

FACSETE – Faculdade Sete Lagoas

Joelma Martinez Corte

USO DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

São Caetano do Sul - SP

2021

FACSETE – Faculdade Sete Lagoas

Joelma Martinez Corte

USO DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

Monografia apresentada FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS. como requisito para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Luíz Carvalho de Oliveira.

São Caetano do Sul – SP

2021

Corte,Joelma Martinez

USO DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

Joelma Martinez Corte-

21 f; 31 cm;

Referência bibliográfica

Monografia apresentada FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS. como requisito para obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária. 2021

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Luíz Carvalho de Oliveira

JOELMA MARTINEZ CORTE

USO DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

Trabalho de conclusão de curso da especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em PRÓTESE DENTÁRIA

Área de concentração: PRÓTESE

Aprovado em 18/11/2021 pela banca constituída dos seguintes professores:


Prof. Alexandre Luiz Carvalho de Oliveira – UMEESP - SBC


Profª Renata Moreira Cançado – UNIMES – SANTOS

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho e todos os meus passos ao meu filho, Henrique
Martinez Corte ,luz da minha vida .*

RESUMO

A perda total dos dentes é uma das piores situações clínicas encontradas na Odontologia, acarretando diminuição da capacidade mastigatória e consequente interferência na digestão de alimentos, além de prejudicar a fonação e a estética. Esse quadro contribui para a redução da qualidade de vida e da autoestima do indivíduo. Outro problema a ser enfrentado, quando da indicação de próteses totais, reside exatamente no fato dos pacientes resistirem em permanecer sem seus dentes, enquanto se aguarda a reparação tecidual e óssea, para posterior confecção das próteses.

A prótese total imediata (PTI) é um aparelho indicado após a extração cirúrgica de elementos remanescentes, estabelecendo assim, a estética e função imediata do paciente, porém ela apresenta vantagens e desvantagens principalmente quanto ao custo benefício.

Palavras-chave: prótese, total, imediata.

ABSTRACT

The total loss of teeth is one of the worst clinical situations found in dentistry, causing a decrease in chewing capacity and consequent interference in food digestion, in addition to impairing speech and aesthetics. This situation contributes to the reduction of the individual's quality of life and self-esteem. Another problem to be faced, when indicating complete dentures, resides exactly in the fact that patients resist to remain without their teeth, while waiting for tissue and bone repair, for subsequent construction of the dentures.

The immediate total prosthesis (ITP) is a device indicated after the surgical extraction of remaining elements, thus establishing the patient's immediate esthetics and function. However, it has advantages and disadvantages mainly in terms of cost-benefit.

Keywords: prosthesis, total, immediate.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 REVISAO DE LITERATURA.....	11
1.1 Vantagens.....	12
1.2 Desvantagens.....	13
1.3 Indicações e Contraindicações.....	13
1.4 Técnicas.....	14
2 DISCUSSÃO.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença e enfermidade”. A saúde bucal relacionada à qualidade de vida tem um conceito multidimensional, são vários os fatores que podem interferir, como por exemplo, a perda de dentes que interferem na estética, fonética e expressão facial, interferindo assim na relação interpessoal, além de influenciar diretamente a mastigação (TAMAKI, 1974 e TELLES, 2004). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem sido motivo de estudo nos últimos anos, não somente pelos vários estudos já desenvolvidos, mas pela autopercepção do próprio paciente. Portanto, assim como a saúde sistêmica, a saúde bucal também interfere diretamente na qualidade de vida (DELLA VECHIA, 2009).

O grande problema a ser enfrentado, quando da indicação de próteses totais reside no fato dos pacientes relatarem em ficar sem seus dentes enquanto esperam a reparação tecidual e óssea. Esse fator de ordem psicológico e estético tem levado tanto pacientes quanto profissionais a empregar a prótese imediata como solução para esses casos. Podemos conceituar a prótese total imediata como sendo aquela prótese total que será instalada imediatamente após a extração dos dentes remanescentes e nesse mesmo ato clínico. É um aparelho cuja confecção antecede as extrações dentárias (WALBER, 1990).

