

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

**BRUNA LANDIM PINHEIRO**

**PRÓTESES PARCIAIS IMEDIATAS PÓS EXODONTIAS MÚLTIPLAS:  
RELATO DE CASO.**

**PATOS**

**2018**

**BRUNA LANDIM PINHEIRO**

**PRÓTESES PARCIAIS IMEDIATAS PÓS EXODONTIAS MÚLTIPLAS:  
RELATO DE CASO.**

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**

**2018**

P654p Pinheiro, Bruna Landim.  
Próteses parciais imediatas pós exodontias múltiplas : relato de caso /  
Bruna Landim Pinheiro. – Patos, 2018.  
36 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Odontologia) – Universidade Federal  
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2018.  
"Orientação: Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues".  
Referências:

1. Prótese Dental – Odontologia. 2. Periodontite. 3. Extrações  
Múltiplas. 4. Prótese Dental Parcial Imediata. I. Rodrigues, Rodrigo  
Araújo. II. Título.

CDU 616.314-77(043)

**BRUNA LANDIM PINHEIRO**

**PRÓTESES PARCIAIS IMEDIATAS PÓS EXODONTIAS MÚLTIPLAS:  
RELATO DE CASO.**

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.

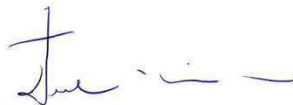
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Araújo Rodrigues

**BANCA EXAMINADORA**



---

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



---

Prof. Dr. 1º Membro Julierme Ferreira Rocha  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

*Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues*

---

Prof. Dra.– 2º Membro Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu bom Deus que graças a Ele pude realizar meu sonho de ingressar numa faculdade federal de Odontologia, e que nunca me abandonou nem por um minuto nessa trajetória de 5 anos. Em tudo na minha vida sinto sua presença mesmo, muitas vezes, não entendendo o porquê de algumas atribulações. Porém são nesses momentos que Ele nos carrega nos braços e transforma a dor em ensinamento.

Devo, por toda a minha vida, aos meus pais Antônio Pinheiro e Santelma Landim todo o esforço e a dedicação que eles tiveram para que fosse possível a minha realização profissional. Sempre me incentivando e me amparando em todos os momentos. Vocês são a minha vida em outros corpos. Os amo imensamente e é por vocês e graças a vocês essa vitória.

Agradeço aos meus irmãos Rodrigo Landim e Raquel Landim por toda cumplicidade e amizade que tem comigo, espero ansiosamente dividirmos novamente momentos diários juntos. Admiro todo o esforço e as renúncias do meu irmão para que meus sonhos e os da minha irmã pudessem se tornar realidades.

Sou grata ao meu namorado Felipe Vasconcelos por todo o apoio durante esses anos de faculdade longe de todos, você se tornou, em pouco tempo, minha família e o admiro imensamente. Muito obrigada por toda paciência nos momentos difíceis e por toda ajuda que sempre me deu em tudo. Amo você imensamente.

Devo a realização desse trabalho ao meu orientador Rodrigo Rodrigues que foi impecável durante todo momento, sendo um orientador totalmente presente e inigualável. Ajudou-me em todos os momentos de dificuldade com muita paciência e sabedoria. O admiro muito como profissional e serei sempre grata.

Gostaria de agradecer ao mestre Julierme Ferreira Rocha, que me deu a primeira grande oportunidade no curso que foi o convite para participar da grande família chamada Liga Acadêmica de Cirurgia. Muito obrigada por toda confiança e todos os conhecimentos passados não só em clínica, mas também nos momentos de reunião entre amigos. Você será sempre o primeiro nome que citarei ao lembrar no futuro, com carinho, dos professores que me ajudaram em toda minha caminhada.

Agradeço a presença nesse momento especial da Professora Rachel de Queiroz, lhe admiro por toda sua atenção em clínica e sua forma didática de passar o conhecimento, nos dando toda confiança necessária para a realização dos procedimentos necessários em clínica. Sua presença nesse momento é uma honra para mim.

Nunca me esquecerei de cada um dos meus verdadeiros amigos que estiveram comigo nessa trajetória, em todos os momentos de diversão e de ciência. Sei que a distância separará muitos de nós, mas sempre recordarei com boas lembranças a todos.

Por fim, mas não menos importante agradecer a todos os outros professores que passaram e colaboraram com o meu crescimento como profissional e como ser humano durante esses 5 anos. E também a todos os funcionários do bloco de Odontologia e da Clínica Escola por toda paciência e cooperação nos nossos dia-a-dia.

## RESUMO

A Periodontite Crônica é uma das principais doenças que acometem a cavidade oral e deixa seqüelas muitas vezes irreparáveis, como reabsorções ósseas e mobilidade dentária. Muitas vezes a única opção de tratamento é a realização de exodontias de elementos dentais gravemente comprometidos pela doença. Ademais, como procedimento para a reabilitação desses pacientes pode-se optar pela elaboração de Próteses Imediatas. É um método provisório no qual seu planejamento e confecção são realizados previamente ao momento cirúrgico e instalada logo após as exodontias múltiplas. O uso dessas próteses por esses pacientes lhes garantem a manutenção da auto-estima, da função mastigatória e da fonética adequada. O presente estudo objetivou descrever um caso clínico do paciente G. C. do gênero masculino, com 59 anos de idade, apresentando doença periodontal crônica, tendo como sinais e sintomas clínicos presença de cálculos dentários; reabsorções ósseas e recessões; mobilidade dentária; vestibularização dos elementos dentais e perda dentária. O tratamento constou de planejamento e confecção de próteses parcial imediata superior e inferior previamente ao momento cirúrgico. Logo após, houve a realização de exodontias múltiplas dos elementos 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 e 45 e instalação das próteses imediatas. O paciente manteve DVO, garantiu a capacidade mastigatória, tônus da face, auto-estima e correta reabsorção dos ossos alveolares.

**Palavras-Chave:** Periodontite. Extrações Múltiplas. Prótese Parcial Imediata.

## **ABSTRACT**

Chronic periodontitis is one of the major diseases affecting the oral cavity and many times leaves irreparable sequelae, such as bone resorption and tooth mobility. Usually, the only treatment option is the extraction of dental elements seriously compromised by the disease. In addition, as a procedure for the rehabilitation of these patients, one can opt for the preparation of immediate prostheses. It is a provisional method in which its planning and preparation are performed prior to the surgical moment and installed soon after the multiple exodonties. The use of these prostheses by these patients guarantees the maintenance of self-esteem, masticatory function and adequate phonetics. The present study aimed to describe a clinical case of a patient of the masculine gender, 59 years old, presenting chronic periodontal disease, having as clinical signs and symptoms presence of dental calculations; bone resorptions and recessions; dental mobility; vestibularization of dental elements and dental perch. The treatment consisted of planning and making partial upper and lower partial dentures prior to the surgical moment. Soon after, there were multiple exodontia of elements 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 and 45 and installation of the immediate prostheses. The patient maintained VDO, guaranteed masticatory capacity, facial tone, self-esteem and correct absorption of alveolar bones.

**Keywords:** Periodontitis. Tooth Extraction. Denture Partial Immediate.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Figura 1** – Exame clínico inicial.

