

Protése Total Imediata em Paciente Jovem: Relato de Caso

Immediate Total Prosthesis in a Young Patient: Case Report

Prótesis Total Inmediata en Paciente Joven: Reporte de Caso

Ana Luiza Silva **LOPES**

Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, 37130-001 Alfenas - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9759-660X>

Jéssica da Silva **CÂNDIDO**

Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, 37130-001 Alfenas - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6833-3229>

Marcela Filié **HADDAD DANZIGER**

Professora Adjunta, Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, 37130-001 Alfenas - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-3455-6624>

Maira Foresti Vieira **MUNHOZ**

Faculdade de Odontologia de Alfenas, Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, 37130-001 Alfenas - MG, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6569-1699>

Resumo

Introdução: As perdas dentárias afetam aspectos estéticos e funcionais da vida de seu portador e são especialmente constrangedoras quando acometem indivíduos jovens. Desse modo, quanto antes a reabilitação protética seja providenciada, menores serão os prejuízos ao paciente desdentado. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso de reabilitação de paciente jovem por meio de prótese total imediata (PTI). **Relato de caso:** Paciente de 39 anos, procurou atendimento cirúrgico e reabilitador. Após anamnese, exame físico, clínico e radiográfico, foi traçado o plano de tratamento que incluiu a extração de todos os elementos dentais presentes e a reabilitação com próteses totais imediatas. Assim, foi proposta a execução dos passos clínicos e laboratoriais inerentes à confecção de próteses totais concomitante as extrações dentárias, de modo que as próteses fossem instaladas na mesma seção clínica das últimas exodontias. **Conclusão:** O uso PTI melhora a adaptação do paciente do estado dentado ao desdentado, promove conforto ao paciente e diminui o trauma decorrente desta transição. Além de garantir a recuperação e manutenção da fisiologia da mastigação, evita o colapso dos músculos da face, promove a proteção das feridas cirúrgicas, acelera a cicatrização, diminui a reabsorção óssea e favorece a autoestima.

Descritores: Prótese Total Imediata; Cirurgia Bucal; Reabilitação Bucal; Estética.

Abstract

Introduction: Tooth loss affects aesthetic and functional aspects of the patient's life and is especially embarrassing when they affect young individuals. Thus, the sooner the prosthetic rehabilitation is provided, the smaller the damage to the edentulous patient. **Objective:** To present a case report on the rehabilitation of a young patient using immediate complete denture (ITP). **Case report:** A 39-year-old patient sought surgical and rehabilitative care. After anamnesis, physical, clinical and radiographic examination, a treatment plan was drawn up, which included the extraction of all dental elements present and rehabilitation with immediate complete dentures. Thus, it was proposed to carry out the clinical and laboratory steps inherent to the manufacture of complete dentures concomitantly with dental extractions, so that the prostheses were installed in the same clinical section of the last extractions. **Conclusion:** The use of PTI improves the patient's adaptation from the dentate to the edentulous state, promotes patient comfort and reduces the trauma resulting from this transition. In addition to ensuring the recovery and maintenance of mastication physiology, it prevents the collapse of facial muscles, promotes the protection of surgical wounds, accelerates healing, reduces bone resorption and promotes self-esteem.

Descriptors: Denture, Complete, Immediate; Surgery, Oral; Mouth Rehabilitation; Esthetics.

Resumen

Introducción: La pérdida de dientes afecta aspectos estéticos y funcionales de la vida del paciente y es especialmente embarazoso cuando afecta a personas jóvenes. Así, cuanto antes se realice la rehabilitación protésica, menor será el daño al paciente edéntulo. **Objetivo:** Presentar un reporte de caso sobre la rehabilitación de un paciente joven utilizando prótesis total inmediata (PTI). **Informe de caso:** Un paciente de 39 años buscó atención quirúrgica y de rehabilitación. Luego de la anamnesis, examen físico, clínico y radiográfico, se elaboró un plan de tratamiento que incluyó la extracción de todos los elementos dentales presentes y rehabilitación con prótesis completa inmediata. Así, se propuso realizar los pasos clínicos y de laboratorio inherentes a la fabricación de prótesis completas concomitantemente con las extracciones dentarias, de manera que las prótesis fueran instaladas en la misma sección clínica de las últimas extracciones. **Conclusión:** El uso de PTI mejora la adaptación del paciente del estado dentado al edéntulo, promueve la comodidad del paciente y reduce el trauma resultante de esta transición. Además de asegurar la recuperación y mantenimiento de la fisiología masticatoria, previene el colapso de los músculos faciales, favorece la protección de las heridas quirúrgicas, acelera la cicatrización, reduce la reabsorción ósea y favorece la autoestima.

