



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JOHNATAN SOARES DE OLIVEIRA

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – RELATO DE CASO

**CAMPINA GRANDE
2017**

JOHNATAN SOARES DE OLIVEIRA

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima

Coorientador: Prof^º. Ms. Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima

**CAMPINA GRANDE
2017**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48r Oliveira, Johnatan Soares de.
Reabilitação oral com prótese total imediata [manuscrito] :
relato de caso / Johnatan Soares de Oliveira. - 2017.
36 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, Departamento de Odontologia - CCBS."

"Coorientação: Prof. Me. Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima , Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS.""

1. Prótese total imediata. 2. Cirurgia bucal. 3. Reabilitação bucal.

21. ed. CDD 617.605

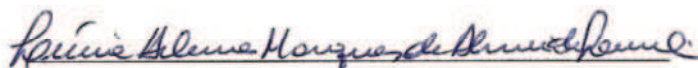
JOHNATAN SOARES DE OLIVEIRA

REABILITAÇÃO ORAL COM PROTESE TOTAL IMEDIATA – RELATO DE CASO

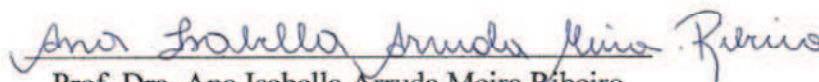
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 11/12/2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai João Soares, minha mãe Francisca Francineide, à minha irmã Janielle Soares, à minha namorada Nathália Castro e à minha madrastra Ivoneide Ricarte e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que vencesse esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus criador, nosso senhor, que nos abençoou com o dom do conhecimento e sabedoria para estudar e conhecer as obras das Suas mãos. A ele, toda honra, glória, louvor e adoração.

À minha família, especialmente meus pais João Soares Neto e Francisca Francineide Soares de Oliveira, minha irmã Janielle Soares de Oliveira e minha madrastra Ivonoide Ricarte que sempre me apoiaram nos momentos em que mais precisei, pois eles não mediram esforços para que meus sonhos fossem alcançados.

À minha namorada, amiga, companheira, Nathália Castro da Rocha, obrigado pelo amor, carinho, atenção, conselhos e compreensão que foram essenciais na minha vida acadêmica. Obrigado também por suas palavras de conforto nos momentos mais difíceis da minha graduação.

À minha orientadora, Prof. Dr. Lúcia Helena Marques de Almeida Lima, pela orientação, paciência e ajuda na orientação como bolsista da Clínica da Dor, da monitoria de prótese e agora neste trabalho. Sou extremamente grato pela sua excepcional orientação, apoio e por todo conhecimento transmitido. Meus sinceros agradecimentos.

À minha professora, Prof. Dr. Ana Isabella Arruda Meira Ribeiro, grande exemplo de professora e pesquisadora, por seus ensinamentos, paciência e confiança ao longo das supervisões das minhas atividades na Clínica da Dor, na disciplina de prótese e hoje no TCC. É em prazer tê-la na minha banca examinadora.

À minha professora, Prof. Ms. Alcione Barbosa Lira de Farias, por toda dedicação, amizade, apoio, confiança, ensinamentos, e convivência extremamente agradável. Sou imensamente grato por todos os seus ensinamentos. Admiro muito pela profissional excelente que és. À senhora, minha eterna gratidão.

Ao meu coorientador, Profº. Ms. Tomás Lúcio Marques de Almeida Lima, por ter me ajudado na realização deste trabalho. A você, os meus sinceros agradecimentos.

À minha amiga e dupla nas clínicas da faculdade, Elaine Rodrigues, por sua amizade e companheirismo durante todo esse tempo.

Aos meus amigos do grupo de estudos “Curso de Azilamento Online”, Allahô Souto, Sheilla Darielly, Elaine Rodrigues, Michele Santos, Waleska Barros, Ítalo Bruno, Allison Porto e Pablo Jardel e as “Azilagregas” Érika Porto, Lydiane Dantas e Rebeca Soares, pela amizade construída, confiança, risadas e experiências compartilhadas.

Aos professores da UEPB, por toda dedicação e conhecimento transmitido, em especial a Sílvia, Zé Renato, João Paulo, Diógenes, Marcus, Daliana, Raquel, Denise, Criseuda, Jozinete, Amaro, Rebeca, Kátia, Lorena, Fernanda, Francineide, Cármen, Maria Helena, Waldênia, Darlene, Renata Coelho, Bruna, Karla, Daniela, Patrícia, Renata Barros, Aluana, Alexandre, Sérgio d'Avila, Betânia, Ana Flávia e Edja, por todos os ensinamentos e contribuição no meu processo de formação acadêmica.

Aos meus amigos da turma da UEPB, pela boa convivência e companheirismo durante esta longa caminhada.

A todos os funcionários da UEPB, por toda atenção, respeito e disponibilidade.

À Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, pela oportunidade de fazer este curso.

Aos pacientes, os meus mais sinceros agradecimentos, sem os quais seria impossível a conclusão deste curso.

Enfim, a todos que diretamente e indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho.

LISTA DE ILISTRAÇÕES

Figura 1. Aspecto extraoral inicial do paciente: linha do sorriso baixa devido à perda de DVO.	16
Figura 2. Aspecto extraoral inicial do paciente: perda de suporte labial devido à reabsorção óssea.	16
Figura 3. Aspecto intraoral inicial.	16
Figura 4. Radiografia panorâmica mostrando comprometimento periodontal.....	16
Figura 5. Medição da DVR.	19
Figura 6. Montagem de dentes em articulador semi-ajustável. Vista frontal.....	19
Figura 7. Montagem de dentes em articulador semi-ajustável. Vista lateral.....	19
Figura 8. Prova dos dentes: paciente mostrando sorriso forçado.	20
Figura 9. Prova dos dentes: paciente mostrando linha média do sorriso coincidindo com linha média da face.	20
Figura 10. Exodontia dos dentes remanescentes.	21
Figura 11. Aspecto final após a regularização do rebordo e suturas.	21
Figura 12. Instalação das próteses superior e inferior.	21
Figura 13. Ajuste da base da PTI.	21
Figura 14. Ajuste dos pontos de contato	21
Figura 15. Aspecto da cirurgia uma semana depois.	22
Figura 16. Evidenciação dos pontos de pressão sobre a mucosa com silicona leve.	22
Figura 17. Reembasamento da PTI com resina Soft Comfort.....	22
Figura 18. Aspecto extraoral após instalação das próteses: foto frontal.	23
Figura 19. Aspecto extraoral após instalação das próteses: foto lateral.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **ATM** Articulação temporomandibular
- **DV** Dimensão vertical
- **DVO** Dimensão vertical de oclusão
- **DVR** Dimensão vertical de repouso
- **EFL** Espaço funcional livre
- **LA** Linha alta
- **LB** Linha baixa
- **LC** Linha das comissuras
- **LM** Linha média
- **PPR** Prótese parcial removível
- **PT** Prótese total
- **PTI** Prótese total imediata
- **PTR** Prótese total removível
- **RC** Relação cêntrica
- **SE** Sistema estomatognático
- **SIP** Segundo informação do paciente
- **TPD** Técnico em prótese dentária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Prótese Total Imediata	11
2.2 Indicações e Contraindicações	12
2.3 Vantagens e Desvantagens das Próteses Totais Imediatas.....	13
2.3.1 vantagens.....	13
2.3.1.1 Vantagens anatômicas.....	13
2.3.1.2 Vantagens funcionais.....	13
2.3.1.3 Vantagens estéticas	13
2.3.1.4 Vantagens psicológicas	14
2.3.2 Desvantagens.....	14
2.4 Guia Cirúrgico	14
2.5 Cuidados Pós-Instalação	15
3 RELATO DE CASO.....	15
4 DISCUSSÃO	23
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	29

