



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ÁREA DE PRÓTESE REMOVÍVEL E MATERIAIS
ODONTOLÓGICOS



JÉSSICA MATA DO NASCIMENTO

REABILITAÇÃO PROTÉTICA ORAL E OCULAR EM PACIENTE
PEDIÁTRICO POLITRAUMATIZADO: RELATO DE CASO

UBERLÂNDIA

2025

JÉSSIKA MATA DO NASCIMENTO

**REABILITAÇÃO PROTÉTICA ORAL E OCULAR EM PACIENTE
PEDIÁTRICO POLITRAUMATIZADO: RELATO DE CASO**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréa Gomes de
Oliveira

UBERLÂNDIA

2025

AGRADECIMENTOS

Gostaria de dedicar esse trabalho ao meu futuro eu, que irá colher todos os frutos dessa jornada de dedicação e aprendizado. Celebro algo que almejei por anos, e que só eu sei quantas lágrimas foram derramadas no caminho até essa conquista. Agradeço a Deus por ter realizado, no tempo dEle, os desejos do meu coração e por não ter me deixado desistir deste sonho. Tudo isso só foi possível graças a um apoio coletivo de amor, paciência e ensinamentos que me moldaram e me impulsionaram a seguir em frente.

Quero agradecer aos meus pais que foram pilares nessa caminhada. Obrigada pelo apoio incondicional e por todo esforço que fizeram para me proporcionar a oportunidade de estudar, algo que sei que não foi possível para vocês. Dedico à minha mãe, que me deu suas próprias asas para que eu pudesse voar mais alto. Saiba que te honrarei todos os meus dias. Essa conquista é graças a você e toda sua força.

Aos meu namorado Cristóvão, que esteve do meu lado em todos os momentos. Sua paciência, compreensão e amor foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Agradecer imensamente aos meus professores e colaboradores nessa jornada. Levarei sempre seus ensinamentos comigo. Um muito obrigada em especial a minha orientadora, Andréa, que me ensinou muito mais que Odontologia. Nos últimos anos, você me ensinou sobre ser humana, ética e empática com os pacientes. Me ensinou a amar a prótese e seus desafios. Sou grata por todo aprendizado e paciência. Agradecer também a professora Tânia, que me proporcionou a possibilidade de confeccionar uma prótese ocular. Esse trabalho não estaria completo sem a sua orientação e sabedoria.

Agradeço também ao meu pequeno paciente e sua família que depositaram em mim tanta confiança. Obrigada por permitirem que eu participasse dessa reabilitação e da história de vocês. Vivenciar a força e esperança de vocês foi, sem dúvidas, um dos maiores ensinamentos dessa trajetória.

RESUMO

A reabilitação protética desempenha um papel fundamental na restauração estética e funcional de pacientes que sofreram perdas dentárias e mecânicas devido a traumas. Este artigo apresenta um relato de caso clínico de um paciente pediátrico de 7 anos, vítima de acidente automobilístico, atendido no Hospital de Clínicas e no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, que necessitou de reabilitação com próteses dentárias parciais removíveis e prótese ocular. O tratamento foi realizado em sessões, seguindo um protocolo clínico estruturado com obtenção de modelos de estudo por meio de moldagem; confecção de base de prova, registro oclusal e ocular e escolha estética dos dentes artificiais, e coloração da íris. As próteses foram confeccionadas em laboratório por meio da prensagem, e a instalação das próteses foi realizada, ocorrendo uma adaptação gradual do paciente. A entrega final incluiu orientações sobre higiene e manutenção, além de acompanhamento periódico para avaliação da adaptação. O caso evidencia a importância da abordagem interdisciplinar na reabilitação protética de pacientes pediátricos, promovendo a recuperação estética, funcional e psicossocial, além de destacar a relevância da documentação detalhada e do planejamento personalizado para o sucesso do tratamento.

Palavras-chave: Prótese Parcial Removível, Prótese ocular, Traumatismos faciais.

ABSTRACT

Prosthetic rehabilitation plays a fundamental role in the aesthetic and functional restoration of patients who have suffered tooth and mechanical loss due to trauma. This article presents a clinical case report of a 7-year-old pediatric patient, victim of a car accident, treated at the Hospital de Clínicas and the Dental Hospital of the Federal University of Uberlândia, who required rehabilitation with removable partial dental prostheses and an ocular prosthesis. The treatment was performed in sessions, following a structured clinical protocol with obtaining study models through molding; preparation of a test base, ocular occlusal registration and aesthetic selection of artificial teeth, and iris coloring. The prostheses were made in the laboratory by means of pressing, and the prostheses were installed, with a gradual adaptation of the patient. The final delivery included guidance on hygiene and maintenance, in addition to periodic monitoring to assess the adaptation. The case highlights the importance of an interdisciplinary approach in the prosthetic rehabilitation of pediatric patients, promoting aesthetic, functional and psychosocial recovery, in addition to highlighting the relevance of detailed documentation and personalized planning for successful treatment

Keywords: Removable Partial Denture, Ocular Prosthesis, And Facial Trauma.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
3. RELATO DE CASO CLÍNICO	10
3.1 EXAME CLÍNICO	10
3.2 MOLDAGENS	13
3.3 REGISTROS INTERMAXILARES E OCULAR.....	15
3.4 AVALIAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL	17
3.5 PROCESSAMENTO DAS PRÓTESES.....	18
3.6 INSTALAÇÃO E CONTROLES POSTERIORES.....	19
4. DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. INTRODUÇÃO

Acidentes automobilísticos representam um grave problema de saúde pública, ocupando destaque nos rankings de causas de morte em todo o mundo. Os acidentes de trânsito são a segunda causa de morte entre jovens de 5 a 29 anos e a terceira causa de morte entre pessoas de 30 a 44 anos. Além dessas mortes, estima-se que, por ano, em torno de 20 a 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais, muitas delas resultando em incapacidades e deformidades estéticas e funcionais. Dentre os meios de transporte, o uso de motocicletas, especialmente sem os devidos equipamentos de segurança, como o capacete, ocasiona um aumento expressivo das taxas de mortalidade em todas as regiões e estados, principalmente nas regiões Norte, Nordeste, e Centro-Oeste do país (Seerig et al., 2016).

