



RELATÓRIO DE ESTÁGIO FINAL

# Próteses parciais e totais telescópicas suportadas pelos cones de travamento

Rosario Fiorito - 21557

Orientador: Prof Doutor Correia Pinto  
Co Orientador Mestre Catarina Calamote

Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Ano 2018

## Declaração de integridade

Rosario Fiorito, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado: "Próteses parciais e totais telescópicas suportadas pelos cones de travamento ". Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.



"Relatório de Mestrado Integrado de Medicina Dentária " apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde 2018"

## Aceitação do Orientador

Eu, António Correia Pinto, com a categoria profissional de Professor auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de estágio intitulado "Próteses parciais e totais telescópicas suportadas pelos cones de travamento" do aluno de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Rosário Fiorito, declaro que sou de parecer favorável para que este relatório final possa ser presente ao júri para admissão a provas conducentes para obtenção do grau de Mestre.

Gandra, 2018

O Orientador

A handwritten signature in blue ink, reading "António Correia Pinto", is written over a horizontal dashed line.

## Agradecimentos

*"Agradeço a todas as pessoas que estiveram perto de mim nesta jornada, possibilitando a realização de um sonho."*

## ÍNDICE

### Capítulo 1 – Desenvolvimento da Fundamentação Teórica

1. Introdução .....	1
1.1. Definição .....	1
1.1.1 Sistema telescópico fixo .....	2
1.1.2 Sistema telescópico removível pelo dentista .....	3
1.1.3 Sistema Telescópico removível pelo paciente .....	4
1.2 Coroas telescópicas Cônicas .....	5
1.3 Indicações e contraindicações .....	6
1.4 Vantagens .....	7
1.5 Desvantagens .....	7
2. Objetivos.....	7
3. Materiais e Métodos .....	8
4. Discussão.....	8
5. Conclusão .....	13
6. Bibliografia .....	15
7. Anexos .....	16

### Capítulo II - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio

#### Supervisionado

2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária .....	17
2.2 Estágio em Clínica Hospitalar .....	17
2.3 Estágio em Saúde Geral e Comunitária .....	18

## Resumo

**Introdução :** Os Médicos Dentistas deverão estar sensibilizados para motivar e informar os pacientes da importância da reabilitação oral.

No campo das próteses telescópicas podemos ter próteses fixas, removíveis ou cônicas que representam uma ótima opção com muitas vantagens.

**Objetivos :** Este trabalho foi realizado com o intuito de efetuar uma revisão da literatura no que se refere às próteses telescópicas fixas, coroas removíveis e cônicas, a fim de evidenciar as vantagens e desvantagens que historicamente estão descritas na literatura clássica.

**Discussão :** As próteses telescópicas parciais e / ou totais, que são fixas, removíveis ou cônicas, possuem vantagens inúmeras, ambas aplicadas como pilares de implantes ou dentes naturais.

Graças aos estudos modernos, podemos confirmar com confiança o que foi escrito na literatura ou que essas próteses são adequadas para muitas situações e que permitem uma boa gestão da prótese, a limpeza da cavidade oral, a reabilitação e a aparência estética.

Portanto, é muito difícil encontrar contra-indicações que nos orientem para a escolha de manter e usar dentes saudáveis ou realizar uma cirurgia de implante, pois é geralmente difícil encontrar contra-indicações ao uso de uma prótese de tipo conométrico.

**Materiais e métodos:** Para esta revisão de literatura foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed, ResearchGate, Wolters Kluwer, Elsevier*.

**Conclusão:** Nesta tese, também graças à literatura científica mais moderna, podemos afirmar com razoável certeza que a prótese telescópica, é uma forte opção a ter em conta pois reflete integralmente todos os parâmetros abordados, além de oferecer uma taxa de sucesso perto da excelência.

**PALAVRAS CHAVE:** Próteses telescópicas, sistema telescópico fixo, sistema telescópico removível, Coroas telescópicas cônicas, reabilitação Oral.

## Abstract

**Introduction :** The Dentists is responsible to motivate and inform patients of the importance of oral rehabilitation.

**Objectives :** In the field of prosthesis, fixed telescopic implants, removable or conometric prosthesis is represent a great opportunity in many situations, requiring costly storage, good functional and aesthetic recovery and low chance of complications.

This work was carried out with the purpose of reviewing the literature regarding fixed telescopic prostheses, removable crowns and conical crowns, in order to highlight the advantages and disadvantages historically described in the classical literature.

**Discussion :** Partial and / or total telescopic prostheses, which are fixed, removable or conical, have countless advantages, both applied as pillars of implants or natural teeth.

Thanks to modern studies, we can confidently confirm what has been written in the literature or that these prostheses are suitable for many situations and allow good prosthesis management, oral cavity cleaning, rehabilitation and aesthetic appearance.

Therefore, it is very difficult to find contraindications that guide us in choosing to maintain and use healthy teeth or perform an implant surgery, because it is generally difficult to find contraindications to the use of a prosthesis of the economic type.

**Materials and Methods :** For this review of the literature, the information was extracted from scientific articles using *PubMed, ResearchGate, Wolters Kluwer, Elsevier* search engines.

