



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



# **Reabilitação do sorriso com exodontias múltiplas e prótese imediata – relato de caso clínico**

**Amanda Lima Santos**

**2019**

**AMANDA LIMA SANTOS**

**Reabilitação do sorriso com exodontias múltiplas e prótese  
imediate – relato de caso clínico**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Odontologia, da Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Campus Governador  
Valadares, como parte dos pré-requisitos  
para obtenção do título de Bacharel em  
Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

Co-orientador: Prof. Dr. Maurício Malheiros Badaró

Governador Valadares

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Amanda Lima.

Reabilitação do sorriso com exodontias múltiplas e prótese imediata : relato de caso clínico / Amanda Lima Santos. -- 2019. 30 f. : il.

Orientador: Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

Coorientador: Maurício Malheiros Badaró

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Faculdade de Odontologia, 2019.

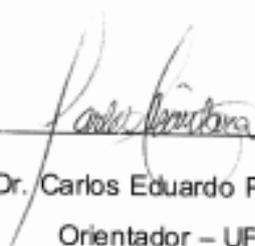
1. Prótese total imediata. 2. Exodontia múltipla. 3. Reabilitação oral. 4. Prótese total. 5. Extrações dentárias. I. Pinto de Alcântara, Carlos Eduardo, orient. II. Badaró, Maurício Malheiros, coorient. III. Título.

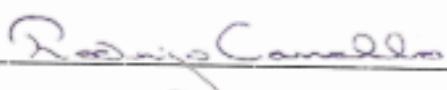
AMANDA LIMA SANTOS

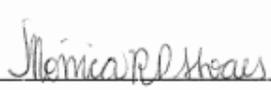
**REABILITAÇÃO DO SORRISO COM  
EXODONTIAS MÚLTIPLAS E PRÓTESE  
IMEDIATA – RELATO DE CASO CLÍNICO**

Aprovada em 05 de JUNHO de 20 19, por:

Banca Examinadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Pinto de Alcântara  
Orientador – UFJF/GV

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Rodrigo Furtado de Carvalho  
Examinador – UFJF/GV

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Mônica Regina Pereira Senra Soares  
Examinador – UFJF/GV

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder a vida e saúde e por colocar pessoas especiais em meu caminho, sem as quais não conseguiria vencer todas as barreiras.

Agradeço ao meu orientador Carlos Eduardo e ao meu co-orientador Maurício, que me nortearam durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Os admiro muito como dentistas e professores, sempre buscando o melhor para os pacientes e tão empenhados na nobre tarefa de ensinar.

Agradeço ao paciente deste trabalho pela confiança e paciência durante todas as consultas e por me permitir colocar em prática os conhecimentos teóricos.

Agradeço à minha dupla e amiga, Laissa, que também contribuiu com etapas deste caso clínico sendo minha auxiliar, minha parceira, meu ombro amigo.

Agradeço à minha família por todo apoio e por vibrarem comigo a cada conquista.

Enfim, sou grata a todos que de algum modo contribuíram para a realização deste trabalho. Mais uma etapa da graduação foi vencida graças a cada um deles.

“Se quiser ir rápido, vá sozinho, mas se quiser ir longe, vá acompanhado.”

*“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”*

Mahatma Gandhi

## RESUMO

Prótese total imediata é uma alternativa de reabilitação para pacientes com indicação para extrações múltiplas, mas que não desejam ficar desdentados durante o período de confecção de uma prótese total convencional. É confeccionada antes do procedimento cirúrgico e instalada imediatamente após, garantindo estética, função estomatognática e convívio social ao paciente. O objetivo do presente trabalho é apresentar um caso clínico de reabilitação com prótese total imediata que foi realizado nas clínicas de prótese e cirurgia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, descrevendo as etapas protéticas e cirúrgicas, bem como sua importância para o sucesso do tratamento, além das vantagens dessa técnica para o paciente. Próteses totais imediatas são vantajosas funcional e esteticamente, e devem ser uma alternativa de tratamento, mas que requer mais conhecimentos, habilidades e critérios do que a prótese total convencional.

**Palavras-chave:** Prótese total imediata; Prótese total; Extrações dentárias; Extrações múltiplas; Reabilitação oral.

## ABSTRACT

Immediate complete denture is a rehabilitation alternative for patients with multiple extractions indication, but do not wish to be edentulous during the period of manufacture of a conventional total prosthesis. It is fabricated before the surgical procedure and installed immediately afterwards, guaranteeing aesthetics, stomatognathic function and social interaction to the patient. The aim of the present study is to present a clinical case of rehabilitation with immediate complete denture that was performed in the prosthesis and oral surgery clinics of the Universidade Federal University de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, describing the prosthetic and surgical stages, as well as its importance for the success of the treatment, besides the advantages of this technique for the patient. Immediate complete dentures are functional and aesthetically advantageous, and should be an alternative treatment, but that requires more knowledge, skills and criteria than the conventional total prosthesis.

**Keywords:** complete denture; immediate denture; oral rehabilitation; tooth extraction

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	página 03
FIGURA 2.....	página 06
FIGURA 3.....	página 06
FIGURA 4.....	página 09
FIGURA 5.....	página 09
FIGURA 6.....	página 10
FIGURA 7.....	página 10
FIGURA 8.....	página 13
FIGURA 9.....	página 13

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 RELATO DE CASO CLÍNICO .....	03
3 DISCUSSÃO.....	14
4 CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXO .....	18

## 1 INTRODUÇÃO

Prótese total imediata (PTI) é uma prótese confeccionada antes do ato da extração dentária, a partir do modelo de gesso obtido, e deve ser instalada imediatamente após a exodontia desses elementos (Boucher, Hickey, Zarb, 1977; Corrêa, 2005; Tamaki, 1983; Turano, Turano, 2004).

