

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

KENNY ROGERS FREIRE

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE UMA
PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL AVANÇADA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

**Patos-PB
2014**

KENNY ROGERS FREIRE

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE UMA
PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL AVANÇADA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Araújo
Rodrigues

**Patos-PB
2014**

KENNY ROGERS FREIRE

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO PROTÉTICA DE UMA
PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL AVANÇADA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a. MsC. Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande

Prof^a. MsC. Rosana Araújo Rosendo – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho à minha família, principalmente meus pais e irmãs, à minha namorada, e em especial ao meu avô Francisco Freire Filho (in memoriam), uma das pessoas mais importantes e decisivas na minha escolha profissional, que me apoiou e se orgulhou no momento mais difícil dessa fase, a quem devo grande parte da força para superar os desafios e conquistar a graduação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pela fé que me conforta e motiva nos momentos difíceis, pelo lar abençoado, pelas oportunidades e pelas maiores bênçãos existentes que me foram dadas, minha família e amigos.

À minha família, minhas irmãs Stéphanie e Christianne, pelo companheirismo e ajuda sempre que precisei, e especialmente aos meus pais, Galvão e Sônia, por tudo que tenho e que sou, pela base familiar, pela educação, a confiança, pelos valores ensinados, pela referência de caráter e honestidade, por terem me criado com todo amor possível, me apoiando e estando sempre ao meu lado nos acertos e tropeços.

À minha namorada Vanessa, pelo carinho, cuidado e companheirismo, estando e dividindo comigo todos os momentos, bons e ruins.

Ao professor Rodrigo Araújo Rodrigues, pela orientação neste trabalho, a confiança e credibilidade depositadas, pelas oportunidades dadas, e pela grande referência profissional que representou neste período de graduação.

Aos grandes mestres, Profs. Drs. Rosana Rosendo, Rachel Rodrigues, Carmem Catão, Angélica Sátyro, Amanda Lima, Luciana Gominho, Fabíola Galbiatti, Julierme Ferreira, Cadmo Wanderley, Rodrigo Ribeiro, e demais docentes do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, pelo conhecimento compartilhado para minha formação profissional. Aos funcionários da Clínica Escola de Odontologia da UFCG.

Aos meus amigos Samuel, Ivelton, Maria Isabel, Naiara, Izabelle, Mara e Bruno, aos quais devo muito do mérito desta conquista, por terem suportado comigo todas as dificuldades acadêmicas, pessoais e profissionais; por terem tornado possíveis bons momentos, de alegria e de superação; e pelo orgulho e satisfação de ter feito parte deste pequeno grupo, digno de tudo que há de melhor. A dona Amélia Serpa e Marcos Antônio de Farias (seu Baquita), pelo apoio e pela representação das figuras paternas para toda a turma.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização dessa importante conquista.

RESUMO

A doença periodontal, quando em estados mais avançados, pode provocar sérios problemas à saúde bucal, sendo um deles a possibilidade de perda dos dentes, e apesar da realização de procedimentos periodontais, o sucesso restaurador pode não ser obtido, sendo necessária a associação com procedimentos cirúrgicos e protéticos para se obter uma reabilitação adequada. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma modalidade terapêutica de reabilitação de uma paciente que, devido à doença periodontal, teve indicação de múltiplas exodontias, descrevendo os passos clínicos para a reabilitação nesses casos. Nas situações onde a possibilidade de manutenção dos dentes esteja inviabilizada, as próteses imediatas são boas opções de tratamento. Portanto, para garantir o sucesso de uma reabilitação, muitas vezes é necessário um planejamento detalhado e uma abordagem multidisciplinar nos tratamentos odontológicos, a fim de considerar pontos de várias especialidades, para poder definir os melhores procedimentos e atender adequadamente às necessidades do paciente, como estética, função e autoestima, tendo em vista suas limitações anatômicas e financeiras.

Palavras-Chave: Prótese Dentária; Prótese Total Imediata; Periodontia; Reabilitação bucal

ABSTRACT

Periodontal disease, when in more advanced states, can cause serious oral health problems, one of them is the possibility of losing teeth, and despite performing periodontal procedures, restorative success may not be obtained, requiring the association with prosthetic and surgical procedures in order to obtain a proper rehabilitation. This thesis aims to present a therapeutic modality for rehabilitation of a patient who, due to periodontal disease, had indication of multiple tooth extractions, describing the steps for clinical rehabilitation in these cases. In situations where the possibility of maintenance of the teeth is unviable, immediate dental prosthesis are good treatment options. Therefore, to ensure the success of a rehabilitation, it is often necessary do a detailed planning and a multidisciplinary approach in dental treatments, in order to consider points of various specialties, in order to define the best procedures and meet properly the needs of the patient, such as aesthetics, function and self-esteem, with a view to their anatomical and financial limitations.

Keywords: Dental Prosthesis; Denture Complete Immediate; Periodontics; Mouth Rehabilitation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aspecto clínico inicial da paciente na Clínica de Prótese do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, após passar por terapia periodontal na arcada superior.	18
Figura 2 – Radiografias periapicais das regiões anteriores e posteriores da arcada superior.	19
Figura 3 – Radiografias periapicais das regiões anteriores e posteriores da arcada inferior.	19
Figura 4 – Base de prova inferior e planos de cera adaptados no modelo inferior.	20
Figura 5 – Base de prova superior e planos de cera adaptados no modelo superior	21
Figura 6 – Prova na boca da paciente da base de prova superior com os planos de cera, adaptados na arcada superior.	21
Figura 7 – Montagem dos modelos superior e inferior, juntamente com as bases de prova e planos de cera em articulador semi-ajustável.	22
Figura 8 – Dentes montados em cera nas bases de prova superior e inferior.	23
Figura 9 – Remoção dos elementos 41, 42, 43, 31 e 32 do modelo de gesso inferior com o auxílio de brocas de corte cruzado tipo maxicut e minicut, para montagem de um plano de cera nessa região.	23
Figura 10 – Remontagem dos modelos de gesso superior e inferior no articulador semi-ajustável, com os dentes montados e adaptados em cera nas respectivas bases.	24
Figura 11 – Próteses finalizadas e prontas para serem instaladas.	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASA	Articulador Semi-ajustável
ISS	Índice de Sangramento à Sondagem
PPR	Prótese Parcial Removível
PSR	Índice Periodontal Simplificado
PT	Prótese Total
PTI	Prótese Total Imediata

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	GERAL	12
2.2	ESPECÍFICOS	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
4	RELATO DE CASO CLÍNICO	18
4.1	ANAMNESE E EXAME FÍSICO	18
4.2	PLANEJAMENTO	19
4.3	TRATAMENTO PROPOSTO	19
4.4	TRATAMENTO CIRÚRGICO	24
4.5	PROSERVAÇÃO	24
5	DISCUSSÃO	25
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
	REFERÊNCIAS	30
	ANEXO	33

1 INTRODUÇÃO

Dieta cariogênica e higienização bucal deficiente, associados a fatores biológicos e não-biológicos, provocam a cárie e periodontopatias, que são as ocorrências patológicas mais prevalentes na cavidade oral (BARBATO et al., 2007), que associados a determinantes culturais, socioeconômicos e a má qualidade de muitos tratamentos oferecidos (ZARB et al., 2006) são responsáveis pela maioria das perdas dentárias, afetando a estética, mastigação, deglutição, digestão e fonação do indivíduo, além da influência no relacionamento interpessoal, e gerando também alterações comportamentais, que interferem no bem estar, qualidade de vida e autoestima (BARBATO et al., 2007).

