



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



GABRIELLE RODRIGUES TOME AMARAL

**RELATO DE CASO CLÍNICO:
REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE REMOVÍVEL TOTAL E PARCIAL**

UBERLÂNDIA

2025

GABRIELLE RODRIGUES TOME AMARAL

**RELATO DE CASO CLÍNICO:
REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE REMOVÍVEL TOTAL E PARCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia

Orientadora: Profª. Drª. Ana Paula de Lima Oliveira

Co-orientador: Prof. Dr. João Edson Carmo de Oliveira

UBERLÂNDIA

2025

"Dedico este trabalho ao meu amado marido, por seu apoio incondicional e por estar sempre ao meu lado nos desafios dessa caminhada; aos meus queridos pais, por me ensinarem com amor e dedicação o valor do conhecimento e da perseverança; e à minha orientadora e meu coorientador, cuja orientação, paciência e ensinamentos foram essenciais para a realização deste trabalho."

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me fortaleceu e guiou em cada etapa desta caminhada.

Ao meu amado marido, Daniel, pelo amor, paciência e incentivo incondicional. Sua presença ao meu lado tornou essa jornada mais leve, e sua crença em mim me deu forças para seguir em frente mesmo nos momentos mais dificeis.

Aos meus pais, Edson e Danielle, minha base e meu exemplo de dedicação e amor. Obrigada por cada conselho, cada palavra de apoio e, acima de tudo, por sempre acreditarem em mim.

Aos meus queridos avós, Augusta, Luiza e Carlos Henrique, pelo carinho, apoio, ensinamentos e pelo amor imenso que sempre me inspiraram. E ao meu avô Antônio “In Memoriam”, que permanece vivo em minhas lembranças e no meu coração. Sua força, sabedoria e amor sempre serão uma parte essencial de quem sou.

Aos meus tios, João Carlos e Elmo, que sempre estiveram ao meu lado com palavras de incentivo, gestos de carinho e apoio incondicional. Sou imensamente grata por cada conselho, cada abraço e por acreditarem em mim.

Às minhas amigas da faculdade Talita e Wanessa, minha eterna gratidão por cada momento compartilhado. Vocês foram apoio nos desafios, alegria nos dias dificeis e motivação para seguir em frente. Cada risada, incentivo e estudo em conjunto tornaram essa jornada inesquecível. Levo comigo não só o aprendizado acadêmico, mas também a amizade verdadeira que construímos.

À minha orientadora, Dr^a Ana Paula Oliveira e ao meu coorientador, Dr João Edson Oliveira, minha eterna gratidão pela paciência, dedicação e ensinamentos. O comprometimento e apoio de vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho, e levo comigo tudo o que aprendi ao longo dessa jornada.

À professora Dr^a Germana Camargos, que, mesmo sem estar diretamente envolvida neste trabalho, ofereceu apoio, conhecimento e incentivo fundamentais. Sua dedicação e generosidade fizeram toda a diferença, e serei eternamente grata por sua ajuda.

RESUMO

A saúde bucal desempenha uma função crucial na qualidade de vida do indivíduo, e o edentulismo compromete de maneira direta a interação social, a eloquência verbal, o sorriso e a autoestima do paciente. Sendo assim, objetivo deste trabalho é relatar um caso de reabilitação oral utilizando como alternativa imediata a transformação da prótese parcial removível do paciente em prótese total, para que não ocasionasse nenhum prejuízo estético e funcional após exodontia dos pilares da prótese removível, e, posteriormente, reabilitando o paciente com o uso de próteses removíveis total superior e parcial inferior, para restabelecimento da função e da estética do paciente, aumentando a qualidade de vida do mesmo. Dessa forma, a reabilitação visa minimizar os impactos funcionais e estéticos, proporcionando qualidade de vida e mantendo a rotina do paciente sem impactos negativos significativos. O planejamento adequado e a experiência nas etapas de fabricação são essenciais para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Edentulismo; Prótese removível; Prótese total; Prótese Parcial; Reabilitação oral.

