

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

TATIANE GONTIJO SOARES

**CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E
REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL**

**PATOS DE MINAS
2020**

TATIANE GONTIJO SOARES

**CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E
REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof. Dra. Tais Alves dos Reis

**PATOS DE MINAS
2020**

FACULDADE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

TATIANE GONTIJO SOARES

**CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E
REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 08 de dezembro de 2020:

Orientadora: Profa. Dra. Tais Alves dos Reis
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Me. Fernando Nascimento
Faculdade Patos de Minas

Examinador 2: Prof. Me. Marcelo Dias Moreira de Assis Costa
Faculdade Patos de Minas



**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CURSO, APRESENTADO POR
TATIANE GONTIJO SOARES
COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE CIRURGIÃO DENTISTA
DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA.**

Aos dias do mês e ano abaixo datado, reuniu-se, no Auditório Central, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores abaixo assinados, na prova de defesa de seu trabalho de curso intitulado:

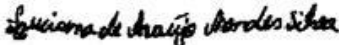
CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL

Concluída a exposição, os examinadores arguíram alternadamente o graduando(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho, como REQUISITO PARCIAL DE CONCLUSÃO DE CURSO. Após a arguição, a comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do(a) graduando(a), tendo chegado ao resultado, o(a) graduando(a)

TATIANE GONTIJO SOARES

foi considerado(a) APROVADO(A). Sendo verdade eu, Profa. Dra. Luciana de Araújo Mendes Silva, Docente Responsável pela Disciplina de TC do Curso de Graduação em Odontologia, confirmo e lavro a presente ata, que assino juntamente com o Coordenador(a) do Curso e os demais Membros da Banca Examinadora.

Patos de Minas - Defesa ocorrida em terça-feira, 8 de dezembro de 2020

Prof. Dra. Tais Alves dos Reis Orientador	Defesa do trabalho em modo remoto, documento assinado pelo professor de TC como registro legal da defesa.
Prof. Me. Fernando Nascimento Examinador 1	Defesa do trabalho em modo remoto, documento assinado pelo professor de TC como registro legal da defesa.
Prof. Me. Marcelo Dias Moreira de Assis Costa Examinador 2	Defesa do trabalho em modo remoto, documento assinado pelo professor de TC
Prof. Me. Fernando Nascimento Coordenador do Curso de Graduação em Odontologia	
	
Prof. Dra. Luciana de Araújo Mendes Silva Docente Responsável pela Disciplina de TC do Curso de Graduação em Odontologia	

CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL

PRE-PROSTHETIC SURGERIES IN SOFT TISSUES AND TOTAL PROSTHESIS REAHABILITATION

Tatiane Gontijo Soares¹:

¹ Acadêmica do curso de bacharelado em Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM), na cidade de Patos de Minas – MG, Brasil / tatiane.10951@alunofpm.com.br

Fernando Nascimento²:

² Coordenador do curso de Odontologia e professor adjunto de Prótese Dentária e Dentística Restauradora da Faculdade Patos de Minas (FPM) / fernando.nascimento@faculdadepatosdeminas.edu.br

Marcelo Dias Moreira de Assis Costa³:

³ Professor adjunto de Cirurgia Oral da Faculdade Patos de Minas (FPM) / marcelo.costa@faculdadepatosdeminas.edu.br

Tais Alves dos Reis ⁴:

⁴ Professora adjunta de Prótese Dentária da Faculdade Patos de Minas (FPM) / tais.reis@faculdadepatosdeminas.edu.br

Autor de Correspondência: Tais Alves dos Reis:

Rua Major Gote, número 1408 – Centro / Patos de Minas – MG. CEP: 38700-190, tais.reis@faculdadepatosdeminas.edu.br / (34) 3818-2300

CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL

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.

Descritores: 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.

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 (1). 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 (2). 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 (2, 3).

