

# *Planejamento Clínico Integrado na Reabilitação Oral: Relato de Caso*

**AMANDA STHEFANIE SILVA<sup>1</sup>**

**GIOVANNA LIMA COSTA BARCELOS<sup>1</sup>**

**LUCAS DE SOUZA ANDRADE<sup>1</sup>**

**CLÁUDIA LOPES BRILHANTE BHERING<sup>2</sup>**

**EDUARDO LEMOS DE SOUZA<sup>2</sup>**

**JOSÉ AUGUSTO CÉSAR DISCACCIATI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>GRADUANDA EM ODONTOLOGIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

<sup>2</sup>PHD, DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

# *Dados da publicação*

---

Como citar este artigo:

**Silva, AS; Barcelos, GLC; Andrade, LS; Bhering, CLB; Souza, EL; Discacciati, JAC. Planejamento Clínico Integrado na Reabilitação Oral: Relato de caso. Espaço Clínico Virtual ODR. Belo Horizonte, 2021.**

Palavras-chave:

**Reabilitação oral; Multidisciplinaridade; Prótese.**

**ISBN: 978-65-00-21255-6**

**RECEBIDO EM 05/01/2021**

**ACEITO EM 22/02/2021**

**PUBLICADO EM 19/04/2021**

# Introdução

A previsibilidade e a longevidade dos tratamentos restauradores são dependentes do diagnóstico correto, de um planejamento adequado e de um conjunto de ações terapêuticas apoiadas na interdisciplinaridade clínica, envolvendo a manutenção ou reconstituição de tecidos moles e ósseo, a reposição de elementos perdidos, a substituição de próteses insatisfatórias, o restabelecimento do equilíbrio oclusal e a recuperação da estética (FRADEANI *et al.*, 2006).

Dessa forma, a elaboração de um plano de tratamento abrangente e interdisciplinar possui diversos aspectos vantajosos tais como:

- Permitir que o clínico pense de modo positivo sobre suas ações
- Facilitar o diálogo com o paciente sobre diferentes opções terapêuticas
- Possibilitar a programação do tempo clínico e do número de sessões
- Viabilizar a continuidade do tratamento por profissionais de outras especialidades, quando necessário.

(MONDELLI *et al.*, 1983)

O tratamento odontológico integrado se constitui de uma sequência ordenada de procedimentos que passa obrigatoriamente pela orientação e promoção de saúde bucal. Para compreender as fases e as sequências ideais dos tratamentos reabilitadores, é fundamental uma abordagem que concilie aspectos dentários, periodontais e oclusais, com os faciais (FRANCISCONI *et al.*, 2012).

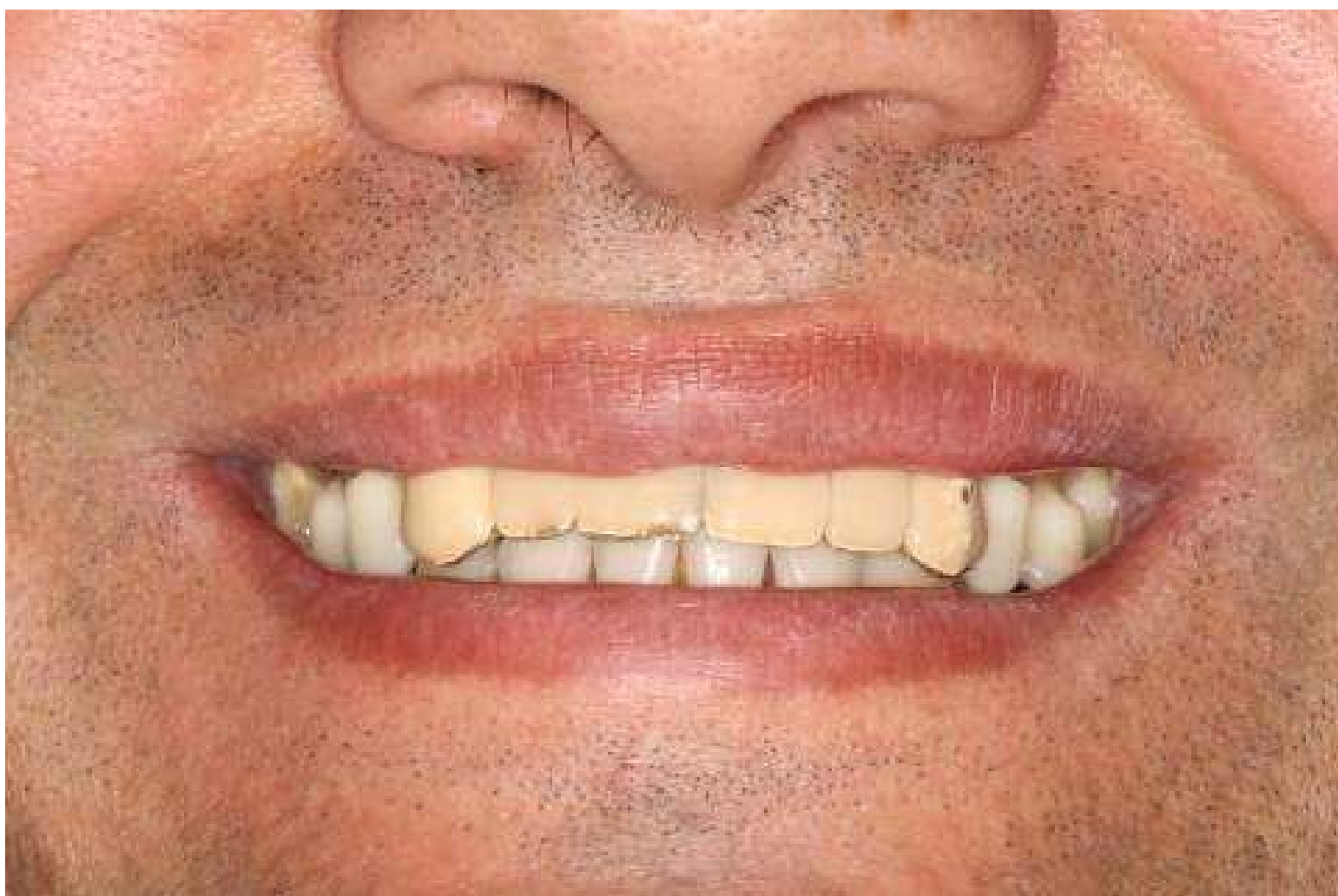
O caráter positivo da inter-relação entre as variadas especialidades odontológicas é evidenciado, por exemplo, no sucesso de tratamentos restauradores protéticos, representado pela longevidade dos tratamentos, a partir da observação da homeostasia dos tecidos pulpar, gengival e de suporte, da saúde articular e também da satisfação do paciente. Nesse contexto, o cirurgião dentista não deve negligenciar qualquer fase terapêutica, evitando insucessos a curto e longo prazos dos tratamentos reabilitadores (PEGORARO *et al.*, 2013).

