

PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS CONVENCIONAIS

COMPLETE IMMEDIATED DENTURE CONVENTION

Ricardo **SHIBAYAMA**¹
Bunji **SHIBAYAMA**²
Humberto **GENNARI FILHO**³
Daniel **SAEZ**⁴
Edson **WATANABE**⁴

RESUMO

Com base na revisão de literatura, este trabalho visa à conceituação das Próteses Totais Imediatas Convencionais, a apresentação de suas vantagens e desvantagens, considerando ainda, suas indicações e contra-indicações, além de referir-se a sua classificação e aos passos necessários para a correta confecção desse aparelho, mencionando também os cuidados que devem ser observados tanto no pré quanto pós-instalação destas próteses totais imediatas. Fazendo ainda, alusão à importância do exame clínico e dos registros das relações maxilo-mandibulares e da aplicação da laserterapia de baixa potência em pacientes indicados para tais aparelhos. Mostrando assim, aos cirurgiões-dentistas, a importância dessas peças protéticas quanto à estética e função ofertadas aos pacientes.

UNITERMOS: Prótese dentária; Prótese total; Prótese total imediata.

INTRODUÇÃO

Mediante a necessidade de extração de dentes remanescentes, muitos pacientes não suportam a situação que lhes é imposta, ou seja, permanecem desdentados após as extrações em virtude do tempo necessário para a completa cicatrização e reparação óssea. No entanto, além do fator psicológico envolvido, outros fatores como estética, fonética, mastigação e convívio social entre outros estão envolvidos em tal situação. Em decorrência de tal circunstância, como solução, vê-se necessário o uso de Próteses Totais Imediatas, que de acordo com Netto⁴ garantem ao paciente a manutenção do seu status de indivíduo dentado.

As indicações e contra-indicações estão na dependência da idade, do estado geral de saúde, condições psicológicas favoráveis, e segundo Turano⁸, periodontopatias, quando em estado avançado, são os maiores responsáveis pelas indicações das PTIs. Porém as contra-indicações, segundo Walber⁹, depende do paciente estar em radioterapia, pois o uso da dentadura poderia gerar osteorradionecrose e outras condições como má-oclusões, mucosas hiperplásicas e outras situações como doentes mentais, pacientes

diabéticos, cardíacos, hemofílicos e com saúde debilitada.

A classificação das PTIs é dividida em: PTI com Face Labial Total, com Face Labial Parcial e sem Face Labial, de acordo com o posicionamento da prótese sobre o rebordo alveolar.

Quanto a sua confecção seguem-se os mesmos princípios e passos de uma prótese convencional, diferenciando-se apenas, que a prótese total imediata não se executa o passo clínico da prova funcional e estética, pois o paciente recebe o aparelho protético na mesma sessão em que são submetidos as extrações dentárias.

Com relação aos cuidados pós-instalação, enfatiza-se a higienização constante da prótese e aos ajustes ideais realizados pelo cirurgião-dentista responsável.

REVISÃO DE LITERATURA

Tamaki⁶, aborda de maneira completa a conduta quanto a instalação da prótese e os cuidados pós-instalação, além de abordar na técnica de moldagem a divisão das moldeiras de acordo com o material utilizado em simples e misto.

1 - Professor Doutor do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina

2 - Professor Associado do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina

3 - Professor Titular do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

4 - Alunos do 5º ano da graduação da Universidade Estadual de Londrina

Araújo¹, refere-se aos diversos tipos de moldeira individual, apontando a resina acrílica ativada quimicamente como a mais indicada em decorrência das suas vantagens como: transparência que facilita o ajuste, orientação quanto a extensão da fibromucosa na zona de fecho periférico, além de permitir visualizar a interferência das inserções, facilidade e rapidez de confecção.

Netto⁴, aborda variados assuntos de importância, como indicações e contra-indicações, técnica de moldagem, vantagens e desvantagens, classificações, além de avaliar tanto a peça protética quanto o paciente.

