



CURSO DE ODONTOLOGIA

VINICIUS MIRANDA DOS SANTOS

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL E SUAS PRINCIPAIS LESÕES
BUCAIS**

Sinop/MT

2024

CURSO DE ODONTOLOGIA

VINICIUS MIRANDA DOS SANTOS

**PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL E SUAS PRINCIPAIS LESÕES
BUCAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Odontologia, do centro
universitário UNIFASIPE, como requisito
parcial para aprovação da disciplina.

Orientador: Prof.º Dr.º Julio César Chidoski
Filho.

Sinop/MT

2024

VINICIUS MIRANDA DOS SANTOS

**PRÓTESE PARCIAL REMOVIVEL E SUAS PRINCIPAIS LESÕES
BUCAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop - MT, como requisito parcial para aprovação da disciplina.

Aprovado em:

Júlio César Chidoski Filho
Professor Orientador
Departamento de Odontologia –
UNIFASIPE

Aline Ishikawa
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Odontologia –
UNIFASIPE

Adriano Batista Barbosa
Professor (a) Avaliador(a)
Departamento de Odontologia –
UNIFASIPE

Adriano Batista Barbosa
Coordenador do Curso de Odontologia
Departamento de Odontologia –
UNIFASIPE

Sinop/MT

2024

Vinicius Miranda Dos Santos (MIRANDA, vinicius). **prótese parcial removível e suas principais lesões bucais** 2024. 43 pag. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE

RESUMO

Perdas dentárias ocasionadas por alguns tipos de doença periodontal, trauma ou cárie interferirão na qualidade de vida dos pacientes. Sendo assim, as próteses vêm nos auxiliando na reabilitação parcial ou total assim devolvendo suas principais funções como estética, fonética, mastigação e o bem-estar psicológico e físico dos pacientes portadores de algum tipo de prótese. As melhores condições de vida e uma maior conscientização por parte dos pacientes e profissionais da área odontológica, em sendo diminuído a perdas dentarias, possibilitando assim ao aumento de expectativa de vida dos usuários. As próteses parciais removível (PPR), são uma das muitas escolhas na hora de reabilitar um paciente que tem perda dentaria seletiva, por ser de baixo custo comparada aos outros tipos de prótese, e ter um custo-benefício excelente, ela se torna a mais utilizada na hora de escolher quais serão os materiais utilizados na reabilitação. Foram pesquisados artigos relevantes, publicados nos últimos 20 anos, em bases de dados eletrônicos como *Cochrane Library*, *National Library of Medicine* (Pubmed) e *The Scientific Electronic Library Online* (SciElo). Mais como em qualquer outra escolha de reabilitação, as PPR têm suas falhas ou mais conhecidas como lesões encontradas em pacientes portadores de prótese, observou no dia a dia clínicos algumas das principais lesões bucais, como: úlceras traumáticas, estomatite protética, hiperplasia papilar inflamatória, candidíase, queratose friccional e granuloma piôgenicos.

PALAVRAS-CHAVE: Lesões bucais. Prótese parcial removível. Qualidade de vida.

Vinicius Miranda dos Santos (MIRANDA, Vinicius). **removable partial dentures and their main oral lesions** 2024. 43 pag. Course Completion Work – Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE

ABSTRACT

Tooth loss caused by some types of periodontal disease, trauma or caries will interfere with patients' quality of life. Thus, prostheses have been helping us in partial or total rehabilitation, thus returning their main functions such as aesthetics, phonetics, chewing and the psychological and physical well-being of patients with some type of prosthesis. The results lead to better living conditions and greater awareness on the part of patients and dental professionals, reducing tooth loss, thus increasing the life expectancy of users. Removable partial dentures (PRPs) are one of the many choices when it comes to rehabilitating a patient who has selective tooth loss, because they are low cost compared to other types of dentures, and have an excellent cost-benefit ratio, it becomes the most used when choosing which materials will be used in rehabilitation. Relevant articles published in the last 20 years were searched in electronic databases such as *the Cochrane Library*, *the National Library of Medicine (Pubmed)* and *The Scientific Electronic Library Online (SciElo)*. More than in any other rehabilitation choice, PRPs have their flaws or better known as lesions found in patients with prosthesis, some of the main oral lesions have been observed in the clinicians' daily routine, such as: traumatic ulcers, prosthetic stomatitis, inflammatory papillary hyperplasia, candidiasis, frictional keratosis and pyogenic granulomas.

KEYWORDS: Oral lesions. Removable partial denture. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Paciente reabilitado, com PPR.....	16
Figura 2: Classificação de Kennedy, classe I (A), classe II , C classe III, D classe IV	18
Figura 3: Sistema de suporte das ppr	19
Figura 4: Dentes artificiais	20
Figura 5: Sela metálica	21
Figura 6: Conector menor	22
Figura 7: Grampos.	24
Figura 8: Apoio nos dentes pilares.	25
Figura 9: Planejamento de uma PPR.	27
Figura 10: Úlcera traumática	30
Figura 11: Aspecto clínico de estomatite protética.....	31
Figura 12: Principais fatores etiológicos na estomatite protética	31
Figura 13: HIP do palato, HIP por sucção, HIP fundo de sulco, Fibroma de irritação	33
Figura 14: Remoção da hiperplasia papilar inflamatória	34
Figura 15: Candidíase na cavidade oral	35
Figura 16: Queratoses friccionais ocasionadas por prótese parciais removíveis mal adaptadas na sua base	36
Figura 17: Grânuloma piôgeno	37
Figura 18: PPR sendo higienizada	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principias conectores maiores e barras utilizada na confecção de uma PPR.....	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURA

CD - Cirurgião dentista

PPR's - prótese parcial removível

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	10
1.2 Problematização	11
1.3 Objetivos.....	12
2. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Qualidade de vida em pacientes portadores de PPR´s	15
3.2 Prótese Parcial Removível (PPR)	16
3.3 Classificações de Edward Kennedy	17
3.4 Componentes de uma prótese parcial removível	18
3.4.1 Dentes artificias.....	20
3.4.2 Sela	20
3.4.3 Conectores menores	21
3.4.4 Conectores maiores e barras	22
3.4.5 Grampos.....	23
3.4.6 Apoio	24
3.4.7 Planejamento de uma PPR.....	25
4 PRINCIPAIS LESÕES BUCAIS	28
4.1 Úlceras traumáticas	29
4.2 Estomatite protética.....	30
4.3 Hiperplasia papilar inflamatória.....	32
4.4 Candidíase.....	34
4.5 Queratose friccional.....	34
4.6 Granuloma piôgenicos.....	35
4.7 Higienização da prótese.....	36
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

Práticas mutiladoras e curativas vem sendo diminuídas conforme os anos. Atualmente são utilizadas práticas preventivas e restaurativas. Ao passar dos anos, a odontologia era denominada por procedimentos protéticos e cirúrgicos, dentes sendo extraídos visando a confecção de prótese totais. Até a década de 40, tinham a crença que perda dentária era sinônimo de envelhecimento humano, apesar que a partir do século XX com a inserção da odontologia preventiva este pensamento mudou (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

Os levantamentos epidemiológicos que são realizados ano após ano mostrando alguns índices de queda quando se diz respeito a pacientes usuários de prótese, tornando um assunto importante na área odontológica (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

Estudos epidemiológicos evidenciam a situação de saúde bucal no Brasil, alguns estudos vêm demonstrando que cerca de 30 milhões de usuários necessitam de algum tipo de prótese dentária. As próteses dentárias ou substitutos artificiais para a dentição perdida, sendo assim elas terão o papel de devolver função, estética e fonética para seus usuários. Diante de algumas situações de perda dentária existem próteses dentárias que iram substituir total ou parcial as dentições perdidas, dependendo da indicação do cirurgião-dentista (CD). Atualmente existem várias opções para os tratamentos reabilitadores, incluindo próteses parciais ou totais alinhados ou não a utilização de implantes dentários, mesmo o fator socioeconômico sendo ainda um fator decisivo quando se trata da busca por procedimentos reabilitadores (BELONI; VALE; TAKAHASHI, 2013). A décadas atrás as estruturas metálicas das PPR's (prótese parcial removível), eram confeccionadas em ouro, e tinham um excelente resultado, entretanto o aumento no valor da liga de ouro era um grande obstáculo, que deixavam seus tratamentos reabilitador com valores exorbitantes (TORRES et al., 2007).

Os objetivos de qualquer reabilitação protética é a eliminação de doenças, remissão dos

dentes perdidos, preservação, manutenção da saúde e restauração dos dentes e tecido e o reestabelecimento das funções que iram assegurar com que o paciente irá ter uma ótima estabilidade e conforto, e possibilitando assim uma boa estética (CARR et al., 2012).

As PPR's são de extrema importância quando se fala em reabilitação oral em pacientes com edentulismo, mesmo possuindo algumas falhas em seu processo de confecção (MANENTI et al., 2015). Quando se fala em reabilitação oral, está se tratando em devolver a qualidade de vida ao paciente, tornando possível um aumento de autoestima, confiança e segurança no processo e em seu CD (SUGIO et al., 2019).

O aparelho protético é uma estrutura de metal, usado como um suporte para os dentes artificiais, responsável por estabelecer algumas das suas principais funções devolvendo assim a estética, fonética e mastigação que foram perdidas ao decorrer dos anos com a perda dos dentes remanescentes e estruturas ósseas (FARIAS NETO et al., 2011).

Mas como qualquer outra reabilitação oral existe alguns problemas que podem ocorrer no processo de fabricação ou de adaptação das PPR's, como as lesões bucais, entre elas: Estomatite protética (OLIVEIRA et al., 2000); úlceras traumáticas; hiperplasia papilares inflamatórias (COSTA et al., 2019); e candidíase (NETO; DANESI; UNFER, 2005).

