

2022

AGOSTO-OUTUBRO

Ed. 39. Vol. 3. Págs. 345-357



JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1



**PRÓTESE TOTAL IMEDIATA:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

**IMMEDIATE TOTAL DENTURE:
CLINICAL CASE REPORT**

Luciana Feitosa BARBOSA
Faculdade de Ciências do Tocantins – FACIT
E-mail: lu.feitosaa@gmail.com

Thársilla Paula Vieira de SOUSA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: sousatharsila@gmail.com

Lídia Maria Lourenço BARBETTA
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lidia.barbetta@faculadefacit.edu.br

Laís Santos Tizzo LOBO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: lais.lobo@faculadefacit.edu.br



RESUMO

Introdução: O edentulismo total ou parcial ocasiona grandes problemas para os pacientes, interferindo na capacidade mastigatória, fonação e estética. Essas alterações influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente. Para reestabelecer função e estética deste paciente é possível fazer a reabilitação com próteses totais. A prótese total imediata trata-se de um aparelho reabilitador instalado previamente à extração dos dentes remanescentes, podendo ser utilizada ainda, como prótese temporária. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi uma descrição de caso de um planejamento cirúrgico-protético e reabilitação oral de um paciente através de uma prótese total imediata superior e inferior. **Discussão:** Esse procedimento apesar de ser irremediável em alguns casos, é capaz de restaurar a mastigação, fonética e aparência, reestabelecendo a autoestima do paciente e integrá-lo psicoemocionalmente na sociedade. **Conclusão:** De modo geral, é um procedimento clínico necessário, vantajoso e eficaz para pacientes que inevitavelmente, deixarão de apresentar uma condição dentada.

Palavras-chave: Endentulismo. Cirurgia protética. Prótese total imediata. Reabilitação oral.

ABSTRACT

Introduction: Total or partial edentulism causes major problems for patients, interfering with masticatory, phonation and aesthetic ability. These changes directly influence the patient's quality of life. To reestablish function and aesthetics of this patient, it is possible to carry out rehabilitation with complete dentures. The immediate complete denture is a rehabilitation device installed prior to the extraction of the remaining teeth, and can also be used as a temporary prosthesis. **Objective:** The objective of this work he was a case description of a surgical-prosthetic planning and oral rehabilitation of a patient through an immediate upper and lower complete denture. **Discussion:** This procedure, despite being irremediable in a few years, is capable of restoring chewing, restoring appearance, reestablishing the patient's health and psycho-emotional integration into society. **Conclusion:** In general, it is necessary, making it ethical and effective for patients that, activation present a deactivated condition.

Keywords: Endentulism. Prosthetic surgery. Immediate total denture. Oral rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A perda total dos elementos dentários ou grande parte deles ocasiona inúmeros problemas ao paciente, limitando a sua capacidade mastigatória e originando problemas na fonação e estética, sendo deste modo considerada uma das piores condições clínicas na odontologia. Essas alterações influenciam na qualidade de vida do paciente e afetam diretamente a sua autoestima¹.

Com a finalidade de reestabelecer função e estética do paciente, é possível a reabilitação com próteses totais, que é um recurso que possibilita ao paciente, alcançar um padrão estético e funcional. Esta reabilitação oral tem por finalidade restaurar a mastigação, fonética e aparência, reestabelecer a autoestima do paciente e integra-lo psicoemocionalmente na sociedade^{1,2}.

Segundo Puça et al.³ (2020), os pacientes reagem à perda dentária de duas maneiras diferentes. Uma parte se mostra inconformados, insatisfeitos, com sentimento de impotência, incapacidade e ansiedade, procurando impedir esta perda a qualquer custo e dispondo-se a qualquer sacrifício para restaurar sua dentição, enquanto outros reagem de maneira conformista e depressiva, encarando a perda dos dentes como algo inerente à idade, mostrando-se passivos diante da situação e do tratamento proposto.

Alguns pacientes não aceitam a situação imposta a eles de permanecerem edêntulos após a extração dos elementos dentários devido ao tempo necessário para a cicatrização completa e reparo ósseo. Diante dessa situação, vê-se necessário como uma solução o uso de prótese total imediata^{3,4}.