A reabilitação protética visa restabelecer estética e função em indivíduos portadores de perdas dentárias únicas, múltiplas ou totais (4). 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 (5).

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 (6).

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 (7). 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 (8). Ainda, segundo Hupp, Ellis e Tucker (2009), 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 vestibulo, adequada forma da abóbada palatina e túber maxilar; apoio ósseo e cobertura de tecido mole inserido (8).

O primeiro contato com o paciente idoso requer muitos cuidados por parte do cirurgião-dentista ou especialista (9). Cabe a ele fazer uma anamnese minuciosa e

por vezes, multidisciplinar, envolvendo o médico sempre que necessário (9). Em uma ficha clínica ou prontuário o profissional anota questões relacionado ao estado da saúde bucal e geral do paciente (9). 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 (9).

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 (2). As cirurgias que envolvem tecido mole englobam aprofundamento de vestibulo, frenectomia lingual e labial, bridectomia, remoção de hiperplasias e hipermobilidade tecidual em rebordos alveolares; cirurgias dos freios incluem frenulotomia, frenulectomia ou reinserção do frênulo (6). Abordagens pré-protéticas em tecido duro englobam: exodontias, alveoloplastias, remoção ou regularização do tubérculo geniano, exostoses, tórus mandibular e palatino e crista milohióidea (10).

Diante das evidências apresentadas anteriormente, o presente trabalho tem com o 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.

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 (11).

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 (12).

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 (12, 13). Contudo, na odontologia

contemporânea, inclui a melhora das condições para reabilitação com implantes, opção cada vez mais procurada (12, 13).

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 parcial ou total e, conseqüentemente, grande necessidade de confecção de próteses dentárias (12).

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 (12).

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 (11). Tais intervenções, podem ser realizadas em tecidos moles e/ou duros da maxila ou mandíbula (12).

Dentre os procedimentos que podem ser realizados em tecidos moles estão: cirurgias dos frênulos e bridectomias, vestibuloplastias, exérese de hiperplasias, remoção de hiper mobilidade tecidual, redução de tuberosidade maxilar e cirurgias prévias a instalação de implantes dentários (12).

Este trabalho teve como base a pesquisa bibliográfica de artigos científicos disponibilizados através das bases BVS, SCIELO, obras literárias e publicações odontológicas da especialidade, recorrendo à biblioteca da Faculdade Patos de Minas e ao Google Acadêmico, utilizando termos como prótese dentária, cirurgia pré-protética e cirurgia para-protética para concluir as buscas.

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 (8, 13). 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 (8, 11, 12).

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 (8, 12).

A história clínica do paciente, é um ponto significativo para o direcionamento do plano de tratamento (12). 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 (12). 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 (8).

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 (8). Devemos nos atentar para a existência de doenças sistêmicas que possam aumentar os graus de reabsorção óssea (8). Por isso, é imprescindível a realização de exames complementares laboratoriais, tais como: níveis plaquetários de cálcio, fosfato, hormônio para tireoideano e fosfatase alcalina, que podem ser utilizados para a identificação de problemas metabólicos que podem interferir na reabsorção óssea (8).

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 (8).

Algumas mudanças na crista alveolar e regiões vestibulares podem beneficiar positivamente a estabilidade e a retenção da prótese (8). 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 (8).

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 (8). Durante a palpação pode ser apontado um tecido fibroso hipermóvel, considerado impróprio para o apoio da base da prótese (8).

Com relação a 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 (8). O fundo de vestíbulo deverá ter um tecido flexível e sem depressões, permitindo assim um bom selamento periférico da prótese (8). Durante a sua avaliação, devemos adicionar o manejo manual das inserções musculares adjacentes (8). 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 (8).

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 (8). 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 (8).

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 (11). Além de um nível adequado de mucosa inserida queratinizada na área de suporte da prótese (8).

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 (13). Porém, há algumas situações em que a intervenção é indicada (13).

