

Cirurgias pré-protéticas em tecidos moles e reabilitação de prótese total
Pre-prosthetic surgeries in soft tissues and total prosthesis reahabilitation
Cirugías preprotésicas de tejidos blandos y rehabilitación total de prótesis

Recebido: 26/10/2020 | Revisado: 29/10/2020 | Aceito: 31/10/2020 | Publicado: 05/11/2020

Tatiane Gontijo Soares

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5975-091X>

Faculdade Patos de Minas, Brasil

E-mail: tatiane.10951@alunofpm.com.br

Fernando Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3568-3887>

Faculdade Patos de Minas, Brasil

E-mail: fernando.nascimento@faculdadepatosdeminas.edu.br

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9148-3674>

Faculdade Patos de Minas, Brasil

E-mail: marcelo.costa@faculdadepatosdeminas.edu.br

Tais Alves dos Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3936-7312>

Faculdade Patos de Minas, Brasil

E-mail: tais.reis@faculdadepatosdeminas.edu.br

Resumo

A presença de interferências na área de assentamento das próteses removíveis pode prejudicar a estabilidade das mesmas ao final da reabilitação. Freios, bridas e excesso de tecido mole são decorrentes da reabsorção dos rebordos após as exodontias ou decorrentes de trauma. As técnicas cirúrgicas pré-protéticas podem melhorar as condições anatômicas de rebordos e vestibulos, facilitando a instalação das próteses removíveis. O objetivo desse estudo é abordar técnicas de cirurgias pré-protéticas em tecidos moles visando melhorar a adaptação e o assentamento das próteses removíveis, devolvendo ao paciente conforto, estabilidade, função e estética adequados. Este trabalho tem como base a pesquisa bibliográfica de artigos científicos disponibilizados através da base BVS, SCIELO, obras literárias e publicações odontológicas da especialidade recorrendo à biblioteca da Faculdade Patos de Minas e ao

Google Acadêmico. As cirurgias pré-protéticas podem ser realizadas tanto em tecido duro quanto em tecido mole, de acordo com a necessidade clínica de cada caso e o objetivo final é melhorar as condições anatômicas para posterior instalação de próteses totais ou parciais removíveis bem adaptadas e que possam devolver ao paciente conforto quando em função. Quando bem indicadas e planejadas, permite a confecção de próteses mais estáveis evitando desconforto e lesões.

Palavras-chave: Prótese dental; Cirurgia bucal; Planejamento de prótese dentária.

Abstract

The presence of interferences in the seating area of the removable prostheses can impair their stability at the end of the rehabilitation. Brakes, flaps and excess soft tissue are due to the resorption of the edges after extractions or due to trauma. Pre-prosthetic surgical techniques can improve the anatomical conditions of edges and vestibules, facilitating the installation of removable prostheses. The aim of this study is to address pre-prosthetic soft tissue surgery techniques in order to improve the adaptation and seating of removable prostheses, returning the patient to adequate comfort, stability, function and aesthetics. This work is based on the bibliographic search of scientific articles available through the BVS, SCIELO database, literary works and dental publications of the specialty using the library of Faculdade Patos de Minas and Google Scholar. Pre-prosthetic surgeries can be performed on both hard and soft tissue, according to the clinical need of each case and the ultimate goal is to improve the anatomical conditions for subsequent installation of total or partial removable dentures that can give the patient comfort when in function. When well indicated and planned, it allows the manufacture of more stable prostheses avoiding discomfort and injuries.

Keywords: Dental prosthesis; Oral surgery; Dental prosthesis design.

Resumen

La presencia de interferencias en la zona de asiento de las prótesis removibles puede afectar su estabilidad al final de la rehabilitación. Frenos, colgajos y exceso de tejido blando se deben a la reabsorción de los bordes tras extracciones o por traumatismos. Las técnicas quirúrgicas preprotésicas pueden mejorar las condiciones anatómicas de bordes y vestíbulos, facilitando la instalación de prótesis removibles. El objetivo de este estudio es abordar las técnicas de cirugía preprotésica de tejidos blandos con el fin de mejorar la adaptación y asentamiento de las prótesis removibles, devolviendo al paciente a la comodidad, estabilidad, función y estética adecuadas. Este trabajo se basa en la búsqueda bibliográfica de artículos científicos

disponibles a través de la BVS, base de datos SCIELO, obras literarias y publicaciones dentales de la especialidad utilizando la biblioteca de la Faculdade Patos de Minas y Google Scholar. Las cirugías preprotésicas se pueden realizar tanto en tejido duro como blando, según la necesidad clínica de cada caso y el objetivo final es mejorar las condiciones anatómicas para la posterior instalación de prótesis parciales total o totalmente removibles que se puedan devolver. comodidad del paciente cuando está en funcionamiento. Bien indicada y planificada, permite la fabricación de prótesis más estables evitando molestias y lesiones.

Palabras clave: Prótesis dental; Cirugía bucal; Diseño de prótesis dental.

