



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



## **REABILITAÇÃO ORAL POR MEIO DE OVERDENTURE MANDIBULAR: RELATO DE CASO**

Camila Maria Melo da Silva<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Vieira da Silva Gomes<sup>2</sup>, Paulo Maurício Batista da Silva<sup>1</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n2p91-113>

Artigo recebido em 4 de Janeiro e publicado em 4 de Fevereiro de 2026

### CASO CLÍNICO

#### RESUMO

**Introdução:** O avanço da odontologia reabilitadora no que diz respeito ao desenvolvimento de métodos alternativos aos tratamentos reabilitadores convencionais para pacientes edêntulos totais, associado a melhor aceitação a tratamentos com implantes dentários, permitiu que a utilização de próteses implanto-retidas e implanto-suportadas se mostrassem como opções de tratamento mais eficazes por apresentarem resultados positivos do ponto de vista biomecânico e estético, assim contribuindo para o bem estar físico e mental do paciente. **Relato de caso:** Paciente do gênero feminino procurou atendimento no Instituto Odontológico das Américas (IOA) com o desejo de realizar a troca de uma prótese total inferior retida por dois implantes, do tipo overdenture. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de reabilitação com overdenture sobre dois implantes mandibulares em região de mento. **Discussão:** Embora muito eficazes, as próteses totais fixas e implanto-retidas e implanto-suportadas necessitam de confecção mais demorada e delicada possuindo também uma técnica mais invasiva, além de elevado custo, com isso a overdenture pode ser considerada um método alternativo a tais situações. **Conclusão:** Foi possível observar que a utilização de implantes osseointegrados associados a prótese total tem sido uma alternativa bem sucedida ao que se diz respeito a reabilitação protética de pacientes edêntulos totais, tendo resultados vantajosos em relação à reabilitação convencional.

**Palavras-chave:** Overdenture, Prótese Total, Implantes Dentários.

## ORAL REHABILITATION WITH MANDIBULAR OVERDENTURE: CASE REPORT.

### Abstract:

**Introduction:** Advances in rehabilitative dentistry regarding the development of alternative methods to conventional rehabilitation treatments for fully edentulous patients, coupled with improved acceptance of dental implant treatments, have led to the use of implant-retained and implant-supported prostheses becoming more effective treatment options, as they present positive biomechanical and aesthetic results, thus contributing to the patient's physical and mental well-being. **Case report:** A female patient sought care at the Instituto Odontológico das Américas (IOA) with the desire to replace a mandibular complete overdenture retained by two implants. **Objective:** To report a clinical case of rehabilitation with an overdenture on two mandibular implants in the mandibular region. **Discussion:** Although very effective, fixed, implant-retained, and implant-supported complete dentures require more time-consuming and delicate fabrication, and are also more invasive and expensive. **Conclusion:** The use of osseointegrated implants combined with complete dentures has been a successful alternative for the prosthetic rehabilitation of fully edentulous patients, yielding advantageous results compared to conventional rehabilitation.

**Keywords:** Overdenture, Complete Prosthesis, Dental Implants.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## INTRODUÇÃO

Apesar do avanço da odontologia restauradora e dos métodos que prolonguem a permanência de elementos dentários de maneira que estes possam ter prognóstico favorável, a perda progressiva ou precoce de todos os elementos dentários tem se mantido como uma problemática presente ainda nos dias atuais. Esta perda total, também conhecida como edentulismo total, causada pelo efeito crônico e cumulativo de cárie dentária e doença periodontal ao longo da vida do paciente, e fortemente influenciada por aspectos socioeconômicos e culturais<sup>1</sup>.

Devido à sua alta prevalência a nível mundial, o edentulismo se tornou uma questão de saúde pública tendo em vista que seus prejuízos podem causar sérios danos tanto psicológicos como físicos para os indivíduos<sup>2,3</sup>. Afim de sanar tais problemas, surgiram as reabilitações orais através de próteses que têm como objetivo recuperar a harmonia do sistema estomatognático restabelecendo assim função, dimensão vertical, fonética bem como a estética<sup>4</sup>.

Entre as opções de reabilitação oral para pacientes edêntulos estão as próteses totais convencionais e as próteses totais sob implantes. Durante muito tempo a prótese total convencional se consolidou como a opção de tratamento mais utilizada por ser uma alternativa mais acessível do ponto de vista financeiro e por apresentar menos tempo de trabalho em relação as demais, porém levando em consideração sua biomecânica, a retenção e a estabilidade desse tipo de prótese a longo prazo, poderiam ser comprometidas<sup>5,6</sup>.

Embora o processo de perda óssea em um paciente edêntulo seja considerado fisiológico, o uso de prótese total convencional pode causar uma aceleração nesta perda haja vista que por ser mucossuportada toda a retenção e suporte da prótese se dá pela mucosa, comprometendo ainda mais o rebordo alveolar<sup>5</sup>. Devido à maior aceitação de tratamentos reabilitadores com o uso de implantes, novas alternativas surgiram, como as próteses totais implantossuportadas do tipo protocolo ou a overdenture também conhecida como sobredentadura<sup>7</sup>.

As overdentures são classificadas como próteses totais removíveis, podendo ser suportadas por remanescentes radiculares que apresentem bom prognóstico ou por implantes. Apesar de muco-suportada e implanto-retida, a overdenture não se encaixa

na classificação de próteses fixas por ser facilmente deslocada permitindo uma melhor higienização para o paciente, além de ser minimamente invasiva, ter um baixo custo em relação a prótese fixa bem como maior facilidade na manutenção pelo profissional permitindo também a preservação óssea alveolar e maior efetividade de retenção e estabilidade<sup>8</sup>.