**Conclusion:** In this thesis, also thanks to the most modern scientific literature, we can say with reasonable certainty that the telescopic prosthesis is a strong option to take into account as it fully reflects all the parameters listed above, besides offering a near success rate of excellence.

**KEYWORDS:** Fixed telescopic prosthesis, removable telescopic prosthesis, cronometric prosthesis. Rehabilitation, implantology.

## Capítulo I - Desenvolvimento da Fundamentação Teórica

## 1-Introdução

O objectivo da reabilitação oral è proporcionar ao paciente estabilidade funcional , retenção , estética e conforto , com manutenção da dentição e com saúde periodontal.

A coroa telescópica é definida como uma coroa artificial fabricada para encaixar numa coroa de uma peça dentária <sup>(1)</sup>.

As coroas telescópicas foram usadas principalmente em Próteses removíveis para conectar á prótese á restante dentição <sup>(1)</sup>.

A sensibilização crescente dos pacientes para a necessidade da reabilitação oral è um factor preponderante.

O objectivo deste trabalho é a revisão bibliográfica de reabilitação oral retida por coroas telescópicas.

Com este trabalho de revisão , propomo-nos compreender as vantagens dos meios retentivos adicionais nas reabilitações orais; esclarecer o conceito de coroa telescópica e as diferentes madalidades de coroa dupla.

A reabilitação oral com próteses suportadas por coroas telescópicas è reconhecida como um tratamento para o restabelecimento da função e estética.

Na elaboração do plano de tratamento deverão ser consideradas inúmeras variaveis como o número e a saúde de dentes pilares, a motivação do paciente, a experiência do medico dentista e do protésico que podem influenciar o resultado e o sucesso do tratamento.

### 1.1- Definição

O termo "prótese telescópica" refere-se a uma prótese fixa ou removível que é considerada como pilar dentário que contém um sistema de ancoragem particular. Pode ser adaptada a uma realidade clínica diferente, sendo deste modo, mais apropriado falar de "sistema telescópico", sistema este que está constituído por duas subunidades concêntricas e distintas, que estão diretamente relacionadas <sup>(2)</sup>.

A primeira subunidade é formada apenas por metal, está cimentada ao dente e encaixa com o sistema telescópico, já a segunda subunidade é designada por ancoragem secundária <sup>(2,3)</sup>. As duas subunidades juntas representam uma unidade funcional, e destinam-se, de acordo com o tipo de reconstrução protética, a permanecer ligadas

através de cimento temporário ou permanente. Os parafusos de retenção são sistemas de exploração de ancoragem de atrito ou mecânica. <sup>(2,3)</sup>

Na variabilidade clínica, a possibilidade para remover a matriz da primeira subunidade permite-nos, de acordo com o sistema utilizado, distinguir a prótese em:

- Sistema telescópico fixo;<sup>(4)</sup>
- Sistema telescópico facilmente removível pelo Médico Dentista;<sup>(4)</sup>
- Sistema telescópico livre, removível pelo paciente. <sup>(4)</sup>

A função principal de uma coroa telescópica, que seja paralela, cônica ou com sistema de attachment, é a de atuar como elemento retentivo<sup>(2,3)</sup>. A sua forma contribua também ao alcance dos dois outros princípios biomecânicos fundamentais à realização das próteses removíveis: o suporte e a estabilidade <sup>(4)</sup>. Outra função fundamental dos trabalhos telescópicos é a preservação de um trabalho evitando a perda futura dos dentes remanescentes <sup>(2,3)</sup>.

### **1.1.1-Sistema telescópico fixo**

Independentemente do sistema de ancoragem telescópico que estivermos a falar, há sempre cimentação ao dente suporte. No entanto, o sistema de conexão entre as duas estruturas primárias e secundárias é considerado uma variável. <sup>(4)</sup>

O sistema telescópico fixo está firmemente fixo a uma única unidade através de um cimento duradouro. Neste caso, a prótese é na verdade uma prótese fixa. <sup>(2)</sup>

Esta prótese telescópica é considerada, em certas situações, nomeadamente na falta de paralelismo entre os elementos dentários. Esta situação acontece quando há uma inclinação diferente ao eixo longitudinal que pode ocorrer devido ao mau alinhamento na fase de erupção dos dentes ou, mais frequentemente, com a perda de alguns elementos dentários. <sup>(5)</sup>

#### Necessidade de conexão posterior da prótese

Ao planear o tratamento protético, deve-se considerar a possibilidade de um realinhamento dos pilares através de tratamento ortodôntico. Se mesmo após este tratamento não houver paralelismo dos pilares, será necessário a realização em laboratório de um falso coto, que irá facilmente ajudar a realinhar os pilares. <sup>(4,5)</sup>

Graças ao princípio telescópico, a reconstrução da prótese com um duplo encosto de coroas permite a incorporação da prótese realizada de uma só vez <sup>(4,5)</sup>

#### Segmentação em grandes restaurações

Se o envolvimento da prótese estiver distendido, a prótese pode eventualmente ser dividida em áreas autónomas de tamanho limitado. <sup>(4)</sup>

