

PLANEJAMENTO CIRÚRGICO-PROTÉTICO NA CONFECÇÃO DE PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO

SURGICAL-PROSTHETIC PLANNING IN THE IMMEDIATE DENTURE PROSTHESIS PLACEMENT: A CLINICAL REPORT

FERNANDA SECO¹
ANA PAULA OZELAME²
SIMONE MICHIELON BALDISSEROTTO³
FERNANDA VALENTINI MIOSO³

RESUMO

A prótese total imediata é um aparelho provisório construído previamente as extrações dos dentes remanescentes, com a finalidade de auxiliar na cicatrização e favorecer o conforto no pós-operatório, devolvendo função, estética e fonética imediatamente após as exodontias. Desta forma, esse relato de caso clínico tem por objetivo apresentar o planejamento cirúrgico-protético da reabilitação oral por meio de uma prótese total imediata maxilar, bem como os resultados obtidos com essa modalidade de tratamento. Paciente gênero masculino, 77 anos de idade, foi submetido a múltiplas extrações dentárias, seguindo da instalação de uma prótese total imediata superior e uma prótese total convencional provisória inferior. Ambas as próteses foram confeccionadas antes da remoção cirúrgica dos elementos dentários remanescentes e inseridas imediatamente após a cirurgia. Assim, através dessa modalidade de tratamento reabilitador, proporcionamos ao paciente autoestima, conforto, estética e função, imediatamente após as extrações dentárias, diminuindo o tempo entre a exodontia completa e a confecção de uma prótese total convencional.

UNITERMOS: Prótese total imediata; Prótese Total; Planejamento; Reabilitação Bucal.

INTRODUÇÃO

Pacientes com a dentição mutilada possuem características únicas que desafiam o cirurgião-dentista quanto ao reestabelecimento das funções do sistema estomatognático¹. Neste contexto, uma vez diagnosticado clínica e radiograficamente a necessidade de múltiplas extrações dentárias, uma forma de melhorar a qualidade de vida do paciente é diminuir o tempo entre a exodontia completa dos dentes remanescentes e a confecção da Prótese Total Convencional (PTC)². Neste sentido, os pacientes podem ser reabilitados efetivamente através da técnica de confecção de Prótese Total Imediata (PTI)².

A PTI é um aparelho reabilitador provisório construído previamente as extrações dos dentes remanescentes, com o objetivo de reestabelecer a função, fonética e a estética imediatamente após as exodontias³. Este tipo de reabilitação proporciona a

manutenção da dimensão vertical de oclusão, evita o colapso dos músculos da face, além de favorecer a autoestima e a reintegração do paciente à sociedade⁴. No entanto, essa técnica exige alguns cuidados pós-operatórios, como a necessidade de reembasamento para compensar a retração cicatricial e inúmeras consultas odontológicas para ajustes, além da necessidade de substituição dessa prótese provisória por uma PTC e definitiva^{5,6}.

Sendo assim, a necessidade de reabilitação bucal associada à manobra cirúrgica, exige um correto planejamento, além de uma minuciosa técnica de confecção da PTI com a finalidade de auxiliar na cicatrização e favorecer o conforto do paciente no pós-operatório^{4,7,8}. Uma vez que essa modalidade de tratamento reabilitador é de grande importância e permite obter os melhores resultados quando bem planejada e confeccionada⁹.

Desta forma, esse relato de caso clínico tem por objetivo apresentar o planejamento cirúrgico-

1 - Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, FSG, Caxias do Sul, RS, Brasil.

2 - Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha, FSG, Caxias do Sul, RS, Brasil.

3 - Professora de Prótese Dentária do Centro Universitário da Serra Gaúcha, FSG, Caxias do Sul, RS, Brasil.

protético da reabilitação de um paciente, por meio de PTI maxilar, bem como os resultados obtidos com essa modalidade de tratamento.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente S.C.L, gênero masculino, 77 anos, natural de Caxias do Sul – RS, procurou o curso de odontologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG) para reabilitação estética e funcional no arco superior e inferior. A queixa principal era a estética do seu sorriso e a dificuldade de mastigação. Relatando ainda, não ter interesse em submeter-se a reabilitação através de implantes devido a necessidade de extensas cirurgias e orçamento oneroso.

Aspectos Éticos

A Carta de Anuência, foi aceita pelo coordenador do curso de Odontologia, e o relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSG. Além disso foram aceitos e assinados pelo paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Consentimento de Uso de Imagem (CUI).

