

Técnicas utilizadas para a realização de aparelhos protéticos mucossuportados convencionais

Techniques used to perform conventional mucosupported prosthetic devices
Técnicas utilizadas para realizar dispositivos protéticos convencionales con mucosoportado

Vandre Taumaturgo **MESQUITA**¹
Evamiris França Landim **VASQUES**²
Lucas Brito **MATIAS**³
Taciana França **LANDIM**⁴
Ronaldo Oliveira **ALMEIDA**⁵

¹Doutorando em Odontologia UFPE-PE, Presidente do GEPROI- Grupo de Estudo e Pesquisa em Reabilitação Oral

²Doutora em Odontologia UNICSUL-SP, Professora Adjunta Unileão-CE

³Graduando na UFCG, Diretor Administrativo do GEPROI- Grupo de Estudo e Pesquisa em Reabilitação Oral

⁴Especialista em Endodontia UFC-CE

⁵Especialista em Prótese Dentária POSDOC-PI

Resumo

A reabilitação protética é extremamente importante para o equilíbrio emocional e social dos pacientes edêntulos. Este tipo de reabilitação tem o objetivo de permitir o desenvolvimento satisfatório das atividades funcionais relacionadas ao sistema estomatognático, como a fonação e a mastigação, e oferecer conforto e uma aparência estética aceitável. Para alcançar sucesso no tratamento é necessário um diagnóstico e planejamento completo das fases clínicas e laboratoriais junto das expectativas do paciente. Este estudo teve como propósito revisar na literatura o embasamento científico para confecção de prótese total de forma convencional, seguindo uma sequência padronizada de todas as fases clínicas e laboratoriais, e de forma simplificada, deixando de realizar algumas etapas sem interferir no resultado, a fim de reduzir custos e tempo do tratamento. Conclui-se que, ambas as técnicas proporcionam boa qualidade e apresentam um desempenho similar em relação a mastigação e satisfação dos pacientes.

Descritores: Prótese Dentária; Prótese Total; Reabilitação Bucal.

Abstract

Prosthetic rehabilitation is extremely important for the emotional and social balance of edentulous patients. This type of rehabilitation aims to allow the satisfactory development of functional activities related to the stomatognathic system, such as phonation and chewing, and to offer comfort and an acceptable aesthetic appearance. In order to achieve success in treatment, a complete diagnosis and planning of the clinical and laboratory phases is necessary, together with the patient's expectations. This study aimed to review in the literature the scientific basis for making complete dentures conventionally, following a standardized sequence of all clinical and laboratory phases, and in a simplified way, not performing some steps without interfering with the result, in order to reduce treatment costs and time. It is concluded that both techniques provide good quality and have a similar performance in relation to chewing and patient satisfaction.

Descriptors: Dental Prosthesis; Denture, Complete; Mouth Rehabilitation.

Resumen

La rehabilitación protésica es extremadamente importante para el equilibrio emocional y social de los pacientes desdentados. Este tipo de rehabilitación tiene como objetivo permitir el desarrollo satisfactorio de actividades funcionales relacionadas con el sistema estomatognático, como la fonación y la masticación, y ofrecer comodidad y una apariencia estética aceptable. Para lograr el éxito en el tratamiento es necesario un completo diagnóstico y planificación de las fases clínicas y de laboratorio, junto con las expectativas del paciente. Este estudio tuvo como objetivo revisar en la literatura la base científica para la realización de prótesis completas de manera convencional, siguiendo una secuencia estandarizada de todas las fases clínicas y de laboratorio, y de manera simplificada, no realizando algunos pasos sin interferir con el resultado, con el fin de reducir los costos del tratamiento, y tiempo. Se concluye que ambas técnicas brindan buena calidad y tienen un desempeño similar en relación a la masticación y la satisfacción del paciente.

Descriptores: Prótesis Dental; Dentadura Completa; Rehabilitación Bucal.

INTRODUÇÃO

A Odontologia Reabilitadora Oral, devido ao aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população, vem acompanhando um avanço crescente em relação a procura por este tipo de tratamento, especialmente aqueles pacientes com rebordos totalmente edêntulos¹.