**Figura 2** – Montagem em articulador.

**Figura 3** – Plano de Cera.

**Figura 4** – Pós-operatório em maxila.

**Figura 5** – Prótese superior instalada.

**Figura 6** - Pós-operatório em mandíbula.

**Figura 7** – Reebasamento.

**Figura 8** - Prótese inferior instalada.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>14</b>
<b>3 ARTIGO CIENTÍFICO .....</b>	<b>18</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>33</b>
<b>5 ANEXOS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO A – TERMOS DA REVISTA.....</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal é um termo bastante abrangente, pois engloba todos os tipos de manifestações patológicas no periodonto de sustentação e proteção dos dentes. Dessa forma é de suma importância a sua classificação para especificar as diferentes formas de apresentação da doença (NOVAK, 2002).

A doença periodontal é dividida, basicamente, em gengivite, periodontite crônica e periodontite agressiva, a forma que cada uma se manifesta, as suas origens e suas progressões é que as diferenciam em suas classificações (CARRANZA; NEWMAN, 2016).

A gengivite é uma condição inflamatória de caráter infeccioso decorrente de microorganismos patológicos no sulco gengival. A condição clínica da doença é caracterizada pela presença de placa bacteriana, de edema, de eritema e de sangramento; e pela ausência de perda de inserção tecidual e de perda óssea (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1999).

As periodontites crônicas são inflamações de progressão lenta a moderada, com aspectos clínicos semelhantes à gengivite, porém apresentam perda do osso alveolar e da inserção das fibras periosteais. Podem apresentar-se com bolsas periodontais ou recessões gengivais, além disso, exposições de furca em dentes posteriores e mobilidade dentária (FLEMMIG, 1999).

Segundo Lindhe, (2018) a periodontite agressiva é outra variação da doença, na qual sua progressão é em curto período de tempo, seus aspectos clínicos apresentam perda óssea e mobilidade dentária bastante intensa. Entretanto, não condiz com a condição de higiene do paciente, pois haverá pouco acúmulo de biofilme na região. Ocorre em pacientes sistemicamente saudáveis, porém com propensão genética a essa doença.

Há muitos casos de pacientes com periodontite que necessitam de procedimentos como exodontias múltiplas de dentes remanescentes, pois estes já não apresentam mais capacidade mastigatória e tampouco apresentam estética adequada. Por vezes há indivíduos que não toleram a condição de edentulismo, então se faz necessário um tratamento reabilitador imediato logo após o momento cirúrgico (SHIBAYAMA, 2006).

Em casos que o paciente necessite de atividade reabilitadora imediata dos espaços desdentados advindos de extrações múltiplas, a prótese imediata é um recurso a se empregar, pois restabelecerá a sua auto-estima e a função mastigatória dos dentes perdidos. Dessa forma, há a inserção desse indivíduo novamente na sociedade (MARINI et al., 2013).

De acordo com Larsen, Finger (1978); The Glossary Of Prosthodontic Terms (2005) a prótese imediata é um método temporário para adequar devidamente o paciente de forma que ele possa passar pela transição de dentado para desdentado sem que haja prejuízos ao seu bem-estar. É instalada no mesmo momento cirúrgico das extrações dentárias já previstas no planejamento do paciente. Usada por um curto período de tempo enquanto a prótese permanente é estudada, confeccionada e instalada, seja ela total ou parcial removível.

O objetivo desse estudo é relatar um planejamento cirúrgico-protético com o intuito de reabilitar um paciente que a função e a estética dos seus dentes estavam prejudicadas por decorrência de uma periodontite crônica. Sendo o mais indicado a confecção de próteses parcial imediata superior e inferior para que não haja mais danos psicossociais ao paciente após extrações múltiplas. Além disso, o fato de ser grande o número de extrações previstas no planejamento torna inviáveis os outros métodos de tratamento que serão analisadas no presente estudo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Bezerra et al. (2003); Brasil (2004); Tariq et al. (2012) a Doença Periodontal (DP) é a doença crônica mais prevalente na dentição humana. Além disso, é bastante recorrente tanto nos países subdesenvolvidos como nos países desenvolvidos, sendo ela um grande problema de Saúde Pública. A DP está relacionada com vários aspectos patológicos, como de forma branda à inflamação do tecido gengival e de forma severa à perda do ligamento periodontal, cemento e osso alveolar.

Segundo Genco (1996); Nunn (2000); Zhu et al. (2005) o surgimento da doença não se dá apenas pela presença do microorganismo patológico, sendo assim denomina-se como uma doença multifatorial. Muitas causas são advindas do paciente, como tabagismo, alcoolismo, diabetes e higiene bucal. Além disso, a grande parte da população apresenta fatores significativos, como o pouco acesso a informações e a atendimentos odontológicos; a baixa renda familiar e o medo do profissional da saúde.

A Periodontite Crônica é uma doença infecciosa presente nos tecidos de revestimento e de suporte do dente. Além disso o seu avanço é de forma progressiva e lenta. É uma doença modulada pela reação inflamatória do indivíduo. Seu início é através do biofilme, comumente chamado de placa bacteriana, aderido à superfície dentária onde está presente uma comunidade microbiana complexa e organizada, no qual é resistente ao fluxo salivar. A Periodontite ocorre quando na presença da placa a resposta inflamatória do indivíduo resulta em perda de inserção conjuntiva e óssea; e na eventual perda do elemento dental (LOESCHE, 1993. ARMITAGE, 1999. MOREIRA; NUTO; NATIONS, 2004).

São bactérias facultativas gram-positivas que inicialmente colonizam a superfície do dente, como a *Actinomyces viscosus* e o *Streptococcus sanguis*. Na sucessão microbiana há uma troca do meio aeróbio onde estavam presentes as bactérias gram-positivas para o meio completamente anaeróbio com predominância de gram-negativos, como *Prevotella intermédia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Porphyromonas gingivalis*, no qual vão se aderir às bactérias antecessoras a elas (LOESCHE; SYED, 1978. CARDOSO; GONÇALVES, 2002).

Segundo Paster et al. (2001) a presença de microorganismos patológicos nos tecidos periodontais gera uma reação imunológica inespecífica no indivíduo, o que acarreta uma inflamação com a estimulação da produção de lipopolissacarídeos. Dessa forma, são provocados danos maiores aos tecidos de suporte do dente, como reabsorções ósseas. Ademais, as bactérias produzem alguns constituintes microbianos que de forma direta são capazes de causar danos aos tecidos periodontais nos quais estão presentes.

Tendo em vista que a Periodontite afeta a cavidade oral, observa-se que sua ocorrência gera prejuízos não só específicos a área afetada por ela, mas do mesmo modo ao sistema estomatognático. Sistema esse que possui como constituintes a maxila, a mandíbula, as articulações temporomandibulares, os arcos dentais, os músculos e a língua que agem funcionalmente de forma sincronizada. Esse sistema é dinâmico e de alto nível de complexidade para orquestrar funções tais como, deglutição, fonação e mastigação (MONGINI, 1998; GALO et al., 2006).