A face se torna alvo de importantes lesões com perdas significativas e elementos estéticos e funcionais, como a dentição. A perda de dentes durante a dentição mista é considerada prejudicial, com consequências a curto e longo prazo. Frente a essa perda, uma das etapas de reabilitação consiste na confecção próteses dentárias (Corrêa, 2017). O principal objetivo do aparelho protético é devolver as necessidades básicas ao jovem paciente, como a mastigação, estética, desenvolvimento da fala e da autoestima (Duque, et al., 2013).

Além das avulsões dentárias, os traumas de alta energia também podem comprometer estruturas físicas, resultando em perdas significativas. Dentre essas perdas, a enucleação ocular apresenta uma incidência elevada. O olho, além de sua função primordial na visão, desempenha um papel fundamental na estética, simetria e expressão facial. A reabilitação da perda ocular pode ser realizada por meio de próteses oculares, conhecidas como oftalmopróteses. Historicamente, a utilização dessas próteses foi impulsionada e disseminada durante e após a Segunda Guerra Mundial, devido à alta demanda decorrente de lesões (Goiato et al., 2012).

A perda de estruturas físicas representa um problema de saúde pública, uma vez que impacta diretamente o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. Esses danos podem resultar em restrições alimentares devido ao dor e à dificuldade mastigatória, potencializando o risco de desnutrição. Além disso, podem comprometer o desempenho acadêmico, ocasionar alterações na fala e afetar a interação social. Portanto,

tais fatores devem ser minuciosamente considerados no planejamento da reabilitação, a fim de garantir uma abordagem (Santos, et al.,2023).

O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental na reabilitação de pacientes que sofreram traumas externos, especialmente na restauração funcional e estética por meio da fabricação de próteses dentárias, auditivas e oculares. Além de restaurar a oclusão e a mastigação com próteses dentárias, o profissional pode atuar na reabilitação de perdas mais extensas, confeccionando próteses superficiais para superfícies de estruturas como nariz, orelhas e regiões da face acometidas por lesões traumáticas (Santos; Silva 2017).

No caso de perda ocular, a reabilitação com oftalmopróteses contribui não apenas para a estética e simetria facial, mas também para a melhoria da autoestima e qualidade de vida do paciente. Dessa forma, o dentista, por meio da reabilitação protética, desempenha um papel essencial na recuperação funcional, psicológica e social desses indivíduos. (Carmo, Souza, 2018).

O presente estudo consiste em um relato de caso de uma paciente pediátrica vítima de acidente motociclístico politraumatizado. Além das sequelas orais, o paciente sofreu enucleação do olho direito devido à gravidade do trauma. Diante dessa necessidade, foi realizada a reabilitação protética por meio da confecção de uma prótese ocular.

2. OBJETIVOS

- Realizar a reabilitação oral por meio da confecção de próteses removíveis, bem como a reabilitação ocular por meio de prótese protética, em paciente pediátrico politraumatizado, com o objetivo de restaurar de forma funcional e estética as funções mastigatória, fonética e estética comprometidas em decorrência do trauma.
- Apresentar um relato clínico detalhado e descrever minuciosamente os procedimentos técnicos, tanto clínicos quanto laboratoriais, empregados na reabilitação de um paciente vítima de acidente automobilístico, que evoluiu com múltiplas perdas dentárias e proptose ocular, exigindo abordagem reabilitadora multidisciplinar.
- Promover a melhora global da qualidade de vida do paciente, por meio da restauração funcional e estética, favorecendo a elevação da autoestima e facilitando sua reinserção social, aspectos fundamentais no contexto psicossocial de reabilitação de traumas orofaciais severos

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Este estudo consiste em um relato de caso clínico de um paciente pediátrico vítima de trauma automobilístico, submetido a reabilitação protética com prótese ocular e dentária. O atendimento foi realizado no Hospital de Clínicas e no Hospital Odontológico da Universidade Federal de Uberlândia, seguindo um protocolo clínico fundamentado em princípios de reabilitação protética e diretrizes éticas.

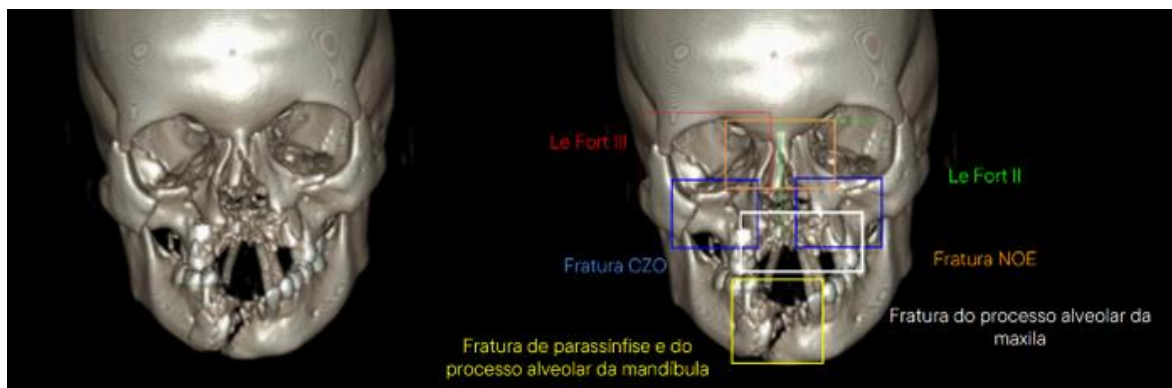
Inicialmente, o paciente foi selecionado a partir do atendimento hospitalar, sendo avaliadas suas condições clínicas e as sequelas de trauma após estabilização de lesões primárias que apresentavam risco de vida ao paciente. Foram coletados dados clínicos, radiográficos e fotográficos mediante consentimento dos responsáveis legais, garantindo a confidencialidade das informações conforme as normas do Comitê de Ética em Pesquisa. A avaliação diagnóstica incluiu exame clínico detalhado e exames de imagem para determinar a extensão das perdas dentárias e da lesão ocular. A partir desses dados, foi elaborado um plano de tratamento multidisciplinar, contemplando a reabilitação dentária por meio de próteses removíveis, considerando o desenvolvimento ósseo e evidente da criança, e a reabilitação ocular por meio da confecção de uma prótese personalizada.