Em casos onde a manutenção de dentes remanescentes torna-se um tratamento bastante complexo, de alto custo e que exige um longo tempo de trabalho, o uso de prótese total imediata (PTI) garante a recuperação do sistema estomatognático sem alterar o convívio social do paciente (MELETI et al, 2002).

O aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser comprometidos quando a perda de dentes afeta a estética e a expressão facial, uma vez que os dentes são importantes para a comunicação interpessoal, além da função principal da mastigação.

No entanto, o aumento da superfície mastigatória não é o único argumento para a substituição de dentes ausentes: estética, contato antagonista e os dentes vizinhos são também importantes, sendo, portanto, ambas as razões que levam os pacientes a substituírem os dentes perdidos, juntamente com a preservação da integridade das articulações temporomandibulares. No caso de edentulismo parcial, se a escolha do tratamento for a reabilitação com prótese parcial removível, esta deve ser capaz de restaurar a função mastigatória, estética e fonética (CALDAS et al, 2005).

A reabilitação bucal é cada vez mais procurada pelos pacientes em busca de conforto, estética e função. Um grande número de possibilidades terapêuticas tem sido empregado, desde os tratamentos mais simples, como a reposição de um único elemento, até casos mais complexos, que envolvem a confecção de próteses totais ou a reposição de vários elementos (DANTAS, 2012; GOYATÁ et al, 2009).

Esta modalidade protética deve ser usada por um período de tempo curto, até que a prótese definitiva seja instalada, sendo responsável, durante esse tempo, pela manutenção e/ou restabelecimento da estética, fonética, função mastigatória, suporte oclusal, oferecendo uma melhor qualidade de vida e continuidade do convívio social. Porém, tem como desvantagens, a necessidade de cuidados pós-operatórios, reembasamentos e ajustes (DELLA VECHIA et al, 2009; WALBER, 1990).

1 REVISÃO DE LITERATURA

Prótese total imediata é o aparelho protético confeccionado sobre o modelo obtido antes da extração de todos os dentes remanescentes, da alveolotomia para a correção ou simples estabilização e regularização do rebordo alveolar, e instalado na cavidade bucal logo após a cirurgia (PARANHOS et al, 2006).

Shibayama et al. (2006) descrevem que muitos pacientes não suportam a situação de permanecerem desdentados após as extrações dos dentes remanescentes, em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea. No entanto, além do fator psicológico, outros fatores como estética, fonética, mastigação e convívio social estão envolvidos em tal situação.

Goyatá et al. (2009) afirmam que o preparo bucal propõe restabelecer a saúde bucal do paciente, tratando dentes e periodonto, preparando o paciente para a futura reabilitação. As próteses parciais removíveis são aparelhos protéticos que tem por finalidade substituir funcional e esteticamente os dentes naturais ausentes em pacientes parcialmente dentados.

Carr e Brown (2010) acreditam que o sucesso da reabilitação protética, estética e funcional requerem muita atenção e um bom plano de tratamento, sendo a reabilitação do arco parcialmente desdentado um desafio quando há uma situação de grande região edêntula distal, classificados em situações de Kennedy Classe I e Classe II.

Para Gava et al. (2011), a PTI é o tipo de reabilitação que requer mais conhecimento, habilidade e critérios do que a prótese total convencional e proporciona vantagens, tais como: anatômicas, impedindo a perda imediata da dimensão vertical de oclusão (DVO); funcionais, permitindo aos músculos afetados permanecerem em suas posições normais; estéticas, evitando o colapso facial e o arqueamento da linha de selamento dos lábios e comissura, condição que evidenciam o aspecto de envelhecimento e tristeza; e psicológicas, eliminando o

desconforto e constrangimento que os pacientes sofrem ao se apresentarem sem dentes.