A presença de uma ou mais ligações posicionadas seletivamente ao nível das estruturas primárias (machos) vai permitir dividir a restauração final (matriz) em subunidades mais pequenas, independentes e facilmente controláveis, tanto na fase de processamento como nos aspetos funcionais e estéticos. <sup>(4,5)</sup>

#### **1.1.2- Sistema telescópico removível pelo dentista**

A prótese telescópica facilmente removível pelo Médico Dentista é uma das formas mais clássicas de utilização do princípio da prótese telescópica. É uma técnica com um enorme sucesso, pois contém a capacidade de remover a prótese facilmente, aspeto este que ultrapassa os esquemas clássicos e permite tratamentos periodontais e endodônticos, e até mesmo a extração de pilares sem comprometer toda a estrutura. <sup>(3)</sup>

Este tipo de prótese removível tem vantagens comprovadas comparativamente à prótese telescópica fixa, pois permite adicionalmente outras possíveis resoluções, nomeadamente o fácil acesso ao periodonto marginal e a capacidade de remover a estrutura secundária. <sup>(6)</sup>

#### Acesso fácil ao periodonto marginal

A capacidade de remover a estrutura secundária permite um acesso ao elemento de ancoragem periodontal, coisa que não acontece numa prótese tradicional. <sup>(6)</sup>

O estado de saúde gengival é determinado de uma maneira ótima, pois a falta de pontos de contacto torna disponível um espaço muito grande de inspeção. A intervenção terapêutica em todos os tecidos irritados e inflamados é acompanhada pela possibilidade de adaptar a prótese secundária com as necessidades clínicas <sup>(3)</sup>.

### Recuperação dos pilares

A recuperação nos pilares está diretamente relacionada com a conservação e com os tratamentos endodônticos sobre os pilares, que facilita a possibilidade de remoção da estrutura secundária. O acesso endodôntico pode ser praticado apenas por meio da âncora secundária. <sup>(6)</sup>

### Extração de elementos dentários

Se for necessária a exodontia de um ou mais elementos dentários para acrescentar na prótese, esta irá ser facilitada pela possibilidade da estrutura secundária. Após cura do local de extração, será facilmente adicionada resina composta na ancoragem secundária para transformá-la num elemento de ponte. <sup>(6)</sup>

### Uso de pilares distribuídos desfavoravelmente

A prótese telescópica removível é particularmente indicada em situações em que os pilares são em número, em qualidade ou em distribuição desfavorável <sup>(5,6)</sup>

#### **1.1.3- Sistema telescópico removível pelo paciente**

O sistema telescópico removível pelo paciente é uma das aplicações clínicas mais interessantes. É constituído por uma única prótese que compreende tanto a parte de suporte da mucosa como uma parte estritamente telescópica <sup>(3)</sup>. A área de aplicação é muito diversa e pode ser apresentada como uma alternativa à reabilitação e subdividida em três tipos de situações, nomeadamente:

- 1- Situações de grande número de pilares dentários; <sup>(4)</sup>
- 2- Situações de número limitado de pilares; <sup>(5,6)</sup>
- 3- Situações de poucos pilares. <sup>(5)</sup>

Além da Coroa dupla clássica, o sistema telescópico pode diferenciar-se de acordo com a magnitude da superfície de extensão da âncora secundária. Deste modo, diferencia-se em sistema de anel telescópico (a estrutura dupla relaciona-se com as paredes laterais) ou sistema telescópico parcial, que apresenta coroas parciais duplas. <sup>(5,6)</sup> O sistema telescópico facilmente removível pelo paciente é essencialmente constituído por uma

prótese com vantagens na função e conforto e não nas condições clínicas, sendo então um método alternativo de reabilitação <sup>(4)</sup>. Os problemas clínicos que podem ser resolvidos por esta técnica para além de serem muitos são bastante diferentes. Além disso, a estrutura não pode ser apresentada com qualquer agente de cimentação para evitar a possibilidade de o cimento utilizado falhar. <sup>(4,5)</sup> Com esta prótese é possível calibrar com precisão a quantidade de retenções sobre pilares individuais, eliminando a pressão retentiva sobre os elementos que, devido a um estágio avançado da doença periodontal, não o podem suportar. É possível também diminuir a força utilizada sobre os pilares durante a mastigação. <sup>(5)</sup>

### Elementos pilares com prognósticos, individualmente, diferentes

Os pilares das próteses convencionais devem apresentar, todos, um prognóstico semelhante. A perda prematura de um ou mais elementos compromete o resultado da reconstrução geral. <sup>(4)</sup>

A prótese telescópica removível pelo paciente pode ainda ser incluída como elemento pilar que, em caso de acidente, a funcionalidade geral não é comprometida. <sup>(4,5)</sup>

### **1.2- Coroas telescópicas cónicas**

As coroas telescópicas cónicas são um tipo particular de prótese <sup>(4)</sup>. São parcialmente removíveis pois exploram o atrito entre coroas primárias cimentadas aos dentes de apoio e coroas secundários que são ligadas à prótese removível estrutural. <sup>(4)</sup>

Este tipo de reabilitação oral foi introduzido em 1968 na Universidade de Kiev K.H. Korber onde foi estudado o fenómeno físico na base da técnica de coroas cónicas. <sup>(6)</sup>

Korber <sup>(7)</sup> estabelece quatro pontos essenciais para poder adotar este tipo de método de reabilitação:

1. As áreas desdentadas devem ser longas;
2. A compressibilidade da mucosa deve ser mínima;
3. As formas das áreas desdentadas devem ser adequadas;
4. O periodonto dos dentes pilares deve ser saudável <sup>(7)</sup>.