ABSTRACT

Oral health plays a crucial role in an individual's quality of life, and edentulism directly affects social interaction, verbal eloquence, smiling, and the patient's self-esteem. Therefore, the objective of this study is to report a case of oral rehabilitation using, as an immediate alternative, the transformation of the patient's removable partial denture into a complete denture to prevent any aesthetic and functional impairment after the extraction of the removable denture's abutments. Subsequently, the patient was rehabilitated with a maxillary complete removable denture and a mandibular partial removable denture to restore function and aesthetics, thereby improving the patient's quality of life. Thus, rehabilitation aims to minimize functional and aesthetic impacts, providing quality of life and allowing the patient to maintain their routine without significant negative effects. Proper planning and expertise in the fabrication process are essential for the success of the treatment.

Keywords: Edentulism; Removable prosthesis; Complete denture; Partial denture; Oral rehabilitation.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivo específico	9
3	RELATO DE CASO	9
4	DISCUSSÃO	25
5	CONCLUSÃO	29
	REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços na odontologia e das técnicas preventivas de doenças bucais, a perda dentária continua sendo uma preocupação global, especialmente entre indivíduos adultos e idosos (CORTEZ et al., 2023). Segundo SILVA et al. (2010), uma pesquisa com a população brasileira no ano de 2003, 93% dos indivíduos na faixa etária de 65-74 anos tiveram dentes perdidos, porém, mais da metade dos indivíduos com a idade acima de 65 anos que participaram da entrevista, ao serem questionados acerca do seu próprio estado de saúde bucal, mastigação e fala, se atribuiu em uma classificação de boa ou ótima condição.

CARR e BRWN (2017) afirmam que a perda dentária traz consigo várias consequências anatômicas e fisiológicas, com a perda do elemento dentário a crista alveolar para de receber estímulo funcional, o que pode ocasionar em um atrofia em altura e largura. Além disso, a reabsorção óssea faz modificações anatômicas que tornam desafiador a confecção da prótese, enquanto a perda óssea modifica a mucosa oral, tornando-a menos queratinizada e mais suscetível a traumas.

Um dos fatores responsáveis por essa perda dentária é a Periodontite, pois se trata-se de uma inflamação dos tecidos de sustentação, o que acaba resultando na degradação progressiva do ligamento periodontal e do osso alveolar. (NEWMAN; CARRANZA et al., 2020). De acordo com BERGLUNDH et al. (2024) “deve-se ter em mente, que o edentulismo aumenta com a idade e os dentes “sobreviventes” nos indivíduos idosos são provavelmente aqueles menos afetados pela periodontite.”

Diante disso, é essencial reconhecer que a saúde bucal tem impacto direto na qualidade de vida, já que a perda dentária compromete a interação social, a eloquência verbal, o sorriso e a autoestima (CARREIRO et al., 2022). Portanto, é necessário buscar alternativas para substituir os dentes ausentes, seja por meio de implantes, próteses fixas ou próteses removíveis.

As próteses desempenham papel fundamental na reabilitação oral. Elas restabelecem a função mastigatória e a deglutição, que é algo que incomoda bastante o paciente; melhoram a fonética e devolvem a estética, oferecendo ao paciente mais segurança e conforto na convivência social. Além disso, contribuem para a correção da posição condilar nas articulações temporomandibulares (ATM's), reconstrução da dimensão vertical, prevenção da anteriorização mandibular e redução da reabsorção óssea. Esses benefícios proporcionam não apenas bem-estar físico e psicológico, mas também melhor qualidade de vida e interação social ao indivíduo. (ROCHA e RUSSI et. al., 2015)

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de reabilitação oral utilizando próteses removíveis total superior e parcial inferior, promovendo o restabelecimento da função e da estética, e, consequentemente, a melhoria na qualidade de vida do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso clínico de reabilitação oral com foco em próteses removíveis

2.2 Objetivo específico

Abordar as etapas do processo reabilitador com próteses dentárias que restabeleça a saúde, função e estética ao paciente.

