



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

PAULA MAYUMI NEGRO SHIRANE

**PRÓTESE TOTAL IMEDIATA**  
REVISÃO DE LITERATURA

---

Londrina -PR

2013

PAULA MAYUMI NEGRO SHIRANE

**PRÓTESE TOTAL IMEDIATA**  
REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de cirurgião dentista.

Orientador: Prof. Dr. Giovani de Oliveira Corrêa

Londrina - PR

2013

PAULA MAYUMI NEGRO SHIRANE

**PRÓTESE TOTAL IMEDIATA**

**REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de cirurgião dentista.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dr. Giovani de Oliveira  
Corrêa  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Murilo Baena Lopes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Dedico este trabalho aos meus pais, Paulo Mamoru Shirane e Tercilia de Lourdes Negro, à “madrinha” Mieko Shirane Miyashita e meus avós Kanji Shirane (em memória) e Maria Gasparini Negro (em memória).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof. Giovani não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade e apoio. Pela confiança e pelo amparo e anteposição ao aceitar ser meu orientador.

A professora Sueli Cardoso, pelo apoio nas clínicas do 5º ano, mostrando-se uma grande amiga, paciente, ombro amigo nos momentos difíceis, relacionados ou não com o curso de odontologia.

A Dayse, bibliotecária, que durante todo esse ano, auxiliou as pesquisas das referências, orientou sobre a normatização deste trabalho, com muita paciência e carinho.

Aos amigos que tornaram essa jornada mais agradável, compartilhando os melhores momentos, desses que foram os melhores anos que vivi até hoje, apoiando nos momentos difíceis, e sendo minha família “postixa”, quando a falta do “colinho da mamãe” foi grande.

À mamãe e ao pai, que tão longe estiveram sempre tão presente todos os dias e que sempre souberam ligar quando eu precisei, às vezes adivinhando algum problema, às vezes apenas amenizando um pouco a saudade. E sem o seu “financiamento” nada seria possível. Espero retribuir, um dia.

A “madrinha” Mieko Shirane Miyashita, por ter sido minha segunda mãe durante toda a minha vida, mesmo quando deixei minha cidade natal para vir cursar a faculdade em Londrina.

A *nona* Maria Gasparini Negro (em memória), que tenho certeza, que estaria tão orgulhosa de ver “a japonesa” dela crescendo e agora uma dentista. Pelo incentivo ao artesanato, que eram nossos momentos de lazer, e por ter sempre apoiado exercícios que tornaram melhor a minha destreza manual, que hoje tornaram-se essenciais para a prática odontológica, sinto saudades de costurar, pintar e esculpir com você, vó.

Ao *ditiam* Kanji Shirane (em memória) e à grande família Shirane-Wajima e agregados pela maioria das mais doces lembranças que eu tenho na vida, pelo carinho tão grande, pelo incentivo e por ter me ensinado, que sem a minha

grande família, tudo seria incompleto.

Gostaria de agradecer também algumas pessoas que contribuíram para este trabalho: Heitor Almeida, parceiro em tempo integral, em clínica, e fora dela, durante todos esses anos. À Nazete Sampaio que, mesmo que o caso clínico da prótese imediata que foi instalada não foram expostas aqui neste trabalho, confiou no meu trabalho, entregando em minhas mãos suas expectativas relacionadas à sua reabilitação oral.

Aos demais pacientes que já foram atendidos por mim nos anos de graduação, pois sem eles, jamais a teoria teria tido o efeito necessário, e de nada adiantaria meus estudos. Espero ter atendido suas perspectivas em relação à saúde bucal.

SHIRANE, Paula Mayumi Negro. **Prótese total imediata**: Revisão de literatura. 2013. 50 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

## RESUMO

A prótese dental, em todos os seus trabalhos, tem como finalidade uma total reabilitação e devolução das funções estomatognáticas, bem como da estética do paciente. Prótese total imediata é confeccionada antes mesmo do ato da extração dentária, a partir do modelo inicial com os dentes que ainda serão removidos, e deve ser instalada imediatamente após as exodontias. As próteses imediatas vieram como um aliado ao dentista e aos pacientes para resolver um problema comum: diante da indicação de exodontia generalizada e instalação de prótese completa, a falta de motivação do paciente para extrair, e ficar aguardando o período de cicatrização sem os dentes anteriores. Desta forma, a devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social pela prótese imediata, fazem com que o paciente pós cirurgia fique com características de pacientes dentados. Este trabalho, através de uma revisão de literatura, teve como objetivo elucidar as questões inerentes a prótese total imediata, como: definição, vantagens e desvantagens, contra-indicações e indicações, limitações e usos da prótese total imediata. Podemos concluir que, além do benefício estético e funcional, pacientes que optam pela prótese imediata, apresentam menor reabsorção óssea do rebordo, não desenvolvem hábitos deletérios, previne colapso da ATM, entre outras vantagens, ou seja, são vantajosas funcional e esteticamente, e devem ser uma alternativa de tratamento, mas que requer mais conhecimentos, habilidades e critérios de que a Prótese Total convencional.

**Palavras-chave:** Prótese total imediata. Prótese total. Reembasamento de dentadura. Extração dentária. Reembasadores de dentadura.

SHIRANE, Paula Mayumi Negro. **Immediate complete dentures**: Literature review. 2013. 50 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

### **ABSTRACT**

The dental prosthesis, in all his works, is the purpose a complete rehabilitation and return of stomatognathic functions, as well as the aesthetics of the patient. Immediate denture is made even before the time of tooth extraction, from the initial model with teeth still to be removed, and should be installed immediately after tooth extraction. Immediate dentures came as an ally to the dentist and patient to solve a common problem: the face of widespread indication for extraction and installation of complete denture, lack of patient motivation to extract, and stand waiting for the healing period with no front teeth. Thus, the return of aesthetics, phonetics, chewing and socializing the prosthesis immediately causes the patient post surgery stay with characteristics of dentate patients. This research, through a literature review aimed to elucidate the issues inherent in immediate denture as: advantages and disadvantages, indications and contraindications, limitations and uses of the immediate denture. We conclude that, besides the aesthetic and functional benefit, patients who opt for immediate prosthesis, have lower bone resorption ridge, do not develop harmful habits, prevents collapse of the ATM, among other advantages, that is, are advantageous functional and esthetically, and should be an alternative treatment, but it requires more knowledge, skills and criteria that Denture conventional.

**Key words:** Immediate denture. Complete denture. Denture Rebasing. Tooth extraction. Denture liners.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Aspecto inicial .....                  | 46 |
| Figura 2 – Moldagem inicial.....                  | 46 |
| Figura 3 – Alívios em cera nos dentes .....       | 46 |
| Figura 4 – Moldeiras individuais .....            | 46 |
| Figura 5 – Ajuste das moldeiras individuais ..... | 46 |
| Figura 6 – Ajuste das moldeiras individuais ..... | 46 |
| Figura 7 – Moldagem funcional .....               | 47 |
| Figura 8 – Planos de orientação.....              | 47 |
| Figura 9 – Montagem em articulador.....           | 47 |
| Figura 10 – Montagem dos dentes.....              | 47 |
| Figura 11 – Desinfecção.....                      | 47 |
| Figura 12 – Guia cirúrgico .....                  | 47 |
| Figura 13 – Exodontia .....                       | 48 |
| Figura 14 – Guia cirúrgico .....                  | 48 |
| Figura 15 – Suturas.....                          | 48 |
| Figura 16 – Prótese instalada.....                | 48 |
| Figura 17 – Aspecto final do sorriso .....        | 48 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Moldagem funcional em PTI ..... | 27 |
|--|----|

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|     |                                 |
|-----|---------------------------------|
| PTI | Prótese total imediata          |
| ASA | Articulador semi-ajustável      |
| DVO | Dimensão vertical de oclusão    |
| DVR | Dimensão vertical de repouso    |
| RC  | Relação cêntrica                |
| MIH | Máxima intercuspidação habitual |
| PT  | Prótese total                   |
| EFL | Espaço funcional livre          |

## SUMÁRIO

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....                                | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....                                 | <b>13</b> |
| <b>3</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....                               | <b>14</b> |
| <b>4</b> | <b>DESENVOLVIMENTO</b> .....                           | <b>15</b> |
| 4.1      | CONSIDERAÇÕES GERAIS .....                             | 15        |
| 4.2      | VANTAGENS E DESVANTAGENS .....                         | 17        |
| 4.3      | INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES .....                   | 19        |
| 4.4      | CLASSIFICAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS .....      | 21        |
| 4.5      | EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES .....                 | 21        |
| 4.6      | FASES CLÍNICAS E LABORATORIAIS .....                   | 24        |
| 4.7      | FASE CIRÚRGICA .....                                   | 33        |
| 4.8      | FASE PÓS-CIRÚRGICA: PROSERVAÇÃO E REEMBASAMENTOS ..... | 35        |
| 4.9      | EFICIÊNCIA MASTIGATÓRIA COM O USO DE PTIS .....        | 37        |
| <b>4</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....                                 | <b>40</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....                               | <b>41</b> |
|          | <b>APÊNDICES</b> .....                                 | <b>45</b> |
|          | <b>APÊNDICE A – Caso clínico ilustrativo</b> .....     | <b>46</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O paciente que se candidata a Prótese total é o mais diferente de todos na odontologia, pois, provavelmente, passou por todas as etapas de tratamentos dentários, e na maioria, em sua visão, não se satisfaz em nenhuma delas (CORRÊA, et al. 2005).