No Brasil, apesar da diminuição do número de extrações, as dificuldades de acesso ao tratamento odontológico adequado provocam perdas desnecessárias de dentes em boa parte da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Aparentemente, entre as mulheres, é mais frequente a perda de dentes e uso de próteses dentárias a partir dos 30 anos. Isto se deve ao fato de haver uma maior preocupação feminina com a estética, e portanto, com a substituição de dentes considerados estragados por um sorriso harmonioso (SCELZA et al., 2003).

Para indivíduos desdentados, a reposição da dentição por meio de próteses é importante para a sua reinserção na sociedade, já que as próteses dentárias devolvem função mastigatória, estabilidade muscular, articular e estética (SZENTPÉTERY et al., 2005), que é grande exigência nos dias atuais.

Algumas vezes, quando há um prognóstico de tratamento restaurador desfavorável, a manutenção dos dentes remanescentes torna-se um empecilho à estética facial e função oral do indivíduo, por exemplo, quando na presença de doença periodontal avançada com perda de suporte ósseo. Nestes casos, a modalidade de tratamento que se mostra mais vantajosa é aquela realizada substituindo a dentição por próteses imediatas (TURANO; TURANO; TURANO, 2012), sejam elas Próteses Totais Imediatas (PTI), bem como as Próteses Parciais Removíveis (PPR) provisórias adaptadas com fio ortodôntico.

A prótese total imediata e a prótese parcial removível provisória são aparelhos confeccionados antes das extrações dos dentes naturais do paciente. Nesse tipo de reabilitação oral, há uma combinação de procedimentos cirúrgicos concomitantes à execução da prótese, de tal forma que a remoção dos dentes remanescentes e eventuais manobras de regularização óssea serão executadas no mesmo ato clínico da instalação das próteses (CORRÊA, 2005).

Diante do supracitado, este trabalho tem como objetivo relatar por meio de um caso clínico, as características e a reabilitação oral com próteses imediatas através de uma abordagem multidisciplinar, de uma paciente que, devido à doença periodontal avançada, teve indicação de exodontia de todos os elementos dentais superiores remanescentes e alguns inferiores.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Apresentar uma modalidade terapêutica de reabilitação de uma paciente que, devido à doença periodontal, teve indicação de múltiplas exodontias.

2.2 ESPECÍFICOS

- Evidenciar a necessidade do conhecimento de periodontia, cirurgia, oclusão e prótese para a reabilitação de pacientes com doença periodontal avançada, com prognóstico restaurador desfavorável;
- Descrever os passos clínicos para a reabilitação protética de pacientes com doença periodontal avançada, quando há necessidade de exodontia dos elementos acometidos;
- Devolver a autoestima, fonética, estética e função com a reabilitação protética desta paciente;
- Enfatizar a importância das modalidades protéticas imediatas como método de reabilitação pós exodontias.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Tratamentos não ou mal executados de problemas como cárie, doença periodontal, trauma oclusal ou parafunções podem provocar perdas dentárias (GALHARDO et al., 2008), que por sua vez afetam estética, convivência social e a autoestima dos pacientes (BARBATO et al., 2007). A avaliação dos aspectos gerais físicos e psicológicos do paciente são tão importantes para a reabilitação quanto a análise da condição bucal (PINELLI, 2001), bem como identificar as reais necessidades do paciente em meio às diversas opções de tratamento (MELETI et al., 2002). Por isso, em alguns casos se faz necessário lançar mão de um planejamento multidisciplinar criterioso para obtenção de uma boa reabilitação, para a satisfação estética e funcional do paciente, restabelecendo assim a autoestima do mesmo (SOARES et al., 2004), e que resultarão em tratamentos de sucesso para paciente e profissional (MUKAI et al., 2010).

A qualidade dos alimentos ingeridos e a quantidade de nutrientes piora conforme diminui a quantidade de dentes presentes (SHEIHAM et al., 2001), portanto, a reabilitação dos elementos ausentes com peças protéticas permite significativa melhora da capacidade mastigatória e nutricional (BISPO et al., 2010).

Profissionais e pacientes têm buscado cada vez mais opções de tratamentos reabilitadores que visem a obtenção de um sorriso estético e agradável (SILVA et al., 2013). O aparelho protético mais comum na reabilitação de pacientes totalmente edêntulos é a Prótese Total (PT) removível, que é também a modalidade reabilitadora com o pior prognóstico, devido à redução em altura do rebordo provocada pela reabsorção óssea e por ser totalmente suportada pela mucosa que reveste o rebordo ósseo, principalmente quando se trata da arcada mandibular, o que por sua vez compromete a retenção e a estabilidade da prótese (LIDDELOW; HENRY, 2007).

A prótese mediata é confeccionada após a exodontia dos dentes, enquanto a imediata é confeccionada antes das extrações dos remanescentes dentários, principalmente os anteriores, (CUNHA; MARCHINI, 2014), o que não acontecia, já que pacientes ainda com remanescentes dentários com indicação para exodontia submetiam-se à cirurgia e aguardavam a cicatrização completa do rebordo, para só então serem reabilitados proteticamente (DISCACCIATI et al., 2012). Portanto, as opções para que o paciente mantenha sua estrutura bucal normal enquanto aguarda a confecção de sua prótese definitiva, são as próteses imediatas (CUNHA; MARCHINI, 2014), já que completam os espaços edentados durante

esse tempo, quando o paciente, por motivos estéticos ou funcionais, não possa ficar desdentado (TURANO; TURANO; TURANO, 2012).

Algumas vantagens desses tipos de próteses são: melhora na ação de medicamentos, devido sua retenção na prótese; manutenção da vida social, profissional e familiar do paciente sem prejuízos; redução de hemorragias (CORRÊA, 2005); tratamento menos dolorido, devido a proteção exercida pelas próteses; prevenção de contaminação das feridas cirúrgicas; proporciona a formação de uma base protética mais uniforme, já que a reabsorção da área basal é mais lenta e ordenada; redução do período de restrição alimentar (CUNHA; MARCHINI, 2014). Além de vantagens como diminuição no tempo operacional da reabilitação; menor gasto financeiro; reabilitação de estética e função; melhora na autoestima; permanência do paciente no convívio social; facilidade de higienização; reduzida dificuldade para reparos; manutenção das relações maxilomandibulares, estabilidade oclusal, condição muscular, posição condilar e extensão dos movimentos mandibulares; bem como a transmissão de cargas aos dentes remanescentes, no caso da prótese parcial removível (COSTA, 2002).

Outras vantagens da reabilitação com esses aparelhos são a manutenção da dimensão vertical; o impedimento da expansão da língua e preservação da anatomia normal do paciente; possibilidade de alterações estéticas e correção de rugas, propiciando aparência mais natural (TERRIL, 1951); maior comodidade; restabelecimento imediato da fonação; mudança da dentição natural para artificial menos perceptível, devido o menor tempo de adaptação; e supressão de colapso do sistema neuromuscular e articulação temporomandibular (ANDERSON; STORES, 1973).