3 RELATO DE CASO

Paciente, I.J.S., do sexo masculino, 69 anos, com boa saúde geral, buscou atendimento no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) para reabilitação oral. Sua principal queixa era a extrusão e mobilidade do elemento 11, além da insatisfação com sua prótese removível superior. (Figura 1)

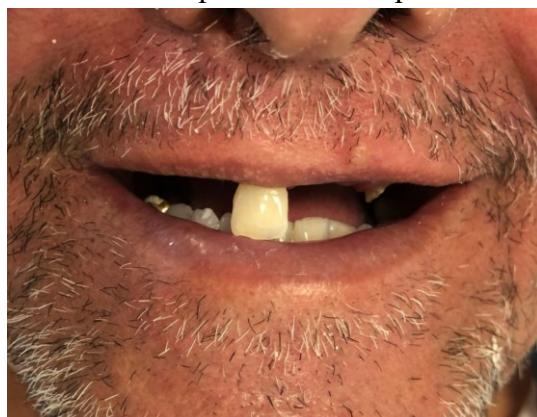
Na avaliação clínica, observou-se a presença dos elementos: 18, 11 e 23, e o uso de uma prótese removível superior com má adaptação e baixa estabilidade. Verificou-se também extensa perda de tecido ósseo e mobilidade afetando os elementos 18, 11 e 23 (grau III de mobilidade), uma lesão de furca grau I no elemento 18, cárie extensa e extrusão no elemento 11 e resto radicular do elemento 23. Na arcada inferior os elementos presentes eram: 38, 35, 34, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44 e 45. O dente 38 apresentava extensa perda óssea, cárie cervical e lesão de furca grau III, com mobilidade grau II. Os elementos: 35, 34, 31, 41, 42, 44 e 45 apresentavam lesões cervicais não cariosas. (Figuras 2 a 4)

Figura 1 - Sorriso do paciente com sua prótese removível em boca



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 2 - Sorriso do paciente sem a prótese removível



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 3 - Elementos 18, 11 com mobilidade grau 3, 11 com cárie profunda e extrusão e o 23 que se trata de um resto radicular, nota-se inflamação gengival (gengiva arroxeadada)



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

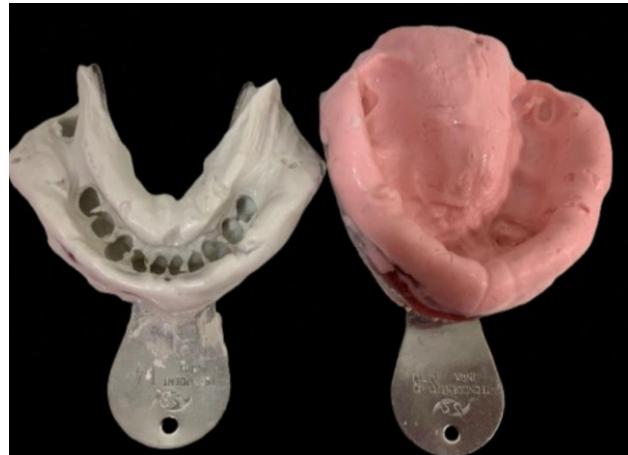
Figura 4 - Prótese parcial removível superior do paciente em 3 ângulos diferentes



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Foi realizada a moldagem de estudo com alginato especial para arcada superior e alginato comum para a inferior. Em seguida, foram confeccionados os modelos de gesso. (Figuras 5 a 7)

Figura 5 - Moldagem de estudo inferior e superior



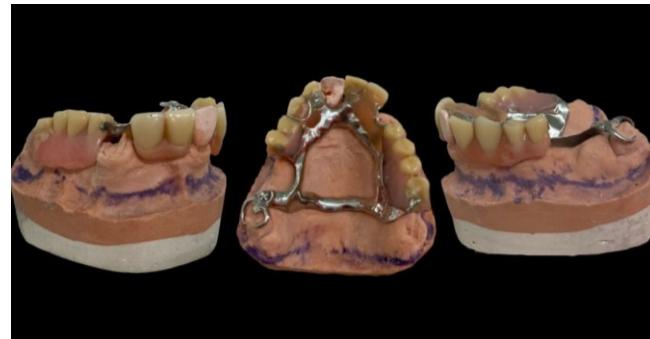
Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 6 - Modelo de estudo vazado em gesso



