TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CURSO DE ODONTOLOGIA

CONHECIMENTO.
QUEM TEM,
VAI ALÉM.

ULBRA
CAMPUS TORRES

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL
CAMPUS TORRES
CURSO DE ODONTOLOGIA

MAQUIELI SILVEIRA DA CONCEIÇÃO

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA NA ODONTOLOGIA

Revisão de Literatura Narrativa

Torres

2020

MAQUIELI SILVEIRA DA CONCEIÇÃO

PRÓTESE TOTAL IMEDIATA NA ODONTOLOGIA

Revisão de Literatura Narrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil - ULBRA, Campus Torres como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Mestre Carlos Roberto Correa Fernandes

Torres
2020

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL CAMPUS TORRES
CURSO DE ODONTOLOGIA

PARECER DE ADMISSIBILIDADE

Após acurado exame do trabalho de conclusão de curso, elaborado pelo(a) acadêmico(a) **MAQUIELI SILVEIRA DA CONCEIÇÃO** concluo que os seus aspectos estruturais e de conteúdo são compatíveis com os objetivos delineados.

O acadêmico sempre acolheu as considerações e sugestões deste (a) professor (a) orientador (a), mostrando-se de tal feito, bastante interessado em alcançar total êxito em seu trabalho.

Em razão de todo acima exposto, opino pela viabilidade da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, pois o considero apto a ser entregue pelo acadêmico (a) acima referido, perante a Professora de TCC a fim de completar os requisitos para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Torres, 26 de Junho 2020.

Prof(a) Orientador(a): Prof. Mestre Carlos Roberto Correa Fernandes

Observações a serem consideradas:

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino. E à minha família, pois foram as pessoas que estiveram ao meu lado durante toda trajetória acadêmica, apoiando-me e incentivando-me a buscar meus sonhos e torná-los realidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser minha proteção, fonte de sabedoria e calma e por sempre iluminar meu caminho.

Aos meus pais Claricia e Vilsom, que mesmo ele não estando mais entre nós, continua sendo minha maior força na vida. Sua lembrança me inspira e me faz persistir.

À minha avó Francisca, às minhas irmãs Camila e Marieli e ao meu irmão Alesandro, por todo apoio, acalento nos momentos difíceis, amor e esforços dedicados a mim.

Em especial, quero agradecer a minha mãe, que lutou muito para que eu chegasse até aqui e que junto a minha avó são meus maiores exemplos de humildade e honestidade, que sempre levarei comigo.

A todos os professores que contribuíram para meu conhecimento e fizeram parte da minha formação profissional e pessoal. Especialmente agradeço ao meu orientador, Carlos Roberto Correa Fernandes, pela paciência, empenho, humildade, parceria, foco, disciplina, bom humor, sabedoria e dinamismo, como sempre teve e demonstrou para com minha pessoa.

Aos meus amigos e aos colegas por dividirem comigo as mesmas ansiedades, alegrias, risadas e conhecimentos, especialmente à Roberta, minha dupla na Universidade e que sempre esteve comigo em todos os momentos felizes e tristes. Sempre esteve me apoiando e com isso formamos uma linda amizade que quero levar pra sempre.

A todos os pacientes que atendi. Agradeço pela confiança e por terem sido essenciais no meu aprendizado profissional e humano.

RESUMO

A cada dia os pacientes são mais exigentes em relação a sua estética, independentemente da idade, são cada vez mais exigentes em sua estética dentofacial, por isso o uso de certas opções terapêuticas, como próteses imediatas. A prótese total imediata é uma prótese que é usada como prótese removível logo após a remoção dos dentes remanescentes, para restaurar a função mastigatória, da fala e a estética dentária. O objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre prótese total imediata, com a definição, vantagens e desvantagens, técnicas de confecção, indicações e usos deste tipo de prótese total. A metodologia aplicada nesta pesquisa foi bibliográfica, por meio de revisão de literatura. Os dados identificados e explorados, foram predominantemente, via plataforma *Google Scholar e Library Online (SciELO)*, a partir dos descritores: prótese imediata, edentado, exodontia. Dessa forma, a busca inicial gerou um montante de aproximadamente 32 artigos, sendo que destes, cerca de 20 artigos foram selecionados inicialmente para esta pesquisa, ou seja, somente àqueles que contiverem os temas e assuntos de maior relevância para o estudo e que foram publicados entre 2010 a 2019, escritos em Inglês, Português e Espanhol. Após a revisão de Literatura, constatou-se que a prótese total imediata traz inúmeros benefícios e vantagens ao paciente que a recebe, pois este se acostuma muito mais rápido com o aparelho, já que as musculaturas que envolvem a face não criam vícios e hábitos anormais por influência da ausência dos dentes naturais, já que estes são imediatamente substituídos.

Palavras-chave: Prótese imediata. Edentado. Exodontia.

