

## **REABILITAÇÃO ESTÉTICO-FUNCIONAL POR MEIO DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO**

AESTHETICAL-FUNCTIONAL REHABILITATION BY IMMEDIATE TOTAL PROSTHESIS: CASE REPORT

**THIAGO HENRIQUE NUNES SILVA.** Graduado pela Faculdade Morgana Potrich, Curso de Odontologia, Mineiros/GO, Brasil.

**ANA KAROLLYNE SILVA FREITAS.** Graduada pela Faculdade Morgana Potrich, Curso de Odontologia, Mineiros/GO, Brasil.

**MÔNICA OLIVEIRA CARRIJO.** Professora na área de Reabilitação Oral da Faculdade Morgana Potrich, Curso de Odontologia, Mineiros/GO, Brasil.

**URIEL PAULO COELHO.** Professor na área de Reabilitação Oral da Faculdade Morgana Potrich, Curso de Odontologia, Mineiros/GO, Brasil.

**VICTOR TIEGHI NETO.** Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas, área de concentração em Estomatologia, Curso de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

**LUANA CARDOSO CABRAL.** Professora na área de oclusão, prótese fixa e materiais dentários da Faculdade Morgana Potrich, Curso de Odontologia, Mineiros, GO, Brasil. Doutoranda pela Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Odontologia, Uberlândia/MG, Brasil.

Avenida Antônio Carlos Paniago, 65, Setor Mundinho, Centro, CEP 75830-000, Mineiros-GO. E-mail: luanacardoso29@yahoo.com.br

### **RESUMO**

A perda total dos elementos dentais acarreta colapso da relação maxilomandibular, alteração fonética e estética. Nesses casos, opções de tratamento são adotadas como o uso da prótese total imediata (PTI). O trabalho objetivou apresentar caso clínico de reabilitação por meio da prótese total imediata superior e prótese total mediata inferior. Paciente do sexo masculino, 52 anos, procurou a clínica de Reabilitação Oral da Faculdade de Odontologia Morgana Potrich (Mineiros – GO), queixando-se da deficiência estética das próteses existentes. No exame intraoral, observou-se os seguintes aspectos: placa dental; mobilidade nos elementos 15, 21, 22 e 25; raízes residuais na região do 14 e 24; ausências dentárias e presença de hiperplasia fibrosa inflamatória na região do forame mental. Além disso, o paciente utilizava prótese parcial removível superior (PPR) e prótese total removível inferior (PT). A PPR apresentava retenção comprometida devido ao tempo de confecção e ausência de inserção óssea dos dentes pilares e a PT apresentava dentes desgastados e fraturados. Nesse contexto, foi proposta a extração múltipla dos elementos dentais, remoção da hiperplasia fibrosa e confecção da prótese total imediata superior e prótese total mediata inferior. Desta forma, as moldagens anatômica e funcional, obtenção dos modelos, registro maxilomandibular e prova dos dentes foram realizadas. Por fim, o procedimento cirúrgico incluindo as

exodontias, regularização de rebordo e remoção da hiperplasia foi executado para posterior instalação das próteses. Conclui-se, que a prótese total imediata é um procedimento seguro que apresenta resultados satisfatórios para os pacientes restabelecendo função mastigatória, estética, fonética bem como a autoestima.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese Dentária. Prótese Total Imediata. Reabilitação Bucal.

### **ABSTRACT**

The total loss of dental elements causes a collapse of the maxillomandibular relationship, phonetic and aesthetic alteration. In these cases, treatment options are adopted as the use of the total prosthesis. The objective of this study was to present a clinical case of rehabilitation through the immediate superior total prosthesis and lower total medial prosthesis. A 52-year-old male patient sought the Oral Rehabilitation Clinic of the Morgana Potrich School of Dentistry (Mineiros - GO), complaining about the aesthetic deficiency of existing prostheses. In the intraoral examination, the following aspects were observed: dental plaque; mobility in elements 15, 21, 22 and 25; residual roots in region 14 and 24; dental absences and presence of inflammatory fibrous hyperplasia in the region of the mental foramen. In addition, the patient used superior removable partial denture (RPD) and lower removable total denture (TD). RPD presented compromised retention due to the time of confection and absence of bone insertion of the abutment teeth and TD presented with frayed and worn teeth. In this context, it was proposed the multiple extraction of the dental elements, removal of the fibrous hyperplasia and preparation of the immediate superior total prosthesis and lower total conventional prosthesis. In this way, the anatomical and functional moldings, model acquisition, maxillo-mandibular registration and teeth test were performed. The surgical procedure including the extractions, regularization of the border and removal of the hyperplasia were performed for posterior installation of the prostheses. It is concluded that the immediate total prosthesis is a safe procedure that presents satisfactory results for the patients restoring masticatory, aesthetic, phonetic as well as self-esteem.