Walber⁹, menciona o conceito de PTI, vantagens e desvantagens, indicações e contra-indicações, baseando-se na idade e saúde geral do paciente, além de referir-se ao exame clínico, relações maxilo-mandibulares e da técnica de moldagem.

Lizarelli², apresentou um caso clínico de prótese total imediata, onde a laserterapia de baixa potência significou um passo importante para o paciente na aceitação do recém-instalado aparelho protético, com efeito, analgésico, antiinflamatório e bioestimulante. Foi constatado ser uma excelente indicação no pós-operatório imediato antes da colocação da PTI, já que permite uma melhor adaptação do paciente à peça protética.

Marchini, et al.³, traçam uma seqüência de procedimentos clínicos para confecção de próteses totais imediatas superior e inferior, detalhando todas as etapas desde de a indicação da terapêutica até o acompanhamento clínico do aparelho instalado.

Turano e Turano⁸, visam dar uma visão geral das indicações das Próteses Totais Imediatas, bem como suas vantagens e desvantagens. São também detalhadas etapas quanto a sua execução protética, incluindo a descrição de processos como moldagem pré-liminar e final, base de prova, arcos de oclusão, relações verticais, relações horizontais e montagem dos dentes.

Telles e Telles⁷, mencionam as indicações de uma prótese total imediata, assim como, classifica suas vantagens quanto anatomia, função, estética, psicologia. Os autores apresentam também uma seqüência de etapas referentes à confecção de uma prótese total imediata, elucidando todo o processo através da elaboração de perguntas referentes à técnica.

VANTAGENS

- Evita perda de dimensão vertical;
- Previne traumatismo sobre ATM;
- Impede colapso labial e o afundamento das bochechas;
- Possibilita atividade normal da musculatura;
- Evita transtornos fonéticos;

- Facilita mastigação;
- Protege as feridas cirúrgicas contra agressões bucais;
- Promove melhor cicatrização;
- Permite a continuidade das atividades sociais;
- Melhora a estética do paciente.

DESvantagens

- Trabalho adicional;
- Custo adicional;
- Não há possibilidade de realizar provas estéticas;
- Menor ajuste;
- Perda temporária da fixação.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Mediante as vantagens e desvantagens mencionadas pode-se verificar com maior clareza as indicações e contra-indicações das PTIs. A indicação de acordo com Walber⁹, está na dependência da idade e estado geral de saúde, além do paciente apresentar condições psicológicas favoráveis, para Turano⁸ quando de periodontopatias em estado muito avançado e em pacientes que ainda possuem dentes naturais ou mesmo prótese, completando arco dentário quer superior ou inferior e necessita adaptar uma prótese total. De maneira mais generalizada Telles⁷ afirma que a indicação pode ser feita quando da extração de dentes remanescentes de um indivíduo.

Já as contra-indicações, de acordo com Walber⁹, está contra-indicada ao paciente que se submete a radioterapia, pois o uso de uma dentadura poderia levar a osteorradionecrose.

Tanto os autores Walber⁹, Netto⁴ e Tamaki⁶ citam que os pacientes contra-indicados, podem ser divididos em dois grupos. No primeiro grupo colocaríamos os acidentes anatômicos como másoclusões, retenções ósseas como tórus e exostoses, mucosa hiperplásica e inserções musculares e freios hipertrofiados. No segundo grupo estariam os doentes mentais, pacientes diabéticos, cardíacos, hemofílicos, histéricos e idosos com saúde debilitada; TAMAKI⁶ (1974) acrescenta ainda, pacientes com defeito congênito ou adquirido na área chapeável que possa influir na estabilidade e retenção do aparelho.

Para Telles⁷ pacientes com alterações patológicas que requeiram grande remoção de tecido, não é recomendável a instalação de PTIs.

