

PRÓTESE IMEDIATA: UMA SOLUÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL - RELATO DE CASO CLÍNICO

DENTURE IMMEDIATE AESTHETIC AND FUNCTIONAL SOLUTION: A CASE REPORT

CARLA BEATRIZ FONTOURA BEZERRA **MARINI**¹, CARLOS ROBERTO TEIXEIRA **RODRIGUES**^{2*}, SILENO CORREA **BRUM**³, MISSENO ALVES **PEREIRA JUNIOR**⁴.

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da USS; 2. Professor Mestre pela SL Mandic, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS); 3. Professor Doutor do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS); 4. Professor Mestre do curso de graduação em Odontologia da Universidade Severino Sombra (USS).

* Rua Eliete Nunes Barbosa, 88, Centro, Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil. CEP 27700-000. rodriguescrt@gmail.com

Recebido em 25/09/2013. Aceito para publicação em 01/10/2013

RESUMO

Prótese imediata é uma alternativa para o paciente que possui os dentes remanescentes condenados ou em situações onde a manutenção destes se torna um tratamento bastante complexo, sendo uma solução estética e funcional. O presente artigo é o relato de caso de uma paciente com diagnóstico provável de periodontite agressiva, que possuía apenas quatro dentes superiores e seis inferiores, após a exodontia dos dentes superiores. Foi instalada a prótese provisória imediata superior e a prótese provisória parcial inferior, de forma simples, mostrando que é uma alternativa que pode ser executada pelo cirurgião-dentista generalista.

PALAVRAS-CHAVE: Exodontia múltipla, prótese imediata, prótese total, materiais reembasadores.

ABSTRACT

Prosthesis shown is an alternative for patients who have condemned the remaining teeth, or in situations where maintaining such a treatment becomes very complex, with a solution aesthetic and functional. This article is a case report of a patient with probable diagnosis of aggressive periodontitis, which had only four upper teeth and lower six, after extraction of the upper teeth. Was installed prosthesis immediate superior and the inferior partial prosthesis, presented simply by showing that it is an alternative that can be performed by general dentists.

KEYWORDS: Multiple extractions, denture immediate, denture, relined materials.

1. INTRODUÇÃO

Exame inicial

Gennari Filho¹, em 2004 relatou a importância de analisar o estado psicológico do paciente, podendo encontrar o tipo receptivo, que está disposto a aceitar o

tratamento, com possibilidade de grande sucesso; o negativista, não acredita na resolução do problema, sendo este um grave problema; os histéricos, já passaram por vários profissionais e vários tratamentos e não se adaptaram; o indiferente, não se preocupa com os procedimentos e nem com o resultado. Estes aspectos fazem parte dos diagnósticos Bucal e Protético, imprescindíveis para o prognóstico.

Barbosa *et al.* (2006)², disseram que é importante a avaliação de freios e bridas, após a instalação da prótese no interior da cavidade bucal, podendo estar sobreextendidas, impedindo o assentamento correto da base protética; avaliação da oclusão, pois influencia na retenção e estabilidade da prótese, que ocasionará outros problemas, como mastigação, conforto entre outros; avaliação da área de compressão deve ser eliminada para dar maior conforto físico, psicológico e eficiência funcional para o paciente; avaliação da estética e da fonética, para sensação de bem-estar do paciente.

Morais *et al.* (2008)³ disseram que no ato de avaliação do paciente o profissional deve manter um relacionamento de confiança em ambas as partes, sendo também de grande importância do conhecimento funcional maxilo-mandibular, a anatomia e a fisiologia do edentado total, motivos estes da maioria dos insucessos, deve-se ter em mãos exames radiográficos e fotos.

Shibayama *et al.* (2006)⁴ mostraram os dois lados da instalação de próteses totais, as vantagens: evita perda de dimensão vertical; previne traumatismo sobre ATM; impede colapso labial e o afundamento das bochechas; possibilita atividade normal da musculatura; evita transtornos fonéticos; facilita mastigação; protege as feridas cirúrgicas contra agressões bucais; promove melhor cicatrização; permite a continuidade das atividades sociais; melhora a estética do paciente, já as desvantagens são: trabalho adicional; custo adicional; não

há possibilidade de realizar provas estéticas; menos ajuste; perda temporária da fixação.

Cimões *et al.* (2007)⁵ observaram que a perda dental causa transtornos psicossociais, como insegurança, dificuldade em se relacionar com outras pessoas, distúrbios sistêmicos, como: gastrointestinais e má nutrição.

