



# **REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL SEVERA: RELATO DE CASO**

## **ORAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH SEVERE LOSS OF VERTICAL DIMENSION: CASE REPORT**

**Ana Karolayne da Silva RODRIGUES**  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
E-mail: karolaynerodrigues16@gmail.com  
ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-7482-4912>

**Francisbênia Alves SILVESTRE**  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
E-mail: beniaasilvestre@gmail.com  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8620-8678>

**Sérgio Lima SANTIAGO**  
Universidade Federal do Ceará (UFC)  
E-mail: sergiosantiago@ufc.br  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6808-092X>

**Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto VIEIRA**  
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)  
E-mail: pedrohenriqueacioly@gmail.com  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1352-6402>

### **RESUMO**

O edentulismo, caracterizado pela perda parcial ou total de dentes naturais, é um problema de saúde pública mundial devido à sua alta prevalência. O tratamento protético visa restaurar a estética e as funções do sistema estomatognático, contribuindo significativamente para a interação social dos pacientes. Este trabalho relata e discute um caso clínico de reabilitação oral com prótese total (PT) superior imediata e prótese parcial removível (PPR) inferior em um paciente com perda severa de dimensão vertical de oclusão (DVO). O paciente M.P.N.F., 54 anos, sexo masculino, classe média baixa, natural e residente de Fortaleza (CE), procurou a Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS) com a principal queixa de necessidade de próteses dentárias. O exame intraoral revelou uma redução acentuada da DVO devido à ausência de vários elementos dentários, resultando em colapso oclusal. O tratamento consistiu na instalação de uma PT superior imediata e de uma PPR inferior. Após o restabelecimento

da DVO, o paciente foi submetido à remoção de um tórus palatino e, posteriormente, recebeu uma nova PT superior. Conclui-se que a reabilitação de pacientes com perda severa de DVO deve ser realizada de forma planejada, e o objetivo do caso foi alcançado, proporcionando melhorias funcionais, estéticas e fonéticas, além de uma melhor qualidade de vida ao paciente.

**Palavras-chave:** Prótese Total Imediata. Prótese Parcial Removível. Procedimentos Cirúrgicos Pré-Protéticos Bucais.

### ABSTRACT

Edentulism, characterized by the partial or total loss of natural teeth, is a global public health issue due to its high prevalence. Prosthetic treatment aims to restore aesthetics and the functions of the stomatognathic system, significantly contributing to patients' social interactions. This paper reports and discusses a clinical case of oral rehabilitation with an immediate upper complete denture (CD) and a lower removable partial denture (RPD) in a patient with severe loss of vertical dimension of occlusion (VDO). The patient, M.P.N.F., a 54-year-old male from a low-middle-class background, native and resident of Fortaleza (CE), sought treatment at the Dental School Clinic of the Christus University Center (UNICHRISTUS) with the main complaint of needing dental prostheses. The intraoral examination revealed a significant reduction in VDO due to the absence of multiple dental elements, resulting in occlusal collapse. Treatment involved the placement of an immediate upper CD and a lower RPD. After reestablishing the VDO, the patient underwent surgery to remove a palatal torus and subsequently received a new upper CD. In conclusion, the rehabilitation of patients with severe VDO loss should be carried out with careful planning, and the objective of this case was achieved, providing the patient with functional, aesthetic, and phonetic improvements, as well as a better quality of life.

**Keywords:** Denture. Complete. Immediate. Denture. Partial. Removable. Oral Surgical Procedures. Preprosthetic.

## INTRODUÇÃO

Por muitas décadas, o atendimento odontológico esteve focado na realização de procedimentos curativos e mutiladores, caracterizados pelo alto custo, difícil acesso para a população e baixo impacto epidemiológico. Diante desse cenário, a crescente demanda por serviços de maior complexidade evidenciou a necessidade de ampliar o acesso aos serviços públicos, especialmente para a parcela da sociedade historicamente excluída (Silva, Magalhães, Ferreira, 2010).

Com a criação do programa Brasil Sorridente, integrante da Política Nacional de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS), gradualmente implementado a partir de 2003, houve uma ampliação significativa na oferta de procedimentos odontológicos para a população brasileira, que até então recebia apenas atendimento básico. Os dados do inquérito epidemiológico Projeto Saúde Bucal – SB Brasil 2003 revelaram que a população adulta entre 35 e 44 anos apresentava condições precárias de saúde bucal, enquanto indivíduos com mais de 65 anos sofriam com uma perda dentária significativa (Brasil, 2004; Silva, Magalhães, Ferreira, 2010).

O edentulismo, caracterizado pela perda total ou parcial dos dentes naturais, é um problema de saúde pública global devido à sua alta prevalência. Essa condição impacta diretamente a estética facial, a capacidade mastigatória, a absorção de nutrientes, a fonética e a socialização. A cárie dentária é a principal causa do edentulismo em pessoas com menos de 45 anos, enquanto a doença periodontal se torna o fator predominante em faixas etárias mais avançadas (Tyrovolas *et al*, 2016).

Diversos fatores estão associados ao edentulismo, incluindo o acesso limitado a serviços odontológicos, a ausência de saneamento básico e água fluoretada, além das desigualdades sociais. Em regiões com recursos escassos, a extração dentária muitas vezes é a única alternativa disponível para tratar problemas bucais, resultando em perdas dentárias precoces. Além disso, essa condição pode impactar negativamente a saúde mental e o bem-estar psicológico, afetando a qualidade de vida e a interação social dos indivíduos (Tyrovolas *et al*, 2016).