CLASSIFICAÇÕES DAS PRÓTESES TOTAIS, segundo Netto⁴

- **Prótese Total Imediata com Face Labial Total**

É uma prótese convencional cujo aspecto vestibular é idêntica a uma dentadura mediana convencional. Esse tipo de prótese requer com frequência o preparo cirúrgico da boca (remoção óssea) e o preenchimento na região labial. Com frequência pode ocorrer reabsorção óssea tornando a borda anterior traumática, necessitando constantes ajustes por desgaste. Por outro lado, a face labial da Prótese Total Imediata é mais estável, aumentando a possibilidade de reembasamentos o que melhora a sua estética.

· **Prótese Total Imediata com Face Labial Parcial**

Esse tipo de PTI apresenta a construção de apenas a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes artificiais. Esta prótese não necessita de cirurgia óssea ou retalho de tecidos, pois não atinge áreas retentivas do processo alveolar.

· **Prótese Total Imediata sem Face Labial**

A PTI sem face labial tem seus dentes anteriores montados com sua face cervical apoiada diretamente sobre o rebordo alveolar, numa montagem semelhante ao de uma prótese parcial fixa anterior. Do ponto de vista cirúrgico, esse tipo de prótese são mais conservadoras e apresentam melhores resultados estéticos já nas primeiras semanas de sua instalação, mas falham em manter um suporte adequado para os lábios quando apresentar uma reabsorção óssea por vestibular.

TÉCNICA PARA CONFEÇÃO DE PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS

EXAME CLÍNICO E PRÉ-CIRÚRGICO

Anteriormente à confecção da moldeira deve-se levar em consideração à parte dentada, verificando a posição dos dentes na arcada, sua oclusão. Sob a parte desdentada, devemos observar o tamanho do rebordo alveolar, sua compressibilidade e coloração da mucosa alveolar de revestimento (Figura 1).

Em um exame geral devemos nos ater ao aspecto fisiológico constando de exame clínico minucioso, anamnese detalhada, exames radiográficos e modelos de estudo, Marchini³; no aspecto psíquico do paciente pode ser classificado como cooperativos e não-cooperativos; dentre os pacientes não-cooperativos encontram-se os histéricos e indiferentes, nestes pacientes, as PTIs são contra-indicadas.

Em um exame da boca devemos verificar, de acordo com Tamaki⁶, o número de dentes

remanescentes e o estado de cada um tanto na porção coronária quanto na porção radicular, verificando cárie, obturações e estado periodontal.

Devemos estar atentos aos registros da dimensão vertical de oclusão e da oclusão central, em se tratando de paciente desdentado parcial e dentes remanescentes indicados à extração.

No preparo prévio da boca para dentaduras imediatas estende-se aos dentes da arcada oposta e no caso de dentaduras duplas é igual a simples e dever ser trabalhada ambas as arcadas simultaneamente, de acordo com Tamaki⁶.

De acordo com Young¹⁰ a guia cirúrgica na etapa de instalação da PTI é fundamental, visto que possibilita a adequação da base da prótese ao leito cirúrgico, evitando pressões indevidas sobre a mucosa. Marchini³ apresenta uma técnica simples e barata em relação a confecção do guia cirúrgico, sendo: as PTIs estando duplicadas, através de um dispositivo preenchido com alginato em duas fases, estando o hidrocolóide geleificado e removida a PTI do dispositivo, sendo então um molde da prótese, que foi preenchido com RAAQ transparente, polimerizada, recortada e polida, tornando-se réplicas das próteses, as quais serviram como guia cirúrgico.

Tamaki⁶ afirma que a própria PTI pode ser usada como guia cirúrgico desde que sua base seja de resina incolor e o sorriso do paciente não exponha os bordos cervicais dos dentes para não conferir problema estético.

MOLDAGEM

Para confecção da dentadura imediata, segundo Netto⁴, necessitamos de uma moldagem:

A preliminar ou anatômica, cuja finalidade seria obter um modelo de estudo, tendo uma visão panorâmica das estruturas bucais, servindo para diagnóstico, orientação da área chapeada, delimitação e orientação na confecção da moldeira individual, além da seleção do material a ser usado. Segundo, Walber⁹ o material mais adequado é o alginato.