1.1 Justificativa

Na metade de século XX, foi introduzido a odontologia preventiva, a partir deste século podemos perceber que os dentes naturais podem ser mantidos na boca do paciente por toda a sua vida. Estudos feitos nos Estados Unidos, mostraram um declínio das últimas duas décadas na prevalência de perda dentária, possibilitado assim um número maior de pacientes retendo mais dente em maior tempo. São esperados estudos como este nos países europeus num futuro não tão distante. Como o evidente declínio de perda dentária, foi observado o grande sucesso da terapia com implantes dentários, possibilitando os questionamentos de como será o futuro dos procedimentos protéticos, este assunto está relacionado tanto a demanda quanto a necessidade por tratamentos clínicos e aos ensinamentos das universidades (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

As PPR's são as principais escolhas, quando se dá ao tratamento de um paciente semi edêntulo, pois as elas proporcionam um excelente resultado no quesito estética, fonética, mastigação e preservação dos tecidos remanescentes. Com um custo relativamente baixo, comparado as outras opções de tratamento. A reabilitação com as PPR's tem como principal objetivo aniquilar doenças, restauração, prevenção, manutenção dos tecidos orais e dos dentes remanescentes. A reabilitação associada a uma boa higienização bucal e visitas periódicas ao

cirurgião dentista (CD) deveram trazer bons resultados a pacientes semi edêntulos (CARR et al., 2005). Fatores como, comportamento, sistema de saúde, atitude ou até mesmo o atendimento odontológico, exercem um papel muito importante na decisão do paciente se tornar edêntulo (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

Para a reabilitação em pacientes parcialmente edêntulos o uso das uma PPR's é indispensável, já que existem alguns modelos como, dento suportada, dento-muco suportada, fixas e entre outras (MANENTI et al., 2015). Reabilitação utilizando as próteses, tem várias finalidades uma delas e devolver e restaurar o sistema estomatognático, por meio de reposição de dentes ausentes e tecidos perdidos tendo em vista que, pacientes acabam tendo uma elevação da autoestima e conseqüentemente em sua saúde em geral (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

O tratamento com as PPR's são uma das melhores alternativas reabilitadora, visto que elas preservam as estruturas remanescentes, possibilitando a melhora nas funções de estética, fonética e aumentando a função mastigatória, trazendo assim uma melhora de vida para seus respectivos pacientes (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

1.2 Problematização

O Brasil está vivenciando um período de transição demográfica, que correm avanços e melhorias nos padrões de saúde da população. Possibilitando assim um aumento significativo na expectativa de vida e a diminuição das taxas de mortalidade. A condição em saúde bucal na população adulta e idosa, não acompanhou esses avanços mostrando o retrato das antigas práticas mutiladoras e curativas, com isso existe um número de pacientes que perderam seus dentes gerando assim uma grande demanda de reabilitação protética (MOTTA; NOGUEIRA; TOASSI, 2014).

Embora alguns avanços na preservação dentária vem sendo notada, não é uma realidade para toda a população de maneira geral, sendo que a cárie é apenas um dos fatores que podem levar a perda dentária. Levantamentos epidemiológicos feitos no Brasil nos anos de 1986 e 2003 revelam que ainda que a prevalência de carie dentária tenha diminuída, existem sim uma grande discrepância entre regiões, considerando outros fatores socioeconômicos, como escolaridade, renda ou até o tamanho do município (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011). O levantamento epidemiológico em saúde bucal que foi realizado no Brasil em 2003, chamado SB Brasil, revelou a perda dentária precoce como um importante problema que já se mostrava inclusa na primeira faixa etária examinada que era entre 15 e 19 anos, com um aumento gradual nas demais idades. A índices que ¼ de milhão de

pacientes com idade inferior a 40 anos, fazem o uso de PPR's (MOTTA; NOGUEIRA; TOASSI, 2014).

A evidente queda de perda dentária tem intrigado pesquisadores e indagando com o futuro dos procedimentos protéticos. Sendo um assunto essencial para toda o corpo social na odontologia, estando relacionado à necessidade e demanda por tratamentos clínicos (NETO; CARREIRO; BARBOSA, 2011). As PPR's são uma excelente opção para repor os dentes faltantes. Mais estudos apontam possíveis falhas que ocorrem até mesmo em trabalhos excelentes, e que essas complicações são prejudiciais à saúde dos pacientes, podendo ocasionar até mesmo a perda das PPR (MANENTI et al., 2015).

Lesões mais encontradas em pacientes que fazem o uso das PPR'S são, hiperplasia plástica inflamatória, candidíase, estomatite protética e úlceras traumáticas (MANENTI et al., 2015). As principais causas no insucesso dos tratamentos com as PPR'S, é a perda dos dentes pilares que estão associada à cárie ou doenças periodontais que podem ocorrer após a instalação da prótese (SILVA; PORTO; BONACHELLA, 2008).

Diante do exposto venho me questionar-se quais são os componentes de uma PPR's e quais são suas principais lesões bucais oriundas do uso?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Identificar por meio de uma revisão bibliográfica como e seu princípio biomecânico e seus componentes onde cada um terá sua principal função no corpo protético, e as principais lesões bucais encontradas em pacientes semi-edentulos portadores de prótese parcial removível identificando e solucionando seus problemas.

1.3.2 Específicos

- Apresentar a importância no uso das PPR;
- Demonstrar as classificações de Edward Kennedy e cada subclassificação que suas classes têm;
- Destacar seus componentes e suas principais importâncias, e suas funções no corpo protético;
- Identificar as principais lesões decorrentes ao uso das próteses parciais removível e como serão solucionadas;

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foram pesquisadas nas bases de dados Bireme, National Library Of Medicine (Pubmed), The Scientific Electronic Library Online (SciELO). Descritores e palavras-chaves que foram utilizados nesta revisão: “Próteses Parciais Removíveis”, “Próteses Flexíveis”, “Resinas Flexíveis”; “Desdentados Parciais”, “qualidade de vida”, “lesões bucais”, “lesões derivadas ao uso de ppr” “Materiais para Prótese Parcial Removível”. Para a primeira etapa do projeto que se iniciou o levantamentos de dados no segundo semestre de 2023 e se estenderá até junho de 2024 foram selecionados encontrados 70 artigos e 20 livros sobre o assunto em si. Foram incluídos no trabalho, artigos em língua espanhola, inglesa e portuguesa, que abordavam a reabilitação de pacientes semi edentulos por meio das próteses parciais removíveis convencionais e flexíveis, trabalhos de pesquisa e revisões de literatura sobre o mesmo tema. Foram feitos cortes históricos dos últimos 25 anos de pesquisas pesquisas feitas com um corte histórico longo, pelo fato de ser um assunto não tanto abordado nos dias atuais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A expectativa de vida populacional brasileira está entre 75,5 anos e pesquisas apontam que em 2050 tende a subir para 81 anos e 3 meses. Antigamente o processo do envelhecimento era sinônimo de edentulismo. Mesmo que perda dentária esteja relacionada a precariedade da saúde bucal (MANENTI et al., 2015).

Algumas pesquisas nacionais em saúde bucal que foram realizadas em 2012, realizaram o levantamento relacionado ao uso da PPR e constataram que, 21,3% da população brasileira entre 35 e 44 anos e 20,3% entre 65 e 74 anos faz ou já fez o uso das PPR's. E que 7,3% entre 65 e 74 anos, não necessitariam de próteses (FONTES, 2019).

A ausência de prótese dentária diminui a capacidade mastigatória dos pacientes. Tornando o edentulismo relacionado com desnutrição (FONTES, 2019). Com o passar do tempo e os avanços tecnológicos disponíveis para a população o número de pacientes que utilizavam próteses totais diminuiu, tornando assim maior o uso das PPR's (FONTES, 2019).

Um dos principais objetivos do tratamento com as PPR, são repor estruturas perdidas, preservar e proteger as estruturas remanescentes do paciente portador de prótese. No entanto, por volta de 25 anos atrás, existia algumas opiniões generalizadas que a PPR, principalmente as com extremidade livre, estaria associada com doença periodontal e cáries. Esses pensamentos eram embasados por alguns estudos clínicos que equivocadamente mostravam os efeitos negativos no uso das PPR sobre o periodonto e os dentes. Com o passar dos anos e progressos científicos nas áreas de periodontia, foi confirmado que o principal e único responsável pela periodontite e gengivite era o acúmulo de biofilme. Sendo assim deu mais estímulos para os protesistas aplicarem os novos conhecimentos na área das próteses. Atualmente se sabe que o sucesso para a reabilitação protética se dá a importância na higiene oral e controles periódicos, sabendo que a presença do corpo protético na boca aumenta a possibilidade do acúmulo de biofilme dentário exigindo assim um maior cuidado com a higienização do paciente (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

As PPR's tem um papel importante na reabilitação parcial dos elementos perdidos, tendo um método de tratamento biologicamente satisfatório e de custo acessível para os pacientes em geral (FONTES, 2019). Pelo uso da PPR, são restaurados dentes ausentes ou até mesmo algumas estruturas, podem ser indicadas ou empregadas em quase todos os casos, possibilitando assim varias vantagens em relação a outros recursos reabilitadores, algumas das suas vantagens são, versatilidade, relação custo benefício, menor tempo para a sua confecção em relação a outros procedimentos quando comparados com as próteses, requer pouco ou nada de desgaste das estruturas dentária e soluções eficientes para situações mecanicamente difíceis de resolverem (FARIAS NETO; CARREIRO; RIZZATTI-BARBOSA, 2011).

3.1 Qualidade de vida em pacientes portadores de PPR's

Qualidade de vida é um termo utilizado para remeter o bem-estar social, físico e psicológico de paciente, apesar de existir uma base científica grande que apoia a odontologia, tem uma lacuna onde se fala do sentimento e ao respeito ao pensamento do paciente em relação a sua reabilitação dando espaço assim para os critérios de sucesso serem estabelecidos diretamente pelo seu CD e não pelo paciente. Independente da escolha da prótese utilizada na reabilitação oral, elas influenciaram psicossocialmente a vida do usuário, pois a ausência de dentes modifica o dia-a-dias dos pacientes, afetando a qualidade de vida. Sendo assim quando o paciente busca uma reabilitação com excelência ele não só procura reestabelecer a função mastigatória e sim ter uma reconstrução de sua imagem social visando a sua qualidade de vida (BELONI; VALE; TAKAHASHI, 2013).