Etiologia da perda

Meleti *et al.* (2002)⁶ relataram que foi indicado a instalação da prótese imediata, devido ao extenso comprometimento do periodonto de proteção e sustentação dos dentes, periodontite avançada, bolsas periodontais profundas, má higiene bucal e fumante.

Cortelli *et al.* (2003)⁷ disseram que a periodontite agressiva é caracterizada pela perda de inserção clínica associada à rápida destruição óssea alveolar, acometendo indivíduos saudáveis, sendo colonizadas por um número mais limitados de espécies microbianas, diferente da periodontite crônica, sendo os mais frequentemente achados, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e *Campylobacter rectus*.

Gennari Filho, (2004)¹ disse que na anamnese devemos vincular a história médica e odontológica com a saúde geral do indivíduo, podemos observar deficiências nutricionais, que tem influência na reabsorção óssea; os estados artríticos que poderão acometer a articulação temporomandibular; a influência dos fármacos que podem gerar xerostomia e outros problemas, além do aspecto psicológico. Também mostrou uma tabela com lesões que mais acometem a cavidade bucal, são elas: Hiperplasia Fibrosa Inflamatória, Estomatite, Úlcera Traumática, Rebordo Flácido, Hiperplasia Papilomatosa Inflamatória, Candidíase, Área de compressibilidade, Rebordo Reabsorvido, Queilite Angular e Hiperqueratose.

Figueiredo *et al.* (2004)⁸ concluíram que a cárie é a maior razão da perda dental, enquanto as doenças periodontais é considerada a segunda maior razão. Foram analisados 350 prontuários, dos quais somente 75 apresentaram todos os quesitos a serem avaliados, como: perda de suporte ósseo de 75% ou mais; profundidade de sondagem maior que 8mm; envolvimento de furca grau III, mobilidade dentária grau III, com envolvimento méso-distal e direções verticais; diminuição da proporção coroa-raiz; proximidade da raiz com osso horizontal, história pregressa de formação de abscessos periodontais repetitivos; a idade variou de 17 a 71 anos, a maioria do sexo feminino (61%), maior prevalência de periodontite crônica (76%), concluíram que a perda dental em paciente com periodontite crônica e agressiva foi considerada baixa de acordo com os critérios estabelecidos.

Guimarães *et al.* (2005)⁹ comentaram que envelhecer

não quer dizer que o indivíduo vá apresentar doenças, apesar de as doenças serem mais presentes em idosos, já que estes apresentam algumas alterações comuns nesta época da vida, como: dificuldade de deglutição, diminuição da capacidade mastigatória, diminuição da salivagem, modificações no paladar e perda da dimensão vertical; existem também os fatores de risco para patologias bucais, como: cáries radiculares, infecções por fungos (queilite angular, candidíases, estomatite por dentadura), lesões da mucosa bucal (úlceras bucais, glossite, língua fissurada) e doenças periodontais. No presente estudo concluiu-se que o número de dentes naturais influencia na qualidade de vida do idoso, quanto maior é o número de dentes, maior é a interação do idoso a sociedade.

Shibayama *et al.* (2006)⁴ disseram que periodontopatias em estado avançado, em alguns casos, são indicações para prótese total.

Cimões *et al.* (2007)⁵ concluíram que em alguns estudos a cárie é a principal razão que leva o indivíduo a extrair o dente, sendo influenciada pela condição social e econômica, isto é, os indivíduos que não tem acesso aos serviços ou mesmo desconhecem os tratamentos. Foi constatado que a principal razão da perda dental na população foi a cárie, seguida pela doença periodontal.

Nuto *et al.* (2007)¹⁰, disseram que a periodontite crônica, inicia-se com uma gengivite, posteriormente acomete os tecidos suporte, apresentando sangramento à sondagem, bolsas periodontais, perda de inserção gengival e osso alveolar, podem até apresentar hiperplasias ou recessão gengival, exposição de furca, mobilidade e inclinação dentária aumentada e esfoliação dos dentes.

Hepp *et al.* (2007)¹¹ disseram que a periodontite agressiva, é uma doença de progressão rápida, que leva o indivíduo a perda rápida de osso alveolar de suporte, pode causar mobilidade e até mesmo levá-lo a perda dental, acomete mais os melanodermas, não tendo prevalência por sexo, os primeiros dentes a serem afetados são os incisivos e primeiros molares permanentes, é causada pela presença da *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteróides forcytus* e *Treponema denticola*.