Algumas desvantagens das próteses imediatas envolvem a dificuldade de fonação e desconforto temporários, em decorrência do volume e peso da armação; complexidade da técnica laboratorial; necessidades de ajustes da armação e da oclusão; estética deficiente com ausência da prótese; possibilidade de desadaptação, descoloração, desgaste e fratura do material estético; e a facilidade do desenvolvimento de cáries e periodontopatias (CASTILHO; LAMAR; ERCOLI, 2002).

A Síndrome de Kelly ou da Combinação é a denominação do estado em que o paciente apresenta-se com edentulismo total superior e parcial inferior (CABIANCA, 2002; NOGUEIRA, 2002). As características clínicas são as reabsorções ósseas da pré-maxila e da região edentada mandibular, hiperplasia papilar do palato, extrusão dos remanescentes dentários inferiores e aumento das tuberosidades (GOYATÁ et al., 2009).

A reabilitação protética precisa, com frequência, de uma adequação cirúrgica dos tecidos de sustentação remanescentes, para suportar sem prejuízos e melhor adaptada, a reposição dentária através de aparelhos protéticos (TUCKER, 2009), devendo o planejamento de uma futura prótese ser sempre realizado antes de qualquer exodontia dentária.

Cirurgias pré-protéticas são procedimentos realizados para proporcionar ou melhorar a adaptação de uma prótese que deverá ser instalada, eliminando, por exemplo, protuberâncias ósseas ou inserções musculares altas que atrapalhem a adaptação da prótese (DISCACCIATI et al., 2012), de forma atraumática, evitando qualquer injúria, conservando tecido ósseo e tecido mole, e mantendo-se o máximo de altura e espessura óssea para promover uma boa adaptação, retenção e estabilidade do aparelho (ARAÚJO; GABRIELLI; MEDEIROS, 2007).

O tratamento cirúrgico pré-protético sempre deve começar com um detalhado exame físico, história do paciente e a avaliação da área de suporte da prótese, como a forma e altura da crista óssea. Radiografias apropriadas são parte importante no diagnóstico inicial e do plano de tratamento, pois podem revelar lesões ósseas patológicas, dentes impactados ou partes de raízes residuais, padrão ósseo do rebordo alveolar, tamanho e pneumatização do seio maxilar (TUCKER, 2009).

A Alveoloplastia é o procedimento cirúrgico que, feita com pinça-goiva, lima para osso ou broca para osso em peça de mão, após a remoção de todos os elementos, corrige as irregularidades dos rebordos alveolares a fim de prepará-los para o recebimento de uma prótese (MARZOLA, 2008). Após o procedimento, não deve permanecer nenhuma aresta cortante ou protuberâncias ósseas grosseiras que possam bloquear a trajetória da inserção da prótese, na área da crista alveolar, vestíbulo bucal ou abóbada palatina (TUCKER, 2009). Normalmente após a cirurgia ocorre reabsorção óssea, gerando desadaptação e fazendo com que a borda anterior da prótese provoque traumas no rebordo, sendo necessários ajustes por desgaste e reembasamentos, o que melhora a sua estética (SHIBAYAMA et al., 2006).

Para as reabilitações com próteses imediatas, os atos cirúrgicos ocorrem associados à adaptação do aparelho protético, sendo a remoção dos remanescentes dentários e possíveis procedimentos de regularização óssea executados na mesma sessão da instalação do aparelho, caracterizando-se num procedimento cirúrgico-protético. Desta forma, o paciente não perde seu *status* de indivíduo “dentado”, permitindo ao mesmo manter normalmente o seu convívio social e familiar (CORRÊA, 2005).

As indicações e contraindicações das próteses imediatas dependem de fatores psicológicos, sociais e funcionais (TELLES; COSTELLUCI, 2009), bem como da saúde geral e idade do paciente (WALBER, 1990), impossibilidade de aproveitamento dos dentes naturais

(CORRÊA, 2005), indisposição de tempo a perder de convívio social (MELETI et al., 2002), além de periodontopatias avançadas e baixo custo dos aparelhos (TURANO; TURANO; TURANO, 2012).

Em estágios mais avançados, a doença periodontal destrói os tecidos de sustentação, podendo provocar a perda dentária, prejudicando função e estética (BALDISSEROTTO et al., 2006). Mesmo os dentes remanescentes submetidos à terapia periodontal, algumas vezes podem apresentar perda de inserção severa e hiper mobilidade (GLANTZ; NYMAN, 1982), indicando a necessidade de um tratamento reabilitador protético, podendo as Próteses Parciais Removíveis (PPR) mediatas ou provisórias imediatas serem favoráveis a estes pacientes, pois estabilizam os dentes remanescentes e reabilitam os espaços edentados, devolvendo função e estética (SOUZA; SILVA; LELES, 2009). Quando a indicação de remoção for de todos os elementos remanescentes na arcada, a Prótese Total Imediata (PTI) se torna a melhor opção, pois esta é confeccionada antes da remoção dos dentes e instalada ao término do ato cirúrgico, promovendo proteção da ferida cirúrgica, evitando qualquer alteração das estruturas faciais e mantendo as funções mastigatórias, fonéticas e estéticas, bem como o conforto psicológico e o *status* social, através da manutenção do estado dentado do paciente (TAMAKI, 1983).

Em casos onde não sejam necessários muitos dentes pilares, que os mesmos não possuam mobilidade e quando na presença de espaços protéticos extensos, as PPRs são mais favoráveis quando comparadas a próteses fixas, pois não expõem os demais elementos a possíveis complicações, como fratura da prótese ou desgastes excessivos dos pilares (GLANTZ; NYMAN, 1982), e quando comparadas às próteses totais, pois quando possível, permitem a manutenção de alguns elementos, fornecendo uma melhor função mastigatória e uma menor reabsorção óssea, reduzida a menos da metade quando comparadas às totais. Portanto, em situações em que sejam possíveis a manutenção de dentes, possuindo suporte e localização adequados para instalação de uma PPR, esta deve ser a opção (SOUZA; SILVA; LELES, 2009), já que promove menores alterações oclusais.

Uma vez diagnosticada clínica e radiograficamente a necessidade de exodontia de todos os elementos dentários de uma determinada arcada, devemos nos preocupar com a manutenção da maior quantidade possível de osso alveolar para retenção da futura prótese total a ser confeccionada. Além de uma cirurgia atraumática, instalação de próteses totais imediatas é fundamental, pois proporcionam um rebordo mais satisfatório que em pacientes submetidos à cicatrização normal. Estas medidas proporcionam a diminuição da reabsorção óssea alveolar, principalmente nos quatro primeiros meses após a cirurgia, onde ocorre com maior intensidade. Esse resultado deve-se ao fato da PTI substituir o suporte proporcionado

pelos dentes, à língua e à mucosa jugal, evitando forças excessivas sobre os alvéolos provocadas por estas (CUNHA; MARCHINI, 2014). Também se deve ao fato da produção de potenciais elétricos, os quais estimulam a osteogênese e diminuem a ação osteoclástica nas paredes do alvéolo, mantendo o formato enquanto ocorre a cicatrização óssea estimulada pelo coágulo (JOHNSON, 1986).