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA – RELATO DE CASO

Johnatan Soares De oliveira*

RESUMO

A prótese total imediata é definida como uma prótese total confeccionada para ser instalada logo após a exodontia dos dentes naturais e que deve ser usada por um curto período de tempo, por motivos estéticos, mastigatório, conveniência ou para a adaptação do paciente do estado dentado ao edêntulo, até que a prótese definitiva seja instalada. Este estudo trata-se de um relato de caso de um paciente do gênero masculino, 65 anos de idade, atendido na clínica escola da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campus I, que se apresentava com uma prótese total superior com condições estéticas e funcionais precárias, além disso, incisivos inferiores remanescentes com indicação para exodontia. Após exame clínico, avaliação radiográfica e planejamento do caso, o tratamento proposto e executado constou de exodontia dos elementos dentários anteriores inferiores, com instalação na mesma sessão da prótese total imediata inferior e prótese total superior convencional. Após a conclusão do caso observou-se que a prótese total imediata representou uma alternativa de tratamento eficaz e eficiente para o paciente, uma vez que restabeleceu estética e função durante o período de espera, sem submeter o paciente a um período de edentulismo e integralizando o mesmo as suas atividades laborais e sociais.

Palavras-Chave: Prótese Total Imediata, Cirurgia Bucal, Reabilitação Bucal.

* Aluno de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail:johnatasoares95@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Devido à necessidade de exodontia dos dentes remanescentes, muitos pacientes não aceitam a condição que lhes é imposta, ou seja, permanecerem desdentados após as extrações em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea (SHIBAYAMA et al., 2006). O aspecto psicológico e a qualidade de vida podem ser substancialmente comprometidos por consequência do tratamento cirúrgico, assim como outros fatores como estética, fonética, mastigação e convívio social (GOMES et al., 2014).

Uma maneira de melhorar a condição de vida do paciente é diminuir o tempo entre a exodontia completa dos dentes e a confecção da prótese total (PT). Nessa perspectiva, o profissional pode lançar mão da prótese total imediata (PTI) (GOIATO et al., 2014). A PTI é definida como uma prótese total, confeccionada para ser instalada imediatamente após a exodontia dos dentes remanescentes, devendo ser usada por um curto período de tempo, por razões estéticas, mastigatória, suporte oclusal, conveniência ou para a adaptação do paciente do estado dentado ao desdentado, até que a prótese definitiva seja instalada (GOOYA; EJLALI; ADLI, 2012; NADGERE, 2016).

A literatura tem relatado que este tipo de reabilitação pode proporcionar diversas vantagens incluindo as anatômicas, funcionais estéticas e psicológicas. As desvantagens, entre outras, estão relacionados aos cuidados pós-operatórios, aos reembasamentos e ao número de visitas ao profissional para os ajustes (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

Uma das questões mais importantes a ser considerada na confecção de PTI's é o restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO). A DVO pode ser definida como sendo a distância vertical entre dois pontos, sendo uma na maxila e outro na mandíbula quando as superfícies oclusais estão em contato. Se não for restabelecida corretamente, poderá causar danos nos músculos, articulação temporomandibular (ATM), sistema auditivo, na deglutição, fonação, e até mesmo na postura do paciente, podendo afetar seu equilíbrio (CAPUTI et al., 2013; GOMES et al., 2014; AMOROSO et al., 2013; DANTAS, 2012).

As indicações e contraindicações estão na dependência da idade, estado geral de saúde, condições psicológicas favoráveis, condições periodontais, que quando em estado avançado, são os maiores responsáveis pelas indicações das PTI's. Em somatória, há contraindicação de o paciente estar em radioterapia, pois a exodontia e o uso da prótese poderiam gerar osteorradionecrose, além de outras condições como: má-oclusões, mucosas hiperplásicas, indivíduos portadores de doenças mentais, pacientes diabéticos

descompensados, cardíacos, hemofílicos e com saúde geral debilitada (FERREIRA, RODRIGUES, 2014).

O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico de confecção de prótese total imediata inferior com prótese total superior.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Prótese Total Imediata

Segundo Ferreira e Rodrigues (2014), exodontias múltiplas estão fortemente relacionadas ao desconforto e insegurança do paciente, entretanto, propiciam saúde bucal e alívio em caso de pacientes que apresentam restos radiculares e doença periodontal bastante avançada. Muitos pacientes não se adaptam a condição de serem desdentados, pois tal situação interfere na mastigação, estética, fonética e no seu convívio social, por isso são indicadas as próteses totais imediatas, pois asseguram ao paciente a manutenção da condição de indivíduo dentado.

As próteses totais sejam elas imediatas ou mediatas são aparelhos mucoso-suportados que buscam restabelecer o sistema estomatognático (SE). As próteses imediatas são aparelhos confeccionados antes das extrações dos dentes naturais, principalmente os dentes anteriores, diferem basicamente das próteses mediatas que são confeccionadas após a extração dos dentes. Sendo que a principal diferença reside no estado da área basal, fibro-mucosa e tecido ósseo (MELETI, et al., 2002).

Para Caputi et al. (2013), a prótese total imediata é um aparelho reabilitador construído previamente à extração dos dentes remanescentes, como objetivo de recuperar função e estética imediatamente após a exodontia desses elementos dentários. De acordo com Afshari; Hallas; Knoernschild, (2012), as PTI's podem ser utilizadas como uma prótese temporária em pacientes submetidos à cirurgia para instalação de implantes, previamente a confecção das próteses definitivas, seja ela *overdenture* ou tipo protocolo.

Em muitos casos, a PTI começa a perder a retenção, sendo necessária a confecção de uma prótese definitiva após algumas semanas. Essa situação ocorre por não haver um contato íntimo entre a base da prótese e a mucosa nas regiões onde existiam os dentes remanescentes

(pois foram retirados do modelo funcional pelo técnico de prótese dentária - TPD). Após a cicatrização e recomposição dos tecidos (reabsorção do osso alveolar), a prótese ficará desadaptada, necessitando de um reembasamento (GOMES et al., 2014).