O edentulismo é considerado uma condição debilitante e irreversível normalmente associada a múltiplas alterações funcionais e anatômicas e seu tratamento consiste em reabilitar mutilações dentárias que ocorreram durante a vida deste paciente².

Nesta ótica, o profissional qualificado para realizar este tratamento, deve oferecer este serviço em conjunto com o serviço terceirizado com um laboratório de prótese dentária. Com isso, a chave do sucesso é um

diagnóstico preciso consistindo, a sua indicação clínica específica, juntamente com às necessidades e expectativas do paciente¹.

Apesar do advento e da disseminação das próteses implanto suportadas, as próteses totais convencionais apresentam lugar de destaque para a reabilitação primária desta cavidade bucal³.

Estes aparelhos são indicados para pacientes que apresentam limitações biológicas e de saúde geral para um protocolo cirúrgico exigido em uma reabilitação implantossuportada, ou também por razões financeiras¹.

Com relação à esta perda de elementos dentários, este acontecimento afeta diretamente à perda da qualidade de vida dos indivíduos que quando reabilitado, ocorre um restabelecimento

do equilíbrio emocional e social dos mutilados orais, além da recuperação parcial da capacidade mastigatória⁴.

Basicamente, existem dois protocolos para tratamentos reabilitadores bucais com rebordos totalmente edêntulos. São duas técnicas específicas que estão relacionadas diretamente com a forma com que se realiza a construção deste aparelho protético⁵, denominadas técnica tradicional ou convencional e técnica simplificada. Estas são assim denominadas em razão do número maior ou menor de consultas e sessões clínicas para a confecção de uma Prótese Total⁶.

Teoricamente, o aumento na quantidade de tempo gasto para este tratamento, resulta em um aumento significativo dos valores dos serviços prestados quando assim, são prestados de forma privada em consultórios preferencialmente⁴.

Assim, o propósito deste trabalho é elucidar estes protocolos reabilitadores a fim de não só esclarecer as diferenças entre estas técnicas, como também orientar o profissional a planejar seus tratamentos da melhor forma possível de acordo com as características do paciente edêntulo.

MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho científico foi realizado por meio de uma revisão da literatura, abordando artigos científicos nacionais e internacionais mais pertinentes sobre o tema. Foram consultados bancos de dados da internet (como Scielo, Pubmed, Medline e Lilacs), que elucidavam este tema em questão. Foram incluídos artigos de ensaio clínico, relato de caso, revisão de literatura ou revisão sistemática em uma literatura escassa de estudos mais atuais. As palavras-chave selecionadas para a busca foram: Prótese Dentária; Prótese Total; Reabilitação Bucal.

RESULTADOS

Em relação à limitada da literatura científica em relação a este tema, um dos primeiros estudos sobre este assunto⁷ foram os primeiros autores a estudar estas técnicas reabilitadoras. Eles compararam as duas técnicas sendo uma mais complexa, utilizando arco facial, registro das excêntricas e oclusão balanceada bilateral, e uma técnica mais simplificada sem a utilização de arco facial, sem registros excêntricos e sem uma oclusão balanceada para estes aparelhos. De acordo com os autores, a diferença entre as duas técnicas está relacionada com a diferença de complexidade, uma vez que a técnica convencional necessita mais tempo para a sua

realização em relação à técnica simplificada. Obviamente o maior tempo gasto no tratamento resulta em um aumento significativo dos custos dos serviços. Além disso, este estudo apresentou como conclusão, a importância social em oferecer serviços de qualidade para uma população com poucas condições socioeconômicas por meio de custos mais reduzidos para a confecção destes aparelhos reabilitadores orais totais.

Neste mesmo sentido⁸, continuando a pesquisa anterior, avaliaram Próteses Totais de pacientes previamente selecionados no estudo⁷. Estas próteses foram avaliadas em seis diferentes intervalos temporais variando a fase inicial até cinco anos. Segundo os autores, não houve diferenças significativas entre as próteses totais e não ocorreram mudanças na performance destas durante os cinco anos subsequentes. Sendo assim, as técnicas utilizadas para a confecção destas não influenciaram no resultado do estudo.

