

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESES TOTAL E PARCIAL REMOVÍVEIS – RELATO DE CASO

Raísa Castelo Bessa Nogueira¹

Larissa Alves de Lima e Souza²

RESUMO

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso clínico sobre a reabilitação de uma paciente de 42 anos com perda dentária total superior e perda dentária posterior inferior bilateral. A paciente nunca utilizou próteses e relatou dificuldades funcionais e estéticas decorrentes da ausência dos dentes. O tratamento incluiu a confecção de uma prótese total (PT) superior e de uma prótese parcial removível (PPR) inferior, devolvendo à paciente a função mastigatória, fonação e estética, com custo reduzido comparado a reabilitações sobre implantes.

Palavras-chave: Prótese total; Prótese parcial removível; Reabilitação oral; Perda dentária.

ABSTRACT

This case report aims to present the prosthodontic rehabilitation of a 42-year-old patient with total edentulism in the upper arch and bilateral posterior edentulism in the lower arch. The patient had no prior experience with prosthetic devices and reported functional and aesthetic challenges due to tooth loss. The treatment plan involved the fabrication of a maxillary complete denture (CD) and a mandibular removable partial denture (RPD), restoring masticatory function, speech, and aesthetics, with a cost-effective approach compared to implant-supported rehabilitations.

Keywords: Complete denture; Removable partial denture; Prosthodontic rehabilitation; Edentulism.

1 INTRODUÇÃO

¹ Especializando em Prótese Dentária pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Mestre e Doutora em Odontologia (Reabilitação Oral) (FORP/USP).

² Professora Orientadora. Especialista em Prótese Dentária pelo Centro Universitário do Norte (UNINORTE). Mestre em Ciências Odontológicas (UFAM).

A perda dentária em pacientes jovens, embora menos frequente, causa impacto significativo na qualidade de vida, comprometendo funções mastigatórias, estéticas e psicossociais (Nishimura et al., 2017; Menezes, 2024). Entre os fatores que levam ao edentulismo, destacam-se doenças periodontais, traumas e dificuldades no acesso a tratamentos odontológicos. A situação é agravada em regiões onde o acesso aos serviços odontológicos é precário, levando à progressiva piora na saúde bucal da população (Brasil, 2004; Modhi et al., 2020).

No estado do Amazonas, a prevalência de edentulismo entre idosos é elevada, especialmente em Manaus, onde 52,2% apresentam perda total dos dentes, com índice CPO-D médio de 29,0, predominantemente composto por dentes perdidos. Entre adultos abaixo de 50 anos, dados nacionais indicam que, na faixa etária de 35 a 44 anos, a prevalência de edentulismo é de 8,0%, destacando a necessidade de intervenções precoces para prevenir a progressão do quadro (Brasil, 2004; SB Brasil, 2010). Essas estatísticas reforçam a importância de ações de saúde bucal voltadas à prevenção e reabilitação, visando melhorar a qualidade de vida da população.

A reabilitação oral com próteses removíveis é uma alternativa eficiente para devolver funcionalidade e autoestima ao paciente, sendo a prótese total mucossuportada e a prótese parcial removível dentomucossuportada soluções viáveis devido ao custo acessível, quando comparadas a reabilitações fixas sobre implantes e à celeridade nos procedimentos (Menezes, 2024). Apesar disso, é essencial um planejamento cuidadoso para evitar complicações, como perda óssea acelerada e patologias bucais associadas ao uso inadequado ou prolongado de próteses (Cabral et al., 2002).

A reabilitação protética bem executada promove não apenas melhorias funcionais, mas também psicológicas, impactando positivamente na qualidade de vida do paciente (Beloni et al., 2013). Este trabalho apresenta o caso clínico de reabilitação com próteses removíveis total e parcial em paciente de 42 anos, destacando as etapas clínicas e laboratoriais envolvidas, além de correlacionar a execução técnica com a literatura.

