

Reabilitação de paciente com fissura transforame incisivo unilateral com overdenture dentossuportada: relato de caso clínico

Luiz Carlos Frasca
Fernanda de Andrade Neves Nieckele
Elken Gomes Rivaldo

RESUMO

As fissuras labiopalatinas geram transtornos locais e sistêmicos que necessitam de intervenções em conjunto de diversas áreas da saúde para que se alcance com sucesso a reintegração social deste indivíduo. O tratamento protético desta anomalia possibilita a reabilitação destes pacientes, devolvendo-lhes qualidade de vida e bem-estar psicossocial, sem a necessidade de intervenções cirúrgicas. Este relato de caso apresenta uma opção de reabilitação através de overdenture com encaixes sobre dentes.

Palavras-chave: Fenda palatina. Obturadores palatinos. Prótese dentária.

Prosthetic rehabilitation of an adult cleft lip and palate patient: A clinical report

ABSTRACT

Several functional and morphological aspects may be damaged and require intervention by an interdisciplinary team at the appropriate time for achievement of integral rehabilitation in cleft lip and palate patients. In addition to esthetics, attention to a cleft patient's psychological health is also important, especially as a result of difficulties in communication and need for integration in society. This study relates a patient case with 40 years old and presenting cleft palate. A teeth supported-overdenture prosthesis was fabricated for replacement of missing teeth and also for cleft palate obturation.

Keywords: Cleft palate. Palatal obturators. Dental prosthesis.

Luiz Carlos Frasca é coordenador do Mestrado em Prótese Dentária do curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil.

Fernanda de Andrade Neves Nieckele é especialista em Ortodontia pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais – USP/Bauru.

Elken Gomes Rivaldo é coordenadora do Mestrado em Implantodontia do curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil.

Endereço para correspondência: Elken Gomes Rivaldo. Rua João Mora, 182 – Porto Alegre/RS – CEP: 91920-290. Tel.: (51) 3241.3337.

E-mail: elkenrivaldo@gmail.com

Stomatol	Canoas	v.15	n.29	p.85-91	jul./dez. 2009
----------	--------	------	------	---------	----------------

INTRODUÇÃO

Malformações genéticas da região craniofacial são fontes de mal-estar que repercutem em todas as fases do desenvolvimento do indivíduo. De uma maneira muito especial, os pacientes portadores de fissuras labiopalatinas são vítimas desse mal-estar por apresentarem, além do desconforto estético, dificuldades variadas de fonação, mastigação, deglutição e respiração (Vojvodic et al., 1996). As fendas labiopalatinas são anomalias que resultam da falta de união dos processos palatinos entre si e com o tabique nasal, ou pode acontecer de um dos processos palatinos unir-se ao tabique nasal, mas não com o oposto (Moyers, 1988). Esta anomalia congênita ocorre com certa frequência: um em cada 800 nascimentos apresenta fissura de lábio e/ou palato (Glenny et al., 2008).

O tratamento inicial está voltado à diminuição da seqüela física esquelética, e a perda de peças dentárias torna-se uma consequência indesejada do tratamento reabilitador cirúrgico facial. Em alguns casos, por falta de suporte psicológico para enfrentar a realidade, alguns pacientes relegam a um segundo plano os cuidados com a higiene oral, ocasionando perdas dentárias, por cárie ou por doença periodontal (Al-Dajani, 2009; Huynh-Ba et al., 2009).

Desde o início da década de 70, com o advento dos enxertos ósseos alveolares (Boyne, Sands 1972), o tratamento protético dos pacientes fissurados tem diminuído. Porém, em alguns casos em que um alinhamento ideal do arco não é conseguido ou quando os enxertos falham e o defeito congênito persiste, a intervenção protética se faz necessária (Tejani et al., 2005).

Existem diversas maneiras de tratar proteticamente os portadores de fissuras labiopalatinas, dependendo do grau de severidade das sequelas e do número de dentes remanescentes. As próteses obturadoras de palato separam a cavidade nasal da bucal, permitindo o restabelecimento da fala e melhora da mastigação, além de promover condições mais favoráveis para o tratamento fonoaudiológico (Pinto et al., 2007; Hakan et al., 2009). A estética também é favorecida contribuindo para a saúde psicológica e também para o convívio social (Abadi, Johnson, 1982; Pinto, Pegoraro-Krook, 2003; Pinto et al., 2007). Estas próteses podem não funcionar adequadamente em pacientes edêntulos pela falta de retenção e/ou estabilidade (Hakan et al., 2009). Uma *overdenture*, definida como uma prótese removível suportada por raízes dentárias ou implantes, tornou-se muito popular como alternativa de tratamento para as próteses totais convencionais, uma vez que a retenção e a estabilidade são aumentadas pelo uso de dentes que não poderiam ser utilizados, pela condição periodontal ou pelo número de dentes, como pilares de prótese fixa associada a um aparelho removível convencional. Além disso, as *overdentures* podem restabelecer um contorno facial mais adequado, uma vez que representam a melhor alternativa para substituírem as perdas de tecidos duros e moles (Moore, McCord, 2004). O suporte de uma *overdenture* por elementos dentários apresenta a vantagem da manutenção do rebordo alveolar e, conseqüentemente, preservação da estrutura óssea do paciente naquelas regiões (Crum, Rooney, 1978). Alguns cuidados especiais devem ser tomados pelo profissional, principalmente na fase de tomadas de impressões e confecção de modelos de trabalho para que os detalhes da mucosa fendida sejam criteriosamente