3.1 EXAME CLÍNICO

Paciente masculino, 7 anos foi encaminhado ao hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia após se envolver em acidente motociclístico em 22/04/2024. Na ocasião, pela gravidade dos ferimentos, o paciente foi estabilizado por equipe médica por apresentar lesões múltiplas: Epistaxe, hemoptise e otorragia; Enfisema subcutâneo extenso em tórax e abdômen; Contusão no pulmão esquerdo; Lesão pancreática; Trauma ocular grave do olho direito; Proptose do olho esquerdo; Fratura fechada em fêmur esquerdo; Fratura exposta em ulna esquerda; Trauma cranioencefálico em base do crânio; Trauma craniofacial. Recebeu transfusões de sangue e permaneceu sobre os cuidados da terapia intensiva por 26 dias dos quais 18 foram em coma induzido. Após estabilização e melhora clínica, a equipe de Cirurgia Bucomaxilofacial foi acionada a fim de reestabelecer as lesões de face, sendo essa a última cirurgia antes da alta hospitalar.

No trauma, o paciente apresentou fraturas faciais importantes: Fratura de parassínfise e do processo alveolar da mandíbula; Fratura do processo alveolar da maxila; Fratura naso-orbito-etmoidal (NOE); Le Fort II; Fratura complexo zigomático-orbitário (CZO) como evidenciado no exame de imagem tomográfica da fig. 1. Além disso, o paciente apresentou extensa perda da tábuia óssea, avulsão de dentes permanentes irrompidos e perda dos germes prematuros. Em relação aos tecidos moles, apresentou trauma ocular bilateral, que evoluiu com a perda do olho direito (Figura x).

Figura 1. Tomografia Computadorizada apresentando as lesões ósseas em face



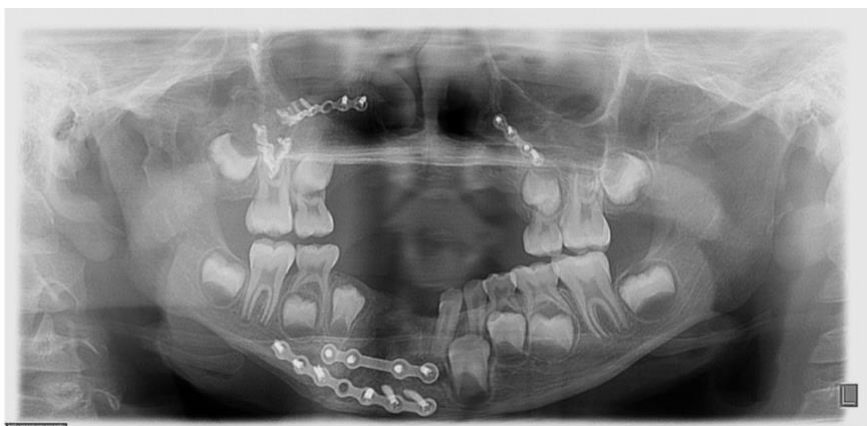
Fonte: Autor (2024)

Figura 2 – Aspecto intrabucal inicial após cirurgias reparadoras



Fonte: Autor (2024)

Figura 3 – Radiografia panorâmica após as cirurgias ortognáticas



Fonte: Autor (2024)

Figura 4 – Perfil lateral Extrabucal



Fonte: Autor (2024)

Figura 5 – Aspecto inicial da cavidade ocular



Fonte: Autor (2024)

Durante a internação, o paciente se alimentou por sonda nasogástrica, com perda de peso progressiva. Após liberação da equipe de cuidados, foi feita a introdução alimentar com progressão de consistência conforme aceitação do paciente.

Após as reabilitações cirúrgicas, surgiu a necessidade de reabilitação protética oral e ocular, e então o paciente foi acompanhado por 5 meses no ambulatório da faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, com consultas periódicas a fim de realizar todas as etapas de confecção das próteses. A reabilitação protética do paciente inclui um protocolo clínico dividido em sessões, contemplando desde a obtenção dos modelos de estudo até a instalação final das próteses parciais removíveis e da prótese ocular.

3.2 MOLDAGENS

Sessão 1 da reabilitação oral – Moldagem para Modelos de Estudo (02/07/2024): Na primeira sessão, foram obtidos os modelos de estudo por meio de moldagem com alginato (Jelltrate® (Dentsply), envolvendo a análise das condições anatômicas do paciente e o planejamento adequado das moldeiras. Em decorrência das alterações anatômicas resultantes das perdas dentárias e ósseas, foi necessário realizar a adaptação das próteses. Para a moldagem da arcada inferior, utilizou-se uma moldeira inferior de número 2, enquanto para a arcada superior, foi empregada uma moldeira inferior de número 3, com ajustes adicionais realizados em Cera Utilidade Vermelha (Technew ®) para garantir a conformidade adequada e o ajuste preciso à anatomia do paciente.