**KEYWORDS:** Dental Prosthesis. Complete Immediate Denture. Oral Rehabilitation.

### **INTRODUÇÃO**

A perda total dos elementos dentais é uma situação recorrente na clínica odontológica, acarretando diminuição do desempenho mastigatório, colapso da relação maxilomandibular, alteração fonética, estética, além da influência na autoestima e qualidade de vida dos indivíduos (BELONI et al., 2015). Algumas opções de tratamento podem ser adotadas para restaurar as funções do Aparelho Estomatognático, como a confecção de próteses totais mucossuportadas mediatas ou implanto-retidas, próteses do tipo protocolo e o uso da prótese total imediata (PTI) (GOIATO et al., 2014).

A PTI é uma reabilitação removível confeccionada por meio da resina acrílica ativada termicamente sobre o modelo de trabalho, previamente a extração dos elementos dentais, e instalada imediatamente após a remoção dos

remanescentes dentários (BASTOS; RODRIGUES, 2015). É uma forma eficaz de manter a estética e a função ou transferir as características dos dentes naturais para a dentição artificial (GEORGE; HUSSAIN; WELFARE, 2010). Esse tipo de tratamento pode ser utilizado de forma temporária ou definitiva (GOIATO et al., 2014).

A principal indicação dessa reabilitação está associada aos casos de extrações múltiplas. No entanto, apresenta algumas contraindicações como em pacientes que já submeteram a radioterapia pelo risco de ocorrer a osteorradionecrose e aqueles com defeito congênito ou adquirido na área chapeável que possa influenciar na estabilidade e retenção do aparelho (TORCATO et al., 2012).

Este tipo de tratamento proporciona vantagens estéticas, anatômicas e funcionais, como a preservação da dimensão vertical de oclusão (DVO), previne traumatismo sobre a articulação temporomandibular (ATM), impede colapso labial, possibilita atividade normal da musculatura, evita transtornos fonéticos, facilita mastigação, reduz os reajustes dietéticos, auxilia na cicatrização e manutenção do coágulo. As desvantagens estão relacionadas aos cuidados pós-operatórios, a presença de sintomatologia, a necessidade de reembasamento e ao número de visitas ao profissional para os ajustes posteriores (GOOYA; ADLI, 2012; HASSAN; WISMEIJER, 2017).

Sabendo que a PTI pode oferecer melhor qualidade de vida, estética satisfatória e função, esse trabalho tem por objetivo relatar a reabilitação por meio da prótese total imediata superior e prótese total mediata inferior.

## **RELATO DE CASO**

Paciente do sexo masculino, R.A.S., 52 anos, procurou atendimento na clínica de Reabilitação Oral do curso de Odontologia da Faculdade Morgana Potrich (FAMP, Mineiros – GO, Brasil), queixando-se da deficiência estética das próteses existentes.

No exame intra-oral, observou-se presença de placa dental, mobilidade dental nos elementos 15, 21, 22 e 25; raízes residuais na região do 14 e 24, o dente 11 apresentava-se hígido (Figura 1), ausência dentária total no arco inferior e presença de uma lesão hiperplásica na região de fundo de sulco de vestibulo do lado direito, de aproximadamente 1,5cm, de coloração normal, superfície lisa, seguindo o formato da borda da prótese, sem sintomatologia dolorosa (Figura 2). Além disso, o paciente utilizava prótese parcial removível superior (PPR) e prótese total removível inferior (PT). A PPR apresentava retenção comprometida devido ao tempo de confecção e a perda dos dentes pilares e a PT apresentava dentes desgastados e fraturados (Figura 3). No exame radiográfico foi possível confirmar a perda de inserção óssea dos elementos remanescentes (Figura 4).



**Figura 1** - Aspecto intraoral inicial.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 2** - Aspecto da lesão mucosa em região de fundo de sulco.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 3** - Prótese total inferior insatisfatória.  
**Fonte:** o autor.



**Figura 4** - Radiografia panorâmica. Presença de restos radiculares e reabsorção óssea horizontal na maxila.

**Fonte:** o autor.

Nesse contexto, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi proposto a extração dos elementos 15, 14, 11, 21, 22, 24 e 25, confecção da prótese total imediata superior, remoção da hiperplasia inflamatória e confecção da prótese total convencional inferior.

