

Prótese total imediata: uma solução estética e funcional

Immediate complete denture: a esthetic and functional solution

Vanderlisa Rita MELETI*
Lígia Antunes Pereira PINELLI**
Dahul Tavares PELIZARO**
Marcelo GENTIL**

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Existem situações clínicas onde a manutenção de dentes remanescentes se torna um tratamento bastante complexo, dispendioso e que exige um tempo longo de trabalho, nessas ocasiões o uso de próteses totais imediatas garante a recuperação do sistema estomatognático sem alterar o convívio social do paciente.

RESUMO

Paciente L.S.N., gênero feminino, 38 anos, compareceu à Disciplina de Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade de Franca, queixando-se da falta de estética e função de suas próteses. A prótese total superior estava bastante desgastada e a prótese parcial removível inferior apresentava-se com falha na retenção e grande destruição dos elementos dentais remanescentes. Em função de sua atividade profissional, a paciente não se interessou por uma reabilitação que envolvesse tratamento prolongado como periodontia e endodontia, sendo assim, foi proposto como forma de tratamento a confecção de uma nova prótese total superior e uma prótese total imediata inferior, tratamento esse plenamente aceito pela paciente.

PALAVRAS-CHAVE

Dentadura completa; dentadura completa inferior; dentadura parcial imediata.

INTRODUÇÃO

Na cavidade bucal, há infinitas variações, quer intrínsecas ou extrínsecas. O organismo apresenta um equilíbrio que não é estável, mas sim sujeito a repetidas modificações, ocorrendo de forma mais intensa com as perdas dentais.

A prótese dental, na substituição dos dentes, está principalmente relacionada com a restauração da função mastigatória e tanto quanto possível à reconstrução harmoniosa e artística da fisionomia característica do indivíduo (Ring¹, 1985). O Cirurgião-Dentista deve conhecer o sistema estomatognático íntegro para poder

diagnosticar, propor um tratamento eficiente e tratar os sintomas a ele associado.

O sucesso ou não da terapia por próteses depende de diversos fatores como: relacionamento paciente-profissional, atitude do paciente perante o uso de próteses, personalidade, e fatores relacionados também à qualidade da prótese e à condição bucal do paciente (Pinelli², 2001). Smith³ (1934), sugeriu que parte dos erros com próteses poderia ser evitado através de uma comunicação mais consciente entre o Cirurgião-Dentista e o paciente. Turano & Turano⁴ (2000) também citam como uma barreira comum ao tratamento, as características de personalidade, seja do profissional ou do paciente e as diferentes formas de comunicação.

A personalidade do indivíduo se expressa no seu habitual modo de ser e na sua conduta, sendo sua personalidade fortemente influenciada pela aparência de seus dentes. É uma obrigação do Cirurgião-Dentista dar melhor arranjo aos dentes artificiais de maneira a encorajar o desenvolvimento dos atributos de sua personalidade (Pound⁵, 1962); as próteses totais podem e devem sempre que possível restabelecer essa naturalidade.

As próteses totais sejam elas imediatas ou mediatas, são aparelhos mucoso-suportados que buscam restabelecer integralmente o sistema estomatognático. A imediata é um aparelho confeccionado antes das extrações dos dentes naturais do paciente, principalmente os dentes anteriores. Difere basicamente da prótese mediata porque essa é confeccionada após a extração dos dentes (Christensen⁶, 1958). Segundo Cerveira Netto⁷ (1987) a principal diferença reside no estado da área basal, fibromucosa e tecido ósseo, no momento em que iniciamos o processo de confecção das próteses; nas próteses totais imediatas há uma combinação de atos cirúrgicos concomitantes à execução da prótese, de tal forma que a avulsão dos dentes remanescentes e eventuais manobras de regularização óssea serão executadas no mesmo ato clínico da instalação das próteses.

* Estagiária da Disciplina de Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade de Franca-SP.

** Professoras da Disciplina de Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade de Franca-SP.

A prótese imediata é muito antiga quanto a sua concepção, porém, esse tipo de restauração protética não era muito executado em Odontologia; talvez porque os profissionais não dessem o devido valor a esse tipo de prótese, ou porque a exigência estética talvez fosse menor do que nos dias atuais. Outro possível fator reside no fato de que, após a instalação de uma prótese imediata, o paciente aguarda no mínimo de 4 a 6 meses para confeccionar a prótese considerada definitiva, isso é, após o período inicial de reabsorção do rebordo alveolar. Talvez a necessidade de realização de uma nova prótese total dificultasse a indicação da prótese imediata, considerada de caráter temporário. Entretanto, Hall Junior¹ (1966) já alertava para o uso errôneo do termo dentadura temporária porque considerava que todas as próteses totais fossem temporárias, necessitando de freqüentes trocas.