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

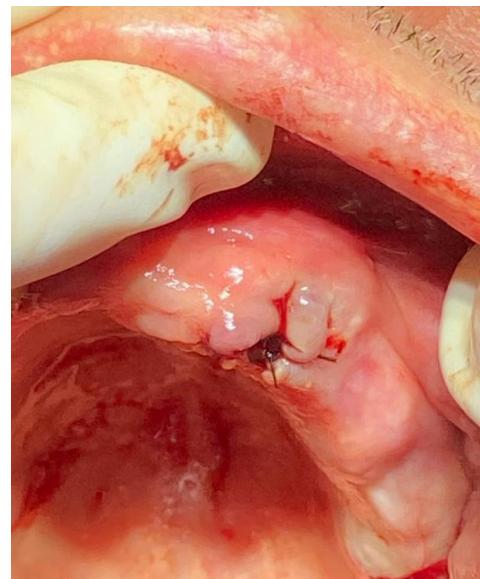
Figura 7 - Prótese Superior do paciente no modelo de gesso, em 3 ângulos diferentes



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Foi realizada a transformação da PPR em uma PTR imediata de transição, sendo assim, o paciente foi moldado com a prótese em boca, antes das exodontias. Após a moldagem, realizaram-se as extrações dos elementos 18, 11, 23 e 38. No laboratório, foram adicionados dentes artificiais na prótese para substituir os elementos extraídos, redistribuindo as concentrações de forças oclusais para o palato duro. A prótese imediata ainda favoreceu a cicatrização, preservou a estética e manteve a função mastigatória até a realização das próteses definitivas. (Figuras 8 a 14)

Figura 8 - Sutura da exodontia do resto radicular 23



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 9 - Resto radicular 23 depois da extração



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 10 – Sutura da exodontia dos elementos 18 e 11



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 11 – Elementos 18 e 11 depois da extração



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 12 - Elemento 38 em boca, antes da exodontia



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 13 - Elemento 38 depois da extração



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Logo após as exodontias e a transformação da prótese removível em total imediata, a prótese provisória já foi posicionada.

Figura 14 - Prótese Total Imediata que foi feita através da prótese parcial superior do paciente



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Realizamos uma cirurgia pré-protética (regularização de rebordo estrangulado) para uma adequação morfológica na região onde se posicionava os elementos 22 ao 28, devido à presença de espículas ósseas acentuadas, o que poderia causar dor devido à pressão exercida pela prótese durante estímulos mastigatórios. (Figuras 15 e 16)

Figura 15 - Rebordo antes da cirurgia pré-protética



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 16 - Cirurgia pré-protética sendo realizada



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Realizamos as restaurações das lesões cervicais não cariosas dos elementos 35, 34, 31, 41, 42, 44 e 45 para adequar a saúde do meio bucal e assim começar as etapas de sua prótese total removível superior e sua prótese parcial removível inferior definitiva. (Figuras 17 e 18)

Figura 17 - Imagem mostrando as LCNC (lesões cervicais não cariosas) antes de serem restauradas



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 18 - Foto dos elementos 35, 34, 31, 41, 42, 44 e 45 já restaurados



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Foi realizada uma nova moldagem de estudo superior, devido a regularização de rebordo, para confecção da moldeira individual superior e uma nova moldagem de estudo inferior para realizar o delineamento no planejamento da prótese parcial removível, verificando a posição dos dentes pilares e localizando áreas retentivas, onde será a retenção do grampo (Figuras 19 a 21)

Figura 19 - Modelo de gesso inferior



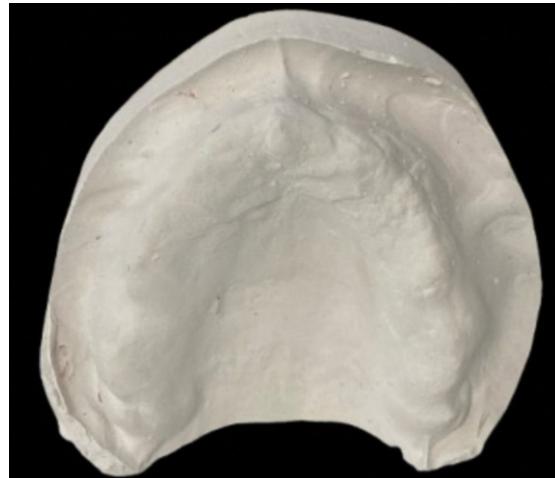
Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 20 - Delineamento no modelo de gesso inferior