Em trabalhos mais recentes⁹ compararam a eficácia destas técnicas de confecção das próteses totais. Realizaram uma análise retrospectiva com registro de oitenta pacientes totalmente edêntulos tratados por estudantes de Odontologia. Em relação ao número de reembasamentos necessários para as duas técnicas, segundo os autores, não houve diferenças significativas, sendo a técnica simplificada forneceram uma diminuição do número de consultas necessárias para seus ajustes e também, a adaptação a estes aparelhos e ainda, menor quantidade de horas para a confecção das próteses totais.

Ainda para elucidar este assunto¹⁰ sugeriram uma modificação da técnica convencional para a confecção de próteses totais para estudantes de graduação. Propuseram uma técnica a partir da cópia da prótese antiga a fim de obter vantagens para facilitar a confecção e a adaptação dos idosos aos novos aparelhos. Concluíram que a técnica da cópia deve ser considerada como um método alternativo e pode ser utilizado, visto que apresenta menor tempo clínico para a confecção da prótese total.

Kawai et al.¹¹ conduziram ensaio clínico controlado e randomizado para comparar a qualidade das próteses totais confeccionadas pelo o método convencional e pelo método simplificado. Neste estudo, foram avaliados os índices de satisfação, conforto e funcionalidade. Como resultados, não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos para as avaliações dos voluntários quanto à satisfação geral. Estes mostraram que a qualidade das

próteses totais convencionais não houve diferença com a utilização da técnica simplificada.

Nuñez et al.¹² pesquisaram pacientes que foram reabilitados em ambiente privado. Estimaram os custos diretos de um par de próteses totais convencionais confeccionadas pelas duas técnicas e calcularam seu custo, incluindo já os custos laboratoriais. O tempo de trabalho do profissional também foi registrado para cada procedimento. Os resultados mostraram que o custo total médio do método convencional foi significativamente maior do que o simplificado, e o tempo para a realização dos procedimentos clínicos foi noventa minutos a mais para a técnica convencional. Com isso, puderam concluir que o método simplificado foi o método que apresentou melhor relação custo/benefício e a economia de custos não geram consequências negativas na confecção das próteses totais.

Em estudos mais atuais⁶ também foram comparadas técnicas convencionais e simplificada. Os testes foram realizados na fase inicial do estudo, três e seis meses após a instalação das próteses. Como resultado do estudo, os grupos não apresentaram diferenças significativas para a qualidade das próteses e para a satisfação geral. Apresentou-se diferenças dos resultados em relação à satisfação do paciente após 3 meses, mas foram insignificantes em seis meses. O método simplificado foi capaz de produzir próteses com qualidade comparáveis às produzidas pelo método convencional e com satisfação semelhante, porém foi necessário um número maior de sessões clínicas para a realização de ajustes das próteses pelo método simplificado.

Para ratificar ainda mais estes conceitos Cristiano et al.¹ realizaram um levantamento sobre as práticas utilizadas pelos Cirurgiões-Dentistas brasileiros para a confecção de próteses totais. Dados foram levantados por meio de formulário eletrônico (via internet), a fim de quantificar o uso de métodos simplificados e convencionais, bem como para determinar o perfil dos profissionais. Em suma, as questões foram direcionadas a aspectos demográficos e aos seguintes domínios: (1) Técnica de moldagem utilizada; (2) Uso do articulador e arco facial; (3) Determinação dos planos de orientação; (4) Dimensão vertical de oclusão; (5) Relação central; (6) Provas clínicas das placas articulares com dentes montados; (7) Remontagem das próteses totais finalizadas. Um total de 122 Cirurgiões-Dentistas responderam ao questionário online. Os participantes sugeriram que o número ideal de