Descriptores: Dentadura Completa Inmediata; Cirugía Bucal; Reabilitación Bucal; Estética.

INTRODUÇÃO

Existem várias situações em que exodontias múltiplas são indicadas, como grande comprometimento dental por cáries extensas em dentes próximos, necrose pulpar, doenças periodontais graves, razões estéticas, dentes fraturados, motivos protéticos, mobilidade e ausência de procedimento conservador viável¹. Dentre todos estes motivos, a doença periodontal, em termos globais, é responsável por 30 a 35% de todas as extrações dentárias².

De acordo com o Ministério da Saúde, os problemas relativos à saúde bucal aumentam com a idade, sendo que os dados indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema

periodontal é de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos de 35 a 44 anos, idade em que se observa uma prevalência de 19,4%³.

Pacientes com a dentição prejudicada possuem características únicas que desafiam o cirurgião dentista quanto ao reestabelecimento das funções do sistema estomatognático. Neste contexto, uma vez diagnosticada clinicamente e radiograficamente a necessidade de múltiplas extrações dentárias, uma forma de melhorar a qualidade de vida do paciente é reabilitando-o.

Esse tipo de procedimento torna-se essencial, devido a necessidade da eliminação do foco infeccioso e manutenção da saúde bucal e geral do paciente¹.

O planejamento das exodontias múltiplas correspondem às extrações estrategicamente realizadas, resultando numa transição suave do estado dentado para o edêntulo; o que favorece melhoria na condição bucal do paciente em questão, possibilitando-o a reabilitação protética.¹ Um fator que contribui para a diminuição da velocidade da reabsorção do rebordo edêntulo após as exodontias por é a proteção física aos alvéolos contra as forças nocivas da cavidade oral⁴.

Neste contexto, as próteses totais imediatas (PTIs), que são dispositivos confeccionados para serem instalados imediatamente após a extração dos dentes naturais, diminuirão a magnitude da reabsorção óssea alveolar nos 3-4 primeiros meses após a remoção dos dentes, período no qual este fenômeno ocorre com maior intensidade, propiciando um rebordo mais satisfatório, se comparado àquele obtido com cicatrização normal, sem a PTI⁴.

Em se tratando de adaptação imediatamente após as exodontias, as PTI permitem o controle da hemorragia, proteção contra o trauma, proteção contra infecções exógenas, rapidez na cicatrização, fonética, transição menos perceptível da condição dental, supressão do colapso do sistema neuromuscular e menor tempo perdido nas atividades sociais⁵. Já as desvantagens estão relacionadas aos cuidados pós-operatórios, aos reembasamentos e ao número de visitas ao profissional para os ajustes⁵. Geralmente, as vantagens em se realizar o tratamento do indivíduo cujo estado bucal exija remoção dos dentes restantes por intermédio de PTI superam as desvantagens⁴.

Assim, este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral em paciente jovem, portador de periodontite avançada e mobilidade dentária, por meio de PTIs.

CASO CLÍNICO

Este trabalho consiste em um relato de caso de reabilitação oral com prótese total imediata em paciente com periodontite avançada. Inicialmente, o presente relato foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (CEP – UNIFAL-MG), obtendo parecer favorável sob o nº 55406721.1.0000.5142.

O paciente, sexo masculino, 39 anos, leucoderma, residente em Alfenas-MG, compareceu à clínica de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG, queixando-se de dor, inflamação gengival e descontentamento estético.