De acordo com Goiato et al.⁵ (2014) a prótese total imediata trata-se de um aparelho reabilitador instalado previamente à extração dos dentes remanescentes, com o objetivo de restabelecer a função e estética imediatamente após a exodontia desses elementos dentários. Podendo ser utilizada ainda, como uma prótese temporária em pacientes submetidos à cirurgia para instalação de implantes, antes da confecção das próteses definitivas, seja ela overdenture ou protocolo⁵.

Este tipo de reabilitação apresenta inúmeras vantagens, pois evita transtornos fonéticos, facilita mastigação, promove melhor cicatrização, proporciona a manutenção da dimensão vertical de oclusão do paciente, evita o colapso dos músculos da face, além de favorecer a autoestima, permitindo a continuidade das atividades sociais^{4,5}.

Luciana Feitosa BARBOSA; Thársilla Paula Vieira De SOUSA; Lídia Maria Lourenço BARBETTA; Laís Santos Tizzo LOBO. PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – RELATO DE CASO CLÍNICO. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. AGOSTO-OUTUBRO/2022. Ed. 39. Vol. 3. Págs. 345-357. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

Em contrapartida, as desvantagens estão relacionadas aos cuidados pós-operatórios, aos inúmeros retornos ao consultório para fazer ajustes e aos reembasamentos. Quanto as indicações, as próteses totais imediatas se tornam uma opção em casos de condenação dos remanescentes dentários à extração. No entanto, são contraindicadas em casos de periodontopatias avançadas, pacientes incapazes de sofrer intervenção cirúrgica invasiva, alterações patológicas que requerem grande remoção de tecido e falta de cooperação do paciente⁶.

Todavia, por ser uma prótese que deve estar associada à manobra cirúrgica, é necessário que seja feito um correto planejamento, e conseqüentemente seja realizada uma minuciosa técnica de confecção com a finalidade de proporcionar o conforto do paciente⁵.

Portanto, o objetivo do presente trabalho é descrever o planejamento cirúrgico-protético e execução da reabilitação oral de um paciente, por meio de prótese total imediata superior e inferior, e também, relatar os resultados obtidos com esse tratamento.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente J. S. F., 69 anos de idade, sexo masculino e raça negra, procurou a Policlínica Odontológica PHD Anderson de Paulo da Faculdade de Ciências do Tocantins - FACIT, para realização de avaliação clínica. O paciente abordava como queixa principal a troca de próteses parciais removíveis superior e inferior, relatando que as mesmas estavam quebradas e com muito tempo de uso. Ao decorrer da análise clínica geral, o paciente declarou não possuir quaisquer problemas alérgicos, respiratórios, doenças graves ou hábitos parafuncionais, relatou ainda não estar sob tratamento médico ou fazendo uso de medicamentos.

Mediante exame clínico e radiográfico, foi observado perda de suporte labial, condição periodontal deficiente em todos os remanescentes dentários que correspondem aos elementos 17, 16, 24, 25 e 27 e resto radicular do elemento 37 em virtude da perda de tecido ósseo de suporte. Diante do exposto e em relação ao planejamento cirúrgico-protético foi sugerido ao paciente exodontias de todos os elementos dentários superiores e inferiores e confecção de uma prótese total imediata.

Em um segundo atendimento, após ser aceito pelo paciente o plano de tratamento sugerido, foi realizado procedimentos preliminares, como fotografias das arcadas do paciente (Figura 1) e (Figura 2), adequação do meio bucal, seleção de moldeiras superior e inferior, registro do arco facial com silicone Zetalabor (Zhermack, Itália) e montagem em articulador semi ajustável (BioArt, São Carlos, SP, Brasil) (Figura 3). Em seguida, foi

realizado moldagem da arcada superior com silicone de condensação com 6 porções e arcada inferior com 3 porções (Figura 4), os moldes foram encaixotados com fita crepe e foi feito o vazamento com gesso tipo IV (Figura 5), além disso, foram confeccionadas duas placas articulares com rodetes de cera, superior e inferior.



Figura 1. Foto intrabucal arcada superior.
Fonte: Os Autores.



F
Figura 2. Foto intrabucal arcada inferior
Fonte: Os Autores



Figura 3 – a) molde arcada superior
Fonte: Os Autores.