Segundo Dantas (2012), o restabelecimento da DVO é de extrema importância para o sucesso das reabilitações bucais, pois se não for restabelecida corretamente, poderá causar danos nos dentes, músculos, ATM e sistema auditivo, na deglutição e fonação, e até mesmo na postura do paciente, podendo afetar seu equilíbrio.

Ferreira (2012) afirma que base da PTI servirá como proteção da ferida cirúrgica, pois controla a hemorragia, diminui o período de cicatrização e é confeccionada tomando como referência para seleção e montagem dos dentes artificiais os dentes naturais do modelo anatômico, que o técnico duplica para comparação durante a montagem, de maneira que a prótese fique o mais natural possível. Muitas vezes a PTI começa a perder a retenção, sendo necessário a confecção de uma prótese definitiva após algumas semanas. Tal situação ocorre por não haver um contato íntimo entre a base da prótese e a mucosa nas regiões onde existiam os dentes remanescentes (pois foram retirados do modelo funcional pelo técnico). Após a cicatrização e recomposição dos tecidos (reabsorção do osso alveolar), a prótese ficará “desadaptada”, necessitando de um reembasamento.

Silva et al. (2011) enfatizam que um planejamento adequado de uma reabilitação protética não deve imputar o restabelecimento da DVO às próteses novas, sob o risco do paciente não se adaptar a uma nova condição, uma vez que é necessário um período mínimo para a readaptação a uma nova DVO, sendo de grande importância o uso de próteses provisórias no início do tratamento reabilitador, visando a adaptação do paciente a uma nova condição oclusal.

1.1 Vantagens

Segundo Marchini et al. (2000), as vantagens da PTI superam as desvantagens em casos em que o paciente apresente uma condição que exija a remoção dos dentes remanescentes. A principal vantagem está relacionada ao bem-

estar físico e psicológico do paciente nessa fase de transição entre a perda dos dentes naturais e sua substituição pelos dentes artificiais.

Para Shibayama (2006), o paciente não tem prejuízo social, pois a estética não é comprometida. Pode-se citar também como vantagem a proteção da ferida cirúrgica, diminuindo o risco de hemorragia e a dor pós-operatória e favorecendo a regeneração dos tecidos, o que contribui para uma cicatrização mais rápida e eficaz.

1.2 Desvantagens

Como desvantagens desse tipo de reabilitação, tem-se: custos adicionais; aumento da complexidade dos procedimentos clínicos, o que requer maior conhecimento e habilidade do profissional; necessidade de reembasamentos posteriores, devido à perda de retenção da prótese causada pela retração cicatricial no local das extrações (MARCHINI, 2000).

1.3 Indicações e contra indicações

Enquanto as contra indicações relacionadas às PTI são os tratamentos de doentes mentais, pacientes com idade avançada e com a saúde geral debilitada, devido ao risco de não suportarem as cirurgias. Já para pacientes em tratamento radioterápicos, as PTIs são contraindicadas, pois o uso da prótese pode levar à osteradionecrose. Existem casos que exigem cautela quanto a sua indicação, sendo eles, pacientes com alterações bucais em decorrência do tempo como: maloclusões, mucosa hiperplásica, freios hipertrofiados, tórus, retenções ósseas e exostoses; e outros em que a PTI está contraindicada, o que se refere aos pacientes com doenças neurológicas, diabéticos, cardíacos, hemofílicos, histéricos e idosos com saúde debilitada (WALBER, 1990)

Existem também pacientes com defeitos congênitos ou adquiridos em área chapeável que acaba influenciando na retenção e estabilidade da prótese (TELLES, 2004).

A partir da avaliação da saúde e da idade do paciente, podemos definir com maior clareza as indicações e contra indicações das PTI, devido à necessidade de procedimentos cirúrgicos (PARANHOS,2006).