*Objetivo:*

Baseado nessas premissas, o objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de reabilitação oral apresentando a sequência de diagnóstico, planejamento interdisciplinar e tratamento restaurador, evidenciando a importância da integração entre especialidades no restabelecimento estético-funcional do aparelho estomatognático.

# Relato de Caso

**Paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, procurou atendimento na clínica de prótese fixa da Faculdade de Odontologia da UFMG (FAO) com queixa estética e funcional em relação a uma prótese fixa ântero-superior. Durante a anamnese, o paciente relatou ter boa saúde geral, não ser fumante e nem etilista.**



**SORRISO INICIAL**



**VISÃO INTRA-BUCAL INICIAL**





# EXAME CLÍNICO

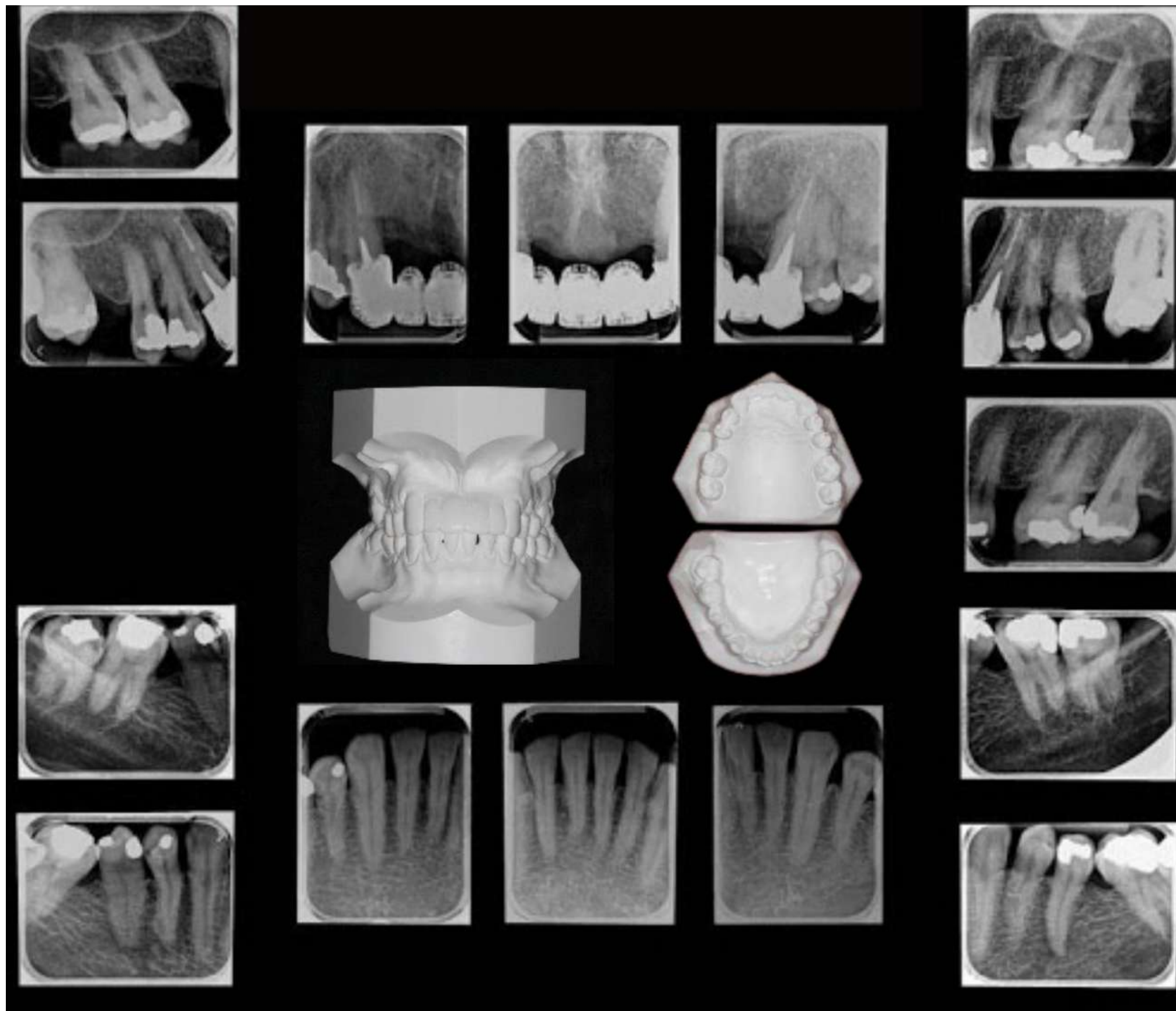
Observou-se a presença de prótese fixa metaloplástica insatisfatória, instalada 15 anos antes, que se estendia dos dentes 13 ao 23, com faces estéticas desgastadas e manchadas, além do quadro de sorriso invertido.

Notou-se ainda recessões gengivais nos pilares da prótese e nos pré-molares, com perda de estrutura dental, e também que a prótese perdera sua fixação ao dente 13.

O paciente também apresentava grande perda de volume ósseo horizontal na região dos pânticos, o que influenciava negativamente em seu suporte labial, comprometendo ainda mais a estética.

---

FORMAÇÃO DE BOLHAS DE AR/SALIVA, APÓS LEVE PRESSÃO: SINAL PATOGNOMÔNICO DE PERDA DE FIXAÇÃO (A); PERFIL FACIAL INICIAL (B).



# EXAMES COMPLEMENTARES

Ao exame radiográfico, foi constatada boa condição óssea e presença de tratamento endodôntico nos pilares.

---

RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS E MODELOS DE ESTUDO ZOCALADOS.

# **PLANO DE** *tratamento*

Após estudo do caso, foi apresentado ao paciente um plano de tratamento que envolveu:

- 1º RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR**
- 2º INSTRUÇÕES DE HIGIENE BUCAL**
- 3º AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE OBJETIVANDO SE ALCANÇAR A POSIÇÃO DE RELAÇÃO DE OCLUSÃO CÊNTRICA**
- 4º RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DO DENTE 13**
- 5º CONFECÇÃO DE NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO NO DENTE 13**
- 6º CIRURGIA PARA AUMENTO HORIZONTAL DO REBORDO, UTILIZANDO-SE BIOMATERIAL, NA REGIÃO ANTERIOR**
- 7º CONFECÇÃO DE PRÓTESE FIXA METALOCERÂMICA**
- 8º RESTAURAÇÕES CERVICAIS COM RESINA COMPOSTA NOS PRÉ-MOLARES SUPERIORES**



**O paciente concordou prontamente com o planejamento, assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como o termo de autorização para uso de imagem.**

**Os trabalhos iniciaram-se com raspagem e alisamento radicular, instruções de higiene oral, remoção da prótese insatisfatória com saca próteses pneumático, adequação dos preparos cavitários e reembasamento da prótese para ser usada até a confecção da prótese provisória.**