A literatura destaca as consequências físicas adversas decorrentes da perda total dos dentes, como a reabsorção do rebordo alveolar e a redução da função mastigatória. Além desses impactos fisiológicos, o edentulismo também afeta a saúde emocional,

comprometendo a capacidade de comunicação social do indivíduo e podendo levar ao isolamento. Trata-se de um problema de saúde pública, no qual a extração dentária, muitas vezes, é vista como a única solução para o alívio da dor. No entanto, os efeitos dessa decisão na qualidade de vida das pessoas não devem ser subestimados. A reabilitação por meio de próteses é uma ferramenta essencial que pode melhorar significativamente a autoimagem e o comportamento dos pacientes (Probst *et al*, 2016).

Ao analisar as consequências do edentulismo, é fundamental considerar diferentes dimensões da saúde, incluindo sintomas físicos, capacidade funcional, interação social e percepção de bem-estar (Probst *et al*, 2016). A expectativa em relação à reabilitação bucal gera grande ansiedade, especialmente quanto à estabilidade e adaptação das próteses totais. No entanto, a possibilidade de recuperar a estética, aderir ao padrão social e obter uma aparência rejuvenescida funciona como um estímulo positivo para que os pacientes deem continuidade ao tratamento (Silva, Magalhães, Ferreira, 2010).

O tratamento protético tem como objetivo restaurar a estética e as funções do sistema mastigatório, promovendo uma melhora significativa na interação social dos pacientes. Em alguns casos, a realização de cirurgias pré-protéticas pode ser necessária devido a variações anatômicas ou à perda progressiva dos tecidos de suporte, que podem comprometer a qualidade da reabilitação. Dessa forma, a avaliação criteriosa dos tecidos duros e moles deve preceder a confecção das próteses. Para garantir que elas sejam funcionais, confortáveis e esteticamente adequadas, podem ser necessárias intervenções cirúrgicas para aprimorar a anatomia bucal existente, como a remoção do tórus palatino, por exemplo (Ephros, Klein, Sallustio, 2015).

Dentre as modalidades protéticas reabilitadoras, as próteses totais imediatas são uma alternativa indicada em casos de edentulismo iminente, exigindo sua confecção prévia para que possam ser instaladas imediatamente após a extração dos dentes remanescentes. Esse tipo de prótese apresenta diversas vantagens, incluindo a manutenção da expressão facial natural e da aparência, uma vez que os músculos faciais permanecem em sua posição correta, evitando que o paciente pareça edêntulo. Além disso, a altura facial e a zona neutra são preservadas, e a mastigação torna-se mais eficiente do que seria após um período de edentulismo. No entanto, a adaptação inicial pode comprometer a dominância articular e muscular, interferindo na fonação (Shah *et al*, 2012; Thalji, Mcgraw, Cooper, 2017).

Entretanto, esse tratamento não é indicado para todos os pacientes, especialmente aqueles com distúrbios sanguíneos, dificuldades na cicatrização, perda óssea extensa, distúrbios emocionais ou limitações cognitivas. O objetivo das próteses totais imediatas é proporcionar estabilidade, estética, retenção e suporte, além de evitar que o paciente passe por um período de edentulismo e constrangimento social. No entanto, esse tratamento exige um planejamento rigoroso e demanda tempo clínico significativo para alcançar resultados satisfatórios (Yeung *et al*, 2020).

Outra opção reabilitadora para pacientes com edentulismo parcial são as próteses parciais removíveis (PPR). Em comparação com as próteses fixas (PF) ou os implantes dentários, as PPRs apresentam vantagens como menor custo e maior facilidade na higienização. Assim como ocorre com as próteses totais imediatas, fatores biológicos, mecânicos, estéticos e psicológicos influenciam diretamente a aceitação da prótese e o sucesso do tratamento (De Kok *et al*, 2016). Para oferecer resultados satisfatórios, as PPRs devem ser projetadas com suporte, estabilidade e retenção ideais, além de facilitar a higienização pelo paciente (Friel, Waia, 2020).

A confecção e instalação tanto da prótese total (PT) imediata quanto da prótese parcial removível (PPR) exigem uma análise criteriosa de diversos fatores para garantir sua funcionalidade e adaptação adequada. Dentre esses fatores, a determinação da dimensão vertical de oclusão (DVO) é um dos aspectos mais críticos a serem avaliados pelo cirurgião-dentista, pois influencia diretamente no sucesso do tratamento. A DVO deve ser restabelecida de forma equilibrada para garantir o funcionamento harmonioso dos músculos do terço inferior da face, além de contribuir para a estética facial (Laport *et al*, 2017).

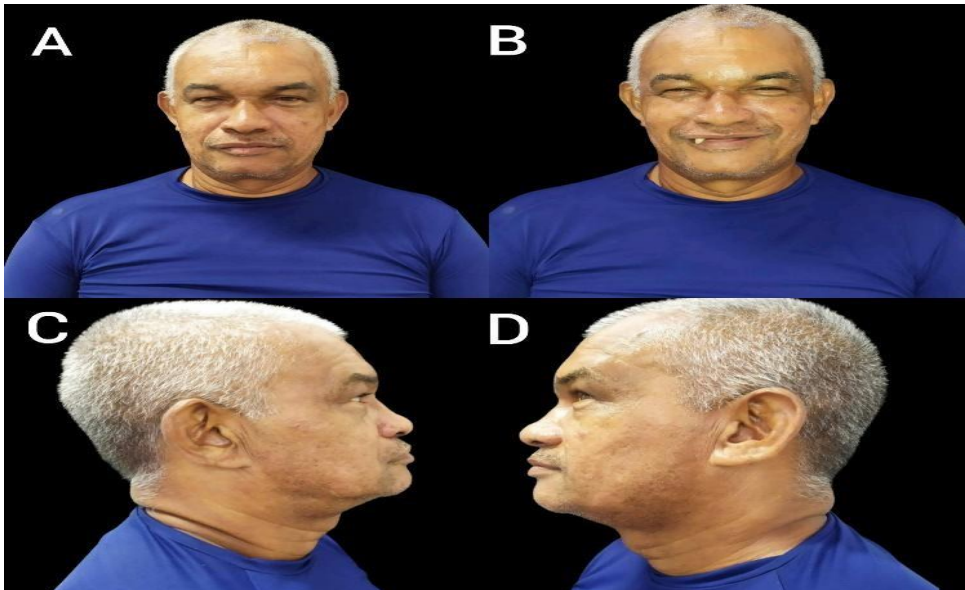
Além disso, a correta execução das etapas de medição da dimensão vertical, do plano oclusal protético, da linha mediana, da linha dos caninos e da linha alta do sorriso é fundamental para alcançar um resultado satisfatório. Essas etapas são essenciais para proporcionar uma boa estética, mastigação eficiente, fala adequada e prevenção de lesões periorais (Laport *et al*, 2017). O aumento da DVO é frequentemente necessário em reabilitações orais, especialmente quando se busca abordagens minimamente invasivas e a otimização dos resultados protéticos. A perda dentária compromete diretamente a DVO e a oclusão, resultando em consequências tanto funcionais quanto estéticas (Fabbri *et al*, 2018).