Quando extrações dentais múltiplas são indicadas, os pacientes costumam relatar receio quanto às alterações estéticas e fonéticas que sofrerão em decorrência do tratamento odontológico, o que leva muitos indivíduos a se recusarem a submeter-se a tal procedimento. Uma alternativa de tratamento para situações como esta 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).

Além de proporcionar uma boa condição estética e funcional, a PTI possibilita a retenção do coágulo e contenção da formação de edema no pós-operatório imediato, mostrando-se uma alternativa de tratamento reabilitador bastante satisfatória (Bispo et. al., 2010). Capaz de restaurar a autoestima, a prótese total tem por objetivo preservar os rebordos alveolares e integrar o paciente psico-emocionalmente na sociedade (Barbosa et. al., 2006).

Por outro lado, as contra-indicações desse tratamento recaem sobre casos de periodontopatias avançadas, pacientes cujo estado físico e/ou psíquico não é compatível com uma intervenção cirúrgica invasiva, alterações patológicas que requeiram grande remoção de tecido, falta de cooperação e concordância do paciente, além de falta de capacidade técnico-científica do profissional para a realização desse tipo de tratamento (Cerveira Netto, 1987; Telles, 2009).

A confecção da PTI requer um planejamento protético e cirúrgico, que inclui anamnese, exame clínico, radiográfico e procedimentos preliminares, como moldagem para obtenção dos modelos de gesso e a montagem desses em articulador semi-ajustável (Torcato et. al., 2012). A prótese total imediata é uma ferramenta de apoio ao cirurgião-dentista e ao paciente, e apesar de seu

caráter temporário e de transição, requer mais conhecimentos, habilidades e critérios do que a PT convencional (Telles, 2009).

O objetivo deste estudo é relatar as etapas clínicas da confecção da prótese total imediata de um paciente com indicação para exodontias múltiplas, realizado na Clínica de Cirurgia Maxilofacial da Universidade Federal de Juiz de Fora- Campus Governador Valadares.

## 2 RELATO DE CASO CLÍNICO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da UFJF (3.367.095).

Paciente J.A.S, 65 anos de idade, gênero masculino, melanoderma, procurou a clínica odontológica da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, UFJF-GV, com a queixa principal de necessidade de confecção de próteses em ambas as arcadas. Durante a anamnese, constatou-se que o mesmo era diabético compensado e ao exame físico intraoral apresentava dois incisivos superiores e dois pré-molares inferiores e não fazia uso de nenhuma prótese odontológica. Os dentes remanescentes (11, 21, 44 e 45) apresentavam-se extruídos, com condição periodontal insatisfatória e o rebordo desdentado reabsorvido (Figura 1).

Finalizada a anamnese e os exames clínico e complementar, foi planejada a realização de próteses totais imediatas nos arcos superior e inferior. O plano de tratamento protético/cirúrgico foi elaborado e realizado sob supervisão docente de representantes das disciplinas de prótese e cirurgia.



**Figura 1** – Exame extra-oral do paciente (**A** – Vista frontal; **B** – Vista do sorriso) e intra-oral (**C**) – evidenciando dentes extruídos e o rebordo desdentado reabsorvido.

### ETAPA PROTÉTICA

#### 1. Moldagem Preliminar / Confecção do Modelo de Estudo

Na moldagem inicial o material empregado foi o alginato (Zhermack SpA - Badia, Bolzano). Para isso, foi realizada a seleção da moldeira de estoque, segundo as dimensões das arcadas superior e inferior do paciente, as quais

foram individualizadas com cera utilidade. Após a manipulação do alginato, as moldeiras foram carregadas e levadas à cavidade bucal. A partir da obtenção dos moldes superior e inferior, vazou-se com gesso pedra (ASFER – São Caetano do Sul, SP), obtendo o modelo de estudo, no qual foi realizada a delimitação da área chapeável, a fim de orientar a confecção da moldeira individual (Figura 2).

## 2. Moldeira Individual/ Ajuste Laboratorial e Clínico da Moldeira

Para a moldagem funcional, é importante que a moldeira individual seja confeccionada o mais adaptada possível sobre o modelo de estudo. Visto isso, foi realizado alívio com cera sete (Lysanda – Vila Prudente, São Paulo) nos dentes remanescentes (incisivos centrais), rugosidades palatinas e rafe palatina do modelo superior, e no modelo inferior aliviou-se os dentes remanescentes (primeiro e segundo pré molar). Utilizou-se para a confecção das moldeiras a resina acrílica autopolimerizável (VIPI – Pirassununga, São Paulo), que foi manipulada em pote Paladon e, na sua fase plástica, prensada entre duas placas de vidro previamente vaselinadas, contendo nas extremidades lâminas duplas de cera 7 para padronizar a espessura do lençol de acrílico.

