

Trabalho de Conclusão de Curso

REABILITAÇÃO DE MANDÍBULA ATRÓFICA ATRAVÉS DE *OVERDENTURE* RETIDA POR IMPLANTE – SISTEMA ERA

GABRIELA DE SOUZA



**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Graduação em Odontologia**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

Gabriela de Souza

**REABILITAÇÃO DE MANDÍBULA ATRÓFICA ATRAVÉS DE
OVERDENTURE RETIDA POR IMPLANTE – SISTEMA ERA**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Odontologia
Orientador: Prof. Dr. Wilson Andriani
Júnior

Florianópolis

2016

Gabriela De Souza

**REABILITAÇÃO DE MANDÍBULA ATRÓFICA ATRAVÉS DE
OVERDENTURE RETIDA POR IMPLANTE – SISTEMA ERA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, em cumprimento às exigências para conclusão.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Wilson Andriani Júnior - Orientador

MS Felipe Damerau Ouriques – Coorientador

MS José Moisés Souza Jr. – Examinador

Prof. Dr. Diego Klee de Vasconcelos - Suplente

Florianópolis, 18 de Maio 2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio e porto-seguro. Aos meus amigos, todos, pelas risadas nos momentos felizes e pelo ombro amigo nas angústias. Agradeço aos professores, todos, pelo conhecimento transmitido. Aos pacientes pela confiança e oportunidade de colocar em prática os ensinamentos.

Agradeço à Vida, pelos dias de sol e também pelas tempestades, sem as quais não haveria desabrochar e crescimento.

Gratidão infinita pela descoberta de um caminho profissional no qual me encontrei plena e recompensada. Pelo minucioso trabalho manual que me encanta e pela oportunidade de ajudar os outros que satisfaz a alma.

Obrigada.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

À minha família, principalmente ao meu pai.
Por me dar condições para seguir por este
caminho, conforme minha escolha, sempre
apoiando e guiando meus passos. Obrigada.

“Todos aqueles que têm um papel a desempenhar nas finanças e nos negócios devem desenvolver um senso de responsabilidade baseado no altruísmo e que leve em conta o que é bom para o mundo todo. Caso contrário, as economias mundiais, encontra-se-ão em situações perturbadoras, extremamente difíceis.”

(Dalai Lama)

RESUMO

Por muito tempo, as próteses totais foram as únicas opções disponíveis para reabilitação protética de pacientes edêntulos, no entanto, ofereciam muitas limitações em relação ao conforto, retenção e estabilidade (UCKER,2008). Principalmente tratando-se de próteses inferiores em rebordos com reabsorção óssea avançada, onde a retenção é seriamente comprometida, levando a insatisfação do paciente e do cirurgião dentista. A *overdenture* veio como uma opção de técnica mais avançada onde os implantes oferecem uma retenção extra para a prótese.

O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação de mandíbula atrófica através de *overdenture* retida por implante utilizando o sistema *ERA*; além de ressaltar as vantagens e desvantagens, e a sua importância como método alternativo para reabilitação protética. Para tanto, foram consultados livros e artigos pesquisados em sites científicos como *SCIELO*, *LILACS* e *CAPES*.

Após revisão de literatura e discussão do caso, concluiu-se que as *overdentures* são um método muito eficaz, pois oferece vantagens sobre a prótese convencional no que tange a retenção e também sobre a prótese fixa tipo protocolo, pois exige menor intervenção cirúrgica e menor custo.

PALAVRAS-CHAVE: *Overdenture*; Implante Osseointegrado; Mandíbula Atrófica.

ABSTRACT

For a long time, dentures were the only options available for prosthetic rehabilitation of edentulous patients; however, they offer many limitations regarding comfort, retention and stability (UCKER, 2008). Especially in the case of lower prosthetic edges with advanced bone resorption, where retention is seriously compromised, leading to patient and dentist dissatisfaction. The Overdenture came as an option with a more advanced technique, where the implants offer an extra retention for the prosthesis.

This study aims to report a case of atrophic jaw rehabilitation through overdenture retained implant. In addition to highlighting the advantages and disadvantages, and its importance as an alternative method for prosthetic rehabilitation. For this, books and articles were consulted surveyed in scientific sites as SCIELO, LILACS and CAPES.

After literature review and discussion of the case, it was concluded that the overdentures are a very effective method because it offers advantages over conventional prosthesis with respect to retention and also on the fixed prosthesis type protocol, as it requires less surgical intervention and lower cost.