A anamnese do paciente indicou um bom estado de saúde geral. A história dentária foi revisada com o paciente, foram analisadas as condições dos dentes a ser extraídos, bem como tecidos moles, oclusão, adaptação das próteses antigas, higiene oral, comprometimento sistêmico e a expectativa do paciente.¹⁰ Ao exame clínico superior possuía dois elementos remanescentes 13 e 22 e uma prótese parcial removível (PPR). No arco inferior, a presença do elemento 38 incluso e uso de uma PTC. Ambas com higiene precária e em uso há mais de 25 anos destas próteses.

Em geral, os tecidos moles dos lábios, língua, bochechas, mucosa oral e tecido da faringe estavam dentro dos limites normais. A saliva era fina e serosa. Uma articulação temporomandibular (ATM) assintomática e os músculos da mastigação e a expressão facial, sem notificação de dor ou desconforto, e a aparência facial do paciente mostraram sinais de colapso na dimensão vertical de oclusão (DVO). Isso significava que o sistema estomatognático do paciente se adaptou a esta diminuição gradual da DVO (Figura 1).

Plano de Tratamento

Várias opções de tratamento foram oferecidas ao paciente. No entanto, pacientes edêntulos e parcialmente edêntulos apresentam desafios para os clínicos e podem também serem reabilitados através de implantes dentários. Porém, nem todos os pacientes são capazes de receber tratamento de implantes dentários devido a situações clínicas, radiográficas, limitações financeiras e/ou escolha do paciente. Nessas situações, as PTC constituem uma

opção viável, porque são mais acessíveis e são menos dispendiosas.



Figura 1- (a) Vista intra-oral da condição clínica inicial; (b) Sorriso inicial; (c) Aparência facial do paciente mostraram sinais de colapso na DVO; (d) Vista intra-oral do arco superior com os dentes remanescentes; (e) Vista intra-oral arco inferior edêntulo.

Assim, o seguinte plano de tratamento foi proposto através de uma apresentação oral e escrita bem como esclarecimento quanto as vantagens e desvantagens de cada técnica e riscos envolvido e o tempo despendido para o tratamento, dessa forma o paciente escolheu:

1. Confecção de uma PTI superior previamente a extração dos elementos remanescentes;
2. Confecção de uma PTC provisória inferior;
3. Extração dos elementos remanescentes.

Sequência Clínica para confecção da PTI e PTC

Duas impressões com hidrocóloides irreversíveis (JELTRATE PLUS -DENTSPLY, York – Pensilvânia, EUA) foram feitas para obtenção dos modelos de estudos e das moldeiras individuais em resina acrílica quimicamente ativada (CLASSICO – JET, São Paulo - SP, Brasil)¹⁰.

Os ajustes das moldeiras individuais foram feitos em boca, com alívio de freios, bridas, áreas retentivas, além de delimitar a linha entre palato duro e mole na moldeira maxilar, e na moldeira mandibular a papila piriforme^{11,12}. Foi respeitado uma distância de 2 a 3mm do fundo de sulco, para que tenha espaço correspondente para o material de moldagem^{10,13}.

Godiva de baixa fusão em bastão (DFL, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), foi utilizada para o selamento periférico, realizando movimentos funcionais para melhor resultado da moldagem do fundo de sulco^{14,15}. Os testes de retenção da moldeira (teste de estabilidade, retenção vertical e horizontal) foram realizados como preconizados na literatura^{6,16}.

A moldagem funcional foi realizada com Poliéter (IMPREGUM, 3M ESPE, Sumaré – SP, Brasil)^{15,16,17}. Após a moldagem foi feito a devida desinfecção do molde com hipoclorito de sódio 1%

durante 10 minutos¹⁰. O encaixotamento foi realizado com cera 7 (TCHNEW, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), cera utilidade (TCHNEW, Rio de Janeiro – RJ, Brasil) preconizando a obtenção de um modelo em gesso especial tipo IV (DURONE - DENTSPLY, Petrópolis – RJ, Brasil) com uma cópia o mais detalhado dos limites da área chapeável^{6,17}. O desencaixotamento foi realizado com o auxílio de água quente e em seguida feitos os ajustes da espessura do gesso e mureta dos modelos de trabalho^{6,10}.

A placa base em resina acrílica quimicamente ativada (CLASSICO – JET, São Paulo - SP, Brasil), apresentou uma espessura fina em média de 3mm, onde a placa base inferior abrangeu toda a arcada, e a placa base superior apenas a região desdentada^{6,18,19}. O rodete em cera 7 (TCHNEW, Rio de Janeiro – RJ, Brasil) sobre a moldeira de resina acrílica. Respeitou uma angulação de 75° em relação ao plano oclusal, e o inferior de acordo com o formato do rebordo, recuperando a sustentação dos tecidos perdidos^{3,10,19}.