O sistema de retenção deste tipo de prótese se dá por meio de *attachments* que possuem duas partes, uma inserida no implante e a outra permanece retira na parte interna da prótese total. A escolha do tipo de *attachments* está diretamente ligada ao sucesso do tratamento já que esta é considerada a região crítica do sistema de retenção. Entre os mais utilizados, estão o O'ring também conhecido como sistema do tipo bola, a retenção do tipo magnética ou pelo sistema de barra-clipe<sup>4</sup>.

O sistema barra-clipe é caracterizado pela presença de uma barra metálica, composta por ligas nobres como o titânio, unindo dois ou mais implantes entre si e de um clipe, podendo este ser encontrado na forma metálica ou plástica<sup>27</sup>.

Com base nas informações apresentadas, o presente trabalho visa apresentar as vantagens de uma reabilitação implantossuportada, sobretudo da reabilitação com overdenture, e abordar suas características bem como seu protocolo de confecção afim de enriquecer ainda mais as discussões e os avanços sobre tal assunto. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação com overdenture sobre dois implantes na mandíbula.

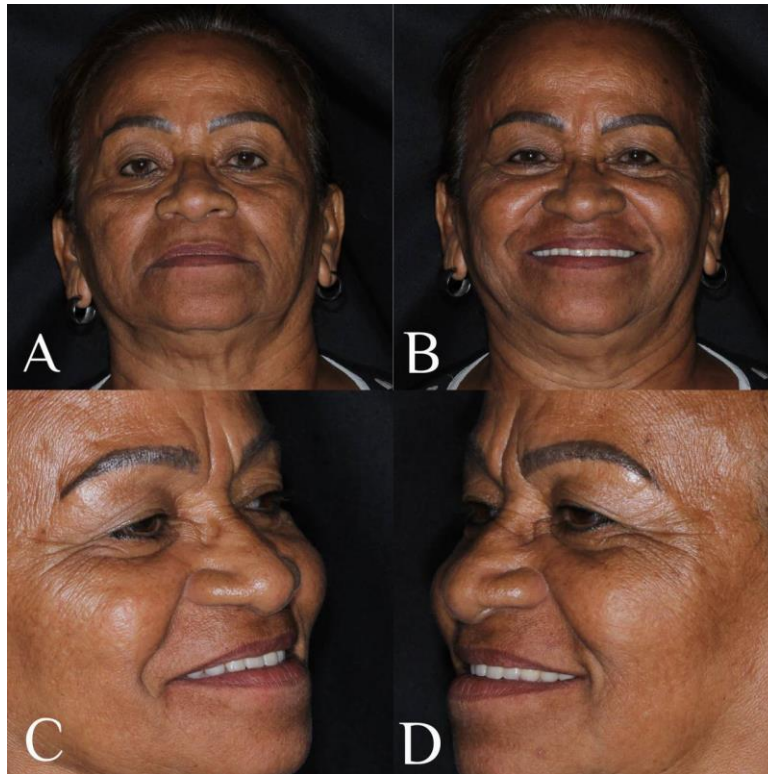


## **METODOLOGIA**

Para a realização deste trabalho a paciente foi informada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi posteriormente assinado pela mesma. Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scielo e Pubmed para seleção dos artigos, através dos unitermos “Overdenture, Prótese Total, Implantes Dentários”. Foram excluídos artigos com mais de 25 anos de publicação ou que não se encaixavam dentro dos critérios da pesquisa.

**RELATO DE CASO**

Paciente do gênero feminino procurou atendimento, com o desejo de realizar a troca de suas próteses totais convencionais por uma nova prótese total convencional superior e uma prótese tipo overdenture inferior. Durante a análise clínica intraoral foi possível observar a região de rebordo alveolar remanescente nas arcadas, a presença de dois implantes dois implantes mandibulares e a inter-relação entre as próteses totais antigas. Já na avaliação inicial extraoral, foram avaliados aspectos como simetria facial entre os terços da face, sorriso e suporte labial (Figura 1A-D).



**Fig. 1.A-D.** Análise facial frontal e lateral da paciente com as próteses antigas.

A paciente apresentava dois implantes do tipo hexágono externo, plataforma regular 4.1 Ø (SIN, São Paulo, SP, Brasil) já instalados em mandíbula, na região dos incisivos laterais na mandíbula, já a arcada superior se apresentava edêntula total, com uma prótese total superior deficiente (Figura 2.A-C). Com isso, levando em consideração os aspectos clínicos, socioeconômicos e o desejo prévio da paciente o tratamento de escolha foi a reabilitação através de prótese total do tipo overdenture com sistema de retenção barra-clipe.

