

REABILITAÇÃO DE PACIENTES EDENTULOS

AUTORES

Eduardo BERTOLINI

Discentes do Curso de Odontologia – UNILAGO

Thais da Costa VINHA

Docente do Curso de Odontologia- UNILAGO

RESUMO

Com o passar dos anos a população vem envelhecendo e a quantidade de edêntulos vem aumentando constantemente. O edentulismo mais conhecido como a perda total dos dentes, hoje é um dos piores agravos à saúde bucal. As perdas dentárias compõem-se em uma marca da desigualdade social, diminuindo a capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de vários alimentos, atinge a fonação e propicia danos estéticos que podem originar mudanças psicológicas. Os indivíduos edêntulos totais expõe uma função muscular prejudicada, ocasionando uma redução nas forças mastigatórias, assim afetando a fisiologia do processo da mastigação. A perda dentária pode originar outros distúrbios psicológicos profundos. A perda dentária acelera uma desolação, diminuição da autoconfiança, distúrbios da personalidade, vergonha e sigilo. As terapias que podem ser encontradas hoje para o paciente edêntulo implica: nas próteses totais duplas muco suportadas, recentemente, as próteses apoiadas sobre implantes em conjunto ou não com a mucosa do rebordo residual. Essas questões não passam somente pelo campo técnico, mas também pelos aspectos sociais, sistêmicos, financeiros, físicos e quantos outros mais.

PALAVRAS - CHAVE

Edentulismo, prótese, aspectos sociais, saúde bucal.

1. INTRODUÇÃO

O edentulismo mais conhecido como a perda total dos dentes, hoje é um dos piores agravos à saúde bucal, principalmente em idosos. As perdas dentárias geram em uma marca da desigualdade social, diminuindo a capacidade mastigatória, dificultando e limitando o consumo de vários alimentos, atinge a fonação e propicia danos estéticos que podem originar mudanças psicológicas (BARBATO et. al., 2017).

A perda dentária pode originar outros distúrbios psicológicos profundos. A perda dentária acelera uma desolação, diminuição da autoconfiança, distúrbios da personalidade, vergonha e sigilo (MACENTEE, 2015).

Essa condição ocasiona enormes mudanças nos tecidos da face e intraorais. Ocorrem mudanças morfológicas faciais por causa da perda do suporte de tecido mole e diminuição da altura da face em repouso, como suporte insuficiente do lábio, aprofundamento dos sulcos nasolabiais e estreitamento dos lábios. Os indivíduos edêntulos totais expõe uma função muscular prejudicada, ocasionando uma redução nas forças mastigatórias, assim afetando a fisiologia do processo da mastigação (MALÓ; RANGERT; NOBRE, 2015).

A falta dos dentes pode prejudicar nos níveis de eficiência e performance mastigatória, mesmo com a presença de próteses totais; dessa forma, a ingestão de alimentos importantes fica prejudicada e, assim, perdas nutricionais podem ser observadas. Na boca edêntula, a reabsorção do rebordo residual é um processo contínuo. A diminuição dos rebordos residuais sob as próteses totais e a redução simultâneo na dimensão vertical de oclusão tende a provocar um decréscimo na altura total da face com prognatismo mandibular resultante (GOTFREDSEN & WALLS, 2018).

As terapias que podem ser encontradas hoje para o paciente edêntulo implica: nas próteses totais duplas mucos suportadas, recentemente, as próteses apoiadas sobre implantes em conjunto ou não com a mucosa do rebordo residual. Todas essas alternativas têm suas vantagens e desvantagens, sendo ainda difícil definir de maneira peremptória qual delas resultará na prótese ideal. Essas questões não passam somente pelo campo técnico, mas também pelos aspectos sociais, sistêmicos, financeiros, físicos e quantos outros mais (MACENTEE, 2015).

O objetivo desse trabalho foi caracterizar o edentulismo que é uma doença de maior agravo a saúde dental principalmente em idosos e mostrar os possíveis implantes que existem como forma de ajuda para esses pacientes afetados.

2. METODOLOGIA

Neste trabalho foi realizada uma revisão de literatura, buscando artigos e trabalhos acadêmicos sobre o tema descrito. Os documentos para essa revisão foram coletados nas bases bibliográficas: Google acadêmico, PubMed, Scielo, Science Direct, com o auxílio das palavras-chave: edentulismo, prótese, aspectos sociais, saúde bucal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) supõe o edentulismo como consequência de uma política de saúde deficiente que atinge a saúde geral, assim como a qualidade de vida. A população mais acometida é a idosa, mas jovens e adultos também sofrem com esta condição (BRASIL, 2014).