KEYWORDS: Overdenture; Osseointegration Implant; Atrophic Mandible.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----------|
| Fig. 1: Próteses superior e inferior montadas em articulador..... | 33 |
| Fig. 2: Implantes instalados entre forames mentonianos..... | 33 |
| Fig. 3: Colocação das cápsulas pretas do Sistema ERA | 34 |
| Fig. 4: Localização e posicionamento das cápsulas na prótese, com material de silicone leve | 34 |
| Fig. 5: Prótese ocada nas posições das cápsulas a serem transferidas | 35 |
| Fig. 6: Manipulação da resina acrílica até fase plástica | 35 |
| Fig. 7: Prótese pronta para ser levada à boca para captura das cápsulas | 36 |
| Fig 8: Mucosa isolada com lençol de borracha | 36 |
| Fig. 9: Prótese levada à boca. Captura das cápsulas em oclusão | 37 |
| Fig. 10: Vista interna da prótese com as cápsulas pretas | 37 |
| Fig. 11: Remoção da cápsula preta | 38 |
| Fig. 12: Chaves para remoção e instalação da nova cápsula | 38 |
| Fig. 13: Cápsula vermelha em posição na chave | 39 |
| Fig. 14: Vista interna da prótese com as cápsulas vermelhas..... | 39 |
| Fig. 15: <i>Overdenture</i> instalada | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

ERA - Extracoronary Resilient Attachment

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 21 |
| 2. | OBJETIVOS | 25 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 25 |
| 2.2 | Objetivos Específico | 25 |
| 3. | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 27 |
| 3.1 | <i>Overdenture</i> sobre raízes remanescentes | 27 |
| 3.2 | <i>Overdenture</i> sobre implantes | 28 |
| 4. | CASO CLÍNICO | 31 |
| 5. | DISCUSSÃO | 41 |
| 6. | CONCLUSÃO | 45 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 47 |

1. INTRODUÇÃO

As *overdentures* são descritas como próteses removíveis totais ou parciais, que recobrem raízes ou implantes ossointegrados restaurando toda a dentição (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

As próteses totais foram por muito tempo a única alternativa de reabilitação para pacientes edêntulos, melhorando a autoestima e a função, porém com muita limitação em relação ao conforto, a retenção e a estabilidade (UCKER, 2008).

Edêntulos são candidatos potenciais aos implantes devido à perda óssea que ocorre durante o primeiro ano após a perda do dente e pelo comprometimento associado da estética, função e saúde oral (MISH, 2006).

Muitos destes pacientes faziam uso de uma prótese total convencional antes de procurar uma prótese implantossuportada, fato este que acelera a perda óssea, principalmente considerando que a maioria utiliza a prótese tanto durante o dia quanto à noite (UCKER, 2008).

Importante ressaltar que a perda óssea ocorre de forma diferente para maxila e mandíbula, onde a reabsorção vertical é quatro vezes maior na mandíbula. O osso mandibular sofre uma reabsorção quatro vezes maior que o maxilar (MATHIAS, 2012). Há, ainda, diferenças na reabsorção óssea mandibular comparando os rebordos posterior e anterior, sendo quatro vezes mais rápida na região posterior da mandíbula (UCKER, 2008).

Após as extrações dos dentes inferiores a perda óssea vertical é de 4mm em média, no primeiro ano (MICH, 2006). Segundo Mathias (2012), durante a fase imediata pós-extração, a taxa de reabsorção mandibular é de aproximadamente 12mm/ano e nivela-se a 0,2 mm/ano, em média, após o segundo ano. Para o rebordo anterior, a redução é de 0,12 a 0,40mm/ano, aproximadamente. O processo de reabsorção óssea é crônico, progressivo, irreversível e acumulativo (MATHIAS, 2012).

Os implantes ossointegrados trouxeram uma excelente opção no tratamento e planejamento de reabilitações orais, proporcionando o restabelecimento da função mastigatória, da estética e da fonética, além

de devolver ao paciente sua autoestima (CUNHA & MARCHINI, 2010).

A *overdenture* sobre implantes, é acessível a uma grande parte da população, por ser uma prótese de menor custo do que as próteses fixas do tipo protocolo, melhorando a estabilidade e a retenção quando comparadas a uma prótese total convencional (ZANCOPÉ, 2011).

Como vantagens das *overdentures* implanto retidas podemos citar a diminuição da perda óssea, boa estética (suporte labial), melhor retenção e estabilidade da prótese, facilidade de higienização, facilidade de manutenção, menor custo cirúrgico (cirurgias mais simples, com a utilização de menos implantes eliminando a necessidade de enxertos ósseos), e com custo laboratorial também mais baixo (MISCH, 2009).