Figura 3 – b) registro do arco facial
Fonte: Os Autores



Figura 3 – c) montagem do arco em articulador.
Fonte: Os Autores.



Figura 4 – Moldes em silicone de condensação
Figura 3 – a) molde arcada superior



Figura 5 – Encaixotamento com fita crepe
Figura 3 – b) registro do arco facial

Na consulta seguinte, foi realizado prova e ajuste das placas articulares onde foi possível conferir e demarcar se o corredor bucal, a linha média do sorriso, as guias caninas e linha do sorriso estavam satisfatórias (Figura 6). Foi feita a conferência do plano oclusal de Frankfurt (Figura 7) com o auxílio da régua fox (BioArt, São Carlos, SP, Brasil) e compasso de Willis (Jon Indústria e Comércio de Produtos Odontológicos, São Paulo, SP, Brasil) para obter as medidas de dimensão vertical de oclusão (DVO) e dimensão vertical de repouso (DVR). Foi realizado ainda, o registro oclusal das placas articulares superior e inferior e então se procedeu a montagem em articulador semi-ajustável (Figura 8), e também foi escolhida a cor dos dentes (66) que constituirá as próteses totais após considerar o fator sexo, idade e cor da pele do paciente.



Figura 6 – Demarcação da linha média do sorriso e guia canina
Fonte: Os Autores.



Figura 7 – Conferência do plano oclusal
Fonte: Os Autores.



Figura 8 – Montagem das placas articulares em articulador.
Fonte: Os Autores.

Em uma terceira visita clínica, foi realizada a prova dos dentes em cera (Figura 9) para aprovação do paciente e fotografia do mesmo. Após análise e aprovação das próteses pelo paciente, as mesmas foram encaminhadas ao protético para serem acrilizadas.



Figura 9 – Prova dos dentes em cera.
Fonte: Os Autores.

Na visita seguinte, com as próteses acrilizadas (Figura 10), foram realizadas as exodontias de todos os remanescentes dentários para posteriormente as próteses serem instaladas. Para realização da cirurgia foram feitos procedimentos preliminares como lavagem das mãos, paramentação e montagem da mesa cirurgia (Figura 11). Em seguida deu-se continuidade com a anestesia do paciente (Figura 12), onde foram realizadas as técnicas de bloqueio do nervo alveolar inferior no lado esquerdo, e alveolar superior posterior (ASP) lado esquerdo e direito.

O anestésico de escolha foi lidocaína 2% com epinefrina 1:100000, utilizando o total de 5 tubetes. Após anestesia foram realizadas manobras cirúrgicas simples, como sindesmotomia para liberação do tecido gengival, luxação lateral com elevadores (Figura 13) e (Figura 14) rompendo as fibras do ligamento periodontal e expandindo cortical óssea, luxação apical e lateral fazendo pressão apical e movimentos vestibulo-lingual com fórceps, e então a avulsão via alveolar do elemento. Posteriormente foi feito o tratamento do alvéolo com cureta de Lucas, lima para osso e soro fisiológico, regularização de rebordo (Figura 15), e suturas (Figura 16) e (Figura 17). Em imediato, após suturas foi realizada a instalação das próteses totais superior e inferior (Figura 18) e (Figura 19).



Figura 10 – Próteses acrilizadas.
Fonte: Os Autores.



Figura 11 – Montagem da mesa cirúrgica.
Fonte: Os Autores.



Figura 12 – Anestesia
Fonte: Os Autores.



Figura 13 – Luxação do dente
Fonte: Os Autores.



Figura 14 – Luxação do dente.
Fonte: Os Autores.



Figura 15 – Regularização de rebordo.
Fonte: Os Autores.



Figura 16 – Suturas arcada superior
Fonte: Os Autores.



Figura 17 – Sutura arcada inferior

Fonte: Os Autores.



Figura 18 – Instalação das próteses.

Fonte: Os Autores.



Figura 19 – Resultado Final.
Fonte: Os Autores.

