

Reabilitação com prótese total imediata superior: relato de caso

Geovana Feitosa dos Santos¹, Verena Souza da Cunha¹, Ivam Freire da Silva Junior¹, Carlos Eduardo Vieira da Silva Gomes², Ricardo Roberto de Souza Fonseca³, Paulo Maurício Batista da Silva¹

CASO CLÍNICO

RESUMO

Introdução: Como alternativa reabilitadora para pacientes que possuem indicação de exodontias múltiplas dos remanescentes dentais, as próteses totais imediatas (PTI) buscam proporcionar ao paciente um conforto psicológico, facilitando a transição do estado de dentado parcial para o de desdentado total. **Objetivo:** Tem como objetivo relatar o planejamento protético-cirúrgico de uma reabilitação envolvendo prótese total imediata superior. **Relato de Caso:** Paciente 65 anos, leucoderma, sem comorbidades sistêmicas apresentou-se à clínica da especialização de prótese dentária de uma faculdade do norte do Brasil com a queixa principal de ausências dentárias e insatisfação com a prótese parcial removível superior utilizada a cerca de 10 anos pela paciente. Durante anamnese e avaliação clínica pode-se verificar que a paciente apresentava acentuado desvio da linha média dentária, remanescentes dentais comprometidos por trauma oclusal. Durante o processo de planejamento foi indicado a paciente a prótese protocolo superior para melhoria da qualidade de vida, contudo por questões financeiras paciente acabou optando pela opção de exodontia dos dentes 11, 12, 21 e 26 remanescentes. Após avaliação sistêmica pelos exames médicos cirurgia ocorreu sob anestesia local de lidocaína 2 e adrenalina 1.100.000 com uso de fórceps para luxação dos dentes 11, 12, 21 e 26. Para finalizar a sutura foi feita com fios de nylon 4.0 e imediatamente após o término da cirurgia ocorreu a instalação da PTI que neste caso mostrou-se como uma alternativa eficaz de tratamento, mostrando um equilibrado resultado estético-reabilitador. **Conclusão:** Concluiu-se que os resultados obtidos com esta modalidade de tratamento foram resolutivos para o caso clínico, reabilitando estética e função sem submeter a paciente a um período de edentulismo.

Palavras-Chaves: Prótese Imediata, Prótese Removível, Cirurgia, Reabilitação Oral.



Rehabilitation with immediate upper denture: case report

ABSTRACT

Introduction: As a rehabilitative alternative for patients who have an indication for multiple extractions of remaining teeth, immediate complete dentures (ITP) seek to provide the patient with psychological comfort, facilitating the transition from the partial tooth state to the total toothless state. **Objective:** It aims to report the prosthetic-surgical planning of a rehabilitation involving upper immediate complete denture. **Case Report:** A 65-year-old patient, leucoderma, without systemic comorbidities, presented to the dental prosthesis specialization clinic of a college in northern Brazil with the main complaint of missing teeth and dissatisfaction with the upper removable partial denture used about 10 years for the patient. During anamnesis and clinical evaluation, it was possible to verify that the patient had a marked deviation from the dental midline, dental remnants compromised by occlusal trauma. During the planning process, the patient was recommended a superior protocol prosthesis to improve quality of life, however, due to financial issues, the patient ended up opting for the option of extracting the remaining teeth 11, 12, 13 and 27. After systemic evaluation by medical exams, surgery was performed under local anesthesia with lidocaine 2 and adrenaline 1,100,000 using forceps to dislocate teeth 11, 12, 13 and 27. At the end of the surgery, the ITP was installed, which in this case proved to be an effective alternative treatment, showing a balanced aesthetic-rehabilitating result. **Conclusion:** It was concluded that the results obtained with this treatment modality were resolving for the clinical case, restoring aesthetics and function without subjecting the patient to a period of edentulism.

Keywords: Immediate Prosthesis, Removable Prosthesis, Surgery, Oral Rehabilitation.