Figura 6 – Moldagem com alginato para obtenção do modelo de estudo



Fonte: Autor (2024)

Sessão 1 da confecção da prótese ocular (29/10/2024): A moldagem ocular foi realizada com a participação da professora Tânia de Freitas Borges, docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, utilizando a técnica de alginato de presa extra rápida Orthoprint® (Dentsply Sirona). O material foi aplicado por meio de

seringa, com o objetivo de assegurar uma adaptação precisa. Durante o procedimento, os tecidos moles foram cuidadosamente afastados para garantir a adequada aplicação do material, visando a obtenção de um molde ocular de alta fidelidade. O excesso do material foi recortado após tempo de presa. Após a moldagem, a impressão foi direcionada para obtenção do modelo em gesso, em uma matriz bipartida, para confecção de um modelo negativo. Essa matriz foi utilizada para realização de um molde positivo em cera. Durante esse processo, a pintura da íris foi executada com tinta acrílica (Acrilex®). Após a finalização da pintura, o modelo foi encaminhado para o laboratório, onde foi concluído de enceramento.

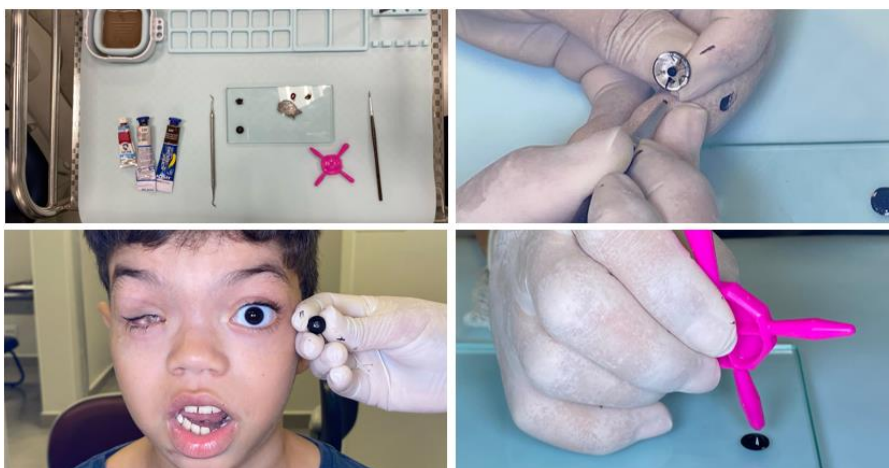
Foi confeccionado um orifício na matriz bipartida para introdução da cera aquecida com um maçarico. A matriz foi submersa em água a temperatura ambiente por 5 minutos para evitar a adesão da cera à matriz.

Figura 7 – Moldagem da cavidade ocular com Alginato de presa extra rápida



Fonte: Autor (2024)

Figura 8 – Caracterização da Íris



Fonte: Autor (2024).

Figura 9 – Enceramento do modelo em cera termoplástica



Fonte: Autor (2024)

3.3 REGISTROS INTERMAXILARES E OCULAR

Sessão 2 da reabilitação oral – Prova das bases provisórias e Registro Oclusal (04/07/2024): No atendimento foram realizados o registro da oclusão em cera, a marcação da linha média, a escolha do formato e cor dos dentes artificiais, respeitando a harmonia estética e funcional da reabilitação.

Figura 10 – Prova da Moldeira Individual e Registro Oclusal



Fonte: Autor (2024)

Sessão 2 da confecção da prótese ocular (05/11/2024 e 12/11/2024): foi realizada a prova de enceramento, na qual o modelo encerado em cera termoplástica, e testado no

paciente para verificar a adaptação, o volume e a posição da íris. O modelo passou por assepsia com clorexidina antes de ser instalado na cavidade ocular. Em seguida, procedeu-se ao reembasamento, etapa em que foram feitos ajustes para otimizar o assentamento da prótese na cavidade orbitária. Posteriormente, foram realizadas as marcações precisas da posição da íris, garantindo um alinhamento adequado com o olho contralateral. Além disso, definiu-se a coloração da parte escleral da prótese, considerando a tonalidade natural do paciente para um efeito estético mais realista. Após a conclusão dessas etapas, a peça foi liberada para o processo de prensagem, no qual o material definitivo foi polimerizado.

O procedimento foi inicialmente conduzido em duas sessões distintas, uma vez que, durante a primeira sessão, o paciente demonstrou recusa em colaborar, influenciado por intervenções negativas de familiares, o que impossibilitou a realização da prova do enqueramento. Diante dessa situação, foram implementadas estratégias de gerenciamento comportamental, visando minimizar a ansiedade do paciente e promover um ambiente mais receptivo. Após a adoção dessas medidas, o paciente foi capaz de participar do procedimento de forma cooperativa, permitindo que a prova do enqueramento fosse finalmente realizada com sucesso.

Figura 11 – Prova do enqueramento e registro de medidas faciais



Fonte: Autor (2024)

3.4 AVALIAÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL

Sessão 3 da reabilitação oral – Avaliação dos Dentes Artificiais (09/07/2024): Nessa etapa, foram avaliadas a adaptação da base protética, a oclusão e a estética, realizando-se os ajustes necessários para garantir um posicionamento adequado.

Figura 12 – Avaliação dos Dentes Artificiais



Fonte: Autor (2024)

O ajuste da íris na cera foi realizado com a utilização da espátula 31 (Golgran®) devidamente aquecida. A cera foi cuidadosamente adaptada para garantir uma superfície lisa, sem retenções ou imperfeições, evitando qualquer irritação na mucosa ocular. Após esse processo, procedemos com a avaliação minuciosamente da posição da íris com os ajustes necessários para garantir que ficasse o mais semelhante possível à íris do outro olho da paciente.