**PRÓTESE FACILMENTE REMOVIDA COM SACA PRÓTESES (A); DENTE 13 COM LESÃO DE CÁRIE (B); PILARES REPREPARADOS (C).**



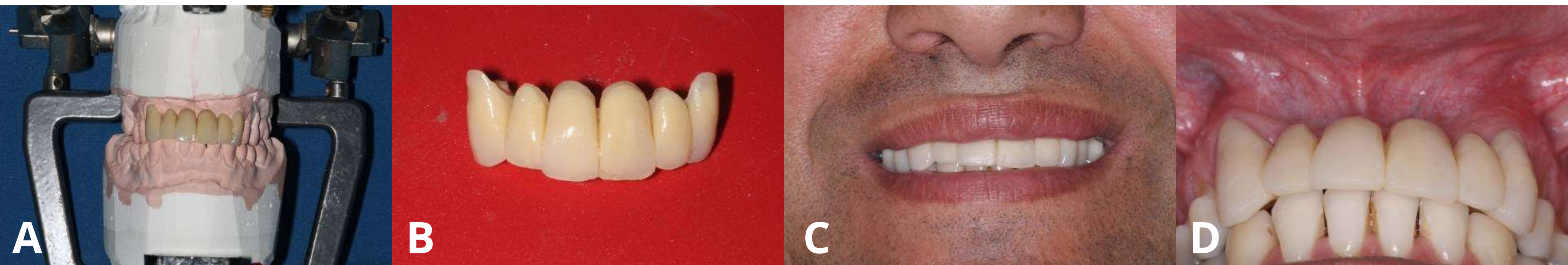
**Partiu-se então para a execução do retratamento endodôntico do elemento 13, bem como a confecção do núcleo metálico fundido.**



**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DO DENTE 13 - OBSERVAR QUE O PINO ANTIGO ERA MUITO CURTO. A PRÓTESE ANTIGA FOI REEMBASADA E RECEBEU UM PINO METÁLICO (CLIQUE) PARA SER UTILIZADA ATÉ A CONFECÇÃO DA PRÓTESE PROVISÓRIA (A, B); PADRÃO DE RESINA ACRÍLICA SENDO PREPARADO (C); NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO CIMENTADO. NOTAR A GRANDE DEPRESSÃO NA PARTE ANTERIOR DO REBORDO ALVEOLAR (D).**



**Procedeu-se então à montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (ASA) para análise oclusal e confecção de prótese provisória prensada em resina acrílica termopolimerizável. Após desprogramação da memória proprioceptiva do ligamento periodontal e ainda sem a prótese provisória, procedeu-se ao ajuste oclusal por desgaste para se alcançar a posição de relação de oclusão cêntrica. A prótese provisória foi então ajustada e adaptada aos preparos.**