1. Introdução

Na região da adaptação da prótese total podem haver irregularidades dos tecidos moles, apresentando muita mobilidade ou fibrose excessiva, lesões inflamatórias, como hiperplasia fibrosa inflamatória, inserções musculares e freios desproporcionais (Assunção, Shiwa, Gennari Filho, Goiato, & Barbosa, 2004). Com o passar do tempo, ocorre a reabsorção óssea decorrida de exodontias e os freios e inserções musculares podem vir a apresentar impasse na instalação da prótese, sendo preciso intervir cirurgicamente (Carlssoon, Örtotp, & Omar, 2012). É essencial o correto planejamento para um bom prognóstico e preservação do procedimento reabilitador, avaliando desde as condições do rebordo a irregularidades dos tecidos moles com o intuito de estabelecer condições adequadas para instalação da prótese total (Carlssoon et al., 2012; Petrie, Walker, & Williams, 2005).

A reabilitação protética visa restabelecer estética e função em indivíduos portadores de perdas dentárias únicas, múltiplas ou totais (Barbosa, Barão, Assunção, Gennari Filho, & Goiatom, 2006). No entanto, para que uma prótese seja confeccionada, sendo ela fixa de um ou mais elementos, parcial, removível ou total, é necessário que as estruturas de suporte estejam adequadas para a posterior instalação do aparelho protético (Bridi et al., 2015).

Quando houver ausência de estruturas de suporte adequadas, por qualquer que seja a razão, faz-se necessária a realização de tratamentos pré-protéticos, que podem ser cirúrgicos ou não cirúrgicos, imprescindíveis para o sucesso e longevidade das reabilitações orais por próteses fixas, removíveis e totais (Assis et al., 2015).

Segundo Marzola, Toledo-Filho e Oliveira (2012) uma adequada reconstrução protética de dentes perdidos envolve o preparo cirúrgico dos tecidos bucais remanescentes para que possam suportar a prótese. Uma área ideal de suporte para prótese não deve ter evidências de patologia; os maxilares devem ter relação apropriada no sentido anteroposterior,

vertical e transversal (Hupp, Ellis, & Tucker, 2015). Ainda, segundo Hupp et al. (2015), idealmente, o rebordo alveolar deve ser largo em forma de U, ou seja, deve apresentar espessura e configuração apropriada; deve haver mucosa queratinizada adequada na área de suporte primário, ausência de protuberância em tecido ósseo e mole, profundidade adequada de vestíbulo, adequada forma da abóbada palatina e tuber maxilar; apoio ósseo e cobertura de tecido mole inserido.

O primeiro contato com o paciente idoso requer muitos cuidados por parte do cirurgião-dentista ou especialista. Cabe a ele fazer uma anamnese minuciosa e por vezes, multidisciplinar, envolvendo o médico sempre que necessário. Em uma ficha clínica ou prontuário o profissional anota questões relacionado ao estado da saúde bucal e geral do paciente. Para fechar o diagnóstico e orientar o planejamento cirúrgico do caso, é de suma importância a solicitação de exames complementares se necessário, sejam eles laboratoriais ou por imagem como panorâmicas, haja vista que em muitos casos a pessoa em idade avançada tem alguma patologia sistêmica assintomática que será evidenciada por exames adequados (Zarb et al., 2006).

As cirurgias pré-protéticas podem ser realizadas em tecidos duros como tórus mandibular, osso cortical ou em tecidos moles: gengiva, tecidos queratinizados, freios e bridas (Carlssoon et al., 2012). As cirurgias que envolvem tecido mole englobam aprofundamento de vestíbulo, frenectomia lingual e labial, bridectomia, remoção de hiperplasias e hipermobilidade tecidual em rebordos alveolares. Cirurgias dos freios incluem frenulotomia, frenulectomia ou reinserção do frênulo (Assis et al., 2015). Abordagens pré-protéticas em tecido duro englobam: exodontias, alveoloplastias, remoção ou regularização do tubérculo geniano, exostoses, tórus mandibular e palatino e crista milohióidea (Petersoon, Ellis, Hupp, & Tucker, 2005).

Diante das evidências apresentadas anteriormente, o presente estudo tem como objetivo abordar técnicas de cirurgias pré-protéticas em tecidos moles visando melhorar a adaptação e o assentamento das próteses removíveis, devolvendo ao paciente conforto, estabilidade, função e estética adequados.

2. Metodologia

Trata-se de pesquisa bibliográfica, de caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Teve como base a pesquisa bibliográfica de artigos científicos disponibilizados através da base BVS, SCIELO, obras literárias e publicações odontológicas da especialidade recorrendo

à biblioteca da Faculdade Patos de Minas e ao Google Acadêmico (Koche, (2011); Pereira et.al., (2018); Ludke & Andre (2013).

O trabalho apresenta inicialmente aspectos relacionados à importância das Cirurgias pré-protéticas em tecidos moles e reabilitação de prótese total, comenta em seguida sobre o exame do paciente, discorre sobre remodelação dos tecidos moles e discute os achados da literatura utilizados na construção da presente revisão.

3. Revisão da Literatura

O sucesso da reabilitação com prótese total está diretamente ligado à sua acomodação na área basal e interação com as estruturas anatômicas com ela relacionadas direta e/ou indiretamente (Cardoso, 2016).

A cirurgia pré-protética consiste em uma abordagem cirúrgica prévia dos tecidos bucais, ou seja, manobras realizadas na cavidade bucal com o objetivo de promover maior estabilidade e conforto no posicionamento da prótese, recuperando a estética e função do paciente (Silva & Bertollo, 2018).

