

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR E INFERIOR: RELATO DE CASO

Joice Keli Xavier da Costa¹
José Alexandre Pancier de Lima²
Priscilla Karolyne Bravin³

RESUMO: A perda dentária ainda representa um desafio relevante para a saúde pública, estando diretamente associada à cárie e à doença periodontal, que permanecem como as principais causas do edentulismo. Além dos fatores biológicos, aspectos socioeconômicos exercem grande influência, uma vez que populações com menor acesso a serviços de saúde, menor escolaridade e condições financeiras limitadas apresentam maior prevalência de perdas dentárias. O edentulismo compromete não apenas a função mastigatória e a fonação, mas também exerce forte impacto na estética e na autoestima, refletindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Diante desse cenário, a reabilitação oral desempenha papel fundamental, visto que permite restaurar funções essenciais, melhorar a aparência facial e contribuir para o bem-estar psicossocial do paciente. O objetivo deste trabalho foi relatar um estudo de caso clínico no qual a paciente, do gênero feminino, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da Instituição de Ensino Superior FANORTE, com queixa principal de desconforto mastigatório e insatisfação estética devido à presença de elementos fraturados. Após avaliação clínica e radiográfica, foram realizados múltiplas exodontias. Na sequência, confeccionaram-se duas próteses totais, uma superior e uma inferior, com o intuito de devolver função mastigatória, estética e qualidade de vida à paciente. Com base na evolução clínica e nos resultados obtidos, concluiu-se que a reabilitação oral por meio de próteses totais representou uma solução eficaz para o caso apresentado, proporcionando à paciente não apenas a recuperação da função mastigatória, mas também melhora estética significativa e aumento da autoestima, evidenciando a importância do correto diagnóstico, planejamento e execução do tratamento odontológico.

2474

Palavras-chave: Perda dentária. Doença periodontal. Fatores socioeconômicos. Edentulismo. Reabilitação oral. Autoestima.

ABSTRACT: Tooth loss still represents a significant challenge for public health, being directly associated with caries and periodontal disease, which remain the main causes of edentulism. In addition to biological factors, socioeconomic aspects have a great influence, as populations with less access to health services, lower education, and limited financial conditions show a higher prevalence of tooth loss. Edentulism compromises not only chewing function and speech but also has a strong impact on aesthetics and self-esteem, directly reflecting on the individual's quality of life. In this context, oral rehabilitation plays a fundamental role, as it allows for the restoration of essential functions, improves facial appearance, and contributes to the psychosocial well-being of the patient. The objective of this work was to report a clinical case study in which a female patient attended the Dentistry School Clinic of the FANORTE Higher Education Institution, complaining mainly of chewing discomfort and aesthetic dissatisfaction due to the presence of fractured teeth. After clinical and radiographic evaluation, multiple extractions were performed. Subsequently, two complete dentures were made, one upper and one lower, aimed at restoring chewing function, aesthetics, and quality of life to the patient. Based on clinical evolution and the obtained results, it was concluded that oral rehabilitation through complete dentures represented an effective solution

¹ Acadêmica de Odontologia, Fanorte Cacoal.

² Acadêmico de Odontologia, Fanorte Cacoal.

³ Professora do curso de Odontologia, Fanorte Cacoal. Professora especialista em Implantodontia e Prótese; Especialização ABO-MS;

for the presented case, providing the patient not only with the restoration of chewing function but also significant aesthetic improvement and increased self-esteem, highlighting the importance of accurate diagnosis, planning, and execution of dental treatment.

Keywords: Tooth loss. Periodontal disease. Socioeconomic factors. Edentulism. Oral rehabilitation. Self-esteem.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista cultural, o ato de se extrair todos os dentes que apresentam problemas é bastante comum no Brasil, sendo considerado um fenômeno natural do envelhecimento. Todavia, considera-se que esse fato é o reflexo da falta de conhecimento e prevenção que deveria ser repassado a população ainda na infância, possibilitando a oportunidade da conservação dos dentes naturais até idades mais avançadas, de forma funcional e saudável (Simões et al., 2011)

Diversas alterações fisiológicas na cavidade oral são observadas quando existe ausências dentárias, uma delas é a reabsorção óssea da mandíbula e da maxila, fato esse que leva a alterações nas dimensões ocluso-faciais e nos tecidos moles que envolvem a região, levando a uma aparência facial prejudicada e uma deficiência na mastigação. Além da reabsorção óssea, observa-se em pacientes desdentados a redução da eficiência dos músculos orais, implicando em mastigação e nutrição insatisfatória e possível susceptibilidade a doenças (De Carvalho et al., 2018).