Após a instalação das próteses imediatas é importante a realização de alguns cuidados, como consultas periódicas, ajustes, reembasamentos e orientações de higienização das peças (TELLES; COSTELLUCI, 2009), pois o tempo de vida do aparelho protético e a saúde dos tecidos gengivais e elementos remanescentes, quando presentes, estão relacionados à uma boa higienização (KAZUO et al., 2008). A higiene do aparelho é simplificada quando esta possui um bom polimento e adequadas dimensões, o que também estimula o paciente a permanecer com a prótese sempre limpa, caso contrário, cabe ao profissional verificar se a deficiência é do desenho da peça protética ou da capacidade de higienização do paciente (PIMENTEL et al., 2013).

A definição de um tratamento frente às alternativas disponíveis consiste em reconhecer e pesar as necessidades do paciente e as possibilidades de sucesso clínico com os diferentes tipos de prótese (BALDISSEROTTO et al., 2006). Portanto, o planejamento multidisciplinar, a anamnese, o exame clínico e os exames complementares são fundamentais para um tratamento reabilitador bem sucedido, seja com próteses removíveis ou implantossuportadas, que venham a devolver função mastigatória, fonética e estética ao paciente, bem como preservar a saúde dos tecidos adjacentes (SILVA et al., 2013). Uma boa análise das assimetrias faciais também pode evitar o comprometimento estético e da adaptação da prótese pelo paciente, o que influencia no sucesso da reabilitação (PEGORARO et al., 2013).

O caso descrito mostra uma situação típica de necessidade de reabilitação imediata estética e funcional de uma paciente de baixo poder econômico, com periodontite avançada, espaços edêntulos e indicação de remoção de vários elementos remanescentes (FRANCISCHONE et al., 2002).

Diante do contexto, o tratamento reabilitador proposto neste relato de caso de uma paciente com periodontopatia avançada, foi a terapia periodontal para estabilização da periodontopatia, cirurgia pré-potética envolvendo a exodontia de 11 elementos dentários, regularização óssea, finalizando com a confecção de uma prótese total imediata superior e uma prótese parcial removível provisória inferior, que devolveram a saúde bucal mantendo função e estética oral da paciente.

4 RELATO DE CASO CLÍNICO

4.1 ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente gênero feminino, 36 anos, melanoderma, apresentou-se à Clínica de Prótese do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, queixando-se de um escurecimento na superfície de todos os elementos dentários, além de mobilidade, e desejando a reabilitação protética dos elementos ausentes.

Durante a realização do exame clínico inicial, pôde-se observar que a paciente é cardiopata e apresentava um quadro de bипrotrusão anterior. No exame periodontal, pode-se observar uma gengiva avermelhada, lisa e flácida, grandes áreas de recessão gengival e mobilidade severa nos elementos dentários 11, 12, 13, 17, 21, 23, 31, 32, 41, 42, e 43, sangramento gengival com presença de exsudato e grande quantidade de cálculo dentário com pigmentação escurecida em vários elementos (Figura 1). O Índice de Sangramento à Sondagem (ISS) foi 82,14 e o Índice Periodontal Simplificado (PSR) apresentou escore 4, indicando a presença de bolsa periodontal profunda, chegando a um diagnóstico de doença periodontal crônica generalizada.

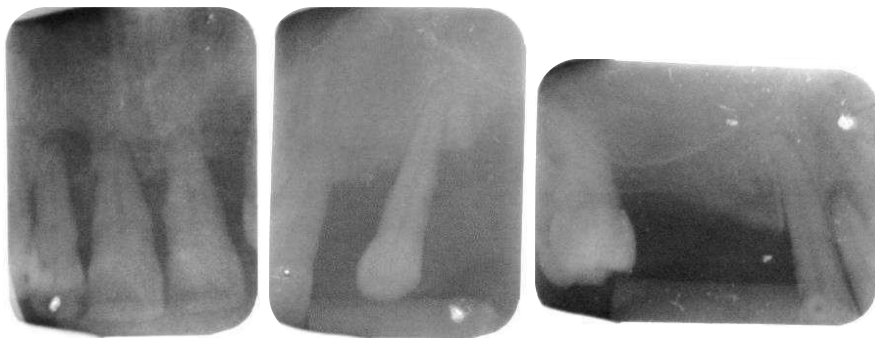
Figura 1 – Aspecto clínico inicial da paciente na Clínica de Prótese do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, após passar por terapia periodontal na arcada superior.



Fonte: Do autor

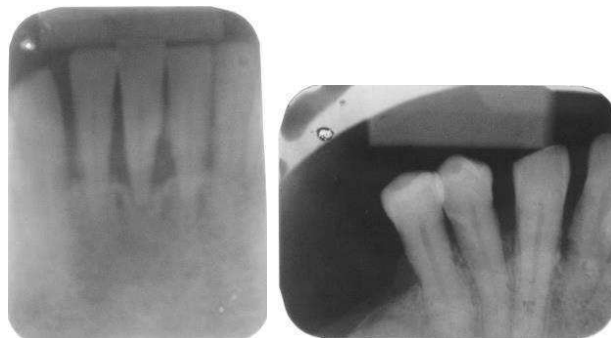
Ao realizar exames radiográficos periapicais de todos os elementos dentários remanescentes (Figuras 2 e 3), verificou-se uma grande área de reabsorção do osso alveolar e perda de inserção óssea dos mesmos.

Figura 2 – Radiografias periapicais das regiões anteriores e posteriores da arcada superior.



Fonte: Do autor

Figura 3 – Radiografias periapicais das regiões anteriores e posteriores da arcada inferior.



Fonte: Do autor

4.2 PLANEJAMENTO

Foram realizados exames físicos intra e extraorais, exames radiográficos, além de moldagens preliminares, com alginato e moldeiras de estoque, superior e inferior, para obtenção dos modelos de estudo em gesso pedra e o posterior planejamento da modalidade reabilitadora que melhor atendesse às necessidades do caso em questão, tendo como indicação duas próteses imediatas. Para a execução deste tratamento, serão necessários procedimentos cirúrgicos de exodontias e regularização dos rebordos ósseos alveolares. Devido ao quadro apresentado de cardiopatia não controlada, foram solicitados os seguintes exames complementares: glicemia, hemograma e coagulograma.

4.3 TRATAMENTO PROPOSTO

Inicialmente, na Clínica de Periodontia da Clínica Escola de Odontologia da UFCG, foi feita a remoção mecânica do cálculo presente na arcada superior para estabilizar a doença periodontal e reduzir o grau de inflamação gengival, mas com um prognóstico desfavorável, pois não foi possível reverter o quadro causado pela doença periodontal.

Como tratamento à paciente, foi proposto a remoção cirúrgica de todos os elementos dentários superiores (11, 12, 13, 17, 21 e 23) e alguns inferiores (41, 42, 43, 31 e 32) que apresentaram uma condição periodontal insatisfatória e com prognóstico desfavorável para permanecerem na boca.

Para reabilitação protética desta paciente, foram confeccionadas uma prótese total imediata superior e uma prótese parcial removível provisória inferior com grampos adaptados, adotando os seguintes passos clínicos:

- O primeiro procedimento laboratorial realizado foi a confecção das bases de prova em resina acrílica e planos de cera superior e inferior (Figuras 4 e 5). Logo em seguida, a realização da prova destes na boca da paciente (Figura 6), utilizando o compasso de Willis para fazer a medição da dimensão vertical de oclusão (DVO), tomando como referência a DVO existente. Posteriormente, realizou-se a escolha da cor e do tamanho dos dentes, usando os dentes naturais como referência.

Figura 4 – Base de prova inferior e planos de cera adaptados no modelo inferior.