Dessa forma, todos esses fatores reforçam a justificativa para a realização deste caso clínico, destacando a importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na qualidade de vida do paciente. A reabilitação protética, por meio da prótese total imediata e da prótese parcial removível, representa uma abordagem eficaz para restaurar as funções mastigatória e fonética, melhorar a estética e promover o bem-estar do paciente com perda dentária severa.

**DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO**

O caso clínico foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), com aprovação na Plataforma Brasil (nº 5.066.914) e CAAE: 52069921.5.0000.5049. O paciente, M.P.N.F., 54 anos, sexo masculino, hipertenso controlado, com histórico de uso de Losartana potássica, Atenolol e Omeprazol, procurou a Clínica Escola de Odontologia relatando necessidade de próteses dentárias. Exame extraoral revelou sulcos nasolabiais evidentes e perda de suporte labial. No exame intraoral, ausências dentárias significativas (17, 16, 15, 14, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 36, 35, 46 e 47) caracterizaram instabilidade oclusal e perda de dimensão vertical de oclusão, com colapso oclusal. O paciente apresentou um Índice de Sangramento Gengival (ISG) de 86,6% e Registro Periodontal Simplificado (PSR) com códigos 4, 1, 3, 3\*, 2 e 1.

**Figura 1:** Fotografias extraorais - (A-B) Frontal; (C) Lateral Direita; (D) Lateral Esquerda.



Fonte: Elaborada pelo autor.

**Figura 2:** Fotografias intraorais - (A) Frontal; (B) Lateral Esquerda; (C) Arcada Superior; (D) Arcada Inferior.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

Foi realizada uma radiografia panorâmica, evidenciando múltiplas perdas dentárias no arco superior e inferior, com reabsorção óssea nas regiões afetadas. Restaram restaurações de amálgama e resina composta nos dentes 18, 13, 25, 27, 28, 38, 34, 33, 31, 41, 42, 43, 44, 45 e 48. Observou-se uma mesialização crítica dos dentes 37 e 47, enquanto os seios maxilares e a articulação temporomandibular (ATM) apresentaram padrão normal.

**Figura 3:** Exame radiográfico panorâmico inicial.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.



Após as radiografias periapicais, avaliou-se os dentes pilares para uma Prótese Parcial Removível (PPR) inferior, a estrutura óssea, a angulação dos dentes remanescentes e a possibilidade de restabelecer a DVO. Alguns dentes, como 13, 18, 25, 27, 28, 38 e 48, foram indicados para exodontias devido a incompatibilidade biomecânica. Com base no estudo do caso, foi planejada uma reabilitação oral com Prótese Total (PT) superior imediata e PPR inferior. A raspagem supra gengival foi realizada nos sextantes I a VI, e as restaurações em resina composta nos dentes 31, 33, 34, 41, 42, 43, 44 e 45 foram acabadas e polidas. Devido à ansiedade do paciente e à hipertensão, adotaram-se medidas prévias às extrações, incluindo o uso de Diazepam (5 mg) 40 minutos antes da cirurgia e Prilocaína 3% com Felipressina (Prilonest® - DFL, Jacarepaguá- SP, Brasil) para a anestesia.

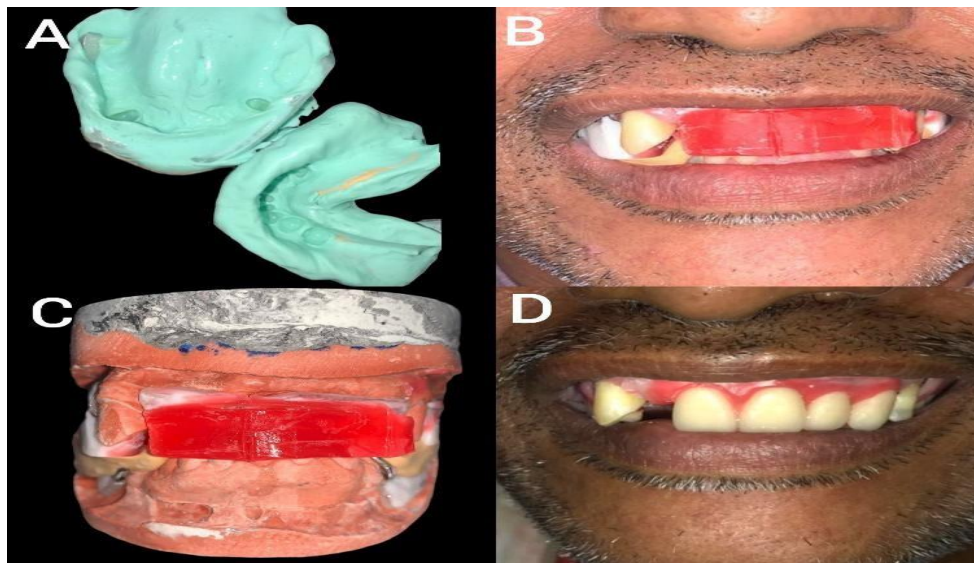
Os dentes 18, 27, 28, 38 e 48 foram extraídos, seguindo as normas de cirurgia oral menor, com técnicas diferenciadas de exérese. A Técnica II foi usada para os dentes 18, 27 e 28, com fórceps 18R e 18L e alavanca seldin reta, enquanto a Técnica III foi aplicada para os dentes 38 e 48, utilizando brocas Carbide cirúrgicas 8HL e 702HL. Após a cirurgia, foram fornecidas orientações pós-operatórias e prescritos Nimesulida (100 mg, 12/12h por 3 dias) e Dipirona (500 mg, 6/6h, se dor ou febre). Devido à condição do paciente, a PT superior imediata foi confeccionada, e os dentes 13 e 25 foram extraídos durante a instalação da PT superior e PPR inferior.