Como desvantagens podemos citar o fato de serem próteses removíveis e a necessidade de troca periódica dos componentes de retenção (mais ou menos 1 ano e meio). O grau de eficiência mastigatória (desempenho mastigatório) das *overdentures* quando comparadas a próteses total convencional e a dentição natural é o seguinte: *overdentures* 70%, prótese total 40% e dentição natural 90% (UCKER, 2008).

Devido a melhor sustentação dos tecidos moles perdidos, como já dito, a *overdenture* também pode se mostrar mais eficaz no quesito estético e fonético, quando comparadas a prótese fixa tipo protocolo (UCKER, 2008).

Para as condições de higiene, também apresenta vantagens, principalmente em pacientes com dificuldades de coordenação motora (UCKER, 2008).

No que se refere a distribuição de forças, as *overdentures* apresentam uma menor taxa de tensão/compressão quando comparadas aos protocolos fixos, pois quando a *overdenture* se move contra os implantes, a carga é distribuída sobre a mucosa. No entanto, os momentos de flexão se mostram relativamente mais elevados (UCKER, 2008).

As desvantagens são, em geral, similares às de uma prótese total removível convencional (HOBO *et al.*, 1997). Devido à sua natureza

“removível”, alguns pacientes têm história de insatisfação com as suas próteses, não as aceitando como parte de si mesmos e não interagindo com as mesmas de forma satisfatória (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

Um estudo das sobredentaduras, através de um relato clínico, é apresentado devido à sua importância como uma reabilitação protética alternativa disponível aos dentistas generalistas e especialistas (PRADO *et al.*, 2003).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Mostrar, através de um relato de caso clínico, mais uma alternativa de reabilitação na implantodontia com *overdenture*, utilizando o sistema *ERA*.

2.2 Objetivos específicos:

- Através de uma pesquisa bibliográfica, demonstrar a importância da *overdenture* como alternativa para reabilitação protética total.
- Ressaltar as vantagens proporcionadas pelas *overdenture* apoiadas sobre implantes em pacientes edêntulos.
- Apresentar diferentes sistemas retentivos para *overdenture*.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 *Overdenture* sobre raízes remanescentes

O conceito de *overdenture* como uma prótese apoiada sobre raízes de dentes naturais, tem casos relatados por mais de 100 anos. A princípio, a ideia de manter as raízes naturais foi intuitiva, mas hoje a literatura relata diversos motivos para mantê-las (PRADO *et al.*, 2003).

Historicamente, os primeiros relatos são creditados a Bonwill. Em seguida, em 1856, Ledger descreve uma prótese que se assemelha as *overdentures*. Depois, Thomas Evans começa a utilizar raízes para retenção de próteses. Em 1896, Essig e Peeso utilizam uma estrutura semelhante a coroas telescópicas. Mas o grande salto para o uso de raízes remanescentes na retenção das próteses foi dado pelo médico inglês William Hunter, com a sua teoria focal séptica, evitando a disseminação de patógenos infecciosos (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

A preservação das raízes residuais traz inúmeras vantagens para o paciente. É uma maneira previsível de se manter o tecido ósseo, que é vital para viabilizar suporte e função adequados das próteses totais (BONACHELA, ROSSETI, 2002). Além disso, a manutenção do ligamento periodontal mantém a propriocepção, a sensibilidade ao toque e a carga, melhor diferenciação da espessura e da consistência dos alimentos (estereognosia), tornando mais fácil a adaptação do paciente à nova prótese (DERONCELÉ, 2014).

As *overdentures* sobre raízes remanescentes estão especialmente indicadas para as reabilitações de pacientes parcialmente edêntulos, cujos dentes remanescentes não possuem mais condições de suportarem uma prótese parcial fixa ou removível ou para pacientes onde a instalação de implantes esteja contraindicada (BUSSETI *et al.*, 2013).

Com o progresso ocorrido nas áreas de Periodontia e Endodontia, pode-se estabelecer alguns pontos importantes para a elaboração das *overdentures*:

Escolha de dois pilares por arco, de preferência na região anterior e simétricos. Tendo o canino como escolha principal, e o incisivo lateral como secundário. Importante lembrar que essas raízes devem estar em condições endodônticas e periodontais favoráveis. O

espaço intermaxilar também deve ser respeitado, com capacidade de redução coronal que permita espaço para acomodar a prótese, contando com a proporção dos *attachements* escolhidos (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

Os caninos são os primeiros candidatos, pois possuem raízes mais longas e, portanto, mais terminações nervosas, além da sua posição estratégica no arco e também porquê são geralmente os últimos dentes a serem perdidos (PRADO *et al.*, 2003).