Devido as novas tecnologias relacionadas a recuperação do sistema estomatognático, a intervenção vem passando por mudanças ao longo dos anos. Antigamente, a finalidade da cirurgia baseava-se em aumentar a base para retenção e estabilidade das próteses removíveis (Pogrel et al., 2016;_Silva & Bertollo, 2018). Contudo, na odontologia contemporânea, inclui a melhora das condições para reabilitação com implantes, opção cada vez mais procurada (Pogrel et al., 2016;_Silva & Bertollo, 2018).

O Brasil, mesmo com todo o alcance obtido na conscientização da prevenção e cuidado dental nos últimos tempos, ainda possui um número grande de indivíduos desdentados parciais ou totais e conseqüentemente, grandes necessidades de confecção de próteses dentárias (Silva & Bertollo, 2018).

Mesmo com a ascendência da procura pelos implantes dentários, as próteses convencionais continuam sendo a reabilitação mais procurada, especialmente em áreas que a população tem um menor poder aquisitivo (Silva & Bertollo, 2018).

As intervenções cirúrgicas visam oferecer ao paciente função, suporte e retenção adequados, viabilizando uma reabilitação eficaz, com próteses estáveis e retentivas, restaurando corretamente a função, manter as estruturas remanescentes e satisfazer esteticamente (Cardoso, 2016). Tais intervenções podem ser realizadas em tecidos moles e/ou duros da maxila ou mandíbula (Silva & Bertollo, 2018).

Dentre os procedimentos que podem ser realizados em tecidos moles estão: cirurgias dos frênuos e bridectomias, vestibuloplastias, exérese de hiperplasias, remoção de hipermobilidade tecidual, redução de tuberosidade maxilar e cirurgias prévias a instalação de implantes dentários (Silva & Bertollo, 2018).

3.1 Exame do paciente

Previamente a qualquer intervenção cirúrgica ou protética, deve haver uma avaliação cuidadosa, enfatizando doenças ou condições sistêmicas que possam interferir na cicatrização óssea ou do tecido mole, além de ressaltar os problemas a serem solucionados em um plano de tratamento individualizado (Hupp et al., 2015; Ponzoni, Jardim, & Carvalho, 2013). É de suma importância que nenhum procedimento comece sem a compreensão do desenho final desejado para a prótese, pois a determinação cirúrgica deverá levar em consideração o tipo de prótese indicada (Cardoso, 2016; Hupp et al., 2015; Silva & Bertollo, 2018).

A história clínica do paciente, é um ponto significativo para o direcionamento do plano de tratamento. A partir dela, pode-se analisar um dos pontos cruciais para obter sucesso: a etiologia das perdas dentárias, e baseando-se nisso, é revelado os desafios para a reabilitação (Silva & Bertollo, 2018). Além disso, é preciso entender a queixa principal e expectativas do paciente, considerando cuidadosamente seus objetivos funcionais e estéticos e apontar se esses podem ser alcançados (Hupp et al., 2015).

Tratando-se de técnicas cirúrgicas pré-protéticas mais avançadas, é necessária uma análise completa da saúde geral do paciente, levando em consideração que muitas intervenções demandam o uso de anestesia geral, área doadora para retirada de material, como é o caso dos enxertos autógenos e procedimentos cirúrgicos múltiplos. Devemos nos atentar para a existência de doenças sistêmicas que possam aumentar os graus de reabsorção óssea. Por isso, é imprescindível a realização de exames complementares laboratoriais, tais como: níveis plaquetários de cálcio, fosfato, hormônio para tireoidiano e fosfatase alcalina, que podem ser utilizados para a identificação de problemas metabólicos que podem interferir na reabsorção óssea (Hupp et al., 2015).

O exame intra e extraoral intermaxilar deve ser completo, analisando aspectos como oclusão, dentes remanescentes, se estiverem presentes, quantidade e desenho ósseo, qualidade do tecido mole, localização das inserções musculares, profundidade de vestibulo e presença de patologias em tecido mole ou duro (Hupp et al., 2015).

Algumas mudanças na crista alveolar e regiões vestibulares podem beneficiar positivamente a estabilidade e a retenção da prótese. Casos em que os pacientes apresentem alterações ósseas significativas ou tecidos moles anormais requer um preparo cirúrgico mais expressivo para que o aparelho protético seja melhor confeccionado e utilizado (Hupp et al., 2015).

3.1.1 Avaliação do tecido mole de suporte

A análise da qualidade do tecido da área de suporte primário, que recobre o rebordo alveolar é de grande importância, já a quantidade de tecido queratinizado unido ao osso subjacente no local de apoio da prótese deve ser diferenciado do tecido pouco queratinizado ou móvel. Durante a palpação pode ser apontado um tecido fibroso hipermóvel, considerado impróprio para o apoio da base da prótese (Hupp et al., 2015).

Com relação à área vestibular, esta deve estar íntegra, sem nenhum indício inflamatório, como úlceras ou cicatrizes provocadas pela pressão da dentadura, ou com hiperplasias resultantes de má-adaptação. O fundo de vestibulo deverá ter um tecido flexível e sem depressões, permitindo assim um bom selamento periférico da prótese. Durante a sua avaliação, devemos adicionar o manejo manual das inserções musculares adjacentes. O profissional pode perceber ao tensionar o tecido mole adjacente a área do rebordo alveolar, a movimentação das inserções de musculares ou tecidos moles (incluindo freios), que se aproximam da crista do rebordo alveolar e são constantemente relacionados a perda do selamento periférico da dentadura durante a fala ou mastigação (Hupp et al., 2015).