Durante a anamnese, o paciente se mostrou bastante receptivo. Relatou ser ex-fumante, ex-usuário de drogas, possuir hipertensão arterial e histórico familiar de diabetes e ter hábitos parafuncionais, dentre eles, o de entrepor objetos entre os dentes.

Nenhuma alteração foi observada no exame físico extraoral. Já na análise intraoral foi notado que os maxilares superior e inferior possuíam formato retangular e o volume dos rebordos alveolares era satisfatório; e que havia ausência dos elementos 14, 12, 22, 25 e 46. Foi realizado periograma inicial onde foi constatada presença de cálculo dental generalizado, perda óssea, mobilidade dentária grau III generalizada, inflamação gengival nos dentes 11, 13, 15, 21, 23, 24, 28, 32, 33, 37, 38, 44, 47 e 48. Presença de bolsas periodontais cujas profundidades de sondagem eram, em grande maioria, iguais ou maiores a 5mm, com prevalência para bolsas de 8 a 11 mm, sendo que todas as bolsas acima de 7 mm apresentaram sangramento durante o exame. Foi observada também a diminuição do nível gengival do paciente, sendo este de 7mm nos locais de maior recessão. Diante dos fatos, foi diagnosticada periodontite estágio IV generalizada.

O plano de tratamento foi, então, elaborado. Inicialmente, foi proposta a raspagem supra e subgengival e o paciente foi informado sobre sua condição periodontal e a possibilidade da perda dos dentes em curto prazo. Foi mencionada, também, a possibilidade da realização de próteses totais removíveis imediatas superior e inferior. O paciente manifestou interesse na realização destas, e foi encaminhando para a clínica de prótese da universidade.

Para dar início à reabilitação oral do paciente, foi realizado seu registro fotográfico (Figura 1) e exame radiográfico panorâmico (Figura 2). Em seguida, procedeu-se à moldagem anatômica de ambas as arcadas, que foi realizada com alginato Hydrogum 5 (Zhermack, Badia Polinesia, Rovigo, Vêneto Itália) e moldeiras metálicas perfuradas (Bio-Art - Curitiba, Paraná, Brasil). A adaptação das moldeiras foi obtida utilizando cera periférica (Lyzanda – São Paulo, São Paulo, Brasil) nas bordas. O alginato foi proporcionado e manipulado seguindo as instruções do fabricante, inserido nas moldeiras e, então, os moldes das duas arcadas foram tomados. Após a geleificação do material, a moldeira e o molde foram removidos da boca do paciente e desinfetados com hipoclorito de sódio 1%. Na sequência foi realizado o vazamento de ambos em Gesso Pedra Tipo III (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) e obtidos os modelos. Foi, então, tomado o registro intermaxilar para montagem dos modelos em articulador semi-ajustável, o que permitiu idealizar o planejamento para a confecção da prótese total imediata.



Figura 1: Imagens iniciais do paciente. A - Extraoral em repouso. B - Extraoral com expressão. C - Intraoral.

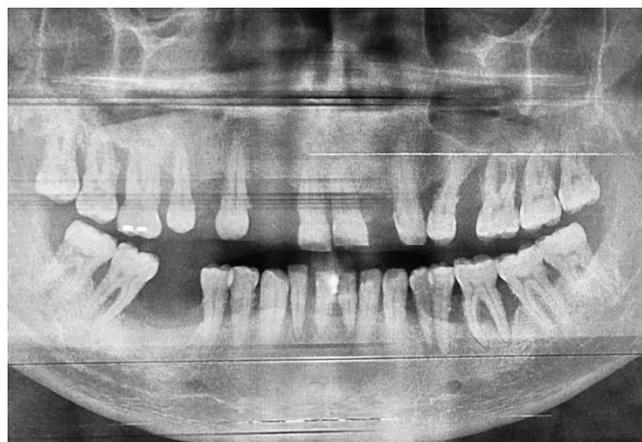


Figura 2: Radiografia panorâmica inicial.