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 21 - Modelo de gesso superior, para confecção da moldeira individual



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Confeccionamos os nichos nos elementos 34, 35, 44 e 46, com objetivo de alojar os apoios da prótese parcial inferior. Esses direcionam as forças mastigatórias, promovendo suporte vertical e estabilização para a prótese. (Figuras 22 e 23)

Figura 22 - Nicho oclusal nos elementos 34 e 35



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 23 - Nicho oclusal nos elementos 44 e 45



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Com a moldeira individual confeccionada, foi realizada a moldagem de trabalho superior utilizando no selado periférico um material aneslástico – pasta zinco enólica e a área chapeavel com material elastômero – impregum soft. A moldagem de trabalho inferior foi feita com moldeira perfurada, criando o selado periférico com material aneslástico – cera utilidade e moldando a área chapeavel com material anelástico – alginato. (Figuras 24 a 27)

Figura 24 - Moldeira individual



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 25 - Selado periférico inferior com cera e superior com pasta zinco enólica



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 26 - Moldagem de trabalho inferior com alginato especial e moldagem individual superior com impregum



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 27 - Modelo inferior e superior em gesso



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

O modelo inferior foi enviado ao laboratório para a confecção da armação metálica da prótese parcial, enquanto o modelo superior serviu para a base de prova (Figuras 28 e 29).

Figura 28 - Armação metálica inferior no modelo de gesso, em 3 ângulos diferentes



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 29 - Base de prova superior, em 2 ângulos diferentes



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

A prova da armação metálica permitiu a verificação da adaptação dos nichos, retenção, estabilidade, extensão e posicionamento da barra conectora. Após essa avaliação, a armação foi levada ao laboratório para confecção da base acrílica sobre a armação. (Figuras 30 a 32)

Figura 30 - Armação metálica



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 31 - Adaptação da armação metálica em boca, nos elementos 34 e 35



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

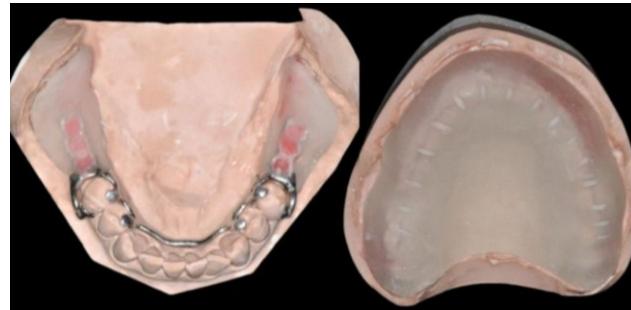
Figura 32 - Adaptação da armação metálica em boca, nos elementos 44 e 45



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Após a confecção da base de prova superior e a base acrílica adicionada na armação metálica, a base de prova superior foi posicionada em boca, revestida sobre um levantamento de cera, e através desse plano de cera foi registrado o corredor bucal, linha média, linha alta do sorriso, curva de Spee e plastificado o modelo superior. Após a plastificação, posicionamos a base de prova inferior em posição, conferimos a dimensão vertical de oclusão, o selamento labial, a harmonia facial com as bases em posição e a fonética. Foram demarcadas a linha média, linha alta do sorriso e as linhas referentes à posição dos caninos. Ao final desta etapa as bases de prova superior e inferior foram fixadas com grampo, após esse processo, o modelo com os registros é transferido ao articulador, dando sequência ao processo laboratorial de montagem dos dentes artificiais. (Figuras 33 e 34)

Figura 33 - Base de prova inferior e superior



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 34 - Registro intermaxilar no modelo de trabalho



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Realizamos a prova dos dentes, verificando tanto sua função como fonética e estética, escolhemos cor, formato, tamanho, largura dos dentes e cor da gengiva para continuar a etapa de acrilização da prótese. Na prova dos dentes foi necessário realizar na posição de alguns elementos, pois estava interferindo na oclusão e na fonética adequada do paciente. (Figura 35)