Iniciou-se o tratamento reabilitador com a moldagem de estudo, utilizando moldeiras de alumínio (tamanhos S4 e I2), individualizadas com cera periférica e preenchidas com alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polesine, Itália). No laboratório da UNICHRISTUS, os modelos de estudo foram obtidos com gesso tipo IV Herostone (Coltene). O delineamento do arco inferior foi feito no modelo de gesso, projetando a PPR com barra lingual simples e grampos “T” nos dentes 34 e 45, além de apoios indiretos nos dentes 33 e 44. Após o delineamento, realizou-se a moldagem de trabalho da PPR inferior utilizando a técnica mista. A primeira impressão foi feita com silicona de adição (Adsil HDX Putty Soft) pesada para copiar o extremo livre, seguida de alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine, Itália) na região dentada para uma segunda impressão, gerando a moldagem final.

Na etapa seguinte, o plano de cera superior foi individualizado conforme o perfil biotipológico do paciente, ajustando parâmetros como suporte labial, linha do sorriso

e altura incisal/plano oclusal. A infraestrutura metálica da PPR inferior foi provada, com o registro oclusal e escolha da cor dos dentes (A3/66). A prova estético-funcional avaliou tamanho, cor e forma dos dentes, altura do plano incisal e localização anteroposterior (Figura 4). A cor da gengiva foi escolhida (Médio B/ Escala VIPI), e a DVO do paciente foi determinada com base em métodos métrico, fisiológico e estético.

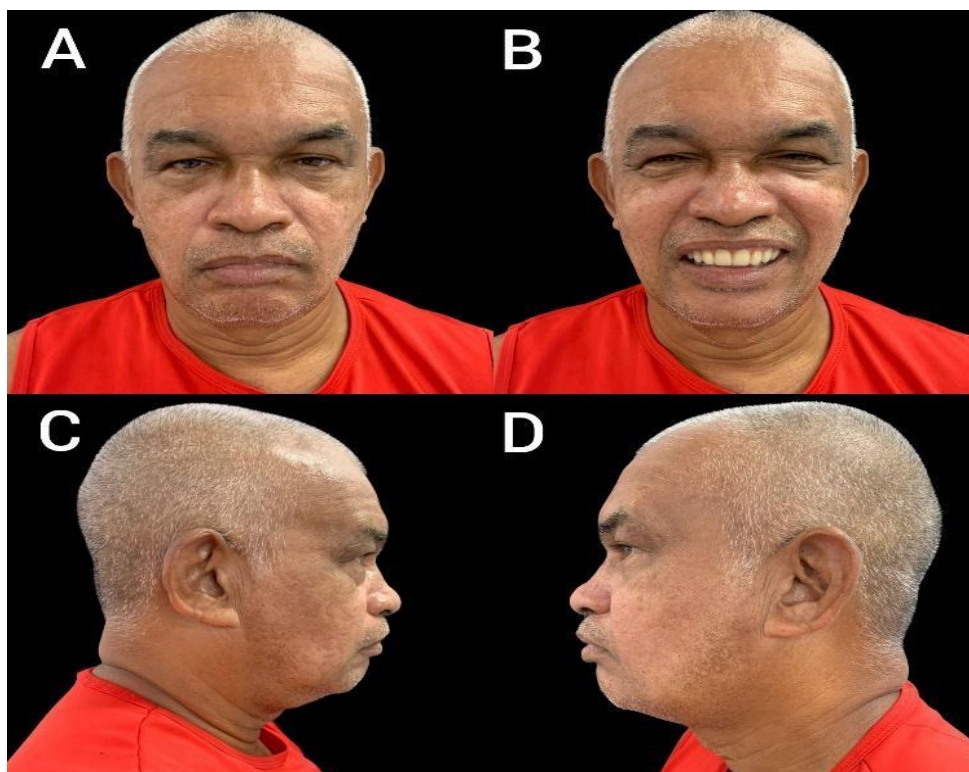
**Figura 4:** Confeção da Prótese Total Imediata Superior e Prótese Parcial Removível Inferior – (A) Moldagem de Estudo e Trabalho; (B-C) Individualização do Plano de Cera; Prova da Infraestrutura Metálica Inferior e Registro Interoclusal; (D) Prova Estético-Funcional.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

A acrilização final das próteses foi solicitada, após prova estética-funcional satisfatória e aprovação do paciente M.P.N.F. Dessa forma, as exodontias dos elementos dentários 13 e 25 foram realizadas pela técnica II, seguindo todos os cuidados já adotados nas extrações prévias, e a sessão de instalação da PT superior imediata e PPR inferior foram executadas (Figura 5).