No mundo todo, milhões de pessoas perdem todos os dentes e a prevalência vem crescendo com a idade. A prevalência de edentulismo nos idosos é alta com cerca de 20% a 60%, porém um declínio de 10% tem sido

relatado na última década nos países ocidentais (MUSACCHIO et. al., 2017). No Brasil, por volta de 75% dos idosos são edêntulos. A faixa etária entre 30 e 44 anos, considera-se 30% dos adultos (PUCCA JR., 2016).

A perda da dentição natural está relacionada com uma série de consequências divergentes. Atingindo a habilidade do paciente para mastigar os alimentos, modificando as escolhas alimentares e o processo digestivo, podendo levar a desnutrição (MUSACCHIO et. al., 2017).

O aspecto psicológico e a qualidade de vida dos edêntulos podem ser comprometidos quando essa perda de dentes atinge a estética e a expressão facial, visto que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal, para a habilidade de falar claramente e para a qualidade vocal (CALDAS JÚNIOR et. al., 2015). As mudanças presentes nesses pacientes são: Reabsorção óssea na porção anterior da maxila, hiperplasia inflamatória na região do palato duro e fundo de vestibulo, extrusão dos dentes anteriores inferiores, reabsorção óssea nos extremos livres mandibulares, reposicionamento espacial da mandíbula anterior e crescimento das tuberosidades maxilares. Certas mudanças morfológicas relacionadas com o estado edêntulo são: aprofundamento do sulco nasolabial, perda do ângulo lábio-mentoniano, aumento da área de comissura, estreitamento dos lábios, redução na altura total da face, aumento do ângulo mandibular e aparência prognata (ZARB, 2016).

3.1 Propostas Terapêuticas

3.1.1 Overdenture Implanto-Suportada

As overdentures ou sobredentaduras podem ser definidas como próteses totais removíveis que envolvem raízes ou implantes ósseo integrados restaurando toda a dentição. Existem registros da utilização de overdentures sobre raízes desde o século XIX e, no início, o seu objetivo era parar o processo de reabsorção óssea do rebordo. Com a evolução da ciência, passou-se a usar implantes ósseo integrados para realizar a mesma função das raízes nos casos de edentulismo completo. Esta é uma forma previsível de se manter tecido ósseo, determinando suporte e função adequados para as próteses totais, sendo que a permanência deste tecido é de vital importância para estas (BONACHELA, 2012).

As overdentures têm ganhado popularidade nos dias de hoje como forma de tratamento alternativo às próteses totais convencionais. A colocação de implantes permite uma melhora significativa das condições de estabilidade e retenção dessas próteses. O tratamento dos pacientes edêntulos com overdentures suportadas por implantes tem como objetivos primários diminuir a dor e o desconforto, auxiliar a função e incentivar o bem-estar psicossocial através de uma melhora na retenção e estabilidade das próteses e na eficiência mastigatória destes pacientes (STELLINGSMA et. al., 2013).

Muitos estudos têm mostrado o sucesso das overdentures mandibulares implantossuportadas em termos de estabilidade, função, fala e satisfação do paciente, superando as limitações das próteses convencionais. Os resultados têm relatado sucesso do procedimento clínico e a técnica é aceita como segura e confiável (ALLEN et. al., 2016). A eficiência obtida na retenção e estabilidade das overdentures promove um grau de satisfação que permite um melhor desempenho na mastigação, mesmo em pacientes com pobre retenção (OLIVEIRA & FRIGUERIO, 2014).

Além da melhora na capacidade de mastigar todos os tipos de alimentos, a retenção da prótese inferior também propicia uma diminuição da dor durante a mastigação (STELLINGSMA et. al., 2013). Isso pode ser designado ao fato de que com a melhora na retenção e estabilidade das próteses, o paciente consegue mastigar melhor os alimentos, de uma forma mais natural, com menos dor e restrição (POCZTARUK et. al., 2019).

Overdentures mandibulares retidas por dois ou quatro implantes têm sido apresentado como terapia de rotina para tratar pacientes com problemas na prótese mandibular (VISSER et. al., 2016).