A utilização das próteses em pacientes semi edêntulos tem uma melhora na qualidade de vida, pois a reabilitação aumenta a autoestima dos pacientes permitindo assim uma inserção mais aceita na sociedade, podendo assim sentir uma reconstrução social e pessoal de sua imagem (SUGIO et al., 2019).

Segundo Beloni et al., (2013), foram entrevistando pacientes onde eles relataram autopercepção e impactos da saúde bucal na sua qualidade de vida como uma maneira bem positiva sugerindo assim seu contentamento ao se tratar da sua reabilitação protética. Neste mesmo estudo foi revelado quem antes de reabilitação do paciente com as próteses, eles mantinham o descontentamento e classificou sua saúde bucal com ruim, indicando assim o descontentamento e o desconforto com a sua condição de edentulismo.

Segundo Sugio et al. (2019), a reabilitação com as PPR's convencional tem uma

melhora notável na vida dos portadores, sendo assim uma das alternativas mais simples, eficiente e de fácil higienização. Quando se trata de um tratamento protético a PPR se torna a mais escolhida na maioria dos casos de reabilitação de pacientes semi edêntulos pelo baixo custo alinhado a melhora de estética, mastigação, fonética e preservação dos dentes remanescente em boca na figura 1 mostra um paciente reabilitado com uma PPR's.

Figura 1: paciente reabilitado, com PPR.



Fonte: Volpato et al. (2012).

3.2 Prótese Parcial Removível (PPR)

Elas têm suas indicações como pacientes edêntulos posteriores unilateral ou bilateral, indica a utilização de uma prótese, podendo ser utilizada como peça definitiva ou de transição, pacientes com espaços intercalados, podem ser indicados a utilização das próteses pois tem uma extensa capacidade de dentes-pilares e dos dentes resistirem a carga adicional, pacientes com espaços múltiplos, podem ser reabilitados simultaneamente, pacientes com a necessidade de repor algum dente imediatamente, se comparado aos outros meios a utilização de uma PPR é mais rápida de ser feita, próteses temporárias em reabilitação complexas e questões econômicas. Suas contraindicações são poucas como pacientes com problemas motores que não conseguem removê-las, visto que precisam ser higienizadas constantemente ou pacientes com hábitos inadequados de higiene pois como a prótese favorece o surgimento de doenças gengivais e periodontais, carie e diminui a longevidade das próteses (FIGUEIREDO et al., 2023).

As PPR's é um aparelho protético com uma estrutura metálica fundida usada para suportar os elementos dentários artificiais, assim reestabelecendo algumas funções como: estética, fonética e mastigação (KAISER, 2002). Um dos metais mais utilizados e desejados na odontologia é o titânio, principalmente na área de prótese dentária, tendo em vista suas propriedades favoráveis como a resistência à coesão, baixa densidade e a biocompatibilidade (TORRES et al., 2007).

As PPR são uma alternativa muito eficiente e conservadora, quando todas as etapas

do planejamento forem criteriosamente respeitadas, como o uso dos registros oclusais, exames clínicos e radiográficos, modelos de trabalho, modelos de estudos, delineamento, desenhos da estrutura metálica feita com muito cuidado e passando todas as informações para o técnico e um bom preparo da boca do paciente (TORBAN et al., 2016). São desenhadas e planejadas para serem removidas da boca. Por este motivo elas não devem ser instaladas rigidamente ao dente ou tecido (CARR; BROWN; COOPER, 2012).

As PPR's são classificadas em dento-suportadas, que é quando a força mastigatória que está nos dentes artificiais será transmitida para o osso alveolar, pelos dentes remanescentes, essa transmissão de força só será realizada pelas fibras do ligamento periodontal, considerando assim como biologicamente satisfatória. E como dento-muco-suportada que é quando a força de mastigação que se inicia pelos dentes artificiais e será transmitida ao osso alveolar pelos dentes pilares e pela fibromucosa. Neste caso a transmissão de forma mastigatória será realizada através dos elementos tecido fibromucoso e as fibras do ligamento periodontal (AMARAL, 2009).

3.3 Classificações de Edward Kennedy

A perda de elementos dentários podem ter diversas variações clínicas possíveis. Varias classificações de arcada parcialmente desdentada tem sido usada ao longo do tempo, mais sempre houve discussões entre quais devem ser levada em consideração e qual é a melhor para as possíveis configurações adotadas (CARR; BROWN; COOPER, 2012).

Uma das classificações mais usadas no meio clínico e o método de Edward Kennedy, que foi desenvolvida em 1925 são conhecidas como topografia ou anatomia, essas classificações se baseiam na presença dos espaços edêntulos presentes no paciente. Utilizada para a comunicação entre os profissionais da área odontológica e protéticos, consequentemente estabelecendo um planejamento e desenho da prótese. Esta classificação incluem todos os arcos parcialmente edêntulos sem levar em conta a quantidade de dentes ou tamanho dos espaços protéticos, segundo a Figura 2 (DE FIGUEIREDO et al 2023).

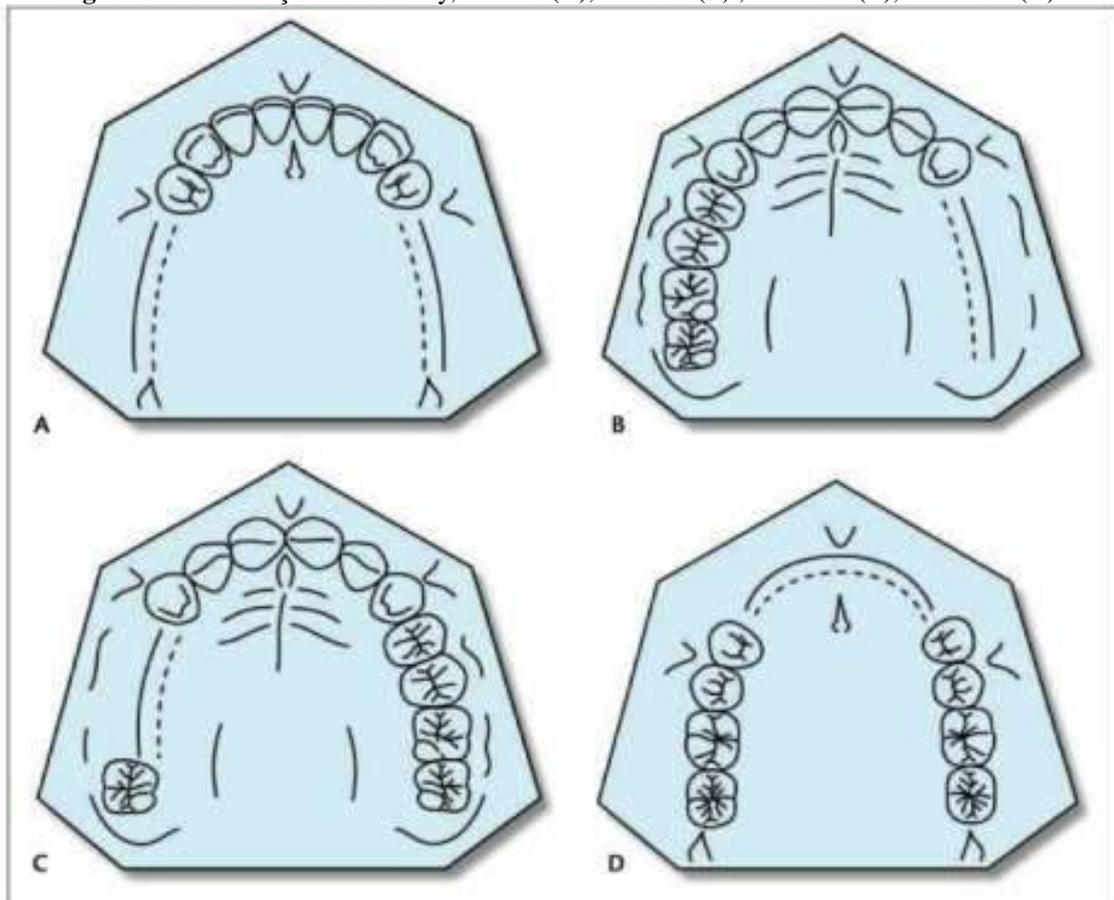
Classe I: tem uma área bilaterais de dentes posteriores desdentadas, contendo modificações dento-muco-suportada.

Classe II: tem uma única área de dentes posteriores desdentada contendo modificações dento-muco-suportada.

Classe III: área desdentada com espaços intercalados de destes posteriores e anteriores dento-suportada.

Classe IV: área desdentada bilateral de dentes anteriores, cruzando a linha média dento-suportada (FIGUEIREDO, 2023, p. 347).

Figura 2: Classificação de Kennedy, classe I (A), classe II (B) , classe III (C), classe IV (D).



Fonte: Volpato et al. (2012).