Silva *et al.* (2010)¹² fizeram um estudo qualitativo, sobre perda dentária e expectativa da reposição protética, os indivíduos participantes relataram que a perda dental era comum, na maioria das vezes por cárie, influenciada por profissionais da saúde, muitos não tinham conhecimento dos tratamentos, mal sabiam que existia dentista, com isso a perda dental influenciou drasticamente no convívio e relações sociais, dificuldade na alimentação, entre outros fatores, para eles a reposição dental gera grande ansiedade e melhoria de sua situação atual.

Alencar *et al.* (2011)¹³ disseram que as indicações

para exodontias estão frequentemente associadas a destruição do suporte dental, representam um dos principais procedimentos executados pelo cirurgião dentista. Nos casos de exodontias múltiplas, o processo alveolar precisa estar de forma a facilitar a as osteoplastias e remoção de espículas ósseas, promovendo uma anatomia mais confortável a instalação da prótese.

A prótese

Meleti *et al.* (2002)⁶ afirmaram que próteses imediatas ou mediatas, são aparelhos mucoso-suportados que tem por finalidade restabelecer o sistema estomatognático, sendo que ambas possuem algumas diferenças, a imediata é confeccionada antes da extração dos dentes, já a mediata é confeccionada após a remoção dos dentes, sendo que a principal diferença está na área basal, fibromucosa e tecido ósseo, quando iniciamos a confecção da prótese, na imediata fazemos uma combinação de atos cirúrgicos concomitantes à execução da prótese.

Rizatti Barbosa *et al.* (2006)² disseram que para uma excelente retenção é necessário uma plena abrangência da área chapeável, mas não havendo uma distribuição adequada de forças sobre a prótese não haverá estabilidade, isto é conseguido através de uma boa moldagem funcional, portanto a retenção de uma prótese nem sempre influencia sua estabilidade. O paciente apresentava sensível perda de dimensão vertical de oclusão, sua prótese estava fraturada ao meio, desgastada e incorreta, já fazia uso há 15 anos e não apresentava nenhuma anomalia.

Barbosa *et al.* (2006)¹⁵ disseram que após a instalação da prótese é necessária a realização de testes de retenção, estabilidade e suporte.

Shibayama *et al.* (2006)⁴ dividiram as próteses totais em Prótese Total Imediata com Face Labial Total, sendo esta idêntica a convencional no aspecto vestibular, possui remoção óssea, a diferença está que esta é mais estável, com melhor estética; Prótese Total Imediata com Face Labial Parcial, esta apresenta apenas a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes artificiais, sem remoção óssea; Prótese Total Imediata sem Face Labial possui os dentes anteriores montados com sua face cervical apoiada diretamente sobre o rebordo alveolar, são mais conservadoras, indicadas para dar suporte ao lábio quando apresenta uma reabsorção óssea por vestibular.

Reis *et al.* (2007)¹⁷ disseram que as moldagens devem preservar tecidos bucais, proporcionar a confecção de bases de próteses totais que respeitem os limites de tolerância fisiológica dos tecidos de suporte, podem ser divididas em: preliminar ou anatômica, que se obtém a reprodução da área basal, avalia as inserções musculares que vêm terminar na zona de selado periférico, saber se há necessidade de cirurgia pré-protética, obter modelo de

estudo para confeccionar a moldeira individual; e funcional ou secundária, é feita com a moldeira individual, confeccionada em resina acrílica, diferencia-se da primeira moldagem pois utiliza movimentos funcionais.

Goiato *et al.* (2007)¹⁸ em um teste utilizando os materiais reembasadores: COE-SOFT (EUA), resiliente temporário; DENTUSOFT (Argentina), resiliente temporário; DENTUFLEX (Argentina), resiliente permanente, após 3 meses de armazenagem todos apresentaram deformação inicial e permanente, com o sem desinfecção química, não tendo influência significativa nos testes realizados, o melhor material, o que mostrou menor deformação foi o Dentuflex, e não apresentou porosidade após 3 meses.