Os materiais reembasadores têm a função de proporcionar estabilidade e retenção às próteses temporariamente até a confecção de nova prótese, procedimento indicado seis meses após as exodontias, este tempo é necessário para a estabilização do nível ósseo e perfeita cicatrização da mucosa sobre o rebordo (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

O restabelecimento da relação maxilomandibular é requisito necessário para que uma adequada reabilitação oral seja executada, devolvendo assim, a estética e a função perdida. Nos casos de alteração da dimensão vertical (DV), é indispensável o restabelecimento da nova condição de normalidade oclusal de DV, através da utilização de próteses provisórias ou de um dispositivo interoclusal, até o paciente relatar conforto (AMOROSO et al., 2013).

A DV pode ser classificada como sendo de oclusão e de repouso. A Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos definidos previamente, um no terço médio da face ou no nariz, e o outro no terço inferior da face ou mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo. Já a Dimensão Vertical de Repouso (DVR) corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso. A posição fisiológica de repouso é uma posição assumida pela mandíbula quando os músculos envolvidos estão num estado de equilíbrio tônico. Esta posição é usualmente notada quando a cabeça é mantida ereta. Com base na DVR e na DVO, pode-se determinar o Espaço Funcional Livre (EFL). O EFL corresponde à distância entre as superfícies oclusais e incisais dos dentes da maxila e mandíbula, quando a mandíbula se encontra em sua posição postural ou de repouso fisiológico (FARIAS et al., 2009).

2.2 Indicações e Contraindicações

A principal indicação das próteses totais imediatas ocorre quando um paciente possui dentes remanescentes condenados à extração e não quer passar por um período de edêntulo (TORCATO et al., 2012)

As PTI's estão contraindicadas em pacientes que possuem retenções ósseas como tórus e exostoses, mucosa hiperplásica, inserções musculares e freios hipertrofiados, pacientes

com defeito congênito ou adquiridos na área chapeável que possa influir na estabilidade e retenção do aparelho, pacientes com alterações patológicas que requeiram grande remoção de tecido, doentes mentais, pacientes diabéticos, cardíacos, hemofílicos, histéricos e idosos com saúde debilitada (SHIBAYAMA et al., 2006).

2.3 Vantagens e Desvantagens das Próteses Totais Imediatas

2.3.1 vantagens

De acordo com Telles et al. (2010), as vantagens das PTI's podem ser classificadas em:

2.3.1.1 Vantagens anatômicas

Impede a perda imediata de DVO, minimiza as alterações na ATM, evita o espraiamento lingual, impede o colapso labial e o afundamento das bochechas.

2.3.1.2 Vantagens funcionais

Possibilita atividade normal da musculatura, evita transtornos fonéticos, facilita a mastigação, controla a hemorragia, protege a ferida cirúrgica, previne infecções, promove melhor cicatrização e favorece a aplicação de medicamentos.

2.3.1.3 Vantagens estéticas

Impede o colapso labial, permite melhorar o aspecto estético do paciente e transição menos perceptível do estado dentado ao edêntulo.

2.3.1.4 Vantagens psicológicas

Elimina o desconforto do paciente em se apresentar desdentado, não interrupção das atividades sociais, manter o equilíbrio emocional, facilita a decisão de sacrificar os dentes naturais e facilita a adaptação com a PT.

2.3.2 Desvantagens

As desvantagens incluem cuidados pós-operatórios, os reembasamentos e o maior número de visitas ao profissional para ajustes, ainda os custos adicionais, trabalho adicional, não possibilidade de realizar provas estéticas, menor adaptação e perda temporária de fixação (FIORELLA; SOLAR, 2013; TORCATO et al., 2012; SHIBAYAMA et al., 2006).

2.4 Guia Cirúrgico

As próteses totais imediatas necessitam da associação de manobras cirúrgicas e protéticas, por meio da utilização de um guia cirúrgico (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015). Nas PTI's há uma combinação de manobras cirúrgicas concomitantes à execução da prótese de tal forma que a avulsão dos dentes remanescentes e eventuais manobras de regularização óssea serão executadas no mesmo ato clínico da instalação da prótese (MELETI, et al., 2002).

Uma vez que o guia cirúrgico possibilita adequar a base da prótese ao leito cirúrgico, pressões indevidas sobre a mucosa são evitadas. O guia orienta o processo de regularização do rebordo alveolar no ato da instalação da prótese, permite a localização do ponto exato de escoriação durante todo o período de cicatrização, além de favorecer uma visualização do panorama geral da adaptação da prótese, em virtude da transparência da base incolor (TORCATO et al., 2012).

2.5 Cuidados Pós-Instalação

Para obter sucesso no tratamento é importante transmitir todas as instruções pós-operatórias ao paciente, no caso de PTI's, os cuidados que devem ser tomados são: manter a PTI em posição na boca por 24 horas após sua instalação (pois, se a mesma for removida, o edema resultante da injúria poderá impedir sua recolocação); manter dieta líquida e/ou pastosa por 24 horas; ajustar a prótese no ato da instalação, 24 e 48 horas depois, bem como após 4 a 7 dias; higienizar a prótese e os tecidos na primeira sessão (24 horas), com gaze umedecida; manter a prótese, quando fora da boca, em recipiente com água; remover a prótese à noite 2 a 5 dias após a inserção e reavaliar a PTI em 4 a 6 meses, para então optar pelo reembasamento ou confecção de nova prótese (MARCHINI; SANTOS; CUNHA, 2000).

3 RELATO DE CASO

Um paciente do sexo masculino, J.R.S.R, 65 anos de idade, procurou atendimento reabilitador junto à Clínica Odontológica da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I, queixando-se de dor de dente e “dentes moles”, segundo informação do paciente (SIP). Na anamnese, constatou-se que o mesmo apresentava doenças sistêmicas como diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial. Ao exame clínico e radiográfico (Figuras de 1 a 4), notou-se perda de suporte labial e linha do sorriso baixa devido à diminuição da DVO, além disso, observou-se que o mesmo era desdentado total no arco maxilar e desdentado parcial na mandíbula, estando presentes os dentes 31, 32 41, 42, e 43, todos comprometidos periodontalmente, e, portanto, contraindicado para a confecção de uma prótese parcial removível (PPR) para a arcada mandibular. O paciente era portador de uma prótese total removível (PTR) no arco maxilar há dois anos.



Figura 1. Aspecto extraoral inicial do paciente: linha do sorriso baixa devido à perda de DVO.



Figura 2. Aspecto extraoral inicial do paciente: perda de suporte labial devido à reabsorção óssea.



Figura 3. Aspecto intraoral inicial.

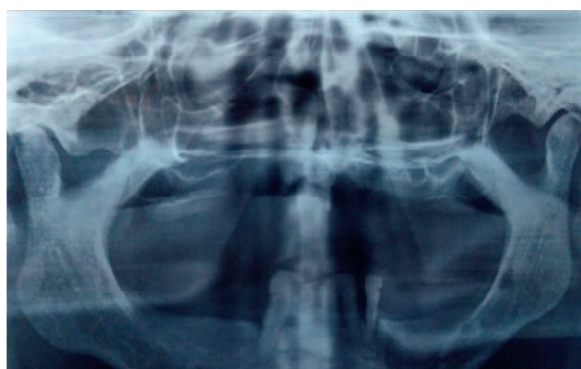


Figura 4. Radiografia panorâmica mostrando comprometimento periodontal.