Em seguida, a resina foi acomodada sobre o modelo, de forma que os excessos pudessem ser removidos, contornando os dentes remanescentes, e aguardou-se a polimerização (Telles, 2009). O acabamento das bordas foi realizado com brocas maxicut e minicut (Dhpro – Paranaguá, Paraná), de modo que a periferia das moldeiras ficasse 2mm aquém do fundo de vestibulo, o limite posterior coincidissem com a linha vibratória do palato e as áreas de contato com freios e bridas fossem aliviadas. Foram adicionados pequenos cabos para facilitar a estabilização das moldeiras durante o procedimento de moldagem (Figura 2).

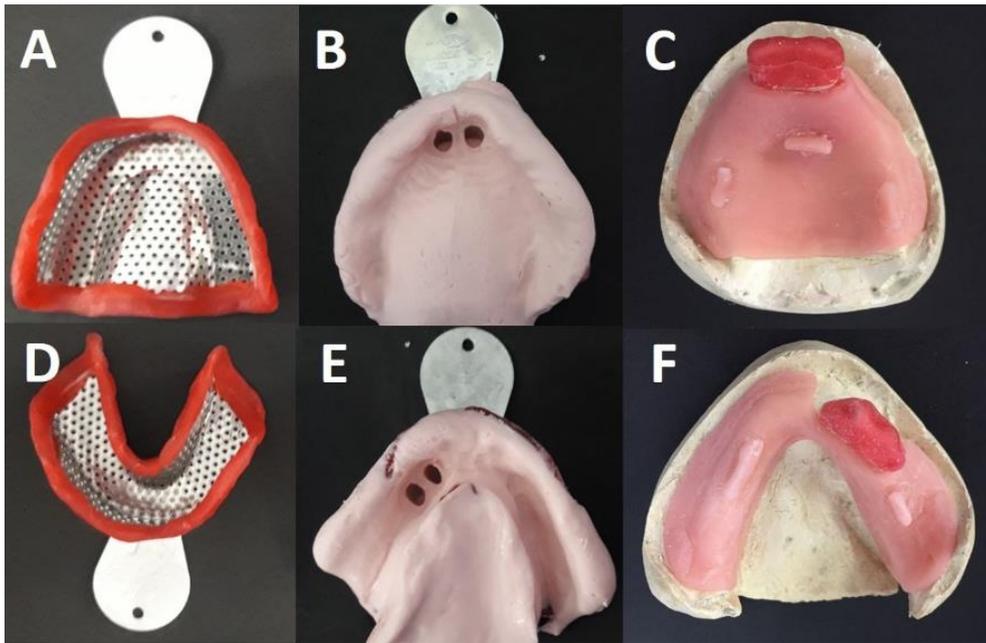
## 3. Moldagem Funcional/ Confecção do Modelo de Trabalho

No vedamento periférico o material utilizado foi a godiva de baixa fusão (Lysanda – Vila Prudente, São Paulo) em bastão. Plastificando-a na chama da lamparina, foram dispensadas pequenas porções nas bordas das moldeiras e

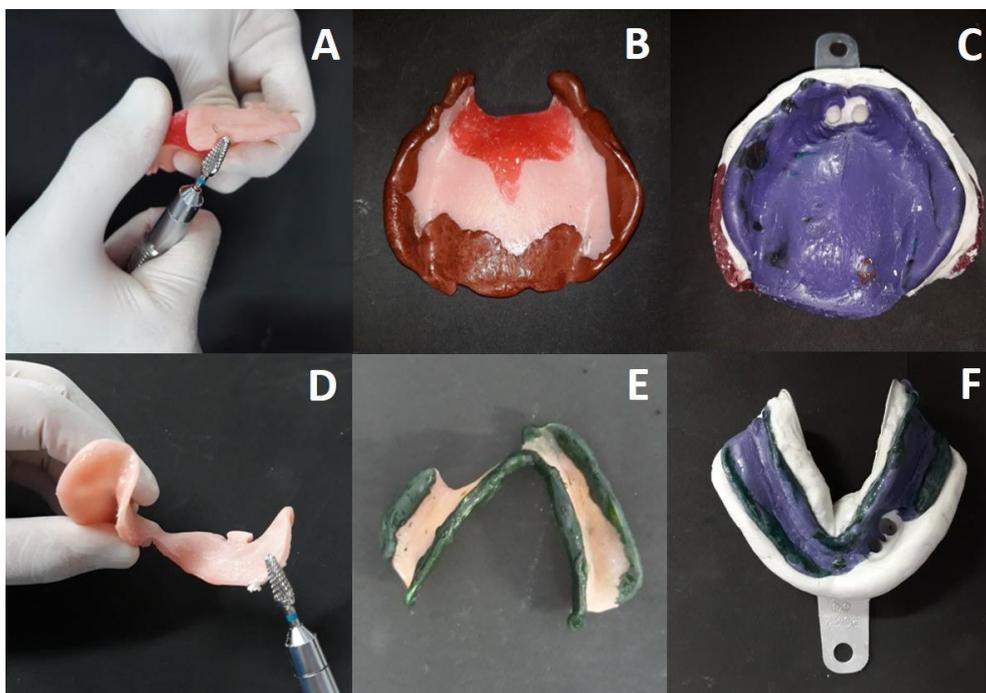
em seguida levadas à boca do paciente, mantendo em posição sobre o rebordo pelos cabos. A moldagem superior foi realizada gradativamente, iniciando pelo flanco bucal direito e esquerdo, seguido do flanco labial e região de travamento posterior, observando sempre o aspecto da godiva, que deve estar lisa e opaca, demonstrando que o material teve um correto contato com os tecidos. Já na inferior, iniciou-se pela chanfradura do masseter, seguida do fundo de vestíbulo bucal, fundo de vestíbulo labial, fossa distolingual, flange sublingual e freio lingual (Figura 3).