Embora com o passar dos anos, com a melhoria das técnicas e materiais, a prática odontológica tornou-se muito mais conservadora, com procedimentos de várias especialidades somados para manter os elementos dentais saudáveis, para muitos pacientes com má-higiene ou outros hábitos deletérios, seja por falta de informação ou negligência, ainda hoje a exodontia é indicada, e a prótese total ainda relativamente comum (BASTOS, ACCETTURI, CAMARGO 2010; MARCHINI, 1998, MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996).

As justificativas principais para a perda dos dentes é a falta ou a dificuldade de acesso a serviços odontológicos, desconhecimento sobre as causas e o controle das doenças bucais, consequência da atenção de saúde bucal (nos períodos menos conservadores da odontologia) (UNFER et al., 2006). Dieta cariogênica e higienização bucal inadequada, interagindo com outros fatores biológicos e não biológicos, podem explicar a ocorrência das doenças cárie e periodontal e conseqüentemente a perda dos elementos dentais gradativamente (DISCACCIATI, CARVALHO, COSTA, 2012).

Ao sentir que não está de acordo com o ideal estético e funcional traçado pela sociedade, o paciente fica insatisfeito a ponto de apresentar sinais de isolamento social e depressão, podem se mostrar inconformados, com sentimentos de impotência, incapacidade e ansiedade, adiando esta perda a qualquer custo. A reabilitação por meio de próteses visa ao retorno à condição anterior, sendo que a preocupação com a estética geralmente é maior do que com a função. A prótese é vista como um recurso de retorno à condição que o paciente gostaria de ter, e que é exigida pela sociedade, que valoriza basicamente as possibilidades produtivas do sujeito e sua conformidade a um determinado padrão estético e funcional (STRINI, et al., 2011).

Os cirurgiões-dentistas representam um apoio, além de fisiológico, também psicológico para os pacientes que irão fazer a transição do estado de dentado para edentado. Por isso, essa passagem deve ser realizada da maneira menos abrupta possível (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011; TURANO, TURANO, 2004).

Uma das inseguranças do paciente candidato à prótese total é a antevisão da estética quando a prótese estiver pronta e o fato de ficar edentado no período de cicatrização dos tecidos adjacentes ao elemento dental a ser extraído (CORRÊA, 2005).

O fato de ser confeccionada antes da cirurgia ajuda muito na visualização do paciente, e oferece um fator psicológico muito importante. Além de tornar a transição dentado-edentado muito menos traumática (SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011).

Quando as extrações fazem-se necessárias, a prótese total imediata é uma ferramenta de apoio ao cirurgião-dentista e ao paciente, e apesar de seu caráter temporário e de transição, deve ser executada com cautela e com instrução.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo desse trabalho é perpetrar uma revisão de literatura com a temática da prótese total imediata, explorando suas indicações e contra-indicações, vantagens e desvantagens, procedimentos clínicos, laboratoriais e cirúrgicos e a preservação em longo prazo.

### 3 METODOLOGIA

Pesquisa nas bases de dados BIREME, BBO, LILACS, MEDLINE/PUBMED e na biblioteca setorial da Clínica odontologia universitária da Universidade Estadual de Londrina, com os seguintes descritores:

Prótese total imediata, Prótese total, Reabilitação Oral, Reembasamento, Resina resiliente, Cirurgia pré-protética, Exodontia múltipla.

Para a pesquisa não foram utilizados filtros para tipo de estudo, país e ano de publicação.

Eleitas apenas referências na língua portuguesa, inglesa e espanhola

## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

A perda dos elementos dentais naturais, apesar da odontologia estar cada vez mais conservadora, ainda é a realidade de alguns pacientes. Muitos, devido à falta de informação, à negligência, ou outros fatores como traumas ou tratamentos sistêmicos que afetam negativamente a saúde bucal, acabam comprometendo a integridade dos dentes, deteriorando-os a tal ponto que a recuperação dos dentes naturais torna-se impraticável, inviabilizando a recuperação destes, indicando-se a extração (BASTOS, ACCETTURI, CAMARGO, 2010; MARCHINI, 1998; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; MELETI et al., 2002).

A deterioração e perda dos dentes levam à diminuição da função mastigatória. Os usuários de próteses totais convencionais em boas condições apresentam melhor eficiência funcional do que dentições danificadas (STRINI et al., 2011).

Quando a perda dental é de poucos elementos, pode-se optar por próteses parciais, removíveis ou fixas, ou até prótese implantossuportadas. Porém quando há perda generalizada, apesar de existir a possibilidade de optarmos por próteses totais implantossuportadas ou *overdentures* sobre raízes residuais com boa condição e implantação, a grande maioria dos profissionais e pacientes ainda opta pelas totais mucossuportadas ou chamadas dentaduras completas (BASTOS, ACCETTURI, CAMARGO, 2010; DISCACCIATI, 2012; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000).

A prótese total deve ter a incumbência de devolver a estética, fonética, função e saúde, é do tipo removível, mucossuportada, e deve ter o máximo de retenção e estabilidade possível. Deve reproduzir esteticamente sua condição fisiológica natural, e parecer o menos artificial possível (SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1986).

O objetivo maior do aparelho protético é oferecer conforto ao paciente, permitindo falar sem empecilhos, mastigar os alimentos e exercer a função

de forma eficiente, ter uma boa posição de repouso, e manter os fatores estéticos. Ou seja, a prótese ideal deve devolver ao paciente edentado, todas as funções de quando era dentado (GENNARI FILHO, 2004).

Prótese imediata é uma prótese confeccionada antes do ato da extração dentária, a partir do modelo obtido, e deve ser instalada no momento após a exodontia desses elementos (BOUCHER, HICKEY, ZARB, 1977; CORRÊA, 2005; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

Enquanto as próteses totais comuns são confeccionadas e instaladas de forma definitiva, onde se esperam alguns meses após a extração e fica suportada em rebordo com tecido completamente cicatrizado, as imediatas são instaladas ainda com a ferida cirúrgica, e podem ser vistas como próteses provisórias ou temporárias (BASTOS, ACCETTURI, CAMARGO, 2010, TAMAKI, 1983; TELLES, 2011).

Segundo Tamaki (1983), as dentaduras comuns são trabalhos eminentemente clínico-protéticos, ao passo que as dentaduras imediatas, cirúrgico-protéticos.

Historicamente, autores referenciam que esta não é uma pratica nova, e que em 1860 já havia registros do uso desse tipo de prótese, (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996) já outros autores citam que o primeiro registro foi em 1893 e que 1923, foi introduzido o uso do guia cirúrgico na instalação das dentaduras imediatas. Porém durante anos foi considerada luxo e com grande taxa de insucessos (TAMAKI, 1983).

As dentaduras imediatas vieram como um aliado ao dentista para resolver um problema comum: diante da indicação da exodontia generalizada e instalação de dentadura completa, a falta de motivação do paciente para extrair, quando indicado, os dentes anteriores. Esta intervenção era muito mal vista pelos pacientes por representar um choque estético e fonético. Muitos pacientes adiavam o procedimento cirúrgico por não suportarem a idéia de ficarem edentados no período de reparação tecidual e óssea, e quando fosse inevitável a exodontia, ficavam reclusos, interrompendo as atividades sociais e profissionais até a instalação de uma prótese. Além disso, em relação a dentes posteriores, o grande problema da exodontia é a função mastigatória, que ficaria comprometida no período de reparação tecidual (TAMAKI, 1983).

Somente por este fator estético de transição, e do apoio psicológico ao paciente, já seria justificável o uso da prótese total imediata, porém há vantagens funcionais e relacionadas ao período pós-cirúrgico que fortalecem a indicação e o uso desta. (TAMAKI, 1983)

#### 4.2 VANTAGENS E DESVANTAGENS

Importante fixar que a prótese total imediata é vantajosa na adaptação após exodontias. Em fatores como a melhor e mais rápida cicatrização da área operada com proteção ao trauma local, contra infecção exterior e controle de hemorragia, oferecidas pelo tamponamento do coágulo sanguíneo (CHAVES JUNIOR, 2003; CORRÊA, 2005; MARCHINI, 1998; TAMAKI, 1983; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TURANO, TURANO, 2004) e ação dos medicamentos tópicos acoplados na base prótese, que se torna um veículo para aplicação (TURANO, TURANO, 2004). Além disso, ocorre a transmissão de forças mastigatórias para o palato duro, não sobrecarregando assim o osso alveolar (TAMAKI, 1983).

Maior comodidade na fonação, transição menos perceptível dos dentes naturais para artificiais, menor tempo perdido nas atividades sociais e a alimentação facilitada estão relacionados ao período que o paciente estaria desdentado se não fosse confeccionada a prótese imediata (CERVEIRA NETTO, 1987; CHAVES JUNIOR, 2003; CORRÊA, 2005; MARCHINI, 1998; TAMAKI, 1983; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TURANO, TURANO, 2004). Essas são vantagens muito apreciadas pelos pacientes.