Instituição afiliada – ¹Instituto Odontológico das Américas, Especialização de prótese dentária, Belém, Pará, Brasil. ²Programa de pós graduação em odontologia, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. ³Laboratório de Virologia, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
Dados da publicação: Artigo recebido em 20 de Fevereiro, revisado em 15 de Março, aceito para publicação em 02 de Maio e publicado em 10 de Maio de 2023.
DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n2p141-152>
Autor correspondente: Paulo Maurício Batista da Silva pmodonto@hotmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

INTRODUÇÃO

Próteses totais imediatas (PTI) são descritas na literatura como sendo próteses confeccionadas para serem instaladas imediatamente após a remoção dos dentes remanescentes, devendo ser utilizadas por um curto período de tempo^{1,2}. Após finalizado o período de cicatrização, a prótese imediata pode ser reembasada de forma definitiva ou substituída por uma nova^{2,3}. De modo geral, o paciente que precisa realizar a exodontia dos dentes remanescentes deve aguardar por, pelo menos, 45 dias para cicatrização óssea e tecidual - o que impõe restrições estéticas, funcionais e sociais ao indivíduo, privando-o de suas atividades cotidianas⁴.

Dessa forma, sua importância e conveniência se dão ao fato de possibilitar uma transição menos abrupta do estado de dentado para o estado de desdentado do paciente, uma vez que é possível evitar a fase de dentado não usuário de prótese, no período de cicatrização pós extrações, para uma de usuário de prótese. Desde 1930 a prótese total imediata não teve seus conceitos e técnicas de execução significativamente alterados, quando foi descrita inicialmente por Jaffe⁵. Suas etapas envolvem a exodontia dos elementos remanescentes, com a própria prótese sendo utilizada como guia cirúrgico e instalada após as extrações^{6,7}.

Apesar do desenvolvimento da odontologia e da sua terapêutica, a PTI vem sendo utilizada desde muito tempo e sua indicação continua relevante dentro da prática clínica. Essa forma de tratamento se mostra muito pertinente devido apresentar grandes resultados na melhora da qualidade de vida de muitos pacientes que, por motivos diversos, precisam extrair alguns ou todos os dentes de um maxilar e não aceitam a condição de desdentados, seja por razões estéticas ou sociais^{7,8}.

Até os dias atuais é constatado que este tipo de reabilitação pode proporcionar vantagens anatômicas, funcionais, estéticas e psicológicas ao paciente. A sua instalação logo após a realização das exodontias permite proteção da ferida contra traumas, controle da hemorragia, mantem o equilíbrio emocional facilitando a continuidade das relações inter pessoais, preserva a aparência facial e tônus, entre outros¹⁰⁻¹². O uso da PTI também permite aos músculos afetados seguirem funcionando em suas posições normais e reduz a maior parte dos transtornos fonéticos que afeta o indivíduo desdentado com a perda de todos os dentes¹².

No ponto de vista anatômico, a PTI impede que haja uma perda imediata da DVO, minimiza as alterações na articulação temporo-mandibular, evita o espraiamento lingual e impede o colapso labial e facial, apesar de não haver comprovação que a reabsorção óssea é menos acelerada em pacientes usuários de PTI quando comparado com pacientes que sofrem exodontias múltiplas e aguardam alguns meses a instalação de uma prótese^{13,14}. Outro aspecto importante é no âmbito psicológico, onde o sentimento de vergonha que os pacientes sofrem ao se apresentarem socialmente sem os dentes é amenizado, além de permitir manter o equilíbrio emocional facilitando suas atividades e relações do cotidiano¹⁵. O objetivo deste trabalho é relatar o planejamento protético-cirúrgico de uma reabilitação envolvendo prótese total imediata superior, bem como o resultado obtido com essa modalidade de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, apresentou-se à clínica da especialização de prótese dentária de uma faculdade do norte do Brasil relatando utilizar uma prótese parcial removível superior há mais ou menos quatro anos, e queixava-se de insatisfação estética. Ao exame clínico extra oral, a paciente apresentava desvio do terço médio e inferior da face para o lado esquerdo e linha do sorriso alta (Figura 1A, Figura B, Figura C: Figura 1D, Figura 1E, Figura 1F, Figura 1G, Figura 1H, Figura 1I).