Silva *et al.* (2008)¹⁹ disseram que o reembasamento é indicado para próteses imediatas; próteses de paciente impossibilitados de ir ao consultório odontológico; próteses de pacientes de baixa renda, sendo contraindicado quando ocorre grande reabsorção óssea, presença de disfunções temporomandibulares, dores orofaciais, mucosa de suporte inflamada ou hiperplásica, grades desgastes dentários, mau posicionamento dos dentes artificiais, contatos prematuros ou interferências, perda de dimensão vertical maior que 3mm e falta de espaço interoclusal. Pode ser realizado de maneira direta ou indireta. O material deve possuir biocompatibilidade, estabilidade dimensional, ser insípido, inodoro, ter boa força de adesão à base da prótese e não sofrer alteração de cor.

Bispo *et al.* (2010)²⁰ relatam que a prótese imediata tem um valor baixo, que constitui uma alternativa bastante favorável, porém após três meses deve ser substituída pela prótese definitiva, gerando um custo maior no final do tratamento.

Goyatá *et al.* (2010)²¹ afirmaram que para uma oclusão balanceada o técnico em prótese dentária, deve efetuar um esquema oclusal para a montagem dos dentes, com movimentos cêntricos e excêntricos, montados no articulador, para evitar eventuais ajustes no momento da instalação.

Alencar *et al.* (2011)¹³ disseram que para o sucesso em exodontias múltiplas em única sessão é interessante seguir uma ordem, para evitar problemas no ato ou pós ato cirúrgico, efetuando incisões inicialmente no rebordo inferior e de posterior para inferior, fazer luxação em todos os dentes a serem extraídos e executar a exodontia de anterior para posterior, corrigir tecidos moles e duros, hemostasia e sutura de anterior para posterior.

Lopes *et al.* (2011)²² constataram que de acordo com o grau de severidade o impacto de na qualidade de vida é evidente, sendo mais prevalente em doenças periodontais, ocorrendo também em portadores de próteses e pacientes com disfunção temporomandibulares.

Strini *et al.* (2011)²³ relataram que a prótese total

imediate permite proteção da ferida, previne colapso das estruturas faciais, mantém as funções mastigatórias, fonéticas, estética e conforto, porém mostram que pacientes portadores de próteses totais mandibulares e maxilares, enfrentam alguns problemas como a instabilidade das próteses, dor na cavidade oral e penetração do alimento entre a base da prótese e a mucosa do rebordo alveolar durante a mastigação, contribuindo entre outros fatores para uma deficiente função mastigatória.

Oliveira *et al.* (2013)²⁴ concluíram que o material mais usado em prótese dentária é a resina acrílica, tanto para base quanto para os dentes, sua dureza facilita o ajuste oclusal, porém sua integridade pode ser facilmente danificada, como por uma simples escovação, mastigação ou imersão em produto químico.

Instruções ao paciente

Meleti *et al.* (2002)⁶ indicam aos paciente que após a instalação da prótese imediata, aguardar no mínimo de 4 a 6 meses para confecção da prótese definitiva, isto é, após o período de reabsorção do rebordo alveolar.

Gennari Filho (2004)¹, concluiu que a dificuldade de adaptação do paciente a prótese, torna-se necessário vários retornos do paciente ao consultório dentário, para possíveis ajustes, isto faz com que o paciente acabe desistindo do uso da mesma.

Rizzati Barbosa *et al.* (2006)¹⁴ disseram que cerca de 30 milhões de pessoas fazem uso de prótese total, sendo que a instabilidade é o principal fator que leva o paciente a desistir do uso da mesma, sendo que a seleção adequada e montagem dos dentes artificiais e os ajustes oclusais são fundamentais para minimizar os erros na instabilidade. Para este paciente foram necessárias três semanas para total adaptação do paciente ao uso da nova prótese.

Barbosa *et al.* (2006)² instruem o paciente a não usar as próteses antigas de 12 a 24 horas previamente a instalação da nova, isso permite que a nova prótese assente sobre os tecidos não tensionados. Deve-se explicar ao paciente que as novas próteses tornam-se mais naturais com o tempo, que na alimentação os alimentos devem ser cortados em pedaços pequenos, que é melhor comer alimentos macios, porque os duros podem causar ferimentos na mucosa alveolar e devem ser mastigados bilateralmente, apenas após sete semanas conseguirá mastigar satisfatoriamente com as novas próteses. Para preservar a prótese e a saúde bucal, o paciente deve utilizar escova dental macia e pastas de baixa abrasividade, limpar a língua e a mucosa, removendo a placa e lembra sempre de removê-la ao dormir, pois a utilização neste período está associada com a presença e a prevalência de estomatite protética, além de injúrias teciduais.