**Figura 5:** Instalação da Prótese Total Imediata Superior e Prótese Parcial Removível Inferior - (A-B) Frontal; (C) Lateral Direita; (D) Lateral Esquerda.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

O tratamento reabilitador do paciente passou pela fase de adaptação, pois ele nunca havia utilizado próteses. Foram realizados ajustes em áreas de lesão da mucosa e um reembasamento com resina macia Soft Confort (Dencril, São Paulo, Brasil) para melhorar a adaptação após a remoção dentária. Também foi aplicada laserterapia para tratar a inflamação pós-cirurgia, utilizando laser vermelho de baixa potência utilizando o modelo Therapy EC (DMC) (808 nm, 2 J) nas regiões lesionadas.

Após 6 meses, o paciente relatou incômodo no tórus palatino, o que levou à decisão de realizar uma cirurgia pré-protética e confeccionar uma nova PT superior. Para estudo do caso, uma radiografia oclusal de maxila foi realizada (Figura 6). A cirurgia de remoção do tórus palatino foi feita sob anestesia local com 1,5 tubete de Prilocaína 3% e Felipressina (Prilonest® - DFL, Jacarepaguá- SP, Brasil). A mucosa palatina foi incisada linearmente na linha média do tórus, com incisões relaxantes oblíquas nas duas extremidades e o descolamento tecidual foi feito de forma minuciosa. A exostose foi removida, sob irrigação de soro fisiológico, em fragmentos com a MAXCUT em peça reta, seguida de regularização óssea com MINICUT. A sutura foi feita

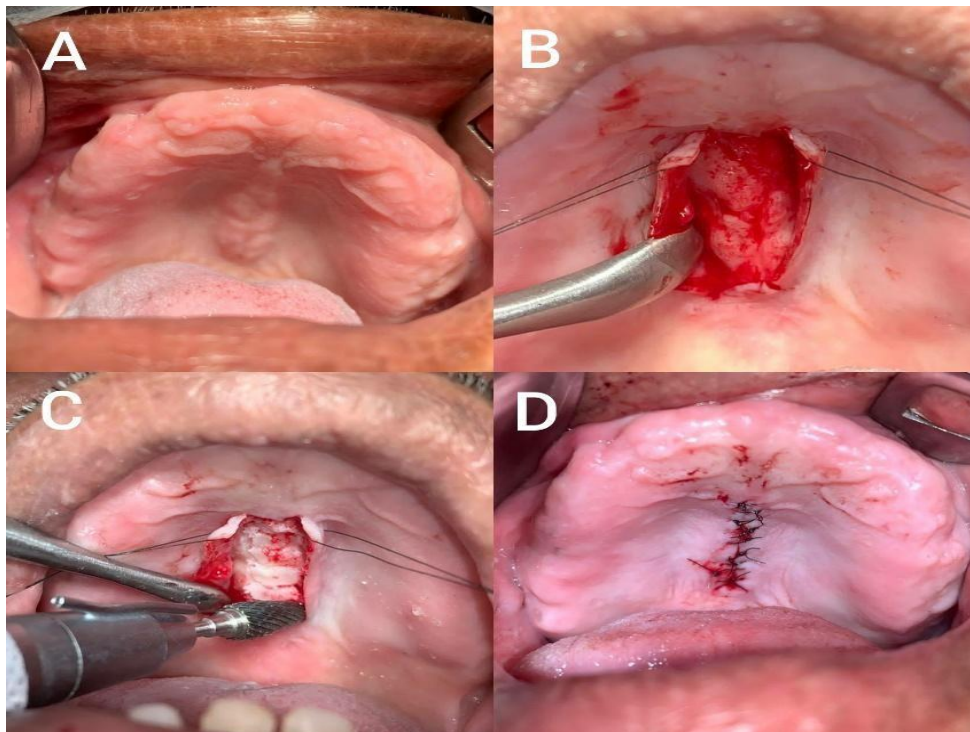
com pontos simples, sem tensão. Após isso, o paciente recebeu orientações pós-operatórias e foi prescrito Nimesulida 100mg de 12/12 horas, durante 3 dias e Dipirona 500mg de 6/6 horas, em casos de dor ou febre (Figura 7).

**Figura 6:** Radiografia Oclusal de Maxila.



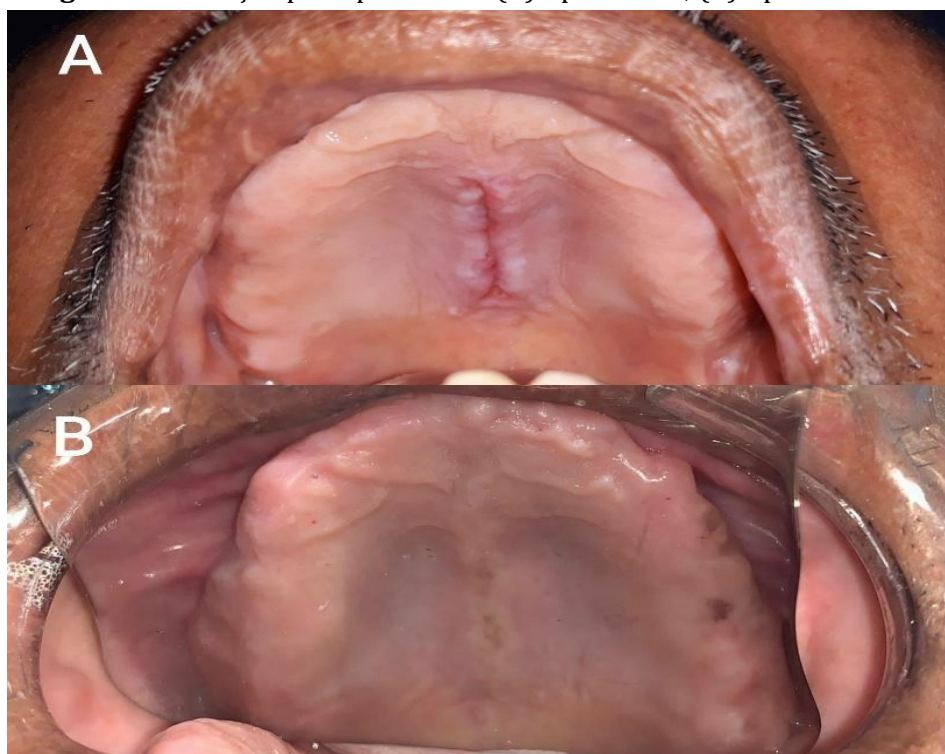
**Fonte:** Elaborada pelo autor.

