarização e polimento
30-09-2009	Restauração do 35 (M) em compósito
07-10-2009	Extracção do 32
08-10-2009	Restauração do 27 (ODP) em compósito
12-10-2009	Destartarização e polimento
15-10-2009	Restauração do 11 (VDP) em compósito
22-10-2009	Restauração do 13 (VMP) em compósito
26-10-2009	Restauração do 25 (MV) em compósito e colocação de coltozol no 35
28-10-2009	Restauração do 47 (O) em compósito
02-11-2009	Restauração do 21 (VMP) em compósito
04-11-2009	Restauração do 24 infragengival (D) em compósito
09-11-2009	Restauração do 16 (O) em compósito
11-11-2009	Destartarização e polimento
12-11-2009	Triagem
16-11-2009	Restauração do 12 (DP) em compósito
18-11-2009	Extracção do 28
23-11-2009	TENC do 24 (Obturação e colocação de coltozol)
25-11-2009	Destartarização e polimento
30-11-2009	Destartarização e polimento
02-12-2009	TENC do 14 (1ª sessão)
03-12-2009	Destartarização e polimento
09-12-2009	Restauração do 44 (D) em compósito + destartarização e polimento
10-12-2009	TENC do 24 (Cavidade de acesso e medicação intracanal)
16-12-2009	Triagem
17-12-2009	Restauração do 44 (V e ODP)
04-01-2010	TENC do 14 (2ª sessão)
07-01-2010	Triagem + destartarização e polimento
13-01-2010	Restauração provisória do 25 com pó de hidróxido de cálcio + cimento de hidróxido de cálcio + ionómero de vidro modificado com resina
18-01-2010	Restauração do 16 (D) em compósito
20-01-2010	Impressões preliminares em alginato (superior e inferior) Vazagem a gesso e confecção de moldeiras individuais
21-01-2010	Extracção do 16

**Tabela 3** - Actos clínicos efectuados no 2º semestre.

<b>Datas</b>	<b>Trabalhos Efectuados</b>
02-02-2010	TENC do 23
04-02-2010	TENC do 17
12-02-2010	Triagem + destartarização e polimento
18-02-2010	Registo intermaxilar, com placas base e occlufast ®, montagem em articulador dos modelos e escolha da cor dos dentes.
19-02-2010	TENC do 36 (3 canais) - Cavidade de acesso e instrumentação (1ª sessão)
26-02-2010	Restauração do 44 (V) em compósito Restauração do 44 (V) em compósito (em pacientes diferentes)
04-03-2010	Prova estética e funcional de prótese total superior (sobredentadura) e inferior
05-03-2010	TENC do 36 (3 canais) - Obturação (2ª sessão)
09-03-2010	Restauração de prova do 16 (P) com ionómero de vidro e cavidade de acesso
11-03-2010	Extracção do 21, 22 e 24. Capeamento dos dentes 13, 14 e 23 para colocação de sobredentadura. Rebasamento mole
12-03-2010	Triagem
16-03-2010	Restauração do 14 (OD) em compósito
18-03-2010	Controlo de prótese total superior (sobredentadura) e inferior + ajustes
23-03-2010	Destartarização e polimento
13-04-2010	Restauração do 12 (M) em compósito
16-04-2010	Destartarização e polimento
20-04-2010	Restauração do 23 (MO e V) em compósito
22-04-2010	Restauração do 14 (V) em compósito
23-04-2010	TENC do 25 (2 canais) - Cavidade de acesso e crown-down (1ª sessão)
29-04-2010	Restauração do 24 (MOD) em compósito
30-04-2010	TENC do 25 (2 canais) - Step-back (2ª sessão)
11-05-2010	Destartarização e polimento
13-05-2010	Rebasamento duro de uma prótese total superior (sobredentadura) e inferior
18-05-2010	Retratamento do 46 (1ª sessão)
20-05-2010	Restauração do 11 (MP) e do 13 (MPD) em compósito
25-05-2010	Restauração do 24 (OM) em compósito

Eu, \_\_\_\_\_, tutor e orientador da aluna Thatiana Mara Fernandes de Delgado, com o número 14512, a frequentar o 6º ano de Medicina Dentária, confirmo e valido os actos clínicos efectuados pela aluna referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Orientador  
Dr. Adolfo Magalhães

---

Eu, \_\_\_\_\_, Directora da Clínica Pedagógica de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, valido os actos clínicos efectuados pela aluna Thatiana Mara Fernandes de Delgado com o número 14512, referentes ao 1º e 2º semestre da disciplina de Estágio.