De acordo com Wilding (1993) e Bilt (2002) os dentes apresentam uma imensa relevância no sistema estomatognático. Podem interferir diretamente na função mastigatória em decorrência de alterações na sua anatomia e no seu posicionamento na arcada. Ademais, a perda dos elementos dentais ocasiona alterações nos outros componentes desse sistema, como reabsorções nos rebordos maxilares de modo a interferir no suporte muscular da região bucal.

Indivíduos desdentados apresentam maior prevalência de Disfunção Temporomandibular (DTM), do que pacientes dentados. Disfunção caracterizada por apresentar dor à palpação na Articulação Temporomandibular (ATM), descoordenado e limitado movimento mandibular e presença de ruídos articulares (MERCADO; FAULKNER, 1991. BOVE; GUIMARÃES; SMITH, 2005. COLUSSI; FREITAS, 2007). Estudos epidemiológicos, como os realizados por Klemetti (1996); Neto et al. (2002); Johansson et al. (2003), mostram que a presença de DTM está intimamente relacionada à quantidade total de elementos dental presentes na cavidade oral.

Segundo Netto (1987) devido à necessidade de extrações múltiplas, decorrente de uma periodontite, o paciente não consegue admitir a sua posterior condição de desdentado durante o tempo necessário para a completa cicatrização cirúrgica. Essa situação é proveniente do grande impacto estético que recairá sobre essa pessoa advinda da imposição por parte da sociedade. Além disso, decorrem

outros prejuízos desse quadro, como dificuldade de fonação e de mastigação. Em decorrência do bem-estar do paciente tem-se a possibilidade de tomar como medida a confecção de próteses imediatas que evitam esses transtornos e garantem o estado de dentado ao paciente no pós-cirúrgico.

Como procedimento para incluir o paciente no âmbito social novamente e devolver sua saúde num aspecto geral, a conduta de realizar uma prótese imediata é a mais viável. Ademais se espera com a reabilitação no mesmo momento cirúrgico o resguardo da densidade óssea do indivíduo. Isso é possível, pois há a manutenção das cargas mastigatórias nos alvéolos maxilares pós-exodontias, através da dissipação dessas cargas pelas próteses. Essa condição demonstra grande valia para a posterior reabilitação definitiva (SCHUH et al., 2014; LAPÉRINE et al., 2016).

A prótese parcial é indicada para recuperação de espaços desdentados permanente ou provisoriamente e não se deve tratar esse procedimento como menos grandioso que outros, devido seu custo relativamente baixo. Uma vez que grande parcela dos pacientes não tem condições fisiológicas adequadas ou mesmo financeiras para investir em outros tratamentos reabilitadores (MUKAI et al., 2010; CALHA, 2015).

Esse tratamento imediato garante diversos benefícios aos pacientes, como a manutenção da dimensão vertical de oclusão; a diminuição da reabsorção do rebordo ósseo; o alcance da estética favorável, pois há a possibilidade de reproduzir os dentes naturais; a continuidade de suporte muscular facial; a preservação da fonação e da mastigação e o auxílio na cicatrização, pois protege o local. Porém também há seus infortúnios, tal como a necessidade de vários retornos ao consultório, após a instalação da prótese; o encarecimento do tratamento final; o aumento da complexidade de execução; a necessidade de vários reembasamentos até a cicatrização da ferida cirúrgica e não há a possibilidade de provas estéticas (MELETI et al., 2002. TURANO; TURANO, 2002).

Ademais, há as contra-indicações para a indicação desse tratamento reabilitador imediato, e essas recaem sobre os pacientes com doenças mentais, diabetes, hemofilia, que suas condições não permitam uma invasão cirúrgica; as periodontopatias avançadas; as mucosas hiperplásicas em demasia; a ausência de cooperação do paciente e a baixa capacidade técnico-científica do profissional para a realização do procedimento (NETTO, 1987; WALBER, 1990; TELLES, 2009).

Afirmou Alencar et al. (2011) que durante o procedimento há protocolos que são bastante necessários para o sucesso da prótese imediata, dentre eles destaca-se a ordem das etapas das exodontias em sessão única. As incisões intra-sulculares devem ser inicialmente em mandíbula de posterior para anterior, adiante todos os dentes a serem removidos devem ser luxados e após isso realizar as exodontias dos elementos dentais de anterior para posterior. Além disso, realizar a correção dos tecidos moles e duros; garantir a hemostasia e suturar de anterior para posterior.

As próteses imediatas necessitam de ajustes, assim como as convencionais, para poder apresentar retenção e estabilidade quando submetida as suas funções. No mesmo momento cirúrgico, caso seja necessário, deve ser realizado desgastes na base da prótese visando conforto ao paciente. Porém, após a cicatrização e regressão do edema ocorre a desadaptação da mesma, sendo indispensável o retorno ao Cirurgião-Dentista para realizar os reembasamentos que lhe são precisos (BARBOSA; GARCIA; OLIVERIA, 2006).

Segundo Tamaki (1974) e Meleti et al. (2002) o paciente deve ser orientado dos cuidados pós-operatório, como nas primeiras 24 horas o paciente não deve retirar a prótese e não ocluir com vigor, pois poderá gerar danos a ferida cirúrgica, além disso, realizar apenas alimentação líquida ou pastosa e fria. Após esse primeiro dia deve ser realizada a higienização da prótese com água e sabão e a irrigação com solução fisiológica da cavidade oral. Caso o paciente sinta dores no pós-cirúrgico, deve se medicar de acordo com a prescrição do Cirurgião-Dentista. Uma semana depois da instalação o indivíduo pode retornar sua alimentação de forma gradativa e remover a prótese de duas a três vezes ao dia para higienizá-la. O dentista deve orientá-lo que a prótese permanente só poderá ser confeccionada após, no mínimo, quatro a seis meses, pois é necessário aguardar o tempo de reabsorção inicial do rebordo.



## REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. R. B. et al. Cirurgia oral em paciente idoso: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.8, n.2, 2011.

AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions. **Annals of Periodontology**, v.4, n.1, p. 8-38, 1999.

ARMITAGE, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. **Annals of Periodontology**, v.4, n.1, p.1-6, 1999.

BARBOSA, C. M. R.; GARCIA, R. C. M. R.; OLIVERIA, A. F. Importância da retenção e estabilidade em próteses totais bimaxilares: relato de caso clínico. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.54, n.4, p.374-378, 2006.

BEZERRA, M. G. et al. Avaliação do hábito de fumar como fator de risco para doença periodontal. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.2, n.3, p.18-21. [periódico na Internet] Disponível em: <<http://www.patologiaoral.com.br/texto52.asp>>. Acesso em: jul/set 2003.

BILT, A. V. D. Human oral function: a review. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v.1, n.1, p.7-18, 2002.

BOVE, S. R. K.; GUIMARÃES, A. S.; SMITH, R. L. Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p.686-691, set-out 2005. PMID:16308625. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500012> >

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

CALHA, N. M. G. E. **Reabilitação do desdentado parcial com prótese removível acrílica**. Comunicação apresentada no Congresso da OMD 2015. Lisboa.

CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Periodontia-Cirurgia para Implantes-Cirurgia-Anestesiologia**. São Paulo: Artes Médicas, 5 cap. 1, 2002.

CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia Clínica**. 11a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1286, 2012.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. Edentulousness and associated risk factors in a south Brazilian elderly population. **Gerodontology**, v.24, p.93-97, 2007. PMID:17518956. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00154.x>>

FLEMMIG, T. F. Periodontitis. **Annals of Periodontology**, v.4, p.32-7, 1999.

GALO, R. et al. The effect of age on the function of the masticatory system-na electromyographical analysis. **Gerodontology**, v.23, n.3, p.177-82, sep. 2006.

GENCO, R. J. Current view of risk factors for periodontal disease. **Journal of Periodontology**, v.67, n.10 Suppl, p.1041-1049. 1996.

GOYATÁ, F. R. et al. Síndrome da combinação: Relato de caso clínico. **International Journal Dentistry**, v.9, n.3, p.160-164, 2010.

JOHANSSON, A. et al. Gender difference in symptoms related to temporomandibular disorders in a population of 50-year-old subjects. **Journal of Orofacial Pain**, v.17, n.1, p.29-35, 2003.

KLEMETTI, E. Signs of temporomandibular dysfunction related to edentulousness and complete dentures: an anamnestic study. **Cranio**, v.14, n.2, p.154-157, 1996.

LAPERINE, O. et al. **Interleukin-33 and RANK-L Interplay in the Alveolar Bone Loss Associated to Periodontitis**. PLoS ONE. 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0168080>>. Acesso em fevereiro 2018.

LARSEN, H. D.; FINGER I. M. Interim complete dentures: selectively retained vital roots. A case report. **Quintessence International**, v.9, n.1, p.29-33, 1978.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 4a Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005.

LOESCHE, W. J. Bacterial mediators in periodontal disease. **Clinical Infectious Diseases**, v.16, n.4, p.203-210, 1993.

MARINI, C. B. F. B et al. Prótese Imediata: uma solução estética e funcional – relato de caso clínico. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.4, n.4, p.24-31, set. 2013.

MELETI, V. R. et al. Prótese total imediata: uma solução estética e funcional. **Revista Robac**, v.11, n.32, 2002.

MERCADO, M. D.; FAULKNER, K. D. The prevalence of craniomandibular disorders in completely edentulous denture-wearing subjects. **Journal of Oral Rehabilitation**, v.18, n.3, p.231-42. May. 1991. PMID:1856775. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.1991.tb00052.x> >

MONGINI, F. **The Stomatognathic System**. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc.; 1998.

MOREIRA, T. P.; NUTO, S. A. S.; NATIONS, M. K. Confrontação cultural entre cirurgiões-dentistas e a experiência de usuários de baixa renda em Fortaleza, Ceará. **Saúde em Debate**, v.28, n.66, p.58-67, 2004.

MUKAI, M. K. et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **RPG Revista de Pós-Graduação**, v.17, n.3, p.167-72, 2010.

NETTO, C. H. **Prótese total imediata**. 2ed. São Paulo: Pancast, 1987.

NETO, J. S. et al. Articulação temporomandibular em pacientes geriátricos. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, v.2, n.8, p.345-350, 2002.

NOVAK, M. J. Classification of disease and conditions affecting the periodontium. In: NEWMAN, M. G.; TAKEI, H. H.; CARRANZA, F. A. **Carranza's Clinical Periodontology**, 9. ed. Califórnia: W. B.Saunders Company, p. 64-73, 2002.

NUNN, M. E. Understanding the etiology of periodontitis: an overview of periodontal risk factors. **Periodontology 2000**, v.32 ,p.11-23, 2003.

PASTER, B. J. et al. Bacterial diversity in human subgingival plaque. **Journal of Bacteriology**, v.12, p. 3770- 3783, 2001.

SCHUH, C. et al. Cinco anos de acompanhamento de overdenture dento-suportada como solução protética para pacientes idosos: serie de Casos. **Revista Odonto Ciência**, v.29, n.1, p.27, 2014.

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

TARIQ, M. et al. Treatment modalities and evaluation models for periodontitis, **International Journal of Pharmaceutical Investigation**, v.2, n.3, p.106-122, 2012.

TELLES, D. M. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. São Paulo: Ed. Santos; 2009.

THE GLOSSARY OF PROSTHODONTIC TERMS. **Journal of Prosthetic Dentistry**, v.94, n.1, p.10-92, 2005.

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

WILDING, R. J. The association between chewing efficiency and occlusal contact área in man. **Archives of Oral Biology**, v.38, n.7, p.589-596, jul. 1993.

ZHU, L. et al. Oral health knowledge, attitudes and behaviour of adults in China. **International Dental Journal**, v.55, p. 231-241, 2005.

### 3 ARTIGO CIÊNTEFICO

## **PRÓTESES PARCIAIS IMEDIATAS APÓS EXODONTIAS MÚLTIPLAS. DECORRENTE DE SEQUELAS DE PERIODONTITE CRÔNICA: RELATO DE CASO.**

### IMMEDIATE PARTIAL PROSTHESES AFTER MULTIPLE EXODONTITIES AROUND CHRONIC PERIODONTITE SEQUELS: CASE REPORT

*Bruna Landim Pinheiro<sup>1</sup>; Rodrigo Araújo Rodrigues<sup>2</sup>; Julierme Ferreira Rocha<sup>3</sup>; Rachel de Queiroz Ferreira Rodrigues<sup>4</sup>; Rodrigo Alves Ribeiro<sup>5</sup>.*

1. Discente. Curso de Odontologia. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

2. Docente. Curso de Odontologia. UFCG. \*Correspondências: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba – Brasil. E-mail: [rodrigo.protesedental@gmail.com](mailto:rodrigo.protesedental@gmail.com)

3, 4 e 5. Docentes. Curso de Odontologia. UFCG. \*Correspondências: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba – Brasil.

### **RESUMO**

A Periodontite Crônica é uma das principais doenças que acometem a cavidade oral e deixa sequelas muitas vezes irreparáveis, como reabsorções ósseas e mobilidade dentária. Muitas vezes tornando como única opção de tratamento a realização de exodontias. Ademais, como procedimento para a reabilitação desses pacientes pode-se optar pela elaboração de Próteses Imediatas. É um método provisório no qual seu planejamento e confecção são realizados previamente ao momento cirúrgico e instalada logo após as exodontias múltiplas. O uso dessas próteses por esses pacientes lhes garantem a manutenção da auto-estima, da função mastigatória e da fonética adequada. O presente estudo objetivou descrever um caso clínico do paciente G. C. do gênero masculino, com 59 anos de idade, apresentando doença periodontal crônica, tendo como sinais e sintomas clínicos presença de cálculos dentários; reabsorções ósseas e recessões; mobilidade dentária; vestibularização dos elementos dentais e perda dentária. O tratamento constou de planejamento e confecção de próteses parcial imediata superior e inferior previamente ao momento cirúrgico. Realização de exodontias múltiplas dos

elementos 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 e 45 e instalação, logo após, das próteses imediatas. O paciente manteve DVO, garantiu a capacidade mastigatória, tônus da face, auto-estima e correta reabsorção dos ossos alveolares.