ABSTRACT

Currently, patients who are candidates for total edentation, regardless of age, are increasingly demanding in their dentofacial aesthetics, which is why the use of certain therapeutic options, such as immediate dentures. The immediate total prosthesis is a prosthesis that is used as a removable prosthesis right after the removal of the remaining teeth, to restore masticatory function, speech and dental aesthetics. The objective of this work was to perform a literature review on immediate total prosthesis, with the definition, advantages and disadvantages, confection techniques, indications and uses of this type of total prosthesis. The methodology applied in this research was bibliographic, through literature review. The identified and explored data were predominantly, via Google Scholar platform and Library Online (SciELO), from the descriptors: immediate prosthesis, edentate, extraction. Thus, the initial search generated an amount of approximately 32 articles, of which about 20 were initially selected for this research, that is, only those containing the most relevant themes and subjects for the study and which were published between 2010 to 2019, written in English, Portuguese and Spanish. After the Literature review, it was found that the immediate total prosthesis brings numerous benefits and advantages to the patient who receives it, as he gets used much faster with the device, since the muscles surrounding the face do not create addictions and abnormal habits due to the absence of natural teeth, as they are immediately replaced.

Keywords: Immediate prosthesis. Edentate. Exodontics.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Objetivo.....	12
2	METODOLOGIA	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	Prótese Dentária Convencional	14
3.2	Prótese Total Imediata	15
3.2.1	<u>Indicação da Prótese Total Imediata</u>	17
3.2.2	<u>Vantagens das Próteses Imediatas</u>	18
3.2.3	<u>Desvantagens das Próteses Imediatas</u>	19
3.2.4	<u>Classificação das Próteses Totais Imediatas</u>	20
3.3	Etapas de Implementação.....	21
3.3.1	<u>Fases Clínicas e Laboratoriais</u>	21
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A cada dia os pacientes são mais exigentes em relação a sua estética, independentemente da idade, são cada vez mais exigentes em sua estética dentofacial, por esse motivo, fazem uso de certas opções terapêuticas, como as próteses totais, popularmente conhecidas como dentaduras²

As próteses podem ser classificadas como substitutos para os dentes ausentes, que podem ser retiradas e recolocadas na boca. Partindo desse breve conceito, tem-se a prótese total definitiva, que é reconhecida como uma prótese total convencional, a qual é colocada na boca depois que os dentes remanescentes foram extraídos e os tecidos estiverem cicatrizados. Além dela, também há a prótese total imediata¹, que é projetada e produzida antes das extrações dos dentes remanescentes e inserida imediatamente após essa ação.¹

Durante muito tempo a prótese total imediata foi considerada uma prótese temporária ou transitória¹. Como função característica, essa prótese implementa estágios clínicos e laboratoriais rigorosos, perfeitamente definidos e codificados. Além disso, pode ser considerada um verdadeiro tratamento, deixando o menor espaço possível para improvisação².

A prótese total convencional, em geral, tende a oferecer ao paciente o conforto aproximado do dente natural, promovendo a esta pessoa mastigar e falar de maneira eficiente, além de promover uma posição de repouso confortável e também, uma boa estética. A prótese precisa devolver ao paciente edêntulo todas aquelas funcionalidades de quando tinha os seus dentes naturais³.

Nesse intento, as próteses (dentaduras imediatas) diferenciam-se das dentaduras convencionais pelo motivo de configurarem-se como um procedimento cirúrgico-protético, enquanto a convencional refere-se apenas a um procedimento protético, tendo como principal diferença (imediata e convencional) o estado da área basal, ou seja, fibro-mucoso ou tecido ósseo¹.

Assim, os problemas com o uso de uma prótese geralmente surgem com as próteses totais, nas quais podem surgir complicações quando os pontos de pressão se formam, o que pode impossibilitar o uso de próteses totais se houver inflamação

¹ Ao longo deste trabalho, a expressão “prótese total imediata” também será chamada pelas suas variações: “prótese imediata”, “prótese provisória”, “prótese temporária” ou “prótese transitória”, a fim de evitar a repetição vocabular e, conseqüentemente, a falta de coesão textual.

da mucosa oral, que também pode levar à inflamação do maxilar. No entanto, as próteses totais aderem melhor à parte superior (prótese superior) do que à mandíbula inferior, uma vez que a prótese da mandíbula inferior não encontra uma boa aderência com uma crista alveolar estreita¹².

O uso de próteses convencionais também dispensa de algum tempo para o paciente se acostumar e não parece um conjunto natural de dentes, então é necessário que ele precise se acostumar com as próteses, uma vez tem um pouco mais na boca do que antes. Desse modo, um possível uso para a prótese de transição pode ser após uma grande remoção dentária para cobrir e curar as condições da ferida por 1 a 12 meses, até que o maxilar e as gengivas estejam prontos para uma prótese final²

Desse modo, a prótese de transição como uma prótese provisória tem um simples corpo de plástico com suportes curvados (fecho para dentaduras) transportados pelo técnico dentário no laboratório pela mão para fixação em dentes remanescentes. Com a prótese de transição, se tem uma temporária melhora visual da situação dental com função limitada ao comer⁴. Após a impressão da dentição e a escolha da cor do dente, o técnico dental pode fazer a prótese temporária. Assim, a prótese de transição pode ser usada para tratamento de implantes na área anterior do dente por 3 a 12 meses, a fim de promover a cicatrização e ocultá-la visualmente, já que a prótese final geralmente é usada somente após o implante dentário, depois da tração dos dentes e os implantes dentários na mandíbula serem completamente curados³.