2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente M.A.A., 42 anos, compareceu à clínica da Especialização em Prótese Dentária da Única Cursos Avançados – Facsete, com o desejo de “colocar prótese”. Após o exame clínico, observou-se edentulismo total superior e parcial inferior. Ao exame intraoral, observou-se o rebordo de aspecto saudável com bridas e inserções normais. A paciente ainda relatou que nunca utilizou qualquer tipo de prótese dentária. Após o exame, for realizado protocolo fotográfico para registro do caso (Figuras 1-4).



Fig. 1 – Fotografia frontal sorrindo



Fig. 2 – Fotografia perfil em repouso

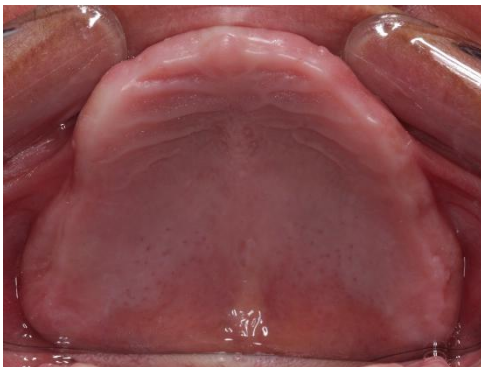


Fig. 3 – Arco superior



Fig. 4 – Arco inferior

Após análise das condições bucais e discussão sobre as opções de tratamento, foi proposto e aceito o seguinte plano:

- Arco Superior: Confecção de uma prótese total superior para reposição dos dentes ausentes, proporcionando suporte labial, fonação adequada e estética facial.

- Arco Inferior: Preparo de boca com terapia periodontal básica e restaurações, seguido de confecção de uma prótese parcial removível para reposição dos dentes posteriores, preservando os dentes anteriores remanescentes e garantindo a eficiência mastigatória.

3 TÉCNICA

Após raspagem supra gengival, foram realizadas restaurações dos elementos 32 e 33. Em seguida, foi realizada a moldagem anatômica dos arcos superior e inferior com alginato (Hidrogum 5 – Zhermack) em moldeira de alumínio perfurada para paciente desdentado superior (individualizada com cera periférica) e moldeira de aço inox lisa do tipo Vernes para o arco inferior. Os modelos de estudo foram confeccionados com gesso tipo IV (Dent-Mix).

Com os modelos em mãos, a moldeira individual superior foi confeccionada com resina acrílica incolor (Resina Acrílica Autopolimerizável Vipi Flash®), após delimitação da área chapeável e o modelo inferior foi levado ao delineador (Delineador B2 - Bio-Art) para obtenção e registro da trajetória de inserção da PPR. Com a ponta analisadora e usando a técnica da conveniência, o delineamento foi iniciado delimitando o equador protético dos dentes pilares e, em seguida, foram observadas as áreas de maior retenção com a ponta calibradora, 0.25. Como a paciente não possuía um cingulo pronunciado, foi planejado o uso de resina composta nessa região, procedimento este chamado de pré-molarização, para melhor adaptação dos apoios da PPR, além de uma melhor transmissão de forças ao dente. Em relação ao grampos, foi planejado o uso de grampos de ação de ponta tipo “T” nos pilares diretos, associados à um conector maior tipo barra lingual.

Na sequência, foram realizados os acréscimos em resina composta no cingulo dos elementos 33 e 43, seguido dos preparos dos nichos com ponta diamantada 2131 e 2131F e realizada a moldagem de trabalho com silicone por condensação pesado e leve (Clonage – DFL), na técnica da dupla moldagem. O modelo foi confeccionado em gesso tipo IV e enviado ao laboratório de prótese para confecção da armação metálica (Figuras 5 e 6).