A indicação principal da PTI está relacionada com o restabelecimento de forma imediata da mastigação, fonética e, principalmente, da estética do paciente nos casos em que os dentes remanescentes estão condenados à extração (COSTA, 2011).

1.4 Técnica

As radiografias panorâmicas e periapicais dos dentes remanescentes e raízes residuais, se presentes, devem ser tomadas e sua análise cuidadosa é fundamental. A sequência clínica para sua confecção se assemelha à confecção da PT convencional, com pequenas variações (TAMAKI, 1974), como por exemplo, na confecção da PTI, não é possível a prova estética e funcional de todos os dentes montados.

O prognóstico de casos tratados com próteses totais imediatas tende a ser duvidoso, pois o resultado final não é completamente previsível, devido ao fato que a acrilização da prótese é realizada sobre um modelo de gesso que teve sua estrutura alterada em laboratório, com a remoção dos dentes. Antes de dar início à confecção da PTI, é necessário realizar uma minuciosa anamnese e completo exame clínico, por meio dos quais serão analisados a história médica do paciente e seu estado geral de saúde, além das condições bucais (PARANHOS, 2006).

A diferença básica entre a Prótese Total Convencional e a Prótese Total Imediata está no estado da área basal, fibromucosa e tecido ósseo, no momento do início da confecção da prótese.

Na PTI, há uma combinação de atos cirúrgicos juntamente à execução da prótese, de forma que a extração dos dentes remanescentes e eventuais manobras de regularização óssea são executadas na mesma sessão clínica, e imediatamente antes, da instalação da prótese. Ou seja, enquanto o tratamento com PT convencional é puramente protético, a confecção da PTI apresenta-se como uma manobra cirúrgico-protética (COSTA et al 2011).

A técnica para a confecção da PTI é mais exigente que as PT convencionais, tanto para o paciente como para o profissional (CERVEIRA, 1987), com uma maior dificuldade na execução dos procedimentos clínicos e laboratoriais (BRASIL, 2011).

Dessa forma, inicia-se com a moldagem anatômica, seguida de moldagem funcional, individualização dos planos de orientação, registro das relações intermaxilares, montagem dos modelos em articulador semiajustável. Os dentes artificiais são então selecionados, tomando como referência os dentes remanescentes do paciente, quanto à cor, forma e tamanho. Após a montagem, segue-se à prova dos dentes. Os dentes remanescentes são removidos dos modelos de gesso, modelo é regularizado, os demais dentes artificiais são montados e parte-se para o processamento laboratorial; com as próteses prontas, o procedimento cirúrgico pode ser realizado e, após hemostasia e sutura, as PTI são instaladas (PARANHOS, 2006).

Com relação aos cuidados pós-instalação, o cirurgião-dentista deve realizar os ajustes adequados e deve instruir o paciente a higienizar adequadamente as próteses, mostrando um auxiliar efetivo na aceitação da instalação da prótese total imediata pelo paciente, permitindo uma melhor adaptação do paciente à prótese (BARBOSA JUNIOR et al, 2020)

O paciente é instruído a não removê-la por 24 horas e as proserações realizadas para acompanhamento do processo de cicatrização e adaptação à reabilitação protética. Alguns trabalhos mostram casos clínicos sendo realizados com o auxílio de guia cirúrgico, o qual é indicado para facilitar os procedimentos cirúrgicos quando há a necessidade de regularização dos tecidos moles e ósseo possibilitando uma melhor adaptação da PTI após a cirurgia .

O primeiro controle deve ser realizado 24 horas após a instalação e os demais devem ser realizados nas primeiras semanas após a instalação com o objetivo de verificar a cicatrização da cirurgia, realizar o correto ajuste da oclusão e de áreas de compressão da base protética (GOIATO, 2014).

A modalidade digital oferece vantagens em relação à moldagem convencional, eliminando a necessidade de materiais de moldagem, manipulação de gesso, desinfecção após o procedimento, armazenamento, possibilidade de incorporação de bolhas e perdas de informações importantes para a resolução do caso (MENINI et al., 2018).