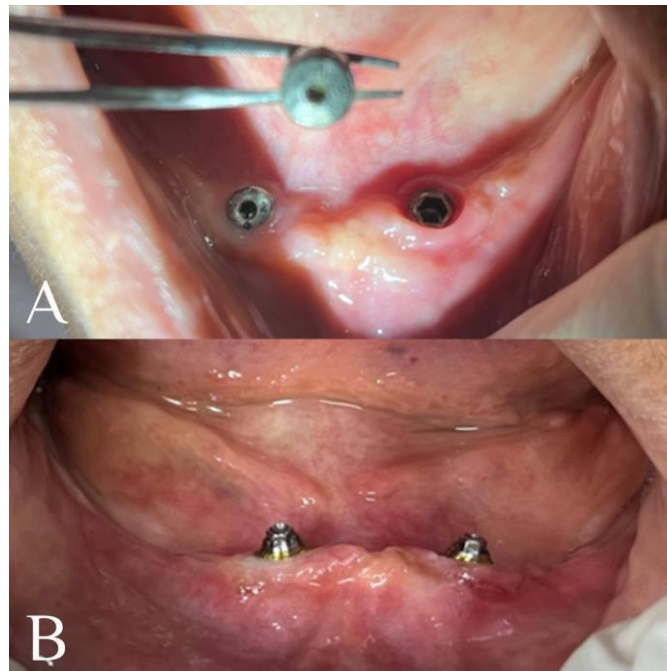


**Fig. 2.A.** Próteses antigas insatisfatórias. **Fig. 2.B.** Cicatrizadores instalados na região de 32 e 42. **Fig. 2.C.** Rebordo maxilar remanescente.

Afim de melhorar o desempenho da overdenture e atendendo queixas da paciente, uma nova prótese total superior foi incluída no planejamento. Dando início ao protocolo de confecção da overdenture, uma moldagem inicial foi feita utilizando alginato (Jeltrat, Dentsply, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) sendo posteriormente vazado em gesso do tipo III (Yamay, Atibaia, SP, Brasil) obtendo o modelo de estudo. Em seguida, a seleção dos componentes de moldagem dos implantes foi feita, seguindo os princípios da técnica de moldagem com moldeira aberta.

Os implantes já instalados na paciente eram do tipo hexágono externo (SIN, São Paulo, SP, Brasil), um na região do 32 ( $\varnothing$  4.1), e outro na região do 42 ( $\varnothing$  4.1). Com base nestas informações os seguintes componentes da mesma empresa foram selecionados: 02 mini abutments retos HE, 02 cilindros calcináveis, 01 fio para overdenture, 01 clip de poliacetal, 02 análogos, 02 transferentes de moldagem para moldeira aberta e 02 protetores de mini abutment.

A seguir, com o auxílio de um kit de prótese sobre implante (SIN, São Paulo, SP, Brasil), o cicatrizador presente foi retirado expondo a cabeça do implante. Em seguida foi feita a instalação dos mini abutments retos e com o auxílio de um torquímetro, o torque de 20Ncm foi dado (Figura 3A-B).

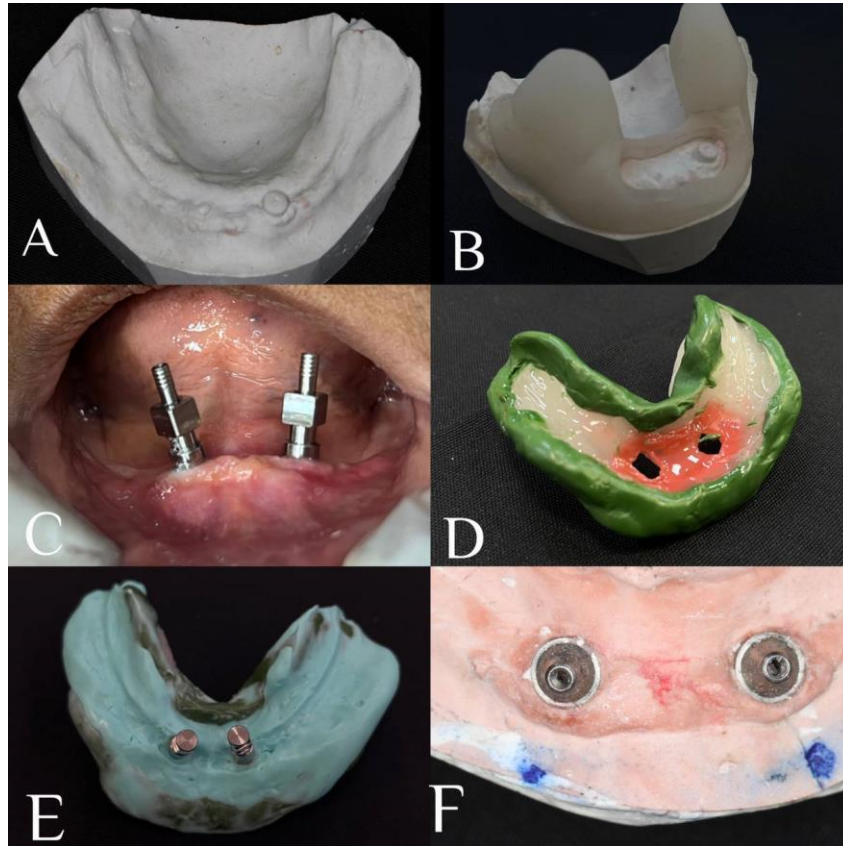


**Fig. 3A.** Remoção dos cicatrizadores presentes. **Fig. 3B.** Mini abutments instalados.

Em cima do modelo de estudo previamente obtido, uma moldeira individual feita de material acrílico (VIPI Flash, Pirassununga, SP, Brasil) foi confeccionada para a realização da moldagem funcional (Figura 4A-B). A seguir, com uma chave hexagonal 1.2 os transferentes de moldagem (SIN, São Paulo, SP, Brasil) foram instalados (Figura 4C) e fixados entre si com o auxílio de fio dental (Hillo, Rio de Janeiro, Brasil) e de resina autopolimerizável vermelha (Resina Cop Class, SP, Brasil). A moldagem funcional foi iniciada pela moldagem da região do selado periférico utilizando godiva em bastão (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) (Figura 4D), depois dando início a etapa de moldagem funcional propriamente dita com a utilização de silicona de adição fluida. Para a melhor adesão da silicona à moldeira individual, uma fina camada de adesivo para elastômero (Universal Tray Adhesive, Zhermack, Itália) foi passada na moldeira acrílica e, em seguida, com o auxílio de uma pistola aplicadora a pasta leve da silicona de adição (Silic One, FGM, Joinville, SC, Brasil) foi depositada e levada em posição na boca da paciente “capturando” os transferentes de moldagem.