Inicialmente as moldagens anatômicas foram realizadas por meio do hidrocolóide irreversível Hydrogum (Zhermack, Badia Polinesia, Rovigo, Vêneto Itália). A partir dos moldes obtiveram-se os modelos em gesso (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo) sobre o qual foi confeccionada a base de resina acrílica autopolimerizável (Fast, Pirassununga, São Paulo) com rolete de cera rosa 7 (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo) no arco superior e a moldeira individual de resina acrílica autopolimerizável (Clássico, Campo Limpo Paulista, São Paulo) para confecção da prótese total mediata inferior. Em seguida, realizou-se a prova da moldeira individual, executou-se o selamento periférico e moldagem funcional do arco inferior utilizando a porção leve da silicona de condensação (Optosil, São Paulo, São Paulo). A partir desse molde obteve-se o modelo de trabalho para confecção da base de prova em resina acrílica autopolimerizável (Clássico, Campo Limpo Paulista, São Paulo) e planos de orientação com cera rosa 7 (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo). A etapa seguinte consistiu no registro maxilomandibular em que foi verificado no arco superior o paralelismo entre o plano de Camper e a linha bipupilar, com auxílio da régua Fox (Bio-Art, Curitiba, Paraná). Para restabelecimento da DVO, utilizou o método métrico e estético. Assim, a dimensão vertical de repouso foi estabelecida e subtraiu-se 3mm a fim de obter a dimensão vertical de oclusão. Desta forma, com os planos de orientação em posição e o compasso de Willis (Jon, São Paulo, São Paulo), solicitou ao paciente que ocluisse até atingir a DVO medida. Após o registro e demarcação das linhas média, linha alta do sorriso e linhas dos caninos, foi selecionada a cor e formato dos dentes artificiais (Dentsply Sirona 2D Cor 60, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Com os dentes artificiais montados, a prova estético-funcional foi realizada, avaliando oclusão, alinhamento, disposição, formato e cor dos elementos dentais.

O procedimento cirúrgico foi iniciado após a acrilização das próteses, consistindo em exodontias convencionais, via alveolar, dos elementos comprometidos (11, 14, 15, 21, 22, 24 e 25). Além disso, realizou-se a alveoloplastia (regularização do rebordo) (Figura 5). Após a finalização das exodontias, optou-se pela remoção cirúrgica da lesão mucosa por meio de uma

biopsia excisional (Figura 6). O fragmento removido foi enviado para a análise anatomopatológica com a hipótese diagnóstica de Hiperplasia Fibrosa Inflamatória (HFI), a qual foi realmente confirmada após avaliação. O tecido remanescente foi suturado em sua borda para controle hemostático, dando preferência para cicatrização por segunda intenção para que não houvesse hipertrofia da mucosa com conseqüente perda de fundo de sulco. Em seguida, as próteses foram desinfetadas imergindo-as em solução de clorexidina a 0,12% (Colgate, São Bernardo do Campo, São Paulo) antes de serem levadas a boca do paciente.



**Figura 5** - Sutura realizada após alveolotomia.  
**Fonte:** o autor.

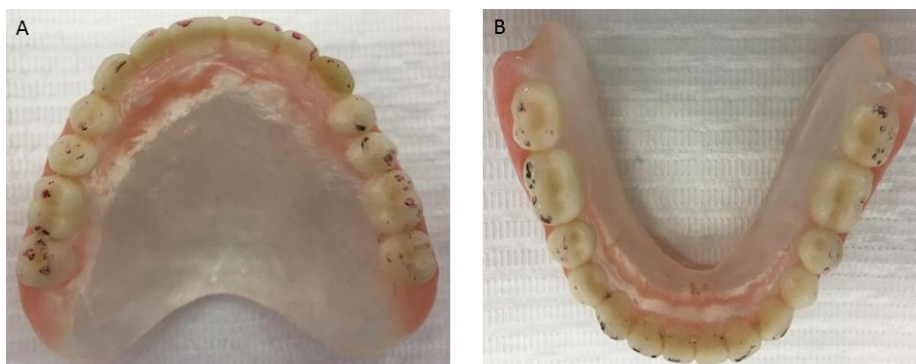


**Figura 6** - Aspecto pós-operatório imediato após a realização da biopsia excisional.  
**Fonte:** o autor.

Após a instalação, foram realizados os ajustes necessários e o paciente foi instruído a remover a prótese total imediata superior após 24 horas da cirurgia. Durante as consultas de controle posterior, obteve-se o refinamento dos contatos oclusais e guia anterior (Figuras 7 A e B). Três meses após as exodontias e da remoção da hiperplasia o paciente optou por realizar o



reembasamento da prótese total imediata superior e da prótese total inferior por meio da resina acrílica termopolimerizável (TDV, Pomerode, Santa Catarina). As figuras 8 e 9 apresentam o aspecto final da reabilitação oral.



