

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

CAMILO DA SILVA PARISE

**PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL: BENEFÍCIOS
E MALEFÍCIOS DE SEU USO – REVISÃO DE
LITERATURA**

BAURU
2013

CAMILO DA SILVA PARISE

**PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL: BENEFÍCIOS
E MALEFÍCIOS DE SEU USO – REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao centro de Ciências da
Saúde como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia, sob orientação do Prof.
Dr. Valdey Suedam

Bauru
2013

P2329p Parise, Camilo da Silva

Prótese parcial removível: benefícios e malefícios de seu uso: revisão de literatura / Camilo da Silva Parise -- 2013. 22f.

Orientador: Prof. Dr. Valdey Suedam.

Coorientadora: Profa. Dra. Flora F. Fernandes Tavora.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Prótese dentária. 2. Prótese parcial removível. 3. Reabilitação bucal. I. Suedam, Valdey. II. Tavora, Flora Freitas Fernandes. III. Título.

CAMILO DA SILVA PARISE

**PROTESE PARCIAL REMOVÍVEL: BENEFÍCIOS
E MALEFÍCIOS DE SEU USO – REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia, sob orientação do Prof. Dr. Valdey Suedam

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Valdey Suedam
Universidade Sagrado Coração

Profa. Dra. Flora Freitas Fernandes Tavora
Universidade Sagrado Coração

Ms. Bruno Lara Zarella
Faculdade de Odontologia de Bauru - USP

Bauru, 13 de dezembro de 2013.

Dedico esta monografia à minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, sempre que eu pensava em desistir eles me davam forças para continuar; pessoas especiais na minha vida que sempre me ensinaram muitas coisas, como quando por mais que o caminho seja difícil e doloroso, devo seguir em frente, pois quando chegar ao fim, irei olhar pra trás e gozar da sensação de me sentir vitorioso. Muito obrigado por estarem sempre ao meu lado, amo muito vocês.

Agradeço à todos os professoras da Universidade Sagrado Coração, por todo empenho e paciência, me ajudando nesta longa caminhada.

Agradeço também todos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado, vindo a alegrar dias tristes e comemorando junto minha vitórias.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.”

(Marthin Luther King)

RESUMO

O aumento da população idosa ao longo do tempo associada à perda do elemento dentário seja por problemas periodontais ou por doença cárie aumentou a necessidade do uso de próteses dentárias para a reabilitação protética de pacientes totalmente ou parcialmente desdentados.

As próteses parciais removíveis (PPRs) são indicadas para reabilitação de pacientes parcialmente desdentados, a sua versatilidade associada ao baixo custo faz deste tipo de prótese uma opção viável para grande parte dos pacientes, porém há relatos na literatura que correlacionam a PPR com a presença de cárie e doença periodontal.

Sabendo-se disto, o intuito deste trabalho foi o de realizar uma revisão de literatura a respeito dos benefícios e malefícios do uso das prótese parciais removíveis.

Palavras Chave: Prótese Dentária. Prótese Parcial Removível. Reabilitação bucal.

ABSTRACT

The increase in the elderly population over time associated with tooth loss by periodontal problems or by caries increased the need for the use of dental prostheses for prosthetic rehabilitation of totally or partially edentulous patients. The removable partial dentures (RPDs) are indicated for rehabilitation of partially edentulous patients, their versatility associated with the low cost, makes this type of prosthesis a viable option for most patients, but there are reports in the literature that correlate caries and periodontal disease with the presence PPR. Knowing this, the aim of this study was to perform a literature review of the advantages and disadvantages of the use of removable partial denture.

Keywords: Prosthodontics. Removable Partial Denture. Oral rehabilitation.

SUMÁRIO

1 Introdução	10
2 Revisão de literatura.....	11
2.1 Oclusão dentária	11
2.2 Classificação dos arcos parcialmente desdentados.....	12
2.3 Reabilitação oral com o uso de prótese parcial removível	13
3 Discussão	15
4 Conclusões.....	18
Referências.....	19

1 Introdução

No Brasil o número de idosos (maiores de 60 anos de idade) aumentou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, tendo um incremento de 500% em 40 anos e com projeções para 32 milhões em 2020 (Lima Costa, 2003). Deste modo o aumento da população idosa faz aumentar a necessidade do uso de próteses dentárias para reabilitar os arcos dentários parcialmente desdentados.

Nos dias de hoje, pacientes desdentados parciais procuram por alternativas de tratamento, dentre estas alternativas estão as próteses parciais fixas (PPFs), próteses implanto suportadas (PISs) e as próteses parciais removíveis (PPRs). Sendo as PPRs o tratamento menos invasivo, mais barato e totalmente reversível, pois o paciente pode futuramente realizar o tratamento com PPF ou PIS sem problemas.