Caso estejam satisfeitos esses requisitos básicos da prótese telescópica de coroa cónica, pode ser elaborado o caso clínico com um único dente pilar remanescente. Por outro lado, se não houver nenhum desses requisitos, este tipo de prótese está contraindicada. <sup>(5)</sup>

A coroa primária é moldada com a forma de um cone, mantendo a inclinação das superfícies primordiais em relação ao número de dentes de apoio, ao seu comprimento, e à sua mobilidade fisiológica. Portanto quanto menor for o número de elementos pilares, maior terá de ser a base da prótese. <sup>(4,5)</sup>

No entanto, esta técnica apresenta uma série de vantagens assim como: As forças de retenção entre coroas primárias e secundárias podem ser ajustadas sobre o grau de inclinação da parede axial das coroas primárias, no processo de concepção, construção e remodelação, pois são as mesmas paredes axiais durante os ensaios clínicos <sup>(4)</sup>;

1. As forças de retenção entre coroas primárias e secundárias têm uma longa estabilidade ao longo do tempo, isso graças à introdução no mercado de novas ligas que têm uma melhor resistência ao desgaste e deformação <sup>(4)</sup>;

2. As coroas primárias e secundárias estão em contato umas com as outras apenas na última fase evitando forças prejudiciais para os dentes pilares e a possibilidade de construção de um dispositivo protético, mesmo quando os dentes pilares estão inclinados. Isso pode ser feito facilmente, com uma boa higiene oral e, conseqüentemente, mantendo um bom estado de saúde periodontal ao longo do tempo <sup>(4)</sup>.

3. A perda de um dente pilar raramente envolve a reconstrução do tratamento protético, no entanto existem também desvantagens nomeadamente: <sup>(4,5)</sup>

4. Uma área sem solução de continuidade deve ser criada ao nível do colo entre a coroa secundária e a parte inferior do conector da prótese removível, com a possibilidade de acumulação de placa e de resíduos de alimentos nessa área <sup>(4,5)</sup>.

5. O paciente deve portanto, ser bem informado sobre os métodos de higiene a serem mantidos nestas áreas. A cobertura da coroa secundária pode causar descontinuidade especialmente na questão estética. Quando a prótese é removida, as coroas primária estão expostas, causando uma perda considerável de estética <sup>(4,5)</sup>.

### 1.3 - Indicações e Contraindicações

As principais indicações das coroas telescópicas são :

- presença de periodontite com mobilidade dos dentes <sup>(1,8,9)</sup> ;
- não há capacidade financeira para instalar implantes <sup>(8)</sup> ;
- muito pouco dentes para bloquear dentaduras <sup>(1,9)</sup> .

Prótese telescópica não é recomendada se o paciente apresentar :

- abrasão excessiva de esmalte<sup>(8,10)</sup> ;
- localização anormal dos dentes de suporte<sup>(1,9)</sup> ;
- patologia na qual é impossível remover o esmalte<sup>(9)</sup> ;
- doenças de tecidos periodontais<sup>(8,9,10)</sup>.

#### **1.4 - Vantagens das reabilitações com próteses telescópicas**

As vantagens das próteses com coroas telescópicas são:

- melhor retenção das próteses<sup>(8,11)</sup> ;
- promovem suporte e retenção das proteses removíveis , diminuindo os movimentos de deslocar a prótese<sup>(1,8,9,10,11)</sup> ;
- apresentam um impacto positivo na preservação dos dentes pilares com redução de eventual mobilidade dentária existente<sup>(8,10,11,12)</sup> ;
- bom acesso para higiene oral pelo paciente<sup>(11,12)</sup> .

#### **1.5 - Desvantagens das reabilitações com próteses telescópicas**

- necessidade de um preparo dentário relativamente extenso que permita espaço suficiente para a futura dupla coroa externa e interna , este facto aumenta o risco de recorrer a tratamento endodôntico<sup>(1,8,9,10)</sup> ;
- numa conexão rígida poderá aumentar a mobilidade dentária e a perda prematura dos pilares<sup>(4,11,14)</sup> ;
- esta técnica pressupõe um custo final de tratamento elevado , devido ao trabalho laboratorial mais complexo e consultas regulares de manutenção<sup>(10,12)</sup> .

## **2-Objetivos**

Este trabalho foi realizado com o intuito de efetuar uma revisão da literatura no que se refere às próteses telescópicas fixas, coroas removíveis e cónicas, a fim de evidenciar as vantagens e desvantagens que historicamente estão descritos na literatura clássica.

### 3- Materiais e Métodos

Para esta revisão de literatura foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *ResearchGate*, *Wolters Kluwer*, *Elsevier*, utilizando as seguintes palavras-chave: Prótese telescópica fixa, prótese telescópica removível, prótese conométrica.