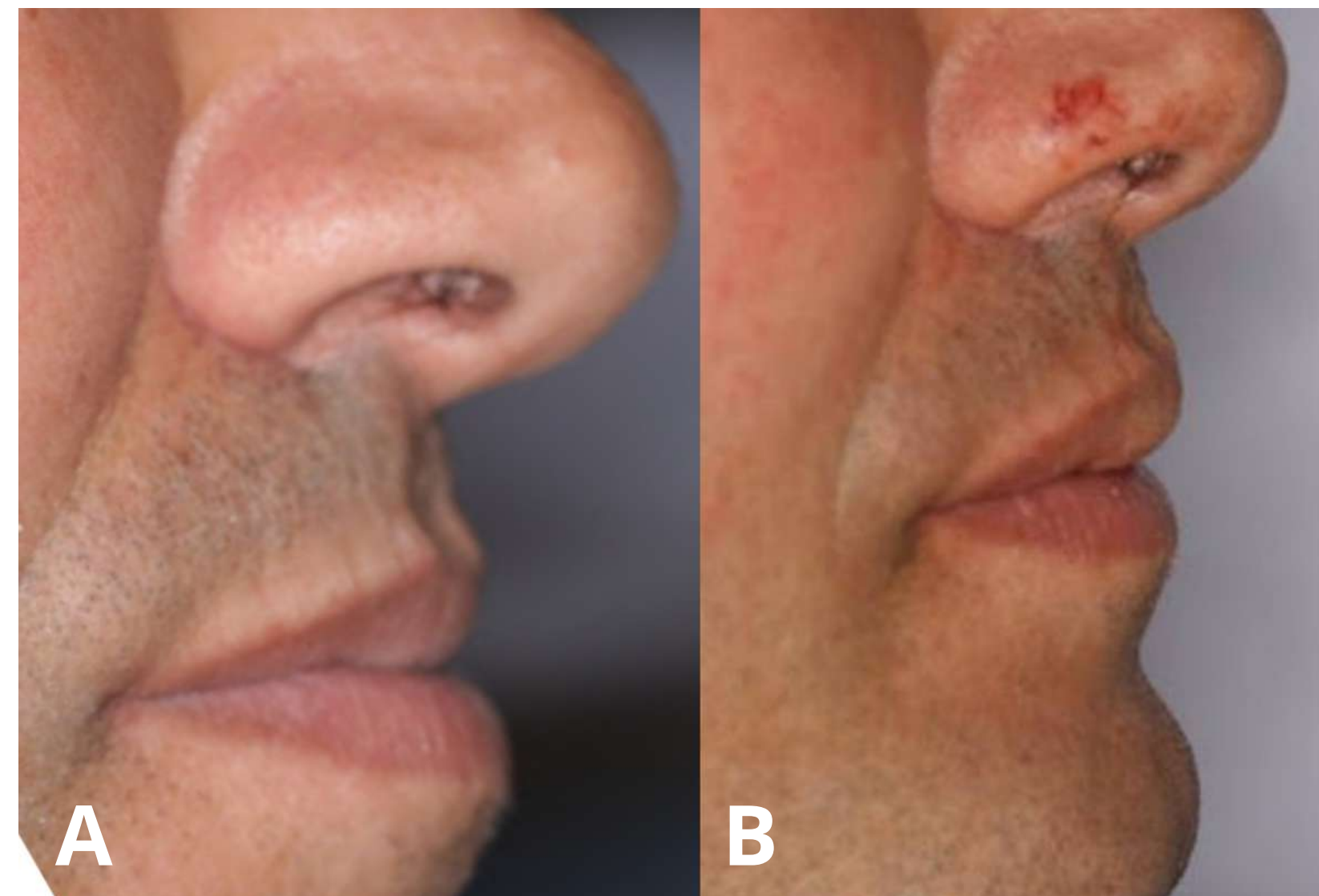


**MODELOS MONTADOS NO ASA PARA ANÁLISE OCLUSAL (A); PRÓTESE FIXA PROVISÓRIA PRENSADA (B); PRÓTESE PROVISÓRIA AJUSTADA E CIMENTADA (C); GRANDE DEPRESSÃO ÓSSEA HORIZONTAL (D).**

**Foi então realizado um preenchimento horizontal do rebordo, por meio de um retalho de espessura total e aposição de hidroxiapatita sintética (75%) associada a colágeno bovino (25%) (COL-Hap-91 – JHS Biomateriais – Brasil)**



**PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA PREENCHIMENTO EM ESPESSURA DO REBORDO ALVEOLAR.**



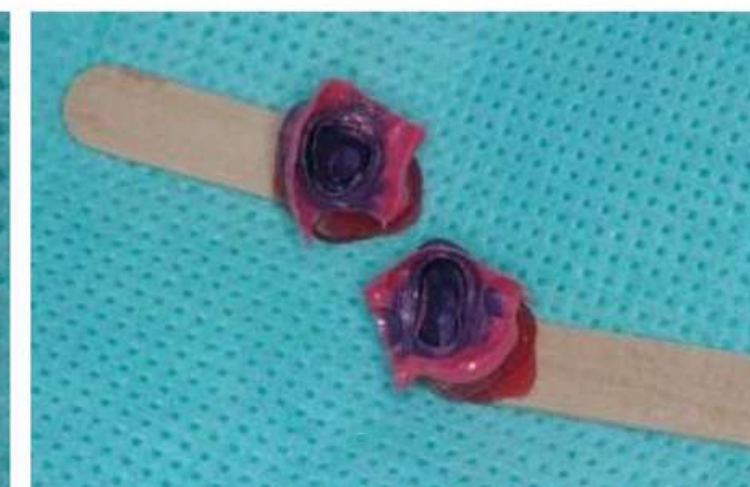
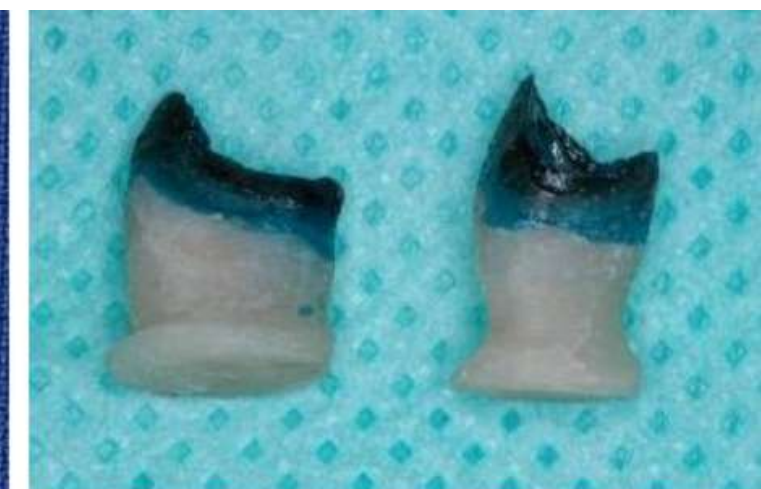
**PERFIL FACIAL:  
INICIAL (A); NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (B).**