O estado periodontal constitui um dos elos mais fracos desta cadeia, para pacientes com histórico da doença ou risco maior de desenvolvê-la, recomenda-se exames clínicos a cada 6 meses para tratamento do periodonto (PRADO *et al.*, 2003).

As *overdentures* dentorretidas mostram-se mais vantajosas do que a prótese total convencional devido principalmente à maior retenção oferecida pelos encaixes cimentados nas raízes dos dentes remanescentes (BUSSETI *et al.*, 2013).

O sistema de retenção ideal para estes casos deve proporcionar boa retentividade, fornecer estabilidade à prótese, deve ser de fácil manutenção e baixo custo, além de oferecer opções com pouca altura para serem utilizados em espaços intermaxilares reduzidos, favorecendo a estética. Deve, ainda, ter boa capacidade biomecânica e auxiliar na melhor distribuição das cargas funcionais (BUSSETI *et al.*, 2013).

3.2 Overdenture sobre implantes

Como já visto, para a utilização de raízes residuais como pilares de *overdentures*, é necessário que estas possuam boa implantação periodontal e posições favoráveis, condições que nem sempre são encontradas. Com o advento dos implantes ossointegráveis, a execução de sobredentaduras em um número cada vez maior de casos está se tornando não apenas possível, como recomendada (BUSSETI *et al.*, 2013).

Uma pesquisa do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, sobre saúde dentária, feita nos Estados Unidos em 1987, indicou que 20% da população edêntula não conseguem usar suas próteses o tempo todo, resultando em problemas psicológicos de auto estima e integração social. A instalação de poucos implantes poderia melhorar muito as condições destes pacientes, facilitando sua adaptação à prótese, devido a

maior retenção e estabilidade fornecidas pelas *overdentures* (UCKER, 2008).

Para as sobredentaduras implanto retidas, os implantes são inseridos em lugares planejados e específicos, determinados pela tomografia computadorizada. Como resultado a previsibilidade do tratamento é alcançada (MISCH, 2009).

As fases para a confecção de uma *overdenture* são as mesmas de uma prótese total convencional, ou seja: moldagem anatômica; moldagem funcional; ajuste dos planos de orientação; registro da dimensão vertical de oclusão; relação cêntrica; escolha e montagem dos dentes; prensagem e instalação. Devendo respeitar todos os princípios básicos de vedamento, estabilidade, suporte e retenção de uma prótese total convencional (COSTA *et al.*, 2013).

Em especial para o planejamento das sobredentaduras, é essencial a avaliação correta dos espaços intermaxilares para a escolha adequada da altura do *attachment* (COSTA *et al.*, 2013).

O mercado oferece uma variedade de sistemas de retenção de diferentes marcas comerciais, cada qual com suas vantagens, desvantagens e indicações. Entre os sistemas mais usados temos a barra-clipe, o tipo bola (*O'Ring*), sistema *ERA*, sistema *locator* e *magnetos* (BUSSETI *et al.*, 2013).

O sistema *O'Ring* usa anéis de borracha acoplados a um anel metálico alojado na *overdenture* para transferir menos impacto aos pilares. Por apresentar um anel vazado e com a fadiga do anel de borracha, por vezes o limite de tolerância é ultrapassado e o anel metálico toca a parte acrílica da prótese, provocando danos na porção da bola. Este macho em forma de bola será rosqueado ao implante. Por isso, o conjunto requer manutenção periódica (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

O Barra-Clipe é um sistema onde os implantes encontram-se ferulizados por uma estrutura metálica, a qual permite a colocação do sistema de retenção com cliques, para que a barra fique sempre na posição horizontal, paralela ao plano oclusal e ao eixo de rotação (CARDOSO *et al.*, 2012).

Por fim, o sistema *ERA* é um sistema resiliente, desenvolvido para manter uma certa movimentação quando o paciente morde. Este movimento remove parte da força mastigatória que recai sobre o pilar e a desloca para o tecido abaixo da prótese. Por isso, os implantes precisam estar posicionados de forma paralela para minimizar cargas destrutivas. Acompanha o sistema um conjunto de identificadores de

angulação de 5, 11 e 17 graus para seleção dos *abutments* quando os implantes estão divergentes, visando obter o melhor paralelismo possível com os componentes. O objetivo é a distribuição mais simétrica das forças oclusais ao redor dos implantes e uma distribuição uniforme sobre o rebordo edêntulos. Acompanha o sistema um conjunto de cápsulas com cores diferentes de acordo com o grau de retenção, que ficariam alojadas na *overdenture* (CARDOSO et al., 2012).