Shibayama *et al.* (2006)⁴ disseram segundo Tamaki,

que após a cirurgia o paciente deve tomar alguns cuidados, como: não retirar o aparelho nas próximas 24hrs, não ocluir forçando, se houver dor tomar medicamentos receitados pelo cirurgião dentista, ingerir apenas alimentos líquidos e frios nas primeiras horas, compressa de gelo com intervalos de 15 min.; após 24 h higienizar a prótese com água e sabão e a boca com soro fisiológico, não tocar na ferida, após uma semana realizar ajustes oclusais, retirar a prótese três vezes ao dia para higienização, mastigar qualquer tipo de alimento, sendo o uso do laser terapia um importante aliado na cicatrização.

2. RELATO DO CASO

Paciente B.P.N., sexo feminino, 44 anos, parda, divorciada, de perfil psicológico negativista, apresentou-se a clínica da USS, relando que começou a perder os dentes aos 17 anos, “eles ficavam moles, quando não caíam, ficavam tortos”, que possuía mal hálito e que a prótese que usava a incomodava (Figura 1).



Figura 1. Sorriso inicial

Possuía os centrais superiores, dois molares superiores e do 33 ao 44 inferior, todos superiores com mobilidade, os centrais com mobilidade grau 3, utilizava prótese parcial superior provisória (Figura 2), há mais de 10 anos, possuindo uma ótima higiene bucal.



Figura 2. Aspecto Inicial

O diagnóstico provável é de periodontite agressiva, não podendo ser confirmado pela falta de acompanhamento anterior (Figura 3).

Propomos a paciente, prótese total imediata superior, pois seus dentes encontravam-se condenados pela

mobilidade e prótese provisória parcial removível. Inicialmente foi realizada moldagens superior e inferior com alginato (Hydrogum, Zhermack, Alemanha) (Figura 4).



Figura 3. Dentes superiores condenados

Os moldes foram vazados com gesso IV (Herodent, Vigodent, Brasil). Foram confeccionados bases de prova com planos de cera 7 para registro oclusal em Relação Cêntrica (Figura 5) e montados em Articulador Semi Ajustável (ASA) (Figura 6).

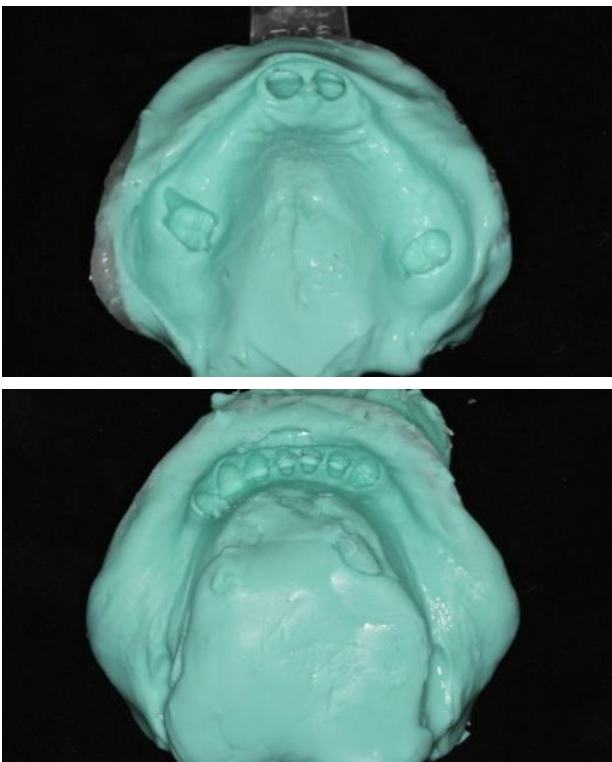


Figura 4. Moldes para confecção de modelo

As marcações estéticas foram feitas no plano de cera, a cor selecionada foi A2 e os dentes propostos para a prótese foram New Ace (Yamahachi, Dental M.F.G., CO. Aichi, Japan).



Figura 5. Registro oclusal em Relação Cêntrica.

Com as próteses acrilizadas foram feitas as exodontias dos superiores e instalação das próteses total superior após o reembasamento com material confort pós cirúrgico (Soft Comfort, Dencryl, Brasil) e parcial inferior, realizando no mesmo dia. A paciente foi instruída a não remover a prótese nas primeiras 24 h (Figura 7).



Figura 6. Modelos montados em Articulador Semi Ajustável (ASA).