**Após o correto período de cicatrização tecidual de 90 dias, o tratamento foi retomado por meio dos procedimentos de repreparo cavitário e reembasamento da prótese provisória. O resultado do ajuste oclusal por desgaste foi reavaliado e refinado. Partiu-se então para os procedimentos de moldagem, para obtenção do modelo de trabalho, conforme descrito por DISCACCIATI *et al.* (2020). Casquetes individuais foram reembasados com resina acrílica de menor granulação, o que lhe confere maior poder de cópia (Duralay®), sendo os preparos moldados com elastômero de média (roxo) e baixa (rosa) viscosidades (Poliéter - Impregum®). Assim, prosseguiu-se com o vazamento dos moldes com gesso pedra especial tipo IV, seguido dos recortes adequados.**



**PÓS-OPERATÓRIO DE 90 DIAS.**



**PROCEDIMENTOS DE MOLDAGEM COM CASQUETE E OBTENÇÃO DOS TROQUÉIS DE GESSO.**



**Sobre os troquéis de gesso, foram confeccionados copings de Duralay® e, em seguida, foi realizada a moldagem de transferência, após união dos copings com barra acrílica e registro oclusal com resina acrílica.**



**INSERÇÃO DOS COPINGS DE DURALAY® NOS PREPAROS (A); UNIÃO COM BARRA ACRÍLICA E REGISTRO DA POSIÇÃO DE RELAÇÃO DE OCLUSÃO CÊNTRICA, EM DIMENSÃO VERTICAL ZERO, COM RESINA ACRÍLICA, PARA ORIENTAR A MONTAGEM DOS MODELOS DE TRABALHO (B).**



**Os modelos de gesso obtidos foram montados em ASA para confecção da infraestrutura metálica que, após prova em boca, recebeu união em posição de solda com Duralay® reforçado com pino metálico.**



**MOLDAGEM DE TRANSFERÊNCIA (A);  
MONTAGEM DOS MODELOS NO ASA (B).**



**PROVA DA INFRAESTRUTURA METÁLICA  
E AJUSTE DA ÁREA DE SOLDA (C); UNIÃO  
EM POSIÇÃO DE SOLDA (D).**



**Após soldagem, a infraestrutura metálica foi novamente provada em boca, recebendo os devidos ajustes. Realizou-se novo registro oclusal com Duralay®, sendo realizados em seguida a moldagem de transferência, vazamento de gesso especial tipo IV e remontagem do modelo em ASA e aplicação de porcelana.**

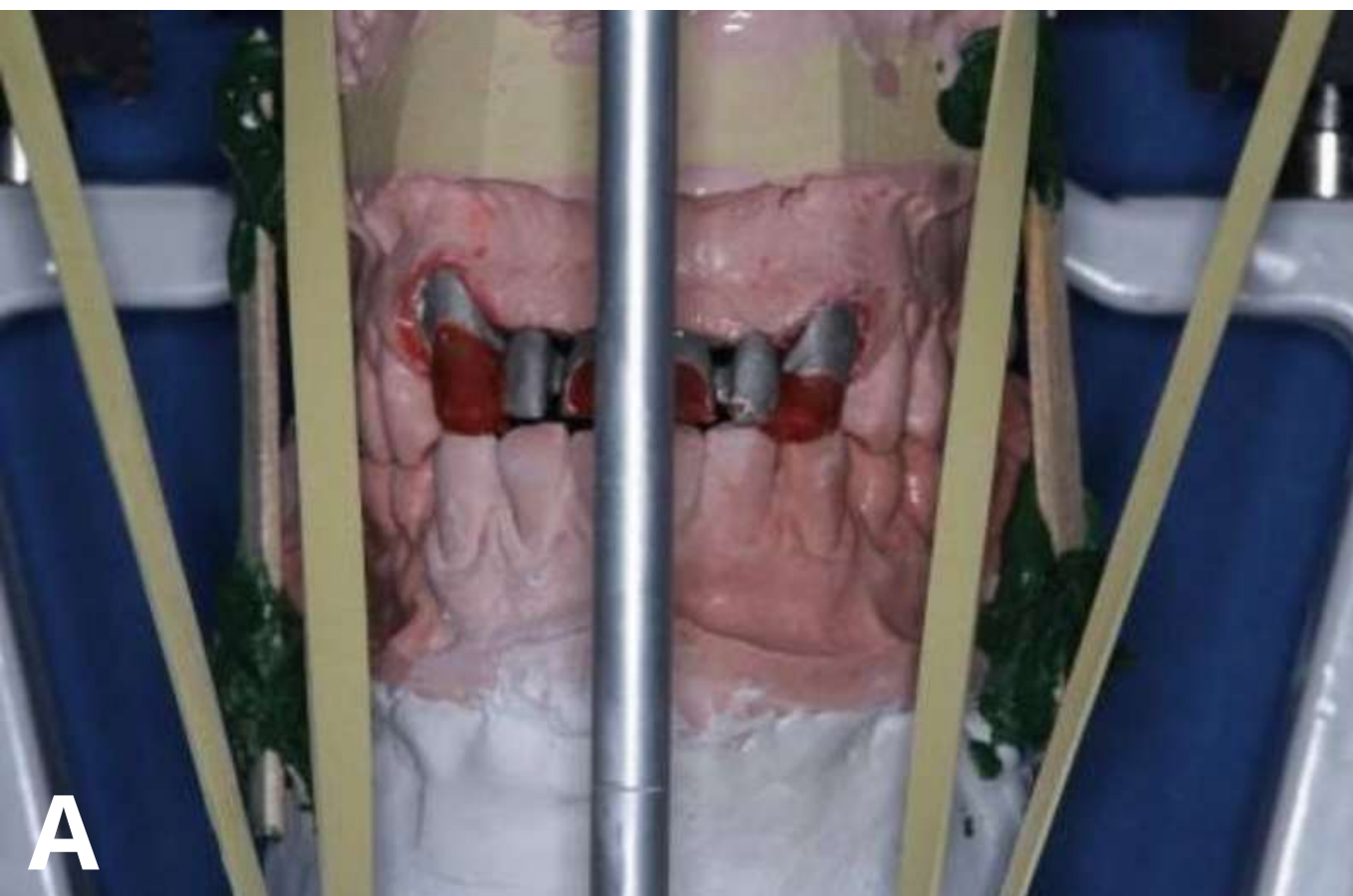
**INCLUSÃO PARA PROCEDIMENTO DE  
SOLDAGEM (A); INFRAESTRUTURA METÁLICA  
SOLDADA (B);**