Já na mandíbula, a face lingual deve ser observada para a determinação da altura da inserção do músculo milo-hióideo, este, quando relacionado a crista do rebordo mandibular e a inserção do músculo genioglosso na região anterior da mandíbula. A língua em diferentes posições, juntamente com o a profundidade do assoalho da boca deve ser avaliada, pois, durante a sua movimentação é acompanhada pela elevação dos músculos milo-hióideo e genioglosso, comumente associados a movimentação e deslocamento da dentadura inferior (Hupp et al., 2015).

3.2 Remodelação dos tecidos moles

As características ideais para a reabilitação de um rebordo edêntulo são uma mucosa oral regular, com densidade correta, sem protuberâncias ósseas ou tecido mole, rebordo ósseo

sem irregularidades, correta profundidade do sulco vestibular e um rebordo alveolar com correta largura e altura, com formato que ocasione uma boa retenção e função da prótese (Cardoso, 2016). Além de um nível adequado de mucosa inserida queratinizada na área de suporte da prótese (Hupp et al., 2015).

3.2.1 Vestibuloplastia

Atualmente a vestibuloplastia não é utilizada com frequência, pois, o tratamento de pacientes desdentados é realizado com implantes dentários, opção eficaz para resolver problemas relacionados a retenção em maxilares com grande reabsorção. Porém, há algumas situações em que a intervenção é indicada (Pogrel et al., 2016).

A mandíbula e a maxila apresentam uma reabsorção óssea alveolar diferentes, tanto qualitativa quanto quantitativa. Na maxila a perda óssea é quatro vezes menor que na mandíbula. Dentre as principais indicações para a realização da vestibuloplastia está a atrofia mandibular, que atinge a retenção e estabilidade da prótese, através da reabsorção alveolar, diminui-se a altura do sulco vestibular e aumenta a inserção do músculo mentoniano em relação a crista alveolar (Ponzoni et al., 2013).

Dessa forma, a cirurgia tem como finalidade o aprofundamento do vestíbulo, provocando o aumento da área chapeável, deslocando o tecido apicalmente (Pogrel et al, 2016; Ponzoni et al., 2013). Conseqüentemente a prótese apresentará maior estabilidade, pelo corte das inserções musculares e reposicionamento da mucosa (Ponzoni et al., 2013).

Dentre as técnicas de vestibuloplastia está a submucosa, por epitelização secundária e com enxertos de pele e mucosa. A técnica de Kazanjian modificada é uma das mais utilizadas, é realizada com uma incisão na mucosa labial, levantamento de um retalho mucoso e aprofundamento do sulco. Logo após é feita outra incisão no periósteo ao nível da crista alveolar, descolando-o e suturando-o à mucosa labial, em seguida o retalho de mucosa é suturado ao periósteo, dessa forma acontece o reposicionamento dos retalhos de forma inversa, diminuindo a recidiva (Ponzoni et al., 2013).

As figuras a seguir demonstram o a sequência de vestibuloplastia por epitelização secundária (Figuras 1-6). O aspecto inicial apresenta fundo de vestíbulo da maxila raso (Figura 1). Após realizar a primeira incisão, reposiciona o retalho apicalmente do lado direito e esquerdo (Figura 2-4). Ao fim da cirurgia, após a sutura posiciona goteira feita previamente em acrílico e reembasada com cimento cirúrgico, com finalidade de proteger a área cruenta e manter a mucosa na nova posição (Figura 5). Após 30 dias da cirurgia vê-se o resultado o

final (Figura 6) (Silva & Bertollo, 2018).

Figura 1 - Vestibuloplastia com epitelização secundária: aspecto inicial do fundo de vestibulo raso na maxila.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 2 - Reposicionamento superior do freio labial superior.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 3 - Reposicionamento superior da mucosa no lado direito.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 4 - Reposicionamento da mucosa no lado esquerdo.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 5 - Goteira feita em acrílico e reembasada com cimento cirúrgico, posicionado a fim de proteger a área cruenta e manter a mucosa em nova posição.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 6 - Pós-operatório com 30 dias com ganho vertical de rebordo alveolar.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

3.2.2 Frenectomia Labial

Com a inserção do freio alta e próxima a crista do rebordo alveolar, pode acontecer problemas na confecção, adaptação e estabilidade da prótese, ocasionando uma movimentação da mesma e incômodo ao paciente (Cardoso, 2016; Miloro, Ghali, Larsen, & Waite, 2016).

É imprescindível uma avaliação precoce nessas situações e a remoção cirúrgica, contribuindo para um resultado satisfatório da reabilitação (Cardoso, 2016; Miloro et al., 2016).

O freio baseia-se em tecido fibroso, com revestimento em mucosa, estendendo-se do lábio até o periósteo alveolar. A sua retirada pode ser realizada pela excisão simples, através de anestesia local infiltrativa, com incisão em torno do freio de formato elíptico, removendo-o junto com o tecido conjuntivo até o periósteo, em seguida, é realizada a aproximação e sutura dos bordos remanescentes (Cardoso, 2016; Miloro et al., 2016).