Devido ao fato de ser desconfortável para o paciente permanecer por um período de tempo sem utilizar prótese no arco mandibular, ele não se interessou pelo tratamento convencional de confecção de uma prótese total. Sendo assim, foi proposta como forma de tratamento a confecção de uma nova PT superior e uma PTI inferior, tratamento esse integralmente aceito pelo paciente e, portanto, executado.

Iniciou-se o tratamento protético realizando-se moldagem anatômica. Para a realização da moldagem anatômica superior e inferior, primeiramente foi realizada a seleção da moldeira de estoque do tipo Vernes (Tecnodont, São Paulo – SP). O tamanho, especialmente a largura, foi considerado como principal critério de seleção da moldeira, permitindo seu posicionamento correto sobre o rebordo sem deformar inadequadamente as inserções musculares. Foram selecionados os tamanhos 4 (para arcada superior) e o tamanho 3 (para arcada inferior).

O material escolhido para a realização da moldagem anatômica foi o alginato (Dencril, Pirassununga – SP), por produzir menores deformações aos tecidos de revestimento do

rebordo e apresentar boa fidelidade de cópia. As moldeiras utilizadas foram previamente individualizadas com cera utilidade (DentsBras, Pirassununga – SP), a fim de dar suporte ao alginato no espaço relativo ao fundo de vestibulo, de diminuir a ocorrência de bolhas e manter o material em posição até a presa final.

Proporcionaram-se as quantidades de água e pó de alginato (1:1) necessárias para a moldagem. Foram manipuladas três porções de alginato para a arcada superior e duas para a arcada inferior. O material foi manipulado em uma cubeta de borracha (Nova OGP, Bragança Paulista – SP) com auxílio de espátula (Nova OGP, Bragança Paulista – SP) até que a mistura se tornasse homogênea. Após este período, inseriu-se a mistura na moldeira, que logo em seguida foi adaptada na cavidade bucal, com leve compressão. O posicionamento se deu de posterior para anterior no interior da cavidade bucal, e o cabo da moldeira permaneceu centralizado, coincidindo com a linha média do paciente. Foram feitas as correções musculares por meio de tracionamento e a moldeira foi estabilizada até que o material gelificasse. Essa moldagem foi realizada em ambas as arcadas, e deu origem aos modelos de estudo (superior e inferior). A desinfecção dos moldes de alginato, previamente ao vazamento do gesso, foi obtida borrifando-se sobre estes uma solução de hipoclorito de sódio a 1 % (Ciclo Farma, Serrana – SP) e mantendo-os em uma câmara umidificadora por 10 minutos.

Dessa moldagem, foi obtido o modelo de estudo, sobre o qual foi confeccionada a moldeira individual superior para confecção da PT convencional e a base de resina acrílica com rolete de cera inferior para confecção da PTI. A moldeira e a base de prova foram ajustadas com broca maxicut montada (American Burrs, Cavalhada – SP) em peça reta, até que a moldeira e a base de prova se adaptassem corretamente nas arcadas do paciente, sem pressionar nenhuma estrutura, de forma que houvesse espaço suficiente a ser preenchido pelo material de moldagem. Devendo estas, ficar a uma distância do fundo de vestibulo de 2 a 3 mm em toda a periferia, com exceção da região do término posterior.

Para a realização do vedamento periférico, na arcada superior foi utilizado godiva de baixa fusão (Lysanda, São Paulo – SP), previamente plastificada na chama de uma lamparina e aplicado na borda da moldeira individual e levada à boca do paciente. O vedamento periférico da arcada superior foi dividido por flancos na seguinte ordem: flanco bucal direito; flanco bucal esquerdo; flancos labiais e borda posterior. Foram realizados os movimentos de tracionamento labial direito para frente e para baixo, tracionamento labial esquerdo para frente e para baixo e sorriso forçado. A moldeira individual foi mantida apoiada sobre o rebordo pelo cabo, sem pressão exagerada, até que a godiva em contato com a mucosa voltasse naturalmente à temperatura de solidificação. Após ter se conseguido atingir a

estabilidade e a retenção da moldeira esperadas para o bom funcionamento da prótese, a moldeira individual foi retirada da boca do paciente. A godiva não apresentou irregularidades como dobras ou pregas. A lisura e a opacidade da godiva indicaram que a mesma reproduziu corretamente a forma e função dos tecidos.

Em seguida, procedeu-se uma moldagem funcional com pasta à base de óxido de zinco e eugenol (Maquira, Maringá – PR), a manipulação da pasta zincoenólica foi feita com auxílio de uma espátula sobre uma placa de vidro, na proporção recomendada pelo fabricante, e manipulou-se até a homogeneização da mistura. A pasta foi distribuída uniformemente sobre toda a superfície interna da moldeira, tomou-se o cuidado de recobrir inteiramente a godiva responsável pelo vedamento periférico. A moldeira com material de moldagem foi levada e adaptada na boca do paciente, foram executados movimentos para baixo e para frente por parte do operador, de sucção e de sorriso forçado, a fim de copiar dinamicamente as estruturas relacionadas com a prótese. Aguardou-se a presa do material e então o molde foi removido da boca.

Após a moldagem com a pasta zincoenólica, colocou-se cera ortodôntica (Lysanda, São Paulo – SP) sobre o molde na região posterior, acompanhando o formato da área a ser comprimida, para conseguir a compressão seletiva na região de vedamento posterior. A cera foi aquecida com espátula aquecida antes de o molde ser levado novamente à boca do paciente. Então o molde com cera foi levado novamente à boca do paciente e deixado pelo tempo necessário até solidificação da cera. A desinfecção de moldes de pasta zincoenólica, previamente ao vazamento do gesso foi feita imergindo-os em uma solução de hipoclorito de sódio a 1 % (Ciclo Farma, Serrana – SP) por 10 minutos.

Deste molde, foi obtido o modelo de trabalho, sobre o qual foi confeccionada a base de prova superior com o rolete de cera. A etapa seguinte consistiu no ajuste das bases de prova e na individualização dos planos de cera. Para tal, foram delimitados o suporte labial, o corredor bucal, a Linha Alta (LA), Linha Baixa (LB), Linha Média (LM) e Linha das Comissuras (LC). Verificou-se o Plano de Camper e a Linha Bipupilar com auxílio da Régua de Fox. Em seguida, com a musculatura do paciente em estado de posição postural, mediu-se a DVR com o Compasso de Willis. O valor registrado foi de 69mm. Deste valor subtraiu-se 2mm, encontrando então DVO, correspondente a 67mm (Figura 5).



Figura 5. Medição da DVR.