A mandíbula e a maxila apresentam uma reabsorção óssea alveolar diferentes, tanto qualitativa quanto quantitativa (14). Na maxila a perda óssea é quatro vezes menor que na mandíbula (14). 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 (14).

Dessa forma, a cirurgia tem como finalidade o aprofundamento do vestibulo, provocando o aumento da área chapeável, deslocando o tecido apicalmente (13, 14). Conseqüentemente a prótese apresentará maior estabilidade, pelo corte das inserções musculares e reposicionamento da mucosa (14).

Dentre as técnicas de vestibuloplastia está a submucosa, por epitelização secundária e com enxertos de pele e mucosa (14). 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 periosteio ao nível da crista alveolar, descolando-o e suturando-o à mucosa labial, em seguida o retalho de mucosa é suturado ao periosteio, dessa forma acontece o reposicionamento dos retalhos de forma inversa, diminuindo a recidiva (14).

As figuras a seguir demonstram o a sequência de vestibuloplastia por epitelização secundária (Figuras 1-6). O aspecto inicial apresenta fundo de vestibulo 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 final (Figura 6) (12).



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

Fonte: (12)



Figura 2: Reposicionamento superior do freio labial superior

Fonte: (12)



Figura 3: Reposicionamento superior da mucosa no lado direito

Fonte: (12)



Figura 4: Reposicionamento da mucosa no lado esquerdo

Fonte: (12)



Figura 5: Goteira feita em acrílico e reembasada com cimento cirúrgico, posicionado afim de proteger a área cruenta e manter a mucosa em nova posição
Fonte: (12)



Figura 6: Pós-operatório com 30 dias com ganho vertical de rebordo alveolar
Fonte: (12)

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 (11, 15).

É imprescindível uma avaliação precoce nessas situações e a remoção cirúrgica, contribuindo para um resultado satisfatório da reabilitação (11, 15).

O freio baseia-se em tecido fibroso, com revestimento em mucosa, estendendo-se do lábio até o perióstio alveolar (11, 15). 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 perióstio, em seguida, é realizada a aproximação e sutura dos bordos remanescentes (11, 15).

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) (12).



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

Fonte: (12)



Figura 8: Pinçamento único na bissetriz do freio labial

Fonte: (12)



Figura 9: Incisão alveolar adjacente ao freio
Fonte: (12)

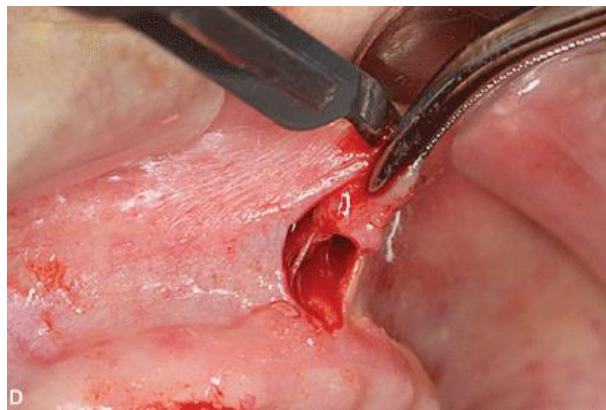


Figura 10: Incisão labial do freio
Fonte: (12)



Figura 11: Ferida cirúrgica após frenectomia e desinserção das fibras do freio
Fonte: (12)

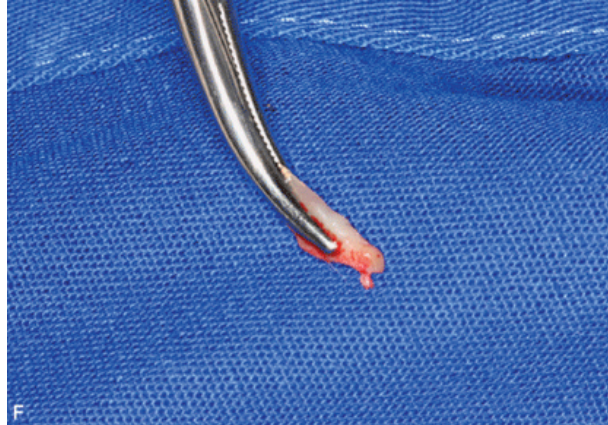


Figura 12: Freio removido
Fonte: (12).