Após o vedamento periférico concluído, realizou-se o teste de retenção e estabilidade. Na moldeira superior foi feito o teste de retenção horizontal, puxando-a horizontalmente para frente pelo cabo anterior para verificar a eficiência do vedamento posterior, e o teste de retenção vertical, puxando a moldeira verticalmente pelos cabos laterais, verificando assim a eficiência do vedamento do fundo de vestíbulo.

O material de escolha para moldagem funcional da área de assentamento da prótese total foi o poliéter (3M Espe), por sua propriedade hidrofílica, resultando em um molde com alta precisão e praticamente sem bolhas (Telles, 2009). Aplicou-se adesivo para poliéter (3M Espe) nas moldeiras individuais, manipulou-se o poliéter e a moldeira foi carregada e levada em boca em seguida (Figura 3). Após a presa do material, utilizou-se moldeira de estoque com alginato para moldar os dentes remanescentes, levando-a em posição sobre a moldeira individual (Telles, 2009). Passado o tempo de geleificação do alginato, o conjunto foi retirado da boca e foi realizada a desinfecção em hipoclorito de sódio a 1% por 10 minutos. Para confeccionar o modelo de trabalho, o molde foi vazado com gesso tipo IV (ASFER – São Caetano do Sul, SP). O mesmo procedimento foi feito tanto com a moldeira individual superior quanto com a inferior.



**Figura 2** – Moldeiras de estoque individualizadas com cera utilidade (**A e D**), moldagem preliminar com alginato (**B e E**), modelo de estudo e moldeira individual dos arcos superior e inferior (**C e F**).



**Figura 3** – Ajuste da moldeira individual (**A e D**), vedamento periférico com godiva (**B e E**), moldagem funcional com poliéter seguida da moldagem com alginato em moldeira de estoque (**C e F**) dos arcos superior e inferior, respectivamente.

#### 4. Base de Prova/ Roletes de Cera/ Individualização dos Roletes de Cera

A base de prova foi confeccionada com resina acrílica autopolimerizável sobre o modelo de trabalho. Para isso, foi feito alívio nas áreas retentivas do modelo com algodão e o mesmo foi isolado com isolante para gesso (Lysanda – Vila Prudente, São Paulo). Em seguida a resina foi manipulada e acomodada sobre o modelo, como foi feito na etapa de confecção das moldeiras individuais.

Os planos de orientação superior e inferior foram feitos com lâminas de cera 7, que foram plastificadas em chama de lamparina, dobradas várias vezes sobre si e modeladas de acordo com o formato do rebordo alveolar do paciente, sendo posicionado sobre a base de prova à frente do rebordo superior e paralelo ao inferior, respeitando-se a altura distal de 2/3 da papila piriforme (Telles, 2009) (Figura 4).

Como o paciente apresentava os incisivos centrais superiores, não houve grande perda de suporte labial. Visto isso, ajustou-se o plano de orientação garantindo seu contorno adequado, de modo a manter o suporte da musculatura e facilitar a montagem dos dentes artificiais. Do mesmo modo, a presença dos incisivos centrais serviu de referência para definir a altura incisal da prótese e para o registro da linha média.

Utilizou-se a régua de Fox para ajustar o plano de cera seguindo a orientação correta do plano oclusal, paralelo ao plano de Camper e à linha bipupilar, produzindo assim uma linha do sorriso em harmonia com o lábio inferior do paciente (Figura 4). O plano de cera foi ajustado com o auxílio de uma espátula metálica aquecida até que se conseguisse um paralelismo entre o plano oclusal e o plano de Camper, garantindo assim a não ocorrência de sorriso invertido. Avaliou-se também a presença do corredor bucal, essencial para conferir um aspecto mais natural à prótese, equilibrar o sorriso e torná-lo mais estético.

Para estabelecer a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) com precisão, aplicou-se os seguintes métodos descritos na literatura: método métrico, fisiológico, estético e fonético. No método métrico, utilizou-se o compasso de Willis para medir a distância do canto externo do olho até a comissura labial, que

deve ser igual à distância vertical da base do mento até a base do nariz com a mandíbula em repouso. O valor da dimensão vertical de repouso (DVR) encontrado foi de 63mm, do qual subtraiu-se 3mm equivalentes ao espaço funcional livre, estabelecendo assim a altura na qual o plano de orientação inferior seria ajustado para obter a DVO (Figura 4).

Seguindo o método fisiológico, o paciente foi orientado a relaxar a musculatura e deglutir a própria saliva, registrando-se a altura do terço inferior da face com a mandíbula em repouso, utilizando o compasso de Willis. Foram subtraídos 3mm relativos ao espaço funcional livre.

Já no método estético, observou-se a harmonia do terço inferior da face com as demais partes do rosto, verificando se a DVO estava adequada.

Utilizando o método fonético, solicitou-se que o paciente pronunciasse sons sibilantes, como “Mississippi” e “sessenta e seis”, para observar o movimento da mandíbula e verificar o espaço funcional livre adequado.