Figura 1A, Figura B, Figura C: Protocolo fotográfico extra oral frontal e lateral da paciente com a prótese; **Figura 1D, Figura 1E, Figura 1F:** Protocolo fotográfico extra oral frontal e lateral da paciente sem a prótese; **Figura 1G, Figura 1H, Figura 1I:** protocolo fotográfico intral oral frontal e lateral da paciente sem a prótese.

Durante o exame clínico intra-oral foi constatado que a paciente apresentava grande desvio da linha média dentária para o lado esquerdo, possuía apenas 4 elementos dentários superiores (12, 11, 21 e 26), vestibularização dos elementos anteriores superiores e mobilidade grau 1 na região do elemento 21, que também apresentava-se com 7mm de perda de inserção (profundidade de sondagem de 4mm e recessão gengival de 3mm) na face distal, além de perda óssea horizontal na face mesial e distal do elemento 26.

Na consulta inicial foi realizada uma moldagem anatômica com alginato Jeltrat (Dentsply sirona, São Paulo, Brasil) para obtenção do modelo de estudo, que foi vazado com gesso pedra tipo IV Herostone (Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil). Com o modelo de estudo em mãos, foi confeccionada a chapa de prova com resina acrílica autopolimerizável VIPIFLASH (VIPI, São Paulo, Brasil) e rolete de cera com cera 07. Na consulta seguinte foram realizados ajustes no rolete de cera com espátula de gesso aquecida. Como a paciente ainda possuía remanescentes dentais, não foram necessários grandes acréscimos de cera para devolver o suporte labial, além de facilitar o processo de seleção de tamanho e cor dos dentes.

Também foi analisado se havia invasão do espaço referente ao corredor bucal com excessos de cera, por fim, foram desenhadas as linhas de orientação (nova linha média anterior, linha alta do sorriso e as linhas dos caninos). Após realizados todos os ajustes no rolete de cera, foi verificado o paralelismo entre a linha pupilar e o plano de camper com régua de fox (Bio-art, São Paulo, Brasil) (Figura 2A) e também foi analisada a DVO da paciente, utilizando o compasso de Willis (Rio Claro, São Paulo, Brasil).

Na terceira consulta, após a finalização de todos os ajustes, foi realizada a tomada do arco facial para montagem do modelo superior no articulador semi-ajustável (Bio-art, São Paulo, Brasil). (Figura 2B e 2C) O registro intermaxilar para montagem do modelo inferior no articulador semi-ajustável foi realizado com silicona de

condensação fluida Perfil (Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil) (Figura 2D) e, após o registro, foram escolhidas as cores 66 para terço incisal e médio e 69 para terço cervical.



Figura 2A, Figura 2B, Figura 2C: Tomada do arco facial para montagem do modelo superior em ASA; **Figura 2D:** Registro intermaxilar; **Figura 2E:** Modelo superior e inferior montados em ASA.

O articulador semi-ajustável, os modelos superior e inferior, os planos de orientação em cera e registro foram enviados ao laboratório no fim da terceira consulta, junto com fotos do sorriso da paciente. Foi solicitado ao laboratório que o trabalho viesse para prova de dentes, com a intenção de confirmar que os dentes escolhidos fossem semelhantes aos dentes remanescentes que a paciente possuía. Na quarta consulta houve a prova dos dentes, onde a paciente aprovou cor e tamanho. O trabalho foi reenviado ao laboratório para acrilização, e foi solicitado que a prótese viesse acrilizada totalmente em resina acrílica incolor (Figura 3A, 3B e 3C) para que, durante a cirurgia, fosse utilizada como guia cirúrgico.