4. CASO CLÍNICO

Paciente M.B, 67 anos de idade, do sexo feminino procurou a clínica III da Universidade Federal de Santa Catarina para confecção de uma prótese total superior e inferior.

Foi realizada a anamnese e exame clínico, onde a paciente relatou como queixa principal a falta de estabilidade e retenção da prótese total inferior, ocasionando uma eficiência mastigatória insatisfatória. Durante a entrevista a paciente afirmou se considerar uma pessoa nervosa e já ter recebido tratamento psiquiátrico, constatou-se, portanto, que a paciente apresentava um quadro psicológico e emocional instável, contribuído pelos problemas inerentes à prótese inferior.

Através de exames radiológicos complementares (panorâmica e tomografia computadorizada *Cone Beam*), verificou-se que a paciente apresentava uma mandíbula com grau de reabsorção avançada, contraindicando a confecção de uma prótese total convencional. Como uma opção mais viável para a resolução protética da paciente, foi decidido um plano de tratamento que envolveu a instalação de dois implantes e uma prótese do tipo *overdenture*. Nenhuma patologia óssea foi constatada após avaliação da tomografia computadorizada volumétrica *Cone Beam*, tornando a paciente uma candidata a cirurgia para colocação dos implantes, com intenção de melhorar a retenção e estabilidade da prótese.

O primeiro passo foi a confecção de próteses totais superior e inferior, seguindo todos os preceitos básicos para a confecção de uma prótese convencional (Fig. 1).

Foi realizado o planejamento reverso, onde a duplicação da prótese total inferior finalizada serviu para guiar a instalação dos implantes na arcada inferior. Foram considerados o comprimento, diâmetro e quantidade de implantes a serem inseridos.

Para atender o planejamento foram inseridos dois implantes na região anterior da mandíbula entre os forames mentonianos (Fig. 2). Os implantes foram instalados na região de caninos, mantendo o paralelismo com o auxílio do guia cirúrgico a partir da duplicação da prótese da paciente.

Após conclusão e cicatrização cirúrgica, iniciou-se a preparação dos componentes necessário ao sistema *ERA*, com a colocação das cápsulas e espaçadores do mesmo sistema (Fig. 3).

Para adequar a parte protética ao sistema, foi feita a localização e posicionamento das cápsulas na prótese, utilizando material de silicone leve (Fig. 4); a região marcada foi removida com intenção de abrir espaço para as cápsulas do sistema (Fig. 5). A captura das mesmas foi realizada utilizando resina acrílica manipulada até a fase plástica (Fig. 6 e 7).

O preparo do paciente consiste na proteção da mucosa isolando-a com lençol de borracha (Fig. 8). Constatada a perfeita adaptação da base definitiva da prótese total, a mesma é finalmente levada à boca com o paciente em oclusão (Fig. 9 e 10).

A capsula inicial, de cor preta, é removida com o uso das chaves para instalação e remoção das cápsulas, que acompanha o sistema (Fig. 11 e 12). As cápsulas de cor vermelha são, então, instaladas para oferecer uma maior retenção à prótese (Fig. 13 e 14).

A *overdenture* foi instalada com as devidas recomendações de higiene e cuidados para a paciente (Fig.15).



Fig. 1: Próteses superior e inferior montadas em articulador.



Fig. 2: Implantes instalados entre forames mentonianos.



Fig. 3: Colocação das cápsulas pretas do Sistema *ERA*.



Fig. 4: Localização e posicionamento das cápsulas na prótese, com material de silicone leve.



Fig. 5: Prótese ocada nas posições das cápsulas a serem transferidas.



Fig. 6: Manipulação da resina acrílica até fase plástica.



Fig. 7: Prótese pronta para ser levada à boca para captura das cápsulas.