sessões necessárias para confecção de uma prótese total seria de aproximadamente cinco sessões, em média. A maioria das respostas sobre a sequência de moldagem recomendou duas sessões. Quanto ao uso de articuladores, 36% relatou uso de modelos semiajustáveis conjugados ao uso do arco facial. A determinação de planos de orientação/oclusal por meio de guias anatômicos 79% e meios métricos para determinação da dimensão vertical de oclusão 81%. O maior número de respostas sobre a relação cêntrica se concentrou na forma de determinação direta (88%), ou seja, sem a utilização de dispositivos. Relacionado à seleção de dentes, o próprio Cirurgião-Dentista assumiu tal responsabilidade em 62%. Uma sessão para prova clínica dos dentes montados e ausência de remontagem das próteses acrilizadas para ajuste de oclusão foram maioria nas respostas obtidas. Ainda, 84% dos respondentes apontaram o número de sessões clínicas como fator importante na confecção de uma prótese total. Concluíram que os profissionais selecionados no estudo, apresentaram dois perfis, sendo um formado por generalistas adeptos de perfis mais simplificados e outro formado por profissionais adeptos de técnicas convencionais.

Vecchia et al.³ quantificaram os custos para a confecção de próteses totais por método simplificado em comparação com um protocolo convencional. Os resultados mostraram diferenças significativas do tempo médio para a confecção da prótese total para o método convencional e não houve diferenças entre os grupos quanto ao número de ajustes necessários após a instalação das próteses. A técnica simplificada apresentou custos mais baixos devido a menor quantidade de material de consumo necessário. O custo do tratamento foi cerca 34,9% menor quando utilizado o método simplificado. Pode-se concluir que o método simplificado é menos oneroso quando comparado com protocolo convencional. Este resultado é muito relevante para a política de saúde pública onde apresenta grande demanda para a reabilitação destes pacientes edêntulos.

Nunez et al.¹² avaliaram a satisfação após tratamento com protocolo convencional e simplificado. As avaliações foram realizadas antes da instalação das novas próteses, 30 e 60 dias após o último ajuste. Concluíram que houve a melhoria da qualidade de vida e apesar da redução significativa dos impactos na qualidade de vida e melhoria significativa na satisfação, porém não houve diferenças entre os protocolos.

Jo et al.¹³ compararam as duas técnicas

para o tratamento de prótese totais. Foram realizadas próteses totais mandibulares através das realizadas através da técnica convencional: moldeira individual com a moldagem periférica realizada com material termoplástico e a moldagem da área de suporte moldada com silicone. E a técnica simplificada: utilizando uma moldeira de estoque com hidrocolóide irreversível. Os resultados para a satisfação geral com as próteses inferiores mostraram 91% para a convencional e 84,5% obtidos na técnica simplificada.

DISCUSSÃO

Com relação a este assunto muito estudado há muitos anos, em razão de ser uma das reabilitações bucais mais realizadas na população brasileira. O número de indivíduos portadores de próteses totais é cerca de 15% da população do Brasil^{2,12}.

Neste sentido, os pesquisadores mundiais se preocuparam em desenvolver protocolos simplificados a fim de desenvolver métodos que possam alcançar maior número de pessoas ditas mutiladas necessitadas a um reestabelecimento do poder mastigatório e estético^{1,14,15}.

Além disso, a qualidade de vida da população frente a esta reabilitação é bastante satisfatória, visto a condição precária da cavidade bucal destes pacientes vítimas de doenças bucais bastante graves até hoje^{12,16}.

Logo, a técnica dita atualmente, simplificada, por muitos anos vem sendo comparada com a convencional que apresenta respaldo científico mais duradouro e comprovatório de sua eficiência e longevidade. No entanto, a técnica simplificada, vem sendo descrita na literatura há muito tempo, pois existia uma preocupação para a comunidade científica sobre a sua qualidade como um aparelho reabilitador oral¹⁶.

Contudo, existem realmente diferenças técnicas entre as duas técnicas para a realização de tratamento. A ausência de uma moldagem de trabalho ou funcional faz com que a convencional se comporte de uma maneira diferente tecnicamente falando^{1,12}.