Figura 35 - Prova dos dentes



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Neste momento foi feita a instalação e ajustes na prótese para garantir função, oclusão, fonética e estética favorável, e agendado uma nova visita controle para conferir a adaptação do paciente com sua prótese, ajustando se necessário. (Figuras 36 a 41)

Figura 36 - Prótese em oclusão vista lateral (esquerdo)



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 37 - Prótese em oclusão vista frontal



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 38 - Prótese em oclusão vista lateral (direito)



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 39 - Vista do trespasso



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 40 - Sorriso do paciente com o resultado da reabilitação



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Figura 41 - Antes e Depois da reabilitação do paciente



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

4 DISCUSSÃO

As próteses desempenham papel fundamental na reabilitação oral, pois restabelecem funções essenciais como a mastigação, a deglutição e a fonética. Além disso, contribuem com a estética, devolvendo função, harmonia e mais segurança na socialização do indivíduo. (ROCHA e RUSSI et. al., 2015)

O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico onde foi realizado um tratamento com foco na área da prótese removível, com a finalidade de atender às necessidades do paciente com edentulismo na maxila e perdas de elementos dentários na mandíbula, para assim, trazer função, estética e qualidade de vida.

O diagnóstico e o plano de tratamento devem ser elaborados com cautela, considerando que a perda dentária afeta diferentes aspectos da vida do paciente, seja de forma estética, como em oclusão a depender da região que ocorre a perda. (TELLES et.al, 2010).

Este caso evidenciou a importância de um diagnóstico e planejamento cuidadoso, tanto para soluções a curto prazo, com prótese imediata provisória, quanto para a reabilitação definitiva a longo prazo.

A doença periodontal foi um dos fatores determinantes para a perda dentária neste caso, pois tem como consequência a destruição do cemento, ligamento periodontal e osso alveolar, comprometendo a inserção e podendo resultar na perda do elemento dentário (ROCHA et al. 2019).

As estruturas de suporte dos elementos 18, 11, 23, 28 e 38 estavam comprometidas, o que inviabilizava seu uso como pilares para confecção da prótese. Além disso, o paciente apresentava má higiene bucal. Por esses motivos, esses elementos foram classificados como de mau prognóstico para a instalação de uma prótese removível. Assim, o plano de tratamento foi constituído em exodontia dos elementos afetados, prótese total removível na maxila e prótese parcial removível na mandíbula.

Os dentes considerados ideias como pilares seriam aqueles com condições de suportar a prótese, para isso, analisamos os seguintes aspectos: susceptibilidade à cárie, caso recorrentes é reforçada a orientação de higiene bucal; condições das superfícies dentárias, pois se necessário deve ser feita reconstruções coronárias ou a troca de restaurações insatisfatórias; condição periodontal e grau de mobilidade, pois caso sejam observados, esses aspectos devem ser tratados para somente após a restituição da saúde bucal seguir com a confecção da prótese; altura da coroa clínica, pois coroas clínicas baixas são expulsivas e não favorece na retenção; inclinação e posicionamento dos dentes pilares, pois dentes muito inclinados, com

extrusão ou giroversão dificultam a higienização do local, trazendo consequências periodontais e comprometendo a distribuição da carga mastigatória; desgastes, pois comprometem a estética e pode deixar o paciente insatisfeito; número e distribuição dos dentes pilares, para determinar a biomecânica que a prótese irá executar (CARREIRO et al., 2022).

Quando o indivíduo tem vários elementos comprometidos que devem ser extraídos, deixando o paciente edêntulo, é indicado que faça uma prótese total imediata para que ocorra uma reabsorção óssea mais regular, pois a prótese imediata tem a função de dissipar as concentrações de forças oclusais que os alvéolos receberam, transferindo-as para o palato duro. Além disso, a prótese imediata “substitui” os dentes extraídos, evitando forças nocivas aos alvéolos e melhorando a cicatrização (CUNHA e MARCHINI et.al, 2014).