Com o avanço dos materiais de moldagens e de técnicas apropriadas e atualizadas e ainda com novas mentalidades do profissional e do paciente, em que se compreendeu que a integridade física, funcional e estética se conjugam na constituição do perfil psicossomático do paciente (Cerveira Netto², 1987), esse tipo de prótese passou a ser rotineiro em Odontologia (Domitti³, 1990).

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente L.S.N., gênero feminino, 38 anos, compareceu à Disciplina de Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade de Franca, queixando-se da falta de estética e função devido ao desgaste de sua prótese total superior, prótese parcial removível inferior sem retenção e grande destruição dos elementos restantes.

Realizou-se rigorosa anamnese, exame clínico e radiográfico. No exame clínico observou-se ausência dos elementos 42, 46 e 47 (arco inferior tipo classe II modificação 1 de Kennedy). Identificaram-se bolsas periodontais com média de sete milímetros com comprometimento da furca grau 3 nos dentes 36 e 37. Os dentes 34 e 35 apresentavam lesão radiolúcida em seus ápices, sendo o elemento 35 tratado endodonticamente. Os demais dentes apresentavam comprometimento periodontal, principalmente os elementos 41, 31 e 32 que possuíam periodontite avançada com

grande mobilidade (Figura 1 e 2).

A paciente não apresentava qualquer sinal ou sintoma de desordem crânio-mandibular e seus movimentos mandibulares não estavam comprometidos. A fibromucosa do arco superior apresentava-se com vermelhidão e edemaciada, sendo instituído tratamento à base de nistatina antes da confecção de uma nova prótese.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

1- Moldagem de estudo superior e inferior com hidrocolóide irreversível (Jeltrate, Dentsply) e moldeiras de estoque específicas.
2- Extração dos molares inferiores esquer-

dos.

3- Extração dos dentes 31, 41 e 42.

4- Adaptação de dentes artificiais na prótese parcial removível antiga para manutenção da estética.

5- Confeção e ajuste de moldeiras individuais superior e inferior em resina acrílica quimicamente ativada (Ortoclas, Clássico).

6.0- Confeção da prótese total superior concomitantemente com a imediata em sua seqüência normal.

6.1- Moldagem funcional inferior com mercaptana (Permlastic regular; Kerr Corporation) (Figura 3).

6.2- Vazamento com gesso pedra melhorado (Durone, Dentsply) para obtenção do modelo funcional inferior.

6.3- No modelo funcional inferior: confecção de planos de cera nos dentes ausentes, acertos do plano de cera (Figura 4).

6.4- Montagem dos modelos em articulador semi-ajustável (Figura 5).

6.5- Extração dos dentes de gesso do modelo funcional e confecção de um guia cirúrgico em polietileno (Placa polietileno, Bio-art).

6.6- Prova da base de prova com os dentes artificiais na boca da paciente.

6.7- Extração dos elementos 43, 44, 45, 33, 34 e 35 na mesma sessão, utilizando o guia cirúrgico para orientação de uma possível osteotomia e gengivectomia, sutura com fio de seda 3.0 (Ethicon) em pontos interrompidos (Figura 6).

6.8- Instalação da prótese superior mediata e inferior imediata na mesma sessão, logo após as extrações (Figura 7 e 8).



Figura 1 - Aspecto intra-bucal inferior inicial da paciente.



Figura 2 - Radiografia panorâmica.



Figura 3 - Moldagem funcional inferior com mercaptana.



Figura 4 - Acertos dos planos de cera e fixação das bases de prova.



Figura 5 - Montagem em articulador dos modelos funcionais (vista lateral direita).



Figura 6 - Pós-operatório imediato.

Foi prescrito Amoxicilina 500mg, um comprimido de oito em oito horas por sete dias e Diclofenaco potássico 50mg, um comprimido de oito em oito horas por três dias. Foram dadas orientações verbais e escritas sobre os cuidados pertinentes ao uso e manutenção da prótese total convencional e imediata, e também sobre o pós-operatório. A paciente foi instruída a não remover a prótese inferior nas primeiras 24 horas.