A supressão de colapso do sistema neuro-muscular e da ATM (MARCHINI, 1998; TAMAKI, 1983; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996) é muito importante porque a prótese imediata facilita a determinação da dimensão vertical, e manutenção da mesma, pois a dimensão natural do paciente pode ser aproveitada, salvo quando houver alguma alteração; também impede o colapso labial e o afundamento das bochechas. Além disso, quando o paciente fica edentado, pode ocorrer atrofia da musculatura, dessa forma, também é um fator importante na adaptação estética (CERVEIRA NETTO, 1987; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; TAMAKI, 1983).

Os pacientes que fizeram uso da PTI têm melhor cicatrização da fibromucosa e do osso alveolar, com corticais mais nítidas, e graças ao fato da PTI deformar o terço oclusal do alvéolo, ocorre um estímulo para osteogênese e ao mesmo tempo diminuiu a atividade osteoclástica das paredes alveolares, mantendo o formato original e facilitando a cicatrização óssea induzida pelo coágulo (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; TAMAKI, 1983).

Graças aos estímulos no osso alveolar, inibe-se a reabsorção óssea, que se processa mais lentamente e mais regularmente. Os pacientes acostumam-se muito mais rapidamente com o aparelho protético imediato, porque a musculatura facial e bucal e língua não criam hábitos anormais influenciados pela ausência dos dentes, que poderiam motivar a intolerância à dentadura. A prótese imediata é adicionada ao conjunto, substituindo imediatamente os elementos perdidos (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Além dessas, outras vantagens expressivas, por medo do comprometimento estético do período que ficaria edêntulo, o paciente acaba mantendo dentes que são focos de infecção, que pode comprometer, além da saúde bucal, também a sistêmica. A escolha da cor, forma e tamanho dos dentes artificiais são facilitados, já que esse processo é realizado respeitando o padrão dos dentes naturais (CERVEIRA NETTO, 1987; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996).

Porém, não existem somente vantagens relacionadas à prática, mas as desvantagens tornam-se relativamente insignificantes, e até mesmo secundárias (TAMAKI, 1983).

Autores afirmam que entre elas, podem citar os maiores cuidados pós-operatórios com higienização e hábitos deletérios. O aumento no número de consultas para ajustes também é um inconveniente, já que com os dentes, as moldagens podem ser menos precisas, e pode causar escoriações na fibromucosa. Apesar de esse fato ser também relacionado às dentaduras completas que são instaladas após o período de cicatrização. As etapas clínicas (moldagens principalmente, tornam-se menos precisas) e laboratoriais da prótese imediata são mais complicadas, devido à presença dos dentes naturais (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996, TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

O maior custo é um problema, porque o paciente provavelmente terá que confeccionar outra prótese definitiva depois de um período de alguns meses, e o profissional também precisa de mais conhecimento e habilidade, tanto em relação à etapa protética quanto à cirúrgica. A falta de provas estéticas dificulta a visão do paciente com a prótese nas fases de clínicas da prova estética e funcional, um passo decisivo na dentadura completa mediata (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

Também é necessário um maior número de reembasamentos com material resiliente e confortável para evitar o trauma sobre a ferida cirúrgica (GREGORI, CAMPOS, 2005; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

É importante salientar que sempre que possível optar por um tratamento mais conservador, principalmente na mandíbula, onde a reabsorção óssea é maior, esta deve ser a conduta, pois mesmo com as vantagens da PTI, as próteses dento-mucossuportadas significam menor taxa de reabsorção (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000).

A combinação da exodontia com o trauma da dentadura torna-se desconfortável para o paciente, e é uma desvantagem. (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996) Porém se bem adaptada, a prótese total imediata elimina a compressão excessiva e protege a ferida cirúrgica ao invés de irritá-la (TAMAKI, 1983).

O conhecimento e habilidade do profissional podem ser citados, é uma técnica que requer ciência de embasamentos teóricos sólidos e habilidade suficiente em prótese, oclusão e cirurgia (CERVEIRA NETTO, 1987; TAMAKI, 1983).

#### 4.3 INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Indicações para prótese total imediata: fundamentalmente indicada a todos os casos onde o paciente ainda possui dentes e necessita adaptar uma prótese total e que devido ao convívio social, não pode ficar edentado no tempo de cicatrização e confecção da prótese. Geralmente a indicação para a exodontia dos elementos remanescentes está nas periodontopatias avançadas, que podem ou não

estar associadas a problemas de biomecânica articular (BOUCHER, HICKEY, ZARB, 1977; SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

As indicações e contra-indicações também estão relacionadas com a idade e estado geral de saúde do paciente, bem como suas condições psicológicas. Por exemplo, um paciente que é submetido à radioterapia, com o uso da prótese, pode induzir a uma osteorradionecrose. Além disso, pacientes senis, com problemas de coordenação motora devem ser cuidadosamente avaliados para o uso de próteses mucossuportadas pela dificuldade de adaptação e higienização, e o pós-operatório necessita de uma boa higiene e cuidado (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1983).

Mucosas hiperplásicas não são recomendadas para instalação de nenhuma prótese mucossuportada, inclusive a imediata, por diminuir a estabilidade e fixação. Condições de más-oclusões severas também devem ser levadas em conta, pois prejudicariam a adaptação da prótese. Também presenças de tórus, exostoses e outras retenções ósseas, inserções musculares e freios hipertrofiados, que podem dificultar a retenção da prótese (SHIBAYAMA et al., 2006).

Em relação à cirurgia, deve-se atentar-se para pacientes doentes mentais, diabéticos, cardíacos, hemofílicos e outros problemas sistêmicos. Pois pode haver uma complicação durante ou após o ato cirúrgico, que pode implicar em hemorragia e dificuldade de cicatrização. Deve-se considerar que na maioria dos casos, na cirurgia para instalação da prótese imediata é realizada a exodontia múltipla, ou seja, de vários elementos, assim como a regularização óssea e mucosa da área chapeável, portanto o paciente deve estar ciente e alertado quanto ao possível tempo operatório e às complicações que podem ocorrer. Além disso, o cirurgião deve ter o bom senso de observar se o paciente está pronto psicologicamente e fisicamente para receber tal intervenção cirúrgica (GREGORI, CAMPOS, 2005; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011).

Ainda pode-se adicionar às contra-indicações os casos em que alterações patológicas que requeiram grande remoção de tecido, e a inabilidade do profissional, já que esta manobra representa uma das reabilitações orais que mais requer conhecimentos, habilidades e critérios por parte do profissional, comparada com a dentadura completa mediata (BASTOS, ACCETTURI, CAMARGO, 2010; TELLES, 2011).

#### 4.4 CLASSIFICAÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS

Cerveira Netto (1987) declara que de acordo com o caso, ou da técnica empregada, opta-se por diferentes meios de tratamento, e as classifica de acordo com a face vestibular anterior em:

- Prótese total imediata com face labial total: é idêntica à PT convencional no aspecto vestibular. Sua desvantagem é principalmente requerer, com mais freqüência, um preparo cirúrgico, com remoção óssea, necessidade maior de desgastes por ser uma região mais traumática e criar um excesso de preenchimento na região labial, interferindo com a estética facial. Porém, é mais estável. Também é a mais comum e mais utilizada.

- Prótese total imediata com face labial parcial: apenas a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes é construída. Esse tipo de prótese é de mais fácil adaptação, não necessita de desgaste ósseo ou retalho, porque não atinge a área retentiva do processo alveolar. O preenchimento vestibular é feito progressivamente, com resina acrílica ativada quimicamente (RAAQ), nos reembasamentos.

- Prótese total imediata sem face labial: Essa prótese tem seus dentes anteriores apoiados diretamente sobre o rebordo alveolar. São as mais conservadoras no aspecto cirúrgico, e apresentam bom resultado estético nas primeiras semanas de instalação. Porém, não fazem o correto suporte labial, e quando ocorre a reabsorção óssea, ocorre um rápido desajuste e a estética é comprometida.

#### 4.5 EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

Os exames clínico e complementares para prótese total é de suma importância, pois sem eles, não há diagnóstico e nem indicação de tratamento, e como consequência, o tratamento em si. Na conversa com o paciente já deve-se avaliar as características psicológicas, já que esse fator é bastante importante, principalmente no que se trata à fase cirúrgica e adaptação da prótese. Os pacientes receptivos e positivos são, em geral, mais cooperativos e cuidadosos, por isso costumam ter melhores resultados. Se o paciente for muito negativo, pode ser até

uma contra-indicação, já que o pós-operatório deve ser minucioso (GENNARI FILHO, 2004; TAMAKI, 1983). Aos pacientes histéricos e indiferentes, as dentaduras imediatas são contra-indicadas (TAMAKI, 1983).

O preparo psíquico do paciente começa na primeira consulta, devemos tentar fazer com que os pacientes superem seus medos e receios, explicando os procedimentos e demonstrando conhecimento. Devemos salientar a importância do tratamento para saúde, e também procurarmos saber o que o paciente espera do tratamento (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Na anamnese é o momento de descobrir a história médica, se o paciente é portador de alguma patologia que contra-indique a instalação da prótese imediata (hemofilia, doença mental, senilidade, diabetes, entre outros), se faz uso de medicação sistêmica que influencie na cirurgia (anticoagulantes plaquetários, entre outros) (GENNARI FILHO, 2004; TAMAKI, 1983).