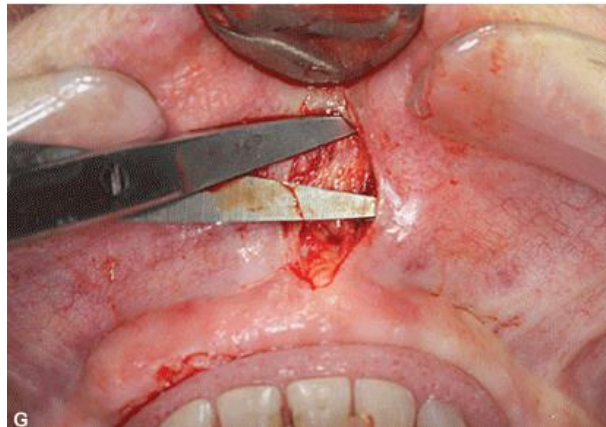


Figura 13: Divulsão dos bordos da incisão
Fonte: (12)



Figura 14: Sutura em ponto simples, primeiro ponto no fundo de vestibulo
Fonte: (12)



Figura 15: Sutura em pontos simples interrompidos
Fonte: (12)

Frenectomia Lingual

Após as perdas dentárias a reabsorção óssea na mandíbula pode unir o pavimento da boca e a inserção do freio lingual da crista do rebordo alveolar, que, com a movimentação funcional normal, tais como fala e deglutição, impede a estabilização da prótese, podendo ferir o freio (8, 16).

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 (8, 16). Retira-se a pinça e faz-se uma incisão no local em que ela foi colocada, retirando o freio (8, 16). Deve-se atentar aos ductos de Wharton e aos vasos sanguíneos (8, 16). A sutura é realizada nas margens paralelas a linha média da língua (8, 16).

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) (12).



Figura 16: Técnica cirúrgica de frenectomia lingual: aspecto clínico pré-operatório com anquiloglossia
Fonte: (12)

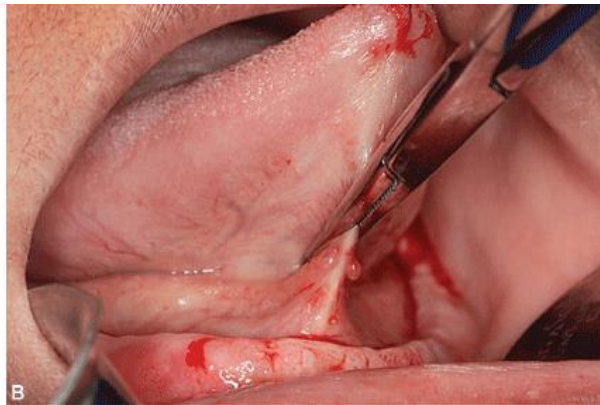


Figura 17: Pinçamento único na bissetriz do freio lingual
Fonte: (12)

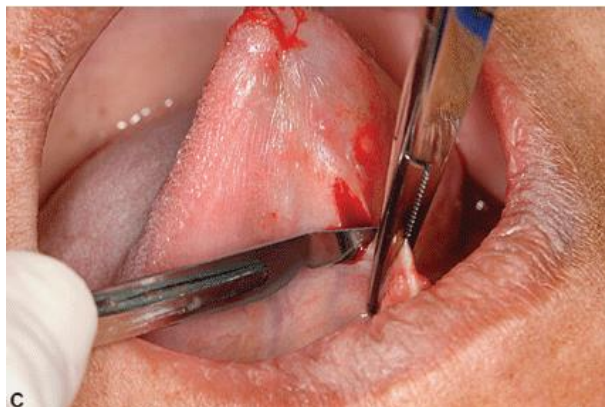


Figura 18: Primeira incisão na parte lingual do freio
Fonte: (12)