Directora Clínica  
Prof. Dra. Sandra Gavinha

---

#### IV) Bibliografia

Ayala, R., Parada, R. (2000). Sobredentaduras, una opción terapéutica. Reporte de un caso clínico, *Revista ADM*, Vol. LVII – N°6, pp. 231-236.

Barbosa, C. (2005). *Desgaste Dentário e Prótese Removível*. Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, pp. 25-54.

Bassi, F. (2007). Overdenture Therapy and Worst-Case Scenarios: Alternative Management Strategies, *The International Journal of Prosthodontics*, Vol.20 – N°4, pp. 350-353.

Bassi, F. (2009). Comparing Overdenture Therapies with Teeth and Implant Abutments, *The International Journal of Prosthodontics*, Vol.22 – N°5, pp. 527-528.

Burns, D. (2004). The mandibular complete overdenture, *The Dental Clinics of North American*, Vol.48, pp. 603-623.

Carvalho, M. (2009) *Avaliação da auto-estima nos portadores de Prótese Dentária Removível*. Monografia final. Universidade Fernando Pessoa, pp. 2-21.

Cate, AR.(1998). *Histologia Bucal*. 5ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Dostálová, T. *et alli*. (2009). Overdenture – Implants versus Teeth – Quality of Life and Objective Therapy Evaluation, *Prague Medical Report*, Vol.110 – N°4, pp. 332–342.

Ettinger, R. *et alii*. (2004). Postprocedural Problems in an Overdenture Population: A Longitudinal Study, *Journal of endodontics*, Vol.30 – N°5, Maio, pp. 310-314.

Hug, S. *et alli*. (2006). Clinical Evaluation of 3 Overdenture Concepts with Tooth Roots and Implants: 2-Year Results, *The International Journal of Prosthodontics*, Vol.19 – N°3, pp. 236-243.

Ibrahim, M. *The Comparison Between Mandibular Implant Overdentures And Root Overdentures, Highlighting Treatment Philosophies And Prosthodontic Maintenance*. Tese de Pós-graduação. University of Otago, pp. 1-7.

Keltjens HM, et al. (1993) Preventive aspects of root caries, *Int. Dent. J.*, Vol. 43 – N° 2, Abril, pp. 143-148.

Lang, N. *et alli*. (1999). Formação do Osso Alveolar. In: Lindhe, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 3ªed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 665-689.

López-Roldán, A. (2009). Bone resorption processes in patients wearing overdentures. A 6-years retrospective study, *Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal*, Vol.14 – N°1, Abril, pp. E203-9.

Mendes, JM., Pinto, AC. (2004). Sobredentadura maxilar dento-suportada. Caso clínico de um paciente com hemiparesia facial, *Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofac.*, Vol.45 – N°3, pp.169-175.

Prado, G. *et alli*. (2003). La sobredentadura, una opción válida en Estomatología, *Rev. Cubana Estomatol*, Vol.40 – N°3.

Preisket, H. (1996). The development of the overdenture. In: Preisket, H. *Overdentures Made Easy*. 1ª Ed. London, Quintessence Books. pp. 11-20.

Preisket, H. (1996). Delivery and post-insertion care. In: Preisket, H. *Overdentures Made Easy*. 1ª Ed. London, Quintessence Books. pp. 171-188.

Preisket, H. (1996). Overdenture Maintenance. In: Preisket, H. *Overdentures Made Easy*. 1ª Ed. London, Quintessence Books. pp. 233-238.

Rigueira, I. (1996). Biomorfologia do Periodonto. In: Rigueira, I. *Fundamentos de Periodontia*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Revinter. pp. 2-18.

Shaw, MJ. (1984). Attachment retained overdentures: a report on their maintenance requirements. *J Oral Rehabil.* Vol.11, N°4, Jul; pp.373-379.

Silva, C., Rodrigues, A., Lordelo, J. (2001). Sobredentadura mandibular dento-suportada, *JADA*, Vol.1 – N°6, Nov./Dez., pp. 22-26.

Toolson, LB., Taylor, TD. (1989). A 10-year report of a longitudinal recall of overdenture patients, *J. Prosthet. Dent.*, Vol.62 – N°2, Agosto, pp.179-181.

Ykeda, F. (2002). Resumo de Periodonto da Sustentação. Disponível em [http://www.foar.unesp.br/Atlas/Res\\_periodonto\\_de\\_sustentacao.htm](http://www.foar.unesp.br/Atlas/Res_periodonto_de_sustentacao.htm). Consultado em 27/04/2010.