Pode-se dividir o processo do diagnóstico em duas partes, sendo uma bucal e outra protética. No diagnóstico bucal, inclui-se o exame clínico e anamnese, bem como exames radiográficos e modelos de estudo. O diagnóstico protético deve estudar características do caso com a ajuda dos elementos que fortalecem o diagnóstico bucal, mas do ponto de vista protético (GENNARI FILHO, 2004).

Atentar-se para presença de patologias bucais é de suma importância. Hiperplasias fibrosas inflamatórias, estomatites, úlceras, presença de tórus, são fatores que atrapalham a estabilidade da prótese e devem ser removidas e/ou tratadas antes da instalação da prótese (GENNARI FILHO, 2004; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996).

Deve-se avaliar o rebordo edentado, quanto à resiliência da mucosa, o ideal seria que a fibromucosa quando receber uma ação de força pudesse recuperar-se imediatamente, não sobrecarregando o tecido ósseo. Mucosas muito frouxas é um problema na estabilidade da prótese, e mucosas muito duras tornam-se sensíveis e doloridas com o estímulo (GENNARI FILHO, 2004).

Abóbadas palatinas rasas são ideais para instalação da prótese total, já que as forças mastigatórias são bem dissipadas. Quanto mais profunda,

mais sobrecarregada é a rafe palatina e os rebordos, causando reabsorção (GENNARI FILHO, 2004).

É importante observar se o freio labial tem a inserção muito longa, o que pode prejudicar na retenção da prótese, e deve ser corrigido (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996).

Maxilares com formato triangular representa um problema para a estabilização da prótese e costumam ter a estética menos favorecida que os maxilares quadrados e ovais. Nunca pode-se mudar a forma do arco com a prótese, pois pode causar um efeito de alavanca e desestabilizar a prótese (GENNARI FILHO, 2004).

Deve-se avaliar a relação entre os arcos (classe I, II e III de Angle). É sabido que a classe I é mais vantajosa por ter uma oclusão mais funcional e estética e as classes II e III podem representar um problema para o ajuste da oclusão (GENNARI FILHO, 2004).

Para exames complementares, citamos as radiografias. Como na prótese imediata, ainda temos dentes naturais presentes, a avaliação clínica e radiográfica deve ser feita para diagnosticar se eles podem ser mantidos, optando-se assim por uma prótese parcial, ou se estão de tal modo avariados que necessitem ser extraídos. Dentes que não podem ser restaurados ou em que não possam ser instaladas próteses fixas, raízes residuais, dentes com doença periodontal avançada são indicações para exodontia. Radiografias periapicais também são muito úteis para o ato cirúrgico. Somente com a radiografia, podemos planejar a cirurgia (GENNARI FILHO, 2004; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Ainda nos exames radiográficos, é importante realizar uma radiografia oclusal do arco que receberá a prótese, pois estas podem ajudar a examinar as áreas que servirão de apoio à prótese, procurando raízes residuais ou fraturadas, cistos e outras patologias. As radiografias panorâmicas possibilitam uma visão total do complexo maxilo-mandibular, assim como a articulação temporo-mandibular, e estruturas ósseas (GENNARI FILHO, 2004).

#### 4.6 FASES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Após a anamnese, exame físico e exames complementares, ainda nas fases pré-operatórias, o paciente deve ser analisado quanto à hemostasia, tempo de sangria, tempo de coagulação, e possibilidade de hemorragia. Também se deve fazer o registro da oclusão, tomada de modelos dos arcos, para estudo da forma, cor e do tamanho dos incisivos centrais superiores, anotação da dimensão vertical, trespasse horizontal e vertical (se possível). O preparo prévio da boca para próteses totais imediatas estende-se aos dentes que não serão extraídos da arcada antagonista, que devem estar restaurados e em condições de poder articular e balancear (TAMAKI, 1983).

Alguns autores (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011; TURANO, TURANO, 2004) afirmam que quando há dentes posteriores que serão indicadas extrações, este procedimento deve ser feito previamente, e que se respeite um tempo para cicatrização inicial (aproximadamente 4 a 6 semanas) destes alvéolos antes do início da confecção da prótese imediata. Devemos neste momento, também, eliminar dentes com foco de infecção (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Procedendo com a manutenção dos dentes anteriores, asseguramos a estética e a fonação. Essa técnica de extrair os dentes posteriores quando estão presentes, simplifica os procedimentos clínicos, reduz os cuidados pós-instalação da PTI, melhora o conforto, retenção e estabilidade da prótese (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Após isso, uma moldagem inicial pode ser feita com moldeiras de estoque adequadas ao tamanho do arco, modificadas ou não com cera utilidade nas bordas e hidrocolóide irreversível para confecção do modelo de estudo, que deve ser vazado em gesso pedra. O exame do modelo de estudo é útil para analisar detalhadamente toda a área chapeável e locais de difícil visualização, como por exemplo, a tuberosidade da maxila (GENNARI FILHO, 2004; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983).

Além disso, é neste modelo que delimita-se a área chapeável a fim de orientar a confecção da moldeira individual. A delimitação na maxila é de 3 a 4 mm da inserção da fibromucosa vestibular e a delimitação posterior é feita no limite

do palato duro e mole. Já na mandíbula obedece-se a região vestibular dos molares, pela linha oblíqua interna e externa e do lado lingual, delimita-se baseado na altura do soalho da boca (TAMAKI, 1983).

As moldeiras individuais devem ser feitas de uma fina camada de resina acrílica, após serem feitos alívios nas áreas retentivas (fundo de vestibulo, palato) com cera fundida, e deve ter um cabo também de resina para que a moldagem seja realizada com sucesso. Alguns autores (CORRÊA, 2005; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004) confeccionam essa moldeira com alívio de cera ou gesso (TURANO, TURANO, 2004) nos dentes remanescentes, outros (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TELLES, 2011) preferem fabricá-la apenas abrangendo a área edentada. Uma alternativa pode ser depois de realizada a moldagem com alginato, ou com elastômero, delimita-se a área chapeável e executa-se diretamente a base de prova com os roletes de cera posteriores para obtenção das relações intermaxilares. Nessa alternativa se prepara diretamente a base de prova com os roletes de cera sem a região dentada (SHIBAYAMA et al, 2006; CORRÊA, 2005). Em alguns casos, quando a cirurgia demanda a extração de muitos dentes em diferentes áreas do rebordo, com grande mobilidade, a moldagem funcional torna-se complexa e pouco vantajosa e quando isso ocorre, uma moldagem simples bem realizada com cópia fidedigna da região de fundo de vestibulo pode ser uma opção (TELLES, 2011).

Feita a moldeira individual, o primeiro passo para a moldagem funcional deve ser o ajuste da moldeira no paciente. Observam-se os excessos, tracionando os lábios e bochechas, e se houver interferência devemos desgastar a resina acrílica. É importante executar o selamento periférico com godiva de baixa fusão plastificada, sem que ela se altere, posicionando a moldeira individual e realizando movimentos com o tracionamento das bochechas para correta impressão dos freios e bridas, posicionando a moldeira com godiva plastificada na região do término posterior da prótese superior e pedindo para o paciente dizer “Ah” longamente para marcar o limite do palato mole (CORRÊA, 2005, MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011). A moldagem funcional, dependendo de como foi realizada a moldeira individual, pode ser dividida em dois grupos segundo o material de moldagem utilizado; moldagem simples e

moldagem mista. Se a moldagem é mista, utiliza-se mais de um material, e se é simples, apenas um. (TAMAKI, 1983)

Tamaki (1983), Telles (2011), Turano e Turano (2004), preferem a moldagem com pasta zincoeugenólica na área edentada, execução de orifícios feitos com a peça de mão e broca esférica para retenção, e a moldagem da área dentada com alginato. Telles (2011) executa essa moldagem de forma um pouco diferente dos demais autores. Como o autor opta pela confecção de uma moldeira individual que não abranja a área dentada, este desempenha o vedamento periférico com godiva, molda a área edentada com pasta zincoeugenólica e utiliza uma moldeira de estoque para moldar a área dentada com a moldeira individual em posição.

Seals, Kuebker e Stewart (1996) classificam as moldagens para confecção do modelo de trabalho em moldeiras individuais, técnica de impressão combinada, e técnica de impressão Campagna. As moldeiras individuais são como as citadas pelos demais autores, e a moldagem deve ser feita com material flexível. Os autores citam que essa técnica tem uma limitação clínica, e que as outras citadas por eles têm melhores resultados. Para a técnica de impressão combinada, a moldeira individual é confeccionada excluindo a área dentada (tocando na face lingual dos dentes remanescentes), sendo moldada com material flexível, em seguida, usa-se uma moldeira de estoque para realizar uma segunda impressão com os dentes remanescentes e áreas labiais. A técnica de Campagna usa moldeira individual com rebordo labial, ao contrário da técnica de impressão combinada, em que a moldeira individual não abrangia a área de fundo de vestibulo da área dentada. Os dentes anteriores não são cobertos pela moldeira individual, ela permite a moldagem minuciosa da área de borda da prótese, e deve ser moldado com material plástico modelável. Em seguida procede-se com uma moldagem com alginato e moldeiras de estoque para impressão dos dentes remanescentes. Deve ser enfatizado que a vantagem principal desta técnica tem sobre a técnica de impressão de combinação é uma impressão mais precisa dos vestíbulos labiais.