Saizar⁵, sugere o uso dos elastômeros, por suas vantagens sobre os demais materiais, permitem melhor ajuste sobre a mucosa e um melhor vedamento com a godiva não necessita de apoios especiais para sua centralização. Feita moldagem, devem-se remover as partes de material sem apoio da moldeira, encaixar e vazar o gesso pedra. Obtido o modelo por uma das técnicas de moldagem, delimitaremos a área basal seguindo os mesmos preceitos relativos às próteses totais, com a diferença de que a delimitação contorna os dentes remanescentes da bateria anterior, pelo seu bordo cervical palatino, acompanhando os limites da coroa clínica.

Por vestibular, este contorno acompanha a bossa canina, num desenho semelhante aquele preconizado para a sela plástica dos aparelhos parciais removíveis posteriores. Com o auxílio de resina acrílica quimicamente ativada construiremos uma base de prova fina, cujo limite seguem a delimitação do modelo, verificando a facilidade de introdução e remoção sob um modelo padrão. Esta base de prova terá como finalidade a construção de roletes de cera posteriores, de maneira a possibilitar a obtenção das relações maxilo-mandibulares do paciente e montagem dos modelos em articulador.

ARCO FACIAL

Com o auxílio do arco facial fixado aos roletes posteriores, devemos transferir o modelo da maxila para o articulador. Ainda se utilizando da base de prova e dos roletes, voltamos ao paciente para obtenção de DVO e RC para montagem do modelo mandibular.

Partindo-se dos modelos articulados (Figura 2) iniciam-se a montagem dos dentes pela área desdentada anterior.

MONTAGEM DOS DENTES

Segundo Walber⁹, a presença de dentes remanescentes facilitará a escolha dos dentes da prótese imediata. Os dentes posteriores deverão se harmonizar em tamanho com os pré-molares e molares antagonistas. Os dentes anteriores deverão imitar a forma, tamanho e cor dos dentes remanescentes. Instalamos o primeiro e segundo pré-molar, o primeiro e segundo molar progressivamente, posicionando-os, de modo que fiquem em contato durante as excursões excêntricas da mandíbula. Estando alinhados passa-se a montagem do outro lado.

A partir do modelo obtido Netto⁴ preconiza demarcar o modelo utilizando a sonda periodontal milimetrada, registrando sobre o modelo a profundidade das bolsas periodontais, de forma a delimitar o recorte do gesso evitando reduzir o osso alveolar. Com esta demarcação e com os dentes artificiais posicionados inicia-se a substituição dos dentes do modelo pelos dentes de resina acrílica, que segundo Walber⁹ o uso destes dentes de resina acrílica é preferível, pois permite seu desgaste, caso haja processo proeminente.

Segundo Saizar⁵ um método para substituição dos dentes é cortá-los de um hemiarco ou todos os anteriores de uma só vez.

Feita a substituição, realiza-se a ceroplastia e inclusão em mufla.

De acordo Netto⁴ deve-se ainda regularizar o modelo com auxílio de pedras montadas, facas

de gesso e espátula Le Cron, sempre respeitando a demarcação um milímetro aquém da linha contínua (Figura 3), o procedimento cirúrgico de extrações dos dentes remanescentes e osteotomia se necessário, deverá seguir a planificação feita sobre o modelo de gesso (Figura 4).

CUIDADOS PÓS-INSTALAÇÃO, segundo Tamaki⁶

Na primeira sessão (ato da entrega) não foi realizado reembasamento e nem ajuste oclusal. Paciente deve ser orientado a cuidados pós-operatórios como:

a) não retirar o aparelho de maneira alguma nas primeiras 24 horas e nem ocluir forçando a dentadura para evitar a sobrecompressão na ferida cirúrgica;

b) Em caso de dor, instruir o paciente quanto a utilização de analgésicos adequados;

c) Ingerir alimentação líquida e fria nas primeiras horas;

d) Aplicar bolsa de gelo durante algumas horas, com intervalo de 15 minutos.