Vale salientar que a obtenção correta do modelo virtual é vinculada à uma curva de aprendizado para manuseio do equipamento digital (MENINI et al., 2018). Deste modo, apesar da moldagem digital ser uma realidade clínica, o autor recomenda que o embasamento presente no procedimento de moldagem convencional esteja sedimentado nos conceitos do profissional dentista.

2 DISCUSSÃO

Segundo alguns autores é possível verificar a importância da PTI como ferramenta útil em um pós-operatório, que imprime ao paciente operado uma condição de dentado. Este aparelho protético oferece ao paciente condição social, funcional e estética favoráveis, dando-lhe suporte temporário de indivíduo dentado até a possibilidade de uso de prótese definitiva (GAVA et al, 2011; GOMES et al 2014; GOYATÁ, 2009).

Ferreira (2012) enfatiza que o técnico, ao confeccionar a PTI, deverá também confeccionar um guia cirúrgico para auxiliar o cirurgião dentista no ato da instalação e adaptação da prótese, embora para Marchini et al. (2000) as vantagens deste tipo de tratamento superem as desvantagens em casos em que o paciente tenha uma condição que exija a remoção dos dentes remanescentes.

Dantas (2012) indica a utilização de próteses provisórias antes do tratamento protético definitivo para uma melhor avaliação da resposta do paciente ao restabelecimento da DVO, devendo ser estabelecido um protocolo de atuação aproximando a prática clínica com a ciência para se desenvolver um tratamento reabilitador de excelência.

Goyatá et al. (2009) afirmou que para se ter um prognóstico clínico favorável e longevidade na reabilitação bucal, tanto com prótese parcial removível quanto com PTI, é necessário uma manutenção periódica do tratamento com supervisão do dentista e colaboração do paciente.

Além disso, há relatos de obtenção de maior precisão na moldagem de transferência realizada de forma digital, quando comparado com a forma convencional, uma vez que são minimizadas as falhas. Entretanto, vale salientar que a obtenção correta do modelo virtual é vinculada à uma curva de aprendizado para manuseio do equipamento digital (Menini et al., 2018). Deste modo, apesar da moldagem digital ser uma realidade clínica, os autores deste capítulo recomendam que o embasamento presente no procedimento de moldagem convencional esteja sedimentado nos conceitos do profissional dentista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que as próteses totais imediatas são utilizadas por um tempo determinado, provendo a necessidade do paciente quanto à estética e função, até a regeneração tecidual e óssea e, assim, possa ser confeccionada a prótese definitiva. Desta forma, foi possível definir essa modalidade protética como uma importante ferramenta para o pós-operatório naqueles casos onde os pacientes terão todos os dentes extraídos, apesar dos custos adicionais.

O grande problema considerado, quando da indicação de PT em pacientes com dentes restantes condenados, reside justamente no fato de os mesmos relutarem em continuar sem seus dentes, enquanto se espera a reparação tecidual e óssea.

Tal fator, de ordem funcional, psicológica e estética, congregado às alterações morfológicas normais que ocorrem a qualquer ato operatório, tem norteado tanto pacientes, quanto profissionais, no sentido da utilização de PTI como solução para tais casos.

O tratamento reabilitador com prótese imediata foi resolutivo para o caso clínico, restabelecendo estética e função sem submeter a paciente a um período de edentulismo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA JUNIOR, Antonio Eudes.VIEIRA, Igor Cunha; SALLES, Marcela Moreira. **Utilização de prótese total imediata: Revisão de literatura.** Facit TO, 2020

CALDAS JÚNIOR AF, CALDAS KU, OLIVEIRA MRM, AMORIM AA, BARROS PMF. **O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos.** Rev Cienc Med 2005; 14(3): 229-238.

CARR AB, BROWN DT. MC CRAKEN'S **removable partial denture prosthodontics.** 12th edition. Mosby, Elsevier, 2010.