Foram realizados retornos freqüentes para ajustes e observação durante seis meses; mostrando o rebordo alveolar com mucosa em condições de textura e coloração normal e mínima reabsorção óssea (Figuras 9 e 10).

O tratamento proposto veio perfeitamente de encontro às necessidades da paciente, com resultado estético e funcional bastante satisfatório e rápido, reabilitando a paciente psicologicamente e em seu convívio social.

DISCUSSÃO

Na atividade diária do consultório, são relativamente comuns situações em que pacientes perderam ou estão na iminência de perderem elementos dentais por fatores infecciosos, trauma, extensa propagação de cárie, afetando-os psicologicamente quando ocorre a ausência, principalmente na região anterior, sendo necessário e urgente o restabelecimento tanto da função quanto da estética (Ring¹¹, 1985).

Diante destes fatores, e considerando-se a necessidade de solução para cada caso, uma alternativa se mostra eficiente: a prótese total imediata (Aldrovandi¹, 1956). O uso da prótese imediata como forma de tratamento é de grande utilidade quando também está em discussão a estética e a harmonia do resultado final pois, muitas vezes, o paciente tem urgência na sua recuperação.

Primordialmente, as próteses totais imediatas estão indicadas em casos onde o paciente ainda possui dentes naturais ou mesmo próteses fixas ou removível, e necessita adaptar-se a uma prótese total (Christensen⁴, 1958). Devido à sua atividade social ou mesmo por vaidade, não pode ficar edentado por um período de tempo, mesmo que pequeno (Smith¹⁴, 1934). As periodontopatias, quando em estado muito avançado, são os maiores responsáveis pela exodontia de dentes. Essas

doenças, quando agravadas por problemas biomecânicos articulares, podem contra-indicar outros tipos de próteses que não seja a total (Tamaki¹⁵, 1983).

No caso relatado, devido ao extenso comprometimento do periodonto de proteção e sustentação dos dentes inferiores, com periodontite avançada, bolsas periodontais profundas, má higiene bucal e ao hábito de fumar associado à sua atividade profissional que não permitia um período desdentada tornaram a prótese total imediata inferior e a substituição da prótese total superior uma opção bastante satisfatória. O fato da paciente já usar uma dentadura superior e estar adaptada ao seu uso encorajou a decisão. Segundo Pinelli⁹ (2001), apesar de não haver diferença entre um indivíduo ter ou não experiência prévia com o uso de próteses, principalmente a total, acreditam que essa experiência pode diminuir as expectativas do paciente, além de já encontrar um sistema neuro-muscular treinado, facilitando a adaptação e elevando a satisfação com o tratamento.

Existem mais vantagens que desvantagens em se indicar próteses imediatas. Em se tratando da necessidade de adaptação de uma prótese total, as vantagens de sua adaptação imediatamente após as exodontias, são evidentes: controle da hemorragia; proteção ao trauma; proteção contra infecção externa; favorecimento da cicatrização (Seals et al.¹⁰, 1996); melhor suporte de área basal e diminuição da reabsorção óssea alveolar (Johnson⁸, 1986); maior comodidade; restabelecimento imediato da fonação; transição menos perceptível dos naturais para os artificiais; menor tempo perdido das atividades sociais; o paciente pode se alimentar melhor com o auxílio dos dentes artificiais; supressão de colapso do sistema neuro-muscular e articulação têmporo-mandibular, período de aprendizagem mais curto e veículo para aplicação de medicação tópica (Anderson & Stores², 1973).

Dentre essas vantagens, o menor tempo perdido nas atividades sociais e o precário estado de conservação de seus dentes foram os principais indicadores da opção de tratamento escolhido. Terril¹⁶ (1951) destaca ainda as vantagens anatômicas como manutenção da dimensão vertical, impedimento da expansão



Figura 7 - Vista extra-bucal das próteses totais superior e inferior (imediate)



Figura 8 - Próteses instaladas na mesma sessão das exodontias



Figura 9 - Condição do rebordo alveolar seis meses após a instalação das próteses



Figura 10 - Satisfação da paciente com o tratamento realizado

da língua e preservação da anatomia normal do paciente e estéticas, pois impede que as estruturas da face se comprometam, facilitam modificações estéticas e correção de rugas, propiciando aparência mais natural.

As desvantagens são poucas: alguns cuidados pós-operatórios como maior número de visitas para os ajustes; maior custo; ausência de prova estética; falta de melhor adesão,

especialmente no local das extrações; reembasamento para compensar a retração cicatricial (Roraff¹², 1977; Turano & Turano¹⁷, 2000).