As figuras a seguir ilustram a sequência clínica da frenectomia labial com a técnica do pinçamento único. Ao exame clínico, observa-se a inserção do freio labial superior próximo à crista do rebordo alveolar (Figura 7). Para realização da cirurgia, faz-se um pinçamento único na bissetriz do freio labial (Figura 8), prosseguindo com incisão alveolar adjacente ao freio (Figura 9) e incisão labial do freio (Figura 10). As figuras 11 e 12 ilustram a ferida cirúrgica após o procedimento e o freio que foi excisionado. Logo em seguida, faz-se a divulsão nos bordos da incisão (Figura 13), e sutura simples no fundo de vestibulo (Figura 14), seguindo com sutura de toda ferida com pontos simples interrompidos (Figura 15) (Silva & Bertollo, 2018).

Figura 7 - Aspecto clínico pré-operatório. A inserção do freio labial superior localiza-se próximo à crista do rebordo alveolar.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 8 - Pinçamento único na bissetriz do freio labial.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 9 - Incisão alveolar adjacente ao freio.



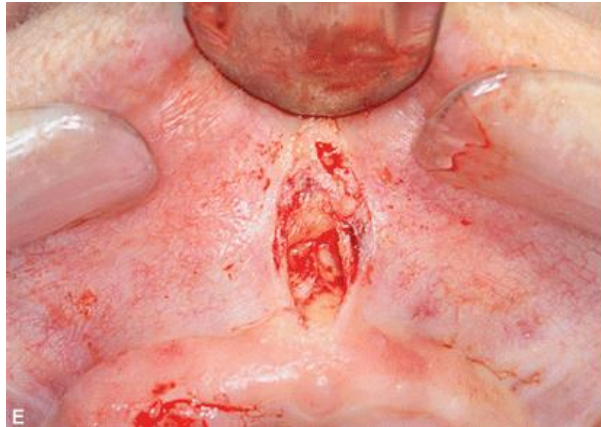
Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 10 - Incisão labial do freio.



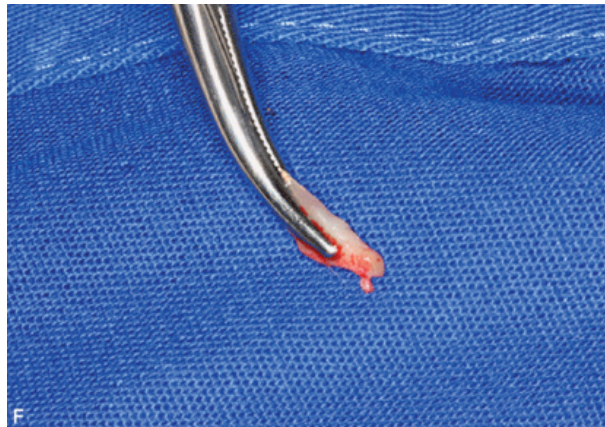
Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 11 - Ferida cirúrgica após frenectomia e desinserção das fibras do freio.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 12 - Freio removido.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 13 - Divulsão dos bordos da incisão.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 14 - Sutura em ponto simples, primeiro ponto no fundo de vestibulo.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 15 - Sutura em pontos simples interrompidos.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

3.2.3 Frenectomia Lingual

Após as perdas dentárias a reabsorção óssea na mandíbula pode unir o pavimento da boca e a inserção do freio lingual na crista do rebordo alveolar, que, com a movimentação funcional normal, tais como fala e deglutição, impede a estabilização da prótese, podendo ferir o freio (Carvalho, Janjacom, & Ponzoni, 2016; Hupp et al., 2015).

A cirurgia é realizada com o bloqueio do nervo lingual, seguido de anestesia infiltrativa, hemostasia com pinça especializada colocada da inserção do freio a base da língua, proporcionando uma visibilidade melhor. Retira-se a pinça e faz-se uma incisão no local em que ela foi colocada, retirando o freio. Deve-se atentar aos ductos de Wharton e aos

vasos sanguíneos. A sutura é realizada nas margens paralelas a linha média da língua (Carvalho et al., 2016; Hupp et al., 2015).

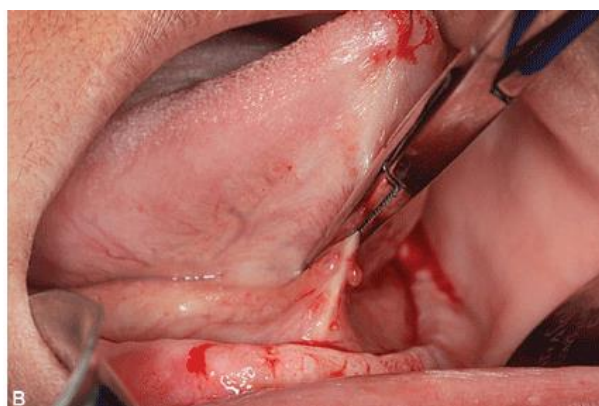
As figuras a seguir demonstram a sequência clínica de frenectomia lingual, onde o aspecto inicial apresenta anquiloglossia (Figura 16). Realiza-se pinçamento único na bissetriz do freio lingual (Figura 17), realizando a primeira incisão na parte lingual (Figura 18), seguida da incisão da parte do assoalho lingual. A figura 19 ilustra a ferida cirúrgica após a frenectomia e desinserção das fibras do freio lingual, seguido da divulsão dos bordos da incisão (Figura 20) e sutura contínua (Figura 21) (Silva & Bertollo, 2018).

Figura 16 - Técnica cirúrgica de frenectomia lingual: aspecto clínico pré-operatório com anquiloglossia.