2475

O comprometimento orofacial derivado da perda dentária afeta a autoestima, desperta sentimentos estigmatizados de inferioridades e repercute diretamente no aspecto emocional, físico e social dos pacientes desdentados, além de prejuízos na função mastigatória e no sistema estomatognático (OLIVEIRA et al., 2022).

Segundo Ramalli (2012) e Leite et al. (2008), a radiografia panorâmica deve ser realizada antes de uma reabilitação com próteses totais e constitui uma técnica importante para uma avaliação mais completa de possíveis complicações. No caso a ser relatado, a mandíbula apresenta-se com pouco rebordo ósseo, o que dificulta a retenção de uma prótese total.

Segundo os fundamentos estabelecidos por Pound (1951 – 1962), a estética em prótese dentária está intrinsecamente relacionada à disposição anatômica dos dentes artificiais e à reprodução precisa da morfologia e da coloração dos tecidos intraorais. Para o autor, a prótese deve promover simultaneamente a restauração funcional e a reabilitação estética da face, de modo a assegurar a integração harmônica entre os componentes protéticos e as estruturas naturais do sistema estomatognático. Já para Frush e Fisher (1956), a reabilitação estética em prótese dentária deve ser conduzida de forma a proporcionar ao paciente uma experiência subjetiva de bem-estar e satisfação com sua aparência, ao mesmo tempo em que desperta nos

observadores uma percepção positiva da estética e da personalização do sorriso. Para os autores, o cirurgião-dentista também deve ser capaz de reconhecer a naturalidade da prótese confeccionada, sentindo-se recompensado pelo êxito técnico e artístico alcançado no processo reabilitador. De acordo com os autores, a abordagem estética na reabilitação protética deve contemplar três dimensões interdependentes: o paciente, como receptor direto da intervenção; os observadores, que percebem e avaliam a aparência estética; e o cirurgião-dentista, como agente técnico e artístico do processo. A integração harmoniosa desses três elementos representa a aplicação plena dos princípios estéticos na confecção de próteses dentárias, assegurando não apenas a funcionalidade, mas também a valorização da individualidade e da expressão facial.

RELATO DE CASO

Paciente I.G. sexo feminino, compareceu Clínica Escola de Odontologia da Instituição de Ensino Superior FANORTE para realizar tratamento odontológico. Sua queixa principal era o desconforto causado elementos fraturados. A mesma relatou o desejo de realizar o tratamento reabilitador a fim de restaurar a estética e função mastigatória.

Durante a anamnese paciente relatou ainda ser hipertensa, porém a mesma fazia o uso da medicação Losartana corretamente, estando apta a realizar procedimentos cirúrgicos sem alterações significantes na pressão arterial.

2476

Ao realizar o exame clínico intraoral da paciente, foram avaliadas as necessidades e as possíveis medidas a serem tomadas para reabilitação.

Foi solicitado exame radiográfico panorâmico para melhor planejamento.

Figura 01 – Exame Radiográfico Panorâmico



Fonte: Os Autores (2025)

PLANEJAMENTO DO CASO

Após análise clínica e radiográfica optou-se pela exodontia dos elementos 13, 17, 18, 26, 27, 28, 32, 33, 38, 31, 42 e 48.

Os elementos 31, 32, 33 e 42 a princípio não eram indicados para exodontia e sim para endodontia, mas devido cárie extensa, os elementos encontravam-se fragilizados e acabaram fraturando aos poucos, o que impossibilitou o tratamento, resultando em exodontia.

Após a realização dos procedimentos cirúrgicos, aguardando dois meses para a cicatrização dos rebordos alveolares, foi confeccionado duas próteses totais, uma superior e uma inferior.

Figura 02 - Fotos iniciais da paciente A) Vista Frontal – B) Vista Frontal sorrindo



Fonte: Os Autores (2025)

Dando início ao tratamento, em primeira sessão foi realizado os registros fotográficos, anamnese detalhada, profilaxia com escova de Robinson (Preven[®], Guapirama, PR, Brasil) utilizando Pedra Pomes (Maquira[®], Maringá, PR, Brasil) e Clorexidina 0,12% (Periogard, Colgate[®], Nova Iorque, EUA) para adequação do meio bucal.