Podendo considerar os resultados do paciente, juntamente com os aspectos de custo, conclui-se que uma overdenture sobre dois implantes interligados por uma barra pode ser a primeira escolha de tratamento, com alta relação custo-eficácia e estabilidade e eficácia comprovadas por um longo prazo (MEIJER et. al., 2019). Um estudo realizado recentemente apontou que o tratamento com overdenture mandibular utilizando apenas um implante, colocado na linha média, teve resultados excelentes em um período de três anos, propiciando melhorias na retenção, estabilidade, performance mastigatória e confiança para os portadores de próteses totais mal adaptadas. Esta técnica pode proporcionar um resultado benéfico com um custo mínimo. Uma boa higiene bucal e da prótese mantida pelo paciente após o tratamento é um fator importante para o sucesso a longo prazo das overdentures sobre implantes (MEIJER et. al., 2019).

Segundo um estudo realizado por Meijer e colaboradores (2019), em um período de acompanhamento de dez anos, a taxa de sobrevivência dos implantes ficou entre cerca de 93 e 100%. Os índices de placa, cálculo e sangramento gengival foram muito baixos em todos os períodos de avaliação. Após dez anos, não foram encontradas mudanças clínicas e radiográficas relevantes e os pacientes se mostraram muito satisfeitos com suas sobredentaduras e, além de que a necessidade de cuidados pós-cirúrgicos e protéticos foi baixa. Pacientes tratados com overdentures precisam de mais cuidados pós-tratamento, porém, apesar da maior necessidade de cuidados e de manutenção e do custo mais elevado, a satisfação do paciente, que é relevante maior em relação à prótese convencional, deve ser levada em conta na tomada de decisão sobre o tratamento (VISSER et. al., 2016).

3.1.2 Prótese Total Dupla

Até a descoberta da osseointegração por Per-Ingvar Branemark em 1965, a única alternativa de tratamento para o paciente edêntulo eram as próteses totais duplas mucossuportadas, que vem sendo usadas para tratar o edentulismo desde o século XVIII até hoje. É uma terapia muito usada ainda hoje, na reabilitação das pessoas que perderam todos os dentes (TELLES et. al., 2019). Esta prótese substitui, além dos arcos dentários perdidos, osso alveolar e fibromucosa gengival e tem relação com a saúde geral do paciente (TURANO & TURANO, 2017).

O principal objetivo da reabilitação é aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos, que piora muito na condição do paciente. Os pacientes buscam tratamento para restaurar a função oral e estética, para que possam comer e falar com mais facilidade e sentir-se melhor. Pensando não só em saúde, mas também no bem-estar físico, psíquico e social, afirma-se que as próteses totais duplas realmente reabilitam a boca do paciente, ajudando na recomposição do sistema estomatognático, o bem-estar físico e social (TURANO & TURANO, 2017).

No entanto, essas próteses, principalmente a mandibular, algumas vezes apresentam problemas. Em função de se apoiar sobre tecido, não proporciona um pleno restabelecimento das funções comprometidas pela perda dentária. Além de que, possui um significativo potencial de ocasionar problemas para o paciente, como no aumento da reabsorção do osso remanescente e lesões na mucosa (TELLES et. al., 2019).

A reabsorção do rebordo residual é um dos principais fatores para o fracasso da reabilitação tradicional do paciente edêntulo, sendo que o volume do rebordo residual é a chave para a retenção e a estabilidade da prótese. A perda óssea leva a uma redução da área da base da prótese, provocando uma retenção insuficiente da prótese inferior, diminuindo a estabilidade, ocasionando dificuldades na alimentação, na fala e uma aparência facial alterada. A área chapeável, extensão máxima da boca edentada que pode ser recoberta pela prótese total, tem associação direta com o prognóstico do tratamento. Quanto mais vasto for o arco, maior área superficial poderá

ser recoberta e maior a possibilidade de retenção e estabilidade. Os rebordos muito reabsorvidos, rasos, agudos ou convexos apresentam maiores problemas, o que é o caso do rebordo inferior. O rebordo superior costuma ter uma área chapeável satisfatória (TURANO & TURANO, 2017).

A função mastigatória de indivíduos usuários de próteses convencionais pode ainda ser considerada pior em comparação com indivíduos dentados saudáveis. A performance mastigatória e a trituração dos alimentos dos pacientes de próteses totais são diminuídas para entre um quarto e um sétimo da capacidade dos adultos com dentição natural, dependendo da idade e do tipo de alimento. Eles possuem uma variedade de problemas, como incapacidade de mastigar alimentos duros ou rígidos, dor na boca e instabilidade. O sucesso do tratamento depende muito da capacidade do paciente em enfrentar as muitas limitações das próteses totais e isso acontece através de um processo de habituação (ELLIS; PELEKIS; THOMASON, 2017).