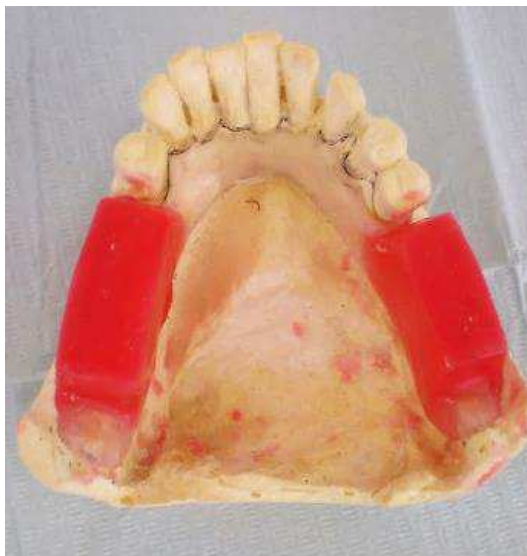


Figura 5 – Base de prova superior e planos de cera adaptados no modelo superior



Fonte: Do autor

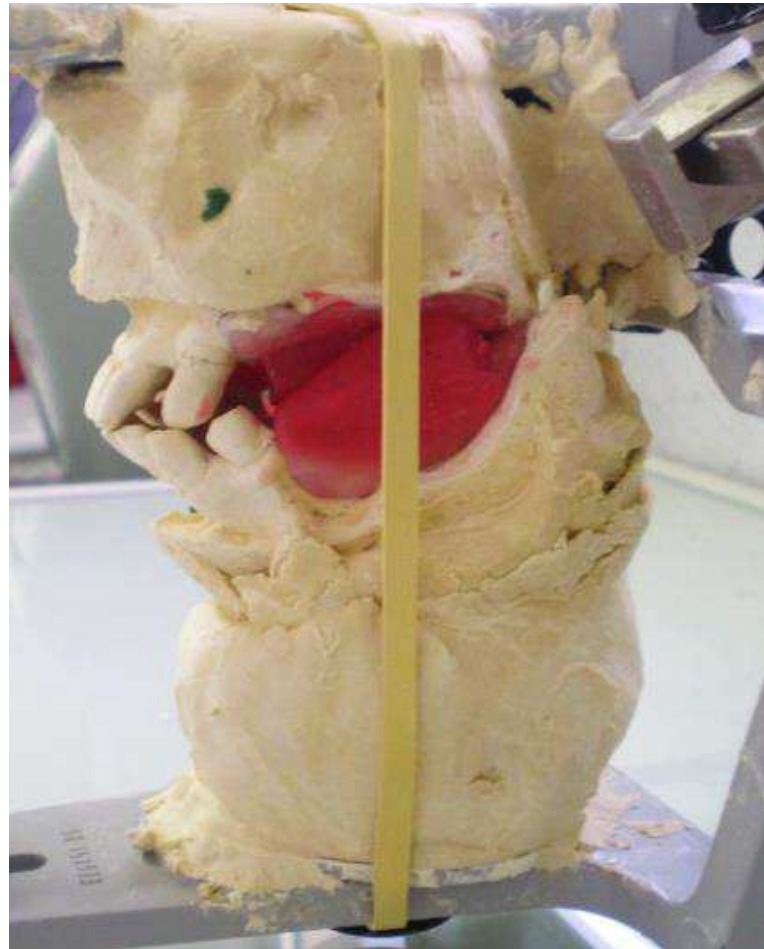
Figura 6 – Prova na boca da paciente da base de prova superior com os planos de cera, adaptados na arcada superior.



Fonte: Do autor

- Em seguida foi realizada a tomada de registro do arco facial e montagem dos modelos superior e inferior, juntamente com base de prova e planos de cera em articulador semi-ajustável (ASA) (figura 7), e enviados em seguida para o laboratório de prótese para a montagem dos dentes artificiais.

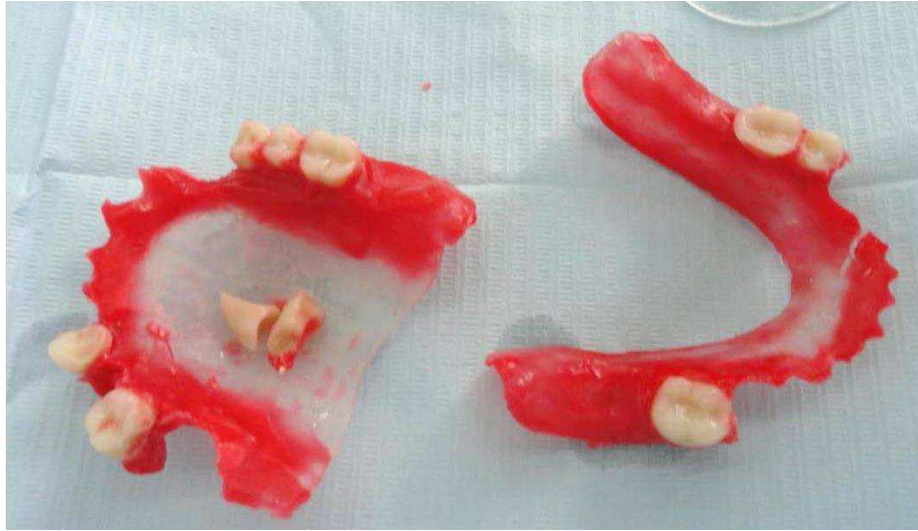
Figura 7 – Montagem dos modelos superior e inferior, juntamente com as bases de prova e planos de cera em articulador semi-ajustável.



Fonte: Do autor

- Na sessão seguinte foi feita a prova dos dentes artificiais montados em cera e os ajustes necessários (Figura 8). Os elementos 41, 42, 43, 31 e 32 foram removidos do modelo de gesso com o auxílio de brocas de corte cruzado tipo maxicut e minicut (Figura 9), para montagem de um plano de cera nessa região, que serviu de referência para a montagem da PTI superior, removendo dessa forma a biprotrusão existente. Os elementos 33, 34, 44 e 45 foram preservados, pois serviram como pilares de retenção para a PPR inferior provisória. Os modelos superior e inferior foram montados novamente em ASA (Figura 10), e enviados para o laboratório de prótese, removendo-se os elementos 11, 12, 13, 17, 21 e 23 do modelo superior, para confeccionar a prótese total imediata.

Figura 8 – Dentes montados em cera nas bases de prova superior e inferior.