**Palavras-Chave:** Extração Dentária. Periodontite. Prótese Parcial Imediata.

## ABSTRACT

Chronic periodontitis is one of the major diseases affecting the oral cavity and many times leaves irreparable sequelae, such as bone resorption and tooth mobility. Usually, the only treatment option is the extraction of dental elements seriously compromised by the disease. In addition, as a procedure for the rehabilitation of these patients, one can opt for the preparation of immediate prostheses. It is a provisional method in which its planning and preparation are performed prior to the surgical moment and installed soon after the multiple exodonties. The use of these prostheses by these patients guarantees the maintenance of self-esteem, masticatory function and adequate phonetics. The present study aimed to describe a clinical case of a patient of the masculine gender, 59 years old, presenting chronic periodontal disease, having as clinical signs and symptoms presence of dental calculations; bone resorptions and recessions; dental mobility; vestibularization of dental elements and dental perch. The treatment consisted of planning and making partial upper and lower partial dentures prior to the surgical moment. Soon after, there were multiple exodontia of elements 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 and 45 and installation of the immediate prostheses. The patient maintained VDO, guaranteed masticatory capacity, facial tone, self-esteem and correct absorption of alveolar bones.

**Keywords:** Periodontitis. Tooth Extraction. Denture Partial Immediate.

## INTRODUÇÃO

A doença periodontal é um termo bastante abrangente, pois engloba todos os tipos de manifestações patológicas no periodonto de sustentação e proteção dos dentes. Dessa forma é de suma importância a sua classificação para especificar as diferentes formas de apresentação da doença (NOVAK, 2002).

A doença periodontal é dividida em gengivite, periodontite crônica e periodontite agressiva, a forma que cada uma se manifesta, as suas origens e suas progressões é que as diferenciam em suas classificações (CARRANZA; NEWMAN, 2016).

A gengivite é uma condição inflamatória de caráter infeccioso decorrente de microorganismos patológicos no sulco gengival. A condição clínica da doença é caracterizada pela presença de placa bacteriana, de edema, de eritema e de sangramento; e pela ausência de perda de inserção tecidual e de perda óssea (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1999).

As periodontites crônicas são inflamações de progressão lenta a moderada, com aspectos clínicos semelhantes à gengivite, porém apresentam perda do osso alveolar e da inserção das fibras periosteais. Podem apresentar-se com bolsas periodontais ou recessões gengivais, além disso, podem-se observar exposições de furca em dentes posteriores e mobilidade dentária (FLEMMIG, 1999).

Segundo Lindhe, (2018) a periodontite agressiva é outra variação da doença, na qual sua progressão é em curto período de tempo, seus aspectos clínicos apresentam perda óssea e mobilidade dentária bastante intensa. Entretanto, não condiz com a condição de higiene do paciente, pois haverá pouco acúmulo de biofilme na região. Ocorre em pacientes sistemicamente saudáveis, porém com propensão genética a essa doença.

Há muitos casos de pacientes com periodontite que necessitam de procedimentos como exodontias múltiplas de dentes remanescentes, pois estes já não apresentam mais capacidade mastigatória e tampouco apresentam estética adequada. Por vezes há indivíduos que não toleram a condição de edentulismo, então se faz necessário um tratamento reabilitador imediato logo após o momento cirúrgico (SHIBAYAMA, 2006).



Em casos que o paciente necessite de atividade reabilitadora imediata dos espaços desdentados advindos de extrações múltiplas, a prótese imediata é um recurso a se empregar, pois restabelecerá a sua auto-estima e a função mastigatória dos dentes perdidos. Havendo a inserção desse indivíduo novamente na sociedade (MARINI et al., 2013).

De acordo com Larsen, Finger (1978); The Glossary Of Prosthodontic Terms (2005) a prótese imediata é um método temporário para adequar devidamente o paciente de forma que ele possa passar pela transição de dentado para desdentado sem que haja prejuízos ao seu bem-estar. É instalada no mesmo momento cirúrgico das extrações dentárias já previstas no planejamento do paciente. Usada por um curto período de tempo enquanto a prótese permanente é estudada, confeccionada e instalada, seja ela total ou parcial removível.

O objetivo desse estudo é relatar um planejamento cirúrgico-protético com o intuito de reabilitar um paciente que a função e a estética dos seus dentes estavam prejudicadas por decorrência de uma periodontite crônica. Sendo o mais indicado a confecção de Próteses Parcial Imediata superior e inferior para que não haja mais danos psicossociais ao paciente após extrações múltiplas. Além disso, o fato de ser grande o número de extrações previstas no planejamento torna inviáveis os outros métodos de tratamento que serão analisadas no presente estudo.

## RELATO DE CASO

Paciente G. C. 59 anos, gênero masculino, não fumante, não etilista, residente em zona rural, ensino fundamental completo. Procurou a Clínica Escola de Odontologia da UFCG patos-PB para, (SIC) “Colocar uma prótese pra melhorar o sorriso”.

Durante o exame clínico e radiográfico notou-se grandes perdas ósseas e ausência dos elementos 31, 32, 35, 41, 42. Foi visto que os elementos 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 e 45 necessitavam ser extraídos por apresentarem mobilidade dentária grau 02 decorrente de grande perda óssea e, além disso, prejudicar bastante a estética do paciente.



Figura 1. Exame clínico inicial.

O paciente foi atendido durante o decorrer da clínica de Prótese Dentária, através da qual foi possível realizar procedimentos preliminares como raspagem e alisamento corono-radicular. Após isso foi feito inicialmente a moldagem anatômica dos arcos superior e inferior com moldeiras de alumínio perfuradas (TECNODENT© - Indaiatuba – SP, Brasil.) e alginato (MAQUIRA© – Maringá-PR, Brasil). Logo em seguida foi realizado o vazamento do molde em alginato com o Gesso Pedra Especial Durone tipo IV (DENTSPLY SIRONA© - Rio de Janeiro-RJ, Brasil) para obtenção do modelo de estudo. Logo após, foi montado em articulador A7 Plus Com Arco (BIO-ART© 2012 São Carlos- SP, Brasil.) para um adequado planejamento do caso clínico em questão.

Em seguida os modelos de gesso superior e inferior foram enviados para o laboratório protético contendo por escrito as informações de que os dentes 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 e 45 devem ser removidos dos modelos. Além disso, foi

informado a cor escolhida para os dentes artificiais das próteses em escala VIPI (VIPI © - São Paulo –SP, Brasil). Foi retornado do laboratório as bases de provas com planos de cera 7 Lâmina (ASFER- São Caetano do Sul – SP, Brasil) correspondentes aos espaços desdentados já existentes no paciente para ser realizado o registro oclusal em relação cêntrica. Pois é através dos poucos espaços desdentados que haverá o embasamento para a altura e a largura dos planos de cera e dos dentes que posteriormente serão reabilitados em prótese. Após isso foram enviados os modelos de gesso montados em articulador e com o registro de oclusão para o laboratório protético.



Figura 2. Montagem em articulador.



Figura 3. Planos de cera.