Nesse sentido, a prótese provisória é usada até que o maxilar esteja curado, o que normalmente leva três meses, mas pode levar até um ano. Uma prótese temporária é inserida imediatamente após a extração dentária, pois pode levar meses para a ferida na mandíbula cicatrizar, dependendo da densidade óssea. Ademais, a fim de permanecer discreta na vida privada e profissional, é possível destacar a prótese de transição como uma prótese provisória em um caso de accidental perda de dentes, vindo a ser útil nesse contexto⁵.

As vantagens das próteses temporárias são: solução provisória para dentes perdidos como próteses imediatas, solução temporária de baixo custo pela prótese de transição, as feridas de extração podem curar com próteses provisórias. Já as

desvantagens são: próteses provisórias resultam em manutenção insuficiente, têm um ajuste pobre, curvo aparelho protético pode causar danos nos dentes e ao longo da mandíbula pode ocorrer perda óssea pela carga irregular³.

1.1 Objetivo

O objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre prótese total imediata, como definição, vantagens, desvantagens, técnicas de confecção, indicações e usos deste tipo de prótese total.

2 METODOLOGIA

A metodologia aplicada nesta pesquisa deu-se por meio de revisão de literaturas narrativa da área, com a finalidade de sustentar bibliográfica e cientificamente as discussões acerca do tema.

Os dados foram identificados e explorados, predominantemente, via plataforma *Google Scholar e Library Online (SciELO)*, a partir dos descritores: “prótese imediata”, “edentados” “exodontia”. Dessa forma, a busca inicial gerou 32 artigos, sendo que destes, apenas uma média de 20 artigos foram previamente selecionados para esta pesquisa, ou seja, somente àqueles que contiveram os temas e assuntos de maior relevância para o estudo.

Ademais, o tipo de pesquisa do presente estudo é classificado como uma tipificação não experimental - conceitual - e de conteúdo, com revisão bibliográfica narrativa, a fim de dar embasamento à discussão acerca da promoção da importância do procedimento de prótese total imediata na área odontológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prótese Dentária Convencional

Na Medicina, uma prótese refere-se à substituição de membros ou partes de órgãos por produtos criados artificialmente e que são funcionalmente semelhantes à prótese. Já uma prótese dentária é um dente de substituição artificial a um dente natural, pelo qual uma prótese dentária pode servir apenas dentes individuais ou todos os dentes⁵.

Para a restauração da prótese, os custos do dentista são muito diferentes e dependem de como a prótese deve ser fixada, pois com uma prótese total removível simples, a base da prótese da mucosa da mandíbula fica diretamente na parte superior e, portanto, torna-se a opção mais em conta⁴.

Uma prótese total convencional é a substituição de todos os dentes naturais por uma prótese removível artificialmente. As funções de mastigação e fala, bem como a estética dos dentes são restauradas por uma prótese total e a base da prótese da prótese é feita de plástico, em que os dentes artificiais estão ancorados⁷.

Há diferenças no tipo de prótese: uma prótese dentária é projetada para ser forte ou menos volumosa, já que fica em região de mucosa oral. Normalmente, a placa do palato de uma prótese total é feita de plástico reforçado com uma rede metálica ou a prótese total é totalmente feita de metal⁷. A prótese total convencional, que geralmente é feita de resina acrílica, pode ser um problema para certos pacientes devido à adesão da prótese ao usar as próteses totais no palato. Se não houver mais dentes, a prótese deve estar no cume, que só tem efeito se tiver uma impressão exata da mandíbula. A maxila superior de uma exploração prótese-mucosa é melhor inferior, pois na maxila a prótese com uma placa palatina⁸.

Essa grande superfície de contato suga a mucosa oral e oferece à prótese segurança. Uma placa do palato na mandíbula não é possível, por causa da língua razão pela qual a prótese tem o formato de uma ferradura para encaixar na mandíbula. Esta prótese da mandíbula não pode ser estabilizada com conexões cruzadas, pois a área de contato é muito pequena sobre a mandíbula inferior e pode ser de apoio suficiente se o ajuste da dentadura completa for muito grande. Caso contrário, uma prótese mal ajustada é produzida⁵.

Em condições desfavoráveis da crista, mesmo com um design ideal a partir da borda da prótese, não é possível obter um efeito de sucção suficiente, para que possam surgir problemas com a prótese. Assim, uma prótese total convencional só pode ser mantida com segurança se a base da prótese encaixar a mandíbula o mais precisamente possível, além e o aro da prótese estiver funcionalmente limpo⁷.