Após o tempo de presa deste material, os transferentes foram afrouxados com uma chave hexagonal 1.2 (SIN, São Paulo, SP, Brasil) para que o molde fosse retirado da boca. Com o molde já feito (Figura 4E), o análogo pode ser adaptado e parafusado ao transferente e, em seguida, foi feita a etapa de encaixotamento para obtenção do

modelo de trabalho. O encaixotamento do molde foi feito com lâminas de cera 7 (Lysanda, São Paulo, SP, Brasil), logo depois, foi despejada sobre o molde uma primeira camada de gesso tipo IV (Yamay, Atibaia, SP, Brasil) e, por fim, uma camada de gesso tipo III gerando assim o modelo de trabalho (Yamay, Atibaia, SP, Brasil) (Figura 4F).



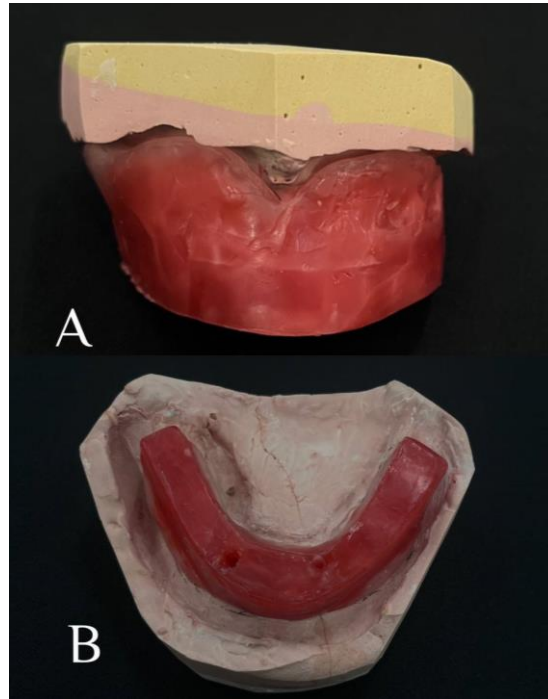
**Fig. 4A-B.** Modelo de estudo e moldeira individual confeccionados. **Fig. 4C.** Transferentes de moldagem instalados. **Fig. 4D-F.** Molde funcional e modelo de trabalho obtidos.

Para dar continuidade no planejamento, foi necessário pausar o andamento da overdenture e iniciar a confecção da prótese total superior, para que ambos tivessem um progresso em conjunto. Desta forma, a moldagem de estudo superior foi feita através da utilização de moldeiras metálicas pré-fabricadas rasas perfuradas (Tecnodent, Várzea de Baiso São Paulo, SP, Brasil) e alginato (Jeltrat, Dentsply, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) para a realização do molde. Com o gesso pedra tipo III (Yamay, Atibaia, SP, Brasil) este molde foi vazado dando origem ao modelo de estudo. Em cima deste modelo de estudo, uma moldeira individual de resina acrílica incolor (VIPI Flash, Pirassununga, SP, Brasil) foi confeccionada para a realização da moldagem do selado

periférico com godiva (DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Com o selado periférico devidamente moldado, foi possível dar início a moldagem funcional com silicona de condensação leve (Perfil, Coltene/Vigodent, Rio de Janeiro, RJ, Brasil), realizando os movimentos funcionais da prótese.

Após esta etapa, a moldeira individual foi encaixotada em cera utilidade (Lysanda, São Paulo, SP, Brasil) e cera 7 (Lysanda, São Paulo, SP, Brasil) para ser preenchida inicialmente com gesso tipo IV (Yamay, Atibaia, SP, Brasil) e depois com gesso de tipo III (Yamay, Atibaia, SP, Brasil). Com o modelo de trabalho da prótese total superior obtido, os modelos das duas arcadas foram enviados para o laboratório para a confecção da base de prova e dos roletes de cera. Juntamente com o modelo de trabalho da overdenture foram enviados os cilindros calcináveis para que fossem instalados no interior da base de prova, e assim esta pudesse ser parafusada em boca durante os ajustes.

Na consulta seguinte, ajuste estéticos e funcionais dos roletes de cera superior. Neste momento, foi feito o ajuste do suporte labial, da altura incisal, do corredor bucal e da inclinação dos roletes com a régua de Fox (Bio-Art, Curitiba, PR, Brasil). A seguir, foram realizadas as marcações da linha alta do sorriso, da distância intercaninos e da linha média, para servir como referência na montagem dos dentes. Com o auxílio de mesa de Camper (Bio-Art, Curitiba, PR, Brasil), o modelo superior com a base de prova e o rolete de cera foi montado no ramo superior do Articulador Semi-Ajustável - A.S.A (Bio-Art, Curitiba, PR, Brasil). Já no rolete de cera inferior, foi realizado o ajuste da D.V.O (Dimensão Vertical de Oclusão), através do compasso de Willys (JON, São Paulo, SP, Brasil), e o registro da relação cêntrica, o que, por sua vez, permitiu a montagem do modelo inferior com o superior no A.S.A. (Figura 5A-B). Com esta etapa finalizada, os modelos articulados foram enviados ao laboratório para a montagem dos dentes.