PPR é um método simples para reabilitação em pacientes com ausência parcial de dentição. Existem relatos de um crescimento em sua utilização em adultos na europa (ZITZMANN ET AL., 2007), mesmo sabendo que seu uso pode acarretar em um maior acúmulo de placa, gengivite e cárie na superfície radicular (PRESHAW ET AL., 2011).

Pacientes reabilitados com PPRs acabam tendo uma elevação em sua autoestima e conseqüentemente em sua saúde geral, principalmente quando a área anterior é a qual recebeu a reabilitação ou quando a PPR aumenta o número de par de oclusão do paciente (PRESHAW ET AL., 2011).

A reabilitação com o uso de PPRs, associada a boa higienização oral, visitas periódicas de controle ao cirurgião dentista, podem trazer benefícios para pacientes que encontram ausência dentária parcial, aumentando seu bem estar social, estética, mastigação e fonação.

2 Revisão de literatura

Esta revisão tem como objetivo descrever as condições de oclusão natural ou ideal e seus benefícios para o sistema estomatognático. Mostrando a interação dos elementos dentários com a fonética, estética, mastigação e bem estar social. Sendo abordado a ausência de elementos na arcada e apresentada as principais causas destas perdas e suas consequências. Para solução destas condições com prótese parcial removível, será dado maior destaque para os malefícios e benefícios deste tipo de tratamento.

2.1 Oclusão dentária

A primeira definição para oclusão ideal foi proposta em 1899 (ANGLE, 1899), que era baseada na relação sagital dos primeiros molares permanentes, e que o alinhamento de todos os dentes ocluindo em uma relação molar normal, traria uma harmonia facial ao paciente.

Esta definição foi aprimorada em 1972, onde em uma avaliação de 120 pacientes, notou-se seis características comuns, 1- inter-arco molar e relação entre caninos e pré molares, 2- angulação mesiodistal da coroa, 3- inclinação vestibulo lingual da coroa, 4- ausência de rotações dentárias, 5- presença de contatos proximais definidos e 6- nivelamento da curva de Spee as quais foram nomeadas como as seis chaves da oclusão normal (ANDREWS, 1972).

Mas estas definições não consideravam os aspectos funcionais da oclusão, com isso em 1976, Roth apresentou os seguintes aspectos funcionais de oclusão: 1- dentes devem apresentar máxima intercuspidação com a mandíbula em relação cêntrica, 2- em relação cêntrica, todos os dentes posteriores devem apresentar contatos oclusais axiais, e os dentes anteriores devem manter uma distância de 0,0005 cm entre eles, 3- durante a lateralidade os caninos devem desocluir os dentes posteriores (guia canina), 4- durante a protrusão, os dentes anteriores superiores devem ocluir com os dentes anteriores inferiores e o primeiro pré molar e o segundo pré molar (em

caso de extrações), fazendo com que haja uma desoclusão dos dentes posteriores (guia anterior imediata), 5- nenhuma interferência deve estar presente no lado de balanceio (ROTH, 1976).

Contudo, a oclusão pode ser afetada por diversos fatores, sendo a falta de elemento na arcada um deles, levando ao desequilíbrio de todos os fatores citados anteriormente.

A ausência de elementos na arcada ocorrer por diversas causas, sendo as mais comuns por problemas periodontais e resultantes da doença cárie (MCCAUL ET AL., 2001; NIESSEN, WEYANT, 1989; RICHARDS ET AL., 2005; FURE, 2003).

Essa ausência pode vir a prejudicar diversas funções do sistema estomatognático, como a fonação, mastigação e também a estética (MONTEITH, 1985), assim havendo a necessidade de tratamentos para a reposição destes elementos, sejam por dispositivos totais ou parciais, sendo fixos ou removíveis, podendo ser dentossuportados, implantossuportados ou mucossuportados.

2.2 Classificação dos arcos parcialmente desdentados

A perda de elementos dentários pode levar a uma variedade enorme de situações clínicas possíveis. Sabendo disso Kennedy (1927) propôs uma classificação dos arcos parcialmente desdentados com os seguintes objetivos:

1. Didático. Facilitar o planejamento da reabilitação dos arcos parcialmente desdentados de uma forma lógica e prática;
2. Comunicação Inter-profissional. A simples classificação expõe o caso clínico e suas possíveis soluções;
3. Sistematização do desenho. Um desenho, com o acréscimo de pequenas variações, pode ser aplicado a todos os casos de uma mesma classe.