Ademais, para a manutenção da prótese dental convencional se tornar eficaz, o que deve se ter é uma ampla área de apoio na mandíbula. A prótese é realizada de maneira semelhante a duas placas de vidro, que são colocadas umas sobre as outras quando molhadas com água. Além disso, um vácuo se forma sob a base da prótese quando se deseja remover uma prótese que está bem ajustada⁹.

A borda da prótese serve como borda da válvula para vedar a câmara de vácuo. Ela não é apenas uma borda da válvula, mas também uma borda funcional e deve ser funcionalmente modelada, de acordo com o jogo muscular, para que a prótese não possa ser alavancada pelos movimentos dos músculos circundantes. Assim, a prótese dentária é projetada de forma que os músculos circundantes tenham um efeito estabilizador nas próteses, onde o músculo que corre em um anel ao redor da cavidade oral é de grande importância¹⁴.

Ademais, não menos importante é informar que uma prótese convencional é sempre uma prótese removível, uma vez que a dentadura designa a adição ou a dentadura da dentição natural. Assim, uma prótese convencional consiste na base da prótese feita de resina acrílica rosa, bem como nos dentes e, no caso de próteses parciais, de uma armação de metal¹¹.

3.2 Prótese Total Imediata

Na Odontologia, uma prótese imediata é uma prótese que é usada como prótese total removível ou parcial, logo após a remoção do dente, para restaurar a função mastigatória, a função da fala e a estética dentária. A prótese provisória é uma prótese provisória simples ou uma prótese temporária para substituir os dentes perdidos e preenche o período de aproximadamente dois meses durante a fase de cicatrização da ferida após a extração do dente (Ilustração 1).

Ilustração 1 - Prótese total imediata

Fonte: Gomes⁶.

Se o osso da mandíbula com o compartimento do dente ósseo e o tecido mole da cobertura se regenerar ou se reestruturar após a extração do dente, a crista alveolar sofre uma mudança de forma, de modo que após uma intervenção cirúrgica é geralmente necessário aguardar a realização da prótese definitiva. Uma prótese provisória é usada para diminuir o tempo¹⁰.

Prótese imediata é um das nomenclaturas mais utilizadas, uma vez que antes que os últimos dentes sejam extraídos, a prótese já é feita no laboratório dentário e usada pelo paciente logo após a sua extração. É uma prótese dentária que pode ser tanto uma dentadura completa ou parcial. Quando os dentes são extraídos, as folgas permanecem e geralmente são usadas com uma prótese provisória e substituídas por uma prótese permanente após alguns meses, uma vez que a mandíbula muda depois que os dentes são extraídos¹⁰.

A prótese total imediata é determinada como uma prótese total ou parcial removível, desenvolvida para ser colocada rapidamente após a extração dos dentes naturais e deve ser utilizada por um pequeno período de tempo, por motivos estéticos, mastigatória, suporte oclusal, conveniência ou simplesmente para a adequação do paciente do estado dentado ao desdentado, até que uma prótese permanente seja colocada¹¹.

A prótese total também pode ter um realinhamento e ser reformulada na restauração final. Como resultado, esta prótese imediata não pode ser usada como prótese final e não deve ser usada por mais tempo do que o necessário¹².

3.2.1 Indicação Da Prótese Total Imediata

A prótese imediata é indicada para quem tem uma posição social e vida emocional que não toleram desdentação. É mais indicada para pacientes jovens, em circunstâncias especiais como em casos de viagens ou eventos sociais¹.

Informações complementares:

- Estado de saúde geral: eliminação de possível infecção;
- Estado de saúde local: valor intrínseco e dentes muito deficientes;
- Valores extrínsecos: situação financeira modesta;
- *Endowment effect* psicológico: paciente pronto para aceitar avulsão de seus últimos dentes¹.

O uso de uma prótese total imediata é geralmente considerado no caso de perda completa de todos os dentes, como, por exemplo, devido ao aumento da idade.

O carregamento funcional imediato é uma alternativa para quem não espera dificuldades funcionais ou deficiências estéticas. Isso, sem dúvida, representa um extraordinário desenvolvimento na autoestima do paciente, que volta a sorrir com conforto e confiança e se sente alegre com sua acelerada reabilitação. Assim, a indicação das próteses totais imediatas acontece quando há condenação dos dentes remanescentes à extração⁸.

A indicação para prótese total imediata é necessariamente aconselhada aos eventos nos quais o paciente ainda possui dentes e precisa colocar uma prótese total e que, por causa do convívio social, não pode permanecer edentado no período de cicatrização e fabricação da prótese. Na maioria das vezes, a indicação para a exodontia dos elementos remanescentes está nas periodontopatias avançadas, que podem ou não estar acompanhantes a problemas de biomecânica articular¹³.