Na quinta consulta, foram realizadas as exodontia dos dentes remanescentes, seguido de uma osteoplastia na região anterior, a fim de reduzir o volume ósseo. Durante toda a cirurgia, a prótese ficou submergida em um recipiente com clorexidina 0,12% (Perioplak, Goiânia, Brasil) para descontaminação. Ao fim da osteoplastia, foi realizada

sutura em pontos contínuos para que o tecido ósseo ficasse totalmente protegido por tecido mole (Figura 3F).

A prótese total imediata, acrilizada em resina incolor, foi utilizada para identificar onde haviam zonas de compressão (Figura 3G), e assim foi realizado o degaste. A prótese total foi desgastada apenas no flanco bucal (área que fica em contato com o palato) e na flange labial e reembasada com material soft rosa (TDV, Santa Catarina, Brasil) (Figura 3H e 3I). Também foram realizados ajustes oclusais. A paciente foi orientada a remover a prótese somente após 24 horas da cirurgia.

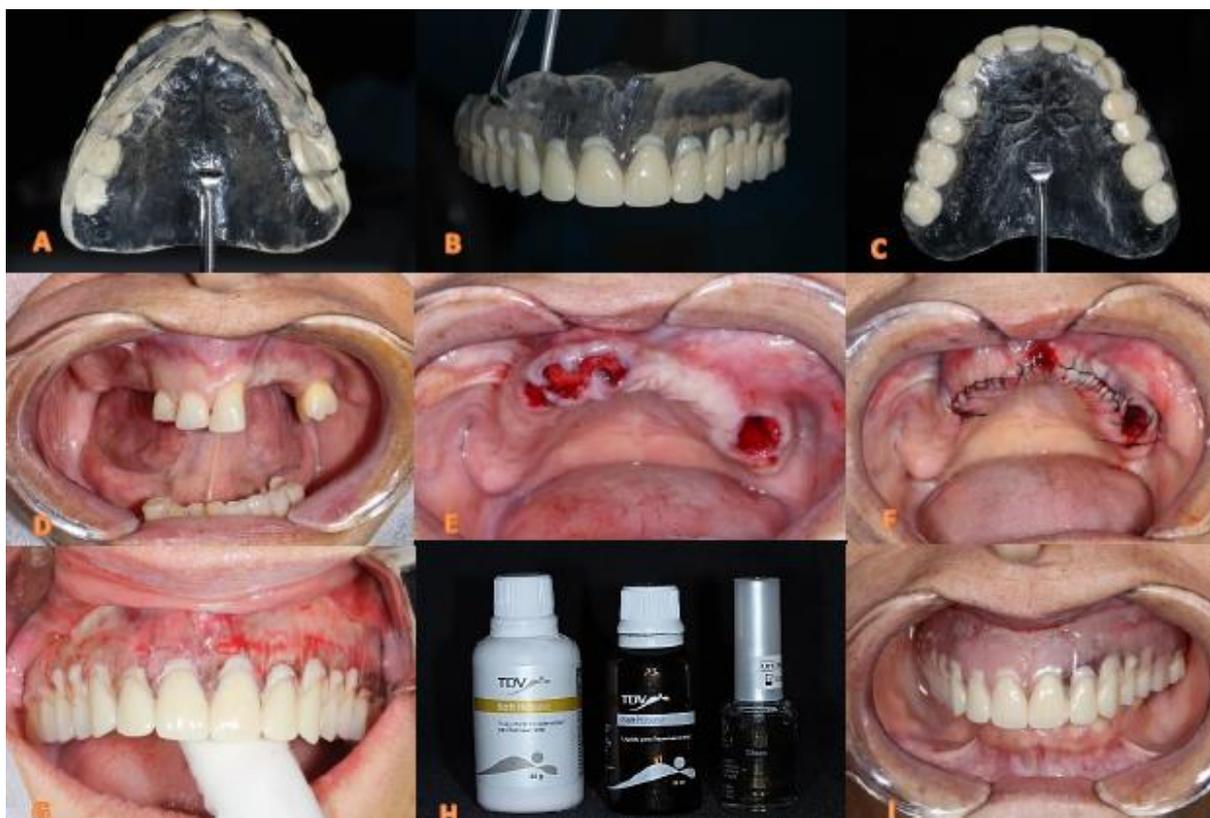


Figura 3A, Figura 3B, Figura 3C: Vista superior, frontal e inferior da prótese; **Figura 3D:** Imagem intra-oral pré-operatória; **Figura 3E, Figura 3F:** imagem intra-oral pós operatória; **Figura 3G:** Material soft reembasador; **Figura 3H:** PTI posicionada sem reembasamento com material soft; **Figura 3I:** PTI reembasada.

Na sexta consulta, a paciente retornou para acompanhamento pós operatório (Figura 4). Foi observado uma boa evolução do caso, com a cicatrização evoluindo bem. A paciente relatou estar conseguindo se alimentar bem, apesar de notar que a prótese estava mais folgada, devido a contração tecidual após as exodontias. Também relatou estar satisfeita com a estética do sorriso. Nesta consulta de retorno, com 15 dias, foi realizado um novo reembasamento com material soft (TDV, Santa Catarina, Brasil)



Figura 4: Controle pós operatório de 15 dias.

DISCUSSÃO

PTI's são utilizadas dentro da prática clínica há bastante tempo, porém suas indicações estão cada vez mais restritas. A modalidade de tratamento acima citada foi escolhida devido ao estado dos remanescentes dentais, que apresentavam-se com mobilidade grau I, grande perda óssea e desvio acentuado da linha média. No presente caso clínico, a paciente possuía os incisivos centrais, um incisivo lateral e um molar, porém apenas dois desses elementos apresentavam-se sem comprometimento periodontal^{2,6,16}.