Após os ajustes dos planos de cera superior e inferior, foi realizado registro com arco facial (Dentflex, Ribeirão Preto – SP), para reproduzir a relação estática e dinâmica da mandíbula com a maxila, e montagem do modelo maxilar em articulador semi-ajustável (Dentflex, Ribeirão Preto – SP). Em seguida, registrou-se a mordida do paciente em posição de Relação Central (RC) com os rodetes de cera reembasados com pasta zincoenólica, fixaram-se os dois planos de cera com auxílio de grampos e procedeu-se à montagem do modelo mandibular em articulador.

A seleção dos dentes artificiais foi facilitada pela presença de dentes remanescentes, pois foram seguidas as referências de cor, forma e tamanho apresentado pelos mesmos, incluindo o protocolo de escolha dos dentes superiores. A cor escolhida foi 69 e tamanho foi A26 com 32 da escala de cores e tamanho (Vipi, Pirassununga – SP). Outros aspectos como idade do paciente e cor da pele também foram levados em consideração na escolha dos dentes artificiais. Os dentes artificiais foram montados seguindo os princípios de uma oclusão balanceada bilateral (Figuras 6 e 7).



Figura 6. Montagem de dentes em articulador semi-ajustável. Vista frontal.



Figura 7. Montagem de dentes em articulador semi-ajustável. Vista lateral.

Em seguida, foi realizada a prova estética e funcional da prótese superior (Figuras 8 e 9). Nela foram observados os aspectos faciais, como a LA, LB, LM, corredor bucal, suporte labial e curvatura anteroposterior, depois foram realizados os testes de deglutição e fonação, também foi registrada a opinião do paciente, o mesmo relatou ter gostado da cor e da forma dos dentes artificiais. Posteriormente foi selecionada a cor da base, as cores selecionadas foram escuro (50%) e black (50%) da escala de cores de gengiva (Vipi, Pirassununga – SP). As próteses com os dentes montados em cera foram então enviadas ao laboratório para a inclusão e polimerização das próteses.



Figura 8. Prova dos dentes: paciente mostrando sorriso forçado.

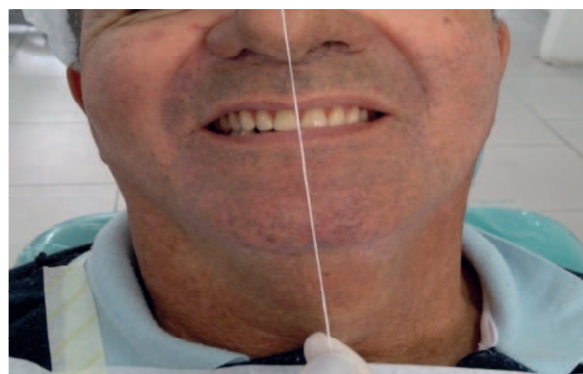


Figura 9. Prova dos dentes: paciente mostrando linha média do sorriso coincidindo com linha média da face.

Os dentes remanescentes foram removidos do modelo de gesso, previamente à acrilização da prótese e os dentes artificiais foram montados na região correspondente. Não houve necessidade de confecção de guia cirúrgico, visto que a própria prótese foi utilizada como guia cirúrgico, devido ao fato de serem exodontias simples sem instalação de implantes.

O procedimento cirúrgico foi realizado seguindo o protocolo cirúrgico (Figura 10), após a confecção das próteses, consistindo em exodontia dos elementos comprometidos. A prótese foi desinfetada imergindo-a em uma solução de clorexidina a 0,12% (Colgate – Palmolive, São Bernardo do Campo – SP), antes de ser levada à boca do paciente. A necessidade de regularização de rebordo foi checada com auxílio da prótese que funcionou como guia cirúrgico, então foram realizadas as manobras de regularização do rebordo com aveolótomo (Golgran, São Caetano do Sul – SP), prosseguindo-se à hemostasia e sutura (Figura 11). Foram instaladas a prótese total superior e a prótese imediata total inferior, após a realização pequenos ajustes de base (Figura 12 e 13).

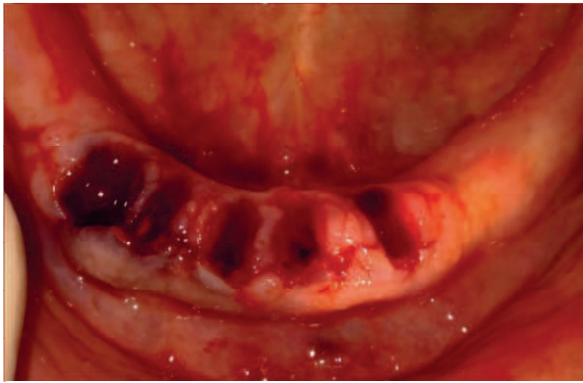


Figura 10. Exedontia dos dentes remanescentes.



Figura 11. Aspecto final após a regularização do rebordo e suturas.



Figura 12. Instalação das próteses superior e inferior.

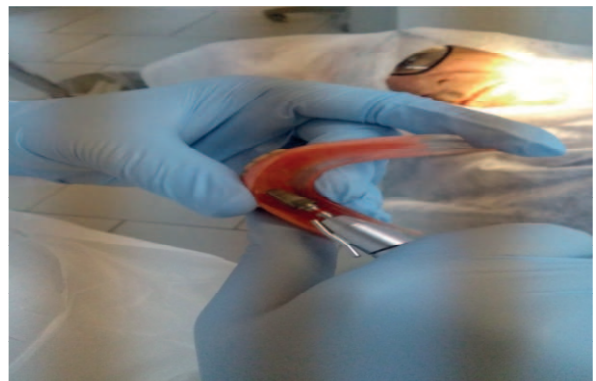


Figura 13. Ajuste da base da PTI.

O paciente foi instruído a não remover a prótese inferior nas primeiras 24 horas. O paciente não compareceu à primeira sessão subsequente à instalação da prótese. A segunda sessão foi realizada depois de quatro dias, sendo realizado um ajuste oclusal (Figura 14), os contatos oclusais foram evidenciados por meio de uma fita de carbono presa a uma pinça de Miller, esse conjunto foi levado à boca do paciente e foi pedido a ele para ocluir os dentes. Começou-se a fazer os ajustes do lado que o paciente relatava desconforto (lado esquerdo), removendo os contatos prematuros com auxílio de uma broca de corte cruzado até a prótese apresentar contatos simultâneos nos dois lados da arcada.



Figura 14. Ajuste dos pontos de contato.

Uma semana depois, foram removidas as suturas, o paciente apresentou-se com uma lesão causada pela base da prótese, na região entre os dentes 32 e 33 (Figura 15). Nessa sessão foi realizado um ajuste da base da prótese, esse ajuste foi feito aplicando-se um silicone de baixa viscosidade (leve) (Coltene, Bom Sucesso – RJ), sem uso de adesivo, em toda a base da prótese e a mesma foi levada à boca do paciente e mantida em oclusão até a presa do material, depois de removida a prótese, foi possível evidenciar potenciais áreas traumáticas para a mucosa, essas áreas foram demarcadas com um lápis grafite e desgastadas com broca maxicut (American Burrs, Cavallhada – SP) montada em peça reta. Esse procedimento foi repetido por quatro vezes, em seguida foi realizado um ajuste das bordas da prótese superior (Figura 16).