Figura 19: Ferida cirúrgica após frenectomia e desinserção das fibras do freio
Fonte: (12)



Figura 20: Divulsão dos bordos da incisão
Fonte: (12)



Figura 21: Sutura contínua, e aspecto final da cirurgia. Observe o alongamento da língua
Fonte: (12)

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 (13).

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 (8). 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) (8). Assim que o tecido for removido, deve-se regular as margens teciduais (Figuras 24 e 25), reaproximá-las e suturar (Figura 26) (8). Dependendo do tamanho da área retirada, a cicatrização será por segunda intenção (8). Se a área removida for extensa deve ser feita uma aproximação frouxa do tecido sobre o osso (8).

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) (8).

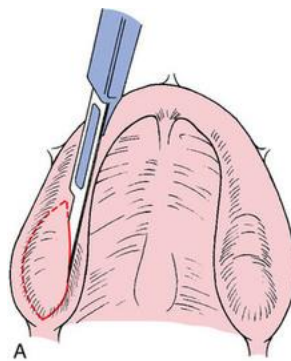


Figura 22: Redução do tecido da tuberosidade maxilar: incisão elíptica ao redor do tecido mole a ser excisado na área da tuberosidade
Fonte: (8)

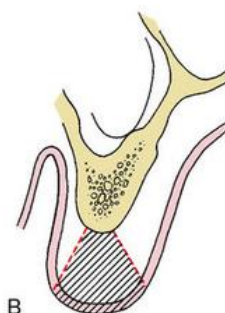


Figura 23: Área de tecido mole excisada com incisão inicial
Fonte: (8)

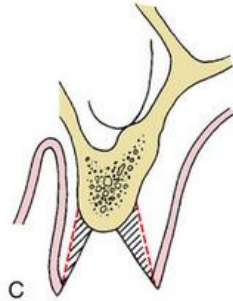


Figura 24: Afinamento dos retalhos vestibular e palatino para proporcionar contorno adequado do tecido mole e sutura livre de tensões
Fonte: (8)

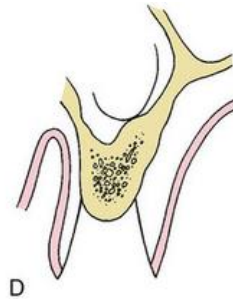


Figura 25: Vista da remoção final do tecido
Fonte: (8)

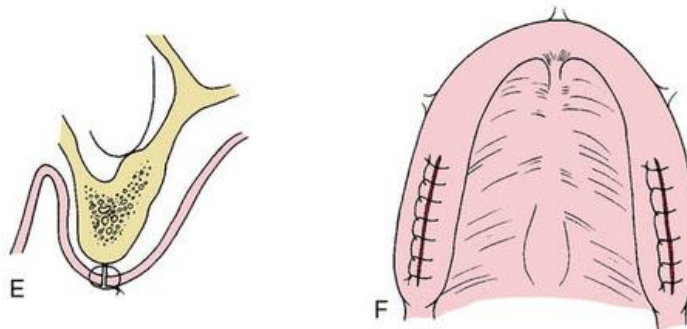


Figura 26: Fechamento do tecido mole
Fonte: (8)

Hiperplasia fibrosa inflamatória

A hiperplasia fibrosa inflamatória resulta de um estímulo traumático prolongado causado muitas vezes por próteses mal adaptadas (8). 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 (8).

A figura 27 ilustra uma hiperplasia inflamatória no fundo de vestibulo na maxila. Foi realizada a cirurgia para remoção da hiperplasia inflamatória desse paciente (Figura 28). 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 periósteo no fundo de vestibulo, o que deixa o periósteo exposto (lado direito).