Marchini, dos Santos e da Cunha (2000) mencionam a moldagem feita com os roletes já em posição (região edentada posterior) com selamento periférico com godiva de baixa fusão e moldagem com elastômero leve, após essa etapa, com o molde em posição emprega-se uma moldeira de estoque com alginato,

sendo removidas simultaneamente. Explicam também, outro método de impressão utilizando duas moldeiras individuais, sendo uma para região posterior edentada, moldada com zincoeugenólica e outra sobreposta com alginato para região dentada. E apresentam ainda uma terceira técnica, com uma moldeira individual única com selamento periférico com godiva e moldagem com poliéter, e também com a variação da moldagem com silicona leve.

A área de selamento periférico (fundo de vestibulo) permanece estável, ao contrário das outras regiões basais (exceto o palato) que sofrem reabsorções. Por isso, essa área deve receber uma atenção especial, pois com a moldagem fidedigna, auxilia na retenção e estabilidade da prótese. (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000)

Há muita divergência quanto a etapa da moldagem funcional, como pode-se observar na síntese contida na tabela 1. Porém, apesar dos diversos materiais e métodos utilizados, todas as técnicas têm o objetivo de que a moldagem funcional seja precisa para a correta adaptação e estabilidade da prótese que será confeccionada.

Tabela 1: Moldagem funcional em PTI:

| <b>Moldeiras:</b>   | <b>Materiais:</b>                            |
|---|--|
| Estoque   | Godiva                                       |
| Individual abrangendo os dentes (com alívio) remanescentes                                    | Pasta zincoeugenólica                        |
| Individual excluindo os dentes remanescentes e o fundo de vestibulo da área dentada           | Hidrocolóide irreversível                    |
| Individual excluindo os dentes remanescentes e incluindo o fundo de vestibulo da área dentada | Silicones e materiais elásticos (poliéteres) |
| Combinações: Moldeiras individuais e de estoque   | Combinações: materiais diversos              |

**Fonte:** A própria autora

Obtido os modelos de trabalho, o próximo passo das fases clínicas e laboratoriais é o registro das relações intermaxilares. O primeiro estágio é a confecção da base de prova. As bases de prova são confeccionadas em resina acrílica auto-polimerizável, adaptada sobre a região edentada, sem tocar os dentes, mas bem próxima a eles, tangenciando-os (TAMAKI, 1983; TURANO E TURANO, 2004), essa base deve tangenciar os dentes remanescentes para melhor estabilidade e para contribuir para o posicionamento da base de registro na boca (SEALS, KUEBKER, STEWART, 1983). Outros autores, também citam a confecção da base de prova (CORRÊA, 2005; SHIBAYAMA, 2006; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011); ela deve ter a espessura de aproximadamente um milímetro e após sua execução, adicionam-se os planos de orientação em cera nas áreas edentadas (CORRÊA, 2005; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; SHIBAYAMA, 2006; TELLES, 2011). É importante que a base de prova não se desloque durante o procedimento clínico (MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000).

Com o auxílio da base de prova e dos planos de orientação, devem-se obter as DVO (dimensão vertical de oclusão), DVR (dimensão vertical de repouso), e RC (relação cêntrica) para montagem do modelo em articulador ASA (articulador semi-ajustável). Quando possível, deve-se avaliar para manter a DVO fisiológica do paciente. A presença do incisivo central pode ajudar no momento de determinação das relações intermaxilares e interdentais. Permite estabelecer algumas referências de inclinação dos dentes, axial, altura incisal, linha média e eventualmente, se bem posicionado vestibulo-lingualmente, o suporte labial (TELLES, 2011).

A DVO é a altura morfológica da face, determinada pela posição em oclusão da mandíbula. É uma característica individual, mutável, que depende do padrão esquelético da face e em parte, da condição oclusal da dentição. Pode ser modificada com o desgaste dos dentes, e modificações nas estruturas periodontais. Já a DVR é a altura em repouso, que depende da posição postural da mandíbula. Assim, mesmo que a DVO esteja modificada, a DVR é, geralmente, praticamente constante e é mantida pelo equilíbrio ou tônus muscular, independente dos dentes, e não pode ser alterada proteticamente. (CERVEIRA NETTO, 1987)

A diferença entre a altura morfológica da face (DVO) e altura de repouso (DVR) é o Espaço interoclusal ou Espaço funcional livre (EFL). É o espaço a ser percorrido pela mandíbula entre a posição de repouso e a intercuspidação, e apresenta de um a três ou quatro milímetros (CERVEIRA NETTO, 1987).

Se a DVO fisiológica não for definida, faz-se necessário a determinação da DVR. Esta será utilizada como guia de referência para determinação da correta DVO e para a manutenção da EFL. Há três métodos para a sua determinação. O primeiro é o método da fadiga muscular, que nada mais é do que pedir para o paciente abrir e fechar a boca amplamente várias vezes e depois deglutir. Essa posição final seria a DVR. Outro método é o fonético, em que o paciente é orientado a pronunciar um “M” longo e dizer palavras sibilantes e logo depois voltar a pronunciar o “M”. Essa pronúncia proporciona o maior afastamento dos arcos dentais. No último método, é solicitado ao paciente relaxar com os olhos fechados, assim, os músculos estariam relaxados e a DVR deve ser medida, se possível sem o contato do operador com o paciente (CERVEIRA NETTO, 1987).

A seqüência para os registros intermaxilares para a PTIs é muito semelhante à para PTs convencionais. Com o paciente sentado verticalmente, toma-se a DVO a partir da DVR. (CORRÊA, 2005) Esses registros são feitos com a ajuda de um compasso de Willis ou de ponta seca com uma régua. Uma das vantagens da dentadura imediata é de poder trabalhar com a dimensão vertical de oclusão e oclusão central que o paciente possui, se for possível mensurá-los. Para isso, examinamos o aspecto facial na posição de oclusão. Se os sulcos nasogenianos forem profundos demais, com aspecto envelhecido, ou o EFL (espaço funcional livre) ultrapassar os cinco mm, é sinal de que a DVO está abaixo do normal. No caso de perda de dimensão vertical utiliza-se a fórmula:  $DVR - EFL = DVO$  (TAMAKI, 1983).

É importante que para a confecção da prótese, seja obtida também a RC. A relação cêntrica é a posição articular, reproduzível, em que a situação em ambas ATMs seja idêntica, e por ser postural e não oclusal, independe da dentição e não está relacionada com a dinâmica muscular. (CERVEIRA NETTO, 1987; CORRÊA, 2005; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

Cerveira Netto, (1987, p. 98) alude:

As definições de RC são muitas; assim a “Academy of Denture Prosthetics”, em seu “Glossary of Prosthodontic Terms” (1968), define a RC como sendo “a posição fisiológica mais posterior da mandíbula, sem ser forçada, e a partir da qual o indivíduo pode realizar movimentos em lateralidade.

Há muitos métodos para registro da RC, que deve ser feita em uma mordida em cera, e podemos lançar mão de manobras de manipulação da mandíbula até a posição correta. Independentemente da técnica, deve-se levar a mandíbula à posição de eixo de rotação, ou seja, a posição do côndilo mandibular corretamente central relacionada com a cápsula articular, através de movimentos de abertura e fechamento, sem contato dental (CERVEIRA NETTO, 1987).

Muitas vezes, a relação horizontal e vertical ditada pela intercuspidação dental é diferente da relação cêntrica articular. Essa condição é denominada MIH (máxima intercuspidação habitual). Em alguns pacientes, há casos de coincidência entre a posição de intercuspidação e RC, diz-se que esses estão em posição de eixo terminal. Porém, para quem tem um deslocamento entre RC e MIH, não é, necessariamente, sinônimo de deslocamento do côndilo (CERVEIRA NETTO, 1987). Uma diferença no posicionamento entre MIH e RC pode ser sintoma de uma patologia oclusal, que deve ser corrigida, ou apenas um resultado de translação normal da mandíbula, e, portanto mantida. Por isso, sempre que houver grandes alterações entre essas relações, opta-se pela RC, pois esta não se altera com o desgaste dental, ou problemas periodontais. Dessa forma, apesar da tendência à estabilidade, inata ao sistema, problemas oclusais temporomandibulares tornam-se evidentes, quando a adaptação funcional e os limites fisiológicos das articulações são excedidos. A oclusão central é feita pela coincidência das linhas medianas superior e inferior. Se houver desvio da linha mediana mandibular, mas não causar distúrbios na ATM (articulação temporomandibular), aconselha-se manter essa oclusão (CERVEIRA NETTO, 1987; TAMAKI, 1983).

Após realizar as relações articulares, deve-se, com o auxílio de uma régua de Fox observar o paralelismo dos roletes de cera, posicionando-a e

observando a linha bipupilar do paciente. Nos roletes de cera, se necessário (ausência dos dentes anteriores) marca-se a linha dos caninos (região da aba do nariz) e a linha média (ponta do nariz). Além disso, deve-se marcar a linha do sorriso e de repouso. Com a lâmina de cera fazemos registros de lateralidade direita e esquerda e protrusão (CORRÊA, 2005).