Os critérios de inclusão foram: Acesso integral ao texto, limite temporal de 10 anos e estudos em humanos.

Os critérios de exclusão foram: Artigos não relacionados com o tema ou que não cumpram os critérios de inclusão.

Dos artigos recolhidos foram selecionados os mais relevantes.

### 4-Discussão

As próteses telescópicas parciais e/ou totais, fixas, removíveis ou cônicas, possuem muitas vantagens quando aplicadas como pilares de implantes mas também como dentes naturais <sup>(2,3,4,5)</sup>. Por meio de estudos recentes, podemos confirmar com confiança o que já foi escrito na literatura, e que estas próteses são adequadas em muitas situações e que permitem uma excelente gestão da prótese, limpeza da cavidade oral, reabilitação e aparência <sup>(13)</sup>.

É possível encontrar várias contra-indicações que nos orientam para a escolha de manter e utilizar dentes saudáveis ou realizar uma cirurgia <sup>(4,14)</sup>.

Na primeira parte deste trabalho foi exposto de forma sintética, os aspetos mais importantes em relação às próteses telescópicas fixas, removíveis e coroas cônicas.

É bem conhecido que este tipo de próteses em Medicina Dentária esteve em desuso durante algum tempo, muito por culpa dos implantes, mas finalmente voltaram graças a muitos profissionais a considerarem útil.

Um Médico Dentista no momento da escolha da prótese para pacientes completamente desdentados possui numerosas alternativas, nomeadamente próteses removíveis, fixas ou parcialmente removíveis.

De acordo com um estudo recente, o número de pacientes com uma prótese removível completa para ambas as arcadas varia entre 3% e 13%, enquanto que os pacientes com uma prótese fixa completa varia entre 13% e 29% <sup>(3)</sup>

Para este tipo de pacientes o principal objetivo é fazer uma prótese com custos baixos e com a capacidade de lhes oferecer a possibilidade de empreender um caminho de reabilitação oral <sup>(15,16)</sup>.

Entre os diversos sistemas de implante para prótese completa, a utilização de uma prótese cônica favorece o sucesso dos implantes tanto a nível mandibular como maxilar <sup>(17)</sup>.

No estudo de Bressan <sup>(18)</sup> foram selecionados 25 pacientes desdentados a nível mandibular, que foram tratados entre Novembro de 2009 e Abril de 2010 através da implantação de uma prótese de cone de travamento que completam com quatro suportes cada. Foram excluídos os pacientes com doenças sistémicas, história de radioterapia, sob terapia com corticosteróides, a presença de deficiência neurológica ou psiquiátrica, e pacientes imunocomprometidos. Deste modo foram avaliados os seguintes critérios:

1. Volume ósseo adequado, utilizando ortopantomografia;
2. Ausência de inflamação local;
3. Ausência de patologias da mucosa oral;
4. Higiene oral adequada.

No total, foram analisados 25 pacientes, dos quais 15 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com media de idade de 69 anos. No final do follow-up (24 meses) todas as próteses estavam em funcionamento com uma taxa de sobrevivência de 100%.

No que diz respeito a satisfação do paciente, como relatado na Tabela 1, 24 pacientes confirmaram serem capazes de mastigar qualquer tipo de alimento e que não há movimentação da prótese durante a mastigação. Resultados semelhantes foram obtidos no que diz respeito às competências linguísticas. Estas características fizeram 98% dos pacientes muito satisfeitos com a prótese tanto a nível funcional como a nível estético.

Em conclusão, o estudo confirmou que esta pode ser uma excelente opção para tratar a ausência de dentes na arcada inferior, pois tem êxito tanto a nível económico como a nível anatómico. Este é um tipo de prótese com elevada taxa de duração e resistência.

A Oligodontia é uma desordem hereditária rara, que pode ser acompanhada de displasia ectodérmica hereditária, em que o doente apresenta a ausência de 6 ou mais dentes permanentes. A oligodontia pode estar associada a doenças genéticas, doenças familiares, fatores do ambiente, radiação ou desordens hormonais. O plano terapêutico para estes

pacientes é um desafio a ser enfrentado com uma equipa multidisciplinar. Já o principal objetivo na reabilitação destes pacientes é ser capaz de obter uma prótese esteticamente e funcionalmente ótima utilizando as estruturas já existentes. Os dentes decíduos em pacientes com oligodontia devem ser preservados tanto quanto possível, para ser possível manter a harmonia estética.<sup>(19)</sup>

No estudo de Sethuram et al de 2016, em que foi avaliada a prótese telescópica num paciente do sexo masculino de 16 anos, que sofre de oligodontia da dentição permanente, foi possível visualizar a dificuldade na mastigação, o que consequentemente lhe dava uma má qualidade de vida. A inspeção revelou a presença de múltiplos dentes permanentes e confirmou a completa erupção de alguns deles. No pós-operatório follow-up, foi possível detetar a melhoria da capacidade da linguagem, expressões faciais e qualidade global de vida. Em conclusão, este paciente, que devido à sua idade precoce e às suas condições clínicas serem únicas, verificou-se um aumento. Deste modo, temos um paciente com uma condição quase única. Por conseguinte, a importância da preservação dos dentes permanentes foi o objetivo primário, bem como a reabilitação através de implantes. Estes implantes tiveram que ser absolutamente capazes de se adaptarem ao crescimento tanto a nível maxilar como a nível mandibular.<sup>(19)</sup>

Schwindling et al <sup>(14)</sup> realizaram um estudo retrospectivo de 7 anos, para avaliar as complicações mais comuns no que diz respeito a este tipo particular de próteses dentárias removíveis.