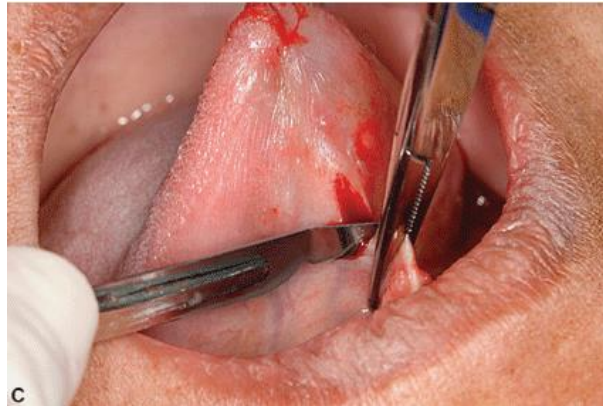
Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 17 - Pinçamento único na bissetriz do freio lingual.



Fonte: Silva & Bertollo (2018.)

Figura 18 - Primeira incisão na parte lingual do freio.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 19 - Ferida cirúrgica após frenectomia e desinserção das fibras do freio.



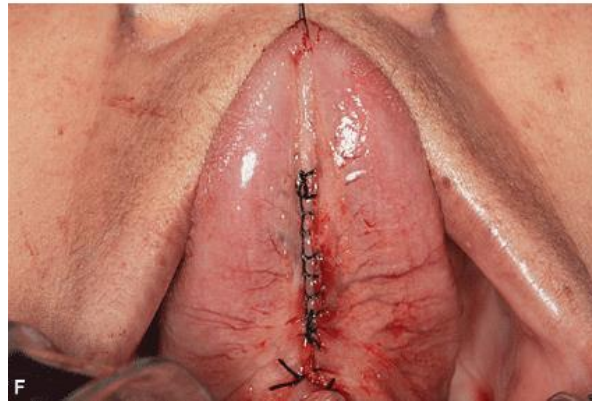
Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 20 - Divulsão dos bordos da incisão.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

Figura 21 - Sutura contínua, e aspecto final da cirurgia. Observe o alongamento da língua.



Fonte: Silva & Bertollo (2018).

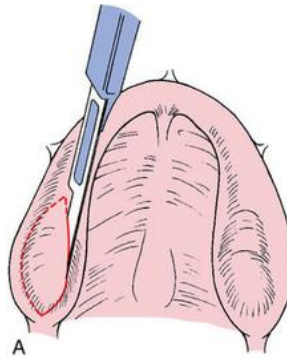
3.2.4 Redução do tecido mole da tuberosidade maxilar

O crescimento de tecido fibroso na tuberosidade maxilar pode fazer com que a dimensão vertical no rebordo posterior aumente, limitando o espaço intermaxilar. A estabilidade da prótese também pode ser prejudicada pelo tecido fibroso (Pogrel et al., 2016).

As condições ideais da mucosa deverá ser uma base firme com uma espessura firme e regular, em alguns casos pode haver a necessidade da retirada do tecido mole da área da tuberosidade maxilar, se este estiver em excesso, podendo mudar a altura entre as arcadas superior e inferior. Para a execução de tal procedimento, deveremos realizar a anestesia local infiltrativa e uma incisão elíptica na área a ser retirada (Figuras 22 e 23). Assim que o tecido for removido, deve-se regular as margens teciduais (Figuras 24 e 25), reaproximá-las e suturar (Figura 26). Dependendo do tamanho da área removida, a cicatrização será por segunda intenção. Se a área removida for extensa deve ser feita uma aproximação frouxa do tecido sobre o osso (Hupp et al., 2015).

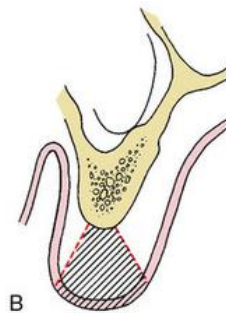
A seguir há um esquema de cirurgia para redução do tecido da tuberosidade maxilar. Para realizar a cirurgia, faz-se uma incisão elíptica ao redor do tecido mole a ser excisado na área da tuberosidade, mostrando o aspecto oclusal (Figura 22) e corte sagital (Figura 23). Faz-se a remoção do tecido incisado afinando os retalhos vestibular e palatino (Figura 24) proporcionando contorno adequado ao tecido mole (Figura 25) e sutura do tecido mole (Figura 26) (Hupp et al., 2015).

Figura 22 - Redução do tecido da tuberosidade maxilar: incisão elíptica ao redor do tecido mole a ser excisado na área da tuberosidade



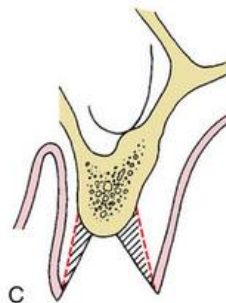
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 23 - Área de tecido mole excisada com incisão inicial.



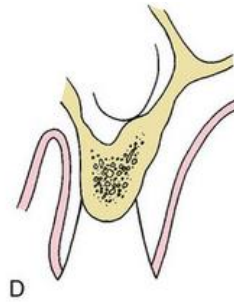
Fonte: Hupp et al. (2015)

Figura 24 - Afinamento dos retalhos vestibular e palatino para proporcionar contorno adequado do tecido mole e sutura livre de tensões.