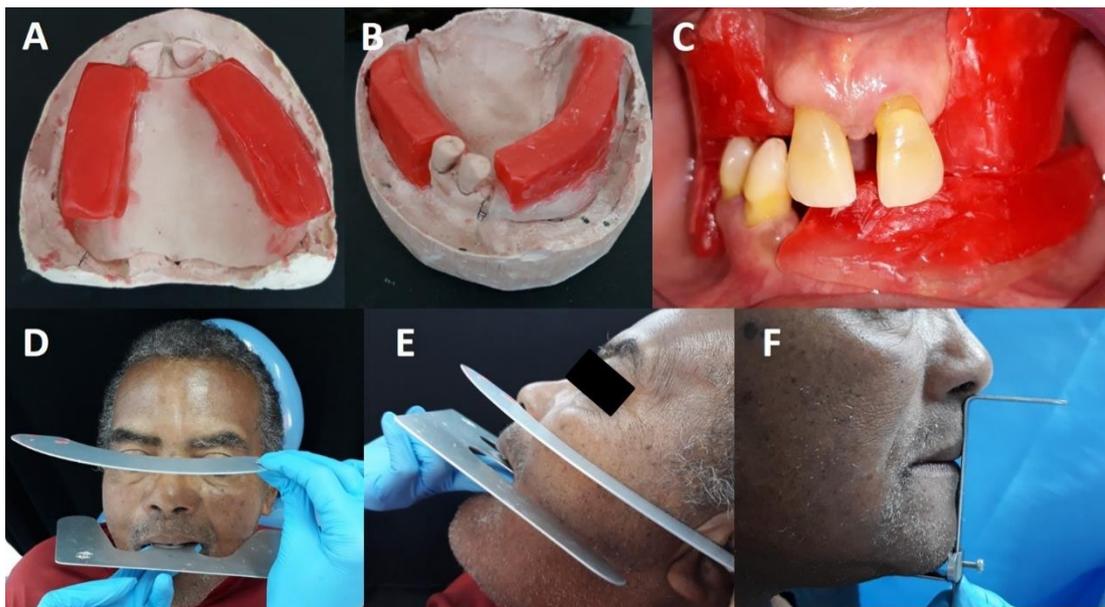
#### 5. Registro Interoclusal/ Montagem em Articulador Semi Ajustável

Feitos os registros, prosseguiu-se com a montagem dos modelos de trabalho no Articulador Semi-Ajustável (ASA) (BioArt – São Carlos, São Paulo). Para o registro do arco facial, foi colocada silicona de condensação no garfo para adaptar a base de prova superior sobre ele e levado o conjunto em boca. Em seguida, as olivas foram adaptadas nas orelhas do paciente, o dispositivo náseo na glabella e os parafusos foram apertados para registrar a posição (Figura 5). A distância intercondilar registrada foi três, o ângulo de Bennet 15° e a guia condilar 30°. O conjunto foi retirado da boca e levado ao ASA para a montagem do modelo superior. Utilizou-se gesso especial tipo IV para fixar o modelo no articulador e completou-se com gesso comum. Foram feitos sulcos de referência no rolete de cera superior, que recebeu uma camada de pasta zincoenólica (Lysanda – Vila Prudente, São Paulo), enquanto o inferior foi vaselinado. Os planos novamente foram levados à boca e solicitou-se que o paciente ocluisse, manipulando-o em relação cêntrica, para registrar a posição exata de montagem do modelo inferior em relação ao superior no ASA. Para registrar a Relação Cêntrica a mandíbula foi conduzida com uma das mãos para a posição mais

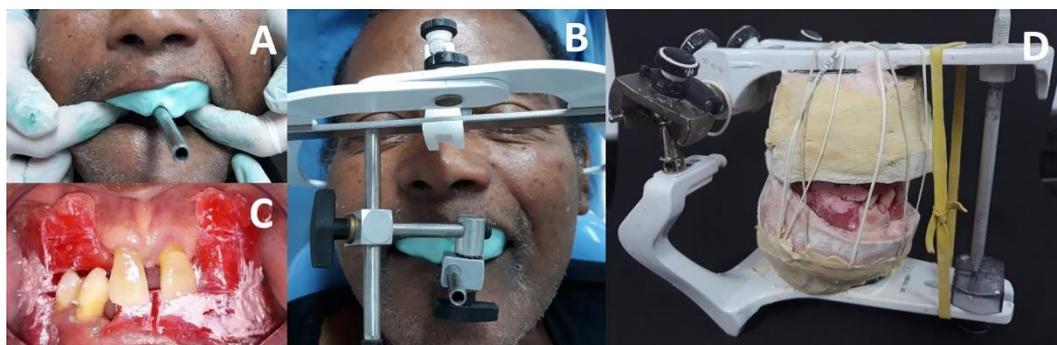
retruída, de modo que ela fosse guiada e não forçada, e com a outra mão a base de prova superior foi estabilizada.

O arco foi retirado do articulador, o pino incisal foi posicionado em zero e o modelo inferior foi montado com os planos de cera devidamente posicionados.

Concluída a montagem dos modelos de trabalho em ASA, este foi enviado ao laboratório de prótese para a montagem dos dentes artificiais na cor 66 da escala VITAPAN Classical.