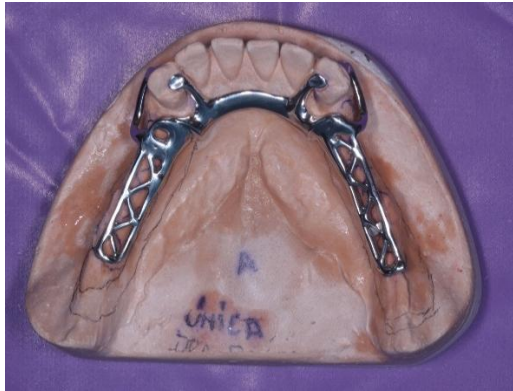


Fig. 5 – Armação metálica (vista superior)



Fig. 6 – Armação metálica (vista anterior)

Na consulta seguinte, foram confeccionadas retenções nas bordas da moldeira individual e aplicado adesivo para moldeira (esmalte de unhas incolor). Então, foi realizada a moldagem funcional do arco superior com silicone por condensação pesado e leve (Clonage – DFL), na técnica da dupla moldagem, realizando os movimentos de bochechas e lábios. Após a moldagem, foi realizado o debrum e o encaixotamento para a obtenção dos modelos de trabalho em gesso. O trabalho foi então enviado ao laboratório de prótese para a confecção da base de prova e planos de orientação em cera (Figura 7).



Figura 7 – base de prova e plano de cera arco superior

A armação metálica foi provada em boca e obteve assentamento passivo e adequada ação retentiva dos grampos. Sendo assim, foi dado seguimento à confecção da base de prova e plano de cera na porção edêntula do arco inferior (Figuras 8 e 9).

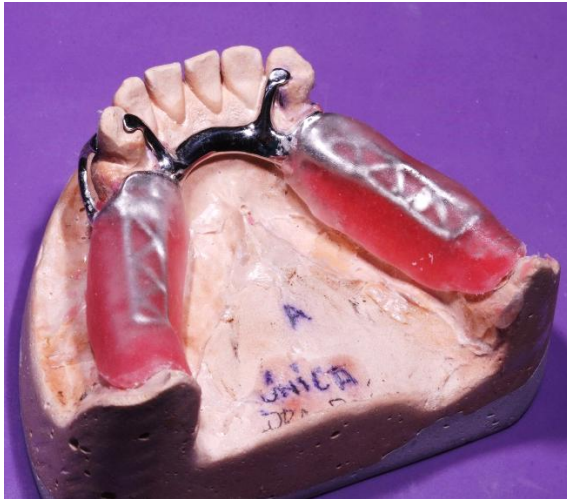


Figura 8 – base de prova arco inferior

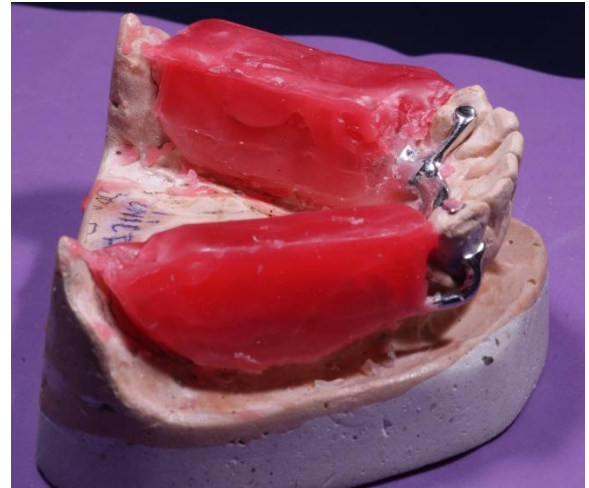


Figura 9 – plano de cera arco inferior

Na sessão seguinte, foram realizadas as provas dos planos de orientação e registro intermaxilar. Com o plano de orientação em boca, foram realizados os ajustes a fim de obter bom suporte labial, plano oclusal e corredor bucal, com auxílio de lamparina, espátula n. 36 e Régua de Fox (Tecnodont®). Registrou-se, então, a linha média, linha alta do sorriso e linha dos caninos (Figuras 10 - 13). A dimensão vertical (DV) foi mensurada utilizando o compasso de Willis, que mede a distância entre a base do nariz e o mento. Para determinar a DV adequada, foram considerados parâmetros faciais como o suporte e o selamento labial, além da proporção dos terços faciais. Com a DV estabelecida, a paciente foi orientada a ocluir até atingir a dimensão previamente determinada. Somente após esse ajuste, o plano de cera inferior foi confeccionado e posicionado em relação ao superior.