**PROVA DA INFRAESTRUTURA SOLDADA E  
REGISTRO OCLUSAL (C); MOLDE DE  
TRANSFERÊNCIA (D).**







**MODELOS MONTADOS (A);  
PORCELANA APLICADA (B).**



**PROVA PARA AJUSTES  
ESTÉTICO E FUNCIONAL (C; D).**



**Após ajustes estético e funcional, a peça protética recebeu acabamento e glaze, sendo o caso finalizado satisfatoriamente, fixado com cimento de zinco. Por fim, deu-se acabamento nas restaurações cervicais que foram confeccionadas nas cervicais vestibulares dos pré-molares superiores.**



**AJUSTE FUNCIONAL (PROTRUSÃO E LATERALIDADE)**



**PROVA FINAL (A);  
CIMENTAÇÃO (B).**



**RESULTADO FINAL.  
OBSERVA-SE CLARA MELHORA  
NO SUPORTE LABIAL**



# Discussão

O tratamento reabilitador tem como forte princípio o **PLANEJAMENTO**, que deve ser orientado por dados colhidos na anamnese, no exame clínico e nos exames complementares (ALONSO *et al.*, 2005). Custos biológico e financeiro dos procedimentos propostos devem atender às necessidades do paciente, no sentido de devolver saúde, função e estética, pilares que guiam a estratégia restauradora.

Tratamentos clínicos integrados englobam ainda outros fatores como o nível de capacitação do cirurgião-dentista e a expectativa do paciente em receber um tratamento eficaz e duradouro. O presente caso clínico evidenciou a importância da inter-relação entre as múltiplas especialidades odontológicas no planejamento inicial e na execução de uma reabilitação oral ao envolver oclusão, prótese, endodontia, dentística e também cirurgia.

Antes de qualquer reabilitação, é necessário avaliar o estado funcional do sistema estomatognático do paciente e, quando houver comprometimento da estabilidade oclusal e presença de contatos prematuros e interferências no arco de fechamento e/ou nos movimentos excêntricos, o ajuste oclusal prévio deve ser considerado (SOARES *et al.*, 2005).



**O paciente em questão apresentava deslize para anterior quando obtido o primeiro contato interferente e prosseguia com o fechamento em direção à máxima intercuspidação habitual (MIH).**





**Nesses casos, em que a prótese seria confeccionada na região anterior, direção para onde a mandíbula se deslocava a partir do primeiro contato interferente, a literatura recomenda que se trabalhe na posição de oclusão em relação cêntrica, fazendo-se os ajustes necessários para se alcançar uma posição mais estável da mandíbula, possibilitando um arco de fechamento único.**

**Como se elimina o deslize em direção anterior, obviamente ganha-se espaço interoclusal e uma condição mais fisiológica para a confecção da prótese. Esse conceito é suportado na literatura por muitos autores (GUEDES *et al.*, 2005). A identificação dessa necessidade e a indicação do reequilíbrio oclusal é de extrema relevância para conferir longevidade ao tratamento.**

**Quanto ao aspecto cirúrgico, é bastante comum situações que demandam aumento de volume de rebordo ósseo, por meio de enxertos, a fim de melhorar a condição local (ROCCHIETTA *et al.*, 2008).**

**O enxerto com biomaterial foi o indicado:**

-  **Por ser um procedimento menos traumático, se comparado a enxertos autógenos, pois não apresenta um segundo sítio cirúrgico doador;**
-  **Porque não estava prevista a instalação de implantes no plano de tratamento inicial.**