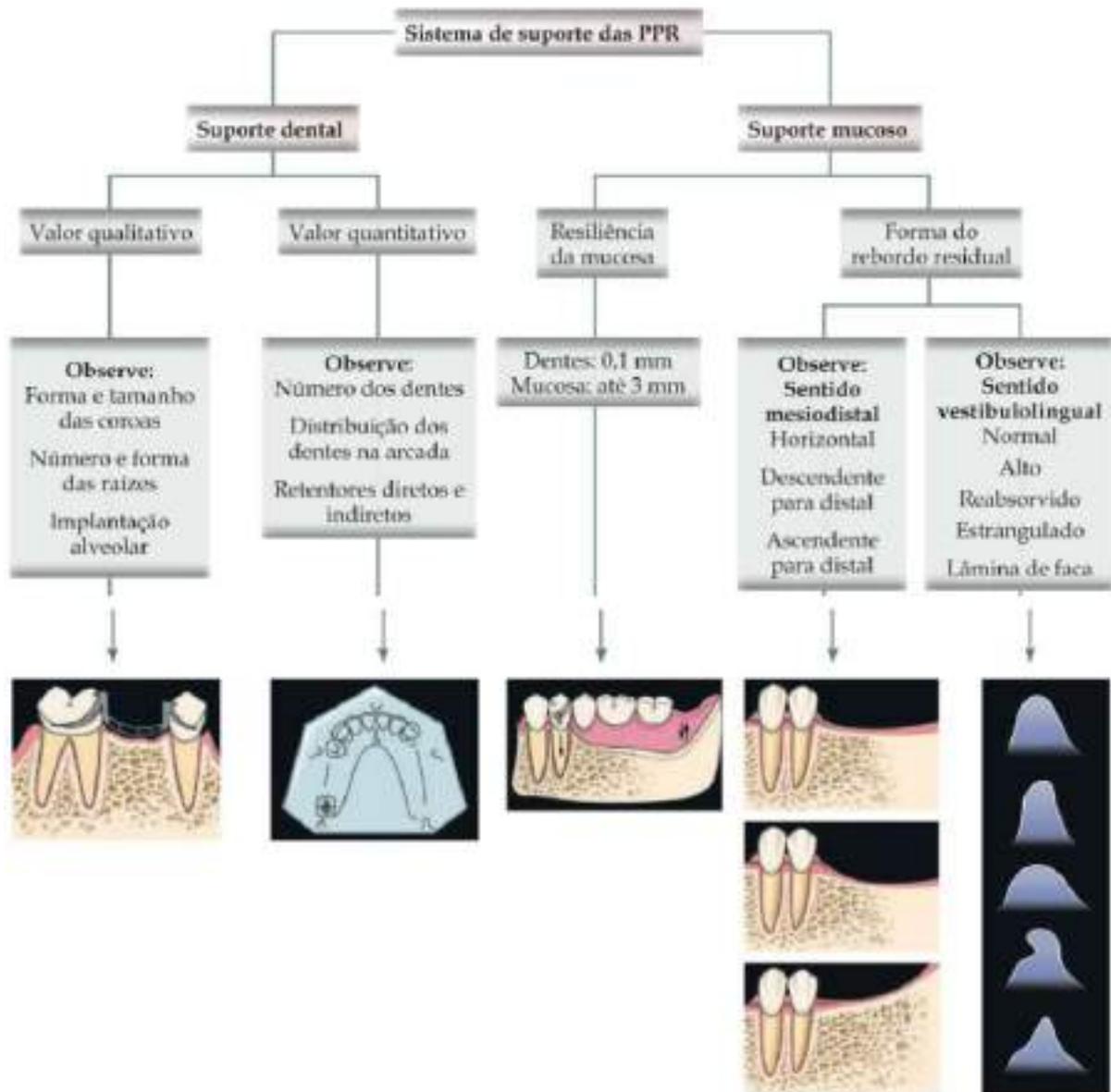
3.4 Componentes de uma prótese parcial removível

As PPR's tem alguns princípios biomecânicos tendo em conta esforços mecânicos que se disseminam e se alastra pelos dentes e tecidos. No momento de planejamento das PPR's fatores devem ser levando em conta, evitando os planos de inclinação e alguns contatos precoce nos dentes pilares, podendo tornar um fracasso na reabilitação protética (CARR; BROWN; COOPER, 2012).

Elas sofrem uma ação de forças não funcionais e funcionais, buscando removê-la da posição, essas movimentações podem ocorrer de algumas formas como fonação, ação da gravidade, parafunção, alimentos mais duros ou alimentos pegajosos ou ação da musculatura. Esses movimentos ocasionam uma estabilidade ao próteses e um grande incomodo ao usuário,

pois geram uma tensão entre os dentes remanescentes e os tecidos moles do arco. Esta tensão não poderá exceder o nível aceitável da fisiologia dos tecidos orais e elementos dentários, caso aconteça o paciente corre o risco de ter consequências traumáticas para as estruturas bucais na figura 3 esta o sistema de suporte para as PPR (MICAELLA et al., 2020).

Figura 3: sistema de suporte das PPR



Fonte: Volpato et al. (2012).

Os componentes necessários para compor um PPR, terá condições de suportar os grampos para que não haja o deslocamento inadequado evitando assim uma intrusão ou protusão, consequentemente evitando uma movimentação impropria (TUDEIA; SOUZA, 2018).

3.4.1 Dentes artificiais

Podem ser colocados nas próteses de diversas maneiras, com usos de cimentos, confeccionado diretamente sobre o material, com resina acrílica ou fundido com armação ou adesão química (CARR; BROWN; COOPER, 2012). Mais a resina acrílica é a mais utilizada para unir o dente a base da prótese (MUSSE et al., 2020).

Com os modelos já articulados, entra a escolha dos dentes artificiais que são feitos através de uma seleção onde deve levar em consideração o tipo de material que será utilizado nos dentes artificiais, para que possa ser escolhida uma escala de cor compatível. Então se deve escolher a cor visualmente por comparação, sendo assim a cor selecionada é aquela que mais se igual aos dentes pilares do paciente. O formato dos dentes é definido através de padrões dentários, formato da face, formato do arco dentário e tamanho dos espaços edêntulos. Caso dentes anteriores não estivessem presentes a escolha mais comum seria as cores utilizadas para uma prótese total (DE FIGUEIREDO et al., 2023).

Pois além de substituir os dentes naturais, devera suprir as necessidades da estética e funcionais de cada paciente em específico a figura 4 esta um demonstrativo de dentes artificiais em resina (DE FIGUEIREDO et al., 2023).

Figura 4: Dentes artificiais feitos de resina acrílica.



Fonte: Volpato et al. (2012).

3.4.2 Sela

As selas podem ser de diferentes tipos de materiais como metálicas são para receber

os dentes artificiais, indicadas para espaços intercalados e pequenos, plásticas são utilizadas em espaços mais extensos ou de extremidades livres, sendo a sela mais utilizada, possibilitando assim que tenham uma melhor adaptação e ocasionam uma transmissão de carga mastigatória mais eficiente, e permitindo em um futuro o reembasamento, metaloplasticas quem tem como indicação espaços medios e intercalados. São responsáveis por estabilizar os dentes artificiais nas prótese, ela é destinada a repor os espaços protéticos assim serão reconstituído funcionalmente e esteticamente os tecidos ósseos e mucosos perdidos pela perda dentária (VOLPATO et al., 2012)

Uma das funções das selas, é na utilização de reestabelecer o volume dos ossos alveolares que foram reabsorvidos são utilizadas para favorecer a fonética, transmissão de forças mastigatórias, evitar o desconforto e injuria nos pacientes assim evitando a impactação dos alimentos consumidos , na Figura 5 está exposto como são as selas metálicas e sua disposição na prótese (TUDEIA; SOUZA, 2018).

Figura 5: Sela metálica.



Fonte: Volpato et al. (2012).

3.4.3 Conectores menores

Sua principal função é estabelecer a ligação entre o conector menor e o conector maior, unindo os grampos à sela. Junto com os conectores maiores eles estabilizam as próteses e as direcionam tanto na entrada quanto na saída, sendo assim se tornando um plano guia (VOLPATO et al., 2012). Sendo tão rígidos eles contribuem com as cargas mastigatórias e dão estabilização ajudando na retenção das PPR e guiado durante sua interação (WALDEMARIN;

CAMACHO 2015).

Eles podem contribuir na retenção friccional das próteses que e quando os elementos mais rígidos das próteses se juntam a duas ou mais paredes axiais e paralelas aos dentes na seta ao lado na figura 6, terá um exemplo do que é um conector menor (FABRÍCIO et al., 2010).

Figura 6: Conector menor.



Fonte: Carr; Brown; Cooper (2012).

3.4.4 Conectores maiores e barras

É encarregado de juntar os componentes da prótese um com outro em um único corpo protético, sua primordial função é garantir solidez estrutural para a prótese, assim possibilita que os esforços que estarão sendo submetidos seja distribuída a mucosa e ao periodonto adequadamente iguais (KAISER, 2002). Para a seleção dos conectores maiores consideramos se tem ou não a presença de tórus mandibular ou palatino, rugas palatinas, dentes com mobilidade ou sem mobilidade, a necessidade de mobilização indireta e a distribuição de carga, no quadro 1 abaixo visualizamos, os diferentes modelos de barras tanto para maxila quanto para a mandubula (VOLPATO et al., 2012).

Quadro 1: Princípios conectores maiores e barras utilizada na confecção de uma PPR.

Localização	Tipos de conector	Modelos
Maxila	Barra palatina Simples	
Maxila	Barra palatina dupla	
Maxila	Barra palatina em “u”	
Maxila	Barra palatina total	
Mandíbula	Barra lingual	
Mandíbula	Barra lingual dupla	
Mandíbula	Placa dentária	

Fonte: Adaptado de Volpato et al. (2012).

3.4.5 Grampos

Segundo Carr et al, (2012).os grampos têm funções parecidas com as coroas de retenção para prótese fixa, elas devem abraçar os dentes preparados de maneiras que previnam a movimentação dos tecidos em relação ao retentor, assim limitando a liberdade de deslocamento. Os princípios básicos dos desenhos dos grampos asseguram a estabilidade da posição do dente por terem a o benefício do abraçamento e o controle das três dimensões. O abraçamento pode acontecer de algumas formar como, o contato contínuo ou o contato descontínuo, os dois possuem contatos em três áreas do dentes, sendo elas apoio oclusal, a área do termino do grampos de oposição ou a área da ponta retentiva do grampo.

Eles têm a função de retenção e de oposição impedindo o deslocamento da prótese, recebem os formatos de acordo com a necessidade, após um planejamento protéticos. Os grampos são conhecidos pelos seus apoios e seu braços retentivo e de oposição. Conforme a figura 7 mostra um conjunto de grampos, que com um bom planejamento terão uma ótima biomecânica (DO PATROCÍNIO; ANTENOR; HADDAD, 2017).