O uso de próteses totais, principalmente as imediatas, também é um aparelho que direta ou indiretamente auxilia na personalidade do indivíduo; sendo esta uma grande aliada para o Cirurgião-Dentista quando está voltada para cooperação, consciência e aceitação do tratamento (Pound¹⁰, 1962). A habilidade do profissional é frequentemente requerida para executar uma composição de dentes que harmonize e seja aceita pelo paciente, pois este veio também em busca de estética (Frush & Fisher⁶, 1957).

É importante ter em mente que reabilitar o paciente edêntulo através de próteses totais requer um conhecimento não somente

da condição bucal, mas também de aspectos físicos e psicológicos do paciente (Pinelli⁹, 2001), e saber identificar as reais necessidades do paciente torna-se um desafio aos Cirurgiões-Dentistas à medida em que várias opções de tratamento se tornam presentes.

CONCLUSÃO

A substituição da prótese total superior e confecção da prótese total inferior imediata satisfaz plenamente as expectativas da paciente, restabelecendo de forma rápida a estética e função.

ABSTRACT

Patient L.S.N., female, 38 years old, went to the General Clinic of Dentistry Course of Franca University, complaining about the

aesthetics and function lack of your prosthesis. The total superior prosthesis was quite consumed and the lower removable partial denture had great failure in retention and destruction of the remaining dental elements. In function of your professional activity, the patient was not interested in a rehabilitation partial that involved long treatment as periodontics and endodontics of the remaining teeth, being like this, we proposed as treatment form the accomplishment of a new complete upper denture and a immediate complete lower denture, treatment that was fully accepted for the patient.

KEYWORDS

Complete denture; lower complete denture; immediate partial denture.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDROVANDI, C. *Dentaduras completas*. Rio de Janeiro: Ed. Científica, 1956. 341p.
- ANDERSON, J.N.; STORES, R. *Immediate and replacement dentures*. London: Blackwell Publ., 1973. 264p.
- CERVEIRA NETTO, H. *Prótese total imediata*. São Paulo: Pincat, 1987. 189p.
- CHRISTENSEN, P.B. Accurate casts and positional relation records. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.1, n.1, p.475-482, Jan. 1958.
- DOMITTI, S.S. *Sistematização do ensino integrado na prótese total*. São Paulo: Editora Santos, 1990. 121p.
- FRUSH, J.P.; FISHER, R.D. The age factor in dentogenesis. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.7, n.2, p.5-13, Mar. 1957.
- HALL JUNIOR, W.A. *Complete dentures: immediate complete dentures*. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.2, n.1, p.181-194, Jan. 1966.
- JOHNSON, K. The immediate maxillary full denture. Part I: clinical observations. *Aust. Dent. J.*, St. Leonards New South Wales, v.3, n.3, p.44-52, Dec. 1986.
- PINELLI, L.A.P. *Avaliação do grau de satisfação e da qualidade das próteses totais em pacientes portadores de dentaduras*. 2001. 216p. Tese (Doutorado em Reabilitação Oral)-Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araraquara.
- POUND, E. Applying harmony in selecting and arranging teeth. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.1, n.1, p.241-247, Jun. 1962.
- RING, M.E. *Dentistry- an illustrated history*. St. Louis: Mosby, 1985. 154p.
- RORAFF, A.R. Arranging artificial teeth according to anatomic landmarks. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.1, n.1, p.120-130, Jul. 1977.
- SEALS, R.R. et al. Immediate complete dentures. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.54, n.1, p.64-67, Aug. 1996.
- SMITH, E.S. Advancements in full dentures construction. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.21, n.1, p.12-32, Jan. 1934.
- TAMAKI, T. *Dentaduras completas*. 4.ed. São Paulo: Sarvier, 1983. 246p.
- TERRIL, W.H. Immediate restorations by complete denture. *J. Prosthet. Dent.*, St. Louis, v.1, n.1, p.495-507, Sept. 1951.
- TURANO, J.C.; TURANO, L.M. *Fundamentos de prótese total*. São Paulo: Editora Santos, 2000. 341p.

Associação Brasileira de Odontologia
Secção - Goiás
BIBLIOTECA

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Ligia Antunes Pereira Pinelli
Av. Prof. Augusto Cesar, 1237 - CEP 14.801-240 Araraquara-SP
Telefones: (16) 235-2518
e-mail: pinelli@hotmail.com