No ponto de vista estético, o acentuado desvio da linha média dentária também seria um fator limitante para alcançar bons resultados caso a paciente optasse por uma reabilitação com próteses parciais removíveis^{16,17}. Desta forma, o tratamento escolhido foi a reabilitação com PTI, visto que as vantagens superavam as desvantagens. Com a massificação dos implantes dentários, a prótese do tipo protocolo é a primeira opção para pacientes que tem indicação para exodontias múltiplas¹⁰⁻¹².

No caso da paciente em questão, a PTI tornou-se uma alternativa viável devido seu baixo custo, que apesar de ter uma vida útil curta, não se equipara aos gastos de uma prótese implantossuportada. As vantagens e desvantagens do uso de uma PTI são diversas, e devem ser apresentadas aos pacientes no início do tratamento. Vale ressaltar a imprevisibilidade e irreversibilidade do tratamento, onde muitas vezes não é possível alcançar resultados satisfatórios ou naturais^{16,17}. Além da acrilização da prótese ser realizada sobre um modelo que sofreu alterações para remoção dos dentes⁴.



É importante esclarecer também que haverá um maior número de consultas envolvendo o pós cirúrgico e pós entrega da prótese, por conta da necessidade de se realizarem ajustes e reembasamentos da mesma com material resiliente. Os materiais resilientes reembasadores são coadjuvantes no tratamento com PTI's, pois funcionam como protetores da ferida cirúrgica e acomodam a prótese de forma mais confortável em uma mucosa traumatizada^{18,19}. É comum que nos casos de instalação da PTI ocorram diferenças entre o modelo e o leito cirúrgico. Por este motivo foi solicitado ao laboratório que a prótese fosse acrilizada totalmente em resina incolor, com o objetivo de facilitar a visualização das zonas de compressão e verificar a adaptação da base da prótese no leito pós cirúrgico^{18,19}.

CONCLUSÃO

Mesmo não sendo a primeira opção de tratamento para pacientes que possuem remanescentes dentais com indicação para exodontia, as PTI'S tornam-se uma escolha acessível devido seu baixo custo e tempo de confecção. É um importante recurso para que os pacientes não precisem aguardar o fim do período de cicatrização após a cirurgia para iniciar o processo de confecção de uma prótese.