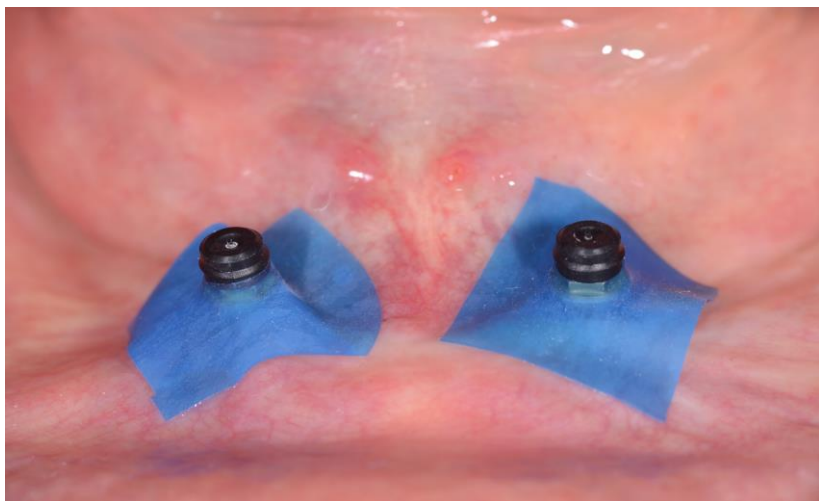


Fig 8: Mucosa isolada com lençol de borracha.



Fig. 9: Prótese levada à boca. Captura das cápsulas em oclusão.



Fig. 10: Vista interna da prótese com as cápsulas pretas.

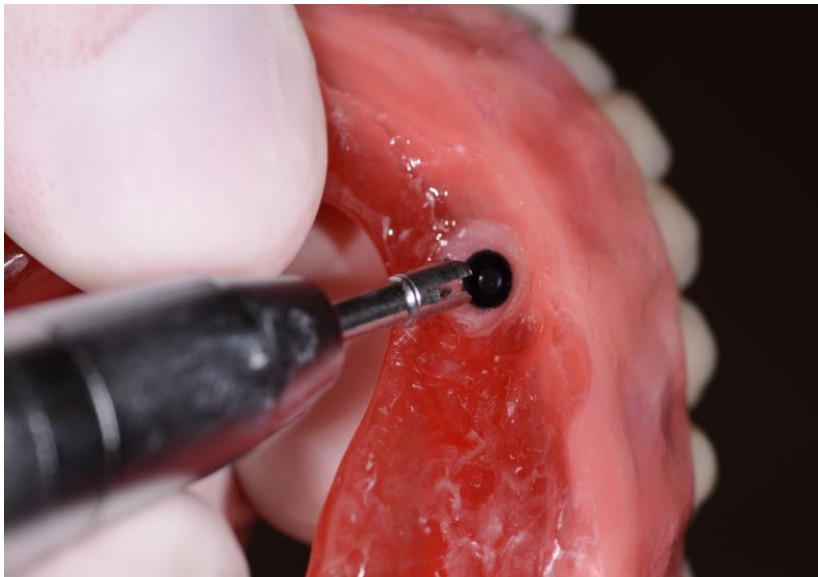


Fig. 11: Remoção da cápsula preta.



Fig. 12: Chaves para remoção e instalação da nova cápsula.

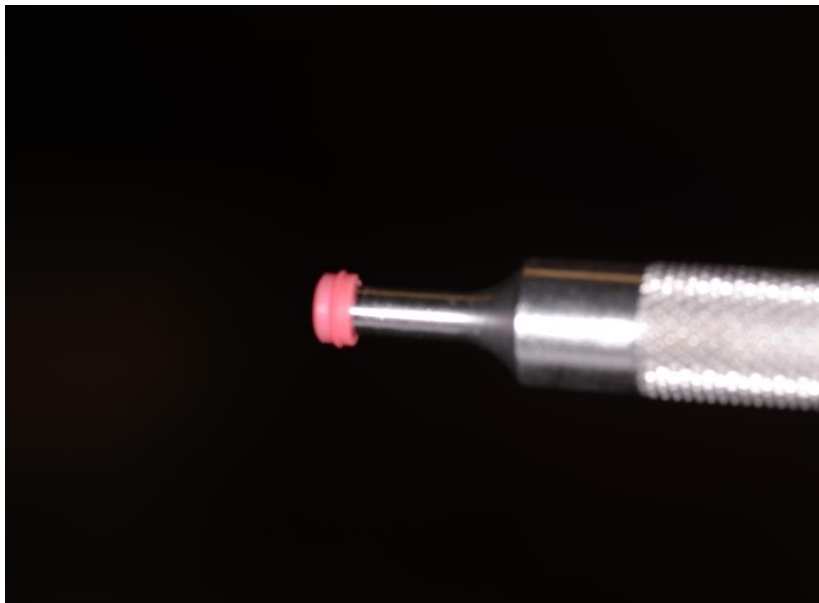


Fig. 13: Cápsula vermelha em posição na chave.