As indicações e contraindicações para a prótese imediata têm relação com a idade e com condição geral de saúde do paciente, bem como suas condições psicológicas. Como exemplo, um paciente que está fazendo radioterapia, com a utilização da prótese, pode ter uma complicação na radioterapia, como uma osteorradionecrose. Além disso, pacientes senis ou com dificuldades de coordenação motora precisam ser avaliados com cuidados específicos para a utilização de próteses mucossuportadas pela dificuldade de adequação e higiene,

bem como o pós-operatório também precisa de uma adequada higiene e maiores cuidados¹.

Além disso, deve-se ponderar que na maior parte dos casos, na cirurgia para alojamento da prótese imediata é realizada a exodontia múltipla, isto é, de diversos elementos, bem como a regularização óssea e mucosa da área chapeável. Assim sendo, o paciente precisa estar informado e alertado quanto ao possível tempo operatório e os problemas que podem acontecer. Ademais, o dentista precisa ter o discernimento de analisar se o paciente está em condições psicológica e física para fazer a cirurgia².

3.2.2 Vantagens das Próteses Imediatas

O objetivo da prótese total imediata é fornecer ao paciente edentado próteses esteticamente agradáveis e funcionalmente perfeitas. Por isso, as vantagens das próteses incluem a possibilidade de realizar ajustes à prótese, o uso de materiais indicadores de pressão em um campo livre de sangue e a preservação das relações oclusais originais¹.

A probabilidade evolui prontamente a estética e proporciona benefícios funcionais porque apresenta um melhor agrupamento das próteses definitivas devido a uma recuperação funcional e muscular mais rápida, além de não necessária a utilização de próteses removíveis desconfortáveis. Esse processo colabora para a acomodação da estrutura gengival, que é indispensável para a reabilitação protética de forma definitiva, além de aumentar a qualidade de vida e o conforto dos pacientes, diminuindo também a perda óssea que frequentemente acontece depois da extração, a fim de possibilitar maior estética⁹.

Com a utilização da prótese provisória durante o período de cicatrização, o dentista pode analisar a estética, a fonética e a carga funcional na fase de cicatrização. Depois desse período, cerca de cinco ou seis meses depois, a prótese acrílica é trocada por uma prótese de forma definitiva⁴.

As próteses totais imediatas permitem o controle da hemorragia, a proteção contra o trauma, a proteção contra infecções exógenas, a agilidade na cicatrização, a melhora fonética, a mudança menos percebível da condição dental, o fim da anormalidade do sistema neuromuscular, além de um menor tempo perdido nas atividades sociais¹.

Sabe-se que a prótese total imediata pode evitar complicações, tanto momentâneas, quanto posteriores e permanentes como, por exemplo, uma deficiência na mastigação e consequente hipertrofia ou até mesmo uma infecção, a qual pode, inclusive, expandir-se para o organismo e acabar ocasionando infecções generalizadas, dentre outras enfermidades com risco de até de morte. Por essa razão, a pesquisa também se justifica como de grande importância e valia².

Quanto aos aspectos relacionados às vantagens na execução do procedimento da prótese total imediata, estes são muito proveitosos no que tange ao acomodamento e adaptação após as exodontias, pois trazem benefícios como, por exemplo, um processo cicatrizante mais rápido e eficaz do local em que foi realizada a operação e a proteção ao trauma, além de um melhor controle hemorrágico e risco reduzido de infecções. Ainda em relação às vantagens referentes à prótese total imediata, encontra-se outro benefício que é de suma importância em relação ao procedimento e à saúde bucal do paciente: a melhor cicatrização da fibromucosa e do osso alveolar¹⁴.

3.2.3 Desvantagens das Próteses Imediatas

A principal desvantagem apresentada pela prótese suportada por membrana mucosa é que há pequenos movimentos da prótese durante a mastigação, uma vez que não está firmemente ancorada na boca e, portanto, é menos confortável de usar. Como próteses totais costumam desenvolver irritação e gosto do paladar, a prótese total ou a dentição artificial também podem levar a pequenas alterações nos sons da fala. A saliva e qualidade da saliva desempenham para o necessário vácuo da prótese e, assim, o ajuste estável e a retenção da prótese um papel importante¹¹.

Em idosos, uma prótese que é oposta às dentaduras fixas é uma grande desvantagem, pois os pacientes mais velhos costumam ter uma boca mais seca, principalmente pela ingestão de medicamentos, o que causa problemas com a força adesiva. Um problema e uma desvantagem da prótese é que os maxilares podem retroceder com o tempo e a prótese não adere mais tão bem quanto antes, mas uma prótese completa pode ser conectada usando mini implantes baratos⁵.

Uma prótese como a prótese artificial substitui os dentes ausentes em humanos como próteses parciais ou totais, que podem ser firmemente ancoradas ou

removíveis na boca. A retenção da prótese de dentes pode ser na mandíbula sem dentes, mas ser melhorada por implantes. A desvantagem de segurar a prótese na mandíbula inferior desdentada com mínimo 2 ou melhor, com 4 implantes, que são principalmente conectados via conexão de barra ou ancoragem de prótese, podem ser bastante aprimorados¹⁵.