Figura 7: Grampos



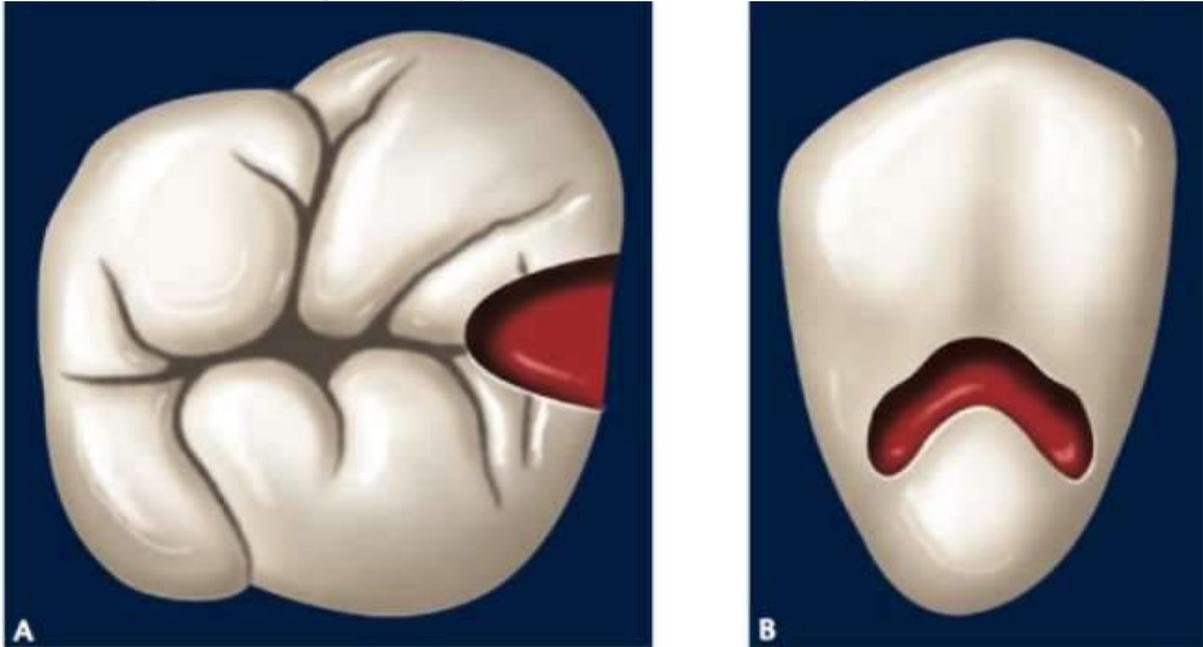
Fonte: Volpato et al. (2012).

3.4.6 Apoio

A principal função dos apoios são de assegurar que algumas partes ou as cargas totais sejam exercidas sobre os dentes artificiais durante o ato mastigatório e que seja transmitida para os dentes suportes. Geralmente estão associados aos grampos que se encaixam sobre os nichos que devem ser feitos pelo cirurgião dentista, na etapa do preparo dos dentes que será responsável por receber o apoio da prótese, os mais utilizados são os cilíndricos e os oclusais. Os dentes remanescentes são adaptados para receber cargas de formas axiais e não laterais (VOLPATO et al., 2012).

Os apoios são utilizados com o objetivo de manter a PPR no lugar e aos movimentos em tecido, são aproveitados para transmitir forças aos dentes pilares e assim direcionando essas forças para o longo eixo dos dentes, na figura 8 se dá um exemplo de apoio usado em uma prótese (CARR; BROWN; COOPER, 2012).

Figura 8: Apoio nos dentes pilares, na figura A temos uma vista oclusão, na figura B temos um vista lingual.



Fonte: Volpato et al. (2012).

3.4.7 Planejamento de uma PPR

Segundo Carr et al, (2012) principal objetivo no tratamento odontológico é estar ciente das necessidades de cada paciente, tanto as queixas percebidas dos pacientes quanto aquelas demonstradas através do exame clínico e anamnese. Mesmo que tenham notados as semelhanças entre os pacientes edêntulos, cada um tem sua particularidade, tornando a reabilitação algo individualizados

Para se chegar a uma individualidade cada paciente deve ter um rigoroso e cuidados processo de exames clínicos e diagnósticos sendo eles a compreensão do paciente tanto quanto seus desejos e reclamações, desenvolvimento de um plano que irá favorecer sua condição atual, a conformação de suas necessidades odontológicas mediante aos exames clínicos e anamnese sistêmicas e a manutenção do planejamento correto. O tratamento reabilitador no final ele será individualizado pois nos possibilita a possibilidade de controle de doenças e estar ciente das possíveis restaurações protéticas que será específicas para cada caso. Oferecem o melhor caminho para o paciente ira significar muito o sucesso da reabilitação protética, sendo assim o CD deve estar preparado para que ajude seu paciente na escolha que irá melhorar as circunstâncias individuais de cada paciente (CARR et al., 2012).

Sendo uma das partes mais negligenciadas pelos CD e o planejamento, deixando a função para os técnicos laboratoriais, e assim dando abertura para que possa ocasionar danos permanentes as estruturas remanescentes (FERNANDES et al., 2004). O planejamento e tratamento se inicia com histórico médico e bucal completo do paciente, exames orais,

radiografias, avaliação de lesões cariosas, condições periodontais, condições dos dentes pilares, rebordo ósseo e vitalidade dos dentes remanescentes (CARR; BROWN; COOPER, 2012).

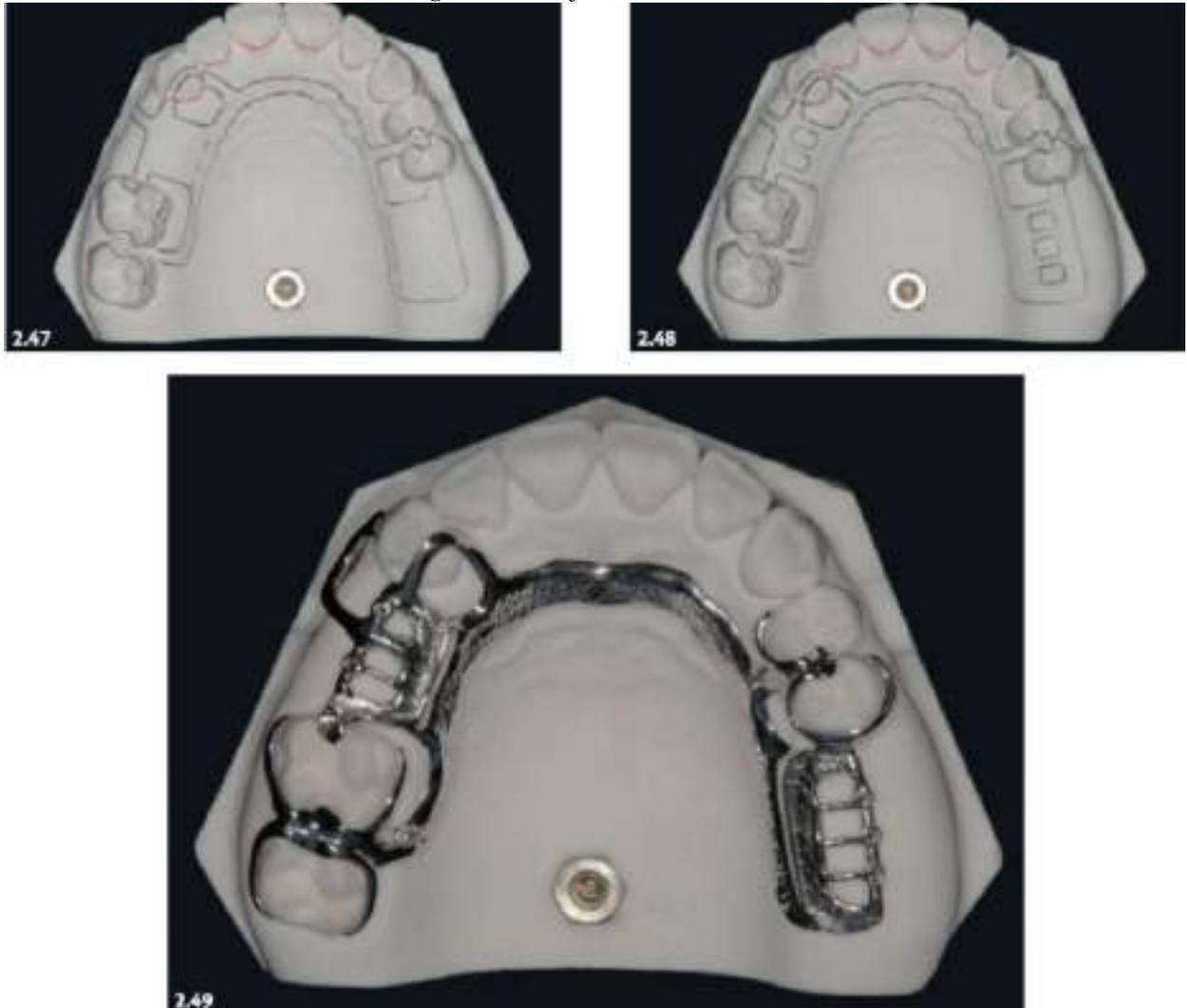
Quando um paciente está à procura de atendimento odontológico eles estão a procura de tratar alguma anormalidade que requer correção ou em alguns casos para manter uma boa saúde bucal. Cada situação o paciente irá apresentar uma queixa principal e será imperativo que o CD entenda claramente o que levou o paciente para esta avaliação, falhas nesta etapa levará ao paciente uma enorme insatisfação com o resultado na reabilitação, já que não será solucionado seu problema inicial. O principal objetivo de uma anamnese é escutar o paciente e tentar compreender quais são suas inseguranças e insatisfação, pedir para que ele descreva a história relacionada a avaliação em si, nesta etapa e quando se deve ter um maior cuidado e será de grande oportunidade tentar criar um relacionamento harmonioso com seu paciente e o questionando seguindo algumas perguntas como expectativas do paciente, queixa principal, história médica e dental ou até mesmo expectativas protéticas que seu paciente teve anteriores (TORBAN et al., 2016).

Segundo Batista et al, (2011), os planejamentos irregulares e uma confecção não satisfatória, irão contribuir para o insucesso da prótese, podendo causar algumas patologias e lesões ocasionada ao uso das próteses mal adaptadas. Uma PPR bem orientada e planejada poderá ajudar na preservação dos dentes remanescentes e dos tecidos de suporte (CARR et al., 2012).