Fig. 14: Vista interna da prótese com as cápsulas vermelhas.



Fig. 15: *Overdenture* instalada. Paciente satisfeita.

5. DISCUSSÃO

Ao planejar uma *overdenture* é essencial que todos os passos e todos os princípios físicos e biológicos observados na confecção de uma prótese total, sejam cumpridos minuciosamente, respeitando a anatomia e as expectativas e desejo do paciente (MALLAT-CALLÍS, 2006).

Na literatura encontramos diversos relatos que comprovam a melhora na qualidade de vida do paciente reabilitado com *overdenture*. Estudos demonstram que a *overdenture* retida por implantes é tão eficiente quanto em dentes naturais, proporcionando uma melhora na mastigação por aumento da velocidade e regularidade dos ciclos mastigatórios, aumento da amplitude dos movimentos e da eficiência mastigatória (CHIAPASCO, ROMEO, 2007). A eficiência é melhorada 20%, comparada com uma prótese total removível. A força oclusal máxima de um paciente pode aumentar 300% com uma prótese implanto-suportada (MISCH, 2006).

Além de influenciar também nos aspectos estéticos e fonéticos, consequentemente promovendo a melhor integração do paciente na sociedade (FROGOSO WS, *et al.*, 2004). Misch (2006) lembra que o suporte de tecido mole é melhorado com a sobredentadura, acentuando a estética.

Em pacientes idosos, onde a reabilitação com protocolo torna-se contraindicada devido ao risco cirúrgico na colocação de número suficiente de implantes, por perda óssea ou pela fragilidade da saúde do idoso, as *overdentures* tornam-se uma alternativa bastante visada, diminuindo as intervenções cirúrgicas (ORTEGA *et al.*, 2003). Mish (2006) detalha que as regiões inadequadas para a inserção de implantes, que necessitariam de enxertos ósseos, podem ser eliminadas do plano de tratamento para o *abutment*, diminuindo as intervenções cirúrgicas em número e complexidade.

Com o uso de dois implantes, no mínimo, estrategicamente colocados na mandíbula, é possível aumentar significativamente a estabilidade da prótese total, até mesmo em pacientes com perda óssea considerável (AWAD *et al.*, 2003). A transmissão de forças para os implantes, além de assegurar a estabilidade, também diminui o traumatismo aos tecidos bucais (ORTEGA *et al.*, 2003). Além disso, a *overdenture* permite consultas protéticas menos complicadas e mais curtas (MISH, 2006).

Quanto à higiene, estudos demonstram que ao comparar as *overdentures* com as próteses fixas sobre implantes, a higiene da primeira se mostrou muito mais fácil, enquanto a segunda exige mais tempo e cuidado por parte do paciente, principalmente nos pacientes com idade avançada e doenças motoras (MALLAT-CALLÍS, 2006). Misch (2006) e Ortega (2003) também comprovam a facilidade de acesso para a higiene da *overdenture*. Mish (2006) lembra, ainda, que a sobredentadura pode ser removida durante a noite, amenizando os efeitos da parafunção e das tensões elevadas sobre os componentes do implante.

O custo é um fator relevante, mostrando-se muito mais econômico em comparação às próteses fixas, pois estas envolvem o custo laboratorial para a fase clínica e os componentes dos próprios implantes, além de uma maior complexidade cirúrgica e de pós-operatório (MALLAT-CALLÍS, 2006). As *overdentures* são geralmente mais fáceis de consertar do que uma prótese fixa, consultas restauradoras são mais curtas, e custos de laboratório reduzidos (MISCH, 2006).

Estudos demonstram que o grau de satisfação e conforto do paciente com *overdenture* é maior do que com prótese removível convencional (CHIAPASCO, ROMEO, 2007). A taxa de sucesso das *overdentures* em mandíbula é de 90-95%, o que comprova sua previsibilidade, especialmente em pacientes idosos (com atrofia óssea ou comprometimento sistêmico (ORTEGA *et al.*, 2003). Mish (2006) concorda com o sucesso da modalidade, relatando que o insucesso dos implantes é de menos de 1%, e de 0% para prótese, num estudo de 7 anos com 147 pacientes.