Nesse sentido, a prótese parcial removível que o paciente possuía é colocada em posição na boca, realiza-se a moldagem com a prótese em posição para confecção do modelo da boca do paciente, em seguida os dentes a serem extraídos são removidos do modelo e substituídos por dentes artificiais, transformando a prótese parcial removível em uma prótese total imediata superior, lembrando que se trata de uma prótese provisória, dessa forma seguindo para a exodontia dos elementos: 18, 11, 23, 28 e 38.

Mesmo com a prótese total imediata, foi necessário realizar a cirurgia pré-protética para uma adequação morfológica, pois havia presença de espículas ósseas acentuadas, o que poderia causar dor com a pressão da prótese aos estímulos que demandam força, como a mastigação. TURANO (2018, p.12) explica que “Após o fenômeno da reabsorção óssea referido, a base óssea se reduz verticalmente e se estreita vestibulolingualmente. A crista do rebordo se estreita e se afila. Com frequência, ficam espículas ósseas agudas que produzem dor quando se aplica pressão sobre a prótese.”

Para adequar o meio bucal do paciente foi realizada as restaurações das lesões cervicais não cariosas dos elementos 34, 33, 31, 41, 44 e 45; Conforme Carreiro et al. (2022, p.169) “O sucesso da reabilitação oral com próteses parciais removíveis (PPR) depende de alguns fatores, como: condições de higiene bucal do paciente, prevenção e controle da doença periodontal e controle das forças geradas pela prótese sobre os tecidos de suporte.” Além de comprometer o resultado estético e deixar o paciente insatisfeito.

Logo, foi realizada a moldagem anatômica para estudar o melhor plano de tratamento e onde seriam confeccionados os nichos e apoios inferiores da prótese parcial, bem como, usar o modelo superior para confecção da moldeira individual.

Os nichos e apoio em uma prótese parcial tem objetivo de proporcionar resistência eficiente às forças funcionais de mastigação, assim direciona e distribui as cargas oclusais para os dentes pilares, previne a compressão dos tecidos moles, mantém os componentes em suas posições planejadas e previne o deslocamento vertical da prótese (Carr e Brown et.al, 2017).

A moldeira individual é confeccionada especificamente para um único indivíduo, não podendo ser utilizada em outro. Ela tem a função de copiar toda a área basal, que será onde a prótese irá se assentar, além de adaptar adequadamente ao rebordo e assim podemos utilizar um material de moldagem que não comprima, ou que exerça uma menor compressão dos tecidos. A moldagem com a moldeira individual tem a função de moldar apenas a área que será recoberta pela prótese (CUNHA; MARCHINI et.al, 2014).

Após a realização das moldagens de trabalho, partimos para a base de prova, plano de orientação e seleção da cor e formato dos dentes. Segundo TELLES et.al (2010, p.165) “A precisão dos registros das características biotipológicas do indivíduo determinará a acuidade das relações intermaxilares, oclusais e do padrão estético das próteses terminadas, por essa razão, as bases de prova devem ser rígidas, estáveis, retentivas e bem adaptadas ao rebordo residual;”

O objetivo do plano de orientação é de recuperar a sustentação dos tecidos da face, que foram perdidos ao perderem os dentes naturais, além de capturar e registrar os movimentos mandibulares para transportá-los ao articulador e com isso usar para a montagem dos dentes artificiais para a prova estética e fonética no paciente (TURANO et.al, 2018).

Após a base de prova, foi selecionado o tipo, formato, altura, largura e cor do dente de acordo com o rosto do paciente e seu gosto associado, para quando ocorrer a prova dos dentes e a função e fonética esteja favorável, ele aprove a estética e continue com o processo de acrilização da prótese.

Durante a instalação das próteses, realiza-se o ajuste oclusal para eliminar interferências na posição dos dentes devido às possíveis modificações durante o processo laboratorial, além de realizar consultas controles, para verificar como está o processo de adaptação do paciente com sua prótese (KRIGER; MOYSÉS; MOYSÉS, et.al, 2015).