**Figura 7:** Remoção de Tórus Palatino - (A) Arcada Superior; (B) Incisão em Y e Descolamento Tecidual; (C) Remoção da Exostose; (D) Sutura.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

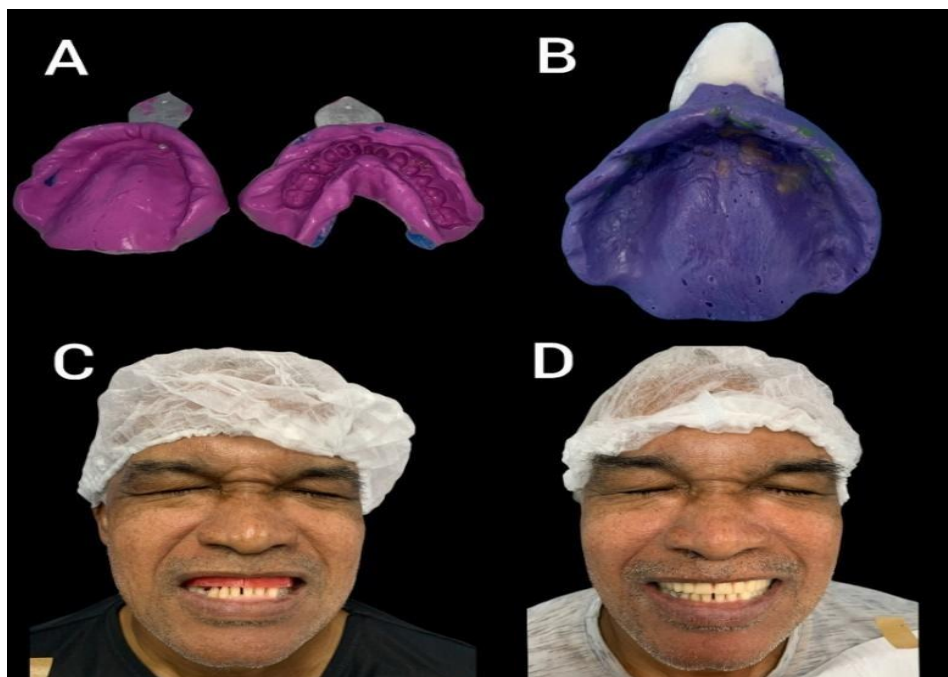
**Figura 8:** Avaliação pós-operatória - (A) Após 7 dias; (B) Após 6 meses.



**Fonte:** Elaborada pelo autor.

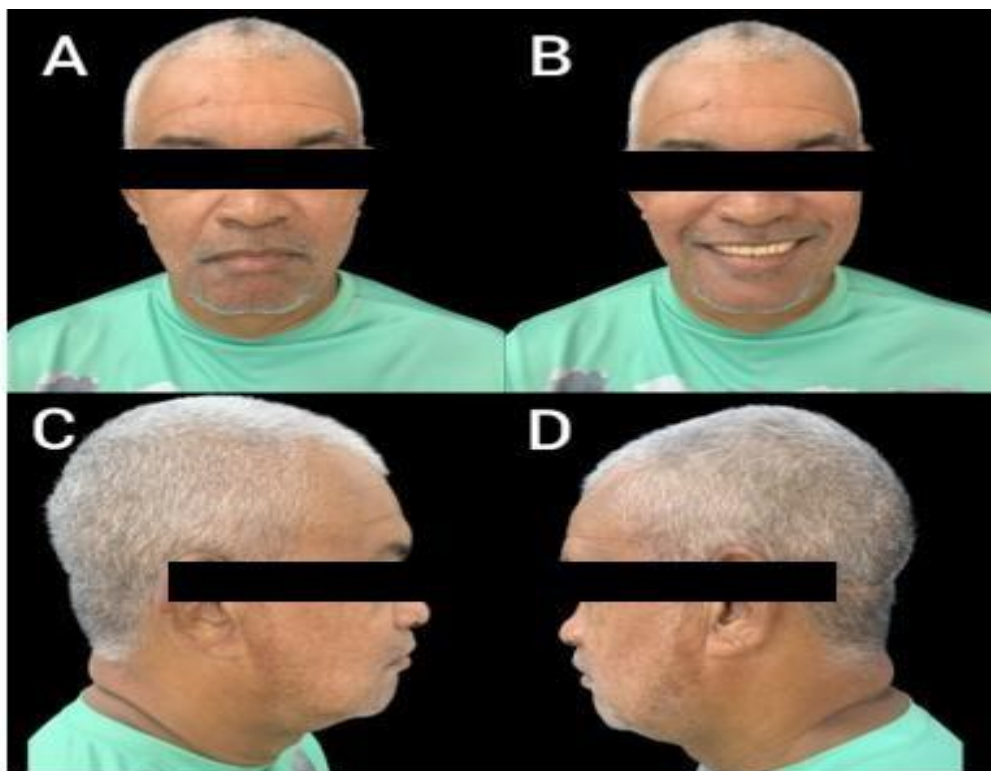
Após a remoção dos pontos, completa cicatrização da região e o efetivo reestabelecimento da DVO do paciente com adaptação funcional, uma nova PT superior foi confeccionada (Figura 8). Todas as etapas já executadas e descritas anteriormente na PT imediata foram seguidas para PT convencional, além de utilizar, também, os mesmos materiais e técnicas. Em suma, moldagem anatômica, moldagem funcional, individualização do plano de cera, prova estético-funcional e instalação foram realizados na confecção da PT superior (Figuras 9 e 10). É importante ressaltar, a harmonia e estética final da PT (suporte labial adequado, ângulo nasolabial próximo de 90°, sulcos e linhas de expressões faciais suavizados), favorecendo a autoestima e função do paciente M.P.N.F.