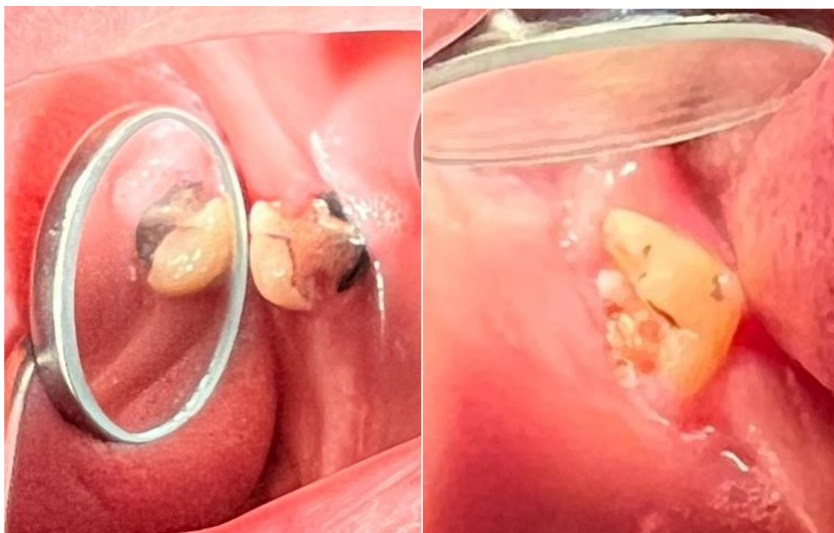
Em segunda sessão a paciente já estava com o exame radiográfico panorâmico em mãos, portanto foi dado início ao planejamento e execução do caso sendo realizada a exodontia dos elementos 38 e 48. Sendo como primeira etapa os procedimentos cirúrgicos, dado esses iniciou pelo preparo pré-operatório com a realização do aferimento de pressão arterial, que constatou 160/80 mmHg. Após isso, a paciente foi medicada com 2 cápsulas amoxicilina 500mg (Germed,

Campinas, SP, Brasil) e 2 comprimidos dexametasona 4mg (EMS, Hortolândia, SP, Brasil), como dose de ataque pré-operatória.

Após a paramentação e montagem da mesa cirúrgica, foi realizada antisepsia intraoral através de bochecho com clorexidina 0,12% (Periogard, Colgate®, Nova Iorque, EUA) e assepsia extra oral com clorexidina 2% ((Riohex, Rioquímica®, São José do Rio Preto, SP, Brasil) em seguida paciente colocada em posição horizontal na cadeira com o campo cirúrgico estéril afim de evitar contaminações durante a cirurgia. Para dar início de fato a exodontia, foi realizada anestesia do nervo alveolar inferior, bucal e lingual de ambos os lados com sal anestésico articaína 4% (DFL®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e agulha longa (Medix, Cascavel, PR, Brasil). Iniciamos com incisão intrasucular com lâmina de bisturi 15C (Medix, Cascavel, PR, Brasil) e em seguida com auxílio de um Descolador Molt (Golgram®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) foi feito o descolamento do tecido mucogengival.

A exodontia propriamente dita foi realizada com as Alavancas Apexo e Seldin (Quinelato®, Rio Claro, SP, Brasil) usadas alternadamente da forma que ia se encontrando apoio na tabua óssea, e tracionado com auxílio dos Fórceps 15I, 150, 18R, 18L e 69 (Golgram®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e em seguida a irrigação com soro fisiológico 0,9% estéril (JP Farma, Ribeirão Preto, SP, Brasil) e curetagem para estímulo de coagulo. A manobra de síntese foi feita em ponto X com fio de nylon 3-0 (Shalon®, Belo Horizonte, MG, Brasil).

Figura 03 A) Elemento 38 - B) Elemento 48



Fonte: Os Autores (2025)