Figura 7. Instalação das próteses, pós exodontias.

Uma semana depois foram removidas as suturas, foi substituído o material reembasador e realizado o ajuste oclusal (Figura 8).



Figura 8. Ajuste oclusal (após 1 semana).

Após a segunda semana, a paciente queixou-se de falta de retenção e foi verificado que a prótese não cobria toda a área chapeável e o problema foi corrigido com resina acrílica autopolimerizável incolor (JET, Clássico, Brasil) (Figura 9) e reembasamento com material soft (Soft Confort Denso, Dencryl, Brasil) (Figura 10).

3. DISCUSSÃO

O estado psicológico do paciente é negativista, não acreditando no sucesso do tratamento, porém ao final do tratamento a paciente mostrou-se bem satisfeita¹.



Figura 9. Reembasamento com material rígido para melhor retenção

A cavidade bucal deve ser avaliada como um todo, analisando freios e bridas, oclusão, estética e fonética, deficiências nutricionais, estados artríticos, influência dos fármacos, lesões que acometem a cavidade bucal, além do estado psicológico; foi feito frenectomia no freio labial superior, a oclusão encontrava-se em desarmonia, com a instalação das próteses obtivemos estética e fonética, ao contrário do previsto, após os três meses o paciente relatou que a prótese possuiu a retenção ideal e esperada, não necessitando do uso de adesivos para dentadura, não apresentando dificuldades para se alimentar^{1,2,3,21}.

A qualidade de vida e a interação do paciente na sociedade, está intimamente ligada na autoestima, os dentes são fundamentais para o convívio social^{9,19}.

Uma relação de confiança é imprescindível para o sucesso do tratamento, isto foi alcançado em poucas sessões, sendo também importante o conhecimento que

obtive em toda minha vida acadêmica, isto ajudou para que tudo ocorresse da melhor forma possível, levando-nos até o nosso objetivo³.

As vantagens e desvantagens foram mostradas a paciente, porém não havia outra opção, pois possuía mobilidade grau 3, o prognóstico era sombrio, como já possuía prótese não queria ficar sem os dentes, sendo necessária a confecção da prótese imediata⁴.



Figura10. Sorriso final.

São vários os motivos que podem levar a perda dental, como a periodontite agressiva, periodontite crônica, cárie dental, má higiene bucal, entre outros. Neste caso o provável diagnóstico foi de periodontite agressiva, já que as informações foram dadas pela paciente, pois esta não foi acompanhada desde o início das perdas dentárias e ainda possuía seus incisivos centrais superiores, os primeiros a serem acometidos pela doença, sendo esta uma doença de progressão rápida, que acomete os tecidos de suporte, em alguns casos, em estado avançado é contraindicado a prótese total^{4,5,6,7,8,10,11,22}.

A prótese total imediata deve possuir uma excelente retenção, com isso deve abranger toda a área chapeável, mais isto nem sempre influencia sua estabilidade, porém é necessário que esta tenha retenção, estabilidade e suporte; a prótese por não possuir retenção e estabilidade, teve que ser reembasada com resina acrílica^{2,14}.

As moldagens devem preservar tecidos bucais¹⁷. O material usado para o caso foi o alginato, utilizamos moldeira perfurada individualizada com cera periférica e cera utilidade; vazamos o modelo com gesso tipo IV.

O reembasamento pode ser indicado em vários casos, inclusive para prótese imediatas¹⁹. O material utilizado para reembasamento foi o Dentusoft, porém outros materiais em alguns estudos tenham mostrado menor deformação^{18,24}.

As instruções ao paciente são de extrema importância para o sucesso do tratamento, não terminando na instalação da prótese, instruções pós instalação são importantes para que o paciente não desista do uso da

mesma, devem ser instruídos de como limpar, como comer alimentos, como utilizá-la para que não cause dano a mucosa bucal^{1,2,4}.

A prótese total imediata possui inúmeras vantagens, evita perda da dimensão vertical, protege a ferida, previni colapso das estruturas faciais, entre outros, porém suas desvantagens estão no trabalho adicional, não há provas estéticas, o paciente precisa retornar várias vezes ao consultório para ajustes e custo, pois após 3 meses é necessário a troca pela prótese definitiva^{1,2,4,6,20,23}.