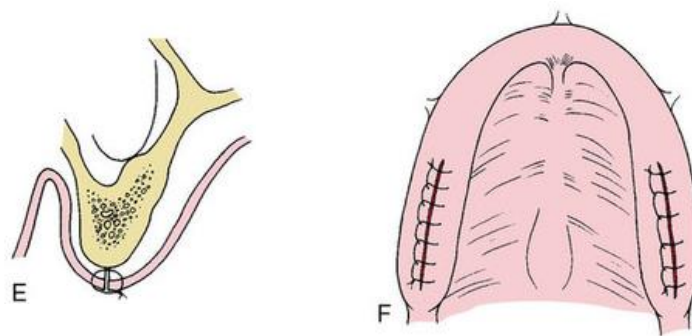
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 25 - Vista da remoção final do tecido.



Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 26 - Fechamento do tecido mole.



Fonte: Hupp et al. (2015).

3.2.5 Hiperplasia fibrosa inflamatória

A hiperplasia fibrosa inflamatória resulta de um estímulo traumático prolongado causado muitas vezes por próteses mal adaptadas. O método de tratamento mais comum é a remoção cirúrgica da lesão juntamente com eliminação do agente causador e principalmente a orientação do paciente para o uso da prótese corretamente (Hupp et al., 2015).

A figura 27 ilustra uma hiperplasia inflamatória no fundo de vestibulo na maxila. Foi realizada a cirurgia para remoção da hiperplasia inflamatória desse paciente. A área menor e bem localizada a esquerda do paciente foi removida e suturada por fechamento primário. A área mais extensa de excesso de tecido foi removida e as margens da ferida suturadas ao perióstio no fundo de vestibulo, o que deixa o perióstio exposto (lado direito) (Figura 28).

Quando há uma pequena área e bem localizada de hiperplasia fibrosa, pode-se remover com incisão simples (Figura 29) suturando as margens da ferida (Figura 30). Em locais onde se observa uma ampla área de hiperplasia inflamatória, faz-se a remoção da lesão e a

cicatrização se dá por segunda intenção, resultando em eliminação do vestíbulo (Figura 31), com a sutura da margem da mucosa ao periósteo no fundo de vestíbulo (Figura 32) (Hupp et al., 2015).

Figura 27 - Hiperplasia fibrosa inflamatória em região de fundo de vestíbulo na maxila.



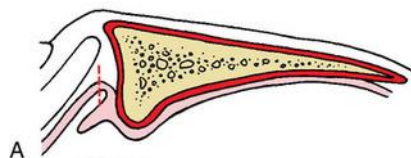
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 28 - Vista pós operatória do paciente apresentado na Figura 27.



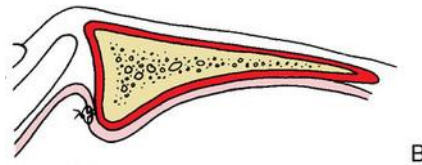
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 29 - Área pequena e bem localizada de hiperplasia fibrosa removidas com excisão simples.



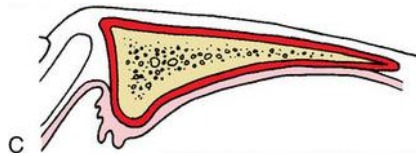
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 30 - Fechamento das margens da ferida.



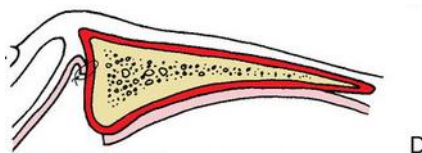
Fonte: Hupp et al. (2015).

Figura 31 - Ampla área de hiperplasia fibrosa inflamatória. A remoção resulta em eliminação do vestíbulo.



Fonte: Hupp et al. (2015)

Figura 32 - Após a remoção do excesso de tecido sutura-se a margem da mucosa ao periósteo no fundo de vestíbulo.



Fonte: Hupp et al. (2015).

4. Discussão

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), estimam que até o ano de 2025 a sexta maior população idosa do mundo será no Brasil, somando mais de trinta milhões de habitantes. Analisando um pouco esta estatística, a necessidade de reabilitação com próteses dentárias se tornará significativa

Bridi et al., 2015), mesmo com os incontáveis avanços da odontologia quando se diz respeito a prevenção de cáries e doenças periodontais (Barbosa, Garcia, & Oliveira, 2006).

O objetivo geral das cirurgias pré-protéticas é melhorar a adaptação e suporte da prótese, podendo ser realizadas tanto na maxila, quanto na mandíbula (Cardoso, 2016; Silva & Bertollo, 2018). De acordo com Silva & Bertollo (2018) a avaliação do paciente e a história clínica são de grande importância para o planejamento do tratamento, ressaltando os fatores etiológicos das perdas dentárias. Cardoso (2016) ressalta ainda que, o rebordo ideal de um paciente desdentado, deverá possuir uma mucosa lisa e com largura adequada, sem protuberâncias ósseas ou excesso de tecido mole, sem depressões, sulco vestibular com certa profundidade e forma que promova uma melhor retenção e função da prótese.

Quando se leva em consideração a reabsorção óssea dos maxilares, observa-se que a mandíbula apresenta reabsorção óssea 4x maior que a maxila provocando a atrofia mandibular, que é a principal indicação para a vestibuloplastia, com a finalidade de aumentar a área chapeável (Cardoso, 2016; Silva & Bertollo, 2018).