A classificação idealizada por Kennedy se baseou na localização dos dentes remanescentes e espaços desdentados no arco dental. Esta classificação apresenta 4 tipos básicos de arcos parcialmente desdentados:

Classe I: Ausência bilateral de dentes posteriores.

Classe II: Ausência Unilateral de Dentes Posteriores

Classe III: Ausência intercalar de Dentes

Classe IV: Ausência de Dentes Anteriores ultrapassando a linha média.

Além desses 4 tipos, podem ocorrer outros espaços desdentados intercalados no arco e que dão origem às modificações das classes básicas.

A utilização da classificação de Kennedy é possível seguindo-se algumas regras denominadas de Regras de Applegate, as quais são as seguintes:

1. A classificação deve ser feita após as extrações,
2. Se o terceiro molar estiver ausente e não se intencionar substituí-lo, ele não deve ser incluído na classificação;
3. Se houver um terceiro molar que possa ser utilizado como dente de suporte, ele deverá ser incluído na classificação;
4. Se um segundo molar está faltando e não se intencionar a sua substituição, ele não será considerado na classificação;
5. A área ou áreas desdentadas mais posteriores sempre determinam a classificação;
6. As outras áreas desdentadas e que são secundárias em relação àquela que determina a classificação, são denominadas de áreas de modificação e são designadas por seu número.
7. A extensão da modificação não é considerada, apenas, o número de áreas desdentadas adicionais.
8. Não pode haver modificação no arco tipo IV.

2.3 Reabilitação oral com o uso de prótese parcial removível

As próteses parciais removíveis são uma boa alternativa para pacientes que perderam algum de seus dentes naturais. Mesmo o número de idosos dentados crescente, há indícios de que pelo menos um quarto de milhão de pessoas com idade inferior a 40 anos fazem o uso de PPRs, elas devem manter a saúde da dentição remanescente e tecido circundante, mas estudos demonstram que as PPRs levam a um aumento na formação do

biofilme e conseqüentemente um aumento de cárie e doença periodontal (PRESHAW ET AL., 2011; HUMMEL ET AL., 2002; CARLSSON ET AL., 1965; BERGMAN ET AL., 1987), mas por outro lado, há estudos que demonstraram graus moderados de lesão ou praticamente sem alterações periodontais (BERGMAN ET AL., 1971, 1977, 1982).

O planejamento e a construção das PPRs necessitam diretamente da compreensão das forças geradas pela mastigação e a distribuição dessas forças para as estruturas de apoio. Se os princípios de construção forem seguidos, as tensões geradas são seguramente dentro dos limites dos tecidos de suporte, assim, contribuindo para a manutenção e saúde periodontal. Estudos confirmam esses dados demonstrando que quando seguidos esses princípios, as PPRs não causam quaisquer efeitos prejudiciais sobre os dentes pilares (KAPUR E DEUPREE, 1994; BERGMAN ET AL., 1995; JORGE ET AL., 2007).

Frank Kaiser em seu livro cita vantagens das PPR's convencionais que podem restabelecer funções como a mastigação, estética, fonética, prevenção da inclinação ou migração dos remanescentes dentários, estabilização de dentes enfraquecidos e balanceio muscular e articular completo, além de possuir princípios que em 1930 Roach descreveu como retenção, estabilidade, reciprocidade e fixação. Handerson em 1979 também cita que a mecânica das PPR's são vantajosas, sua estética em repor dentes e seu preço mais acessível.

Já Todescan em seu livro indica as PPR's em espaços protéticos edentados extensos, Destes suportes com sustentação reduzida, excessiva perda óssea de tecido, necessidade de recolocação imediata dos dentes anteriores, no campo da cirurgias bucodentoalveolares e bucofacial, auxiliar na contenção de fraturas maxilares, para pequenas movimentações, estado físico e emocional dos pacientes, como protetor de implantes, odontopediatria, fator de ordem econômica. Já suas contra indicações estão relacionadas a pacientes com problemas motores, debilidade mental ou pobre higiene bucal.

3 Discussão

A somatória de técnicas odontológicas preventivas e mudanças nas atitudes da higiene oral da população, fizeram com que a perda da dentição diminuísse significativamente (MOJON, 2003; OSTERBERG ET AL., 2000; MARCUS ET AL., 1996), mas ainda nos dias atuais a ausência de dentição continua a ser um problema comumente encontrado, sejam eles em jovens adultos (problemas periodontais), ou em adultos (resultantes de cárie)(MCCAUL ET AL., 2001; NIESSEN, WEYANT, 1989; RICHARDS ET AL., 2005; FURE, 2003). Somado ao fato da ausência de dentição, temos uma tendência do maior número de idosos na população, assim necessitando haver um aumento nos tratamentos protéticos (DOUGLAS ET AL., 1988).