**Figura 7** - Obtenção dos contatos oclusais entre o arco superior (A) e inferior (B).

**Fonte:** o autor.



**Figura 8** - Vista frontal da reabilitação.

**Fonte:** o autor.



**Figura 9** - Aspecto final da reabilitação oral.

**Fonte:** o autor.

## DISCUSSÃO

A perda completa dos dentes ou edentulismo é uma alteração significativa, mas negligenciada na saúde pública afetando principalmente

adultos e idosos (AGOSTINHO; CAMPOS; SILVEIRA, 2015). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil 2010) ao analisar as características demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal, observaram que 78,2% da população idosa apresenta ausência dentária. Os fatores etiológicos estão associados aos hábitos de saúde precário, alterações sistêmicas, falta de conhecimento sobre a importância da preservação dos dentes e falta de acesso aos serviços odontológicos (AZEVEDO et al., 2017).

Diante desse contexto, os pacientes com necessidades de extrações múltiplas, preocupam-se com as alterações estéticas e fonéticas que sofrerão em decorrência do tratamento odontológico. Uma alternativa para essas situações é a instalação de próteses imediatamente após o ato cirúrgico, evitando o possível constrangimento por parte do paciente em se expor ao convívio social com ausência de elementos dentais (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015). No presente caso clínico, foi proposto a associação da PTI no arco superior e PT convencional no arco inferior.

A PTI é um procedimento que promove reabilitação imediata de pacientes edêntulos, pós tratamento cirúrgico. Além de proporcionar o bem-estar psicossocial dos pacientes, reduz a reabsorção, mantém a função e contribui para homeostasia do meio bucal (GAVAZZONI; ROSSO JUNIOR; PEREIRA, 2015). Ademais, proporciona a manutenção da dimensão vertical de oclusão, evitando o colapso dos músculos da face, favorecendo a auto-estima e a reintegração do paciente à sociedade. Desta forma, o correto planejamento é extremamente importante por se tratar de um procedimento protético associado à uma manobra cirúrgica (GOIATO et al., 2014).

Previamente ao tratamento protético, é imprescindível a realização da anamnese, exame clínico e radiográfico. Na avaliação clínica, especificamente, é comum encontrar lesões da mucosa oral desencadeada pelo uso de próteses mal adaptadas. Algumas alterações incluem a estomatite protética, queilite angular, úlceras traumáticas e hiperplasia fibrosa inflamatória (TRINDADE et al., 2018).

A HFI é uma lesão benigna, proveniente da reação hiperplásica do tecido conjuntivo fibroso em resposta a injúrias crônicas de baixa intensidade (MARINHO et al., 2016). Clinicamente, a lesão apresenta-se como massa tumoral de tecido conjuntivo fibroso, consistência flácida ou firme, de base sésil ou pediculada, superfície lisa ou vegetante, coloração semelhante a mucosa ou eritematosa, crescimento lento e geralmente assintomática (MAGRO et al., 2013). Segundo Castro et al. (2017), ao avaliar a prevalência de lesões bucais, em uma clínica odontológica de Cirurgia e Estomatologia, observaram que aproximadamente 16% dos pacientes foram diagnosticadas com HFI. Nesse trabalho, o paciente além da necessidade da reabilitação total, apresentava esse tipo de lesão na região do forame mental direito, a qual foi removida.

No presente caso clínico, além da necessidade de PTI no arco superior, foi planejado a prótese total convencional no arco inferior. A reabilitação por meio desse aparelho ainda é uma rotina clínica, devido ao envelhecimento da população (FRANÇA; DA CUNHA, 2018). Essas próteses proporcionam também uma completa substituição dos elementos dentários perdidos, restabelecendo função e estética (MUNHOZ; ABREU, 2011).

Após a instalação das próteses, há a necessidade do reembasamento devido à perda de retenção, principalmente em próteses imediatas. Essa situação ocorre por não haver um contato íntimo entre a base da prótese e a



mucosa nas regiões onde existiam os dentes remanescentes. Os materiais utilizados para o reembasamento apresentam consistência macia ou rígida (GOMES et al., 2014). Nesse estudo, a prótese foi reembasada por meio da resina acrílica termoativada.