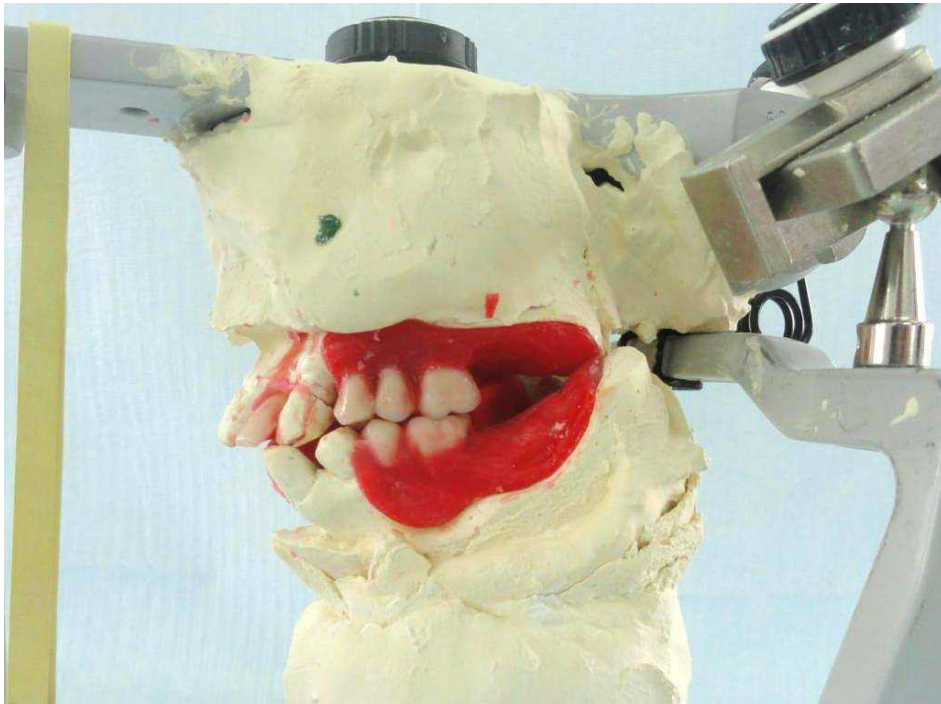
Fonte: Do autor

Figura 9 – Remoção dos elementos 41, 42, 43, 31 e 32 do modelo de gesso inferior com o auxílio de brocas de corte cruzado tipo maxicut e minicut, para montagem de um plano de cera nessa região.



Fonte: Do autor

Figura 10 – Remontagem dos modelos de gesso superior e inferior no articulador semi-ajustável, com os dentes montados e adaptados em cera nas respectivas bases.



Fonte: Do autor

4.4 TRATAMENTO CIRÚRGICO

O passo seguinte foi a realização de uma cirurgia para exodontia de 11 elementos dentários, sendo 06 superiores (11, 12, 13, 17, 21 e 23) e 05 inferiores (41, 42, 43, 31 e 32), e alveoplastia para regularização e remoção de espículas ósseas dos rebordos alveolares, a fim de dar condição de assentamento adequado às próteses imediatas previamente confeccionadas.

Devido ao quadro de cardiopatia não controlada, foi realizada profilaxia antibiótica com 2g de amoxicilina 1 hora antes do procedimento cirúrgico.

Ainda nesta sessão, foram instaladas e adaptadas as próteses imediatas finalizadas (Figura 11), havendo ajustes com broca de corte cruzado em peça de mão e reembasamentos.

Foram indicados à paciente todos os cuidados necessários para uma adequada recuperação cirúrgica, como: não retirar o aparelho nas primeiras 24 horas e nem ocluir com força para evitar a sobrecompressão na ferida cirúrgica; ingerir alimentação líquida e fria nas primeiras horas; aplicar compressas frias de 01 hora, com intervalo de 15 minutos; e a paciente foi instruída a utilizar analgésicos em caso de dor.

Figura 11 – Próteses finalizadas e prontas para serem instaladas.



Fonte: Do autor

4.5 PROSERVAÇÃO

O acompanhamento da paciente iniciou-se na semana seguinte com a retirada das suturas e verificação da cicatrização. Dois meses após o ato cirúrgico, tempo necessário para cicatrização e reabsorção óssea fisiológica pós-exodontias, foi feito reembasamento das próteses, para que melhor se acomodassem à remodelação óssea ocorrida, melhorando a adaptação das próteses nos rebordos e eliminando qualquer fator que esteja causando incômodo.

5 DISCUSSÃO

Apesar do foco na Odontologia preventiva, atualmente grande parte da população ainda não possui acesso a um serviço odontológico de qualidade e, em consequência dessa deficiência, acabam tendo sérios problemas que comprometem sua saúde bucal. Tratamentos não ou mal executados para problemas como cárie, doença periodontal, trauma oclusal ou parafunções podem provocar perdas dentárias (GALHARDO et al., 2008) que, por sua vez, prejudicam o aspecto estético, e conseqüentemente o convívio social. Tratamentos bem executados, são importantes tanto para prevenir ou reverter estes quadros, quanto para devolver a autoestima dos pacientes (BARBATO et al., 2007).

A avaliação dos aspectos gerais físicos e psicológicos do paciente são vistos por Pinelli (2001) como tão importantes para a reabilitação quanto a análise da condição bucal, enquanto Meleti et al. (2002) destacam a importância de identificar as reais necessidades do paciente em meio às diversas opções de tratamento. Por isso, Soares et al. (2004) enfatizaram a necessidade de um planejamento multidisciplinar criterioso para obtenção de uma boa reabilitação, para a satisfação estética e funcional do paciente, restabelecendo assim a autoestima do mesmo, que segundo Mukai et al. (2010), resultarão em tratamentos de sucesso para paciente e profissional.

Cunha e Marchini (2014) afirmam que, em algumas situações, a manutenção dos dentes remanescentes é inviável para o restabelecimento da saúde bucal e uma adequada reabilitação protética, para a qual é importante a conservação e proteção dos tecidos remanescentes no período de cicatrização. Por isso, a prótese total imediata apresenta-se como uma boa opção pós-cirúrgica para o bem estar do paciente, quando há indicação da remoção de todos os dentes. Galhardo et al. (2008) apontam que a prótese parcial removível imediata ainda é uma boa opção de reabilitação para pacientes parcialmente desdentados, e as próteses parciais removíveis imediatas quando houver indicação dessa condição, tendo em vista que nem todos os pacientes possuem condições fisiológicas ou financeiras para a realização tratamentos mais complexos.

Para Turano, Turano e Turano (2012), as próteses imediatas servem para completar os espaços edentados do arco dentário em pacientes que, por motivos estéticos ou funcionais, não podem ficar, ainda que por pouco tempo, desdentados.

O presente trabalho corrobora com Meleti et al. (2002) e Francischone et al. (2002), quanto a indicação de próteses imediatas, total superior e parcial removível inferior, que foram necessárias para a reabilitação da paciente, a qual encontrava-se com extenso

comprometimento dos periodontos de proteção e sustentação, periodontite avançada, bolsas periodontais profundas, ressecção gengival, reabsorção e perda de inserção óssea, além de uma má higiene bucal, associados aos componentes estético, pessoal e profissional, os quais inviabilizam um período desdentada, além da condição financeira da paciente e a urgência na sua recuperação.

Existem mais vantagens que desvantagens quanto à indicação das próteses imediatas. Para Corrêa (2005), algumas vantagens desses tipos de próteses são: melhora na ação de medicamentos, quando necessário, pois ficam retidos na prótese; manutenção da vida social, profissional e familiar do paciente sem prejuízos; e redução de problema com eventual hemorragia, devido ao tamponamento da própria prótese. Cunha e Marchini (2014) afirmam que o tratamento é geralmente menos dolorido, já que as áreas operadas estão protegidas pela prótese; a prótese ajuda a evitar contaminação das feridas cirúrgicas; proporciona a formação de uma base protética mais uniforme, já que a reabsorção da área basal é mais lenta e ordenada; reduz o tempo de restrição da alimentação do paciente, podendo voltar ao normal em poucas semanas; e concorda com Corrêa (2005), quanto ao auxílio no controle de hemorragias pós-cirúrgicas e a melhora na aplicação de medicamentos.