Na Segunda visita, 24 horas após a entrega da prótese, é realizada a higiene deste, com água e sabão. Deve-se também realizar a higienização da boca, com uma solução fisiológica, evitando tocar na ferida.

Na Terceira visita, uma semana após a entrega, realizar os primeiros ajustes oclusais, como também, recomendar ao paciente as seguintes instruções:

a) Retirar o aparelho duas a três vezes ao dia para higienização;

b) Quanto à alimentação, o paciente deverá gradativamente retornar a sua rotina normal, mastigando qualquer tipo de alimento;

c) Se nada acontecer após a terceira visita, o paciente deverá retornar ao consultório para remover os pontos da cirurgia e eventuais novos retoques podem ser realizados.

Durante a terceira visita, o cirurgião dentista pode definir através do reembasamento do aparelho (prótese total imediata) ou pela confecção de uma outra prótese total definitiva.

Muitas vezes, a prótese total imediata começa a perder a retenção, sendo assim, necessário à confecção de uma prótese definitiva após algumas semanas.

Mediante a evolução tecnológica, os cirurgiões - dentistas têm empregado os lasers de baixa potência que possuem um efeito eminentemente analgésico, antiinflamatório e bioestimulante, além do que, sua luz proporciona um aumento da microcirculação local e drenagem do fluído gengival. Sendo assim uma ferramenta útil no pós-operatório imediato anteriormente à colocação da PTI, segundo Lizarelli e Silva².

DISCUSSÃO

A conceituação das próteses totais imediatas é de senso comum entre os diversos autores.

As indicações e contra-indicações em alguns autores como Netto⁴ e Telles⁷ é dependente de diversos fatores entre eles o psíquico, social e funcional, para Turano⁸ estes estão relacionados principalmente a presença de dentes remanescentes e periodontopatias, para Walber⁹ estão dependentes da saúde e idade do paciente.

Dentre os autores houve concordância quanto as vantagens das PTI(s), sendo unânime o apontamento de custo adicional das PTI(s) como desvantagem, e a importância estética, psíquica e funcional das PTI(s) como vantagens.

Quanto as técnicas de moldagem: Araújo¹, Tamaki⁶ e Saizar⁵ apresentam variações, porém mínimas, Saizar⁵, por exemplo, preconizando o uso dos elastômeros, já Tamaki⁶ divide as moldeiras de acordo com o material utilizado e Araújo¹ refere-se aos diversos tipos de moldeira individual, indicando a RAAQ (Resina Acrílica Ativada Quimicamente) como ideal para moldeiras individuais.

A maioria dos autores^{3,4,6,7} ressaltaram a importância dos cuidados pós-instalação do aparelho protético. Sendo adicional, o emprego da Laserterapia de Baixa Potência na PTI, como descrito por Lizarelli e Silva².

CONCLUSÃO

Mediante a revisão de literatura foi possível observar concordância entre os autores, sendo possível verificar a importância das próteses totais imediatas como ferramenta útil em um pós-operatório, que imprime aos pacientes operados uma condição de desdentados. Estes aparelhos protéticos apesar de seu custo adicional, oferece aos pacientes uma condição social, funcional e estética favorável, dando-lhes, uma condição temporária de indivíduo dentado até a possibilidade de uso de prótese(s) definitiva(s).