3.1.3 Prótese Fixa Implanto-Retida

A utilização de implantes dentários como pilares de dentes naturais ausentes foi um sonho persistente desde o início do século. Na Conferência de Toronto em 1982, foram apresentados os resultados de 20 anos de pesquisa sobre a aplicação de implantes ósseo integrados em odontologia (POCZTARUK et. al., 2019).

A combinação de diversos dos seguintes aspectos vai determinar o plano de tratamento para próteses totais fixas retidas por implantes: estrutura anatômica e morfológica dos maxilares, a quantidade de osso presente, considerações estéticas, facilidade de reparo e aspectos econômicos. Quantidade e qualidade óssea favoráveis são condições que necessitam para a colocação de múltiplos implantes para as próteses fixas e a compensação da perda de tecidos duros e moles fica difícil e é um problema que precisa de atenção especial durante o planejamento. Uma linha do sorriso baixa é vantajosa para as próteses fixas, disposto à necessidade estética da arcada superior (EKKELUND et. al., 2013).

Segundo um estudo realizado com Maló, Rengert e Nobre (2015) apontaram que o uso de carga funcional imediata usando quatro implantes como suporte para uma prótese total fixa na arcada superior, técnica conhecida como “All-on-4”, mostrou uma elevada taxa de sobrevivência de implantes (97,6%) após um ano de carga. São colocados quatro implantes na maxila, sendo que os implantes posteriores são inclinados, o que é compatível com uma alta taxa de sobrevivência.

As próteses totais fixas podem ser aparafusadas ou cimentadas sobre os pilares dos implantes. As aparafusadas são mais viáveis na mandíbula, com os eixos dos implantes perpendiculares e bom acesso para os orifícios dos parafusos. O tratamento de pacientes edêntulos com próteses totais fixas sobre implantes melhora a função oral e tem efeitos psicossociais positivos (EKKELUND et al., 2013).

Um estudo de vinte anos de acompanhamento de Attard & Zarb (2014) mostrou resultados favoráveis em longo prazo para um grupo de pacientes com próteses totais mal adaptadas tratados com próteses totais fixas retidas por 20 implantes. Os resultados apontam que a taxa de sobrevida cumulativa da prótese fixa foi de 84,34% e o sucesso cumulativo dos implantes foi de 87,34%.

Estes resultados mostram que uma vez que a osseointegração é determinada, um excelente prognóstico para a função a longo prazo é mantido. O sucesso da osseointegração se manteve mesmo com o envelhecimento e frequente comprometimento da saúde dos pacientes. Após quinze anos de acompanhamento, poucas complicações protéticas foram encontradas. A perda óssea média ao redor dos implantes é maior no primeiro ano de tratamento e após se torna muito pequena. Foi vista uma perda óssea de 0,98 mm no primeiro ano de carga e 0,2 mm por ano nos anos seguintes, porém a perda variou muito entre os pacientes. Uma maior perda óssea

acontece em pacientes fumantes e com pobre higiene bucal. Isso sugere que, embora uma má higiene bucal não afete a osseointegração em si, está associada à peri-implantite (ATTARD & ZARB, 2014).

Quando mandíbula e maxila recebem próteses fixas sobre implantes, ou quando a mandíbula reabilitada com implantes se opõe a dentes naturais, é preciso uma maior manutenção em comparação à reabilitação fixa sobre implantes que se opõe à prótese total convencional. Mas, alguns estudos apontam que a maior resiliência da mucosa do maxilar anterior torna a base da prótese articulável, transferindo mais carga para a região posterior. E as forças mastigatórias são distribuídas melhor quando a prótese fixa implanto-retida tem como antagonista a dentição natural ou uma prótese fixa em vez de uma prótese removível (DAVIS; PACKER; WATSON, 2013).

4. CONCLUSÃO

A adoção de medidas preventivas, melhor orientação sobre saúde bucal e higienização deve conduzir os trabalhos voltados para todos os setores da população brasileira. Mesmo aqueles pacientes que já usam próteses nem sempre recebem o apoio necessário para higienização e acompanhamento em casos de uso e adaptação. O edentulismo ainda é considerado como fato natural relacionado ao envelhecimento pela maioria da população. Essa aceitação passiva da perda de dentes com o avanço da idade e o descaso de órgãos públicos com a saúde bucal dos idosos pode explicar o grande número de casos de edentulismo e uso de próteses no Brasil.