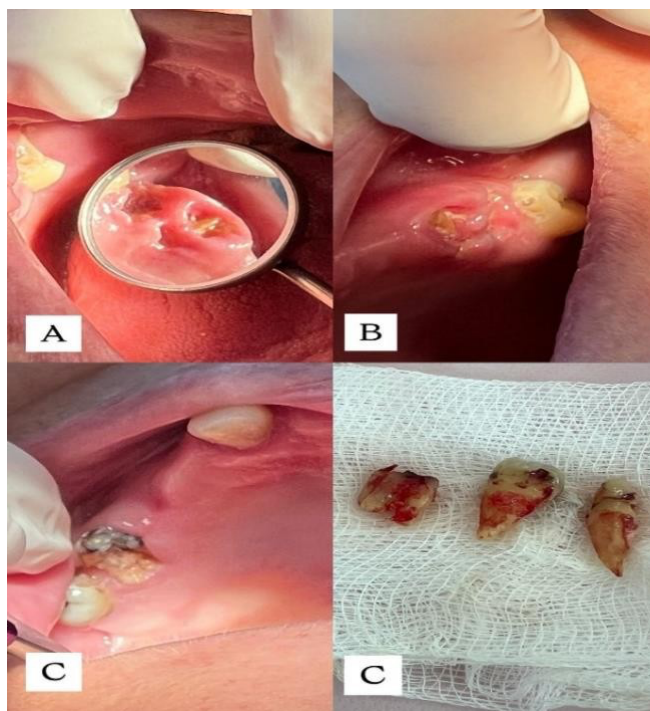
Na terceira sessão foi realizada a exodontia dos elementos 26, 27 e 28, na quarta sessão exodontia do elemento 31, na quinta sessão exodontia dos elementos 13, 17, 18, na sexta sessão

exodontia dos elementos 32, 33 e 42 seguindo os mesmos passos cirúrgicos da sessão anterior se adequando ao quadrante aos quadrantes de cada elemento, sem nenhuma intercorrência.

O tratamento de forma sequencial foi um pedido da paciente para uma melhor recuperação e com menos incomodo pós-operatório, ao invés de se realizar a exodontia de múltiplos elementos em uma mesma sessão.

Ao respeitar o pedido da paciente, evidenciamos um dos pilares fundamentais da prática odontológica humanizada: escutar e acolher os anseios e medos do paciente. A escuta ativa é essencial, ouvir o paciente permite captar suas emoções, expectativas e receios. No caso da exodontia, muitos pacientes têm medo da dor, sangramento e recuperação difícil ou até mesmo da ansiedade gerada por procedimentos múltiplos. Ao optar por sessões separadas, o profissional demonstra empatia e respeito pela experiência subjetiva da paciente.

Figura 04 A) Elemento 26 e 27 - B) Elemento 28 - C) Elemento 13, 17 e 18



Fonte: Os Autores (2025)

Após oito semanas aguardando a cicatrização dos rebordos alveolares, paciente retornou a Clínica Escola de Odontologia da Instituição de Ensino Superior FANORTE para realizar a moldagem convencional para confecção das próteses. A moldagem foi realizada com alginato (Hydrogum 5, Zhermack, Badia Polesine, Itália), as moldeiras de estoque (Tecnodont, Indaiatuba, SP, Brasil) que melhor se adequaram a paciente foram S1 e I1. Após a moldagem, os

modelos de gesso foram confeccionados em gesso especial tipo IV (Asfer®, São Caetano do Sul, SP, Brasil).

5A) Modelo de gesso superior - B) Modelo de gesso inferior



Fonte: Os Autores (2025)

Os modelos de gesso foram enviados ao laboratório para confecção de moldeiras individuais de ambos os modelos. Realizamos o reembase com silicone de condensação (Perfil, Vigodent®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil)

Figura 06 – A) Moldeira individual e reembase superior - B) Moldeira individual e reembase inferior



Fonte: Os Autores (2025)

Na outra semana foi realizado a prova do rolete de cera (Lysanda, São Paulo, SP, Brasil), onde foi delimitado a altura da linha de sorriso, linha média, guias caninas e além disso, a cor dos dentes artificiais foi determinada 62.

7 Prova do rolete de cera



Fonte: Os Autores (2025)

Na próxima sessão foi realizada a prova da montagem de dentes para futura acrilização.