REFERÊNCIAS

1. Ramirez I, Munhoz MFV, Freitas DJ, Haddad MF. Use of Immediate Obturator Prosthesis as a Rehabilitation Option in Cases of Squamous Cell Carcinoma. *J Craniofac Surg.* 2021 Jul-Aug 01;32(5):1794-1795.
2. Einy S, Kridin K, Kaufman AY, Cohenca N. Immediate post-operative rehabilitation after decoronation. A systematic review. *Dent Traumatol.* 2020, 36(2):141-150.
3. Caputi S, Murmura G, Ricci L, Varvara G, Sinjari B. Immediate denture fabrication: a clinical report. *Ann Stomatol (Roma).* 2014, 4(3-4):273-7.
4. Gonçalves GSY, de Magalhães KMF, Rocha EP, Dos Santos PH, Assunção WG. Oral health-related quality of life and satisfaction in edentulous patients rehabilitated with implant-supported full dentures all-on-four concept: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2022, 26(1):83-94.
5. Jaffe SS. A simplified full denture technique. *Dent Dig.* 1946, 52:382-5.
6. Little D, Apparicio TP. Aesthetic denture rehabilitation. *Dent Today.* 2012, 31(1):120-3.



7. Shor A, Shor K, Goto Y. Rehabilitation of failing dentition with immediate denture prostheses: technique for a predictable esthetic and functional outcome. *Compend Contin Educ Dent*. 2006, 27(3):168-76.
8. Anadioti E, Musharbash L, Blatz MB, Papavasiliou G, Kamposiora P. 3D printed complete removable dental prostheses: a narrative review. *BMC Oral Health*. 2020, 20(1):343.
9. Fang JH, An X, Jeong SM, Choi BH. Digital immediate denture: A clinical report. *J Prosthet Dent*. 2018, 119(5):698-701.
10. ELsyad MA, Elgamal M, Mohammed Askar O, Youssef Al-Tonbary G. Patient satisfaction and oral health-related quality of life (OHRQoL) of conventional denture, fixed prosthesis and milled bar overdenture for All-on-4 implant rehabilitation. A crossover study. *Clin Oral Implants Res*. 2019, 30(11):1107-1117.
11. Sharka R, Abed H, Hector M. Oral health-related quality of life and satisfaction of edentulous patients using conventional complete dentures and implant-retained overdentures: An umbrella systematic review. *Gerodontology*. 2019, 36(3):195-204.
12. Oh SH, Kim Y, Park JY, Jung YJ, Kim SK, Park SY. Comparison of fixed implant-supported prostheses, removable implant-supported prostheses, and complete dentures: patient satisfaction and oral health-related quality of life. *Clin Oral Implants Res*. 2016, 27(2):e31-7.
13. Li B, Wang Y. Contour changes in human alveolar bone following tooth extraction of the maxillary central incisor. *J Zhejiang Univ Sci B*. 2014, 15(12):1064-71.
14. Jackson RA, Ralph WJ. Continuing changes in the contour of the maxillary residual alveolar ridge. *J Oral Rehabil*. 1980, 7(3):245-8.
15. Bedrossian EA, Putra A, Chung KH. A Technique to Correct Anterior-Posterior Tooth Discrepancy for a Maxillary Immediate Complete Denture. *J Prosthodont*. 2019, 28(6):719-723.
16. Neumeier TT, Neumeier H. Digital immediate dentures treatment: A clinical report of two patients. *J Prosthet Dent*. 2016, 116(3):314-9.
17. Gotlieb AS, Askinas SW. An atypical chairside immediate denture: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2001, 86(3):241-3.
18. Krol AA, Brenkman RM, Kalk W. An immediate removable complete denture for the transition from a natural to a prosthetic occlusal system. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2011, 118(11):537-43.



19. Zuckerman GR. Interim immediate complete denture. J Prosthet Dent. 1986, 55(1):146.