Em função da necessidade de extração de todos os dentes do paciente, visando a manutenção da saúde e estética, foi decidido que previamente seriam feitas as extrações dos dentes posteriores 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 47 e 48, e em um segundo momento, quando a confecção da PTI já estivesse concluída, seriam realizadas as extrações dos dentes anteriores 11, 13, 15, 21, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45.

Assim, foi simulada a cirurgia nos modelos de gesso, retirando as coroas dos dentes que seriam extraídos inicialmente; e confeccionadas as moldeiras individuais, as quais cobriam os dentes remanescentes e o rebordo na região dos dentes a serem removidos.

Na seção clínica seguinte, foram extraídos os elementos posteriores (Figura 3), conforme o planejamento proposto.



Figura 3: Extração dos elementos posteriores. A - Aspecto após a exodontia dos elementos 16, 17, 18, 26, 27, 28. B - Aspecto após a exodontia dos elementos 47 e 48. C - Aspecto após a exodontia dos elementos 36,37 e 38.

Quinze dias, após remoção da sutura e cicatrização do rebordo, foram realizadas as moldagens funcionais das arcadas maxilar e mandibular, sendo a moldagem de borda do fundo

de vestibulo com silicone de condensação de consistência pesada (Zetaplus – Zhermack, Badia Polinesia, Rovigo, Vêneto Itália) e a moldagem de rebordo e dentes remanescentes com silicone de condensação de viscosidade média (Thixoflex M – Zhermack, Badia Polinesia, Rovigo, Vêneto Itália). Após a polimerização do material, os moldes foram removidos da boca do paciente, desinfetados e os modelos de trabalho vazados em gesso tipo III (Asfer, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil).

Com os modelos funcionais em mãos, foram confeccionadas as bases de prova, sendo que estas recobriam o rebordo edêntulo e, neste momento, se apoiavam nos dentes remanescentes. Assim, foi verificada a adaptação, espessura e extensão destas bases e os roletes de cera presentes na região posterior das mesmas foram orientados, observando-se, para o rolete superior, o corredor bucal, sua altura e inclinação com o auxílio da régua de Fox (Bio-Art, Curitiba, Paraná, Brasil). Em seguida, o modelo maxilar juntamente com a base de prova e o rolete de cera ajustado foram montados em articulador semiajustável.

Para restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO), utilizou-se o método métrico e estético. As relações maxilomandibulares da PT foram obtidas a partir da DVO, dimensão vertical de repouso (DVR) e espaço funcional livre (EFL) do paciente, visando estética e favorecimento das funções fisiológicas. Assim, foram realizados ajustes na cera do plano de orientação mandibular até que se obtivesse a altura correta da DVO. Então, prosseguiu-se ao registro intermaxilar em posição de relação cêntrica com pasta zincoenólica (Figura 4) e montagem do modelo mandibular em articulador semiajustável.

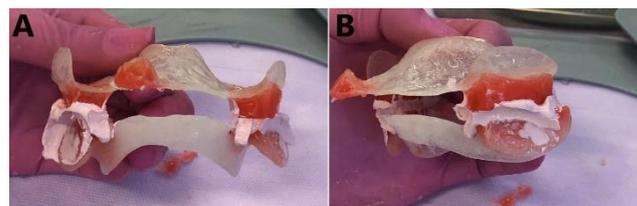


Figura 4: Bases de prova com roletes ajustados de acordo com a DVO. A - Vista frontal. B - Vista lateral.

A presença de dentes remanescentes facilitou o processo de seleção dos dentes artificiais, pois foram seguidas as referências de cor e forma apresentada por eles. Além do mais, outros aspectos do paciente, como cor dos olhos, cabelo e pele, foram também levados em consideração. De acordo com essas características, foram selecionados dentes do modelo R14 e cor A2 (TRILUX).

Com os dentes artificiais posteriores montados, a prova estético-funcional foi realizada, avaliando oclusão, alinhamento, disposição, formato e cor dos elementos. As correções

necessárias foram realizadas e a opinião do paciente registrada, relatando ter gostado da cor e da forma dos dentes artificiais. Dessa maneira, foi selecionada a cor da base (Black – Vipi, Pirassununga, São Paulo, Brasil) e as próteses com os dentes montados em cera foram então enviadas para acrilização.