Após o retorno do laboratório das próteses parciais removível superior e inferior imediatas, devidamente acrilizadas, foi realizada a descontaminação de ambas com Digluconato de Clorexidina a 2% (RIOQUIMICA S/A © São José do Rio Preto – SP, Brasil. 2017) para sua instalação no momento cirúrgico. O procedimento de extração dos elementos 11, 12, 22, 26, 33, 34, 43, 44 e 45 foi realizado em dois dias diferentes para que houvesse maior conforto ao paciente no seu pós-operatório.

No primeiro dia foram realizadas as extrações em maxila iniciando o procedimento com o auxílio de um afastador Minnesota (GOLGRAN® - São Caetano do Sul-SP, Brasil), para afastar os tecidos a fim de estabelecer uma melhor visualização do campo cirúrgico. Com uma Seringa Carpule com Refluxo (DUFLEX® - SSWHITE, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), tubetes contendo a solução anestésica de Cloridrato de Articaina 4% + Epinefrina 1:100.000 (ARTICAINE® - Rio de Janeiro-RJ, Brasil) e uma agulha longa de 32mm e 25G de calibre (UNOJECT® - Rio de Janeiro-RJ, Brasil) iniciou-se as técnicas anestésicas necessárias ao procedimento.

Para o bloqueio do Nervo Alveolar Superior Posterior Esquerdo introduziu a agulha na altura da prega mucovestibular acima do segundo molar superior esquerdo, avançando lentamente para cima, para dentro e para trás, em um só movimento. Logo após realizou-se a anestesia do Nervo Palatino Maior Esquerdo adentrando com a seringa em um ângulo reto na região distal ao segundo molar superior esquerdo. Em seguida foi executado a Anestesia Terminal Infiltrativa na altura da prega mucovestibular a cima dos ápices dos incisivos superiores a serem extraídos. Depois foi realizado o Bloqueio do Nervo Nasopalatino inserindo a agulha na mucosa palatina lateralmente a papila incisiva.

Em seguida fez-se a diérese dos tecidos com incisões intra-sulculares com cabo de bisturi (GOLGRAN® - São Caetano do Sul-SP, Brasil) e lamina de bisturi nº 15 (FIBRA CIRÚRGICA© Joinville- SC, Brasil.). Com um descolador de molt Nº 9 (GOLGRAN® - São Caetano do Sul-SP, Brasil) descolou o mucoperiosteo. E com uma Alavanca Apexo 303 (QUINELATO® Schobell - Rio Claro – SP, Brasil.) realizou-se a luxação dos elementos citados.

Logo em seguida, foram utilizados os fórceps Nº 18 L e Nº 150 (QUINELATO® Schobell - Rio Claro – SP, Brasil.) para o elemento 26 e para os incisivos, respectivamente. Fez-se cuidadosamente a curetagem de possíveis lesões com cureta de Lucas (GOLGRAN® - São Caetano do Sul-SP, Brasil). Foi realizada a lavagem copiosa da região com soro fisiológico (EUROFARMA © - Itapevi- SP, Brasil) e a síntese da ferida cirúrgica com Porta Agulha Mayo Hegar (GOLGRAN® - São Caetano do Sul-SP, Brasil) e fio de seda 3.0 (PROCARE © São Paulo-SP, Brsail.). Após isso, instalou-se a prótese superior.



Figura 4. Pós-operatório em maxila.



Figura 5. Prótese superior instalada.

Uma semana depois foi realizada as extrações dos elementos 33, 34, 43, 44 e 45 no qual foi seguido o mesmo protocolo de extrações realizado em maxila, apenas

alterando as técnicas anestésicas que se deu através do bloqueio do Nervo Alveolar Inferior direito e esquerdo. Inicialmente foi posicionada a Seringa Carpule em região de pré-molares do sentido oposto ao que se quis anestésicar, e a partir disso foi imaginada uma linha entre a borda anterior do ramo ascendente da mandíbula e a porção mais profunda da Rafe Pterigomandibular. Após isso foi adentrado então com a agulha na região de três quartos dessa linha imaginária. Foi feito também complementações anestésicas nas papilas correspondentes aos dentes que se queria anestésicar.

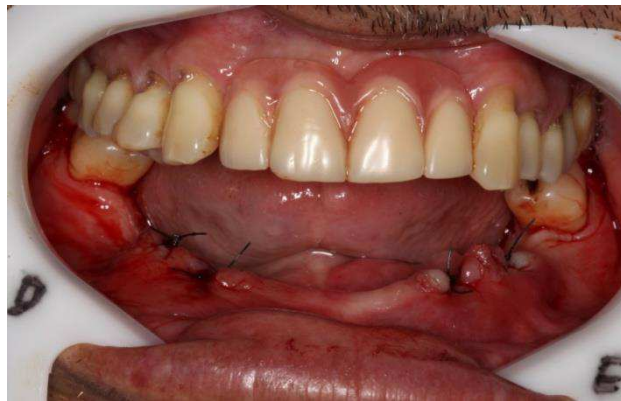


Figura 6. Pós-operatório em mandíbula.

Na instalação de ambas as próteses foi realizada a adaptação através de desgastes nas regiões de rebordo com peça reta 500 (KaVo do Brasil © - Joinville – SC, Brasil) e broca de tungstênio maxicut PM (AMERICA BURRS © 2017 Palhoça-SC, Brasil.). Ademais, na prótese inferior foi necessário realizar o reembasamento com resina acrílica, de forma que a prótese foi enrolada com uma fina camada de plástico filme para evitar o escoamento da resina acrílica para a ferida cirúrgica e diminuir a temperatura decorrente do aquecimento do material em sua fase de polimerização.



Figura 7. Reembasamento.

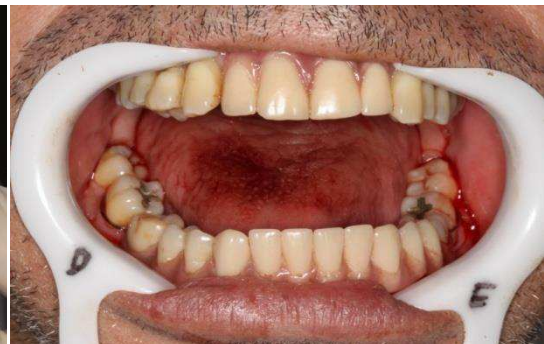


Figura 8. Prótese inferior instalada.

Paciente foi orientado dos cuidados pós-operatórios por escrito e verbalmente. Foi realizada a prescrição de Dipirona Sódica (500mg) a cada 06 horas durante 03 dias.



## DISCUSSÃO

É possível realizar a estabilização de mobilidade dentária devido à perda óssea, porém é necessário que os elementos adjacentes se apresentem estável. Uma das possibilidades viáveis é a utilização em médio prazo de splinting de resina composta reforçada por fibra de vidro trançado e ligadas às superfícies dos dentes. Embora o material usado para o splinting pareça não haver tanta significância, a fibra de vidro trançada apresenta muitas vantagens sobre o fio de aço inoxidável e a resina composta. Os testes realizados com resina composta reforçada com fibra de vidro mostram aumento da força de adesão e do módulo de elasticidade em relação ao uso apenas de resina composta. Dessa forma, com a imobilização evita-se que haja as extrações dos elementos dentais e é restabelecido ao paciente o conforto mastigatório e o seu bem-estar. Entretanto essa técnica só é viável quando usada em pouquíssimos elementos dentais (1-5).