**Figura 9:** Confeção da Prótese Total Superior - (A) Moldagem Anatômica; (B) Moldagem Funcional; (C) Individualização do Plano de Cera; (D) Prova Estético-Funcional.



Fonte: Elaborada pelo autor.

**Figura 10:** Instalação da Prótese Total Superior - (A-B) Frontal; (C) Lateral Direita; (D) Lateral Esquerda.



Fonte: Elaborada pelo autor.

## DISCUSSÃO

O caso clínico descrito neste trabalho aborda o tratamento de um paciente do sexo masculino, 54 anos, de classe média baixa, hipertenso e com grandes perdas dentárias, observadas durante o exame clínico intraoral e radiográfico. Segundo estudos, como o de Tyrovolas *et al.* (2016), o edentulismo apresenta alta prevalência mundial, sendo particularmente comum em países de renda média, baixa ou em desenvolvimento. Além disso, fatores sociodemográficos, como baixa escolaridade, hábitos de vida, tabagismo e condições de saúde como artrite, asma e diabetes, estão diretamente relacionados ao edentulismo em idades mais avançadas (Tyrovolas *et al.*, 2016). Silva *et al.* (2010), em estudo qualitativo, apontam que indivíduos com perda total dos dentes frequentemente consideram essa situação inevitável, especialmente devido a condições financeiras desfavoráveis que limitam o acesso ao tratamento odontológico. Estima-se que cerca de 276 milhões de pessoas, o equivalente a 4,1% da população mundial, tenham perdido todos os dentes. Com o aumento da expectativa de vida, esses números provavelmente continuarão a crescer à medida que as populações envelhecem (Kassebaum *et al.*, 2017).

No caso clínico em questão, o exame clínico intraoral revelou uma diminuição acentuada da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), consequência da ausência de vários dentes, o que representa um desafio significativo para a reabilitação com próteses convencionais (MAYS, 2003). Após numerosas perdas dentárias, os dentes remanescentes e o osso de suporte não são mais capazes de sustentar as forças oclusais fisiológicas, iniciando um processo de inclinação e resultando no colapso oclusal devido ao fechamento excessivo dos maxilares (Fabbri *et al.*, 2018). Ao planejar o tratamento, diversos fatores foram considerados, como a condição socioeconômica do paciente, a quantidade de dentes remanescentes, e seus respectivos graus de inclinação e posicionamento nos arcos dentários. Existem abordagens eficazes para o restabelecimento da DVO, e, no caso descrito, optou-se pela reabilitação oral com prótese total (PT) superior imediata e prótese parcial removível (PPR) inferior.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde de 2010, na faixa etária de 35 a 44 anos, apenas 0,4% dos indivíduos apresentavam necessidade de reabilitação com PPR e PT. Entretanto, na faixa etária dos idosos (65 a 74 anos), esse percentual aumenta para 5%. Quanto à necessidade de próteses parciais

e totais em um dos maxilares, os valores são de 34,2% e 17,9%, respectivamente (Brasil, 2012). Apesar dos avanços na educação sobre saúde bucal e maior manutenção dentária pela população, ainda existe uma grande demanda por próteses parciais removíveis, que podem oferecer resultados eficazes e satisfatórios na reabilitação oral quando bem planejadas, garantindo suporte, estabilidade e retenção adequados (Friel, Waia, 2020; Laport *et al*, 2017). No caso do paciente M.P.N.F., foi confeccionada uma PPR para a arcada inferior, classe I de Kennedy, atendendo aos requisitos ideais e melhorando significativamente sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A reabilitação da arcada superior foi inicialmente realizada com uma PT imediata, que é uma prótese confeccionada para ser inserida imediatamente após a extração dos dentes naturais (George, Hussain, Welfare, 2010; Shah *et al*, 2012). Embora a expectativa de vida de uma PT imediata seja limitada, ela continua sendo uma opção de tratamento acessível, especialmente para pacientes que não podem se submeter a tratamentos com implantes (Yeung *et al*, 2020). A instalação de uma PT imediata ajuda a evitar constrangimentos sociais, já que o paciente não precisa vivenciar o período de edentulismo, proporcionando satisfatórias demandas estéticas e funcionais (George, Hussain, Welfare, 2010; Yeung *et al*, 2020). Quando bem planejada, a PT imediata pode oferecer boa retenção, suporte, estabilidade e estética, embora seja um tratamento desafiador que exige um planejamento cuidadoso (Yeung *et al*, 2020). No caso em questão, o paciente nunca havia utilizado próteses anteriormente, e durante o período de adaptação, foi necessário realizar ajustes nas próteses dentárias, especialmente nas regiões de flanges labiais e periféricas. Além disso, seguindo o estudo de Filgueiras *et al*. (2014), foi realizado um reembasamento da prótese imediata para otimizar a adaptação e preparar a mucosa para receber uma prótese com melhor ajuste após o restabelecimento da DVO.

A Terapia de Fotobiomodulação (TFBM), utilizando lasers de baixa potência, foi aplicada nas áreas de inflamação tecidual do paciente. De acordo com Lago (2021), a TFBM utiliza luz não ionizante para desencadear eventos foto físicos e fotoquímicos que promovem alívio da dor, imuno modulação, estímulo à cicatrização de feridas e regeneração tecidual. A terapia foi aplicada em tecidos alterados ou em estresse celular.