Analisando os vários fatores econômicos, psicossociais, físicos, fisiológicos e sistêmicos que abrangem a reconstrução protética de pacientes edêntulos, podemos concluir que: na arcada superior, uma prótese total apoiada sobre a mucosa parece preencher esses requisitos e, na arcada inferior, uma prótese removível apoiada por implantes parece ser a opção genericamente mais adequada para a reabilitação desses pacientes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, P.F. et al. A randomized controlled trial of implant-retained mandibular overdentures. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 85, n. 6, 2016.

ATTARD, N.J.; ZARB, G.A. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant-fixed prostheses: The Toronto Study. Int. **J. Prosthodont.**, United States, v. 17, n. 4, 2014.

BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2017.

BONACHELA, W. C.; ROSSETTI, P. H. O. **Overdentures. Das raízes aos implantes osseointegrados. Planejamentos, tendências e inovações.** São Paulo: Liv. Santos, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2012 - 2013. Brasília, 2014.

CALDAS JÚNIOR, A.F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 14, n. 3, 2015.

DAVIS, D.; PACKER, M.E.; WATSON, R.M. Maintenance requirements of implant-supported fixed prostheses opposed by implant-supported fixed prostheses, natural teeth, or complete dentures: a 5-year retrospective study. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 16, n. 5, 2013.

ELLIS, J.S.; PELEKIS, N.D.; THOMASON, J.N. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. **J. Prosthodont.**, Philadelphia, v. 16, n. 1, 2017.

EKELUND, J.A. et al. Implant treatment in the edentulous mandible: a prospective study on Brånemark System Implants over more than 20 years. **Int. J. Prosthodont.**, United States, v. 16, n.6, 2013.

GOTFREDSSEN, K.; WALLS, A.W. What dentition assures oral function? *Clin. Oral Implants Res.*, v. 18, n. 3, p. 34-45, jun. 2007. Review. **Erratum in: Clin. Oral Implants Res.**, v. 19, n. 3, 2018.

MACENTEE, M.I. O impacto do edentulismo na função e na qualidade de vida. In: FEINE, J. S. et al. (Ed.). *Overdentures sobre implantes: critérios e cuidados para pacientes edêntulos*. São Paulo: **Quintessence**. 2015.

MALÓ, P.; RANGERT, B.; NOBRE, M. All-on-4 immediate-function concept with Branemark System® implants for completely edentulous maxillae: a 1-year retrospective clinical study. **Clin. Implant Dent. Relat. Res.** 2015.

MEIJER, H.J.A. et al. Mandibular overdentures supported by two or four endosseous implants: a 10-year clinical trial. **Clin. Oral Implants Res.**, Copenhagen, v. 20, n. 7, 2019.

MUSACCHIO, E. et al. Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. **Acta Odontol. Scand.**, London, v. 65, n. 2, 2017.

OLIVEIRA, T.R.C.; FRIGUERIO, M.L.M.A. Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. **Gerodontology**, England, v. 21, n. 4, 2014.

POCZTARUK, R.L. et al. Satisfaction level and masticatory performance of patient rehabilitated with implant-supported overdentures. **Rev. Odonto Ciênc.**, v. 24, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2019.

PUCCA JR., G.A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cien. Saúde Col.**, v. 11, n. 1, 2016.

STELLINGSMA, K. et al. Satisfaction and psychosocial aspects of patients with an extremely resorbed mandible treated with implant-retained overdentures. A prospective, comparative study. **Clin. Oral Impl. Res.**, v. 14, 2013.

TELLES, D. et. al. **O exame do paciente edentado. Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Editora Santos.2019.

TURANO, J.C.; TURANO, L.M. Introdução ao estudo da prótese dentária. Fundamentos de Prótese Total. 8 ed. São Paulo: **Editora Santos**. 2017.

VISSER, A. et. al. Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare. **Int. J. Prosthodont.**, v. 19, n. 3, 2016.

ZARB, G. A. **A situação edêntula. Tratamento protético para os pacientes edêntulos. Próteses totais convencionais e implantossuportadas.** 12. ed. São Paulo: Santos.2016.