**O enxerto realizado conferiu melhor suporte labial e melhorou aspectos estéticos e funcionais, solucionando a queixa do paciente quanto ao lábio superior que, por vezes, ficava preso abaixo do nível cervical dos pônticos. Tal queixa é característica de pacientes com grande atrofia de rebordo alveolar, o que sem dúvidas, interfere na estética facial (VIEGAS *et al.*, 2006).**

**Nos casos de necessidade de reposição dentária, é de conhecimento amplo que o cirurgião dentista, durante o estudo de caso, deve sempre avaliar a possibilidade de instalação de implantes ao invés de optar pelo desgaste de dentes íntegros para se tornarem pilares de uma prótese fixa convencional.**



**Porém, tendo em vista que na situação clínica aqui apresentada o paciente já utilizava uma prótese fixa e, assim, os pilares já estavam preparados, a instalação de implantes associada à aposição de enxerto ósseo em bloco, necessário para tal procedimento, tornou-se injustificável.**

**A Odontologia Restauradora atual preconiza que o profissional, nas mais diversas situações, deve optar pela abordagem mais conservadora possível, somada à vontade do paciente (HARADA *et al.*, 2006).**

**Portanto, é de suma importância que o tratamento odontológico integrado possibilite a recuperação tanto dos elementos dentários, quanto das estruturas de suporte ósseo e gengival, restituindo a estética, a fonética, a função, o conforto e a autoestima do paciente (ROSA e NETO, 1999).**

# Conclusão



O presente caso clínico apresentou resultado satisfatório em todas as etapas e especialidades envolvidas no tratamento. A inter-relação das áreas da Odontologia na reabilitação oral foi efetiva na reparação dos aspectos estéticos e funcionais, e devolução da saúde e bem-estar ao paciente. É imprescindível que o cirurgião-dentista sempre avalie as melhores possibilidades de tratamento de forma conservadora e integrada, levando-se em consideração as individualidades do paciente. Ademais, o tratamento representou um enorme ganho de conhecimento para os alunos envolvidos.



# Referências

ALONSO A.A., ALBERTINI J.S., BECHELLI A.H. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. Buenos Aires: Panamericana, 2005. 637 p. il., color. 1 Ex.

DISCACCIATI J.A.C., DUTRA, A.M.M., SOUZA E.L. Obtenção do modelo de trabalho em prótese fixa. Belo Horizonte, 82p. 2021. ISBN: 978-65-00-12152-0. Disponível em: [www.odonto.ufmg.br/departamentos/odr.ecv/978-65-00-12152-0](http://www.odonto.ufmg.br/departamentos/odr.ecv/978-65-00-12152-0)

FRANCISCONI L.F., *et al.* Multidisciplinary approach to the establishment and maintenance of an esthetic smile: A 9-year follow-up case report. Quintessence Int., 39 Berlin, v. 43, n. 10, p. 853-858, Nov./Dec, 2012.

FRADEANI M., BARDUCCI G., CONRADO M. Análise estética: Uma abordagem sistemática para o tratamento protético. São Paulo: Editora Quintessence, 2006.

GUEDES F.P., JUNIOR A., FRICTON J., HATHAWAY K., DECKER K. Oclusão, dores orofaciais e cefaléia. São Paulo: Ed. Santos; 2005. 290p.

HARADA T., ICHIKI R., TSUKIYAMA Y., KOYANO K. The effect of oral splint devices on sleep bruxism: a 6-week observation with an ambulatory electromyographic recording device. J Oral Rehabil. 2006;33(7):482-8.

MONDELLI J., *et al.* Dentística Restauradora - Tratamentos clínicos integrados. São Paulo: Pancast, 1983.

PEGORARO L.F., *et al.* Prótese Fixa. Bases para o planejamento em Reabilitação Oral. 2a edição. Artes Médicas, São Paulo, 2013.

ROCCHIETTA I., FONTANA F., SIMION M. Clinical outcomes of vertical bone augmentation to enable dental implant placement: a systematic review. J Clin Periodontol. 2008;35(8 Suppl):203-15.

ROSA D. M., NETO J.S. Prótese fixa metalocerâmica dentogengival: uma alternativa entre as soluções estéticas. APCD, revista da Associação Paulista de Cirurgiões dentistas, v. 53, n. 4, p. 291-296, 1999.

SOARES C.J., PIZI E.C., FONSECA R.B., MARTINS L.R., FERNANDES A.J. NETO. Direct restoration of worn maxillary anterior teeth with a combination of composite resin materials: a case report. J Esthet Restor Dent. 2005;17(2):85-91

VIEGAS V.N., *et al.* Reabilitação protética em maxila: enxerto ósseo e prótese fixa dentogengival. ImplantNews, v. 3, n. 6, p. 587-591, 2006.