No mundo ocidental, de facto, cerca de metade dos adultos possuem uma prótese dentária. Por conseguinte, é natural que a manutenção adequada da perfeita funcionalidade das próteses é um dos fatores mais importante para assegurar que estas sejam eficazes <sup>(17)</sup>

A prótese de coroa dupla é caracterizada a partir de uma cópia primária (coroa primária), que está cimentada definitivamente para o encosto e uma coroa secundária que está integrada à prótese removível <sup>(3,18)</sup>.

Para uma boa higiene oral deste tipo de prótese, é facilitado o acesso ao coto devido à sua fácil remoção. Esta prótese não está isenta de complicações embora sejam bastantes raras.<sup>(13)</sup>

No que diz respeito a este assunto, foi realizado um estudo com uma amostra de 87 pacientes com 117 próteses que foi monitorizada durante cerca de 6 anos e constatando-se que 40 das 117 (17,1%) fraturaram a base da prótese e em 12% foi necessário efetuar um fortalecimento dentário <sup>(7)</sup> (Tabela 1).

As complicações possíveis nesta prótese são:

- Perda da coroa primária <sup>(4,14)</sup>;
- Fratura da prótese <sup>(13)</sup>;
- Conceção errada da coroa secundária <sup>(4,14)</sup>.

Hoje em dia é útil analisar o que é mais interessante para aqueles que decidem realizar um sistema deste tipo, ou seja, a taxa de sucesso. O sucesso é definido com a sobrevivência da prótese sem complicações graves. Para analisar o sistema tem sido usado o método de Kaplan-Meier. Depois de 5 anos, a taxa de sucesso para a prótese telescópica com coroa (T-PPR) <sup>(14)</sup> é de 100% e de 91,9% para implantes com bloqueio coroa cônica (C-RPD) <sup>(14)</sup>. O género não tem um efeito significativo neste tipo de prótese, o mesmo também se aplica a idade do doente <sup>(5)</sup>.

Estudos recentes recomendam o uso de próteses telescópicas removíveis fixadas em dentes naturais ou dentes reconstruídos por meio de implante. <sup>(2,3,4,5)</sup>

Neste relatório já falei sobre estudos recentes em próteses fixas nos dentes naturais, mas agora vou-me concentrar em estudos sobre dentes reconstruídos para, depois, avaliar as diferenças entre as duas possibilidades.

É importante chamar a atenção que, como já mencionado anteriormente, pacientes que sofrem de oligodontia parcial ou total são muito sensíveis quanto ao aspecto estético do resultado final.

No entanto, um médico dentista não deve esquecer a importância de alcançar resultados duradouros ao longo do tempo e garantir higiene bucal diária fácil.

A introdução de óxido de zircônia e das novas ligas de metais (titânio e aço) permitiu criar excelentes sistemas de materiais biocompatíveis e leves, que podem ser usados em conjunto com a última geração de cerâmicas, também estas compatíveis com as principais técnicas de construção de próteses telescópicas.

Segundo Zafiropoulos et al no 2010, foram selecionados três indivíduos não fumadores (dois homens e uma mulher) para um estudo retrospectivo <sup>(20)</sup> Estes autores submeteram

os três pacientes a tratamentos a uma periodontite crônica avançada. O primeiro paciente (mulher, 58 anos) depois de múltiplas extrações e vários tratamentos periodontais, permaneceu com 7 dentes maxilares naturais e recusou implantes. O segundo paciente (homem, 65) sofreu, 4 anos antes, a extração de todos os dentes maxilares, excluindo o número 12 e 15. Estes dois dentes, após a instalação de um implante, foram integrados em uma prótese telescópica. O terceiro paciente (homem, 60 anos), devido á avançada doença periodontal, sofreu a extrações de dentes maxilares exceto o número 16 e 11. Após vários tratamentos periodontais, aceitou a instalação de um implante. Foram utilizados implantes cilíndricos de tipo screw-type usando uma abordagem cirúrgica de 1-stage com administração de antibióticos e analgésicos orais no pós-operatório. As suturas foram removidas após 8 dias e o follow-up marcado cada mês. No total, foram instalados 10 implantes em 2 pacientes e um total de 9 dentes naturais foram tratados e utilizados como pilares nos três pacientes. No maxilar de todos os pacientes, foi realizada uma prótese telescópica, com um follow-up de cerca 3 anos.

Em conclusão nenhum dos pacientes teve qualquer tipo de dor, desconforto, abscessos ou reações alérgicas.

Além disso, nenhum implante ou dente natural foi perdido e nenhuma fratura foi observada.