FIGURA 1 - Paciente com colapso nas relações intermaxilares e a presença de periodontopatias avançadas



FIGURA 2 - Modelos montados no articulador semi-ajustável

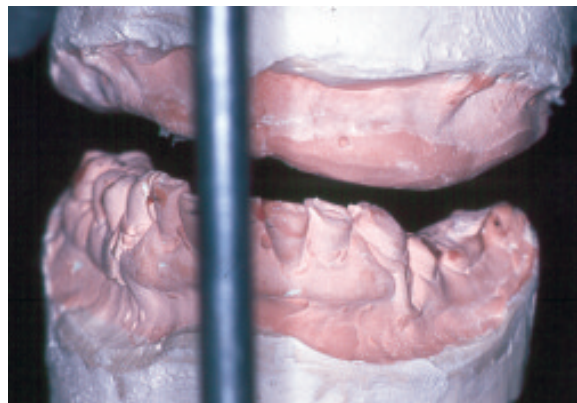


FIGURA 3 - Cirurgia executada no modelo funcional

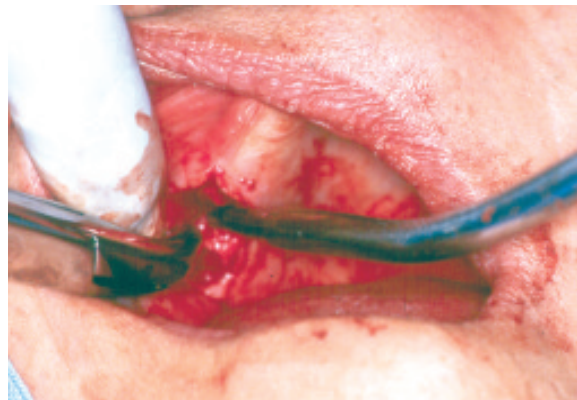


FIGURA 4 – Realização das exodontias e osteotomias previamente executadas no modelo



FIGURA 5 - Prótese Total Imediata instalada

ABSTRACT

According to literature review, this study aims to propose the concept of Convencional Immediate Denture, advantages, disadvantages, indications and contraindications are presented. Besides, classification and steps references are showed and necessity of the correct appliance made, it is also mentioned main care, which must be observed before and after Immediate Complete Dentures insertion. Thus, there are steps very important such as clinical examination, maxilomandibular relationships registration and low potency laser therapy is done in patients who are recommended to use this kind of appliance. Based on search, this study established the importance of these prosthetic pieces to odontologists including esthetic and functional aspects offered to patients.

UNITERMS: *Dental Denture, Total Denture, Denture complete immediate*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Araújo JEJ, Figueiredo AR, Araújo MAM. Moldagem para dentaduras imediatas. Quintessence. 1978; 5 (3): 27-3.
- 2 - Lizarelli RFZ, Silva PCG. Prótese total imediata associada a laserterapia de baixa potência. Rev Âmbito Odontol. 1996; 5(32): 22-25.
- 3 - Marchini L, Cunha Júnior, AP, Santos, JFF, Cunha VPP. Prótese total imediata superior e inferior. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1998; 52(4):293-96.
- 4 - Netto HC. Prótese total imediata. 2ed. São Paulo: Pancast; 1987.
- 5 - Saizar P. Prostodontia total. Buenos Aires: Mundi; 1972. cap. 24. p 456.
- 6 - Tamaki T. Dentaduras completas. 2ed. São Paulo: Sarvier; 1974. cap 18, p.231.
- 7 - Telles D, Costelluci L. Prótese total - convencional e sobre implantes. 2ed. São Paulo: Ed. Santos; 2004. cap 6, p 241-69.
- 8 - Turano JC, Turano LM. Fundamentos da prótese total. 4ed. São Paulo: Quintessence; 1998. cap 25, p 475-87.
- 9 - Walber LF. Prótese total imediata. Rev Fed Odontol UFRGS. 1990; 30/31:4-7.
- 10 - Young Junior L, Gatewwod RR, Moore DJ, Sakamura JS. Surgical templates for immediate denture insertion. J Prosthet Dent. 1985; 54(1): 64-7.

Endereço para correspondência

Humberto Gennari Filho
Rua José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça
Araçatuba - SP
Fone/Fax: (18) 3636-3245
E-mail: gennari@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 19/05/2006
Enviado para análise em 29/05/2006
Aprovado para publicação em 26/06/2006