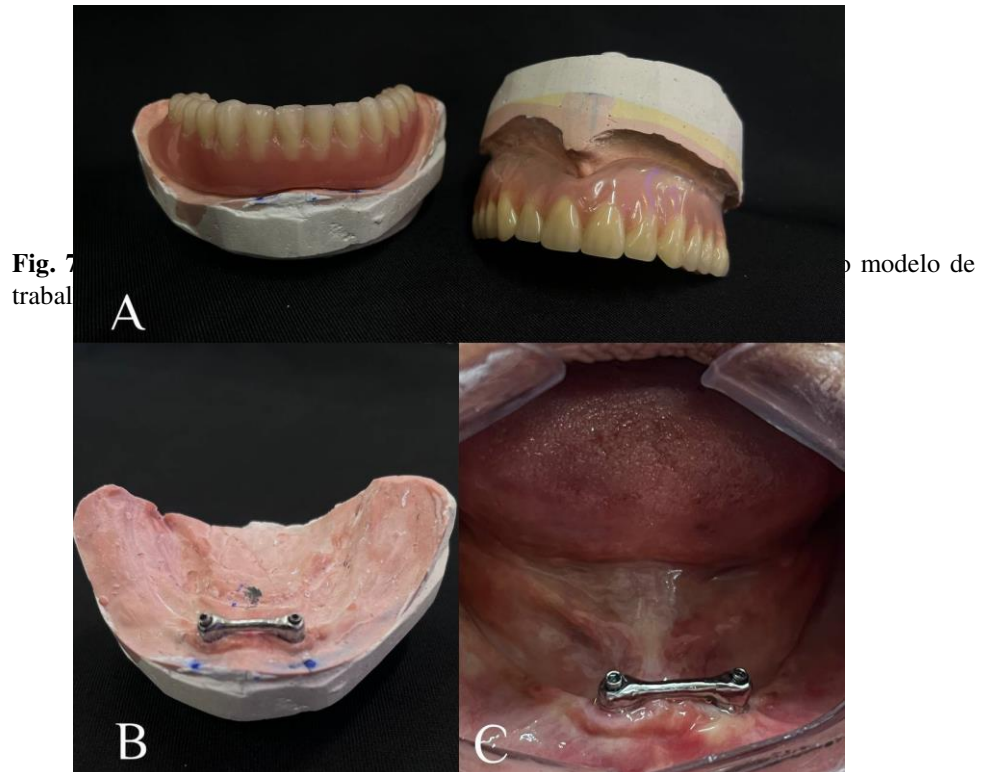
**Fig. 5A-B.** Base de prova e rolete de cera superior e inferior ajustadas sobre os modelos de trabalho.

Na consulta seguinte, a prova estética e funcional dos dentes foi realizada (Figura 6A-B). Vale ressaltar que os dentes em cera se apresentaram cobrindo a embocadura dos cilindros calcináveis, desta forma, para que o acesso aos parafusos dos cilindros fosse possível, os dentes de estoque que estavam sobre estes precisaram ser removidos e reposicionados no momento da prova em boca (Figura 7A-C). Finalizada a etapa de prova de dentes, as próteses foram reenviadas ao laboratório para que fossem acrilizadas, assim como foram enviados o fio de overdenture (SIN, São Paulo, SP, Brasil) e dois cilindros calcináveis (SIN, São Paulo, SP, Brasil) para mini abuments para que e confecção da barra.

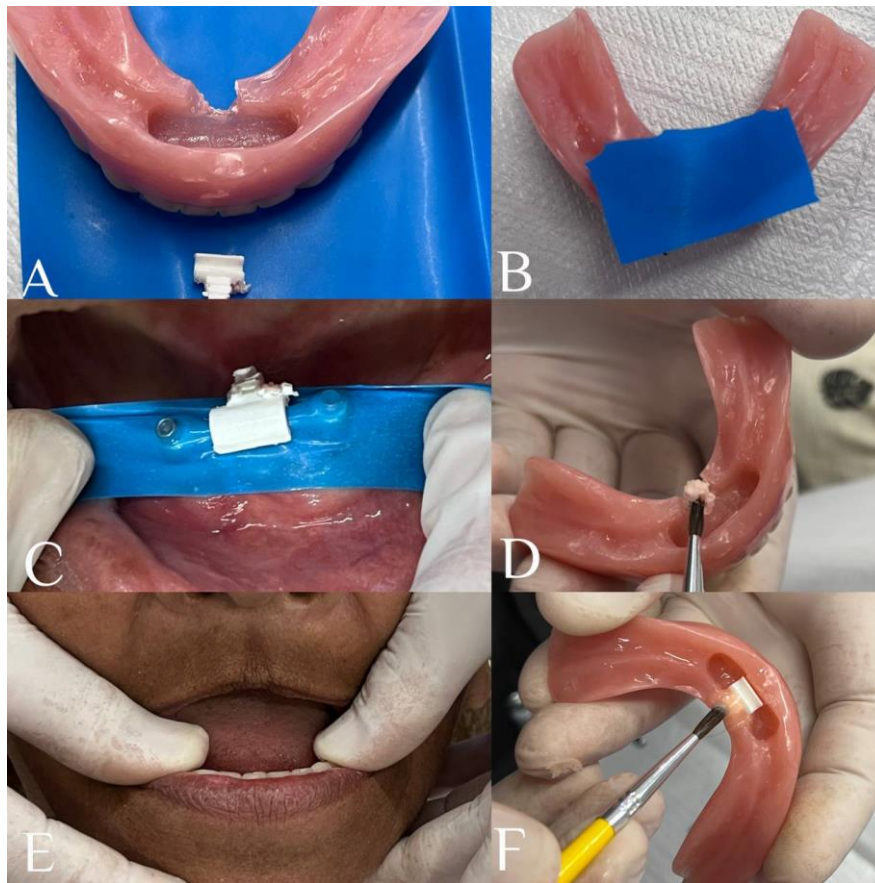


**Fig. 6A-B.** Prova estética e funcional dos dentes em cera. **Fig. 6C.** Remoção dos dentes de estoque sobre a embocadura dos orifício dos parafusos.