De todos os dados e os argumentos nesta tese é importante, portanto, demorar algumas considerações finais.

Antes de tudo, é claro que as próteses telescópicas (parciais e totais), que são fixas, removíveis e cônicas, têm vantagens enormes, tanto quando aplicadas em pilares de implantes ou nos dentes naturais.

A melhor vantagem que este sistema tem é que pode realizar uma excelente gestão do periodonto e manutenção ao longo do tempo da nossa prótese. De fato, nada impede que a prótese seja removida e tenha um amplo acesso ao que cobre. Isso é possível graças à ausência de cimento entre as próteses e a mucosa porque a retenção é mantida através de uma relação de tipo mecânico. Além disso, outro grande ponto a favor destas próteses é a sua grande flexibilidade em quanto no planejamento os implantes podem ser usados com segurança em conjunto com os dentes naturais e, apesar das diferenças mecânicas, a retenção de nossa prótese não é afetada.

Uma confirmação adicional da sua flexibilidade tem quando, depois anos da instalação da nossa prótese, nos encontraríamos um projeto alterado devido à perda de alguns elementos dentários. Isso não exigiria necessariamente refazer a prótese.

Portanto, se não houver contra-indicações, no projeto protético, no uso de dentes ou implante é geralmente difícil encontrar contra-indicações ao uso de uma prótese de tipo conométrico.

Também é importante sublinhar como uma das principais contra-indicações no passado, com uso de ligas de ouro que estavam sujeitas a fenómenos de erosão, foi superado graças à introdução de super ligas com fenómenos de passivação naturais.

Entre as desvantagens, podemos citar o fato que uma prótese telescópica tem um excelente controlo ao longo do tempo da saúde e higiene bucal.

É importante lembrar a importância no cronograma do plano de tratamento multidisciplinar e também abordar os aspectos psicológicos que ocorrem nos pacientes submetidos a este plano de tratamento, bem como motivar as medidas preventivas em termos de manutenção, higiene e colaboração do paciente.

## **5-Conclusão**

Da análise da literatura científica referente a reabilitações orais com coroas telescópicas podemos concluir que as coroas telescópicas preconizam um sistema de coroa dupla com mecanismo de retenção e adesão.

A estabilidade e retenção são melhoradas quando comparadas com reabilitações parciais removíveis sem sistema de retenção adicional, traduzindo-se em conforto e funcionalidade para o paciente.

O paciente refere melhoria da qualidade de vida.

É um tratamento previsível com resultados estáveis a longo prazo.

Deverá ser realizado um adequado diagnóstico e um plano de tratamento multidisciplinar de forma a maximizar o êxito.

São necessários estudos clínicos controlados randomizados adicionais de forma a comparar o sucesso dos diferentes tipos de coroas telescópicas.

## 6-Bibliografia

1. Panagiotis Zoidis, Spyropoulou Panagiota, Gregory Polyzois. A Fixed Telescopic Prosthesis Designed to Retrieve and Convert to Fixed-Removable Combination Case: A Clinical Report. *Acta stomatol Croat.* 2015;49(2):145-150.DOI: 10.15644/asc49/2/8
2. ReddyM.S, Wang L. Radiographic determinat of implant performance *Clinical implant Dental.* 2009;36-42
3. Daniela Maria Pop, Dorin Dodenciu, Cosmin Sinescu,Meda Lavinia Negrutiu,Florin Ionel Topala, Emanuela Lidia Petruscu, Roxana Otilia Rominu,Adelina Elena Stoia, Mihai Rominu; *Investigations of Different Types of Welding In Dental Technology*; ISBN: 978-960-474-250-9
4. Santoro F, Andreoni D. *La conometria con leghe di titanio ed .Masson*
5. Castellani D.; *Principio telescopico e conometria nella riabilitazione protesica*; Edizioni Martina Bologna, 1996,7-112
6. Behr M, Hofmann E, Rosentritt M, Lang R,Handel G. Technical failure rates of double Crown-retained removable partial dentures. *Clinical Oral Investig.*2000; 4:87-90
7. Wolfart S, Moll D, Hilgers R, Wolfart M, Kern M. Implant placement under existing removable dental prostheses and its effect on oral health-related quality of life. *Clinical Oral Implants Research.* 2013; 24:1354 - 1359.
8. Revathy Gounder, P.Laxman Rao, G.Ajay Kumar, Githanjali M., N.Chandrasekhar. Full Mouth Rehabilitation of a Patient with Extracoronary Attachments and Telescopic Prosthesis - A Case Report *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2014 Oct, Vol-8(10): ZD04-ZD06
9. Jaafar Abduo, BDS, DClinDent Prosthodontist, Private Practice, Faculty of Dentistry, University of Western Australia, Australia. An innovative prostheses design for rehabilitation of severely mutilated dentition: a case report. *J Adv Prosthodont* 2011;3:37-42
- 10.Tushar Vitthalrao Bhagat, Ashwini Nareshchandra Walke. *Telescopic Partial Dentures-Concealed Technology .Journal of International Oral Health* 2015; 7(9):143-147
- 11.Leila Grando Amorim Mendes,, José Henrique Rohenkohl , Maria Odete Amorim Mendes. *Prótese sobre implantes: cimentada versus parafusada . Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 157-164, jul./dez. 2010*
12. Oliver Hoffmann, Dr Med Dent,MS, Christian Beaumont, Dr Med Dent, Dimitris N. Tatakis, DDS, PhD Gregory-George Zafirooulos,Dr Med Dent. *TELESCOPIC CROWNS AS ATTACHMENTS FOR IMPLANT SUPPORTED RESTORATIONS: A CASE SERIES.* *Journal of Oral Implantology.* Vol. XXXII/No. Six/2006
13. Hobson RS. Carter NE. Gillgrass TJ, Jepson NJ, Meechan JG, Nohn F. The interdisciplinary management of hypodontia: the relationship between an interdisciplinary team and the general dental practitioner. *British Dent J* 2003;194:478-482
14. Schwindling F, Dittmann B, Rammelsber P. Double-Crown retained removable dental prostheses: a retrospective study of survival and complication. *The Journal of prosthetic dentistry.*2014;488-493
15. María Vicenta Eustaquio-Raga, José María Montiel-Company, José Manuel Almerich-Silla; *Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain) ; Gac Sanit.* 2013;27(2):123–127