Costa et al. (2002) citam outras vantagens como diminuição no tempo operacional da reabilitação, menor gasto financeiro, reabilitação de estética e função, melhora na autoestima, permanência do paciente no convívio social, além da facilidade de higienização, reduzida dificuldade para reparos, manutenção das relações maxilomandibulares, da estabilidade oclusal, da condição muscular, da posição condilar e da extensão dos movimentos mandibulares, bem como a transmissão de cargas aos dentes remanescentes, no caso da prótese parcial removível.

Terril (1951) destaca ainda a manutenção da dimensão vertical, impedimento da expansão da língua e preservação da anatomia normal do paciente, possibilidade de alterações estéticas e correção de rugas, propiciando aparência mais natural. Anderson e Stores (1973), complementam citando maior comodidade, restabelecimento imediato da fonação, mudança da dentição natural para artificial menos perceptível, devido o menor tempo de adaptação, e supressão de colapso do sistema neuromuscular e articulação temporomandibular.

As desvantagens são poucas, para Turano, Turano e Turano (2012), visitas mais frequentes para ajustes, custo financeiro mais elevado, devido à vida relativamente curta desse tipo de prótese e à necessidade de confecção das próteses permanentes, ausência de prova estética, pouca adesão, principalmente nas áreas operadas e necessidade de reembasamento devido à retração cicatricial.

Para Castilho, Lamar e Ercoli (2002), são desvantagens das próteses imediatas: dificuldade de fonação e desconforto temporários, em decorrência do volume e peso da armação, complexidade da técnica laboratorial e ajustes da armação e da oclusão, estética deficiente com ausência da prótese, possibilidade de desadaptação, descoloração, desgaste e fratura do material estético, bem como a facilidade do desenvolvimento de cáries e periodontopatias. Corrêa (2005) considera uma das principais desvantagens o fato da possibilidade de haver alteração estética e a impossibilidade do paciente ter uma antevisão palpável do resultado, bem como a necessidade de modificações no arranjo e na montagem dos dentes, mas não considera desvantagem o relativo curto tempo de vida desses aparelhos, justificando que esse possível fato deve ser explicado e elucidado ao paciente antes da confecção da prótese.

Para Telles e Costelluci (2009), as indicações e contraindicações das próteses imediatas dependem de fatores psicológicos, sociais e funcionais, enquanto para Walber (1990) depende apenas da saúde e idade do paciente. Corrêa (2005) determina a impossibilidade em aproveitar dentes remanescentes como o principal fator indicador do uso desses aparelhos, Meleti et al. (2002) indicam próteses imediatas quando da indisposição de tempo a perder de atividades sociais e quando houver precariedade no estado de conservação da dentição remanescente, e para Turano, Turano e Turano (2012) a determinação se dá pela presença de dentes e periodontopatias, além do baixo custo financeiro da confecção dos aparelhos, que favorecem pacientes com baixo nível socioeconômico.

As contraindicações, segundo Walber (1990), dependem das condições como má-oclusões, mucosas hiperplásicas e outras situações como doentes mentais, pacientes diabéticos, cardíacos, hemofílicos e com saúde debilitada, além de pacientes em tratamento com radioterapia, pois há o risco do uso da prótese proporcionar o desenvolvimento de osteorradionecrose.

Sheiham et al. (2001) afirmam que a qualidade dos alimentos ingeridos e a quantidade de nutrientes piora conforme diminui a quantidade de dentes presentes, com isso Bispo et al. (2010) determinam que a reabilitação dos elementos faltantes com peças protéticas permite significativa melhora da capacidade mastigatória, e portanto, da capacidade de ingestão de nutrientes.

Telles e Costelluci (2009) destacaram a importância dos cuidados pós-instalação da prótese imediata, como consultas periódicas, ajustes e reembasamentos para promover melhor adaptação e estabilização, bem como orientações de higienização, pois segundo Kazuo et al.

(2008) o tempo de vida do aparelho protético e a saúde dos tecidos gengivais e elementos remanescentes, quando houver, estão relacionados à uma boa higienização.

O caso descrito, assim como em Francischone et al. (2002) e Meleti et al. (2002), mostra uma situação típica de necessidade de reabilitação imediata estética e funcional de uma paciente de baixo poder econômico, com periodontite avançada, espaços edêntulos e indicação de remoção de vários elementos remanescentes.

Segundo Silva et al. (2013), o planejamento multidisciplinar, a anamnese, o exame clínico e os exames complementares são fundamentais para um tratamento reabilitador bem sucedido, seja com próteses removíveis ou implantossuportadas, que venham a devolver função mastigatória, fonética e estética ao paciente, bem como preservar a saúde dos tecidos adjacentes, assim como Pegoraro et al. (2013) afirmaram que uma boa análise das assimetrias faciais pode evitar o comprometimento estético e a adaptação da prótese pelo paciente, bem como a articulação temporomandibular e a reabsorção do rebordo alveolar tem relação com a dimensão vertical e influenciam no sucesso da reabilitação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em casos em que, por doença periodontal, trauma ou outro motivo, haja a impossibilidade de manutenção de elementos dentários e a indicação de exodontia de muitos ou todos os dentes presentes em uma arcada, as reabilitações imediatas se fazem necessárias, pelas diversas vantagens expressas neste trabalho. Quando o paciente apresenta condição econômica menos favorecida e não há possibilidade da realização de tratamentos mais complexos com implantes e próteses fixas sobre estes, a reabilitação mais indicada é através das próteses imediatas, sejam elas totais ou parciais removíveis.

O tratamento proposto para o caso em questão foi a confecção de próteses imediatas para reabilitação das arcadas superior e inferior, respectivamente, e proporcionou à paciente o restabelecimento de padrões aceitáveis de função, estética, fonética e conforto, bem como a restauração da autoestima e a manutenção do convívio social inalterada.

Constatou-se portanto, no presente trabalho, a importância de um planejamento detalhado e uma abordagem multidisciplinar nos tratamentos odontológicos, podendo considerar pontos de diversas especialidades como a cirurgia, prótese, oclusão e periodontia, garantindo assim o sucesso da reabilitação e atendendo melhor às necessidades do paciente, tendo em vista as peculiaridades de cada caso.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, J. N.; STORES, R. **Immediate and replacement dentures**. London: Blackwell Scientific Publications, 1973. 264p.
- ARAÚJO, A.; GABRIELLI, M. F. R.; MEDEIROS, P. J. **Aspectos atuais da cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial**. 1 ed., São Paulo: Editora Santos, 2007. 322p.
- BALDISSEROTTO, S. M. et al. Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com sequela de doença periodontal. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 21, n. 53, 2006.
- BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.
- BISPO, C. G. C. et al. Estética imediata provisória em paciente idoso. **Odontologia Clínico-Científica**, Recife, v. 9, n. 4, p. 381-384, 2010.
- CABIANCA, L. M.; GUEDES, C. G.; ZANETTI, A. L. Síndrome da Combinação: relato de um caso clínico. **Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**, Curitiba, v. 6, n. 31, p. 45-48, 2002.
- CASTILHO, R. D.; LAMAR J. R. F.; ERCOLI, C. Maxillary and mandibular overlay removable partial dentures for the treatment of posterior open-occlusal relationship: A clinical report. **Journal of Prosthetic Dentistry**, Minneapolis, v. 87, n. 6, p. 587-592, 2002.
- CORRÊA, G. A. **Prótese Total Passo a Passo**. 1 ed., São Paulo: Editora Santos, 2005. 216p.
- COSTA, M. M. et al. Overlays: Próteses provisórias orientadoras de reabilitação oral. **PCL Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, Curitiba, v. 4, n.17, p. 8-16, 2002.
- CUNHA, V. P. P.; MARCHINI, L. **Prótese Total Contemporânea na Reabilitação Bucal**. 2 ed., São Paulo: Editora Santos, 2014. 268p.
- DISCACCIATI, J. A. C. et al. CPOver: programa de extensão em cirurgia oral pré-protética, prótese total imediata e overdentures sobre implantes. **Revista Extensão**, Cruz das Almas, v. 2, n. 1, p. 11-29, 2012.
- FRANCISCHONE C. E. et al. Controlled orthodontic extrusion to create gingival papilla: a case report. **Quintessence International**, Chicago, v. 33, n. 8, p. 561-565, 2002.
- GALHARDO, A. P. M. et al. Reabilitação oral por meio de prótese parcial removível associada à Barra de Dolder: uma visão interdisciplinar. **RPG – Revista de Pós Graduação da FOU SP**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 71-76, 2008.
- GLANTZ, P. O.; NYMAN, S. Technical and biophysical aspects of fixed partial dentures for patients with reduced periodontal support. **Journal Prosthetic Dentistry**, Saint Louis, v. 47, n. 1, p. 47-51, 1982.