Feitos os registros, deve-se transferir o modelo de trabalho para o articulador, para isso aplica-se o arco facial com terceiro ponto nasal. Posiciona-se o ponto na glabella, com as olivas nos ouvidos e fixa-se o garfo à base de prova. Após isso, os parafusos são travados e inicia-se a fixação do modelo, hidratado e com retenções mecânicas. Primeiramente utiliza-se um pilar de gesso especial e depois da cristalização, completa-se com gesso comum. Com o modelo superior fixado, utiliza-se o registro em cera da RC para posicionamento e fixação do modelo inferior.

Uma camada de pasta zincoeugenólica é passada sobre a oclusal do plano superior, a fim de melhorar detalhes dos dentes, e os dentes inferiores isolados com uma fina camada de vaselina sólida. O paciente é orientado a ocluir, espera-se a presa da pasta e remove-se para posterior montagem no articulador (CORRÊA, 2005). Adapta-se então o modelo inferior, fixando-o com cera e confeccionamos sua inserção no articulador como no modelo superior.

Deve-se selecionar os dentes de acordo com a cor da pele da pessoa, ou se o paciente preferir, manter a cor dos dentes remanescentes. O tamanho deve ser escolhido de acordo com o espaço marcado no rolete de incisivos a caninos, lembrando que a linha marcada como linha do canino deve coincidir com a cúspide deste, ou se possível, pode ser respeitado o tamanho dos dentes remanescentes.

Após a escolha dos dentes, inicia-se a fase laboratorial. Para a montagem dos dentes, alguns autores preconizam a remoção de cada unidade de gesso do modelo, sendo imediatamente substituída pelo dente artificial. Outros autores preconizam que os dentes do hemiarco devem ser cortados todos de uma vez, outros ainda preconizam que todos os dentes anteriores devem ser removidos e são os primeiros a serem substituídos por dentes artificiais. Devemos lembrar que é importante manter o trespasse vertical e horizontal, a correta articulação e

intercuspidação com os dentes antagonistas. (CORRÊA, 2005; SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004)

Para a montagem dos dentes, removemos os dentes naturais do modelo de gesso, e muitas vezes, para isso, lançamos mão de remover um pouco de gesso na região do rebordo, se necessário. Graças a isso, temos que confeccionar em resina acrílica transparente, um guia cirúrgico para que possamos reproduzir na boca (rebordo) o desgaste feito no modelo. Lembrando que todo gesso removido, deve corresponder à osteotomia durante o ato cirúrgico, e devemos optar por remover o mínimo de osso de rebordo possível.

Poucos casos de PTI possibilitam a realização de provas dos dentes artificiais montados antes das exodontias dos dentes naturais. Essa é uma etapa clínica que geralmente não é realizada. A impossibilidade de provas dificulta a previsibilidade e pode, eventualmente, comprometer o a visualização do resultado final do tratamento. Graças a essa falta de prova dos dentes artificiais, muitas vezes, logo após a montagem dos dentes, já acrilizamos a peça (CORRÊA, 2005).

O guia cirúrgico confeccionado deve ser de resina transparente para haver visualização das áreas de compressão indevida, deve ter dois milímetros de espessura para garantir rigidez, e deve ser manufaturado uniformemente, com a duplicação do modelo e adaptando uma lâmina de cera rosa na área chapeável, inclui-se em mufla e prensa-se com resina incolor. Deve ser o mais fidedigno possível ao modelo em que foi montada a PTI, deve ser de baixo custo, pois é descartável, sendo usado somente durante o ato cirúrgico, e deve ser de rápida e fácil confecção pelo clínico geral, com materiais disponíveis e técnicas simplificadas (CERVEIRA NETTO, 1987; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; TELLES, 2011; YOUNG et al., 1985).

Young, et al. (1985) realizou um estudo clínico-laboratorial que selecionou o guia cirúrgico de resina acrílica termoplástica como o ideal, considerando a transparência, rigidez e capaz de ser bem encaixado na boca.

Feitas todas as etapas da fase clínico-laboratorial, o momento é para a exodontia dos dentes remanescentes.

#### 4.7 FASE CIRÚRGICA

A cirurgia para extração dos dentes indicados deve ser cuidadosamente planejada e executada conforme o que foi feito no modelo obtido nas fases clínicas e laboratoriais.

Pode ser realizada em ambiente ambulatorial, se o paciente tiver boa história médica, com anestesia local, com o anestésico de escolha para o paciente (levar em consideração dados fornecidos durante a anamnese, como alergias, doenças sistêmicas e outras condições que contra-indiquem alguns sais anestésicos ou vasoconstritores). Depois de anestesiado, procede-se a exodontia de maneira clássica, analisando o elemento extraído a procura de fraturas e lesões periapicais.

As exodontias devem ser feitas com o mínimo de injúria possível ao remanescente ósseo que será a base da prótese e com o uso de guias para adaptação ao leito cirúrgico (CHAVES JUNIOR, 1996; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996).

Não é uma simples extração, é também uma cirurgia pré-protética, porque as exodontias múltiplas são procedimentos que devem ser efetuados levando em consideração a posterior recuperação morfofuncional mastigatória. Deve-se evitar osteotomia e/ou osteoplastia, que não são sempre indicadas, como forma de preservação do rebordo. A manutenção da maior quantidade possível de osso alveolar tem como objetivo proporcionar uma área chapeável adequada à utilização de aparelhos protéticos. Muitas dentaduras imediatas são instaladas com procedimentos cirúrgicos limitados à extração dos dentes. Principalmente quando os dentes remanescentes estão periodontalmente comprometidos e perderam as espículas ósseas graças à reabsorção óssea (GREGORI, CAMPOS, 2005; CHAVES JUNIOR, 2003, MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; YOUNG et al., 1985).

Porém para favorecer a propedêutica protética, muitas vezes as cirurgias para instalação da prótese total imediata são seguidas de uma alveoloplastia. Alveoloplastia é a remoção indicada e planejada de tecido ósseo alveolar e deve favorecer a reparação tecidual, obter uma via desimpedida para a instalação de próteses; manter a superfície óssea regular para que ocorra a distribuição homogênea de forças em toda área chapeável, deve dar ao tecido ósseo

alveolar um contorno adequado. Indicada para ser realizada no momento da exodontia é classificada didaticamente como estabilizadora. Depois de realizada a extração dos elementos, observa-se o rebordo e alvéolo em busca de irregularidades e cristas ósseas. A regularização é feita com o osteótomo ou pinça goiva, lima para osso, e em casos de irregularidades grandes com motor de baixa e alta rotação e bocas estéreis, devendo sempre ser usados com parcimônia e cuidado para manter a maior quantidade de osso alveolar possível, favorecendo a retenção da prótese (GREGORI, CAMPOS, 2005).

Deve-se lembrar também que todo osso retirado não mais será depositado, e a falta de rebordo é o grande problema da dentadura completa. Fisiologicamente, todo rebordo já tem reabsorção, então devemos analisar essa intervenção muito bem (GREGORI, CAMPOS, 2005; TAMAKI, 1983).

Muitas vezes usamos da verificação tátil para procurar possíveis áreas irregulares e que podem por vezes causar dor e desconforto, dificultar na retenção e estabilidade do aparelho (GREGORI, CAMPOS, 2005).

Porém, pelo fato das PTIs serem trabalhos cirúrgico-protético, e que a prótese é confeccionada antes da exodontia, é importante que o tecido de suporte (rebordo alveolar) esteja o mais parecido possível com o modelo no qual a prótese foi preparada (TAMAKI, 1983; TELLES, 2011).

Para isso, faz-se muitas vezes necessário, o uso de um guia cirúrgico que é rigorosamente igual à dentadura, pois foram feitas sobre o mesmo modelo de gesso, de resina acrílica transparente (CHAVES JUNIOR, 2013; MARCHINI, 1998; MARCHINI, DOS SANTOS, DA CUNHA, 2000; TAMAKI, 1983; TELLES, 2011; YOUNG et al., 1985).

Outros autores também citam como auxiliar nesse momento, a prótese confeccionada completamente de resina acrílica incolor e transparente, que funciona como um guia cirúrgico (TAMAKI, 1983; TELLES, 2011). Mas essa prática pode comprometer esteticamente a prótese, se ao sorrir o paciente expor os bordos cervicais dos dentes (CERVEIRA NETTO, 1987).

Se, mesmo com o auxílio do guia cirúrgico, o profissional não localizar os pontos certos para desgaste da prótese, pode-se lançar mão de uma fina camada de silicone de alta fluidez, e ao posicionar a prótese e esperar cerca de dois a três minutos, até a presa do material. O local onde ao silicone for fino, ou se a

resina aparecer, dependendo do local, utiliza-se broca para resina desgastando levemente a área (CORRÊA, 2005).

Além de todos os cuidados da cirurgia oral, deve-se esterilizar a prótese e o guia cirúrgico em meio químico, preferencialmente não alcoólico, como uma solução de glutaraldeído (TELLES, 2011). Cerveira Netto (1987) cita a esterilização com água oxigenada a vinte volumes durante vinte minutos, seguido de soro fisiológico.

Após as exodontias e osteotomias, quando indicadas, proceder com a sutura para proteção do alvéolo e reposicionamento tecidual.

Terminada a intervenção cirúrgica, podemos instalar a prótese. Verificamos a oclusão e se necessário, desgastamos os dentes para não ter contato indesejado. Observa-se a estabilidade da prótese (JONKMAN, VAN WAAS, KALK, 1995; MARCHINI, 1998, TAMAKI, 1983, TELLES, 2011).