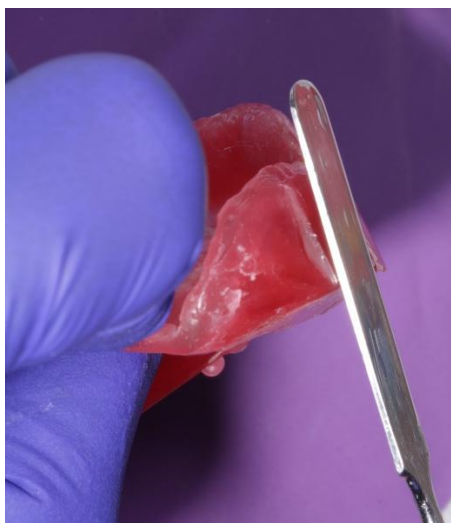


Figura 10 – ajuste do plano de cera superior

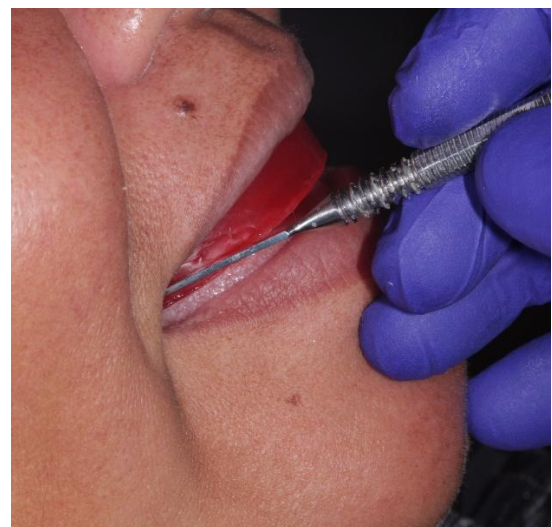


Figura 11 – ajuste do plano de cera superior



Figura 12 – plano de orientação superior ajustado (sorriso)



Figura 13 – plano de orientação superior ajustado (repouso)

O registro intermaxilar foi refinado com silicone por condensação fluido. Para isso, foram realizadas ranhuras no plano de cera inferior, onde foi aplicado adesivo para melhor retenção do material de registro. No plano de cera superior, entalhes foram confeccionados para guiar o posicionamento do silicone. Os modelos foram montados em articulador semi-ajustável (ASA) com auxílio da mesa de Camper para montagem do modelo superior e, com o registro intermaxilar em posição, foi realizada a montagem do modelo inferior no ASA. Em seguida, foram selecionadas a cor dos dentes (cor A2 – escala VITA Clássica) e gengiva (Especial – VIPI) e o trabalho foi enviado ao laboratório de prótese para montagem dos dentes.



Figura 14 – Modelos montados em ASA

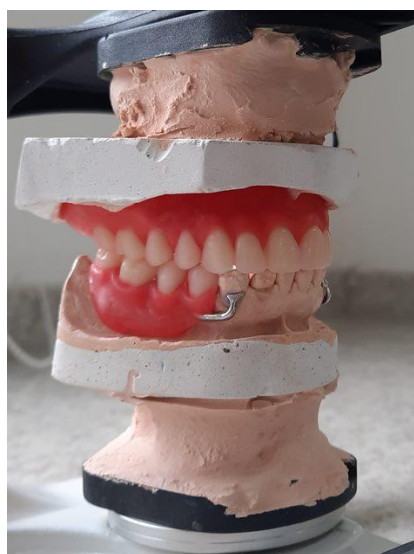


Figura 15 – dentes montados em cera

No retorno, foi realizada a prova dos dentes montados em cera para avaliação e aprovação da paciente. Nessa etapa, foram analisados aspectos como estética, dimensão vertical de oclusão, relação intermaxilar, suporte labial, fonética e alinhamento dos dentes. Após, a moldagem funcional da PPR foi realizada com silicone por condensação leve, pela técnica da boca fechada, com os dentes em máxima intercuspidação e tracionamento tecidos moles. Então, as próteses foram enviadas ao laboratório para acrilização (Figuras 16 a 19).