Previamente à acrilização, os dentes remanescentes foram removidos do modelo de gesso e novos dentes artificiais foram montados na região correspondente. Sobre os modelos de gesso, agora desdentados, foi confeccionado um guia cirúrgico.

Após a acrilização das próteses, foram realizadas as exodontias dos dentes remanescentes e avaliada a necessidade de regularização do rebordo com auxílio do guia cirúrgico. Após a checagem, foi feita homeostasia e sutura. Na mesma sessão das exodontias foram instaladas a próteses totais superior e inferior (Figura 5), realizados pequenos ajustes de base e oclusal e o paciente foi instruído a não remover as próteses nas primeiras 24 horas.



Figura 5: Próteses Totais Imediatas instaladas.

Após esse período, o paciente retornou à clínica, onde as próteses foram removidas e realizada a higienização das mesmas e do rebordo residual com a ferida cirúrgica. O ajuste oclusal foi aprimorado, e verificou-se a necessidade de reembasamento da prótese com condicionador de tecidos (Coe-Comfort, GC America – USA). A adaptação, a retenção e a estabilidade da prótese

total imediata mantiveram-se favoráveis.

Após 7 dias, foi realizada a remoção da sutura, verificação do processo de cicatrização que se mostrou favorável, e ainda, ajuste oclusal e da base de resina. O condicionador de tecidos foi removido e substituído por material reembasador resiliente (Coe-Soft, GC America – USA). Trinta dias após as exodontias foi realizada a troca do material resiliente por um reembasador definitivo (Kooliner, GC America – USA) e novo ajuste oclusal foi realizado.

A figura 6 mostra o aspecto final do paciente, após 30 dias da instalação das próteses.



Figura 6: Aspecto final da prótese total imediata após 30 dias. A - Vista lateral em repouso. B - vista lateral com expressão facial. C - Vista frontal com expressão facial.

DISCUSSÃO

Um dos principais motivos que acarreta na perda dentária é a falta de manutenção da saúde oral, concomitante à falta de informação sobre a importância desta. Existem várias situações em que exodontias múltiplas são indicadas, como grande comprometimento dental por cáries extensas em dentes próximos, necrose pulpar, doenças periodontais graves, razões estéticas, dentes fraturados, motivos protéticos, mobilidade e ausência de procedimento conservador viável.¹ A PTI está indicada naqueles casos em que a condição dos dentes remanescentes não permita a confecção de nenhum outro tipo de reabilitação, devido ao envolvimento periodontal, às lesões cáries, à distribuição inadequada dos pilares remanescentes ou às limitações financeiras⁶.

Muitos pacientes permanecem desdentados após as extrações devido ao tempo necessário para a cicatrização e reparação óssea.⁷ Uma vez diagnosticada a necessidade de múltiplas extrações dentárias, é desejável que se diminua o tempo entre as exodontias e a instalação da prótese total convencional. Assim, a confecção da PTI cumpre efetivamente o papel reabilitador durante esse intervalo^{5,8}.

A PTI foi a indicação para este caso pela impossibilidade de reabilitar os dentes remanescentes, estando condenados à extração devido a periodontite estágio IV. Estudos apontam que, na maioria dos casos, a necessidade de exodontia se dá em virtude do aspecto radiográfico do periodonto de sustentação, caracterizando periodontopatias⁷, como no caso descrito.

A PTI possui inúmeras vantagens que estão relacionadas ao conforto do paciente, entre elas estão a fonação, alimentação, participação em atividades sociais e principalmente a diminuição do trauma decorrente da transição da perda dos dentes naturais que serão substituídos pelos artificiais. Os pacientes que realizam este tipo de tratamento apresentam melhor cicatrização do tecido ósseo e da fibromucosa, pois a PTI propicia melhor adaptação tecidual pós exodontias, protegendo do trauma, impedindo possíveis infecções e diminuindo a hemorragia pós cirurgia⁹. Esse tipo de reabilitação garante uma recuperação e manutenção da fisiologia de mastigação e da dimensão vertical de oclusão, evita colapso dos músculos da face. Garante a proteção das feridas cirúrgicas, controle da hemorragia, protege contra infecções exógenas, acelera a cicatrização e favorece a autoestima⁸.