CERVEIRA NETTO H. **Prótese total imediata.** São Paulo: Pancast; 1987.

COSTA SC, CARVALHO MCFS, DISCACCIATI JAC, ABREU MHNG, VIANA EL, ADELÁRIO AK. **Prótese total imediata: devolução do sorriso e da função ao paciente.** Arq Odontol. 2011;47(supl 2):106-10.

DANTAS EM. **A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética.** Odonto 2012; 20(40): 41-48.

DELLA VECCHIA MP, REGIS RR, MUGLIA VA, SOUZA RF. **Oral health-related quality of life in conventional and implant-retained complete denture wearers: two case reports.** Rev Odontol UNESP. 2009; 38(3): 198-203.

FERREIRA A. **Prótese total imediata.** VIPI. 2012. <http://www.vipi.com.br/porta/index.php/protese-total-imediata>. Acesso em 30/10/21

GAVA SP, PLÁCIDO M, MELAZZO L, LEITÃO C, VIEIRA K. Prótese total imediata: Relato de caso clínico. 2011. [http://www. ident.com.br/sabrinagava/caso-clinico/6208-protese-total- -imediata-relato-de-caso-clinico](http://www.ident.com.br/sabrinagava/caso-clinico/6208-protese-total--imediata-relato-de-caso-clinico). Acesso em 29/10/21.

GOMES, Andreia Coelh; Gomes, Andressa Coelho; VENÂNCIO, Gisely Naura; GONÇALVES, Fabiano Conrado; TKAHASHI, Jessica Mie Ferreira Koyama. **Reabilitação bucal com prótese total imediata**. Full Dent. Sci. 2014; 5(20):590-594.

GOYATÁ FR, TAIRA NV, RODRIGUES CRT, ZOUAIN-FERREIRA TRF, SOUZA MCA, GILSON JGR. **A importância da clínica de preparo bucal no tratamento com prótese parcial removível – relato de caso clínico**. Int J Dent 2009; 8(2): 109-113.

MARCHINI L, SANTOS JFF, CUNHA VPP. **Prótese total imediata: considerações clínicas** 2000; 9(27): 45-49

MENINI, M.; SETTI, P.; PERA, F.; PERA, P.; PESCE, P. **Accuracy of multi-unit implant impression: Traditional techniques versus a digital procedure**. Clinical Oral Investigations, v. 22, n. 3, p. 1253– 1262, 2018. Clinical Oral Investigations

PARANHOS H FO, MUGLIA VA, SILVA-LOVATO CH, SOUZA RF. **Manual Clínico de Prótese Total** – Universidade de São Paulo – Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Departamento de Materiais Dentários e Prótese; 2006:267 – 276.

SHIBAYAMA R, SHIBAYAMA B, GENNARI F H, SAEZ D, WATANABE E. **Próteses totais imediatas convencionais**. Rev Odontol de Araçatuba 2006; 27(1): 67-72.

SILVA MCVS, CARREIRO AFP, BONAN RF, CARLO HL, BATISTA AUD. **Reabilitação oclusal com prótese parcial removível provisória tipo “overlay”** – Relato de caso. RBCS 2011; 15(4): 455-460.

TAMAKI T. **Dentaduras completas**. 2ed. São Paulo: Sarvier; 1974; 231. 2.

TELLES D, COSTELLUCI L. **Prótese total - convencional e sobre implantes**. 2ed. São Paulo: Ed. Santos; 2004. 241-69.

TRIBST, Joao Paulo Mendes; NOGUEIRA JUNIOR, LAFAYETTE; BOTTINO, Marco Antonio; RAMOS; Nathália de Carvalho; ARAÚJO, Rodrigo Máximo. **Conceitos de Próteses sobre Implante**. Editora Athena, 2021.

WALBER, Luiz Fernando. **Prótese Total Imediata** CD.* R FO V.30/31(30/31), 1990.