Logo após avaliação ser concluída e o modelo de PPR for escolhido, se inicia o plano de tratamento do paciente (CARR et al., 2012). As etapas do planejamento da PPR são a definição dos retentores diretos eles estão mais próximos aos espaços protéticos e recebem carga que iriam aos dentes ausentes, nichos devem ser feitos para que recebam os grampos e apoios. Definição de retentores indiretos, os diretos não são capazes de receber tanta carga mastigatória então é necessária a escolha de retentores indiretos que iram auxiliar na retenção e na preservação para que a prótese não se desloque. Definições dos nichos os retentores diretos e indiretos devem receber nichos, os mais utilizados são os oclusais e cilíndricos. Desenho dos grampos de retenção e oposição, nesta fase iremos identificar o melhor grampo para aquela determinada região que iremos reabilitar, lembrando que o grampo deve ficar abaixo da linha do equador protético, e sempre preconizar a flexibilidade dos grampos de escolha. Definir a largura do conector maior, devendo conter no mínimo 3mm de largura, e estabelecendo uma distância de 4 mm da região cervical dos dentes remanescentes para proteger os tecidos bucais de possíveis traumas. Definir largura do conector menor, quando chegamos nesta fase, podemos supor que o desenho da prótese já está quase completo, o conector menor irá unir todo o corpo

protético. Desenho das selas, este desenho será para auxiliar na confecção da prótese, a sela desenhada será para a porção metálica da sela, na figura 9 está um modelo de planejamento utilizado pelo autor (VOLPATO et al., 2012).

Figura 9: Planejamento de uma PPR.



Fonte: Volpato et al. (2012).

Um bom resultado protético se dá pelo planejamento correto, seguindo todas as recomendações possíveis, juntamente com os ajustes bem executados. Preparo da boca e o envio para o protético devem ser bem-feitos para que o técnico execute o preparo protético corretamente. O CD e o encarregado de corrigir falhas ao longo do caminho visando o processo de manutenções com visitas periódicas (GOIATO et al., 2005).

4. PRINCIPAIS LESÕES BUCAIS

Segundo Goiato et al., (2005) como a pele a mucosa oral tem um papel importante a ser cumprido como órgão protetor, entretanto, ela é mais susceptível a inflamações e traumas. A cavidade oral é revestida por mucosa, elas são expostas a agentes agressores de início biológico, físico ou químico. Entre eles estão traumas contatos e infecções de origem fúngicas que estão associadas a paciente que fazem o uso de prótese. A fabricação de prótese em pacientes idosos tem que ser mais criteriosa quando se fala sobre a adaptação, principalmente quando as características bucais e sistêmicas são diferentes, entre eles estão tecido muscular degenerado, rebordo alveolar em pequena quantidade, a mucosa menos resiliente, diminuição salivar podendo causar sensação de queimação ou dores bucais, tendo problemas na hora de falar, mastigar ou deglutir. Outros problemas que acarretam lesões e a aderência da língua na base da prótese e a falta de retenção que pode possibilitar o desenvolvimento das lesões bucais.

Perda dentária ou utilização inadequada das PPR's tem tido um embate negativo na qualidade de vida a nível social e psicológico da população. As lesões que são ocasionadas por prótese podem ser classificadas como crônicas e agudas. As lesões agudas são as mais encontradas pois trata-se de uma má adaptação quando as próteses são novas e mal ajustadas e os esforços da mastigação são distribuídos errado causando uma isquemia ou até irritação dos tecidos remanescentes evoluindo para dor ou ulcerações traumáticas. Já as lesões crônicas são quando as alterações de uma má adaptação já estão nos tecidos bucais levando a alterações do tecido pela fricção exercida (TELES, 2010).

De acordo com Lam (2018), uso de uma PPR está correlacionado a um corpo estranho na cavidade oral, podendo causar alterações nos microorganismos da cavidade oral, a prótese faz com que a movimentação natural das bochechas, lábios e língua se reduza, tornando assim a auto limpeza menos eficiente e iniciando o aumento de bio filme presente na cavidade oral. Alterações ocasionada pelo uso das PPR podem refletir no aumento de microorganismos presentes na boca, criando um ambiente favorável para a proliferação de patologias como

periodontopatias, inflamação da mucosa oral ou cárie dentária.

A próteses tem uma grande tendência ao acúmulo de placa bacteriana, por este motivo a halitose poderá estar presente nos pacientes reabilitados com as PPR. Os dentes pilares tem um grande acúmulo de placa bacteriana, podendo ter relação direta com as doenças periodontais e cárie dentária (LAM, 2018). Próteses removíveis podem afetar os usuários de formas adversas, seja ela por consequência da falta de higienização, má adaptação ou até mesmo a falta de informação que o CD deveria passar para o paciente. De acordo com algumas literaturas existem diversas lesões bucais encontradas no meio de pacientes que são usuários de prótese removível, as mais que são frequentemente encontradas são as candidíases, hiperplasias e úlceras traumáticas (GOIATO et al., 2005).

Segundo Carr (2012) as falhas das PPR's podem ser definidas por fatores que resultam em deficiência na estabilidade. Elas têm como primordial objetivo reestabelecer as funções como estética, fonética e preservação das estruturas remanescentes. Entretanto devido à falta de cuidados em sua utilização como a má higienização e o uso prolongado tende a ter diversas lesões na mucosa oral, possibilitando assim as possíveis lesões bucais (NEVILLE et al., 2004).

No dia a dia das clínicas é comum observar algumas lesões na cavidade oral, ocasionadas pelo uso inadequado das PPR's, essas alterações devem ser analisadas, reconhecidas e tratadas o mais rápido possível (PHOENIX et al., 2003).

4.1 Úlceras traumáticas

Sendo uma das lesões mais encontradas em pacientes que usam prótese mucosa suportada tendo uma etiologia variada, mais quase sempre com resultados de procedimentos de natureza iatrogênicos. O surgimento das úlceras é devido a alguns traumas na mucosa oral como mordisco na mucosa, irritação das PPR's, força na hora da escovação dentária ou após a instalação da prótese tem o período de adaptação, e por este período podem aparecer lesões dolorosas e irritantes ao paciente. É fácil de identificar essas lesões pelo histórico de traumas na mucosa oral e podem ser diagnosticadas na anamnese, tanto exame cínico quando relato dos próprios pacientes. Geralmente estão ligadas a algum fator que está irritando o local, como queimaduras térmicas e químicas, traumas oclusais, aparelhos ortodônticos ou a própria prótese está mal adaptada (NEVILLE et al., 2004).

Os pacientes relatam uma sintomatologia levemente dolorosa, que se manifesta durante a ingestão de alimentos. Para se ter uma melhora significativa deve ser corrigido o defeito avaliando caso a caso, se necessário realizar alívios nas zonas onde estão provocando essas lesões ou ir a ter que fazer o uso de medicamentos como corticoide e anti-inflamatórios

tópicos, se não funcionar terá que substituí-la, em alguns caso medicação será aconselhada, devendo assim melhorar a situação do paciente. Os pacientes se lembram e relatam quando ocorreu o trauma ao dentista como uma leve batida na hora de escovar os dentes ou atrito dos aparelhos protéticos ou ate mesmo uma mastigação de algum alimento mais duro na Figura 10 mostra como as úlceras traumáticas se manifestão na cavidade oral (TRINDADE et al., 2018)

Figura 10: Úlcera traumática.



Fonte: Niville et al. (2004).

4.2 Estomatite protética

Sendo uma das lesões mais encontradas em pacientes usuários de prótese parcial ou total, elas esta localizada na mucosa do paciente. A estomatite protética e relacionada a uma inflamação da mucosa subjacente a prótese e a regia de palato.

Esta lesão pode ter origem de diversas formas sendo elas por causas sistêmicas e locais ou com a má higienização ou ate mesmo a porosidade da resina e traumas na mucosa oral (MORITZ, COELHO. 2018).

Doença crônica que podem ser reconhecida como uma inflamação generalizada ou local na mucosa oral, o uso da prótese é um fator iniciante para a inflamação. Pacientes reabilitados com aparelhos protéticos, tende a ser comum o aparecimento de estomatite protética quase sempre associada à presença de candidíase eritematosa (FREIRE et al., 2017).

A superfície interna da resina apresenta irregularização e porosidade, dano um ambiente propicio para fungos e bactérias, os principais fatores que atribuem a estomatite protetica. Para seu tratamento se deve o uso de antifungicos e a implementação de novos habitos de higienização do paciente se continuar tera que fazer a troca do corpo protetico, conforme a figura 11 que esta mostrando como é o aspecto clinico da estomatite protetica (OLIVEIRA et al., 2000).

Figura 11: aspecto clínico da estomatite protética



Fonte: COELHO et al. (2004).

Já na figura 12 esta mostrando toda uma sequencia dos principais fatores etiologicos da estomatite protetica (OLIVEIRA et al., 2000).

Figura 12: Principais fatores na etiologia da estomatite protética



Fonte: COELHO et al. (2004).