Figura 15. Aspecto da cirurgia uma semana depois.



Figura 16. Evidenciação dos pontos de pressão sobre a mucosa com silicona leve.

Na sessão seguinte foi realizado o reembasamento da prótese com resina Soft Comfort (Dencril, Pirassununga – SP) (Figura 17). A resina foi manipulada de acordo com as especificações do fabricante e, posteriormente, a base da prótese foi preenchida com a resina. Em seguida, esse conjunto foi levado à boca do paciente, que a manteve em oclusão até a presa do material. Após a remoção da peça da boca do paciente, foram removidos excessos com tesoura e broca de corte cruzado maxicut (American Burrs, Cavallhada – SP). Em seguida, foi aplicado duas camadas glaze sobre a resina Soft Comfort e posteriormente a peça foi imersa em água numa temperatura de 60°, para remoção do excesso de monômero.



Figura 17. Reembasamento da PTI com resina Soft Comfort.



Figura 18. Aspecto extraoral após instalação das próteses: foto frontal.



Figura 19. Aspecto extraoral após instalação das próteses: foto lateral.

4 DISCUSSÃO

A condição edêntula pode trazer diversos prejuízos para qualidade de vida do paciente, podendo o paciente sofrer consequências sociais, psicológicas e estéticas, (FANG et al. 2017). Além disso, o nível de ansiedade, com o qual as pessoas enfrentam a perspectiva de perder todos os dentes e ter que contar com uma dentadura completa é ilimitada, conforme registrado por Shah et al. (2012). Por essa razão, quando um paciente não aceita a situação de permanecer desdentado por um tempo após a extração, em virtude da cicatrização deixada pelas sequelas da cirurgia, a prótese total imediata é bastante indicada (BASTOS; RODRIGUES, 2015). Concordando com esses autores, foram propostas ao paciente, exodontias múltiplas e uma PTI inferior, pois ele apresentava dentes remanescentes comprometidos periodontalmente, e impossibilitando a confecção de uma PPR.

Apesar de a utilização de uma prótese total imediata ser uma etapa necessária e transitória até que seja possível a reabilitação definitiva de cada caso clínico, os benefícios das próteses imediatas são indiscutíveis, pois elas minimizam as alterações na ATM, impede o colapso labial e facial mantendo a aparência do paciente, favorece a fonética e função dos músculos da mastigação, elimina o constrangimento e mantém o equilíbrio emocional do paciente durante as suas atividades diárias e impede a perda imediata da DVO (TORCATO et al., 2012; GOOYA; EJLALI; ADLI, 2012). Para o paciente do caso clínico em questão foi melhor manter a função mastigatória, passando por uma reabilitação protética com dentes

artificiais do que permanecer com dentes debilitados, prejudicando assim, sua função mastigatória.

Apesar desse tipo de procedimento apresentar algumas desvantagens como custo adicional e maior número consultas clínicas, o paciente facilmente toma a decisão de extrair seus dentes depois de conhecer a existência dessas próteses dentárias (YANKOVA; FETFOVA, 2016).

Caputi et al. (2013) afirma que uma dos fatores mais importantes a serem consideradas na confecção de próteses imediatas pode ser a dificuldade de avaliar DVO e a RC após a extração dos dentes posteriores e de acordo com Trentin et al. (2016) a fase que requer maior atenção do Cirurgião-Dentista na confecção da prótese é a determinação da DVO, pois ela influenciará no resultado final do tratamento. Mudanças na DVO podem ocorrer ao longo do tempo em pacientes que perderam elementos dentários e são comuns também em procedimentos restauradores, durante tratamentos ortodônticos e ortognáticos e em pacientes com desordens temporomandibulares (OLTHOFF; VAN DER GLAS; VAN DER BILT, 2007).

Os danos ocasionados pelas alterações da DVO são diversos e de uma maneira geral estão relacionados com problemas estéticos, fonéticos, dentais, de deglutição, musculares e articulares, posturais e no Periodonto. Vários são os aspectos que tornam o restabelecimento da DVO um procedimento complexo, dentre eles o fato de: nenhuma técnica de determinação da DVO ter sido comprovada cientificamente superior a qualquer outra para ser utilizada durante o restabelecimento da DVO, por isso a utilização de mais de uma técnica deve ser preconizada. Vários métodos foram propostos ao longo da história, sendo mais comumente utilizados, os métodos das proporções faciais, fonético e métrico (DANTAS, 2012). Neste caso foram utilizados os métodos métrico, fonético e estético, pois a utilização desse conjunto de métodos se mostrou mais eficaz que a utilização de apenas um método.

Torcato et al. (2012) e Santos, Silva e Haddad (2015), ressaltaram a importância do guia cirúrgico, uma vez que o mesmo possibilita averiguar a necessidade de regularização de rebordo no momento da instalação da prótese, para que dessa forma, pressões inadequadas sobre a mucosa sejam evitadas. Contudo, própria PTI pode ser usada como guia cirúrgico, desde que sua base seja de resina incolor e o sorriso do paciente não exponha os bordos cervicais dos dentes para não conferir problema estético (SHIBAYAMA et al., 2006). Concordando com esses autores, no caso clínico em questão a própria prótese foi utilizada como guia cirúrgico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação oral de pacientes com prótese total imediata, apesar de ser um procedimento com custo adicional e que necessita de mais sessões, representa uma alternativa de tratamento eficaz e vantajoso para o paciente. Neste caso clínico, o tratamento proposto foi resolutivo, restabelecendo estética, função sem submeter o paciente a um período de edentulismo, oferecendo-lhe melhor qualidade de vida e permitindo a continuidade das atividades sociais e laborais.

ABSTRACT

Immediate total prosthesis is defined as a total prosthesis made to be installed immediately after the extraction of the remaining teeth and that should be used for a short period of time, for aesthetic reasons, masticatory, convenience or for the adaptation of the patient from the dentate state to the until the definitive prosthesis is installed. This study is a case report of a 65-year-old male patient, attended at the school clinic of the State University of Paraíba (UEPB), Campus I, who presented with a total superior prosthesis with aesthetic conditions and In addition, inferior mandibular incisors with indication of exodontia were After clinical examination, radiographic evaluation and case planning, the proposed and performed treatment consisted of exodontia of the lower anterior dental elements, with installation in the same session of the immediate lower total prosthesis and conventional upper total prosthesis. After the conclusion of the case, it was observed that the immediate total prosthesis represented an effective and efficient treatment alternative for the patient, since it restored aesthetics and function during the waiting period, without subjecting the patient to a period of edentulism and filling the even their work and social activities.

Key words: Denture Complete Immediate, Surgery Oral, Mouth rehabilitation.