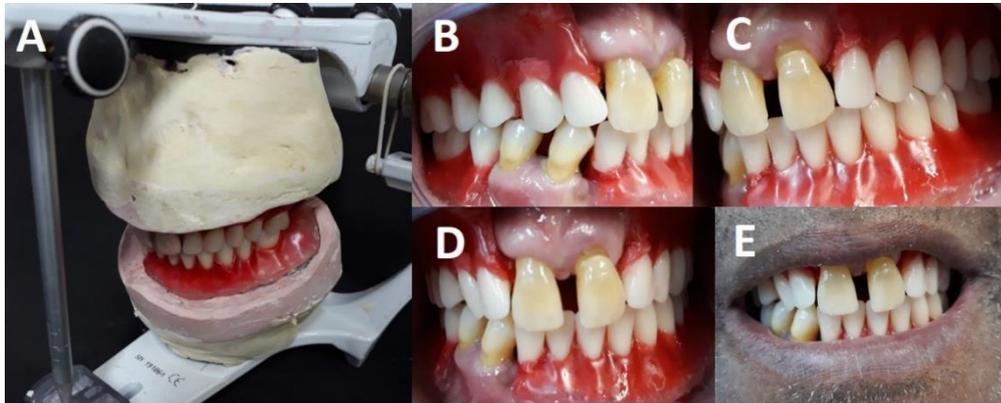
**Figura 4** – Base de prova e roletes de cera dos arcos superior (A) e inferior (B) confeccionados com resina acrílica e roletes de cera 7; C – Ajustes dos planos de orientação em boca; Ajuste do plano de orientação seguindo orientação correta do plano oclusal, paralelo à linha bipupilar (D) e ao plano de Camper (E); F – Ajuste da DVO com compasso de Willis.



**Figura 5** – A – Adaptação do garfo com silicóna de condensação na base de prova em boca; B – Adaptação e registro do arco facial (olivas nas orelhas e dispositivo náseo na glabella); C - registro interoclusal feito com sulcos de referência e pasta ZOE. D – Montagem em articulador semi-ajustável.

## 6. Prova dos Dentes – Funcional e Estética

Ao retornar do laboratório, os dentes foram provados em boca para avaliação do formato, tamanho, cor, posição e oclusão, levando em conta todos os referenciais estéticos e funcionais (Figura 6). Aprovada a montagem dos dentes artificiais, foi feita a remoção dos dentes remanescentes do modelo de gesso, regularização dos rebordos e enviou-se novamente ao laboratório, onde foi realizada a conclusão da base de prova recobrimdo as áreas que anteriormente tinham dentes e promovendo o acréscimo dos elementos dentários que seriam extraídos. Em seguida realizou-se o enceramento gengival final, para inclusão, prensagem e acrilização da PTI (Figura 7).



**Figura 6** – A – Montagem dentes artificiais na cor 66 da escala VITAPAN Classical;  
B – E – Prova dos dentes em boca para avaliação do formato, tamanho, cor, posição e oclusão, levando em conta todos os referenciais estéticos e funcionais.



**Figura 7** – Remoção dos dentes remanescentes no modelo de gesso e regularização do rebordo no arco superior (A e B) e inferior (C e D). E – Prótese Total finalizada após conclusão da base prova e montagem dos dentes nas áreas que anteriormente tinham dentes.

## ETAPA CIRÚRGICA

### FASE PRÉ CIRÚRGICA

Concluída a fase laboratorial, após a chegada das PTI superior e inferior, prosseguiu-se com a fase cirúrgica, de exodontia dos elementos remanescentes e instalação das próteses.

Socilitou-se ao paciente para bochechar por um minuto com clorexidina 0,12% para desinfecção da cavidade bucal. Seguindo o planejamento previamente realizado, foi empregada a técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior e do nervo lingual para exodontia dos elementos 44 e 45, utilizando um tubete de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (Alphacaine 100, Nova DFL, Rio de Janeiro)

### CIRURGIA

Foi realizada a incisão intrasucular com lâmina 15c, descolamento do tecido mole com destaca perióstio de Molt, luxação dos dentes inferiores com alavanca apical e luxação e remoção com fórceps 151. Em seguida foi feita irrigação dos alvéolos com solução fisiológica e sutura em X com fio de seda 4-0 (Technofio – Goiânia, Goiás) em ambos.

Para exodontia dos elementos 11 e 21 foi realizada a técnica infiltrativa e técnica de bloqueio do nervo nasopalatino, utilizando dois tubetes do mesmo anestésico. As mesmas manobras de incisão e luxação foram realizadas, porém com fórceps apropriado para os incisivos superiores, de número 150. Após a remoção desses dentes, realizou-se novamente a irrigação e sutura em X (Figura 8).