Além das informações apresentadas, é possível destacar que há previsibilidade diminuída em uma visita cirúrgica e protodôntica combinada: a cirurgia é realizada, e dificuldades com extrações, sangramento e/ou controle da dor podem ser encontradas. Além disso, as consultas podem se tornar prolongadas e estressantes para pacientes e também para os dentistas³.

3.2.4 Classificação das Próteses Totais Imediatas

Oliveira¹ afirma que segundo o caso, ou da metodologia utilizada, pode-se optar por vários meios de se tratar e as qualifica segundo a face vestibular anterior. Desse modo, as próteses podem ser classificadas como:

- Prótese total imediata com face labial total: é semelhante à prótese convencional no aspecto vestibular. Sua desvantagem é especialmente promover, com mais constância, um preparativo cirúrgico, com retirada óssea, necessidade elevada de desgastes por ser uma área mais traumática e instituir um excesso de preenchimento na região labial, intervindo com a estética facial. Contudo, é mais constante, ainda é o mais corriqueiro seu uso e mais usada².
- Prótese total imediata com face labial parcial: somente a parte de início do vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes é construída. Essa forma de prótese é de mais simples adaptação, não precisa da realização do desgaste ósseo, pois não abrange o espaço retentivo do processo alveolar. O preenchimento vestibular é realizado de forma progressiva, com resina acrílica acionada quimicamente (RAAQ), nos reembasamentos¹¹.
- Prótese total imediata sem face labial: Esse tipo de prótese tem seus dentes anteriores amparados de forma direta sobre o rebordo alveolar. São as mais conservadoras no aspecto cirúrgico e proporcionam bom

resultado estético no início do tratamento. Contudo, não fazem um adequado suporte labial e quando acontece a reabsorção óssea, advém um breve desajuste e a estética é afetada.

3.3 Etapas de Implementação

3.3.1 Fases Clínicas e Laboratoriais

Com relação às impressões primárias da maxila, o objetivo é registrar todas as superfícies anatômicas envolvidas pela prótese, tanto as áreas desdentadas quanto à área anterior. Nesse sentido, as dificuldades que podem ser encontradas estão ligadas aos dentes, que podem ter mobilidade significativa e amplos espaços interdentais, causando medo de sua extração acidental e/ou cortes inferiores impedindo o acesso à zona de reflexão da mucosa anterior. Na primeira situação, é útil fixar os dentes móveis por compressão e preencher os espaços interdentais com cera¹.

A relação intermaxilar e a transferência para o articulador têm como objetivo registrar a relação intermaxilar e ocorrer de maneira comparável à utilizada para uma prótese total. Plano de oclusão e transferência do modelo maxilar para o articulador, como as bordas livres e as pontas caninas do grupo incisivo-canino estão bem posicionadas e paralelas à linha bi-pupilar e a determinação do plano de oclusão interessará apenas os setores posteriores. O ajuste das protuberâncias posteriores do modelo de oclusão maxilar tomará o cuidado de estabelecer um paralelismo perfeito com o plano *Camper* através do *slide Fox*¹⁶.

A transferência para o articulador do modelo maxilar deve preceder o registro do laudo intermaxilar. De fato, na maioria das vezes, a presença dos dentes opostos deforma a superfície plana do cordão maxilar e faz com que os dados registrados sejam perdidos¹⁶.

A dimensão vertical da oclusão (DVO) estética e fisiológica é convencionalmente determinada por técnica indireta, a partir da dimensão vertical do repouso fisiológico (DVRP). Foi aumentado em comparação com o estágio inicial (desgaste da prótese mandibular provisória) considerado insuficiente⁸.

A relação centralizada (RC) é a transferência do modelo mandibular para o articulador. Após os modelos montados no articulador corretamente individualizados, pode se dar início às faces laboratoriais com a montagem dos dentes artificiais².

Já a escolha dos dentes protéticos é feita de acordo com os dados clínicos coletados e os desejos do paciente. Como o paciente deseja preservar sua estética, a escolha dos dentes em sua tonalidade, sua forma e suas dimensões estarão de acordo com os dentes anteriores¹⁵.

Na maioria dos casos, o paciente deseja uma melhora em sua estética, não apenas no arranjo dos dentes, mas também na aparência. As regras das próteses totais convencionais devem ser aplicadas enquanto se desenha mais ou menos nos dentes naturais. Às vezes, é necessário usar maquiagem nos dentes protéticos (resina ou cerâmica)⁸.

A montagem provisória dos dentes posteriores superiores e inferiores é realizada sobre bases de cera, de acordo com o esquema de oclusão geralmente equilibrado¹. Além disso, o objetivo da montagem é verificar qualquer tipo de ocorrência de erros durante o teste funcional, pois muitas fontes de erros podem existir, tais como: dentes remanescentes geralmente mal posicionados, risco de crescimento durante a gravação e erros relacionados à transferência para o articulador⁸.