copiados, propiciando uma adaptação perfeita na região palatal, vínculo importante ao sucesso do trabalho reabilitador. Além dos cuidados técnicos, os de ordem psicológica e de vínculo profissional/paciente devem ser especialmente medidos pelo cirurgião dentista tendo em vista a natureza do dano às estruturas orais.

O objetivo da presente publicação é o de apresentar solução protética empregando overdenture com encaixes dentossuportados para tratar indivíduos com fissura labiopalatina de maneira segura e confortável.

RELATO DO CASO CLÍNICO

O caso de uma paciente do sexo feminino de 40 anos, portadora de fissura palatal, ilustra bem essa abordagem diferenciada que deve ser feita pelo profissional reabilitador. Ela apresentou-se para tratamento com problemas periodontais severos, alterações graves de plano oclusal pela perda não reposta de dentes, dificuldades de mastigação e fonação, mas com uma grande força de vontade de melhorar estética e funcionalmente (Figuras 1 e 2).



Figura 1: Doença periodontal, perda de dentes e plano oclusal alterado.

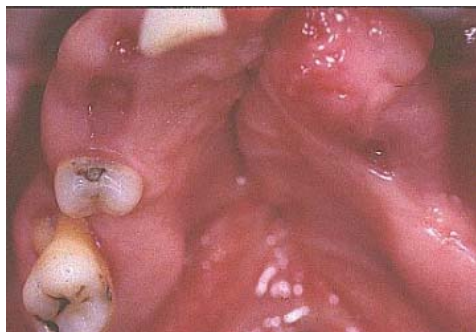


Figura 2: Vista oclusal da fissura transforame incisivo unilateral.

Um detalhado exame intraoral associado a um levantamento radiográfico evidenciou a necessidade de tratamento periodontal na arcada inferior e superior. No arco maxilar optou-se pela extração do dente 16 pela extensa perda óssea com a exposição de bi e trifurcações e mobilidade extrema.

A ideia de planejamento para a arcada superior, a mais afetada e necessitada foi inicialmente de uma prótese total, tendo em vista a condição periodontal dos dentes 11 e 15, entretanto uma análise efetuada pós-tratamento periodontal, mostrou um excelente nível de cicatrização tecidual, com diminuição acentuada dos índices periodontais, como sangramento à sondagem, de placa e de mobilidade. Dessa maneira, optou-se pelo uso de tais dentes como pilares de uma prótese removível dentosuportada (overdenture). A opção com implantes osseointegrados foi descartada pela paciente, pela necessidade cirúrgica com enxertos extensos para a reconstituição da estrutura óssea perdida. Essa decisão deve ser respeitada, levando-se em conta entre outros argumentos, o passado de intervenções cirúrgicas para a remissão das sequelas geradas pela deformidade orofacial.

Uma overdenture pode ser definida como uma prótese removível suportada por raízes dentárias ou implantes. Essa modalidade terapêutica tornou-se muito popular como alternativa de tratamento para as próteses totais convencionais, uma vez que a retenção e a estabilidade são aumentadas pelo uso de dentes que não poderiam ser usados pela condição periodontal ou pelo número, como pilares de prótese fixa associada a uma prótese removível convencional.

Após a montagem dos modelos de estudo no articulador, ficou clara a necessidade de recomposição do plano oclusal para viabilizar uma dimensão vertical confortável. Foi realizado um ajuste oclusal por desgaste seletivo que gerou a necessidade de tratamento endodôntico dos dentes 34 e 35, pela extensão do desgaste da face oclusal. Os demais dentes inferiores foram desgastados até a regularização do plano oclusal, porém sem haver a necessidade de desvitalização dos mesmos.

O dente 16 foi extraído por razões periodontais. Os dentes 11 e 15 foram também tratados endodonticamente para que suas raízes fossem utilizadas como suporte para a colocação de encaixes tipo Stud (Figuras 3 e 4).



Figura 3: Encaixes radiculares cimentados.