16. Muller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? *Clinical Oral Implants*. 2007; 3:2-14
17. Huang J.S, Zhu XB. Immediate implant-support and overdenture retained by conical crowns; three cases report. *West China of Journal of Stomatology*. 2009;27(4):461-464.
18. Bilal Ahmed\*; PROSTHODONTIC REHABILITATION OF NON SYNDROMIC TOOTH AGENESIS; Case Report. *JUMDC Vol. 4, Issue 2, July-December 2013*
19. Sethuram AK1, Arora V2, Kumar Pal A3, Singh Sandhu H2, Sahoo NK4, Guruprasada BS. Prosthodontic Rehabilitation with a Telescopic Prosthesis of a Nonsyndromic Oligodontia Patient 2016;25(3):245-251
20. Zafiropolulos G,Rebble J,Thielen U, Deli G, Beaumont C, Hoffmann O. Zirconia removable telescopic dentures retained on teeth or implants for maxilla rehabilitation three-year observation of three cases. *Journal of Oral Implantology*.2010;25:455-465.

## 7-Anexos

	Insufficient	Sufficient	Excellent
Operative Phase	0	2	23
Postoperative phase	0	5	20
Masticatory function	0	1	24
Phonetics	1	4	20
Prosthesis stability	1	0	24
Self-oral hygien	1	2	22
Esthetics	0	2	23

**Tabela 1: Satisfação dos pacientes após 24 meses**

## Capítulo 2 - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

### 2.RELATORIO DAS ATIVIDADES PRATICAS DAS DISCIPLINA DE ESTAGIO SUPERVISIONADO

O Estágio de Medicina dentaria desenvolveu se em tres areas distintas. Clinica Geral Dentaria, Clinica Hospitalar e Saude Oral Comunitaria

#### 2.1 ESTAGIO EM CLINICA GERAL DENTARIA

O Estágio em clinica geral dentaria foi realizado na Clinica Filinto Baptista, no Istituto Universitario Ciencias de Saude Em Granda, num periodo entre 12/09/2016 e 4/08/2017 com un total de 180 horas, com o intuito de proporcionar ao aluno a oportunidade de aplicacao de conhecimentos em contexto de pratica clinica, assim com inculir autonomia e responsabilidade. A supervisao ficou a cargo do Prof. Doutora Filimena Salazar, Prof Doutora Maria do Pranto, mestre Luis Santos, meste Jose Baptista, Profesora Doutora Cristina Coelho.

#### 2.2 ESTAGIO EM CLINICA HOSPITALAR

O Estágio em clinica hospitalar decorreu no Hospital Da Senhora Oliveira em Guimaraes no periodo compreendido entre 19/06/2017 e 4/08/2017 com uma carga horaria de 120 horas. Foi orientado e supervisionado pelo Doutor Fernando Figueira, mestre Raul Jose Pereira, meste Jose Adrian Costa. Este estigao permitiu ao aluno de cohecer a realidade do setor publico e a possibilidade de atuacao em pacientes com necessidades mais complexas,tais como:pacientes polimedicados, portatored de doecas sistemicas e limitacoes fisicas/cognitivas,assim como melhorar a sua experiencia,autonomia e qualidade do trabalho.

#### 2.3 ESTAGIO EM SAUDE ORAL E COMUNITARIA

Este Estágio foi orientado pelo Prof. Doutor Paulo Rompante,distribuito por 2 semestres na terca e quinta feira das 9 ate 12:30 por um total de 120 horas. Durante o primero

Próteses parciais e totais telescópicas suportadas pelos cones de travamento

21557 Rosario Fiorito | coorientador : Mestre Catarina Calamonte

semestres foram elaborados todos os materiais didáticos a utilizar e apresentados posteriormente de acordo com PNPSO. No segundo semestre, foram feitas visitas na EB Susão, JI Lagar, EB Saibreras, com o objetivo de promover a saúde oral em crianças que frequentam este estabelecimentos.