No entanto, observou-se algumas desvantagens clínicas, como dificuldades no encaixe da prótese nos dentes remanescentes e náuseas recorrentes devido à interferência anatômica no palato. Outro ponto a ser considerado foi o aumento no tempo clínico, já que se tratava de uma prótese intermediária que necessitaria ser substituída ao final do tratamento reabilitador. Após a instalação das próteses, foi realizado acompanhamento periódico para orientação sobre a higienização e uso das próteses, além da avaliação de sua funcionalidade. Seis meses após a instalação, o paciente relatou desconforto na região do tórus palatino, o que levou à realização de uma cirurgia para remoção dessa formação óssea. Os tórus maxilares são exostoses ósseas no palato, cuja origem é desconhecida. Quando há perda dentária e a necessidade de confeccionar uma PT ou PPR, o tórus pode interferir no design e funcionamento da prótese, sendo necessário removê-los quando causam impacto. Tórus menores, porém, podem ser deixados caso não interfiram na confecção ou no funcionamento da prótese (Hupp, Lii, Tucker, 2021).

Este caso clínico reflete o controle e acompanhamento de 18 meses de uma prótese intermediária (imediate) superior, que foi substituída por uma PT convencional após o término do procedimento reabilitador, com a realização da cirurgia de regularização do tórus palatino e cicatrização fotobioestimulada com PDT.

## CONCLUSÃO

O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão é uma etapa fundamental no tratamento reabilitador. No caso clínico apresentado, optou-se pela recuperação e reestabelecimento dessa dimensão por meio da instalação de prótese total (PT) imediata superior e prótese parcial removível (PPR) inferior. Esse planejamento demonstrou resultados satisfatórios, promovendo a função, a estética e a fonética, além de preparar o paciente e o sistema estomatognático para a realização do procedimento reabilitador definitivo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira, 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL SEVERA: RELATO DE CASO. Ana Karolaynne da Silva RODRIGUES; Francisbênia Alves SILVESTRE; Sérgio Lima SANTIAGO; Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto VIEIRA. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE FEVEREIRO - Ed. 59. VOL. 01. Págs. 124-141. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: SVS, 2012.

DE KOK, I. J. et al. Factors influencing removable partial denture patient-reported outcomes of quality of life and satisfaction: a systematic review. **Journal of Prosthodontics**, v. 26, n. 1, p. 5–18, 2016.

EPHROS, H.; KLEIN, R.; SALLUSTIO, A. **Preprosthetic surgery**. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America, v. 27, n. 3, p. 459–472, 2015.

FABBRI, G. et al. Increasing the vertical dimension of occlusion: a multicenter retrospective clinical comparative study on 100 patients with fixed tooth-supported, mixed, and implant-supported full-arch rehabilitations. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 38, n. 3, p. 323–335, 2018.

FILGUEIRAS, I. A. A. P. et al. Aesthetic references to total immediate prosthesis: case report. **JSCD Editorial**, v. 3, n. 1, p. 12-17, 2014.

FRIEL, T.; WAIA, S. Removable partial dentures for older adults. **Primary Dental Journal**, v. 9, n. 3, p. 34–39, 2020.

GEORGE, G. S.; HUSSAIN, S.; WELFARE, R. **Immediate dentures**: 1. treatment planning. Dental Update, v. 37, n. 2, p. 82–91, 2010.

HUPP, J. R.; III, E. E.; TUCKER, M. R. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 7. ed. Grupo GEN, 2021.

KASSEBAUM, N. J. et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. **Journal of Dental Research**, v. 96, n. 4, p. 380–387, 2017.

LAGO, A. D. N. **Laser na odontologia** [recurso eletrônico]: conceitos e aplicações clínicas. São Luís: EDUFMA, 2021. p. 315.

LAPORT, L. B. R. et al. Oral rehabilitation with total prosthesis and removable partial prosthesis - case report. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 20, n. 1, p. 108-114, 2017.

MAYS, K. A. Reestablishing occlusal vertical dimension using a diagnostic treatment prosthesis in the edentulous patient: a clinical report. **Journal of Prosthodontics**, v. 12, n. 1, p. 30-36, mar. 2003.

PROBST, L. F. et al. Factors associated with feelings arising from total tooth loss and expectations of denture replacement in adults and elderly. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 347–354, 2016.

**REABILITAÇÃO ORAL EM PACIENTE COM PERDA DE DIMENSÃO VERTICAL SEVERA: RELATO DE CASO**. Ana Karolayne da Silva RODRIGUES; Francisbênia Alves SILVESTRE; Sérgio Lima SANTIAGO; Pedro Henrique Acioly Guedes Peixoto VIEIRA. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE FEVEREIRO - Ed. 59. VOL. 01. Págs. 124-141. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: [jnt@faculdefacit.edu.br](mailto:jnt@faculdefacit.edu.br).

SHAH, F. K. et al. Comparison of immediate complete denture, tooth and implant-supported overdenture on vertical dimension and muscle activity. **The Journal of Advanced Prosthodontics**, v. 4, n. 2, p. 61-71, 2012.

SILVA, M. E. S.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA, E. F. Dental loss and prosthetic replacement expectation: qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 813-820, 2010.

THALJI, G.; MCGRAW, K.; COOPER, L. F. Maxillary complete denture outcomes: a systematic review of patient-based outcomes. **The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 31, p. 169-181, 2017.

TYROVOLAS, S. et al. **Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health**. Scientific Reports, v. 6, n. 1, p. 1-9, 2016.

YEUNG, C. et al. **Prosthodontic rehabilitation and follow-up using maxillary complete conventional immediate denture**. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, v. 12, p. 437-445, 2020.