Figura 13 - Prova do enceramento com a íris



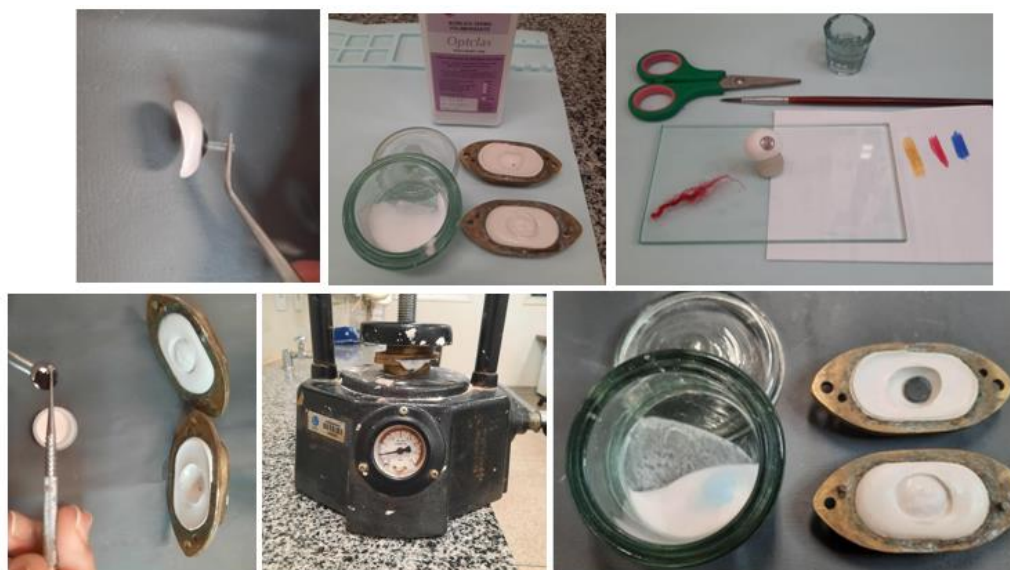
Fonte: Autor (2024).

3.5 PROCESSAMENTO DAS PRÓTESES

A montagem dos dentes foi realizada de acordo com a posição anatômica e funcional ideal para o paciente. Em seguida, manipulamos o gesso, posicionando-o na base da mufla, e centralizamos cuidadosamente o enceramento sobre o modelo, imersando-o levemente no gesso. Após a presa do material, aplicamos uma fina camada de vaselina sólida sobre toda a área de gesso e enceramento, o que facilita a separação dos componentes. A contra-mufla foi então corretamente posicionada, preenchendo-se com gesso adicional para garantir a estabilização da estrutura. Por fim, a resina acrílica termopolimerizada (TDV) foi submetido à prensagem controlada, promovendo a adaptação da base da resina da prótese, e preparando-a para as etapas subsequentes de acabamento.

Em relação a prótese ocular, subsequentemente, procedeu-se com a prensagem. A manipulação do gesso foi realizada e este foi disposto na base da mufla. O enceramento foi então posicionado de forma centralizada sobre o gesso, sendo aprofundado no molde aproximadamente 2 milímetros. Após o processo de presa do gesso, aplicou-se uma camada de vaselina sólida em toda a superfície de gesso e enceramento. A contra-mufla foi então corretamente posicionada e o espaço restante foi preenchido com gesso. A mufla foi finalmente submetida à prensagem sob uma força de 0,5 tonelada. Foi realizada a selagem da tintura com 1 gota de cola (Tekbond®).

A caracterização da prótese ocular foi realizada com base em imagens do olho do paciente, buscando reproduzir com precisão a cor e a localização dos vasos sanguíneos, a fim de obter a aparência mais natural possível. Para isso, utilizou-se lápis de cor (Multicolor®), umedecido com xarope de monômero de resina. A mistura foi diluída com o auxílio de um pincel, e o pigmento resultante foi cuidadosamente aplicado sobre a superfície da prótese. Os vasos sanguíneos foram representados por filamentos finos de lã vermelha, que simularam sua estrutura. Após a finalização da caracterização, uma camada de resina acrílica incolor foi manipulada e aplicada sobre a prótese, proporcionando maior acabamento e durabilidade ao conjunto.

Figura 14 – Prensagem da prótese Ocular

Fonte: Autor (2024).

3.6 INSTALAÇÃO E CONTROLES POSTERIORES

Sessão 4 da reabilitação oral – Profilaxia Oral e Instalação da Prótese Superior (15/07/2024): Antes da instalação da prótese superior, foi realizada a profilaxia nos elementos remanescentes para remoção de biofilme e otimização das condições bucais do paciente. Optou-se por entregar inicialmente apenas a prótese superior, buscando uma adaptação gradual ao novo dispositivo protético e minimizando possíveis dificuldades. Durante essa sessão, foram feitos ajustes na adaptação da prótese para proporcionar maior conforto ao paciente.

Sessão 5 da reabilitação oral – Instalação da Prótese Inferior e Ajustes da Prótese Superior (06/08/2024): Foi instalada a prótese inferior, complementando a reabilitação protética do paciente. Foram feitos os ajustes finais de oclusão e retenção, além do acabamento da peça para garantir conforto e funcionalidade. Orientações sobre os cuidados com as próteses, higiene bucal e o período de adaptação foram fornecidas ao paciente, e um retorno para monitoramento da adaptação e necessidade de novos ajustes.

Figura 15 – Entrega das próteses removíveis superior e inferior



Fonte: Autor (2024).

Sessão 3 da confecção da prótese ocular (14/11/2024): Após o polimento da prótese, realizamos a assepsia utilizando Clorexidina a 2% por 5 minutos, seguida de lavagem com água. Em seguida, procedemos com a instalação da prótese, monitorando o relato de conforto da paciente para identificar eventuais necessidades de ajustes. Sem sinais de desconforto, fornecemos à paciente todas as orientações sobre o uso e a limpeza adequados da prótese ocular. Por fim, agendamos um retorno após uma semana para avaliar a adaptação da prótese e possíveis queixas da paciente.

Figura 16 – Entrega da prótese ocular



Fonte: Autor (2024).