Em uma nova consulta, com a barra metálica já confeccionada e as próteses acrilizadas foi dado início ao processo de “captura” do clipe com a barra. A barra foi retirada do modelo de gesso e posicionada em boca com a chave hexagonal 1.2 e, em seguida, com o auxílio do torquímetro, o torque de 10Ncm foi dado para que a instalação da barra fosse concluída (Figura 7).



Finalizada a instalação da barra, foi possível iniciar o processo de captura do clipe com a barra. Uma espécie de nicho na parte interna da prótese inferior foi confeccionada pelo laboratório durante a acrilização para a futura adaptação do clipe (Figura 8A). Para que durante o processo da captura não houvesse escoamento da resina acrílica para a região entre a barra e a fibromucosa, a área precisou ser aliviada com o auxílio de um pedaço de lençol de barracha (Madeitex, São José dos Campos, SP, Brasil) (Figura 8B) posicionado por cima da barra, entre esta e o clipe. Com esta etapa preparada, uma pequena quantidade de resina acrílica rosa (VIPI Flash, Pirassununga, SP, Brasil) foi depositada no clipe encaixado na barra sob o lençol de borracha e no nicho presente na prótese (Figura 8C e Figura 8D) e, em seguida, esta foi levada em posição (Figura 8E), em cima da barra, para que o clipe se acomodasse na resina acrílica e se fixasse na posição escolhida (Figura 8F). Após esta etapa, o processo de acabamento e polimento foi iniciado com os discos e borrachas de polimento (American Burrs, Palhoça, SC, Brasil).



**Fig. 8A.** Nicho para o encaixe do clipe. **Fig. 8B.** Lençol de borracha para proteção da barra. **Fig. 8C.** Encaixe do clipe na barra. **Fig. 8D.** Deposição de resina acrílica no nicho. **Fig. 8E.** Prótese inferior em posição. **Fig. 8F.** Clipe capturado pela prótese inferior.

Por fim, as próteses foram instaladas (Figura 9A-B) e as orientações de higiene e de uso das próteses foram dadas por escrito, bem como orientações sobre a necessidade de acompanhamento posterior regular para garantir o sucesso a longo prazo deste tipo de reabilitação.



Fig. 9A-B. Aspecto final frontal e lateral da paciente.

## DISCUSSÃO

A reabilitação de pacientes totalmente edêntulos vem ganhando, ao longo dos

anos, uma ampla variedade de opções a fim de atender com mais efetividade as demandas e as necessidades dos pacientes, bem como dos profissionais envolvidos. Durante muito tempo as próteses totais do tipo convencional eram tidas como o principal método reabilitador nestes casos, porém a adaptação dos pacientes com este tipo de prótese era considerada mais difícil estando principalmente relacionadas a desconforto e à falha na retenção<sup>9</sup>.

Como alternativa a tais problemas, a utilização de próteses totais implantoretidas se faz cada vez mais necessária. Embora muito eficazes, as próteses totais implantossuportadas do tipo protocolo vêm acompanhadas de um elevado custo, confecção mais demorada e delicada possuindo também uma técnica mais invasiva. Com isso, a overdenture pode ser considerada um método alternativo a tais situações, pois apresenta valor reduzido, técnica de confecção mais simples além de apresentar bons resultados no que se diz respeito a retenção e estabilidade, causando assim menos trauma aos tecidos de suporte quando comparado com a PT convencional<sup>10</sup>.

Lorenzi *et al.* (2016) afirmou em seu estudo que a utilização de próteses implantoretidas e mucosasuportadas cumprem com efetividade sua função em pacientes edêntulos totais em relação a próteses convencionais suportadas apenas por mucosa<sup>10</sup>. Este mesmo fato foi relatado por Cune *et al.* (2010) onde em seu estudo pacientes que utilizaram prótese total convencional foram submetidos a cirurgia de instalação de implantes mandibulares em região de mento, para a posterior utilização da prótese overdenture. Em seus resultados, ele observou que ao longo de 10 anos a satisfação dos seus pacientes permaneceu em altas taxas além de bons parâmetros clínicos em relação a mucosa e conservação de níveis ósseos<sup>11</sup>.

Naert *et al.* (1999) avaliou a satisfação dos pacientes em relação a efetividade mastigatória comparando a retenção de overdentures com a de próteses totais convencionais<sup>12</sup>. Com base nos relatos de seus pacientes foi possível perceber um elevado grau de satisfação relacionados a overdenture por apresentar maior potencial de retenção em detrimento da prótese total suportada apenas por mucosa. Souza *et al.* (2007) apresentou resultados semelhantes em seu estudo, afirmando que a efetividade mastigatória é a principal vantagem da overdenture, associando isto a melhoria proporcionada no sistema de retenção<sup>13</sup>.