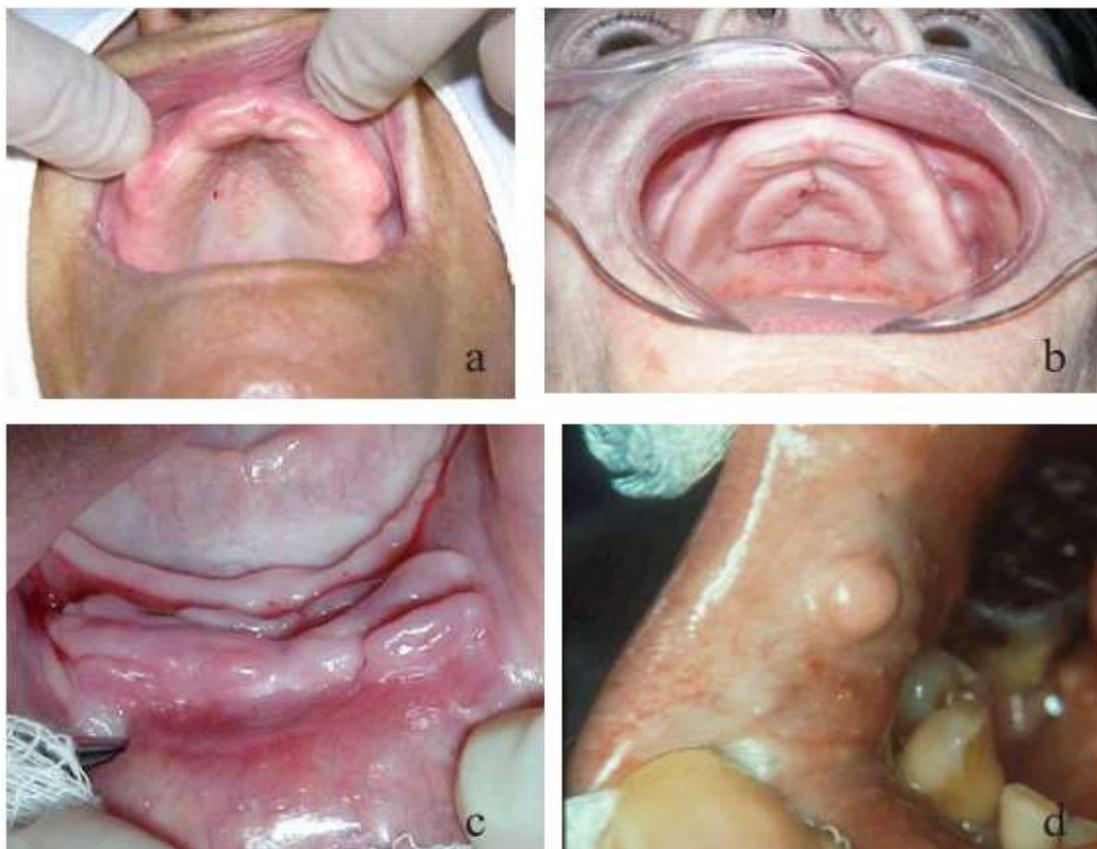
4.3 Hiperplasia papilar inflamatória

Conhecida como uma lesão proliferativa benignas que são surgidas na cavidade oral, podem ser desenvolvidas por diversas maneiras a mais comum e originada de um trauma crônico de baixa intensidade. Tem alguns parâmetros que a frequência com que as hiperplasias papilares inflamatórias estão aparecendo e com um aumento no uso das próteses parciais, totais mal adaptadas e antigas que causam mais traumas e inflamação dos tecidos orais (COELHO et al., 2004).

É uma lesão que está em relação ao tecido conjuntivo fibroso se dando através de um trauma crônico, uma das lesões que mais são encontradas na cavidade oral, possuindo algumas características assintomáticas, surgem em alguns locais na cavidade oral como, bochecha, lábios, gengiva e palato, estão divididas entre firmes e flácidas tendo superfícies lisas e crescimento assintomático e lento. Seu surgimento é associado a má adaptação das próteses, podendo ser também pela falta de orientação do dentista ao paciente, ou falhas na confecção, conforme a figura 13 que esta como exposição algumas formas que a hiperplasia papilar inflamatória se manifesta na cavidade oral (COSTA et al., 2023).

Em diversos casos a hiperplasia papilar inflamatória são causados pelo mal uso das próteses que estão associadas a infecções fúngicas como exemplo no palato (COELHO et al., 2004). Mesmo com o principal causador de hiperplasia inflamatória ser as PPR mal adaptadas, o surgimento dessas lesões se distinguem ao fator etiológico como, bordas cortantes de dentes, má higiene bucal, diastema e procedimentos iatrogênicos, a origem da lesão e do mecanismo de sucção (FALCÃO et al., 2009).

Figura 13: a) HIP do palato b) HIP por sucção c) HIP fundo de sulco d) fibroma de irritação

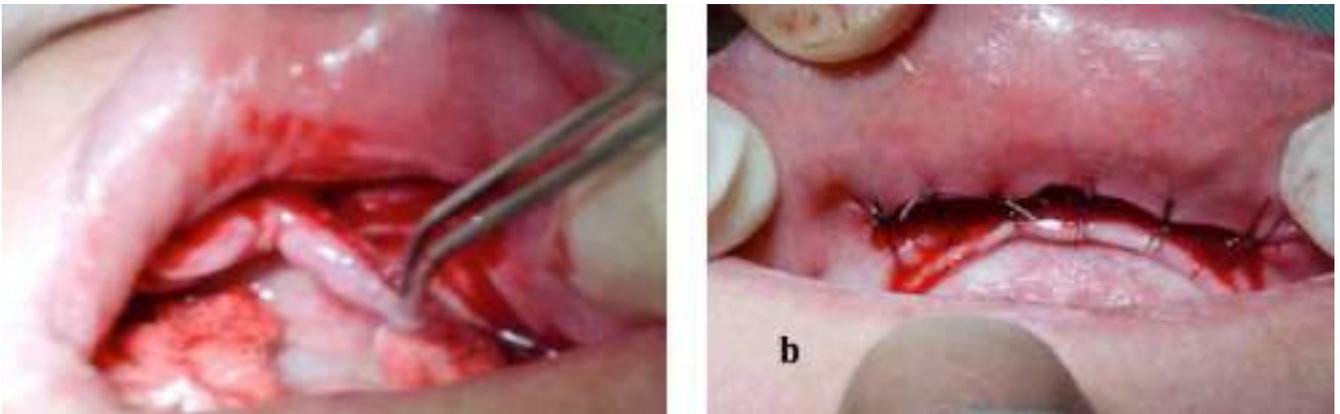


Fonte: COELHO et al. (2004).

Segundo Neville (2009), estudos comprovam que a prevalência de hiperplasia inflamatória se dá ao sexo feminino, acometendo a regiões anterior da maxila e mandíbula. Já em relação a região posterior, segundo Coelho (2004), é predominantemente o sulco vestibular.

Os tratamentos mais utilizados contra a hiperplasia papilar inflamatória e a remoção através de cirurgias, porém podem ser escolhidas outras formas de tratamento como a utilização de laser, após a remoção da hiperplasia deve ser mandado para os órgãos responsáveis para ser feito a biopsia conforme esta sendo mostrada na figura 14 (COELHO et al., 2004).

Figura 14: remoção da hiperplasia papilar inflamatória



Fonte: COELHO et al. (2004).

4.4 Candidíase

É uma doença infecciosa oriunda do fungo *cândida albicans*, muito encontrado no meio bucal, lesão encontrada frequentemente na mucosa do palato. Candidíase oral geralmente são assintomáticas, podendo assim apresentar sintomas raros entre eles queimação, dor ou halitose (BOMFIM et al., 2008).

Existem resumidamente duas formas dessa doença: a forma atrófica ou vermelha e a forma pseudomembranosa ou branca. A candidíase atrófica, também conhecida como estomatite protética, é caracterizada por áreas vermelhas na mucosa que estão em contato direto com as bordas ou base de uma prótese removível. Já a candidíase pseudomembranosa é a condição patológica mais comum entre as lesões brancas na mucosa bucal. A presença de *Cândida* é comum em 40-60% da população como parte da flora normal. Fatores que podem predispor ao desenvolvimento da doença incluem má higiene bucal, próteses mal adaptadas, diabetes, gravidez, neoplasias, corticoterapia, radioterapia, quimioterapia, imunodeficiência e uso de antibióticos. Normalmente a candidíase está associada a várias faixas etárias, desde crianças até idosos (BERNAL et al 2005)

Segundo Bernal et al (2005). o mal cuidado e a má higienização da prótese, se associado ao trauma agem como um fator predisponente para a candidíase pois seu desenvolvimento irá depender das condições gerais de saúde do paciente, seu tratamento é muito simples, basta ser prescrito ao paciente que faça o uso de algum antifungo em forma de gel como a nistatina, na figura 15 mostra como são as modificações na mucosa oral.

Figura 15: Candidíase na cavidade oral.



Fonte: Farias neto et al. (2011).

4.5 Queratose friccional

A irritação crônica provocada por uma PPR pode causar uma lesão branca com uma superfície áspera, chamada queratose friccional. entretanto essa lesão se assemelhe clinicamente à leucoplasia verdadeira, acredita-se atualmente que seja uma resposta hiperplásica. Essas queratoses geralmente desaparecem após a remoção do trauma e não há evidências de que possam se transformar em câncer, mesmo na presença de próteses dentárias ou dentes danificados ou ausentes, na figura 16 nos mostram queratoses friccionais ocasionadas por próteses dentárias parciais removíveis mal adaptadas na sua base (NEVILLE et al., 2004).

Figura 16: Queratoses friccionais ocasionadas por próteses dentárias parciais removíveis mal adaptadas na sua base



Fonte: Neville et al. (2004).

4.6 Granuloma piôgenicos

Lesão de natureza não cancerígena que se manifesta como uma massa plana ou lobulada, geralmente com uma haste. A superfície pode estar ulcerada e apresentar coloração que entre vermelho e roxo, com dimensões que vão de alguns milímetros a vários centímetros. Em alguns casos, a gengiva é o local afetado, enquanto os lábios, língua e mucosa jugal são outros locais comuns. Histórico de trauma decorrente de próteses dentárias antes do surgimento da lesão não é incomum, especialmente quando ela é extragengival. A maioria dos casos ocorre em mulheres devido aos efeitos vasculares do estrogênio e progesterona. O tratamento inclui a remoção conservadora da lesão e do fator traumático associado na figura 17 temos granuloma piôgenicos em usuários de PPR que esta com uma mal adaptação (NEVILLE et al., 2004).

Figura 17: grânuloma piôgenico

Fonte: Neville et al. (2004).