REFERÊNCIAS

- AFSHARI, F. S.; HALLAS, M., B.; KNOERNSCHILD, K. L. An Alternative Approach in Fabrication of Fixed Complete Dentures Using a Duplicate Denture. **Journal of Prosthodontics**, v. 1, n. 4, 2012.
- AMOROSO, A. A. P. et al. Recuperação da dimensão vertical em paciente com parafunção severa. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v. 34, n. 2, p. 09-13, 2013.
- BASTOS, F. B.; RODRIGUES, C. R. T. Prótese total imediata com recuperação da curva de spee. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 9, n. 3, p. 11-16, 2015.
- CAPUTI, S. et al. Immediate denture fabrication: a clinical report. **Annali di Stomatologia**, v. 4, n3, p. 273-277, 2013.
- DANTAS, E. M. A importância do restabelecimento da dimensão vertical de oclusão na reabilitação protética. **Odonto**, v. 40, n. 20, p. 41-48, 2012.
- FANG, J. H. et al. Digital immediate denture: A clinical report. **The journal of prosthetic dentistry**, 2017.
- FARIAS, A. B. L. et al. Relação entre alteração da dimensão vertical de oclusão e disfunção temporomandibular – avaliação clínica. **Braz Dent Sci**, v. 12, n. 3, p jul. 11-19, 2009.
- FERREIRA, K. E.; RODRIGUES, C. R. T. Prótese total mediata em paciente com lesão hiperplásica causada por câmara de sucção – relato de caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 5, n. 1, p. 39-46, 2014.
- FIGLIOLA, D.; SOLAR, M. Q. D. Prótesis Total imediata como alternativa de tratamento. Reporte de Caso. **Estomatol Herediana**, v. 23, n. 1, p. 29-33, 2013.
- GOIATO, M. C. et al. Técnicas de confecção de prótese total Imediata mucossuportada. **Odontológica de Araçatuba**, v.35, n.1, p. 67-72, 2014.
- GOMES, A. C. et al. Reabilitação bucal com prótese total imediata. **Full Dent. Sci.** v. 20, n. 5, p. 590-594, 2014.

GOOYA, A.; EYLALI, M.; ADLI, A. R. Fabricating an Interim Immediate Partial Denture in One Appointment (Modified Jiffy Denture). A Clinical Report. **Journal of Prosthodontics**, v. 22, p. 330–333, 2012.

MARCHINI, L.; SANTOS, J. F. F.; CUNHA, V. P. P.; Próteses total imediata: considerações clínicas. **Robrac**, v. 9, n. 27, 2000.

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

NADGERE, J. B. et al. Rehabilitation of a Patient with Immediate Complete Denture. **Journal of Contemporary Dentistry**, v. 6, n. 1, p. 90-95, 2016.

OLTHOFF, L. W.; VAN DER GLAS, H. W.; VAN DER BILT, A. Influence of occlusal vertical dimension on the masticatory Performance during chewing with maxillary splints. **Journal compilation**, 2007.

SANTOS, J. C. A.; SILVA, J. D.; HADDAD, M. F. Reabilitação com prótese total imediata. Relato de caso. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v.36, n.2, p. 24-28, 2015.

SHAH, F. K. et al. Comparison of immediate complete denture, tooth and implant supported overdenture on vertical dimension and muscle activity. **J Adv Prosthodont**, v. 4, p. 61-71, 2012.

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

TELLES, D. M. **Prótese total: convencional e sobre implantes**. Santos: Livraria Santos Editora, p. 313 – 352, 2010.

TORCATO, L. B. et al. Prótese total imediata: relato de caso clínico. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v.33, n.2, p. 66-69, 2012.

TRENTIN, L. M. et al. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. **J Oral Invest**, v. 5, n. 1, p. 50-60, 2016.

YANKOVA, M.; FETFOVA, D. Fabrication of transitional immediate complete denture. **MedInform**, 2016.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
FICHA CLÍNICA DE PRÓTESE REMOVÍVEL

NOME	[REDACTED]		
RG CPF	[REDACTED]	GPF:	[REDACTED]
IDADE	65	DATA DE NASCIMENTO	24/04/52
GÊNERO	M () F	Nº SUS	700 2069 0853 8000
ENDEREÇO	R. Alamy José Tavares de Melo nº 281		
BAIRRO	Malinas	CIDADE	Campina Grande
NATURALIDADE	Campina Grande	ESTADO	PB
COR	() BRANCO (X) PARDO () NEGRO	NACIONALIDADE	Brasileira
ESTADO CIVIL	casado	PROFISSÃO	Aposentado
EMAIL			

Queixa principal:

Sensibilidade e dente mal (SIP)

História da doença atual:

Paciente relata dor nos dentes anteriores e inferiores há mais de
menos 4 meses.
Paciente apresenta necessidade de uso de prótese.

HISTÓRIA MÉDICA

Está sob acompanhamento médico?	(X) Sim () Não. Se sim, por quê? Acompanhamento de diabetes e hipertensão.
Está tomando algum medicamento?	(X) Sim () Não. Se sim, para que? Hidroclorotiazida, Enalapril e metformina.
Problemas cardiovasculares	() Infarto () Angina (X) Hipertensão () Hipotensão () Palpitação Outros:
Problemas pulmonares crônicos	() Bronquite asmática () Tosse persistente () Enfisema Outros:
Problemas renais e geniturinários	() Insuficiência renal () Edema dos membros inferiores Outros:
Problemas gástricos	() Úlcera () Gastrite Outros:
Distúrbios neuromusculares	() Acidente Vascular Encefálico () Doença de Alzheimer Outros:
Afecções dermatológicas	() Lúpus eritematoso () Líquen plano Outros:
Transtornos psiquiátricos	() Depressão () Demência Outros:
Doenças hepáticas	() Icterícia () Cirrose Outros:
Doenças endócrinas	(X) Diabetes () Hipo ou hipertireoidismo Outros:
Alterações ósseas	() Osteoporose () Artrite Outros:
Discrepâncias sanguíneas	() Anemia perniciosa () Leucemia Outros:
Enfermidades diversas	() AIDS () Hepatites () Tuberculose () DSTs () Câncer () Outras

HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Últimas Extrações:

Maxila:	() menos de 3 meses () menos de 6 meses () acima de 6 meses
Mandíbula:	() menos de 3 meses () menos de 6 meses () acima de 6 meses
Motivo das extrações:	

Histórico Protético

Possui prótese:	() PPR (<input checked="" type="checkbox"/>) PT () PPF
Há quanto tempo usa prótese:	<i>Mais de 40 anos.</i>
Queixa quanto à prótese que possui:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Antiga/Desgastada (<input checked="" type="checkbox"/>) Estética inadequada () Quebrada () sem retenção () dificuldade de mastigação () outra: _____
Teve dificuldade de se adaptar:	() Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não. Caso sim, motivo: _____
Número de próteses já utilizadas:	<i>Aprox. 6</i>
Teve orientação de higienização:	() Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não Se sim, como: _____
Usa a prótese para dormir?	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não