Outra vantagem é que as PTIs diminuirão a magnitude da reabsorção óssea alveolar nos 3-4 primeiros meses após a remoção dos dentes, período no qual este fenômeno ocorre com maior intensidade, propiciando um rebordo mais satisfatório, se comparado àquele obtido com cicatrização normal, sem a PTI⁴.

Já as desvantagens estão relacionadas aos cuidados pós-operatórios, aos reembasamentos e ao número de visitas ao profissional para os ajustes⁵. Geralmente, as vantagens em se realizar o tratamento do indivíduo cujo estado bucal exija remoção dos dentes restantes por intermédio de PTI superam as desvantagens⁴.

As vantagens e desvantagens das PTI devem ser apresentadas ao paciente antes do início do tratamento, e o prognóstico costuma ser duvidoso, devido ao resultado não ser totalmente previsível, pois a acrilização da prótese é executada sobre um modelo do qual os dentes foram removidos em processo laboratorial^{5,7}. No presente caso, o paciente optou por essa modalidade devido à possibilidade de obtenção de estética e das características funcionais (oclusão e fonética) logo após o procedimento cirúrgico.

Com a decisão de reabilitar com PTI, foram realizados procedimentos de moldagens prévias à cirurgia. Para a confecção de uma PTI, necessita-se de duas moldagens. A primeira, denominada de anatômica nos fornece uma visão geral da área chapeável e estruturas bucais orientando-nos para a confecção da moldeira individual. Essa moldagem é realizada com moldeiras de estoque e, na maioria dos casos, com alginato pela presença de dentes¹⁰. Após a obtenção do modelo de estudo a partir da moldagem anatômica, confecciona-se uma moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável ou placa de acetato¹⁰. Logo após a verificação e correção da moldeira, realiza-se a moldagem da borda do fecho periférico. Esta pode

ser realizada com godiva de baixa fusão ou silicone de condensação. Aqui se optou pelo silicone de condensação pela facilidade de manuseio. Após a moldagem do fecho periférico, realiza-se a moldagem funcional que pode ser com material único (moldagem simples), sendo ele, silicone de condensação, poliéter ou polissulfeto¹⁰.

Quando a cirurgia demanda a extração de muitos dentes em diferentes áreas do rebordo, a moldagem funcional torna-se complexa e pouco vantajosa. Nesses casos, deve-se optar por uma técnica de moldagem simples, mas que copie adequadamente a região do fundo de vestibulo. Essa limitação faz com que alguns profissionais prefiram realizar as extrações dos dentes naturais em etapas diferentes, iniciando pelos dentes posteriores e esperando a cicatrização inicial para facilitar e tornar mais acurados os procedimentos de moldagem, em especial a moldagem funcional dos segmentos posteriores das arcadas¹¹, da mesma forma foi executado neste relato.

Após os registros intermaxilares, e montagem em articulador semiajustável, realizou-se a montagem dos dentes artificiais para prova estética e funcional. Com a aprovação do profissional e do paciente na prova estética e funcional, os dentes remanescentes foram cortados e foi realizada uma regularização óssea no modelo de gesso pelo técnico de prótese dentária com supervisão do cirurgião-dentista, onde foi montado os demais dentes artificiais para posterior inclusão em mufla e acrilização da prótese em resina termopolimerizável. Em conjunto foi confeccionado um guia cirúrgico de placa de acetato. Esta etapa facilita a regularização dos tecidos moles e ósseo na boca do paciente, facilitando assim melhor adaptação possível da PTI após a exodontia dos dentes remanescentes¹⁰.