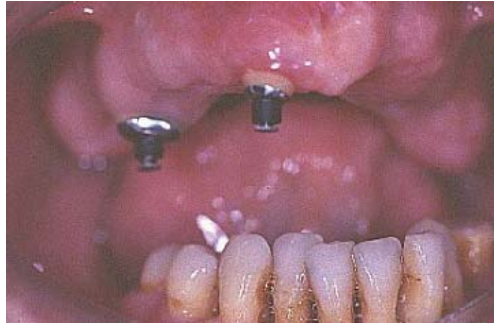


Figura 4: Fêmeas dos encaixes (servo 3) antes da captura.

A preferência por essa solução baseou-se na proporção coroa/raiz desfavorável para o uso de coroas com retentores removíveis intracoronários. Uma vez preparados os canais utilizou-se silicona de adição (3M/ESPE, St Paul, MN, EU), para a tomada de impressão dos preparos e da área chapeável. A impressão em prótese é um passo crítico, pois representa a passagem da situação clínica para o laboratório, tendo em vista as irregularidades do rebordo do caso em questão, esses cuidados foram redobrados para evitar má-adaptação da base protética.

A prótese removível foi construída empregando-se uma cobertura mista metálica (liga de CrCo; Dentorium International, NY, EU) e de resina acrílica (GC Pattern Resin; GC Europe N.V., Leuven, Belgica) para otimizar a adaptação ao palato, principalmente na região da fenda. Esse cuidado é de fundamental importância para a precisa adaptação da base, facilitando a fonética e diminuindo a possibilidade de aderência de alimentos (Figuras 5 e 6).



Figura 5: Vista oclusal da prótese.



Figura 6: Fêmeas retidas na base da prótese.

As mesmas figuras mostram a adaptação das ancoragens dos encaixes tipo Stud, fixadas com resina à base da prótese removível. Essa fixação é realizada em um procedimento clínico cuidadoso para evitar que a resina da captura fique aderida à porção de raiz abaixo do encaixe Stud. Optou-se por um padrão oclusal por guia canina pela dificuldade em prover uma oclusão balanceada bilateral, resultado do plano e curvas oclusais extremamente alteradas pela má posição dentária (Figura 7).



Figura 7: Vista vestibular da reabilitação protética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As disfunções ocasionadas pelas fissuras labiopalatinas geram desconfortos funcionais, estéticos e de ordem psicossocial. Portanto, o tratamento destas anomalias é de fundamental importância para a reintegração do paciente à vida social e na melhoria da sua qualidade de vida. A prótese do tipo overdenture ancorada nos elementos dentários é uma excelente alternativa para a reabilitação destes pacientes.

REFERÊNCIAS

- Abadi BJ, Johnson JD. The prosthodontic management of cleft palate patients. *J Prosthet Dent.* 1982; 48:297-302.
- Al-Dajani M. Comparison of dental caries prevalence in patients with cleft lip and/or palate and their sibling controls. *Cleft Palate Craniofac J.* 2009;46:529-31
- Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal defects. *J Oral Maxillofac Surg.* 1972;30:87-92.
- Crum RJ, Rooney GE. Alveolar bone loss in overdentures: a five year study. *J Prosthet Dent.* 1978;76:230-2.
- Glenny AM, Hooper L, Shaw WC, Reilly S, Kasem S, Reid J. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2008.* Oxford: Update Software.
- Hakan Tuna S, Pekkan G, Buyukgural B. Rehabilitation of an edentulous cleft lip and palate with a soft palate defect using bar-retained, implantsupported speech-aid prosthesis: a clinical report. *Cleft Palate Craniofac J.* 2009;46:97-102.
- Huynh-Ba G, Brägger U, Zwahlen M, Lang Np, Salvi Ge. Periodontal disease progression in subjects with orofacial clefts over a 25-year follow-up period. *J Clin Periodontol.* 2009;36:836-42.
- Moore D, Mccord JF. Prosthetic dentistry and the unilateral cleft lip and palate patient. The last 30 years. A review of the prosthodontic literature in respect of treatment options. *Eur J Prostodont Rest Dent.* 2004;12(2):70-4.
- Moyers RE. *Handbook of orthodontics.* 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1988. 19-27.
- Pinto JH, Dalben GS, Pegoraro-Krook MI. Speech intelligibility of patients with cleft lip and palate after placement of speech prosthesis. *Cleft Palate Craniofac J.* 2007;44:635-41.
- Pinto JH, Pegoraro-Krook MI. Evaluation of palatal prosthesis for the treatment of velopharyngeal dysfunction. *J Appl Oral Sci.* 2003;11:192-7.
- Tejani Z, Kok EC, Mason C, Griffiths B. The use of overdentures in children with cleft lip and palate: a report of two cases. *J Clin Pediatr Dent.* 2005;29(4):299-306.
- Vojvodic D, Jerolimov V, Celebic A. Prosthetic rehabilitation of a cleft palate patient: A clinical report. *J Prosthet Dent.* 1996;76:230-2.

Recebido em: 19/04/2009

Aprovado em: 20/12/2009