EXAME EXTRA-BUCAL

Forma do rosto:	() triangular () quadrado (<input checked="" type="checkbox"/>) ovoide
Contorno facial:	(<input checked="" type="checkbox"/>) simétrico () assimétrico
Tipo de lábio:	() arqueado () horizontal (<input checked="" type="checkbox"/>) caído
Tipo de lábio quanto ao tamanho:	(<input checked="" type="checkbox"/>) médio () curto () longo
Tipo de lábio quanto à espessura:	() normal (<input checked="" type="checkbox"/>) fino () espesso
Relação lábio/rebordo:	() favorável (<input checked="" type="checkbox"/>) desfavorável
Músculo orbicular do lábio:	() tenso (<input checked="" type="checkbox"/>) frouxo () normal
Espessura da bochecha:	() fina () espessa (<input checked="" type="checkbox"/>) normal
Queilite angular:	() sim (<input checked="" type="checkbox"/>) não
ATM :	() dor () ruído () desvio (<input checked="" type="checkbox"/>) NDN
PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS E ATM	
Digástrico vertente posterior	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Temporal posterior	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Temporal médio	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Temporal anterior	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Masseter	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Masseter profundo	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
ATM	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Pterigóide medial	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Pterigóide lateral	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Digástrico vertente anterior	() Sim – Intensidade: (<input checked="" type="checkbox"/>) Não

EXAME INTRA-BUCAL

MAXILA

Mucosa oral:	(<input checked="" type="checkbox"/>) normal () patológica. Qual o problema?
Inserção do freio labial:	() com interferência (<input checked="" type="checkbox"/>) sem interferência () ausente
Freio labial coincidente com a linha mediana:	(<input checked="" type="checkbox"/>) sim () não

Inserções dos freios laterais:	<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> com interferência <input checked="" type="checkbox"/> sem interferência <input type="checkbox"/> bridas
Tórus palatino:	<input type="checkbox"/> discreto <input type="checkbox"/> volumoso <input checked="" type="checkbox"/> ausente
Tuberosidades:	<input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> retentiva: [] direita [] esquerda <input type="checkbox"/> volumosa: [] direita [] esquerda
Espículas ósseas:	<input checked="" type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente. Local:
Forma do rebordo:	<input checked="" type="checkbox"/> triangular <input type="checkbox"/> quadrado <input type="checkbox"/> ovoide
Tamanho do rebordo:	<input type="checkbox"/> pequeno <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> grande
Espessura do rebordo:	<input type="checkbox"/> largo <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> fino
Altura do rebordo:	<input type="checkbox"/> alto <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo
Forma dos dentes:	<input type="checkbox"/> triangular <input type="checkbox"/> quadrado <input type="checkbox"/> ovoide —
Cor dos dentes:	—
Crista do rebordo:	<input type="checkbox"/> rígida <input checked="" type="checkbox"/> resiliente <input type="checkbox"/> flácida

MANDÍBULA

Mucosa oral:	<input checked="" type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> patológica. Qual o problema?
Inserção do freio labial:	<input type="checkbox"/> com interferência <input checked="" type="checkbox"/> sem interferência <input type="checkbox"/> ausente
Freio labial coincidente com a linha mediana:	<input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Inserções dos freios laterais:	<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> com interferência <input checked="" type="checkbox"/> sem interferência <input type="checkbox"/> bridas
Inserção do freio lingual:	<input type="checkbox"/> com interferência <input checked="" type="checkbox"/> sem interferência
Tórus mandibular:	<input type="checkbox"/> discreto: [] dir. [] esq. <input type="checkbox"/> volumoso: [] dir. [] esq. <input checked="" type="checkbox"/> ausente: [] dir. [] esq.
Espícula óssea:	<input checked="" type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente. Local:
Hiperplasias:	<input checked="" type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> generalizada. Se positivo, onde?
Forma do rebordo:	<input type="checkbox"/> triangular <input type="checkbox"/> quadrado <input checked="" type="checkbox"/> ovoide
Tamanho do rebordo:	<input type="checkbox"/> pequeno <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> grande
Espessura do rebordo:	<input type="checkbox"/> largo <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> fino
Altura do rebordo:	<input type="checkbox"/> alto <input checked="" type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> baixo
Forma dos dentes:	<input checked="" type="checkbox"/> triangular <input type="checkbox"/> quadrado <input type="checkbox"/> ovoide
Crista do rebordo:	<input checked="" type="checkbox"/> em lâmina <input type="checkbox"/> estrangulado <input type="checkbox"/> normal
Mucosa:	<input type="checkbox"/> rígida <input checked="" type="checkbox"/> resiliente <input type="checkbox"/> flácida
Cor dos dentes:	—

LÍNGUA

Volume:	<input checked="" type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> microglossia	<input type="checkbox"/> macroglossia
Mobilidade:	<input checked="" type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> limitada	<input type="checkbox"/> excessiva
Posição:	<input checked="" type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retruída	
Papilas:	<input checked="" type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> alteradas	
Patologia:	<input checked="" type="checkbox"/> ausente	<input type="checkbox"/> presente. Qual?	

SALIVA

Quantidade:	() normal (X) insuficiente (boca seca) () excessiva
Qualidade:	(X) serosa () viscosa () mista

ANÁLISE PERIODONTAL DOS DENTES REMANESTES

Maxila	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Bolsa Gengival																
Recessão																
Mandíbula	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Bolsa Gengival																
Recessão																

* Marque com "x" os dentes ausentes. Marque com "x" a presença de alterações gengivais.

ANÁLISE DA OCLUSÃO

Amplitude da abertura bucal:	mm
Abertura da boca:	() normal (X) sem desvio () com desvio [] para direita [] para esquerda

REGISTRO DA ALTURA DA FACE

() Atualmente não usa prótese () Nunca usou prótese. () Parou de usar a prótese.

- Prótese atual do paciente: DVR: 69 mm.
DVO: 63 mm.
EFL: 6 mm.
- Prótese nova: DVR: 69 mm.
DVO: 67 mm.
EFL: 2 mm.

CLASSIFICAÇÃO DOS ARCOS

Maxila



Mandíbula

Classe: —

Classe: classe I DE Kennedy

EXAME RADIOGRÁFICO

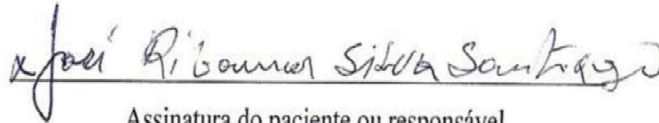
Tipo de radiografia	Área solicitada	Observações
Periapical	33 a 42	
Interproximal	—	
Oclusal	—	
Panorâmica	<input checked="" type="checkbox"/> ✓	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento, para realização dos exames necessários para o tratamento odontológico.

Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e exames que serão realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e ainda, concedo o direito de retenção e uso de radiografias, fotografias, resultados de exames clínicos e/ou laboratoriais bem como outras informações contidas nesta ficha clínica, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais e/ou revistas científicas do país ou fora dele.

Campina Grande, 15 de dezembro de 2017.



Assinatura do paciente ou responsável

Nome: José Ribamar Silva Santiago

RG: _____ CPF: _____