Figura 08 – A) Montagem de dentes – B) Prova montagem de dentes

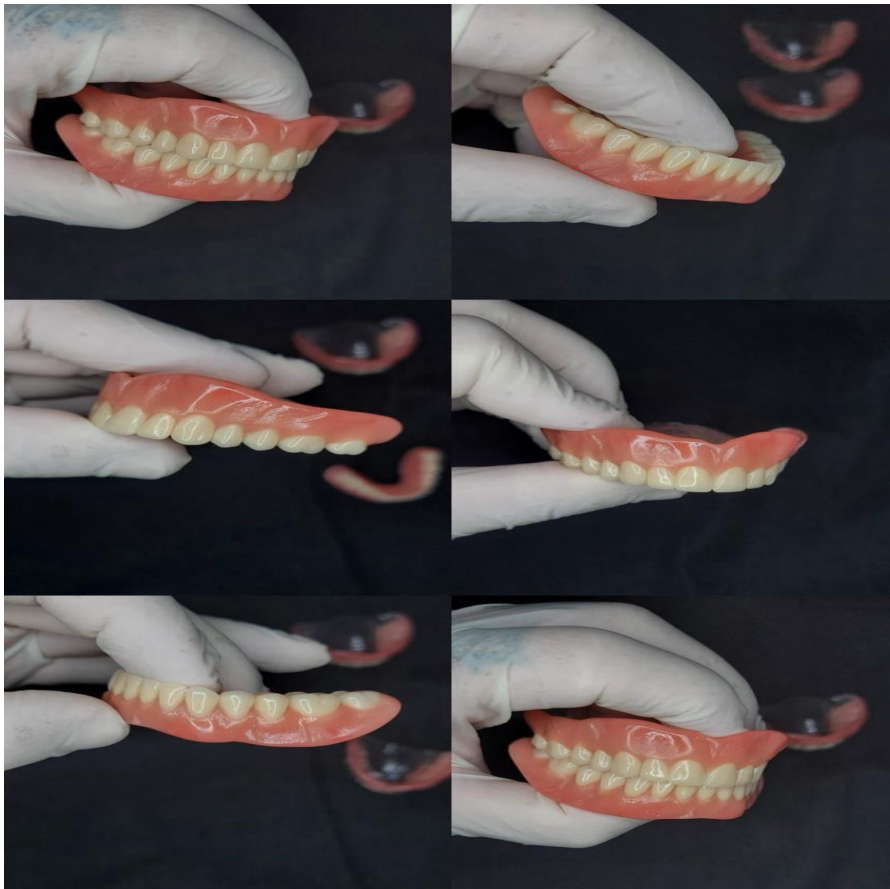
2481



Fonte: Os Autores (2025)

Na última semana de atendimento, as próteses vieram acrilizadas e foi realizada a entrega dos trabalhos a paciente.

9A) Modelos acrilizados



2482

Fonte: Os Autores (2025)

Figura 10 – Entrega das Próteses



Fonte: Os Autores (2025)

DISCUSSÃO

Krajicek (1963) identificou quatro elementos fundamentais que exercem influência direta sobre a estética de próteses totais: a qualidade da moldagem funcional, que determina a adaptação e estabilidade da base protética; o correto registro das relações maxilo-mandibulares, essencial para o equilíbrio oclusal e harmonia facial; o contorno anatômico da base protética, que contribui para a naturalidade da transição entre os tecidos artificiais e os tecidos moles; e a criteriosa seleção dos dentes artificiais, cuja forma, cor e posicionamento impactam diretamente na estética e na expressividade do sorriso.

No contexto da prótese total mandibular, Neil e Nairn (1984) recomendaram a aplicação de uma força vertical ascendente como método de avaliação da retenção. Contudo, os autores destacam que a retenção obtida na prótese inferior é, de modo geral, inferior àquela observada na prótese total superior, em virtude das limitações anatômicas e funcionais da mandíbula, que comprometem a estabilidade e a adesividade da base protética.

Para Panzzini (1972), o ato de instalar próteses totais não se limita à sua inserção física na cavidade bucal. Trata-se de um processo que exige envolvimento ativo do profissional na orientação do paciente quanto ao uso adequado, à higienização dos dispositivos protéticos e à manutenção da saúde dos tecidos orais. Essa etapa educativa é essencial para garantir a adaptação funcional e emocional do paciente, além de favorecer a longevidade da reabilitação

2483

Segundo Oliveira Trc (2007) A deficiência na função mastigatória pode levar à deglutição de alimentos em grandes fragmentos, além de provocar alterações significativas nos hábitos alimentares. Essa limitação funcional faz com que o indivíduo evite alimentos que exigem maior esforço mastigatório, resultando em uma restrição alimentar que pode comprometer a qualidade nutricional da dieta. Além das limitações funcionais, o esforço exigido para mastigar certos alimentos pode gerar desconforto social, levando o indivíduo a evitar situações em que se sinta exposto. Esse tipo de constrangimento pode desencadear impactos emocionais e sociais relevantes, influenciando negativamente tanto a qualidade de vida quanto a aceitação das próteses totais. (Paraguassu ÉC e Cardenas AMC, 2019; Sheihama, Et Al., 2001). Dessa forma, os autores demonstram que além dos benefícios clínicos, a reabilitação protética exerce um impacto significativo sobre o bem-estar psicossocial do indivíduo. A recuperação da autoestima, da confiança e da capacidade de interação social, são elementos fundamentais para a reintegração plena do paciente à sua rotina e ao convívio comunitário. E a prótese total, quando planejada e executada com critérios técnicos e sensibilidade estética, tornase não apenas um recurso terapêutico, mas também um instrumento de dignidade e qualidade de vida.