A montagem dos modelos no articulador é fundamental, pois na maioria dos casos o plano oclusal está alterado¹¹. Uma das desvantagens da reabilitação com PTI é que poucos casos possibilitam a realização de provas dos dentes artificiais, dificultando a previsibilidade do resultado. Em compensação, a presença dos dentes naturais serve como parâmetro de forma, tamanho e cor, facilitando a seleção dos dentes artificiais¹². Neste caso, como o paciente possuía vários dentes naturais, foi possível realizar, com bastante acuidade, a escolha dos dentes artificiais.

O procedimento cirúrgico deve ser o mais atraumático possível, a fim de evitar lesões ao osso alveolar residual¹¹, deve ser bem planejado e realizado, de forma a manter o máximo de estrutura para aumentar a retenção do aparelho protético. Porém, o contato da prótese com o leito cirúrgico pode causar desconforto, entretanto se esta estiver bem adaptada a compressão é dissipada, protegendo o campo operado⁵. A instalação da PTI

é realizada após o momento cirúrgico, sendo importante orientar o paciente a não removê-la até a avaliação que deve ser realizada após 24 horas, a fim de minimizar o edema basal.¹¹ As instruções ao paciente são de extrema importância para o sucesso do tratamento e são importantes para que o paciente não desista do uso da prótese. Devem ser transmitidas instruções quanto à higienização, tipos de alimentos mais indicados nas primeiras semanas de uso da prótese e como utilizá-la para que não cause danos a mucosa bucal⁵. Foi feito um reembasamento com condicionador de tecidos para recuperação da saúde dos tecidos de suporte remanescentes. Devido às suas propriedades viscoelásticas, estes materiais têm a capacidade de absorver a energia de impacto das forças mastigatórias e distribuí-la, uniformemente, sobre os tecidos de suporte, dando mais conforto ao paciente¹¹. O paciente foi instruído sobre a higiene tanto da prótese quanto da mucosa oral. Solicitou-se que seguisse dieta líquida e pastosa e após 7 dias a sutura e o condicionador de tecidos foram removidos e verificou-se progressão cicatricial satisfatória.

Esse trabalho esclarece não somente a importância estética do uso da prótese imediata, mas também o auxílio da mesma durante a mastigação e deglutição, além de beneficiar a cicatrização pós-cirúrgica⁵.

A técnica da PTI exige alguns cuidados pós-operatórios, como o reembasamento visando compensar a retração cicatricial e consultas odontológicas adicionais para ajustes, além da substituição da PTI provisória por uma prótese total convencional definitiva^{7,8}. As PTIs devem possuir excelente retenção e estabilidade, devido a isso, após a redução do edema decorrente das exodontias, as próteses requerem reembasamento para que se promova conforto e segurança ao paciente. O procedimento é indicado para se obter a retenção e estabilidade temporariamente, pelo período necessário para que haja estabilização do nível ósseo e completa cicatrização da mucosa sobre o rebordo alveolar, e haja a confecção da nova prótese⁵. Durante a instalação das próteses imediatas foi possível notar uma discreta falta de retenção. Com isso, foi realizado o reembasamento das mesmas e notou-se melhora deste problema. Isso se justifica pelo fato de que as próteses dependem diretamente das estruturas de suporte remanescentes, já que são confeccionadas à partir de cópia em gesso da cavidade oral do paciente, sendo maior a retenção e melhor a função quando essas estão corretamente adaptadas aos tecidos do paciente¹³.

O controle do paciente foi realizado no 7º e 30º dia pós-operatório, sendo realizado reembasamento com material resiliente (Coe-Soft, GC America – USA) e reembasamento final

(Kooliner, GC America – USA) trazendo como vantagem melhor adesão à base da prótese, consequentemente, aumentando a sua durabilidade¹⁰.