### FASE PÓS CIRÚRGICA

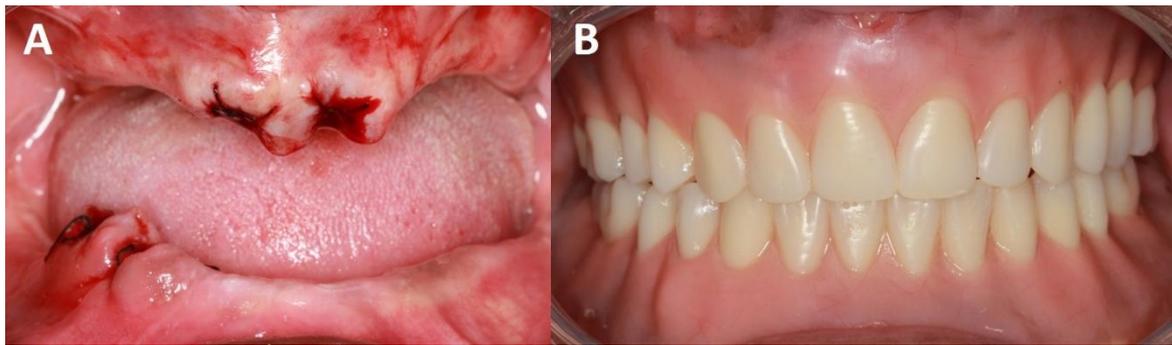
As próteses totais foram previamente desinfetadas em recipiente fechado com Clorexidina 0,12% e então, colocadas em boca. Alguns ajustes foram feitos com broca minicut para melhorar a adaptação e retenção da prótese.

O paciente recebeu orientações quanto a alimentação pastosa, morna ou fria nos primeiros dias, além de instruções sobre higienização da prótese e da mucosa. Foi solicitado o uso contínuo das próteses por 24 horas para evitar edema e higienização diária após esse período. Para controle da dor foi prescrito como medicação pós-operatória dipirona 500mg de 6 em 6 horas e nimesulida 100mg de 12 em 12 horas por três dias.

Após sete dias da cirurgia o paciente retornou à clínica para remoção das suturas e reembasamento da prótese. Com a cicatrização tecidual, a prótese superior teve moderada perda de retenção, então foi reembasada com resina macia para reembasamento provisório (Dencril – Pirassununga, São Paulo) pela técnica direta (imediate), melhorando sua retenção. O paciente também relatou trauma na região de freio labial, onde a prótese foi então aliviada com disco de carborundum e broca minicut.

Na segunda consulta de preservação, após 15 dias da cirurgia, foram feitos novos alívios nas áreas em que o paciente relatou trauma, e este foi orientado a utilizar Corega (gsk – Brentford, Reino Unido) como fixador para melhorar sua segurança com relação à retenção da prótese.

Após um mês da cirurgia e instação da PTI, realizou-se a terceira consulta. Utilizou-se o catalizador da pasta zincoenólica para demarcar os locais de alívio, os quais foram novamente ajustados com broca minicut. Foi realizado também o ajuste oclusal, considerando a oclusão balanceada bilateral. O paciente recebeu alta e será encaminhado para a Clínica de Prótese Total da mesma instituição para confecção de próteses definitivas (Figura 9).



**Figura 8** – Pós-operatório imediato (A), próteses instaladas e ajustadas (B).



**Figura 9** – Aspecto inicial (A e B) e final do sorriso (C e D) com a PTI instalada.

### 3 DISCUSSÃO

A prótese total imediata constitui-se em uma opção para amenizar a abrupta transição do estado de dentado para o de edentado sofrida pelo paciente com indicação para exodontias múltiplas. É um tipo de reabilitação que requer mais conhecimentos, habilidades e critérios do que a PT convencional, e seu resultado pode apresentar limitações, uma vez que é confeccionada a partir de um modelo ainda dentado e não possibilita prova de todos os dentes artificiais, pois os naturais ainda estarão em boca.

No presente caso clínico, o paciente possuía os incisivos centrais superiores e os dois pré molares inferiores direitos, que eram de grande importância psicossocial. Os elementos apresentavam condição periodontal insatisfatória, com mobilidade avançada, além de grande extrusão, o que dificultaria a obtenção de um bom padrão estético e oclusal para planejar uma prótese parcial suportada por dentes. Pensando nisso, a reabilitação com PTI foi o tratamento de escolha, devido às suas inúmeras vantagens, que, de acordo com Saizar (1972) podem ser divididas em anatômicas, funcionais, estéticas e psicológicas.

Entre as vantagens observadas, podemos citar o impedimento do colapso labial e do afundamento das bochechas, redução da maior parte dos transtornos e reajustes fonéticos com a perda dos dentes, inclusive a mastigação, reduzindo reajustes dietéticos. Quanto às vantagens estéticas, a PTI permitiu melhorar o aspecto do paciente, que apresentava inúmeras ausências dentárias, impedindo o colapso facial, condição que remete a envelhecimento e tristeza. Já no aspecto psicológico, foi possível eliminar o receio do paciente de se apresentar desdentado, permitindo a continuidade de suas relações e convívio social.

Em contrapartida, em comparação à PT convencional, a PTI apresenta algumas desvantagens, destacando-se a necessidade de reembasamentos devido às alterações sofridas pelo rebordo no período de cicatrização, necessitando de mais consultas pós-instalação (Turano, 2004; Costa, 2017).

Durante o pós-operatório imediato foi necessário realizar ajustes na prótese, assim como após sete dias, em que foi realizado reembasamento com

resina resiliente. Segundo Goiato (2018), o reembasamento de próteses totais inferiores com material resiliente é uma alternativa viável para melhorar a satisfação em pacientes que apresentam dificuldades em utilizar próteses totais mandibulares.

Além disso, outra limitação da PTI se refere à possível imprevisibilidade estética, pelo fato da impossibilidade de prova dos dentes (Telles, 2009), fator observado no presente caso clínico pelo desvio de linha média na prótese acrilizada.