CONCLUSÃO

A reabilitação oral por meio de próteses totais representa uma intervenção de caráter multidisciplinar, cuja relevância transcende a complexa restauração das funções mastigatória, fonética e estética. Ao promover o equilíbrio funcional do sistema estomatognático, essa abordagem contribui diretamente para a preservação das estruturas orais, a eficiência biomecânica e a saúde geral do paciente.

O êxito deste trabalho está diretamente relacionado ao planejamento criterioso do caso clínico, considerando as particularidades anatômicas, funcionais e emocionais da paciente. A individualização do tratamento, aliada ao domínio técnico e à abordagem humanizada, é essencial para garantir resultados duradouros e satisfatórios. Dessa forma, conclui-se que a reabilitação oral com próteses totais deve ser compreendida como um processo integral, que exige do cirurgião-dentista não apenas conhecimento científico, mas também sensibilidade para compreender e atender às necessidades singulares de cada paciente.

Reabilitar sorrisos é mais do que devolver dentes, é restaurar histórias, resgatar autoestima e reconstruir vínculos com o mundo.

REFERÊNCIAS

2484

- 1- DE CARVALHO, Laura Freire et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edêntulos. Revista da AcBO-ISSN 2316-7262, v. 8, n. 1, 2018
- 2- Ramalli L. A importância de uma documentação radiográfica como mé todo auxiliar de diagnóstico, planejamento e preservação na reabilitação com prótese total [Dissertação]. Ribeirão Preto 2012.
- 3- CARVALHO, Lidiane Santos de; PIRES, Lilian Gomes Soares; BRITO, Matheus Araújo; VERDE, Gisele Maria Ferreira Lima. REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE EM PACIENTES IDOSOS EDÊNTULOS TOTAIS: REVISÃO DE LITERATURA. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 11, p. 1463-1475, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i11.16689. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16689>. Acesso em: 17 set. 2025.
- 4- DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO REABILITADOR EM DESDENTADOS. RELATO DE CASO. EDENTULOUS DIAGNOSIS AND REHABILITATION PLANNING. CASE REPORT. Alcides Ademir Bernardo*
Miuriel Vieira de Medeiros** Ronald Spigel*** Felipe Cechinel Veronez**** Keico Graciela Sano Trauth*****

- 5- OLIVEIRA, C. M. S. et al. Caracterização gengival em prótese total: relato de caso. *Facete Scientia*, Feira de Santana, v. 1, n. 2, p. 301-318, 2022.
- 6- Pound E. Esthetic dentures and their phonetic values. *J Prosthet Dent*. 1951; 1: 98-111.
- 7- Pound E. Conditioning of denture patients. *J Am Dent Assoc*. 1962; 64: 461-8
- 8- Frunsh JP, Fisher DR. How dentogenics interprets the personality factor. *J Prosthet Dent*. 1956; 6: 441-9.
- 9- Revista de Odontologia da UNESP. 2006; 35(1): 53-60 - Instalação de prótese total: uma revisão - Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Complete denture insertion: a review. *Rev Odontol UNESP*. 2006; 35(1): 53-60.
- 10- Krajicek DD. Achieving realism with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1963; 13: 229-35.
- 11- Neill DJ, Nairn RI. *Prótesis completa: manual clinico y Prótesis completa: manual clinico y de laboratory*. Buenos Aires, Mundi; 1984.
- 12- Panzzini NA, Mutti NM, Panzini LT. Higienizadores para dentaduras artificiais. *RGO*. 1972; 20: 282-7.
- 13- OLIVEIRA TRC, BORGES TF, MENDES FA et al. Risk of malnutrition in completely edentulous individuals (chapter XIV) in *Malnutrition in the 21st Century United States*. Nova Science Publishers, 2007; 265(280): 265-280
- 14- PARAGUASSU ÉC, CARDENAS AMC. Sociodemographic characterization of users of total tissue-supported and implant-supported prostheses in the municipality of macapá, Brazil. *International Journal of Development Research*, 2019;9(02): 26081-26084
- 15- Paraguassu Éber C.; FigueiraK. da S.; LacerdaJ. dos P.; GuimarãesU. G.; GomesC. E. Qualidade de vida e satisfação em usuários de prótese total no estado do Amapá, Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 27, p. e876, 18 jul. 2019.