Considerado um elemento crítico para a retenção da overdenture, a escolha do

sistema de encaixe é uma parte primordial para determinar o sucesso esperado para a prótese. Por ser uma região de extrema fragilidade e de grande importância para o sistema de retenção, a escolha do tipo de encaixe precisa ser feita levando em consideração alguns fatores entre eles a qualidade e a quantidade de suporte ósseo na região, a posição e a localização dos implantes, interesse econômico do paciente, facilidade para higiene e maior facilidade para a remoção e adaptação da prótese<sup>14</sup>.

Entre os tipos de encaixe, os mais utilizados na literatura são os do tipo bola (O'Ring), sistema barra-clipe e os encaixes magnéticos. Levando em consideração a mecânica e os materiais de cada um deles, ainda não se tem um consenso geral sobre a escolha de um encaixe específico. Alguns estudos apontam que os sistemas do tipo barra-clipe e bola apresentam uma retenção média enquanto o sistema magnético se mostrou como mais deficiente em relação a ambos, tendo uma retenção considerada baixa. Existem também discussões em relação à superioridade da barra-clipe em relação ao tipo bola, principalmente quando se fala sobre efetividade da retenção e diminuição de consultas para manutenção ou troca do sistema retentivo<sup>15</sup>.

Em seu estudo de 2005, Cune *et al.* selecionou um grupo controle de 18 pacientes e dividiu estes em três grupos para a utilização de um tipo de sistema de retenção diferente (tipo bola, barra-clipe e magnético). As consultas de manutenção eram feitas a cada três meses e a cada manutenção eram efetuadas as trocas de sistemas de cada paciente, permitindo que todos utilizassem por algum momento as três opções. Como resultado, o autor cita que houve uma grande preferência dos pacientes pelo sistema barra-clipe<sup>20</sup>.

Corroborando com isto, Kampen *et al.* (2003) desenvolveu um estudo avaliando as forças de retenção através da remoção do sistema de retenção com um aparelho medidor de forças. Seus resultados o permitiram concluir que os três sistemas (barra-clipe, bola e magnético) apresentaram forças de retenção semelhantes, não havendo diferenças significativas, porém o sistema barra-clipe foi o único que não necessitou de manutenção durante o período do estudo<sup>18</sup>.

Já Fajardo *et al.* (2014), em sua revisão de literatura, aponta em sua pesquisa que o encaixe do tipo barra-clipe se mostrou mais retentivo desempenhando resultados mais eficientes do ponto de vista mastigatório bem como apresentou uma diminuição significativa do número de consultas de manutenção para a troca do encaixe, quando

comparado ao sistema do tipo bola<sup>4</sup>. Misch (2005) e Tabata *et al.* (2007) também corroboram tais informações em seus estudos, afirmando que o sistema do tipo barra clip tem maior efetividade retentiva e uma menor necessidade de manutenção a longo prazo<sup>16;19</sup>.

Misch (2005) afirmou que a explicação da perda da retenção após uso do sistema tipo bola pode ser justificada pelo atrito que ocorre entre o encaixe do tipo bola e a cavidade onde ele fica retido, na prótese. Em função disto, há um maior desgaste durante os movimentos mastigatórios colocando em risco a efetividade da interface de retenção em relação ao sistema barra clip, que apresenta um sistema de distribuição de forças mais resiliente<sup>15</sup>.

SHAH *et al.*, (2022) aponta que em relação a transmissão dos esforços mastigatórios a espiantagem dos implantes é um fator que precisa ser levado em consideração. Sistemas de encaixe que proporcionam a espiantagem destes, como o sistema do tipo barra clip, apresentam a longo prazo uma menor possibilidade de perda óssea justificada pela melhor estabilidade dos implantes em função de sua união quando comparado a um sistema não espiantado, como o do tipo bola<sup>22</sup>.

NASSAR *et al.*, (2022) corrobora tais informações justificando que attachments como o barra clip apresentam maiores vantagens biomecânicas devido a espiantagem, pois além de permitir uma melhor distribuição das forças mastigatórias também há a possibilidade de correção da posição dos implantes em caso de desalinhamento dos mesmos<sup>23</sup>.

As discussões em relação a escolha do sistema de retenção ainda apresentam controversas na literatura, também quando se fala sobre higienização e necessidade periódica de manutenção da overdenture. Muitos estudos apontam que principalmente no primeiro ano de uso o paciente precisa de um maior número de consultas para avaliação da prótese quando comparada aos demais tipos. Entre as demandas das consultas de manutenção está a necessidade de reativação ou substituição do sistema retentivo, bem como a necessidade de reembasamento da prótese<sup>16</sup>.

Naert *et al.* (1994) destacou que a desadaptação da prótese ao rebordo acontece com uma taxa relativamente alta, havendo assim a necessidade de reembasamento do acrílico para que a adaptação da prótese não seja totalmente comprometida<sup>21</sup>. Trakas *et al.* (2006) justifica tal problemática através da dificuldade de higienização da região abaixo da barra, podendo ser uma situação causada por falha do clínico não permitindo



que haja um espaço livre entre a barra e o rebordo, para evitar o acúmulo de alimentos<sup>17</sup>.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do que foi exposto, foi possível concluir que a utilização de implantes osseointegrados associados a prótese total do tipo overdenture tem sido uma alternativa bem sucedida ao que se diz respeito a reabilitação protética de pacientes edentulos totais, tendo resultados vantajosos em relação a reabilitação convencional. Além de vantajoso do ponto de vista laboratorial, o tratamento com as próteses do tipo overdenture apresentam bons resultados retentivos e biomecânicos, sendo uma opção menos onerosa sem que isso afete sua eficácia.