A exodontia foi feita dos incisivos centrais superiores aos molares superiores, pois para o sucesso deve seguir uma ordem, de anterior para posterior, efetuamos osteoplastias para facilitar a adaptação da prótese de forma mais confortável, após a cirurgia o paciente foi instruído a não retirar a prótese superior nas próximas 24hs, não forçar a ferida, tomar os medicamentos e após uma semana foram feitos os ajustes oclusais^{2,4,13}.

As próteses são aparelhos mucoso-suportados que restabelecem o sistema estomatognático, fonética e estética, a paciente relatou que após um mês, quando o rebordo já encontrava-se cicatrizado não era mais necessário o uso de adesivo para melhorar a retenção da prótese, sendo sua prótese total imediata com face labial, existindo a prótese total imediata com face labial parcial e prótese total imediata sem face labial^{6,4}.

4. CONCLUSÃO

A prótese imediata é uma ótima solução para pacientes nesta situação, onde não encontram outra alternativa para reverter o prognóstico dos dentes, neste caso obtivemos estética, fonética e funcionalidade. Após as fases de adaptação da prótese a paciente relatou grande satisfação, passando do estado negativista para receptivo.

REFERÊNCIAS

- [1] Gennari Filho H. O exame clínico em prótese total. Revista Odontológica de Araçatuba, v.25, n.2, p. 62-71, Julho/Dezembro, 2004.
- [2] Barbosa CMR, *et al.* Importância da retenção e estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico. RGO, Porto Alegre. 2006; 54(4):374-8.
- [3] Moraes G, *et al.* O planejamento na terapêutica protética total mucossuportada: a otimização nos resultados. Saber Digital: Revista Eletrônica do CESVA, Valença. 1(1):188-91.
- [4] Shibayama R, *et al.* Próteses totais imediatas convencionais. Revista Odontológica de Araçatuba. 2006; 27(1):67-72.
- [5] Cimões R, *et al.* Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(6):1691-6.
- [6] Meleti VR, *et al.* Prótese total imediata: uma solução estética e funcional. Rev Robac. 2002; 11(32).
- [7] Cortelli JR, *et al.* Periodontite crônica e agressiva:

- prevalência subgengival e frequência de ocorrência de patógenos periodontais. Rev. biociênc., Taubaté. 2003; 9(2):91-6.
- [8] Figueiredo ABG, *et al.* Avaliação da provável perda dental por doença periodontal. International Journal of Dentistry, Recife. 2004;3(1):297-302.
- [9] Guimarães MLR, *et al.* Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS. 2005; 15(1).
- [10] Nuto SAS, *et al.* Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007; 23(3):681-90.
- [11] Hepp V, *et al.* Periodontite agressiva: relato de casos e revisão da literatura. Rev Clín Pesq Odontol. 2007; 3(1): 23-31
- [12] Silva MÊS, *et al.* Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3).
- [13] Alencar CRB, *et al.* Cirurgia oral em paciente idoso: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. RSBO(Online). 2011; 8(2).
- [14] Barbosa DB, *et al.* Instalação de prótese total: uma revisão. Revista de Odontologia da UNESP. 2006; 35(1): 53-60.
- [15] Reis JMSN, *et al.* Moldagem em prótese total – uma revisão da literatura. RFO. 2007; 12(1):70-4.
- [16] Goiato MC *et al.* Materiais reembasadores: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. Cienc Odontol Bras. 2007; 10(3): 44-52.
- [17] Silva RJ, *et al.* Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente – relato de caso clínico. Int J Dent, Recife. 2008; (3): 190-4.
- [18] Bispo CGC, *et al.* Estética imediata provisória em paciente idoso. Odontol. Clín.-Cient. Recife. 2010; 9(4):381-4.
- [19] Goyatá FR, *et al.* Prótese Total: Estética e Função – Relato de Caso Clínico. Clínica – International Journal of Brazilian Dentistry, Florianópolis. 2010; 6(3):308-14.
- [20] Lopes MWF, *et al.* Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. RGO – Ver Gaúcha Odontol. 2011; 59(suplemento 0):39-44.
- [21] Strini PJSA, *et al.* Avaliação da performance mastigatória em pacientes com dentes naturais e após a reabilitação com próteses removíveis totais imediatas superior, inferior e bimaxilares – relato de casos clínicos. RFO. 2011; 16(2):200-5.
- [22] Oliveira AS, *et al.* Análise da rugosidade e resistência à abrasão de três tipos de dentes artificiais em acrílico. Rev. Uningá Review, vol.15(1):55-60.