As recomendações quanto aos cuidados pós-operatórios e adaptação das próteses foram direcionadas ao paciente. Após 24 horas da instalação das próteses totais, o paciente compareceu à clínica novamente, para aperfeiçoar o ajuste oclusal e averiguar a necessidade de reembasamento das mesmas. A adaptação, retenção e estabilidade da prótese total superior estavam favoráveis, porém na prótese inferior foi necessário realizar reembasamento. Passado uma semana, foi realizada a remoção das suturas e verificado o processo de cicatrização, que se encontrava favorável.

DISCUSSÃO

O tratamento sugerido ao caso clínico exposto foi a confecção de próteses total imediata superior e inferior, visto que, os remanescentes dentários se encontravam condenados à extração devido a condição periodontal deficiente e perda de tecido ósseo de suporte. Esse procedimento apesar de ser irremediável em alguns casos, como o demonstrado, é capaz de restaurar a mastigação, fonética e aparência, reestabelecendo a autoestima do paciente e integrando psicoemocionalmente na sociedade^{1,2}.

Apresenta ainda inúmeras vantagens, pois evita transtornos fonéticos, facilita mastigação, promove melhor cicatrização, proporciona a manutenção da dimensão vertical de oclusão do paciente, evita o colapso dos músculos da face, além de favorecer a autoestima, permitindo a continuidade das atividades sociais^{4,5}.

No caso apresentado, o estado psicológico do paciente foi acolhedor, pois o mesmo demonstrou confiança aos envolvidos no caso e sempre acreditou no sucesso do tratamento, mostrando-se ao final deste muito satisfeito e confiante. Com a instalação das próteses totais imediatas foi possível adquirir fonética e estética, e dessa forma foi possível elevar a autoestima do paciente e também favorecer o seu convívio social.

Neste caso clínico, foi necessário o reembasamento da prótese total inferior, onde foi utilizado o Kit Reembasador Soft Rebase (TDV). Os materiais reembasadores resilientes são normalmente utilizados como aliados no tratamento protético e manejo de mucosa oral traumatizada. São aplicados na superfície da prótese, absorvendo o impacto das forças mastigatórias e distribuindo-as, de modo a reduzir o trauma, a dor e o desconforto local³.

Logo, a utilização da prótese total imediata consiste em um tratamento temporário, sendo utilizada pelo paciente até o momento conveniente a se confeccionar uma prótese adequada ao planejamento cirúrgico-protético, dependendo da situação econômica de cada paciente, podendo ser realizada a confecção de uma nova prótese total convencional ou prótese sobre implantes³. Essa modalidade de tratamento contribui ainda, para uma visualização do resultado final estético e funcional, viabilizando obter uma reabilitação oral mais satisfatória.

CONCLUSÃO

De modo geral, as próteses totais imediatas têm a finalidade de promover ao paciente uma condição social, funcional e estética favorável. É um procedimento clínico necessário, vantajoso e eficaz para pacientes que inevitavelmente, deixarão de apresentar uma condição dentada. No caso relatado o objetivo do tratamento foi alcançado com sucesso, pois foram superadas as expectativas do paciente, ofertando a ele melhor qualidade de vida, estética satisfatória e restabelecendo a função mastigatória, possibilitando a continuidade das atribuições sociais.

REFERÊNCIAS*¹

- 1- Sousa AFN. Prótese Total imediata: Revisão de Literatura. [Trabalho de conclusão de curso]. Recife: Centro Universitário Tiradentes;2019.

*De acordo com as normas de Trabalho de Conclusão de Curso da FACIT, baseada nas normas Vancouver. Disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

- 2- Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Revista de Odontologia da UNESP. 2006; 35(1): 53-60.
- 3- Puça DLP, Fernandes WCC, Caldeira FID, Pigossi SC, Rodriguez LS. Reabilitação bucal com prótese total imediata: um recurso estético e funcional: relato de caso. Arch Health Invest.2020;9(6):517-521.
- 4- Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. Revista Odontológica de Araçatuba. 2006;27(1)67-72.
- 5- Goiato MC, Santos DM, Medeiros RA, Sônego MV. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. Revista Odontológica de Araçatuba. 2014; 35(1):67-72.
- 6- Torcato LB, Pellizzer EP, Goiato MC, Falcón-Antenucci RM. Prótese total imediata: relato de caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba. 2012; 33(2):66-69.