De acordo com Lima Costa (2003), no Brasil o número de idosos (maiores de 60 anos de idade) aumentou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, tendo um incremento de 500% em 40 anos e com projeções para 32 milhões em 2020.

Os problemas periodontais e a doença cárie são as causas mais comuns de perda de elementos dentários na arcada (MCCAUL ET AL., 2001; NIESSEN, WEYANT, 1989; RICHARDS ET AL., 2005; FURE, 2003). Ausência esta que pode vir a prejudicar diversas funções do sistema estomatognático, como a fonação, mastigação e também a estética (MONTEITH, 1985). A perda dentária é acompanhada pela perda de tecido ósseo devido ao processo de remodelação óssea (atrofia) que ocorre em decorrência da extração dentária nos casos de perda do elemento dental por doença cárie, já nas perdas dentárias por problemas periodontais o tecido ósseo já foi previamente perdido levando a uma maior perda de estrutura após a extração dentária. Desta forma a reabilitação protética tem a função de repor os elementos dentários perdidos e também devolver o volume perdido das estruturas anexas ao órgão dentário (osso e gengiva), o que torna a prótese parcial removível uma excelente opção de tratamento. Podendo ser indicada também em casos de perda de estrutura dentária e óssea por ressecção de parte da maxila ou mandíbula, nos casos de discrepâncias maxilo mandibulares (atresia maxilar) e também como próteses obturadoras e elevadoras de palato.

As próteses parciais removíveis (PPRs), devem proporcionar ao paciente qualidade de vida com integração social, devolvendo a estética não só dentária mas também facial e conseqüentemente oferecer uma oclusão normal que com mastigação e fonação adequadas, devendo manter a saúde da dentição remanescente e tecido circundante.

Estudos demonstram que o uso das PPRs levam a um aumento na formação do biofilme e conseqüentemente um aumento de cárie e doença periodontal (PRESHAW ET AL., 2011; HUMMEL ET AL., 2002; CARLSSON ET AL., 1965; BERGMAN ET AL., 1987). Porém, há estudos que demonstraram graus moderados de lesão ou praticamente sem alterações periodontais (BERGMAN ET AL., 1971, 1977, 1982). Sabe-se que a presença de cárie e/ou doença periodontal esta correlacionada mais especificamente a presença da placa bacteriana e não à presença da PPR na cavidade bucal. O fato é que a presença da PPR na cavidade bucal é um fator a mais para acúmulo de placa, logo uma correta orientação de higiene oral dada ao paciente com controles periódicos associada à cooperação por parte do paciente são fatores que podem controlar a progressão da doença periodontal e da doença cárie.

Outro fator está correlacionado às tensões geradas nos tecidos de suporte, onde a compreensão das forças geradas durante a mastigação e a distribuição destas forças para as estruturas de apoio são de extrema importância durante o planejamento e a construção das PPRs, a fim de que as tensões geradas estejam dentro dos limites fisiológicos dos tecidos de suporte (ósso alveolar), desta forma, contribuindo para a manutenção da saúde periodontal. De acordo com alguns estudos (KAPUR E DEUPREE, 1994; BERGMAN ET AL., 1995; JORGE ET AL., 2007), quando tais princípios são seguidos as PPRs não causam quaisquer efeitos prejudiciais sobre os dentes pilares e tecidos de suporte. Estes princípios foram descritos por Roach em 1930 como retenção, estabilidade, reciprocidade e fixação.

Além disso as PPR's convencionais podem restabelecer funções como a mastigação, estética, fonética, prevenção da inclinação ou migração dos remanescentes dentários, estabilização de dentes enfraquecidos e balanceio muscular e articular completo. Tendo como grande vantagem o preço acessível (Handerson, 1979).

A grande versatilidade da PPR faz com que ela possa ser indicada para diversas situações clínicas de reabilitação de arcos parcialmente desdentados, onde a sua indicação não contra indica nenhum outro tipo de tratamento futuro pois apresenta característica de reversibilidade, ou seja pode ser substituída por prótese parcial fixa ou prótese implanto suportada na grande maioria das situações

4 Conclusões

Com o exposto anteriormente, podemos concluir que a utilização de PPRs como método para reabilitação do sistema estomatognático somado a uma boa higiene oral e constantes visitas ao cirurgião dentista justificam o seu uso, trazendo benefícios estéticos e sociais ao paciente.