4.7 Higienização da prótese

O modo correto de higienizar próteses consiste em utilizar uma escova de dentes apropriada com cerdas em formato cônico e cilíndrico, com o tamanho ideal para limpar a parte interna da prótese, de preferência uma escova específica para próteses. É recomendado também o uso de sabão ou de outro produto não abrasivo, a fim de evitar danos estéticos e funcionais causados por agentes abrasivos. Após a limpeza mecânica, é aconselhável realizar uma higienização química com peróxidos alcalinos, que não danificam o metal ou a resina da prótese, removendo manchas leves e sendo eficazes contra bactérias e fungos. O uso de hipocloritos deve ser evitado, pois podem provocar corrosão no metal da prótese removível parcial. Apesar da importância da limpeza frequente, muitos usuários de próteses não seguem as orientações corretas de higienização. A responsabilidade pela limpeza da prótese é do paciente, mas cabe ao profissional motivar e orientar adequadamente. Os usuários de próteses devem entender que estas podem ser reservatórios para microorganismos prejudiciais e, portanto, devem ser incentivados a adotar medidas de prevenção e controle do biofilme para manter a saúde bucal em dia na figura 18 nos mostra uma PPR sendo higienizada (LUIZ et al., 2011).

Figura 18: PPR sendo higienizada



Fonte: Sugano et al. (2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aprendizado sobre a confecção de Prótese Parcial Removível tem que ser sólido nas faculdades, pois essa técnica de reabilitação foi e ainda será utilizada na prática odontológica por muitos anos.

Mesmo com a redução do número de indivíduos desdentados nas últimas décadas, a procura por PPR continuará alta devido ao aumento da longevidade da população e ao sistema de saúde vigente, que ainda não resolveu completamente a questão da perda dentária. Além disso, as diferentes realidades sociais resultantes das disparidades socioeconômicas na sociedade geram necessidades e expectativas diversas entre os pacientes, com oportunidades distintas para cada um.

Após a análise realizada, é evidente que as próteses dentárias móveis desempenham um papel crucial na recuperação oral dos pacientes desdentados que perderam funções essenciais. No entanto, é fundamental que sejam fabricadas de forma adequada e mantidas limpas pelos usuários para evitar danos à mucosa bucal.

Estudos mostram que as próteses não substituem os dentes naturais e podem causar várias lesões. Essas lesões podem afetar a capacidade de mastigação e, conseqüentemente, reduzir a ingestão de nutrientes do paciente. De acordo com a literatura, as principais lesões resultantes do uso de próteses bucais inadequadas ou feitas de forma inadequada incluem úlceras traumáticas, queratoses friccionais, candidíase, hiperplasia fibrosa inflamatória e granuloma piogênico. Essas lesões são mais comuns quando a higienização bucal é insuficiente. Através do monitoramento cuidadoso do seu dentista, instruções de higiene bucal e ajustes apropriados após a colocação da prótese, os sintomas orais podem ser minimizados. Isso mantém a saúde dos tecidos. Durante o tratamento, é importante ressaltar que o tratamento é contínuo, pois são necessárias visitas regulares para verificação da higiene bucal e da prótese.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, A. U. D. et al. Avaliação do planejamento de prótese parcial removível em modelos recebidos por laboratórios de João Pessoa-PB. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 1, p. 55-58, 2011.
- BELONI, W. B.; VALE, H. F. DO; TAKAHASHI, J. M. F. K. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO UPF**, v. 18, n. 2, p. 160–164, 1 ago. 2013.
- BERNAL, E. C. D. et al. Estética em prótese total. **Revista Uningá**, v. 5, n. 1, 2005.
- CARR A. B., BROWN D.; COOPER S. E. M. **Prótese parcial Removível**. 12. ed. São Paulo: Elsevier; 2012.
- COSTA, L. G. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso com características clínicas atípicas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 694-706, 2023.
- COSTA, R. et al. Relação entre o uso de próteses removíveis e lesões bucais: revisão de literatura. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 13, n. 1 ESP, p. 31, 2019.
- DA SILVA, P. M. B.; PORTO, V. C.; BONACHELLA, W. C. Aspectos periodontais em pacientes usuários de próteses parcialmente removíveis. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 3, 2008.
- DE FIGUEIREDO, V M. G. et al. Sistemas de Classificação em Arcos Parcialmente Edêntulos: Revisão Narrativa da Literatura. **Archives Of Health Investigatio**. v. 12, n. 8, p. 1715-1723, 2023.
- DO PATROCÍNIO, B. M. G.; ANTENOR, A. M.; HADDAD, M. F. Prótese Parcial Removível Flexível – revisão de literatura. **Archives Of Health Investigation**, v. 6, n. 6, 11 jul. 2017.
- FALCÃO, A. F. P. et al. Hiperplasia fibrosa inflamatória: relato de caso e revisão de literatura. **R. Ci. méd. biol.**, Salvador, v.8, n.2, p. 230-236, mai./ago. 2009.
- FERNANDES L. E. et al. Avaliação do material enviado por cirurgiões dentistas aos laboratórios de próteses parciais removíveis. **Rev. Fac. Odonto**, Porto Alegre, v.45, n.2 p.14-16. 2004.
- FONTES, L. S. **Insucesso na reabilitação com próteses parciais removíveis: principais causas**. 2019, 64 f. Universidade Federal de Juiz de Fora. Instituto de Ciência da Vida. 2019.
- FREIRE, Julliana Cariry Palhano et al. Candidíase oral em usuários de próteses dentárias removíveis: fatores associados. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 4, 2017.
- GOIATO, M. C. et al. ASSUNÇÃO WG. Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 5(1): 85-90, jan-abr. 2005.
- KAISER, F. **Prótese Parcial Removível** - 1ª ed, Curitiba: Editora Maio, 2002. 261p.

LAM, A. C. C. C. **Prevalência de cárie dentária em nichos de prótese parcial removível.** 2018. Tese de Doutorado. Universidade Católica Portuguesa. 2018.

MANENTI, F. M. et al. **Prevalência e natureza de falhas e complicações com próteses parciais removíveis realizadas na Universidade Federal de Santa Catarina.** TCC (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina. **Centro de Ciências da Saúde. Odontologia.** Florianópolis, 2015.

MOTTA, B. B.; NOGUEIRA, A. V.; TOASSI, R. F. C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em usuários de uma Unidade de Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Arquivos em Odontologia**, v. 50, n. 4, 2014.

MUSSE, D. S. et al. Desempenho do revestimento de argamassas reforçadas com telas: estudo de fissuração e do comportamento mecânico. **Ambiente Construído**, v. 20, n. 3, p. 467–491, jul. 2020.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxillofacial.** 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972 p.

OLIVEIRA, T R. C. et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de próteses totais. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, p. 219-224, 2000.

SUGIO, C. Y. C. et al. Considerações sobre os tipos de próteses parciais removíveis e seu impacto na qualidade de vida. **Rev. Odontol. Araçatuba (Impr.)**, p. 15–21, 2019.

TELES, J. A. C. F. **Lesões na cavidade oral associadas ao uso de prótese parcial removível.** 2010. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso. 2010.

TUDEIA, A. M.; SOUZA, W. D. **Planejamento da prótese parcial removível.** Trabalho para a obtenção do título de graduação em Cirurgião Dentista. Centro universitário São Lucas. Porto Velho, 2018.

WALDEMARIN, R. F. A.; CAMACHO, G B. **Prótese Parcial Removível -Sistema De Retenção I.** Trabalho de Conclusão. 2015. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/protparcial/files/2016/02/Sistema_retencao_2015.pdf>. Acesso em: 16 set. 2023.

FARIAS NETO, A.; CARREIRO, A. DA F. P.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M. **A Prótese parcial removível no contexto da odontologia atual.** *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 10, n. 2, p. 125–128, 1 jun. 2011.

TORRES, É. M. DE et al. **Utilização do titâneo na confecção de estruturas metálicas em prótese parcial removível.** repositorio.ufrn.br, 2007.

AMARAL, B. A. DO. **Estudo Clínico Longitudinal Comparativo da Condição Periodontal de Pilares Diretos de Próteses Parciais Removíveis Dento-Suportada e Dento-Muco-Suportada.** *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 9, n. 3, p. 381–388, 1 set. 2009.

TORBAN, P. et al. **Avaliação qualitativa e quantitativa dos planejamentos de próteses parciais removíveis enviados pelos dentistas aos laboratórios de prótese dentária.** Odontologia Clínico-Científica (Online), v. 15, n. 2, p. 109–114, 1 jun. 2016.

MICAELLA, L. ET AL. VIVIANE MARIA GONÇALVES DE FIGUEIREDO. **Considerações biomecânicas sobre suporte, retenção e estabilidade em prótese parcial removível convencional: uma revisão narrativa da literatura.** J. Dent. Public. Health, v. 11, n. 2, p. 199–215, 2020.

FABRÍCIO, R. et al. **PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL -SISTEMA DE RETENÇÃO I.** 2010.

PHOENIX, R. **Clinical removable partial prosthodontics.** 3ª. ed., Hanover Park: Quintessence Publishing, 2003.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.N.; BOUQUOT, J.E. **Patologia oral e maxilofacial.** 2ª. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

TRINDADE, M. G. F., OLIVEIRA, M. C., PRADO, J. P., & SANTANA, L. L. P. (2018) **Lesões associadas à má adaptação e má higienização da prótese total.** Id on Line Ver. Mult. Psic., 12(42), 956-968.

MORITZ, P. B., & COELHO, L. S. B. (2018). **Manifestações orais associadas ao uso de próteses removíveis mal adaptadas.** Instituto Universitário de Ciências da Saúde.

COELHO, C.M.P.; SOUSA, Y.T.C.S.; DARÉ, A.M.Z. **Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry.** J Oral Rehabil, Oxford, v. 31, n. 2, p. 135-9, 2004.

ZI, J.A.; SCIUBBA, J.J. **Patologia Bucal – correlações clinicopatológicas.** 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

LUIZ, F. et al. **Higienização de Próteses Totais e Parciais Removíveis Complete and Partial Removable Dentures Cleansing Methods.** v. 15, n 1, p.87-94, 2011.

SUGANO, D. et al. **Higienização em Prótese Parcial removível Cleaning WayS Of RemOvable PaRtial DentUREs,** 2008.

VOLPATO, C.A.M; GARBELOTTO, L.G.D; ZANI, I.M; VASCONCELLOS, D.K. **Uma visão contemporânea: fundamentos e procedimentos.** São Paulo: Santos, 2012. 482 p.