GOYATÁ, F. R. et al. Reembasamento em Prótese Total: Relato de Caso Clínico. **Dental Science**, Iporã, v. 3, n. 9, p. 39-46, 2009.

JOHNSON, K. The immediate maxillary full denture. III. The role of the immediate denture. **Australian Dental Journal**, [S.I.], v. 31, n. 3, p. 181-186, 1986c.

KAZUO, S. D. et al. Higienização Em Prótese Parcial Removível. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 168-174, 2008.

LIDDELOW, G. J.; HENRY, P. J. A prospective study of immediately loaded single implant-retained mandibular overdentures: preliminar one-year results. **Journal Prosthetic Dentistry**, Saint Louis, v. 97, p. 126-37, 2007.

MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia Buco Maxilo Facial**. São Paulo: Ed. BigForms, 2008, 6vls.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação nacional de saúde bucal**. Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010. Brasília; 2010.

MUKAI, M. K. et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **RPG – Revista de Pós Graduação da FOU SP**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 1-6, 2010.

NOGUEIRA, R. P.; MIRAGLIA, S. S.; SOARES, F. A. V. Considerações sobre síndrome da combinação (Kelly) na clínica odontológica reabilitadora. **PCL Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial**, Curitiba, v. 4, n. 19, p. 218-222, 2002.

PEGORARO, L. F. et al. **Prótese Fixa: Bases para o Planejamento em Reabilitação Oral**. 2 ed., São Paulo: Editora Artes Médicas, 2013. 488p.

PIMENTEL, M. J. et al. Manejo e adequação de prótese provisória sobre implantes. **Prosthesis Laboratory in Science**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 9, p. 71-76, 2013.

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.

SCELZA, M. F. Z. et al. Status protético e alterações bucais dos pacientes do programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 5, p. 310-313, 2003.

SHEIHAM, A. et al. The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. **Journal of Dental Research**, Washington, v. 80, n. 2, p. 408-413, 2001.

SHIBAYAMA, R. et al. Próteses totais imediatas convencionais. **Revista Odontológica de Araçatuba**, Araçatuba, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2006.

SILVA, W. et al. Integração multidisciplinar para reabilitação estética. **Prosthesis Laboratory in Science**, São José dos Pinhais, v. 3, n. 9, p. 11-21, 2013.

SOARES, C. J. et al. Importância do emprego de próteses provisórias na recuperação da dimensão vertical viabilizando procedimentos restauradores diretos – relato de caso. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v. 4, n. 14, p. 27- 32, 2004.

SOUZA, J. E. A.; SILVA, E. T.; LELES, C. R. Prótese parcial removível overlay: fundamentos clínicos e relatos de casos. **Revista Odontológica do Brasil-Central**, Goiânia, v. 18, n. 47, p. 41-48, 2009.

SZENTPÉTERY, A. G. et al. Problems reported by patients before and after prosthodontics Treatment. **The International Journal of Prosthodontics**, [S.I.], v. 18, n. 2, p. 124-131, 2005.

TAMAKI, T. **Dentaduras Completas**. 4. ed., São Paulo: Sarvier, 1983.

TELLES, D.; COSTELLUCI, L. **Prótese total - convencional e sobre implantes**. 2 ed., São Paulo: Editora Santos, 2009. 508p.

TERRIL, W. H. Immediate restauration by complete denture. **Journal of Prosthetic Dentistry**, St. Louis, v. 11, n. 1, p. 495-507, 1951.

TUCKER, M. R. Cirurgia pré-protética básica. In: HUPP, J. R. (Org.) **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 5 ed., São Paulo: Elsevier, 2009. p. 213-252.

TURANO, J. C.; TURANO, L. M.; TURANO, M. V. **Fundamentos de Prótese Total**. 9 ed. São Paulo: Editora Santos, 2012. 588p.

WALBER, L. F. Prótese total imediata. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFRGS**, Porto Alegre, v. 30, n. 31, p. 4-7, 1990.

ZARB, G. A. et al. Tratamento protético para pacientes edêntulos: Próteses totais convencionais e implantossuportadas. **Tradução e Revista Paulo Henrique Orlando Rossetti**. 12 ed., São Paulo: Editora Santos, 2006. 560 p.

ANEXO

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>Pesquisador Responsável: Rodrigo Araújo Rodrigues RG: 573.799 SSP / RO Endereço: Rua Tereza Praxedes, 162, Bairro Salgadinho CEP: Patos - PB Fone: (83) 8886-1805 E-mail: rodrigo.protsesdental@gmail.com</p> <p>A Sra. <u>MARIA DO SOCORRO RIBEIRO FORUMATO</u> está sendo consultada no sentido de autorizar a utilização de dados clínicos e laboratoriais e de seu caso clínico e cirúrgico, bem como a documentação radiológica, que se encontram em sua ficha de prontuário odontológico, para utilização do mesmo na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Odontologia da UFCG, apresentação e publicação do caso em revista científica como "Relato de caso". Nosso objetivo é discutir as características de sua patologia em meio científico, em função das particularidades de apresentação de sua doença e metodologia de diagnóstico.</p> <p>A sua autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelos dentistas, assistentes e pesquisadores. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O relato do caso estará à sua disposição quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação.</p> <p>Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a Sra.</p> <p style="text-align: right;"><i>RR</i></p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Eu, <u>MARIA DO SOCORRO RIBEIRO FORUMATO</u> portadora do documento de Identidade <u>2835138</u> fui informada a respeito do objetivo deste estudo, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.</p> <p>Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais de meu caso. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.</p> <p>Patos, <u>07</u> de <u>Setembro</u> de 2013.</p> <p><u>MARIA DO SOCORRO RIBEIRO FORUMATO</u> Nome Assinatura participante Data</p> <p>_____ Nome Assinatura pesquisador Data</p> <p><u>Kenny Barros Farias</u> Nome Assinatura testemunha Data</p> <p style="text-align: right;"><i>RR</i></p>
--	--