Ademais, a plasticidade das ceras pode dificultar o teste funcional. Portanto, é aconselhável fazer e usar bases de resina dura de uma peça. É uma réplica parcial da prótese acabada, interessando apenas às áreas desdentadas e apresentando todas as características do esquema oclusal final. Este dispositivo é testado na boca antes da cirurgia, durante o teste funcional ou na sessão reservada para extrações e inserção da prótese⁸.

Assim, esse teste funcional é comparável ao do teste funcional de uma prótese assistente completa. Deve ser realizado com grande rigor e atenção, uma vez que permite controlar e validar antes de qualquer cirurgia: parâmetros estéticos, como o tom dos dentes protéticos; próteses imediatas removíveis: orientação do plano de oclusão, DVO e qualidade da intercuspidação; os limites, em particular a articulação velo palatina. Quando um erro de oclusão é detectado, a prótese imediata removível é regravada de acordo com o princípio da articulação e o encaixe dos dentes é corrigido¹⁷.

Desse modo, os dentes são montados no modelo retificado (remoção dos dentes e remodelação da crista). Mas, de antemão, é necessário fazer duas chaves de referência no articulador. É de grande interesse registrar a posição dos dentes anteriores e orientar o conjunto estético: uma chave vestibular superior registra a forma e posição dos dentes e também permite visualizar a quantidade de ressecção que será realizada posteriormente. Uma chave de mordida oclusal anterior permite que o ponto interincisal clinicamente determinado seja transferido. No presente caso, a posição do ponto interincisal é preservada²⁰.

Assim, a retificação do modelo, na preparação prévia do modelo de trabalho, é a chave para o conceito de prótese imediata de uso, pois ela deve fornecer um volume suficiente para acomodar os dentes protéticos e a gengiva falsa, sem excesso de espessura vestibular, prejudicial à estética. Uma remodelação cirúrgica idêntica será realizada após as extrações anteriores à colocação da prótese na boca. A correção do modelo leva em consideração os dados da observação clínica (raios-X, sondagem periodontal, etc.), do projeto estético (más posições, etc.) e imperativos protéticos (espaço intercreto, goma falsa, etc.)¹⁸. Dessa maneira, esta etapa ocorre da seguinte forma: remoção dos dentes restantes e remoção das áreas vestibulares rebaixadas²⁰.

Na montagem dos dentes anteriores superiores, as chaves de referência orientarão a montagem dos dentes protéticos anterossuperiores. Assim, o protético os colocará na mesma posição que os dentes naturais, graças às chaves vestibulares e oclusais, que são transformadas em uma placa de montagem real. Nos casos em que está prevista melhoria estética, a montagem é realizada após a determinação do novo ponto interincisal (que é transferido para a chave oclusal) e o plano de oclusão. Uma vez que a montagem completa dos dentes tenha sido realizada de acordo com o esquema de oclusão equilibrada, ela deve ser validada pelo médico antes da cura das próteses².

Terminados os extratos protéticos, com respeito às regras específicas da prótese assistente completa, o protético procede à polimerização das próteses. Na saída da mufla, as próteses e seus modelos são remontados em um articulador, graças à base de malha dupla para o equilíbrio oclusal. A prótese é então polida. A prótese mandibular pode parecer volumosa fora da cavidade oral pela espessura das bordas obtidas. De fato, compensa apenas a retromandibulia, que permitirá uma restauração estética e funcional ideal de todo o piso inferior da face¹⁹.

Após avulsões dentárias, a plastia óssea é realizada seguida pela colocação imediata da prótese. O objetivo da cirurgia é a instalação perfeita da prótese de uso em suas superfícies de apoio. O uso do guia e a qualidade da oclusão são essenciais para o sucesso do tratamento¹.

Assim, a extração dos dentes anteriores deve ser realizada com cautela, a fim de preservar a tábua óssea externa. Para a inserção imediata da prótese deve-se realizar o reembasamento da prótese total mediata com material resiliente e os devidos ajustes oclusais¹³. Desse modo, o paciente é solicitado a apertar dois rolos de algodão por 10 minutos para sentar a prótese, garantir a hemostasia e limitar o edema pós-operatório¹⁹.

Após, a oclusão então é verificada para obter contatos balanceados. A distribuição harmoniosa das cargas oclusais impede qualquer reabsorção óssea patológica. A prótese garante a coaptação das bordas do retalho e desempenha o papel de curativo cirúrgico e guia de cura. Depois da instalação, é realizado os ajustes necessários e o paciente é instruído a remover a prótese total imediata após 24 horas da cirurgia. Assim serão marcadas consultas para reembasamento da prótese e ajuste, à medida que o rebordo vai reabsorvendo¹⁹.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, as diferenças entre a prótese total convencional e a prótese total imediata é que a primeira é colocada na boca do paciente depois que os dentes remanescentes foram extraídos e os tecidos cicatrizados. A cicatrização pode demorar vários meses durante os quais é possível que o indivíduo possa ficar sem os dentes. Já a segunda é instalada imediatamente após a extração dos dentes remanescentes, e, embora as próteses imediatas ofereçam a vantagem de não permitir que o indivíduo fique sem os dentes, elas precisam ser reajustadas nos meses subsequentes após a sua instalação. A razão para isto é que o osso no qual os dentes estavam inseridos sofre uma mudança após a cicatrização, fazendo com que a prótese fique sem estabilidade.