É vantajoso fazer um reembasamento imediato logo após a cirurgia para melhorar a adaptação da prótese. Pode ser feito com material resiliente (resina resiliente, conhecida como *soft*). Quando não houver esse material disponível, pode-se utilizar de cimentos cirúrgicos ou pasta zincoeugenólica. (TELLES, 2011)

#### 4.8 FASE PÓS-CIRÚRGICA: PROSERVAÇÃO E REEMBASAMENTOS

Após a instalação da prótese, é ponderoso adotar algumas medidas para que o período pós cirurgia seja mais ameno e a reparação tecidual satisfatória.

O prognóstico e o futuro tratamento devem ser entendidos pelo paciente antes do seu início e que sua cooperação e a apreciação dependem de educar o paciente sobre as necessidades e benefícios dos procedimentos de acompanhamento. Essa fase pós-cirúrgica é tão importante quanto às demais para o sucesso do tratamento.

Cerveira Netto (1987) que explica a necessidade de medicação sistêmica pós-operatória, para controle do edema, dor e hemorragia; antibioticoterapia principalmente se foi realizada alveoloplastias, e também suplementos polivitamínicos, porque o paciente pode ficar debilitado pelo jejum relativo.

Tamaki, (1983) cita o controle da dor com ácido acetilsalicílico, porém sabemos que este medicamento é antiagregante plaquetário e pode facilitar uma hemorragia (CAETANO, 2011).

Autores explicam que as recomendações devem ser feitas por escrito. A prótese não deve ser removida por 24 horas, devem-se evitar esforços físicos e calor excessivo (alimentos e banhos). Ingerir alimentação líquida e fria nas primeiras horas e aplicar bolsas de gelo local (CERVEIRA NETTO, 1987; CORRÊA, 2005; HOLT, 1986; SHIBAYAMA et al., 2006; TAMAKI, 1986).

A próxima consulta deve ser após as 24 horas, e a retirada do aparelho deve ser feita apenas pelo cirurgião-dentista e a remoção das suturas deve ser feitas de cinco a sete dias (CORRÊA, 2005; DISCACCIATI, 2012; MAEKAWA et al., 2004; TAMAKI, 1983; TURANO, TURANO, 2004).

Gradativamente, o paciente pode voltar a se alimentar, e deve começar a higienizar a prótese e a boca. O cirurgião-dentista precisa atentar-se para o exame da boca, área chapeável, freios e fundo de vestíbulo, e se observada alguma pressão anormal, deve-se realizar desgastes na prótese (CERVEIRA NETTO, 1987; TAMAKI, 1983).

Verifica-se a oclusão e o balanceio com papel carbono, para observar se não foram alterados. Ao ser contactado alguma anormalidade, os defeitos são corrigidos. As partes dos dentes marcadas com contato inadequado são desgastadas até o ajuste correto da oclusão e articulação (TAMAKI, 1983).

Reembasamento é todo procedimento que permite ajustar a base de uma prótese aos tecidos de apoio. Durante esse período de pós-operatório, é importante o reembasamento temporário com material resiliente, ou condicionadores de tecido. Os condicionadores de tecido são materiais temporários, cuja utilização deve ser limitada ao tempo para obtenção de tecidos saudáveis (DA ROCHA ET AL, 2008, TURANO, TURANO 2005).

Condicionadores de tecido são indicados para cuidados pós-operatórios, estabilização de próteses, condicionamento de tecidos fibromucosos, reembasamentos de próteses provisórias, durante o período de cicatrização de implantes, moldagem funcional, e em pacientes intolerante ao uso de próteses totais com base rígida (MAEKAWA, 2004).

Condicionadores de tecido à base de silicóna permanecem com as características iniciais intactas por até 60 dias, enquanto condicionadores de tecido à base de resina acrílica perdem progressivamente sua resiliência (DA ROCHA et al., 2009).

Estes materiais reembasadores macios apresentam deficiências como a perda de resiliência, alteração de cor e porosidade com o uso clínico ao longo do tempo. A perda de resiliência ocorre simultaneamente enquanto a água é absorvida até que se consiga um equilíbrio. O aumento da porosidade com o uso clínico leva a um acúmulo de placa, dificuldade de higienização e até a colonização por microrganismos, como *Candida albicans* (XAVIER et al., 2008).

Dessa forma, é importante que a prótese com reembasador soft seja corretamente limpa em casa, e esse material deve ser utilizado como condicionadores de tecidos pós cirurgias e deve ser feito periodicamente a manutenção desse material, com a retirada do material antigo e um novo reembasamento, para evitar que este perca suas propriedades e evitando que se torne um agente de acúmulo de placa. E não é indicado para reembasamentos definitivos, por apresentarem essas características de absorção e solubilidade, esses materiais têm suas propriedades físicas modificadas, que levam a alterações dimensionais e distorções (DA SILVA, 2008, XAVIER et al., 2008).

O reembasamento ou a confecção de outra prótese “definitiva” deverá ser feito passado no mínimo um e no máximo seis meses, conforme o estado de cicatrização e deposição óssea, pois geralmente decorrido esse período, a prótese começa a perder retenção (CORRÊA, 2005; TAMAKI, 1983).

#### 4.9 EFICIÊNCIA MASTIGATÓRIA COM O USO DE PTIS

Tallgreen e Tryde (1991) realizaram um estudo longitudinal que analisou 30 indivíduos parcialmente edêntulos que usaram uma dentadura imediata superior e uma prótese parcial inferior. Foram realizadas eletromiografias medidas em computadores dos músculos temporal e masséter, durante a mastigação habitual de maçã e durante a deglutição de saliva e água, antes das extrações, 7 semanas após, 6 meses, 1 ano e 2 anos após a instalação das PTs. Os resultados colhidos para a mastigação antes das extrações consideraram as tensões médias baixas,

comparadas com valores descritos para dentição completa natural. Com o uso das próteses, essas amplitudes aumentaram e foram mantidas até a avaliação de 2 anos de uso de PTs. Em relação à deglutição, não houveram grandes alterações, no entanto, houve um aumento significativo na duração da deglutição após 1 ano de uso da prótese, o que pode estar relacionado com a estabilização da dentadura superior completa, devido à contínua reabsorção do rebordo maxilar. Os autores desse estudo concluíram que a re-estabilização da oclusão posterior pelas próteses tende a normalizar a função mastigatória, e que estes resultados chamam ainda mais atenção para a importância dos controles regulares das próteses, e as correções necessárias devido à reabsorção do rebordo alveolar, a fim de manter o bom funcionamento do sistema mastigatório.

Tallgreen, Tryde e Mizutani (1986) analisaram as mudanças nas relações maxilares e na atividade muscular em pacientes com PTIs superiores, dessa vez com radiografias cefalométricas em oclusão centrada e eletromiografias dos músculos masseter e temporal, antes das extrações, 7 semanas depois, 6 meses e um ano após a instalação das próteses. Concluiu-se que a reabsorção óssea foi mais rápida durante o primeiro semestre de uso da prótese, que a reabsorção óssea do rebordo diminuiu a dimensão vertical de oclusão em aproximadamente 1 mm no primeiro ano, e que quando a prótese total é superior e inferior, essa perda de dimensão aumenta em 4 vezes. E enfatiza a importância em preservar a dentição residual mandibular para evitar a reabsorção óssea excessiva do rebordo, resultando em mudanças nas relações intermaxilares.

Strini et al (2011) realizaram um estudo que fazia testes *in vivo* em pacientes que fazem uso da prótese total imediata, analisando as capacidades mastigatórias desses pacientes, imediatamente antes das exodontias e instalação das próteses imediatas e após 6 meses da sua instalação. As próteses foram feitas respeitando todas as relações intermaxilares, e se houvesse problemas de retenção, era utilizado um material resiliente para reembasamento. Os indivíduos foram instruídos a mastigar um simulador de alimento sintético por 40 ciclos mastigatórios. O teste mostrou que mesmo que bem adaptada, a eficiência mastigatória dos pacientes foi diminuída, por isso, a indicação das exodontias múltiplas e instalação de próteses totais devem ser cuidadosamente analisadas. Porém, os autores explicam que essa baixa eficiência mastigatória observada, pode ter sido causada

pela ausência dos primeiros molares dos pacientes.

Levando em consideração a opinião dos pacientes, Jonkman, Van Waas e Kalk (1995) mostraram que durante o período do primeiro ano os pacientes tinham um nível alto de satisfação com suas próteses imediatas, e que o nível de satisfação desses pacientes é semelhante aos que fazem uso de *overdentures*.

Apesar de todos os estudos demonstrarem que se houver dentes naturais que possam ser aproveitados, em *overdentures* por exemplo, a eficácia mastigatória e reabsorção é menor, a prótese total imediata é bem vista para prevenção da perda óssea e muito apreciada pelos pacientes. Porém, nenhum trabalho protético consegue ser tão eficiente quanto os dentes naturais, e que o planejamento das extrações deve ser cuidadosamente analisado. (DISCACCIATI, CARVALHO, COSTA, 2012)

## **6 CONCLUSÃO**

Com o presente trabalho, podemos concluir que as próteses totais imediatas são uma alternativa viável para reabilitação oral.