Com isso, torna-se evidente que a técnica convencional é mais indicada em algumas situações clínicas em que realmente, necessite de uma moldagem mais precisa e que eficiente. No entanto, para uma grande maioria da população mundial, a técnica simplificada torna-se como de escolha para paciente com rebordos edêntulos sem grandes reabsorções e flacidez¹.

O tempo e o custo são os fatores

diferenciais entre as duas técnicas. Mas, não mostrou ser uma necessidade real para que possa ser escolhida a técnica convencional, já que os quesitos de satisfação e qualidade demonstraram semelhantes entre elas^{1,16}.

Em países subdesenvolvidos, com grande quantidade de população com baixa condição sócio econômica, como o Brasil, houve necessidade de políticas públicas para alcançar a maioria da população com rebordos edêntulos totais. Com isso, houve a necessidade da instalação de protocolos mais simplificados e que apresentassem menores custos de financiamento. Com isso, a técnica simplificada é difundida na maioria dos serviços públicos bucais no Brasil^{2,17}.

Além disso, os profissionais que realizam este procedimento reabilitador corroboram para afirmar a real simplicidade da técnica, além de todas suas vantagens em relação ao padrão dito tradicional que é a convencional^{1,6,18}.

Já que, os reabilitadores afirmam em dizer que a simplificada pode trazer uma qualidade semelhante a convencional, visto que o paciente apresenta a mesma satisfação. Realmente, não há dúvidas em eleger a simplificada como uma técnica alternativa mais recente, mas que atualmente é a mais utilizada e praticada pelos profissionais^{19,20}.

Quanto aos ajustes em nível principalmente, de manutenção, realmente a simplificada necessita de maiores quantidades de consultas, mas sabemos que isto é variável dependendo das características físicas e psicológicas de cada paciente^{9,21}.

Realmente o custo é maior para as próteses com técnica convencional, porém parece mostrar não necessária esta diferença que será interposta em um orçamento e plano de tratamento, já que o produto final resulta em um mesmo aparelho^{14,22}.

O que realmente deve ser levado em consideração para diferenciar o uso de cada técnica será sempre a capacidade técnica do operador e indicação precisa para cada tipo de paciente em relação principalmente, as características anatômicas e físicas do paciente. Privilegiando uma otimização para uma melhoria na qualidade e eficiência mastigatória para estes pacientes mutilados^{12,13}.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a abreviação de algumas etapas clínicas para a confecção das próteses totais não influencia no resultado do trabalho executado, não havendo diferença significativa entre a técnica convencional e a técnica simplificada. A técnica

simplificada pode ser considerada uma alternativa para a confecção de próteses totais, principalmente, nos serviços públicos de saúde em que há uma alta demanda e necessidades de financiamento mais baixo. Ambas as técnicas mostraram um desempenho similar em relação aos aspectos mastigatórios, satisfação e qualidade de vida dos pacientes. Com isso, a evidência científica vem demonstrando a possível substituição do método convencional para o método simplificado, na maioria das situações clínicas de reabilitação oral para rebordos edêntulos totais. Há uma necessidade de maiores estudos para efetivar esta comprovação da evidência científica, principalmente para efetivar a sua larga utilização para a simplificada, fazendo com que se estabeleça protocolos definitivos quanto à estas técnicas de realização de próteses totais.