Apesar da maior dificuldade para execução dos passos clínicos e laboratoriais, bem como do prognóstico duvidoso que este tipo de tratamento apresenta, as próteses imediatas costumam ser bem aceitas pelos pacientes e satisfazer as necessidades estéticas, fonéticas e mastigatórias dos mesmos⁵. A reabilitação estética e funcional do sorriso por meio das PTIs, é uma modalidade de tratamento extremamente útil para a resolução dos casos em que os pacientes não queiram se sujeitar a um período de pós-operatório sem dentes. O uso destas próteses, permite uma melhor cicatrização óssea e tecidual, além de permitir a devolução imediata da estética. O prognóstico clínico deste tratamento, dependerá da preservação de cada caso, com visitas periódicas para ajustes, e da colaboração do paciente¹². A satisfação é diretamente proporcional à aceitação da prótese total. Uma prótese satisfatória se reverte em excelentes resultados para a saúde geral do edêntulo total¹⁴.

Observou-se, então, que todas as etapas do tratamento apresentado foram imprescindíveis para a adaptação funcional, estética e psicológica do paciente, bem como estão profundamente atreladas à literatura disponível a cerca de quadros clínicos como este, contribuindo para a qualidade de vida. Além disso, para os docentes e alunas envolvidas no caso relatado, foram de grande valia todas as experiências compartilhadas e sabedoria adquirida, aprimorando os conhecimentos científicos e clínicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste relato de caso conclui-se que a prótese total imediata é um método de reabilitação viável e de grande importância, devendo ser bem planejada e confeccionada para obtenção dos melhores resultados. A utilização desta técnica permite que os pacientes que precisem passar por uma intervenção cirúrgica de retirada total dos dentes obtenham melhor adaptação do paciente do estado dentado para o desdentado, mantendo condições funcionais, estéticas, psicossociais e melhorando a qualidade de vida, até que as próteses definitivas sejam confeccionadas.

REFERÊNCIAS

1. França ISMS, Silva MEL, Espíndola-Castro LF, Oliveira NG, Nogueira EFC, Almeida RAC. Exodontias múltiplas associadas à alveoloplastia com finalidade de reabilitação protética: relato de caso clínico. Res Soc Dev. 2021;10(1):e14010111608.
2. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 49-80.

3. Brasil. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/ Brasília; 2012; 116 p.
4. Marchini L, Santos J, Cunha V. Prótese total imediata: considerações clínicas. *Robrac*. 2000;9(27):45-9.
5. Santos JCA, Silva JD Haddad MF. Reabilitação com prótese total imediata, relato de caso clínico. *Rev Odontol Araçatuba*. 2015;36(2):24-8.
6. Goiato MC, dos Santos DM, Medeiros RA, Paulini MB, Matheus HR. Técnicas de reembasamento para prótese total. *Rev Odontol Araçatuba*. 2013;34(2):61-6.
7. Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. *Rev Odontol Araçatuba*. 2017;12(2):66-70.
8. Seco F, Ozelame A, Baldisserotto S, Mioso F. Planejamento cirúrgico-prótese na confecção de prótese total imediata: relato de caso clínico. *Rev Odontol Araçatuba*. 2019;4(2):27-32.
9. Hespanhol T, Godoi AP, Custodio W, Bianco V. Prótese total imediata bimaxilar: caso clínico. *ClípeOdonto*. 2018;9(1):30-6.
10. Goiato MC, dos Santos DM, Medeiros RA, Sônego MV. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. *Rev Odontol Araçatuba*. 2014;35(1):67-72.
11. Telles D. Prótese total - convencional e sobre implantes. São Paulo: Livraria Santos, 2010.
12. Marques de Castro DS, Magalhães IA, de Lima BA, Falcão Filho HBL, Lima JFM, Gonçalves FNR, et al. Reabilitação do sorriso por meio da utilização de prótese total imediata: relato de caso. *Rev El Ac Saúde*. 2020;47:e2996.
13. Riaz N, Warriach R. Quality of life in patients with obturator prostheses. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2010; 22:121-5.
14. Stecca E. Avaliação do grau de satisfação, da retenção e da estabilidade de próteses totais convencionais. Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida, Mestrado em Odontologia, Reabilitação Oral, Rio de Janeiro, 2007.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcela Filié Haddad Danziger

Faculdade de Odontologia de Alfenas,
Universidade Federal de Alfenas-UNIFAL-MG,
37130-001 Alfenas - MG, Brasil

Submetido em 03/05/2022

Aceito em 15/06/2022