Desse modo, por meio desta revisão de literatura concluiu-se que a prótese total imediata traz inúmeros benefícios e vantagens ao paciente que a recebe, pois este se acostuma muito mais rápido com o aparelho, já que as musculaturas que envolvem a face não criam vícios e hábitos anormais por influência da ausência dos dentes naturais, já que estes são imediatamente substituídos.

Além disso, a prótese total imediata é um método de reabilitação viável e de grande importância para restabelecimento da autoestima, conforto, estética e função do paciente, devendo ser bem planejada e confeccionada para obtenção dos melhores resultados. Também é uma ótima indicação para quem não deseja ficar em uma situação de edentulismo, nem mesmo num curto prazo. A utilização desta técnica permite que os pacientes que precisam passar por uma intervenção cirúrgica de retirada total dos dentes mantenham minimamente condições funcionais, estéticas e psicossociais, mantendo ou melhorando a qualidade de vida, até que as próteses definitivas sejam confeccionadas.

Além da vantagem estética e funcional, os pacientes que escolhem pela prótese imediata oferecem menor reabsorção óssea, não desenvolvem costumes deletérios, isto é, apresentam vantagens funcionais e estéticas, além de poderem ser uma alternativa de tratamento, mas que demanda mais conhecimentos, habilidades e discernimentos do que a prótese total convencional.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira JS. Reabilitação oral com prótese total imediata. [Monografia] Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2017.
2. Torcato LB, Goiato MC, Falcón-Antenucci RM. Prótese total imediata. Revista Odontológica de Araçatuba 2015 dez;33(2): 66-69.
3. Araújo HSG. Eficiência mastigatória de usuários de prótese total convencional superior e prótese total imediata inferior: um estudo de casos. [Monografia] Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
4. Marini C et al. Prótese imediata: uma solução estética e funcional. BJSCR 2013 fev;4(4): 24-31.
5. Barroso FT, Heleno GL, Toledo BC, Santiago M. O. Uso de prótese total removível imediata na clínica integrada: estudo de casos. Arquivo Brasileiro De Odontologia 2017 set;13(2): 66-70.
6. Gomes ACG et al. Reabilitação bucal com prótese total imediata. Full Dent. Sci 2014 maio;5(20): 590-594.
7. Gonçalves LO, Sonogo MV, Schiavoni JR. Qualidade de vida e satisfação em pacientes após a instalação de próteses totais imediatas e overdentures sobre raízes. Arch Health Invest 2015 jan;4(1): 25-380.
8. Torcato LB, Pellizzer EP, Goiato MC. Prótese total imediata: relato de caso clínico. Rev. Odontológica de Araçatuba 2016 jan;5(1): 50-60.
9. Carvalho K. Prótese imediata sobre três implantes utilizando componentes protéticos angulados e implantes inclinados: resultados preliminares de um estudo retrospectivo. [Mestrado] Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2014.
10. Depauli M, Rebelatto C, Dallanora LJ. Prótese total imediata. Ação Odonto 2013 nov;1(1): 67-71.
11. França ILC. A importância da caracterização da gengiva em prótese total removível: uma revisão de literatura. Id on Line Rev.Mult. Psic. 2018 oct;12(42): 1027-1033.
12. Santos JCAS, Haddad MF. Reabilitação com prótese total imediata relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba 2015 set;36(2): 24-28.
13. Nadgere J, Nisargi S, Mallika MK. Reabilitação de um paciente com prótese total. Journal of Contemporary Dentistry 2016 jan;6(1): 90-95.
14. Hespanhol TW, Godoi AP, Custodio W. Prótese total imediata bimaxilar: caso clínico. ClípeOdonto 2018 jun;9(1): 30-6.
15. Silva TH N. Reabilitação estético-funcional por meio da prótese total imediata: relato de caso. Revista Uningá 2019 nov;56(57): 91-100.

16. Costa SC, Rebolal J, Braz DBU. Descomplicando a prótese total: perguntas e respostas. São Paulo: Napoleão; 2012.
17. Galati A. Prótese total: manual de fases clínicas e laboratoriais. 4. ed. São Paulo: Senac São Paulo; 2017.
18. Goiato MCS, Medeiros RA, Sônego MV. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. Rev. Odontológica de Araçatuba 2014 dez;35(1): 67-72.
19. Bastos FBR. Prótese Total Imediata com recuperação da curva de Spee. BJSCR 2015 nov;9(3): 11-16.
20. Strini P, Junqueira SA 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 Revista da Faculdade de Odontologia Universidade de Passo Fundo [publicação online] 2011 v. 16, n. 2, 200-205, maio/ago. Disponível em <http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/968>.