Figura 16 – PT superior acrilizada



Figura 17 – PT superior acrilizada



Figura 18 – PPR inferior acrilizada



Figura 19 – PT e PPR

A instalação das próteses foi realizada, com poucos ajustes em áreas de maior compressão e ajuste dos pontos de contatos oclusais, com toques em todos os dentes posteriores e toques leves em anteriores, garantindo uma oclusão balanceada bilateral, com função em grupo para evitar deslocamento da prótese total superior. A paciente demonstrou muita satisfação e emoção ao se ver pela primeira vez, em muitos anos, com aspecto mais jovem e sem receios ao sorrir (Figuras 20 a 25).



Figura 20 – Após instalação das próteses (em repouso)



Figura 21 – Após instalação das próteses (sorriso)



Figura 22 – Paciente sorrindo 45°



Figura 23 – Paciente sorrindo



Figura 24 – Antes



Figura 24 – Depois

Ao final da consulta de instalação, a paciente foi orientada acerca da higienização das suas próteses, da remoção durante o sono e cuidados. Foram realizadas duas consultas de preservação, com 48h e com 1 mês de instalação. Nestas consultas, foram avaliados adaptação, presença de lesões bucais e coletados relatos de dificuldades durante o uso diário das próteses. A paciente relatou

difficuldade inicial na fala, mas logo adaptou-se. Não houve necessidade de ajustes. A paciente foi orientada a retornar semestralmente para avaliação dos elementos dentários remanescentes e manutenção das próteses

4 DISCUSSÃO

O presente trabalho relata uma reabilitação protética que evidencia a relevância de um planejamento cuidadoso e a aplicação de técnicas específicas para alcançar resultados funcionais e estéticos satisfatórios em uma paciente que nunca usou próteses. A paciente, de 42 anos, apresentava edentulismo total superior e parcial inferior bilateral, classificado como Classe I de Kennedy, caracterizado por áreas desdentadas posteriores bilaterais. Essa classificação foi essencial para guiar a escolha do tipo de prótese e seus componentes, assegurando estabilidade funcional e estética (McGivney & Carr, 2005).

Embora o edentulismo total seja mais comum em idosos, sua ocorrência em pacientes mais jovens, como neste caso, demanda atenção especial devido aos impactos significativos na qualidade de vida. A literatura indica que indivíduos com edentulismo precoce enfrentam desafios sociais e emocionais exacerbados, afetando diretamente sua autoestima e relações interpessoais (Kossioni, 2012; Gerritsen et al., 2010). Em sua primeira consulta, a paciente relatou sua história odontológica com muita emoção e insatisfação de muitos anos, especialmente ao socializar e se alimentar.

A escolha por próteses removíveis em vez de reabilitação sobre implantes foi justificada pelas condições ósseas da paciente e por questões econômicas. Enquanto os implantes dentários representam a solução mais estável e duradoura, sua viabilidade pode ser limitada em casos de perda óssea acentuada, como observada no rebordo inferior da paciente, onde seriam necessários enxertos ósseos, aumentando o custo e o tempo do tratamento. De acordo com Feine et al. (2002), as próteses removíveis são uma alternativa eficaz e acessível, especialmente para pacientes que buscam reabilitação funcional com menor custo.

Durante o processo de reabilitação, a moldagem funcional é uma etapa muito importante, visto que ambas as próteses possuem suporte mucoso, especialmente neste caso, em que a paciente nunca usou outras próteses. O material de escolha

para esta etapa foi o silicone por condensação (pesado e leve), garantindo precisão na reprodução dos detalhes anatômicos dos rebordos edêntulos e mais conforto durante o procedimento. Esse material apresenta vantagens significativas em comparação à pasta zincoenólica e à godiva, como maior estabilidade dimensional e conforto ao paciente, especialmente em casos de rebordos irregulares ou reabsorvidos (Anusavice et al., 2012).