Quando não há alternativa senão a extração de todos os dentes, optar por uma prótese total imediata é vantajoso tanto esteticamente quanto funcionalmente. Porém, apesar de todas as vantagens, concluímos nessa revisão bibliográfica, que se trata de um procedimento com fases laboratoriais e cirúrgicas mais complexas que as próteses mediatas, necessitando de mais conhecimentos e habilidades do cirurgião-dentista, que deve ser um profissional multidisciplinar.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, Eliana Lemos de Souza; ACCETTURI, Fernando; CAMARGO, Daniel César. Reabilitação oral com prótese total imediata dupla – Relato de caso clínico, **Revista Paulista de Odontologia**, v. 32, n. 2, p. 29-32, jul/set. 2010

BOUCHER, Carl O.; HICKEY, Judson C.; ZARB, George A. Tratamiento com protesis inmediatas . In: \_\_\_\_\_. **Protesis para el desdentado total**. 1ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Mundi, 1977. p. 493-513

CAETANO, Norival. Ácido acetilsalicílico. In: \_\_\_\_\_. **BPR Guia de remédios**. 10ª ed. BPR – Consultoria, projetos e comércio Ltda. 2011. p. 42-44

CERVEIRA NETTO, Henrique - **Prótese total imediata**. 1ª ed., São Paulo: Pancast Editorial, 189 p.

CHAVES JÚNIOR. Airton Charles. et al. Exodontias múltiplas e reabilitação imediata: considerações clínicas, **JBC Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**. n. 7 v. 40, p. 282-285, 2003

CORRÊA, Gerson de Arruda. Prótese total imediata. In: \_\_\_\_\_. **Prótese total – Passo a passo**, São Paulo: Santos, 2005, p. 161-171

DA CUNHA, Vicente de Paula Prisco, et al. Alterações do plano oclusal durante o processamento laboratorial de próteses totais: revisão da literatura. **Revista biociência**, Taubaté, v.6, n.1, p.41-47, jan.-jul.2000. Disponível em: < <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/26/10..>>

Acessado em 14 de outubro de 2013

DA ROCHA, Daniel Maranhã; et al. Avaliação *in vitro* de três condicionadores de tecido submetidos a testes de penetração, **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 6 n. 1, p. 49-54, 2009

DA SILVA, Raphaela Juvenal; et al. Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente – relato de caso clínico, **International Journal of Dentistry**, n. 7 n. 3, p. 190-194, jul/set. 2008

DISCACCIATI, José Augusto César; CARVALHO, Maria Carmem Fonseca Serpa; COSTA, Sergio Carvalho. PTI e *overdentures*: melhorando a estética, mastigação e qualidade de vida, **Revista Ciência em Extensão**. v. 8, n. 1, p. 123-137, 2012. Disponível em < [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/view/526](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/526)> Acessado em 10 de agosto de 2013

DISCACCIATI, José Augusto César; et al. CPOver: programa de extensão em cirurgia oral pré-protética, prótese total imediata e *overdentures* sobre implantes, **Revista Extensão**, v. 2, n. 1, p. 11-29, jun. 2012

GENNARI FILHO, Humberto. O exame clínico em prótese total, **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 25, n. 2, p. 62-71, Jul/Dez 2004

GREGORI, Carlos; CAMPOS, Antonio Carlos. Cirurgias pré-protéticas. In: CAVALCANTI, Joaquim Raphael de Campos. **Cirurgia buco-dento-alveolar**, 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2005, p. 175-190

HOLT JR., Raleigh A. Instructions for patients who receive immediate dentures, **Journal of American Dental Association**, v. 112, p. 645-646, maio 1986

JONKMAN, R. E. G.; VAN WAAS, M. A. J.; KALK, W. Satisfaction with complete immediate dentures and complete immediate overdentures. A 1 year survey. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 22, p. 791-796, nov. 1995

MAEKAWA, Lilian Eiko; et al. Avaliação *in vitro* na alteração da resiliência de dois condicionadores de tecido, em diferentes intervalos de tempo, **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 25 n. 2, p. 51-56, jul/dez. 2004

MARCHINI, Leonardo. et al. Prótese total imediata superior e inferior, **Revista da APCD**, v. 52, n. 4, p. 293-296, Jul./Ago 1998

MARCHINI, Leonardo; DOS SANTOS, Jarbas Francisco Fernandes; DA CUNHA, Vicente de Paula Prisco. Prótese total imediata: considerações clínicas. **Robrac Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 9 n. 27, p. 45-49, 2000

MELETI, Vanderlisa Rita; et al. Prótese total imediata: uma solução estética e funcional, **Robrac Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 11 n. 32, p. 50-53, 2002

SEALS, Richard R.; KUEBKER, William A.; STEWART, Kenneth L. Immediate Complete Dentures. **Dental Clinics of North America**, v. 40, n. 1, p. 151-167, jan. 1996

SHIBAYAMA, Ricardo et al. Próteses totais imediatas convencionais – **Revista Odontológica de Araçatuba** v. 27, n. 1, p. 67-72, Jan/Jun 2006

STRINI, Paulinne Junqueira Silva Andresen; 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**, v. 16, n. 2, p. 200-205, maio/ago. 2011 Disponível em <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/968>> Acessado em 28 de junho de 2013

TALLGREN, A.; TRYDE G.; MIZUTANI, H. Changes in jaw relations and activity of masticatory muscles in patients with immediate complete upper dentures. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 13, p. 311-324, 1986

TALLGREN, A.; TRYDE, G. Chewing and swallowing activity of masticatory muscles in patients with a complete upper and a partial lower denture. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 18, p. 285-299, 1991

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras imediatas – Instalação. In:\_\_\_\_\_. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 249-252

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras imediatas – Introdução. In:\_\_\_\_\_. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 217-229

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras imediatas – Moldagens. In:\_\_\_\_\_. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 231-237

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras imediatas – Relações intermaxilares. In:\_\_\_\_\_. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 239-247

TAMAKI, Tadachi. Exame da boca para dentaduras completas. In:\_\_\_\_\_. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 9-16

TELLES, Daniel. Próteses totais imediatas. In:\_\_\_\_\_. **Prótese total – Convencional e sobre implantes**, 2ª reimpressão, São Paulo: Santos, 2011, p. 315-359

TURANO, José Ceratti, TURANO, Luis Martins. Consertos e Reembasamentos. In:\_\_\_\_\_. **Fundamentos da prótese total**, 7ª ed. São Paulo: Santos, 2004, p. 509-533

TURANO, José Ceratti, TURANO, Luis Martins. Prótese total imediata. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos da prótese total**, 7ª ed. São Paulo: Santos, 2004, p. 483-495

UNFER, Beatriz, et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p.217-26, jan/jun 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a15v1019.pdf>> Acessado em 14 de outubro de 2013

VAN WAAS, M. A. J. et al. Differences two years after tooth extraction in mandibular bone reduction in patients treated with immediate overdenture or with immediate complete dentures. **Journal of Dental Research**, v. 72, n. 6, p. 1001-1004, jun. 1993

XAVIER, Patricia da Silva, et al. Efeito das soluções de limpeza de dentadura na degradação de dois reembasadores macios, **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 65 n. 1, p. 31-35, jan/jun. 2008

YOUNG. Leslie. et al. Surgical templates for immediate denture insertion, **Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 54 n. 1, p. 64-67, jul. 1985

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

Caso clínico ilustrativo (gentilmente cedido pelo prof. Dr. Giovani Corrêa)

Fig. 1 – Aspecto inicial



Fig. 2 – Moldagem Inicial

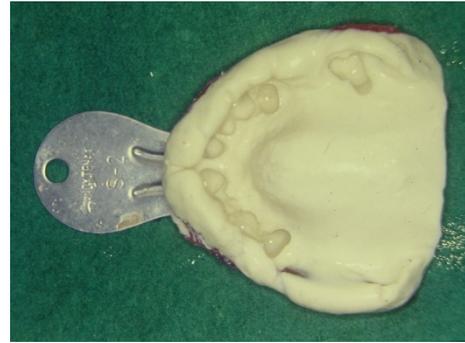


Fig. 3 – Alívios em cera nos dentes



Fig. 4 – Moldeiras individuais



Fig. 5 e 6 – Ajuste das moldeiras individuais



Fig. 7 – Moldagem funcional



Fig. 8 – Planos de orientação



Fig. 9 – Montagem em articulador

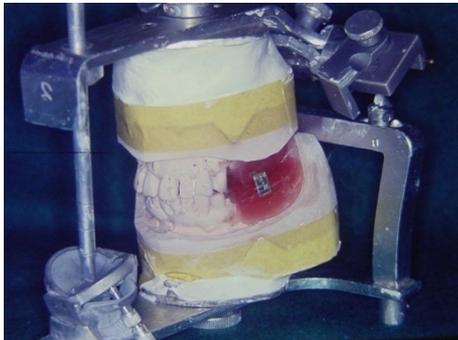


Fig. 10 – Montagem dos dentes



Fig. 11 – Desinfecção



Fig. 12 – Guias cirúrgicos



Fig. 13 – Exodontia



Fig. 14 – Guia cirúrgico



Fig. 15 – Suturas



Fig. 16 – Prótese instalada



Fig. 17 – Aspecto final do sorriso