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 vestibulo (Figura 31), com a sutura da margem da mucosa ao periósteo no fundo de vestibulo (Figura 32) (8).



Figura 27: Hiperplasia fibrosa inflamatória em região de fundo de vestibulo na maxila

Fonte: (8)



Figura 28: vista pós operatória do paciente apresentado na Figura 27

Fonte: (8)

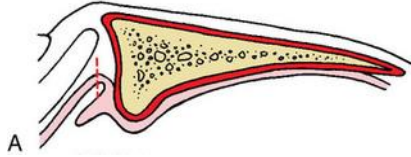


Figura 29: Área pequena e bem localizada de hiperplasia fibrosa removidas com excisão simples

Fonte: (8)

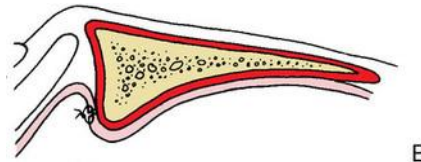


Figura 30: Fechamento das margens da ferida

Fonte: (8)

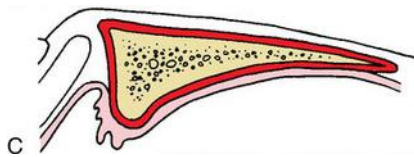


Figura 31: Ampla área de hiperplasia fibrosa inflamatória. A remoção resulta em eliminação do vestibulo

Fonte: (8)

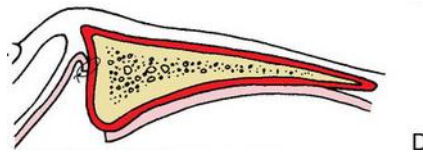


Figura 32: Após a remoção do excesso de tecido, sutura-se a margem da mucosa ao periosteio no fundo de vestibulo

Fonte: (8)

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 (5), mesmo com os incontáveis avanços da odontologia quando se diz respeito a prevenção de cáries e doenças periodontais (17).

O objetivo geral das cirurgias pré-protéticas é melhorar a adaptação e suporte da prótese, podendo ser realizadas tanto na maxila, quanto na mandíbula (11, 12). De acordo com Silva e 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 (12). 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 (11).

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 (11, 12, 14).

Cardoso (2016) e Miloro e colaboradores (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. Ocasionalmente ocasionando movimentação e incômodo ao paciente. Após criteriosa avaliação, pode ser indicada uma frenectomia labial (11, 15).

Petersoon e colaboradores (2005) e Carvalho e colaboradores (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 (10, 16).

Petersoon e colaboradores (2005) 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 (10).

CONCLUSÃO

- 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.
- 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.

REFERÊNCIAS

1. Assunção WG, Shiwa M, Gennari Filho H, Goiato MC, Barbosa DB, Tabata LF. Anatomia para-protética: importância em prótese dental. Rev Odontol Araçatuba. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 27 out 2019];25:57-64. Disponível em: <https://www.apcdaracatuba.com.br/revista/revistanova/03.pdf>
2. Carlsson GE, Örtotp A, Omar R. What is the evidence base for the efficacies of diferente complete denture impression procedures? A critical review. Am J Dent. [periódico na internet]. 2012 [acesso em 27 out 2019];41(2013):17-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23219617/>
3. Petrie CS, Walker MP, Williams K. A survery for U.S. prosthodontists and dental schools on the current materials and methods for final impressions for complete denture prosthodontics. J Prosthodont. [periódico na internet]. 2005 [acesso em 27 set 2019];14(4):253-62. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-849X.2005.00051.x#accessDenialLayout>
4. Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol UNESP. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 02 nov 2019];35:53-60. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-512550>
5. Bridi MP, Ribeiro ET, Bertollo RM, Salim MAA, Kano SC, Castro MCC et al. Prevalência de cirurgias pré-protéticas em pacientes atendidos na disciplina de Cirurgia Bucomaxilofacial II da UFES no período de 2010 a 2013. Rev Bras Pesq Saúde. [periódico na internet]. 2015 [acesso em 27 out 2019];17:73-80. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/12452>
6. Assis PDD, Figueiredo DPS, Carvalho GT, Vasconcelos R, Alves J, Cavalcanti MTMDO, et al. Adequação do meio bucal e a realização de tratamentos pré-protéticos para reintegrar o paciente odontológico na sequência de reabilitação oral. Odontol Clín-Cient. [periódico na internet]. 2015; [acesso em 26 set 2019];14(4):831-4. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167738882015000400010&script=sci_arttext&tlng=p
7. Marzola C, Toledo-Filho JL, Oliveira MG. As cirurgias pré-protéticas. Rev Odonto ATO. [periódico na internet]. 2012; [acesso em 17jun 2020]; 20(7):749-834. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/102248444/CIRURGIA-II-Cirurgia-Pre-Protetica>
8. Hupp J, Ellis E, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