Após a instalação da prótese ocular, o paciente evoluiu com desconforto ocular associado a secreção na cavidade anoftálmica (Figura 17). Os familiares foram orientados a interromper o uso da prótese, e a procurar atendimento com a oftalmologista que acompanhava o caso. O profissional de saúde identificou que a prótese apresentava angulação convexa, o que gerava maior atrito com as partes moles, sugerindo a confecção de uma nova prótese com angulação mais côncava.

Figura 17 – Aspecto ocular após uso da prótese por três semanas



Fonte: Autor (2024).

O paciente foi, então, submetido à confecção de uma nova prótese em 13/12/2024, com a introdução de uma etapa adicional de moldagem utilizando moldeira individual. Este procedimento foi realizado com base nos modelos obtidos durante a confecção da primeira prótese, garantindo a continuidade do tratamento e a precisão na adaptação da nova prótese. As demais etapas de confecção seguiram o protocolo realizado na primeira prótese, com atenção em especial ao ajuste da concavidade da órbita. A prótese ocular definitiva foi entregue no dia 19/12/2024, com resultados satisfatórios nos acompanhamentos periódicos (Figura 19).

Figura 18 – Nova moldagem com moldeira individual para confecção de nova prótese



Fonte: Autor (2024).

Figura 19 – Entrega da prótese ocular definitiva



Fonte: Autor (2024).

4. DISCUSSÃO

A integridade dos dentes desempenha um papel essencial na preservação da oclusão, da estética e da função fonética, além de impactar diretamente o bem-estar emocional da criança, do adolescente e de seus responsáveis. A perda dentária precoce, tanto de dentes decíduos quanto permanentes, requer uma abordagem clínica criteriosa e planejada, com o objetivo de mitigar possíveis complicações estético-funcionais, preservar a harmonia do desenvolvimento craniofacial e minimizar os impactos psicossociais decorrentes da ausência dentária. Uma intervenção precoce e adequada é fundamental para manter a integridade da oclusão, a função mastigatória e fonética, além de contribuir para o bem-estar emocional do paciente (Husain, Kowalski, 2015). No presente caso, a reabilitação com o uso de próteses oral e ocular foi prontamente indicada no período pós-alta hospitalar, considerando-se a relevância dessas intervenções para a recuperação funcional e, sobretudo, para o resgate da autoestima e da identidade social do paciente. A ausência dessas próteses configurava um obstáculo significativo à sua reintegração plena no convívio social, impactando negativamente sua qualidade de vida e suas interações cotidianas.

Dentre os diversos recursos protéticos disponíveis para reabilitação de perdas dentárias decíduas, destacam-se as próteses fixas, as próteses parciais removíveis e as próteses totais removíveis. As próteses removíveis, sejam parciais ou totais, desempenham um papel fundamental na restauração das funções do sistema estomatognático, contribuindo significativamente para a saúde e qualidade de vida do paciente. Além de restabelecer a função mastigatória e fonética, esses dispositivos protéticos promovem a reabilitação estética e favorecem a interação social, resultando em benefícios biopsicossociais (Santos et al., 2023). A reabilitação protética em pacientes pediátricos com ausência dentária exige do cirurgião-dentista conhecimento sobre crescimento craniofacial, manejo infantil, técnicas protéticas e adaptação dentária. Também é essencial envolver a criança e seus responsáveis no uso e cuidado da prótese, assegurando acompanhamento contínuo para ajustes e substituições. A adesão ao tratamento e a manutenção das próteses podem ser desafiadoras, demandando abordagem multidisciplinar e acompanhamento a longo prazo (Andrade et al., 2017). A escolha da prótese parcial removível na reabilitação pediátrica no caso descrito justifica-se por sua versatilidade, viabilidade econômica e, sobretudo, pela capacidade de adaptação dinâmica ao crescimento craniofacial característico dessa faixa etária. Trata-se de uma intervenção

reversível e minimamente invasiva, que possibilita ajustes frequentes em função da erupção dentária e do desenvolvimento das arcadas, sem comprometer estruturas em formação. Ademais, sua natureza transitória permite substituições periódicas planejadas, acompanhando a evolução do paciente até que haja estabilidade óssea e dentária suficiente para a definição de um tratamento reabilitador definitivo.

Vieira et al. (2025) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar as principais indicações e recomendações para a reabilitação protética em Odontopediatria. Uma pesquisa, conduzida em bases de dados eletrônicas e considerada publicações do ano de 2024, evidenciou que a reabilitação protética representa uma alternativa eficaz para a solução de problemas decorrentes de perdas dentárias precoces, contribuindo para a manutenção da saúde bucal e o desenvolvimento adequado da oclusão infantil. Entre as principais etiologias associadas à perda dentária precoce, destacam-se a cárie dentária, os traumatismos orofaciais. As próteses removíveis configuram-se como a opção mais frequentemente utilizada em Odontopediatria, sendo indicadas a partir dos 3 a 5 anos de idade, sendo o caso clínico relatado em acordo com a idade recomendada na literatura. No entanto, essas próteses podem exigir ajustes periódicos para adequação da retenção e adaptação ao crescimento do paciente. Alternativamente, soluções mais definitivas, como os implantes dentários, podem ser consideradas em casos em que haja maior estabilidade da dimensão vertical e da relação intermaxilar. O acompanhamento longitudinal desses pacientes é essencial, com consultas regulares.