Referências

Andrews LF. The keys to normal occlusion. **Am J Orthod**, 62, 296-309, 1972.

Angle EH. Classification of malocclusion. **Dent Cosmos**, 41, 248-264, 1899.

Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. Periodontal and prosthetic conditions in patients treated with removable partial dentures and artificial crowns. A longitudinal two-year study. **Acta Odontol Scand**, 29, 621-638, 1971.

Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. Caries and periodontal status in patients fitted with removable partial dentures. **J Clin Periodontol**, 4, 134-146, 1977.

Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. Caries, periodontal and prosthetic findings in patients with removable partial dentures: a ten-year longitudinal study. **J Prosthet Dent**, 48, 506-514, 1982.

Bergman B. Periodontal reactions related to removable partial dentures: a literature review. **J Prosthet Dent**, 58, 454-458, 1987.

Bergman B, Hugoson A, Olsson CO. A 25-year longitudinal study of patients treated with removable partial dentures. **J Oral Rehabil**, 22, 595-599, 1995.

Carlsson GE, Hedegård B, Koivumaa KK. Studies in partial dental prosthesis. IV. Final results of a 4-year longitudinal investigation of dentogingivally supported partial dentures. **Acta Odontol Scand**, 23, 443-472, 1965.

Douglass CW, Gammon MD, Atwood DA. Need and effective demand for prosthodontic treatment. **J of Prosthetic Dentistry**, 59, 94-104, 1988.

Fure S. Ten-year incidence of tooth loss and dental caries in elderly Swedish individuals. **Caries Research**, 37, 462-9, 2003.

Hummel SK, Wilson MA, Marker VA, Nunn ME. Quality of removable partial dentures worn by the adult U.S. population. **J Prosthet Dent**, 88, 37-43, 2002.

Jorge JH, Giampaolo ET, Vergani CE, Machado AL, Pavarina AC, Cardoso de Oliveira MR. Clinical evaluation of abutment teeth of removable partial denture by means of the Periotest method. **J Oral Rehabil**, 34, 222-227, 2007.

Kaiser F. **PPR no laboratório**. Curitiba, 2002.

Kapur KK, Deupree R, Dent RJ, Hasse AL. A randomized clinical trial of two basic removable partial denture designs. Part I: Comparisons of five-year success rates and periodontal health. **J Prosthet Dent**, 72, 268-282, 1994.

Kennedy, E. Partial denture construction. **Dent. Items Interest**, 49: 42-59, 1927.

Lima-Costa, M.F., Veras, R. **Aging and public health**. Cad. Saúde Pública, 19 (3):701-710, 2003.

Linch, CD. Successful removable partial dentures. **Dent Update**, 39(2), 118-20, 122-6, 2012.

Marcus SE, Drury TF, Brown LJ, Zion GR. Tooth retention and tooth loss in the permanent dentition of adults: United States, 1988–1991. **J of Dental Research**, 75, 684–95, 1996.

McCaul LK, Jenkins WM, Kay EJ. The reasons for the extraction of various tooth types in Scotland: a 15-year follow up. **J of Dentistry**, 29, 401–7, 2001.

Mojon P. The world without teeth: demographic trends. In: Feine JS, Carlsson GE, editors. *Implant overdentures the standard of care for edentulous patients*. Chicago: Quintessence, 3–14, 2003..

Monteith BD. A cephalometric method to determine the angulation of the occlusal plane in edentulous patients. **J Prosthet Dent**, 54, 81–87, 1985.

Niessen LC, Weyant RJ. Causes of tooth loss in a veteran population. **J of Public Health Dentistry**, 49,19–23, 1989.

Osterberg T, Carlsson GE, Sundh V. Trends and prognoses of dental status in the Swedish population: analysis based on interviews in 1975 to 1997 by Statistics Sweden. **Acta Odontologica Scandinavica**, 58, 177–82, 2000.

Preshaw PM, Walls AW, Jakubovics NS, Moynihan PJ, Jepson NJ, Loewy Z. Association of removable partial denture use with oral and systemic health. **J Dent**, 39, 711-719, 2011.

Richards W, Ameen J, Coll AM, Higgs G. Reasons for tooth extraction in four general dental practices in South Wales. **British Dental Journal**, 198, 275–8, 2005.

Roth RH. The maintenance system and occlusal dynamics. **Dent Clin North Am**, 20, 761-788, 1976.

Todescan. **Atlas de prótese parcial removível**. São Paulo, 2003.

Zitzmann NU, Hagmann E, Weiger R. What is the prevalence of various types of prosthetic dental restorations in Europe? **Clinical Oral Implants Research**, 18, 20–33, 2007.