Finalmente, orientamos o paciente em relação aos cuidados com a prótese. Vale ressaltar que a prótese parcial removível exige um cuidado maior quanto a sua higienização, pois a prótese parcial está associada ao surgimento de problemas periodontais, placas bacterianas e de cárie devido a dificuldade do paciente com a manutenção dos dentes pilares. Sendo assim, é de extrema importância um acompanhamento regular que será combinado com

o profissional responsável, para manter CONTROLE DA PRÓTESE E a manutenção da higiene oral em dia. (CARR e BRWN et.al, 2017)

As próteses removíveis representam uma alternativa com custo acessível e bons resultados, permitindo assim, a recuperação da função mastigatória, fonética, estética e, consequentemente, da qualidade de vida do paciente reabilitado; ou seja, com as melhorias nos materiais e técnicas odontológicas é proporcionado às próteses removíveis maior estabilidade, conforto e viabilidade para pacientes que busca uma reabilitação oral acessível.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como propósito relatar um caso clínico de reabilitação oral utilizando prótese total removível superior e prótese parcial removível inferior, demonstrando a importância do planejamento adequado e da execução cuidadosa das etapas clínicas e laboratoriais.

A conduta adotada possibilitou a recuperação da função mastigatória e da deglutição, além da melhora da fonética e da estética, promovendo significativa elevação na autoestima e na qualidade de vida do paciente. A transformação da prótese parcial em prótese total imediata permitiu que o paciente não passasse por um período sem dentes, o que contribuiu para seu bem-estar emocional e adaptação funcional durante a fase de transição.

A associação de técnicas restauradoras, procedimentos cirúrgicos, moldagens precisas e seleção criteriosa dos elementos dentários permitiu alcançar um resultado funcional e estético satisfatório. O acompanhamento pós-instalação, com ajustes e orientações quanto à higienização é essencial para o sucesso da reabilitação a longo prazo.

Assim, conclui-se que as próteses removíveis, quando bem planejadas e executadas, continuam sendo uma opção eficaz, acessível e previsível na reabilitação de pacientes parcialmente e totalmente edêntulos, proporcionando benefícios significativos à sua saúde bucal e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Berglundh, Tord; Scarparo, Angela; Storrer, Carmen Lucia Mueller; Warol, Flávio; Scarparo, Angela (Rev. técnica). **Lindhe tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024.

CARR, Alan B.; BROWN, David T. **McCraken: prótese parcial removível**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARREIRO, Adriana da Fonte Porto et al. **Reabilitação oral com prótese parcial removível convencional: guia prático**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2022.

CORTEZ, G. F. P. et al. **Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 5, p. 1413–1424, maio 2023.

CUNHA, Vicente de Paula Prisco da; MARCHINI, Leonardo. **Prótese total contemporânea na reabilitação bucal**. 2. ed. rev., ampl. e atualizada. São Paulo: Santos, 2014. il.

NEWMAN, Michael G.; CARRANZA, Fermin A. **Periodontia clínica**. Tradução: Flor de Letras et al. Revisão científica: Luciana Saraiva; Marinella Holzhausen. 13. ed. Rio de Janeiro: Gen, 2020. 1048 p. il.

ROCHA, E. P.; RUSSI, S. **Prótese Total e Prótese Parcial Removível**. [s.l.] Artes Médicas Editora, 2015.

ROCHA, E. F. da; SEIBEL, A. B.; NOGUEIRA, A. N.; ROCHA, V. C. F. da. **Envelhecimento humano e desenvolvimento da doença periodontal**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 26, p. e775, 18 jul. 2019.

SILVA, Maria Elisa de Souza et al. **Impacto da perda dentária na qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 841-850, 2010.

TELLES, Daniel. **Prótese total: convencional e sobre implantes.** 1. reimpr. São Paulo: Santos, 2010.

TURANO, José Cerratti; TURANO, Luiz Martins; TURANO, Marcello Villas-Bôas. **Fundamentos de Prótese Total.** 9. ed. São Paulo: Santos, 2010.

TURANO, José Ceratti; TURANO, Luiz Martins; TURANO, Marcello Villas-Bôas. **Fundamentos de prótese total.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu (orgs.). **Técnica anestésica, exodontia e cirurgia dentoalveolar [recurso eletrônico].** Coordenação: Maria Celeste Morita. Autoria: Edela Puricelli. São Paulo: Artes Médicas, 2014. (ABENO: Odontologia Essencial: parte clínica).