Nas consultas de preservação o paciente mostrou-se muito satisfeito com o tratamento e relatou a importância da reabilitação para sua função mastigatória e autoestima. Gonçalves e colaboradores (2015) observaram através de um questionário de qualidade de vida (OHIP-14) que a prótese total imediata melhora a satisfação e tem grande impacto positivo na qualidade de vida do paciente. Foi observado também que a cicatrização dos alvéolos foi muito favorável, livre de edema e infecção, demonstrando a vantagem da instalação da prótese imediata. Chaves Junior (2003) afirma que a prótese imediata proporciona uma melhor e mais rápida cicatrização da área operada com proteção ao trauma local, contra infecção exterior e controle de hemorragia, oferecidas pelo tamponamento do coágulo sanguíneo.

O objetivo principal deste relato de caso foi mostrar uma solução imediata para a queixa estética e funcional do paciente. A recuperação estética, fonética, e mastigatória foram restabelecidas, além do impacto social positivo no cotidiano do paciente. No entanto, é preciso destacar que em casos como este, deve-se dar continuidade ao tratamento, confeccionando uma prótese definitiva, cuja longevidade e qualidade de adaptação são bastante superiores.

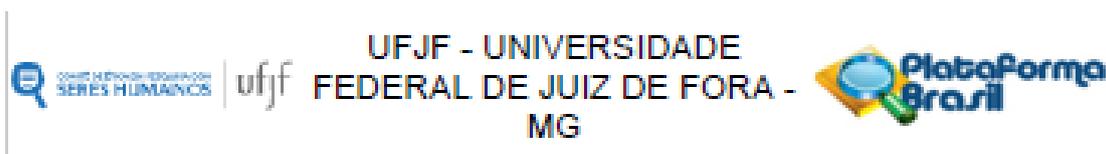
## **4 CONCLUSÃO**

A reabilitação com prótese total imediata é um recurso viável e vantajoso para pacientes que necessitam de exodontias múltiplas. Embora seja um tratamento mais complexo e que requer mais cuidados pós-instalação do que as próteses convencionais, é capaz de beneficiar o paciente tanto no aspecto cirúrgico quanto psicossocial.

## REFERÊNCIAS

1. Boucher CO, Hickey JC, Zarb G. Protesis para el desdentado total. Buenos Aires: Mundi; 1977.
2. Corrêa GA. Prótese total passo a passo, São Paulo: Santos; 2005.
3. Tamaki T. Dentaduras completas. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1983.
4. Turano JC, Turano LM. Fundamentos da prótese total. 7ª ed. São Paulo: Santos; 2004.
5. Santos JCA, da Silva JD, Haddad MF. Reabilitação com prótese total imediata - relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v.36, n.2, p. 24-28, Julho/Dezembro, 2015.
6. Bispo CGC, Tortamano IP, da Silva Junior JCB, Medeiros ACR, Rocha RG. Estética imediata provisória em paciente idoso. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 9 (4) 381-384, out./dez., 2010.
7. Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev. odontol. UNESP, vol.35, n1, p.53-60, 2006.
8. Cerveira Netto H. Prótese Total Imediata. São Paulo: Pancast; 1987.
9. Telles DM. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2009.
10. Torcato LB, Pellizzer EP, Goiato MC, Falcón-Antenucci RM. Prótese total imediata: relato de caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba, v.33, n.2, p. 66-69, Julho/Dezembro, 2012.
11. Saizar P. Prostodoncia total. Buenos Aires: Mundi; 1972.
12. Costa SC, Rebolal J, Braz DBU. Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas. São Paulo: Napoleão; 2017.
13. Goiato MC, Sônego MV, Gonfiantini AF, dos Santos DM. Satisfação e qualidade de vida em pacientes desdentados após reembasamento com material resiliente. Revista Odontológica de Araçatuba, v.39, n.1, p. 28-32, Janeiro/Abril, 2018.
14. Gonçalves LO, Sonego MV, Schiavoni JR, Goiato MC, Pesqueira AA, Carvalho KHT. Qualidade de vida e satisfação em pacientes após a instalação de próteses totais imediatas e overdentures sobre raízes. Arch Health Invest 2015;4 (Spec Iss 2): 25-380.
15. Chaves Junior AC. Exodontias múltiplas e reabilitação imediata: considerações clínicas, JBC Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica. n. 7 v. 40, p. 282-285, 2003.

## ANEXO - Aprovação pelo comitê de ética e pesquisas com seres humanos



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Reabilitação do sorriso com exodontias múltiplas e prótese Imediata e relato de casos clínicos

**Pesquisador:** Carlos Eduardo Pinto de Alcântara

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 10038919.3.0000.5147

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.367.095

##### **Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Item III.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delimitados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER S/N  
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.038-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3785 Fax: (32)1102-3785 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 3.367.065

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 Item 3.3 letra a; e 3.4.1 Item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2019.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 3.367.096

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1279545.pdf	31/05/2019 12:15:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Reabilitacao_do_sorriso_PTI_2_.docx	31/05/2019 12:13:59	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1_Termo_de_Consentimento_Livr_e_Esclarecido_Relato_caso_PTI_2.doc	31/05/2019 12:10:35	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_CEP_PTI_1.PDF	13/04/2019 19:43:07	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo_PTI.doc	20/03/2019 00:04:39	Carlos Eduardo Pinto de Alcântara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 04 de Junho de 2019

---

 Assinado por:  
 Jubel Barreto  
 (Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 38.038-000

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.prop-esq@ufjf.edu.br