O emprego de cera em procedimentos de moldagem para próteses removíveis é essencial para a obtenção de moldes precisos, que se adequem às características anatômicas individuais do paciente. Durante a moldagem funcional, a cera é aplicada estrategicamente em regiões específicas da moldeira, como nas bordas ou áreas críticas, com o objetivo de promover o vedamento periférico, proporcionar alívio em zonas de pressão e oferecer suporte adicional. Esses ajustes favorecem a reprodução precisa dos tecidos de suporte, resultando em uma adaptação otimizada da prótese planejada. Além disso, a cera permite a realização de modificações personalizadas durante a moldagem, especialmente em pacientes com irregularidades anatômicas, garantindo uma melhor adaptação, estabilidade e retenção da prótese, fatores essenciais para o sucesso funcional e estético do tratamento reabilitador (Zarb, Bolender, 2004). No caso clínico em questão, a adaptação de uma prótese inferior utilizando cera durante o procedimento de moldagem

da arcada superior mostrou-se uma abordagem imprescindível, tendo em vista as deformidades anatômicas presentes. Tal conduta permitiu estabilizar a relação intermaxilar e compensar irregularidades morfológicas, viabilizando a obtenção de um registro funcional mais preciso. A utilização da cera, nesse contexto, atuou como elemento auxiliar na individualização do procedimento de moldagem, contribuindo para a reprodutibilidade adequada dos tecidos de suporte e para o planejamento protético com maior acurácia, fundamental para o êxito reabilitador em situações clínicas complexas.

A perda ou ausência do olho, devido a trauma deixa a pessoa lutando não apenas com uma deficiência funcional, mas também com o efeito desencorajador da estética facial prejudicada. A substituição do olho perdido o mais rápido possível após a cura, por uma prótese que tenha aparência natural, fornece uma sensação de segurança psicológica ao paciente, e o conforto físico do uso se torna um pré-requisito primário para o paciente. As próteses oculares são usadas no tratamento de uma ampla variedade de anoftalmia adquirida e congênita, frequentemente após evisceração ou enucleação orbital. Esses olhos podem ser pré-fabricados ou feitos sob medida (Hatamleh et al., 2017). No caso relatado, a reabilitação ocular não constituía, inicialmente, o objetivo principal da consulta. Contudo, diante da identificação da possibilidade de intervenção protética ocular, a acompanhante manifestou elevada satisfação e entusiasmo, considerando a proposta terapêutica uma oportunidade valiosa e inesperada. A indicação de reabilitação ocular foi, portanto, recebida como um benefício adicional significativo, apesar de terem sido relatados conflitos familiares, decorrentes de resistência por parte de outros membros da família quanto à aceitação do procedimento reabilitador.

As próteses oculares podem ser classificadas quanto ao modo de obtenção em próteses industrializadas e individualizadas. As próteses industrializadas são padronizadas em relação ao seu tamanho e cor de íris, portanto prejudicam a estética e a harmonia facial. Por outro lado, oftalmopróteses individualizadas são confeccionadas em resina acrílica a partir da moldagem da cavidade de cada paciente, o que permite uma adaptação precisa e uma reprodução mais fiel das características anatômicas e cromáticas do olho contralateral (Silva et al., 2019). Optou-se pela confecção de uma prótese personalizada visando à obtenção de melhores resultados estéticos e funcionais, favorecendo a movimentação palpebral, a proteção dos tecidos da cavidade ocular e, conseqüentemente, contribuindo para a recuperação psicossocial do paciente.

Em relação a coloração de íris, a técnica utilizada para a reprodução da íris envolveu uma análise minuciosa do olho contralateral saudável, com o objetivo de realizar medições detalhadas e uma avaliação rigorosa da cor e da disposição dos padrões iridianos. A abordagem adotada consistiu na pintura manual da íris, utilizando tintas acrílicas de tonalidades marrom, vermelho, preto e ocre, com o intuito de replicar de maneira exata as características cromáticas e estruturais do olho da paciente, assegurando uma harmonia estética e funcional com a prótese ocular. A confecção da íris pode ser realizada por diferentes abordagens técnicas, incluindo a pintura manual personalizada, na qual são empregadas tintas específicas para a criação de uma tonalidade e textura que imitem as características naturais da íris do paciente. Alternativamente, pode-se recorrer a modelos pré-pintados ou à impressão digital de imagens, a partir de uma fotografia da íris do paciente, permitindo uma reprodução mais precisa e individualizada (Carvalho et al., 2017).

Após a instalação da prótese ocular, o paciente desenvolveu uma complicação inflamatória e infecciosa, que foi associada a uma desadaptação da prótese. A literatura aponta que a resina acrílica é amplamente escolhida para a confecção de próteses oculares devido às suas características favoráveis, como estética, durabilidade e biocompatibilidade. Contudo, com o tempo, a resina pode sofrer alterações em suas propriedades físicas, como o aparecimento de microfissuras e irregularidades superficiais, o que favorece a adesão de biofilme. Esse biofilme, quando acumulado em excesso, pode liberar substâncias tóxicas que desencadeiam irritação e inflamação da conjuntiva, resultando em desconforto e comprometendo a satisfação do paciente com a prótese. O repolimento adequado das próteses é crucial para restaurar suas qualidades ideais, como lisura e brilho, além de minimizar a formação de biofilme. Assim, é imprescindível que a prótese seja mantida com uma higienização rigorosa, bem como que ajustes na resina sejam realizados sempre que necessário, a fim de prevenir tais complicações e garantir a longevidade e o conforto do paciente. (Penitente, 2021). A prótese confeccionada neste estudo foi obtida em resina acrílica com processamento convencional em mufla.

O impacto psicossocial da reabilitação foi analisado a partir de relatos da família e do próprio paciente, bem como por meio da avaliação clínica. Este estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque e com as normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Esse protocolo clínico

foi estruturado para garantir uma abordagem progressiva e adaptativa, priorizando tanto a funcionalidade quanto a facilidade do paciente às novas próteses.