## REFERÊNCIAS

1. MAIA, L.C.; *et al.* Edentulismo total en ancianos: envejecimiento o desigualdad social? *Revista Bioética*. 28.1 (2020): 173-181.
2. POLZER I; *et al.* Edentulism as part of the general health problems of elderly adults. *Int. Dent. J.* 60.3. (2010):143-55.
3. DA SILVA IZAQUE, V., *et al.* O impacto do edentulismo na qualidade de vida: autoestima e saúde geral do indivíduo. *Revista Pró-Universus*. 12(2) (2021): 48-54.
4. FAJARDO, R. S.; ZINGARO, R. L., MONTI, L. M. Sistemas de retenção O'ring e barra-clipe em overdenture mandibular. *Archives of Health Investigation*. 3(1). (2014): 77-86.
5. LOPES, S.C.; RODRIGUES, W.J.P.R. Sistemas de retenção para overdenture revisão de literatura. *Cadernos de Odontologia do UNIFESO*. 4(2). (2022):167-173.
6. PRITHVIRAJ, D. R.; *et al.* A comparison of masticatory efficiency in conventional dentures, implant retained or supported overdentures and implant supported fixed prostheses: a literature review. *Journal of Dental Implants*. 4(2). (2014): 153-157.
7. BATISTA, A. U. D.; *et al.* Overdenture retida por barra: uma alternativa à prótese total. *ROBRAC*. 15(40). (2006): 78-84.
8. THOMASON, J. M.; *et al.* Two implant retained overdentures - A review of the literature supporting the McGill and York consensus statements. *Journal of dentistry*. 40(1). (2012): 22-34.
9. AQUINO, E. B., ALVES, B. P., ARIOLI FILHO, J. N. A. Sistemas de encaixes utilizados em overdentures implantossuportadas. *PCL*. 7 (36). (2005):159-65.

10. LORENZI, P. R. *et al.* Overdenture na reabilitação de paciente desdentado. Rev. Estomatol. Herediana. 26(3). (2016):151-161.
11. CUNE, M.; *et al.* Mandibular overdentures retained by two implants: 10-year results from a crossover clinical trial comparing ball-socket and bar-clip attachments. International Journal of Prosthodontics. 23(4). (2010): 310-317.
12. NAERT, I. A 5-year prospective randomized clinical trial on the influence of splinted and unsplinted oral implants retaining a mandibular overdenture: prosthetic aspects and patient satisfaction. J. Oral Rehabil. 26(3). (1999):195-202.
13. SOUZA, S. A.; *et al.* Sobredentadura retida por implantes e encaixes tipo bola – relato de caso. RFO. 12(3). (2007):69-73.
14. HECKMANN, S. M. *et al.* Mandibular two-implant telescopic overdentures: 10-year clinical and radiographical results. Clinical oral implants research, 15(5). (2004): 560-569.
15. FERNANDES, E. C.; JUNIOR, L.C.C.; TRAUTH, K.G.S. Comparação dos sistemas de retenção para Overdenture. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo. 28(1). (2026):43-49.
16. MISCH, C.E. Prótese sobre implantes. In: MISCH, C.E.; JUDY, K.W.M. Desenho e confecção da overdenture sobre implantes na mandíbula. São Paulo: Ed. Santos; (2005):228-51.
17. TRAKAS, T; MICHALAKIS, K.; HIRAYAMA, H. Attachment systems for implant retained overdentures: a literature review. Implant dentistry, 15(1). (2006): 24-34.
18. KAMPEN F.C.V.; BILT A.V.; CUNE M.S. Retention and postinsertion maintenance of bar-clip, ball and magnet attachments in mandibular implant overdenture treatment: an in vivo comparison after 3 months of function. Clin. Oral Implants Res. 14(6). (2003): 720-6.
19. TABATA, L.F.; *et al.* Critérios para seleção dos sistemas de retenção para overdentures implantoretidas. RFO. 12(1). (2007): 75-80.
20. CUNE M, Kampen FV, Bilt AV, Bosman F. Patients satisfaction and preference with magnet, Arch Health Invest (2014) 3(1): 77-86 ISSN 2317-3009 Arch Health Invest 3(1) 2014 bar-clip, and ball-socket retained mandibular implant overdenture: a cross-over clinical trial. Int J Prosthodont. 2005;18(2): 99-105.



21. NAERT I., QUIRYNEN M., HOOGHE M., *et al.* A comparative prospective study of splinted and unsplinted Brånemark implants in mandibular overdenture therapy. A preliminary report. *J. Prosthet. Dent.* 71. (1994):486-492.
22. SHAH AH, PATEL P, TRIVEDI A, SHAH A, DESAI N, TALATI M. A comparison of marginal bone loss, survival rate, and prosthetic complications in implant-supported splinted and nonsplinted restorations: A systematic review and meta-analysis. *J Indian Prosthodont Soc.* 2022 AprJun;22(2):111-121. doi: 10.4103/jips.jips\_365\_21. PMID: 36511022; PMCID: PMC9132503.
- 23 NASSAR HI, ABDELAZIZ MS. Retention of bar clip attachment for mandibular implant overdenture. *BMC Oral Health.* 2022 Jun 9;22(1):227. doi: 10.1186/s12903-022-02262-7. PMID: 35681163; PMCID: PMC9178882.