Além do reembasamento, é de suma importância visitas periódicas após instalação das próteses. É possível que durante o uso, esse aparelho venha a desadaptar, podendo trazer desconforto e alterações nos tecidos moles, havendo a necessidade de uma reavaliação e ajuste do aparelho (CORDEIRO FILHO; GOUVÊA, 2010).

## CONCLUSÃO

Assim, conclui-se, que a prótese total imediata é um procedimento seguro que apresenta resultados satisfatórios para os pacientes restabelecendo função mastigatória, estética, fonética bem como a auto-estima.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A. C. M. G. C.; SILVEIRA, J. L. G. C. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 44, n. 2, p. 74-79, 2015.

AZEVEDO, J. S. A. et al. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, p. 1-12, 2017.

BASTOS, F. B. R. Prótese Total Imediata com Recuperação da Curva de Spee. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR**, v. 9, n. 3, p. 11-16, 2015.

BELONI, W. B. V.; TAKAHASHI, J. M. F. K. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO**, v. 18, n. 2, p. 160-164, 2013.

CASTRO, L. A. C. Prevalência quantitativa e subjetiva das lesões bucais analisadas na clínica de cirurgia e estomatologia do curso de odontologia uningá no primeiro semestre do ano de 2016. **Revista UNINGÁ Review**, v. 29, n. 3, p. 47-51, 2017.

CORDEIRO, B. Q. S. G.; CORDEIRO, C.; PINHEIRO, A. R. Reembasamento de sobredentadura mandibular com carga imediata em implantes de corpo único - relato de caso clínico com acompanhamento de 6 anos **Revista Fluminense de Odontologia** v. 46, p. 1-6, 2016.

FRANÇA, I. L. C. A importância da caracterização da gengiva em prótese total removível: uma revisão de literatura. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, v. 12, n. 42, p. 1027-1033, 2018.

GAVAZZONI, A. R. J.; PEREIRA, J. R. Immediate Complete Denture: A Contemporary View. **Received in revised form**, v. 3, n. 2, p. 646-653, 2015.

GEORGE, G. S. H.; WELFARE, R. Immediate Dentures: 1. Treatment Planning. **Dental Update**, v. 1, p. 82-91, 2010.

GOIATO, M. C. S.; MEDEIROS, R. A.; SÔNEGO, M. V. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 35, n. 1, p. 67-72, 2014.

GOMES, A. C. G. et al. Reabilitação bucal com prótese total imediata. **Full Dent. Sci.**, v. 5, n. 20, p. 590-594, 2014.

GOOYA, A. E.; ADLI, A. R. . Fabricating an Interim Immediate Partial Denture in One Appointment (Modified Jiffy Denture). A Clinical Report. **Journal of Prosthodontics**, v. 22, p. 330-333, 2013.

HASSAN, B. G.,; WISMEIJER, D. Integrating 3D facial scanning in a digital workflow to CAD/CAM design and fabricate complete dentures for immediate total mouth rehabilitation. **J Adv Prosthodont**, v. 9, p. 381-386, 2017.

MAGRO, A. K. D. L. et al. Laser cirúrgico no tratamento de hiperplasia fibrosa. **RFO**, v. 18, n. 2, p. 206-210, 2013.

MARINHO, T. F. C. S.; ALBUQUERQUE, A. C. L. Processos proliferativos não-neoplásicos. Uma revisão de literatura. **RSC online**, v. 5, n. 2, p. 94-110, 2016.

MUNHOZ, E. G. A. A.. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. **HU Revista**, v. 37, n. 4, p. 413-419, 2011.

SANTOS, J. C. A. S.; HADDAD, M. F. Reabilitação com prótese total imediata relato de caso **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 36, n. 2, p. 24-28, 2015.

SOARES, A. S. S. et al. Immediate complete prosthesis – case report. **Prosthes. Lab. Sci.**, v. 4, n. 15, p. 226-231, 2015.

TORCATO, L. B. P.; GOIATO, M. C.; FALCÓN-ANTENUCCI, R. M. Prótese total imediata: relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 33, n. 2, p. 66-69, 2012.

TRINDADE, I. A. F.; PINTO-GOUVEIA, J. The longitudinal effects of emotion regulation on physical and psychological health: A latent growth analysis exploring the role of cognitive fusion in inflammatory bowel disease. **British Journal of Health Psychology**, v. 23, p. 171-185, 2018.