REFERÊNCIAS

1. Cristiano DP, Collodel A, Ceretta LB, Simões PW, Ceretta RA, Sonogo FGF. Avaliação do desempenho e satisfação dos usuários de próteses totais Mucossuportadas fornecidas pelo Sistema Único de Saúde em município Catarinense. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2018;30(2):116-31.
2. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Vecchia MP, Regis RR, Cunha TR, De Andrade IM, Da Matta JC, De Souza RF: A randomized trial on simplified and conventional methods for Complete denture fabrication: cost analysis. *J Prosthodont*. 2014;23(3):182-91.
4. Cunha TR, Della Vecchia MP, Regis RR, Ribeiro AB, Muglia VA, Mestriner W. A randomized trial on simplified and conventional methods For complete denture fabrication: masticatory performance and ability. *J Prosthet Dent* 2013;41:133-42.
5. Carlsson GE. Critical review of some dogmas in prosthodontics. *J Prosthodont Res*. 2009; 53(1):3-10.
6. Regis RR, Alves CC, Rocha SS, Negreiros WA, Freitas-Pontes KM. The importance of a two-step impression procedure for complete denture Fabrication: a systematic review of the literature. *J Oral Rehabil*. 2016.
7. Hickey JC, Henderson D, Straus R. Patient response to variations in Denture technique. I. Design of a study. *J Prosthet Dent*. 1969; 22(2):158-70.
8. Ellinger CW, Somes GW, Nicol BR, Unger JW, Wesley RC. Patient Response to variations in denture technique. Part III: Five-year subjective Evaluation. *J Prosthet Dent*. 1979;42(2):127-30.
9. Duncan JP, Taylor TD. Teaching an abbreviated impression technique for complete dentures in an undergraduate dental curriculum. *J Prosthet Dent*. 2001;85(2):121-25.
10. Clark RK, Radford DR, Fenlon MR. The future of teaching of complete Denture construction to undergraduates in the UK: is a replacement denture technique the answer? *Br Dent J*. 2004;196(9):571-75.
11. Kawai Y, Murakami H, Shariati B, Klemetti E, Blomfield JV, Billette L, Do traditional techniques produce better conventional Complete dentures than simplified techniques? *J Dent*. 2005;33(8):659-68.
12. Nuñez MC, Silva DC, Barcelos BA, Leles CR. Patient satisfaction and Oral health-related quality of life after treatment with traditional and simplified Protocols for complete denture construction. *Gerodontology*. 2015;32(4):247-53.
13. Jo A, Kanazawa M, Sato Y, Iwaki M, Akiba N, Minakuchi S. A randomized controlled controlled trial of the different impression methods for the complete denture fabrication: Patient reported outcomes. *J Dent*. 2015; 43(8):989-96.
14. Ye Y, Sun J. Simplified Complete Denture: A Systematic Review of the Literature. *J Prosthodont*. 2017;26(4):267-74.
15. Omar R, Al-tarakemah Y, Akbar J, Al-Awadhi S, Behbehani Y, Lamontagne P. Influence of procedural variations during the laboratory Phase of complete denture fabrication on patient satisfaction and denture quality. *J Dent*. 2013;41(10):852-60.
16. Regis RR, Cunha TR, Della Vecchia MP, Ribeiro AB, silva-lovato ch, de souza rf. A randomised trial of a simplified method for Complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil*. 2013; 40(7):535-45.
17. Souza RF, Leles CR, Compagnoni MA. A survey of complete denture Teaching in Brazilian dental schools. *Pos-Grad Rev Fac Odontol*. 2002;5(1):5-11.
18. Owen CP: Guidelines for a minimum acceptable protocol for the construction of Complete dentures. *Int J Prosthodont*. 2006;19(5):467-74.
19. OA, Kanazawa M, Sato Y, Iwaki M, Akiba N, Minakuchi S. A Randomized controlled controlled trial of the different impression methods for the Complete denture fabrication: Patient reported outcomes. *J Dent*. 2015; 43(8):989-96.
20. Reis, JMSN. Moldagem em prótese total: uma revisão da literatura. *RFO POA*. 2007;12(1):70-4.
21. Rashedi B, Petropoulos VC. Preclinical complete dentures curriculum survey. *J Prosthodont*. 2003;12(1):37-46.
22. Roessler DM. Complete denture success for patients and dentists. *Int Dent J*. 2003;53:340-5.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Vandré Taumaturgo Mesquita
Rua Dr. Gilberto Studart, 1540/601- Coco
60192-105 Fortaleza-CE, Brasil
E-mail: vtaumaturgo@yahoo.com.br

Submetido em 01/05/2020

Aceito em 23/10/2020