É frequente que pacientes pediátricos compareçam ao atendimento odontológico demonstrando temor e concepções distorcidas sobre os procedimentos que serão realizados, muitas vezes baseadas em experiências prévias negativas ou em relatos de terceiros. Esse estado emocional pode se manifestar por meio de comportamentos como choro, tremores, sudorese, irritabilidade e recusa ao tratamento, sinais típicos de medo e ansiedade diante do ambiente clínico. Diante desse cenário, a adoção de estratégias de manejo comportamental, fundamentadas em intervenções psicológicas, é fundamental para reduzir a percepção negativa e estressante da consulta odontológica. Tais intervenções visam não apenas a promoção de um ambiente mais acolhedor, mas também o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva, que permita o controle da ansiedade tanto da criança quanto de seus responsáveis, favorecendo a adesão ao tratamento e a experiência clínica como um todo (Possobon et al., 2003; Rank et al., 2005). No caso clínico em questão, o paciente apresentou, inicialmente, manifestações evidentes de medo e ansiedade frente ao tratamento odontológico, potencializadas pela recente alta hospitalar e por influências externas decorrentes de relatos conflitantes fornecidos por membros da família. Esse quadro emocional comprometeu, em um primeiro momento, a adesão ao atendimento, exigindo dos profissionais uma abordagem clínica pautada na escuta ativa, acolhimento das expectativas e reconhecimento dos temores do paciente. Foram implementadas estratégias de manejo comportamental baseadas em princípios de psicologia aplicada à odontologia, visando à modulação da resposta ansiosa e à construção progressiva de uma relação terapêutica positiva, caracterizada por vínculo de confiança e cooperação entre profissional e paciente. Tais medidas mostraram-se fundamentais para o sucesso da intervenção, ao promover um ambiente clínico menos estressante e mais favorável à continuidade do tratamento.

5. CONCLUSÃO

- A reabilitação oral por meio de prótese parcial removível, associada à confecção de prótese ocular, foi concluída integralmente em paciente pediátrico politraumatizado.
- As funções mastigatória, fonética e estética foram satisfatoriamente restauradas, promovendo melhora funcional e favorecendo a reintegração social do paciente.
- A intervenção reabilitadora resultou em aumento significativo da autoestima e na elevação da qualidade de vida, evidenciando o impacto positivo de uma abordagem protética multidisciplinar na reabilitação integral e psicossocial de indivíduos acometidos por trauma orofacial grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade et al. Tratamento Protético da Criança e do Adolescente. In: Textos Escolhidos de Odontopediatria - **Prevenção e Reabilitação Oral em Odontopediatria**. 1º ed. – Porto: U. Porto, 2017.

Carmo, M. A. D., & Souza, A. L. (2018). O papel do cirurgião-dentista na reabilitação de pacientes com anomalias oculares: Contribuições da oftalmoprótese na autoestima e qualidade de vida. **Jornal Brasileiro de Prostodontia**, 12(2), 125-132.

Carvalho, J. S.; Silva, C. M.; Bento, G.; Haddad, M. F. Reabilitação de paciente anoftálmico por meio de prótese ocular: relato de caso. **Arch Health Invest.**, v. 6, n. 4, p. 162-166, 2017.

Corrêa, M. S. N. P. (2017). **Odontopediatria na primeira infância: uma visão multidisciplinar**. (4a ed.). Quintessence

Duque, C., Caldo-Teixeira, A. S., Ribeiro, A. A., Ammari, M. M., Abreu, F. V., & Antunes, L. A. A. (2013). **Odontopediatria: uma visão contemporânea**. São Paulo: Santos.

Goiato MC, Dos Santos DM, Bannwart LC, Moreno A, Pesqueira AA, Haddad MF, Dos Santos EG. Psychosocial impact on anophthalmic patients wearing ocular prosthesis. **Int J Oral Maxillofac Surg**. 2012; YIJOM-2439

Hatamleh MM, Abbariki M, Alqudah N, Cook AE. Survey of ocular prosthetics rehabilitation in the united kingdom, part 1: anophthalmic patients' aetiology, opinions, and attitudes. **J Craniofac Surg**. 2017;28(5):1293-6. doi: 10.1097/SCS.00000000000003370.

Husain, A., & Kowalski, S. (2015). A perda dentária e o impacto psicológico em crianças e adolescentes: Implicações para o tratamento odontológico. **Journal of Pediatric Dentistry**, 38(1), 28-33. doi:10.1016/j.jpdent.2014.11.003

Penitente, P.A. **Nível de inflamação e análise microbiológica da cavidade Oftálmica de usuários de prótese ocular unilateral**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2021.

Possobon, R.F., Moraes, A.B.A., Costa Júnior, A.L., Ambrozano G.M.B. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2003, 19 (1), 59- 64.

Rank, R.C.I. C., Carvalho, A.S., Raggio, D.P., Cecanho, R., Imparato, J.C.P. Reações emocionais infantis após o atendimento odontológico. **Rgo**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p.176-180, jul./set. 2005.

Santos, M.A.; Oliveira, D.S.; Carvalho, M.V.M.; Carvalho, T.C.; Neto, J.A.C.; Santos, E.A.C.; Santos, A.S.M. Reabilitação com prótese total em paciente infantil - Relato de caso. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, e126121043496, 2023

Santos, C. A., & Silva, L. C. (2017). Reabilitação oral e estética em pacientes com deformidades faciais: Papel do cirurgião-dentista na recuperação funcional e estética. **Revista Brasileira de Odontologia**, 74(3), 189-196.

Silva EVF, dos Santos DM, da Rocha Bonatto L, Balera Brito VG, de Oliveira SHP, Goiato MC. Influence of preparation and exposure periods of eluates from ocular prosthesis acrylic resin in human conjunctival cell line. **Iran Biomed J.** 2019;23(1):78-86. doi: 10.29252/.23.1.78

Seerig LM, Bacchieri G, Nascimento GG, Barros AJD, Demarco FF. Use of motorcycle in Brazil: users profile, prevalence of use and traffic accidents occurrence - a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**. 21:3703-3710; 2016.

Vieira, M.S.V.; Rabelo, J.A.; Assunção, C.A.L; Ladeira, L.L.C; Costa, S.A. Reabilitação protética em Odontopediatria: revisão de literatura. **Revista Caderno Pedagógico** – Studies Publicações e Editora Ltda., Curitiba, v.22, n.3, p. 01-16. 2025.

Zarb, G. A., & Bolender, C. L. (2004). **Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Protheses** (12th ed.). Mosby.