Outro ponto relevante foi o uso de grampos de ação de ponta tipo "T" nos dentes pilares da prótese parcial removível. Esses grampos foram escolhidos por sua capacidade de oferecer retenção eficiente sem comprometer os tecidos periodontais dos dentes de suporte. Estudos demonstram que grampos de ação de ponta distribuem de maneira equilibrada as forças mastigatórias, preservando os dentes pilares e garantindo maior durabilidade da prótese (Stewart et al., 2016). Essa abordagem foi fundamental para assegurar a estabilidade da prótese parcial inferior e atender às demandas estéticas e funcionais da paciente.

A satisfação da paciente ao final do tratamento reforça os benefícios psicológicos e funcionais das reabilitações protéticas bem-sucedidas. A literatura é clara ao associar a reabilitação oral com melhorias na qualidade de vida, proporcionando ao paciente não apenas a restauração da função mastigatória, mas também a recuperação da confiança social e da autoestima (Gerritsen et al., 2010; Nishimura et al., 2017). Assim, o caso clínico apresentado destaca como a integração entre planejamento criterioso, materiais adequados e técnicas baseadas em evidências podem resultar em um tratamento eficaz e acessível, adaptado às necessidades específicas do paciente.

5 CONCLUSÃO

O relato apresentado demonstra como a reabilitação oral com próteses removíveis pode restaurar a função mastigatória, a estética e a autoestima de maneira eficiente e acessível. A escolha criteriosa dos materiais e técnicas, permitiu uma reabilitação precisa e funcional. Destaca-se, ainda, a importância da manutenção periódica das próteses e da instrução sobre cuidados de higiene oral para prolongar a longevidade do tratamento e preservar a qualidade de vida do paciente.

6 REFERENCIAS

ANUSAVICE, K. J.; SHEN, C.; RAWLS, H. R. Phillips' Science of Dental Materials. 12th ed. Elsevier Health Sciences, 2012.

BELONI, A. et al. Qualidade de vida de pacientes reabilitados com próteses removíveis. Revista de Odontologia, v. 21, n. 3, p. 45-51, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Condições de saúde bucal da população brasileira 2003-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, C. A. et al. Moldagem funcional em próteses totais: uma revisão. Pesquisa Brasileira em Odontologia, v. 8, n. 2, p. 120-126, 2002.

CAVALCANTE, L. C. et al. Comparative study of removable prostheses in edentulous patients. Brazilian Dental Journal, v. 24, n. 1, p. 85-95, 2023.

FEINE, J. S., et al. The McGill consensus statement on overdentures. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, v. 17, n. 4, p. 601-602, 2002.

GERRITSEN, A. E.; ALLEN, P. F.; WITTER, D. J.; BRONKHORST, E. M.; CREUGERS, N. H. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review. Health and Quality of Life Outcomes, v. 8, p. 126, 2010.

KOSSIONI, A. E. Edentulism and oral health-related quality of life in older adults. European Journal of Oral Sciences, v. 120, n. 6, p. 458-465, 2012.

LOPES, F. R. et al. Removable prostheses: Techniques and indications. Dental Clinics of North America, v. 64, n. 2, p. 197-212, 2020.

MCGIVNEY, G. P.; CARR, A. B. McCracken's Removable Partial Prosthodontics. 11th ed. Mosby, 2005.

MODHI, M. et al. Early edentulism: Impact on oral health and quality of life. Journal of Prosthetic Dentistry, v. 123, n. 4, p. 432-440, 2020.

NISHIMURA, R. et al. Satisfaction with dentures and oral health-related quality of life. Journal of Prosthodontics, v. 26, n. 5, p. 359-366, 2017.

PEREIRA, M. P. et al. Analysis of masticatory function in patients rehabilitated with complete dentures. *Journal of Oral Rehabilitation*, v. 45, n. 5, p. 350-359, 2018.

SB BRASIL. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

STEWART, K. L.; RUDD, K. D.; KUEBKER, W. A. *Clinical Removable Partial Prosthodontics*. 2nd ed. Quintessence Publishing, 2016.

ZARB, G. A.; HOBKIRK, J. A. *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Protheses*. 13th ed. Elsevier, 2013.

ZUCCOLI, G. et al. Impact of removable prostheses on oral health. *Journal of Dentistry*, v. 56, p. 72-81, 2022.