Ademais, de acordo com Parolia (6) há outros métodos para devolver de forma imediata a estética ao paciente mesmo realizando extrações dentárias. Um desses métodos se torna possível através da realização de exodontias de forma mais atraumática possível, da execução da limpeza do dente com o uso de ultrassom e a realização do tratamento endodôntico do mesmo. Após isso se faz a reimplantação do dente de acordo com a altura incisal dos elementos adjacentes e dos opostos a ele, sendo necessário deve-se realizar desgastes na região apical da raiz. É imprescindível que haja a imobilização do dente reimplantado com fios ortodônticos ou com resina composta fluida reforçada por fibra de vidro. Essa técnica permite a cicatrização adequada da região sem comprometer a estética do paciente e apresenta um baixo custo financeiro, porém sua função não será plenamente restabelecida. Além disso, também tem o empecilho de não poder ser utilizada quando a mobilidade atinge vários dentes.

Entretanto, segundo Bhandari (7) e Brunswold (8) apesar de todos os novos recursos na odontologia existem patologias que acometem as arcadas dentárias que não há métodos de manter os elementos dentais nelas. A doença periodontal crônica de modo avançado é um dos grandes responsáveis por essa situação. Pois na presença de forças oclusais, principalmente nos dentes anteriores, ocorre a

vestibularização em demasia dos elementos em conjunto com a ocorrência de recessões e perda óssea. Sendo a exodontia, muitas vezes, o único modo de tratamento. Conforme o observado no presente relato de caso era alto o número de extrações necessárias devido às migrações dentárias que ocorreram e por isso eliminava a possibilidade de realização de outras técnicas de tratamento.

Conforme Meleti (9) e Bessadet (10) a procura por um tratamento reabilitador imediato, como uma prótese parcial imediata está além do anseio pela manutenção da função mastigatória. Essa reabilitação deve garantir também ao paciente a preservação da integridade das articulações temporomandibulares, além disso, sabe-se que a conservação dos contatos antagonistas e adjacentes entre os dentes são de extrema importância. Quando for previsto que o tempo para a confecção e o planejamento de uma prótese permanente será longo o suficiente para prejudicar o convívio e a interação desse paciente na sociedade, deve-se optar pela elaboração de uma prótese imediata, garantindo ainda a continuidade do sistema estomatognático. Essa técnica diferentemente das outras existentes na odontologia não é limitada pela quantidade de elementos com mobilidade e que necessitam de extrações.

É indicado em muitos casos o uso de uma prótese provisória antes da definitiva para que haja, após as extrações, o suporte dos músculos da região perioral para mantê-los em sua posição normal. Sendo assim não ocorrerá o colapso facial e o arqueamento da linha de selamento dos lábios e comissura, pois essa condição proporcionaria o aspecto de velhice e tristeza ao paciente. (11-12)

Em conformidade com Nascimento (13) e Beloni (14) em pacientes que necessitam de um grande número de extrações e que, ainda assim, os dentes remanescentes se apresentam comprometidos, mas que ainda tenham condições de serem preservados na cavidade oral, torna-se inviável realizar uma exodontia total. Visto que é um procedimento em que a injúria causada superaria os benefícios. Dado que grande número de pacientes que sofrem perdas dentais se torna mais cuidadosos com os elementos restantes.



## **CONCLUSÕES**

Conclui-se com o relato desse caso clínico a importância de uma reabilitação imediata pós exodontias múltiplas, pois garante a reabsorção de forma adequada dos rebordos alveolares, protege como uma barreira física a ferida cirúrgica, previne danos a ATM, mantém o tônus muscular da região perioral e garante a continuidade da função e da estética dos dentes. Além disso, ajuda o paciente a viver a transição de dentado para desdentado sem que haja comprometimento da sua interação na sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Agrawal AA, Chitko SS. The use of silane-coated industrial glass fibers in splinting periodontally mobile teeth. *Indian J Dent Res.* 2011. Jul-Aug;22(4):594-6.
2. Anagnostou M, Papazoglou E, Mountouris G, Gaintantzopoulou M. Light protection of fiber-reinforced strip using aluminum foil for the direct splinting technique. *Oper Dent.* 2006 May-Jun; 31(3):394-7
3. Khetarpal A, Talwar S, Verma M. Single visit rehabilitation with anterior fiber reinforced resin composite bridges: a review. *Indian J Appl Res.* 2013 Feb;3(2):287-9.
4. Kumbuloglu O, Aksoy G, User A. Rehabilitation of advanced periodontal problems by using a combination of a glass fiber-reinforced composite resin bridge and splint. *J Adhes Dent.* 2008 Feb; 10(1):67-70.
5. Newman MG, Takei H, Klokkevold PR, Carranza FA. *Periodontia Clínica.* 11. ed. São Paulo: Elsevier; 2012. p. 812-4.15
6. Parolia A, Shenoy KM, Thomas MS, Mohan M. Use of a natural tooth crown as a pontic following cervical root fracture: A case report. *Aust Endod J* 2010;36:35-8.
7. Bhandari S, Chaturvedi R. Immediate Natural Tooth Pontic: A Viable yet Temporary Prosthetic Solution: A Patient Reported Outcome. *Indian J Dent Res.* 2012 Jan/Feb; 23:59-63.
8. Brunswold MA. Pathologic tooth migration. *J Periodontol* 2005;76:859-66.
9. Meleti VR, Pinelli LAP, Pelizaro DT, Gentil M. Prótese total imediata: uma solução estética e funcional. *Robrac* 2002; 11(82): 50-53.
10. Bessadet M, Nicolas E, Sochat M, Hennequin M, Veyrune J. Impact of removable partial denture prosthesis on chewing efficiency. *J Appl Oral Sci* 2013; 21(5): 392-396.

11. Correa GA. Prótese total. Passo a passo. Ed. Santos, 2005.
  
12. Gava SP, Plácido M, Melazzo L, Leitão C, Vieira K. Prótese total imediata: Relato de caso clínico. 2011. <http://www.ident.com.br/sabrinagava/caso-clinico/6208-protese-total--imediata-relato-de-caso-clinico> (acesso em 20 de janeiro de 2014).
  
13. Nascimento MC, Barbosa LA, Nobre C, Novaes MR, Bittencourt S. Avaliação da autopercepção em pacientes com periodontite crônica estudo piloto. Int. J. Dent. 2011; 10(3): 154-160.
  
14. Beloni WB, Vale HF, Takahashi JMFK. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. RFO UPF. 2013 ; 18(2):160-164.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi observado com o presente estudo que é de suma importância atender aos anseios do paciente frente as necessidade estéticas, fonéticas e mastigatórias. Visto que a saúde estar relacionada diretamente com o bem-estar do paciente. E a prótese imediata mesmo sendo temporária é claramente um método que garante a satisfação ao paciente no momento reparador de sequelas de doenças, como a Doença periodontal.