No que tange o sistema *ERA*, a literatura ressalta que a escolha entre as diferentes opções de *abutment* que o sistema permite, deve ser em função do posicionamento (angulação do implante), bem como da altura da margem gengival presente, utilizando o identificador de angulação que acompanha o sistema se obtém o melhor paralelismo entre os *abutments*. (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

Em qualquer tipo de sistema é essencial o acompanhamento periódico da *overdenture* instalada, prevenindo eventuais danos que possam prejudicar o processo de fixação das mesmas, decorrentes do uso. No sistema *ERA*, a substituição das cápsulas de náilon pode ser previsível em torno de 2 anos (BONACHELA, ROSSETI, 2002).

Para Mich (2006), durante o primeiro ano as sobredentaduras precisam de mais manutenção comparado as próteses fixas sobre

implantes, no entanto, para todos os anos sucessivos (em um estudo de 5 anos) as próteses removíveis tiveram menor índice de complicações e ajustes necessários.

O objetivo com o tratamento de reabilitação com *overdenture* é manter uma reabilitação oral favorável com mínima intervenção profissional, e por este motivo, o acompanhamento periódico preventivo se torna indispensável. “A manutenção representa a culminação deste processo sendo fundamental para o sucesso do tratamento a longo prazo das *overdentures* implantorretidas e mucosa suportadas. (ORTEGA et al., 2003, pg.8)

6. CONCLUSÃO

De acordo com a literatura pesquisada, e o caso clínico acompanhado, conclui-se que as sobredentaduras oferecem uma alternativa terapêutica eficiente, principalmente em pacientes com rebordos reabsorvidos e experiências negativas com próteses totais tradicionais.

A melhora na eficiência mastigatória acompanhada de um maior conforto para o paciente, por meio de uma reconstrução mais estável e melhor retenção, são motivos para que a *overdenture* apresente boa aceitação, tanto para o paciente, quanto para o dentista (BUSSETI et al., 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BONACHELA, Wellington Cardoso; ROSSETI, Paulo H.O. **Overdentues**. 1ª Edição. Santos - SP, 2002.

BUSSETI, Jovani *et al.* **Sobredentaduras e a eficiência mastigatória: revisão da literatura**. **Dental Press Implantol**. 2013 Oct-Dec;7(4):34-7. Disponível em: [http://www.dentalpress.com.br/portal/sobredentaduras-eficiencia-mastigatoria-revisao-literatura/], acessado em Maio/2016.

CARDOSO, Antônio Carlos *et al.* **O Passo a Passo da Prótese sobre Implantes**. Editora Santos, 2012.

CHIAPASCO, Matteo; ROMEO, Eugenio. **Reabilitação Oral com Próteses Implantossuportadas para casos complexos**. Editora Santos, 2007

COSTA, Sérgio Carvalho *et al.* **Overdenture sobre Implantes**. Editora Napoleão Ltda, 2013.

DERONCELÉ, Mario Castaneda. **Sobredentadura: alternativa terapéutica para disminuir las extracciones dentarias**. **MEDISAN** vol.18 no.11, Santiago de Cuba, Nov. 2014. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100017&lang=pt], acessado em: Maio/2016.

MALLAT-CALLÍS, Ernest. **Aspectos de interés en el diseño de sobredentaduras sobre implantes**. **RCOE** v.11, n.3, Madrid, mai - jun. 2006. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000300004&lang=pt], acessado em Maio/2016.

MATHIAS, Bianca Cafasso Murad. **Soluções De Tratamento Em Atrofia Posterior Mandibular**. Monografia apresentada ao Curso Pós-

Graduação em Implantodontia, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista. Três Corações – MG, 2012.

MISCH Ce. **Prótese sobre implantes**. São Paulo, 2006.

MISH, Carl E. **Implantes Dentários Contemporâneos**. 3 edição. Elsevier, 2009

PRADO, Gema Lauzardo Garzia *et al.* **La sobredentadura, una opción válida en Estomatología**. Rev Cubana Estomatol, v.40, n.3. Ciudad de La Habana sep.-dic, 2003. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300004&lang=pt], acessado em Maio/2016

UCKER, Patrícia Santos. **Fatores que interferem na indicação das próteses: Overdenture Implanto-suportadas mandibular ou protocolo Branemark** . Monografia apresentada ao Programa de Especialização em Implantodontia da Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD) subseção Balneário Camboriú/Faculdade Unidas do Norte de Minas FUNORTE, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista. Balneário Camboriú, 2008

VELASCO ORTEGA E, LINARES GANCEDO D, VELASCO PONFERRADA C, MONSALVE GUIL L, MEDEL SOTERAS R. **Las sobredentaduras con implantes oseointegrados en el paciente geriátrico**. Av Periodon Implantol. 2003; 15, 1: 25-33. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852003000100004&lang=pt], acessado em Maio/2016