9. Zarb GA, Bolender CI, Eckert S, Jacob RF, Fenton AH, Stern RM. Tratamento protético para pacientes edêntulos: próteses totais convencionais implantossuportadas. 12. ed. São Paulo: Saraiva; 2006.
10. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 267-324.
11. Cardoso ACF. Cirurgia pré-protética de tecidos moles e reabilitação oral com prótese total [tese] [Internet]. Almada – PT: Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2016. [acesso em 20 ago 2020]. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17696>
12. Silva DN, Bertollo RM. Cirurgia pré-protética. In: Prado R, Salim M. Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018. p. 279-98.
13. Pogrel MA, Kahnberg KE, Andersson L. Cirurgia bucomaxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga; 2016.
14. Ponzoni D, Jardim ECG, Carvalho PSP. Vestibuloplasty by modified Kazanjian technique in treatment with dental implants. J Craniofac Surg. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 20 ago 2020];24(4):1373-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23851811/>
15. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson. 3. ed. Rio de Janeiro: Santos; 2016.
16. Carvalho PS, Janjacom LA, Ponzoni D. Frenectomy with anterior lingual sulcoplasty for na implant-supported overdenture: a clinicalreport. J Prosthet Dent. [periódico na internet]. 2016 [acesso em 21 ago 2020];115(4):406-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26723097/>
17. Basbosa CMR, Garcia RCMR, Oliveira AF. Importância da retenção e estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico resumo RGO. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 17 set 2020]; 54(4):374-8. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=109&article=45&mode=pdf>

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia.

Agradeço ao meu pai Fábio, minha mãe Olívia e os meus irmãos Natã-Nael e Kender por todas as fichas apostadas em mim, aos meus familiares, avós, tios, primos e padrinhos, aos meus amigos que foram combustível para minha disciplina, persistência e força.

Sou grata a esta universidade, desde o pessoal do administrativo até o coordenador do curso Fernando Nascimento que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

Agradeço minha orientadora, Prof. Dra. Tais Alves dos Reis, por toda dedicação, ensinamentos, conselhos e incentivo. Obrigada por ter acreditado na minha capacidade. Saiba que esse trabalho em grande parte também é mérito teu.

Obrigada a todos!

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 08 de dezembro de 2020.

Tatiane Gontijo Soares

Tais Alves dos Reis

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA
PÚBLICA**

Eu **Tatiane Gontijo Soares**, matriculado sob o número **10951** da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado: **CIRURGIAS PRÉ-PROTÉTICAS EM TECIDOS MOLES E REABILITAÇÃO DE PRÓTESE TOTAL**

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em **Odontologia** da Faculdade Patos de Minas.

Tatiane Gontijo Soares
Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientadora que o presente trabalho está **AUTORIZADO** a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Tais Alves dos Reis
Professora Orientadora