## ANEXO A – TERMOS DA REVISTA

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

---

**NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

A Revista Saúde & Ciência *on line*, órgão oficial do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS/UFCG) é uma publicação quadrimestral destinada, prioritariamente, à difusão de trabalhos científicos, desenvolvidos pela comunidade acadêmica do CCBS-UFCG. Objetiva também a publicação de artigos de interesse para as Ciências da Saúde, realizados por pesquisadores de outros setores da UFCG bem como de outras Universidades e Instituições de pesquisa.

A Revista publicará: artigos originais de natureza clínica ou experimental com informações novas ou relevantes; artigos de revisão sintéticos e interdisciplinares com análise crítica do material pesquisado; relatos de casos diferenciados com proposição de abordagem inovadora; cartas ao editor com críticas e/ou sugestões, além de informações de interesse aos profissionais de saúde. Os trabalhos enviados para a Revista não devem ter sido publicados antes, nem submetidos simultaneamente para outro periódico. O conteúdo dos textos enviados (resultados, análises, conceitos, opiniões etc.) é de exclusiva responsabilidade dos respectivos autores.

Todos os trabalhos recebidos pela Revista Saúde & Ciência *on line* serão analisados por pelo menos dois revisores (membros do corpo editorial e especialistas na área do trabalho). Sempre que julgar necessário, o comitê editorial da revista poderá solicitar o parecer de consultores "ad hoc". O resultado da análise de cada texto poderá ser: trabalho recusado; trabalho aceito mediante correções e trabalho aceito como recebido. Apenas serão publicados os trabalhos aceitos como recebidos ou aqueles aceitos mediante correções, desde que as eventuais pendências sejam resolvidas. A identidade dos revisores será mantida em absoluto sigilo, do mesmo modo que esses receberão os artigos sem a especificação de autoria.

Os autores que tiverem seus trabalhos aprovados para publicação deverão assinar o termo de responsabilidade e de cessão de direitos autorais de tal modo que a utilização de textos, ou parte deles, publicados na Revista Saúde & Ciência *on line*, dependerá do consentimento dos editores. Os originais não serão devolvidos, mesmo quando recusados para publicação.

Os trabalhos devem ser encaminhados para a Revista Saúde & Ciência *on line* como anexo em mensagem eletrônica para o endereço [saude.ciencia.ccbs@ufcg.edu.br](mailto:saude.ciencia.ccbs@ufcg.edu.br) ou mediante submissão eletrônica na plataforma SEER ([www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia](http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia)).

**APRESENTAÇÃO GERAL:**

Os textos devem ser apresentados como arquivo elaborado no programa *Word for Windows*, escritos em língua portuguesa, em fonte Arial, tamanho 11, espaçamento de 1,5 entre linhas, recuo de 1,0 cm em primeira linha de parágrafo, margens de 3,0 cm em cada lado. Os textos devem ter no máximo 20 laudas, incluindo os anexos. Os trabalhos devem conter as seguintes partes:

**Título**

Deve vir em negrito, centralizado, fonte 12 e em caixa alta. Os trabalhos devem conter a versão em inglês do título (title), logo abaixo do resumo.

**Autores e Vínculo Institucional**

O nome completo do (s) autor (es), em um máximo de 6 (seis) por artigo, deve vir logo abaixo do título, centralizados, em itálico e com indicação de função na instituição a que pertence (em). Também junto com essas informações, deve constar o endereço completo (inclusive eletrônico) do autor responsável pela correspondência.



### Resumo e Descritores

O resumo, posicionado logo abaixo do nome do (s) autor (es), deve conter, em no máximo 250 palavras, as informações mais relevantes sobre objetivos, métodos, resultados e conclusões do trabalho. Logo após o resumo podem ser listados até 4 descritores.

### Abstract e Keywords

Correspondem à versão para a língua inglesa do resumo e dos descritores, respectivamente, posicionados logo abaixo desses. Os descritores (e *keywords*) devem, obrigatoriamente, ser extraídos entre os disponíveis em <http://decs.bvs.br>.

Além disso, os artigos originais de natureza clínica ou experimental devem conter também: introdução, material e métodos, resultados e discussão, conclusões, agradecimentos (opcional) e referências bibliográficas. Na metodologia de trabalhos experimentais com animais e de trabalhos envolvendo seres humanos, deve ser citado o número do processo de aprovação do projeto de pesquisa na comissão de ética no uso de animais (CEUA) ou no comitê de ética em pesquisa (CEP) da respectiva instituição, sendo que um documento comprobatório pode ser solicitado pelo comitê editorial como requisito para a publicação. As ilustrações (desenhos, gráficos, fotografias, plantas, mapas, entre outras) são consideradas figuras e devem ser limitadas a um máximo de quatro por artigo. As figuras serão apresentadas no corpo do texto, com legendas numeradas em sequência mediante algarismos arábicos precedidos do nome "Figura", logo abaixo da figura a que se refere.

### NORMAS BIBLIOGRÁFICAS:

#### Citações no Texto:

A revista adota a citação numérica. NÃO É PERMITIDA A CITAÇÃO DO NOME DO AUTOR NO TEXTO. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses. Números sequenciais devem ser separados por hífen (1-4); números aleatórios devem ser separados por vírgula (1, 3, 4, 8).

#### Referências Bibliográficas:

Devem ser numeradas e normatizadas de acordo com o estilo Vancouver, conforme orientações fornecidas pelo *International Committee of Medical Journal Editors no Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. A lista de referências deve ser escrita em espaço simples, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.". Os sobrenomes dos autores devem ser seguidos pelos seus prenomes abreviados sem ponto ou vírgula. Usar a vírgula somente entre os nomes dos diferentes autores. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o *Index Medicus/ MEDLINE* e para os títulos nacionais, com LILACS e BBO. Referências a comunicação pessoal e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências.

### ALGUNS EXEMPLOS:

#### Artigo de Periódico:

Ahrar K, Madoff DC, Gupta S, Wallace MJ, Price RE, Wright KC. Development of a large animal model for lung tumors. *JVasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 1):923-8.

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

**Artigo em periódicos em meio eletrônico:**

Kaeriyama E, Imai S, Usui Y, Hanada N, Takagi Y. Effect of bovine lactoferrin on enamel demineralization and acidfermentation by *Streptococcus mutans*. *Ped Dent J* [serial onthe Internet]. 2007 Dec [cited 2008 Jan 15 12]; 17:2:118-26; Available from: [http://www.jstae.jst.go.jp/browse/pd/17/2/\\_contents](http://www.jstae.jst.go.jp/browse/pd/17/2/_contents).

**Livro:**

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4ª ed. St. Louis: Mosby; 2002.

**Capítulo de Livro:**

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosomealterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of humancancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

**Dissertações e Teses:**

Rubira CMF. Estudo longitudinal sobre similaridade, transmissão e estabilidade de colonização de *Streptococcus mutans* em famílias brasileiras. [Tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2007.

**Informações Sobre a Capa:**

O quadro de Rembrandt (Holanda, 1606-1669) intitulado "A Lição de Anatomia" do Dr. Tulp, retrata a dissecação de um cadáver (Adriaen Adriaensz), condenado à morte por enforcamento devido ao furto de um casaco. O fato retratado ocorreu em 31/01/1632. Na época, a dissecação só era permitida em cadáveres de criminosos, se realizada por eminente membro da Universidade e com propósitos educativos.

**Os Editores**