Cardoso (2016) e Miloro et al. (2016) concordam que a alta inserção do freio e a proximidade do mesmo com a crista do rebordo alveolar, podem resultar em problemas para a prótese, afetando a confecção, adaptação e estabilidade, ocasionando movimentação e incômodo ao paciente. Após criteriosa avaliação, pode ser indicada uma frenectomia labial.

Petersoon et al. (2005) e Carvalho et al. (2013) descrevem que a possível união do pavimento da boca com a inserção do freio labial, resultante das perdas dentárias, com os movimentos funcionais como fala e deglutição fazem com que a prótese fique instável, podendo provocar ulceração do freio. Nesses casos indica-se a frenectomia lingual. [1]

Ibidem relatam que em alguns casos pode existir a necessidade da retirada do excesso de tecido mole da área da tuberosidade maxilar, alterando altura entre as arcadas superior e inferior, impedindo a instalação das próteses devido à ausência de espaço protético. Este mesmo autor ressalta a importância da instalação de próteses bem adaptadas, visto que um estímulo traumático repetitivo pode resultar em hiperplasia fibrosa inflamatória (Petersoon et al., 2005). [2]

5. Considerações Finais

- As cirurgias pré-protéticas podem ser realizadas tanto em tecido duro quanto em tecido mole, de acordo com a necessidade clínica de cada caso e o objetivo final da reabilitação.

[1] Petersoon, L. J., Ellis, E., Hupp, J. R., & Tucker, M. R. (2005). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 212.

[2] Ibidem, p. 200.

- A cirurgia pré-protética tem como principal objetivo a melhoria das condições anatômicas intra-orais para posterior instalação de próteses totais ou parciais removíveis bem adaptadas e que possam devolver ao paciente conforto quando em função.
- Quando bem indicadas e planejadas, permite a confecção de próteses mais estáveis evitando desconforto e lesões.
- Trata-se de um tema importante, porém com certa escassez de dados na literatura, sendo interessante novos estudos e publicações sobre o tema afim de enriquecer pesquisas futuras.

Referências

Assis, P. D. D., Figueiredo, D. P. S, Carvalho, G. T., Vasconcelos, R., Alves, J., Cavalcanti, M. T. M. D. O. et al. (2015). Adequação do meio bucal e a realização de tratamentos pré-protéticos para reintegrar o paciente odontológico na sequência de reabilitação oral. *Odontologia Clínico-Científica*, 14(4), 831-834.

Assunção, W. G., Shiwa, M., Gennari Filho. H., Goiato, M. C., Barbosa, D. B., & Tabata, L. F. (2004). Anatomia para-protética: importância em prótese dental. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 25(1), 57-64.

Barbosa, C. M. R., Garcia, R. C. M. R., & Oliveira, A. F. (2006). Importância da retenção e estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico resumo. *Revista Gaúcha Odontologia*, 54(4), 374-378.

Barbosa, D. B., Barão, V. A. R., Assunção, W. G., Gennari Filho, H., & Goiato, M. C. (2006). Instalação de prótese total: uma revisão. *Revista de Odontologia da UNESP*, 35(1), 53-60.

Bridi, M. P., Ribeiro, E. T., Bertollo, R. M., Salim, M. A. A., Kano, S. C., Castro, M. C. C. et al. (2013). Prevalência de cirurgias pré-protéticas em pacientes atendidos na disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da UFES no período de 2010 a. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 17(1), 73-80.

Cardoso, A. C. F. (2016). *Cirurgia pré-protética de tecidos moles e reabilitação oral com prótese total* (Tese de doutorado). Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada.

Carlsson, G. E., Örtot, A., & Omar, R. (2012). What is the evidence base for the efficacies of diferente complete denture impression procedures? A critical review. *Journal of Dentistry*, 41(1), 17-23.

Carvalho, P. S., Janjacom, L. A., & Ponzoni, D. (2016). Frenectomy with anterior lingual sulcoplasty for na implant-supported overdenture: a clinicalreport. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 115(4), 406-408.

Hupp, J., Ellis, E., & Tucker, M. R. (2015). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea* (6a. ed). Rio de Janeiro: Elsevier.

Koche, J. C. (2011). *Fundamentos de metodologia científica*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Ludke, M., & Andre, M. E. D. A. (2013). *Pesquisas em educação: uma abordagem qualitativa*. São Paulo: EPU.

Marzola, C., Toledo-Filho, J. L., & Oliveira, M. G. (2012). As cirurgias pré-protéticas. *Revista de Odonto (ATO)*, 20(7), 749-834

Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P. E., & Waite, P. D. (2016). *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson* (3a. ed.). Rio de Janeiro: Santos.

Petersoon, L. J., Ellis, E., Hupp, J. R., & Tucker, M. R. (2005). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier. 267-324.

Petrie, C. S., Walker, M. P., & Williams, K. (2005). A survery for U.S. prosthodontists and dental schools on the current materials and methods for final impressions for complete denture prosthodontics. *Journal of Prosthodontics*, 14(4), 253-262.

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, J. (2018) Metodologia da pesquisa científica. Santa Maria: UAB/NTE/UFSM.

Pogrel, M. A., Kahnberg, K. L., & Andersson, L. (2016). Cirurgia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Tatiane Gontijo Soares –50%

Fernando Nascimento – 15%

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa - 15%

Taís Alves dos Reis - 20%