Os ajustes dos rodetes de cera serviram de referência para o novo plano oclusal ficando paralelo ao plano de Camper e a linha bipupilar, utilizando a mensuração da régua fox (BIO-ART, São Carlos – SP, Brasil)^{10,16}. O rodete de cera foi ajustado, mantendo a altura incisal previamente definida, e o plano oclusal paralelo ao plano de Camper¹⁰.

Foram respeitados o suporte labial, a inclinação foi paralela ao perfil do paciente (classe II de Angle), altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal, criando um sorriso natural, sendo dependente da posição e inclinação dos caninos, apesar de só ser visualizado posteriormente^{6,10}. E por último a linha média, que orientou a posição dos incisivos centrais^{6,10}.

O restabelecimento da dimensão vertical de oclusão (DVO), foi obtida através da combinação de métodos: método métrico, método estético, e o método fisiológico onde o paciente encontrou-se na posição ereta e em relação cêntrica (RC), utilizamos o método de deglutição, o qual auxiliou a posição da mandíbula em repouso, mensurando com compasso de Willis (JON, São Paulo - SP, Brasil) o terço inferior da face relativo a dimensão vertical de repouso (DVR), diminuimos a partir do número encontrado (6mm) cerca de 3 a 4 mm relativos ao espaço livre funcional (ELF), resultando na dimensão vertical de oclusão (DVO), (DVR–ELF= DVO)¹⁵. Finalizamos com o método fonético, tendo como objetivo aferir a funcionalidade da DVO previamente estabelecido, onde pedimos para o paciente pronunciar as palavras “missisipe” e “sessenta e seis”¹⁰.

As demarcações das linhas de orientação no rodete de cera para escolha e montagem dos dentes artificiais foram: linha alta do sorriso, linha média, e a linha dos caninos, ambas linhas foram demarcadas com Instrumental Lecron sobre o rodete de cera^{6,10}.

Para seleção dos dentes medimos de uma linha

do canino a outra, escolhemos a forma e cor dos seis dentes anteriores mais apropriados para o paciente. Essa escolha foi determinada pelo sexo, idade, cor, forma do rosto e personalidade (masculino, 77 anos, branco, rosto ovoide, de personalidade tranquilo/calmo) além da preferência do paciente^{6,10}. A seleção da cor foi feita em uma iluminação de luz natural, conforme idade e tez do paciente (cor 62, dente Biocler 3N). Já a seleção do formato dos dentes, seguiu o formato do rosto (ovoide)^{3,6,10}.

Foi registrado o arco facial para obter as relações maxilomandibulares em articulador semi-ajustável (BIO-ART, São Carlos – SP, Brasil), onde o ângulo de inclinação cêntrica foi de 30°, e o ângulo de Bennett de 15°, ambas montagens utilizando gesso especial tipo IV (DURONE - DENTSPLY, Petrópolis – RJ, Brasil) e posição do pino incisal em zero^{6,15,16}.

Iniciamos a montagem pelos dentes superiores, na ordem de incisivo central, incisivo lateral e canino, logo após a montagem dos pré-molares e primeiro molar em ordem^{6,10}. No arco inferior iniciamos pela montagem do primeiro molar estabelecendo a chave de oclusão, após isso seguimos com a montagem dos pré-molares e restante dos dentes^{2,6}.

No caso da PTI maxilar, os dentes anteriores foram montados de acordo com os critérios citados anteriormente, porém onde há presença dentes naturais o rodete de cera não foi composto por dente artificial, permitindo a prova dos dentes. Já o no arco inferior, conseguimos uma prova estética completa^{7,10,19} (Figura 2).

Nessa etapa de prova estética e funcional observamos a correta DVO, RC, fonética, suporte labial, disposição dos dentes montados no arco e contatos oclusais^{15,21}. Lembrando que a prova maxilar não é completa pelos dentes remanescentes que ainda estão presentes¹⁰. Um bom indicador para verificar a posição vertical dos dentes anteriores superiores foi lábio inferior, onde os incisivos centrais superiores ficaram posicionados de forma que toquem suavemente a linha o lábio inferior, quando o paciente articular os fonemas “F” e “V”¹⁰. Após a aprovação do paciente os dentes remanescentes foram removidos do modelo e uma regularização no modelo foi realizada pelo protético com supervisão do cirurgião-dentista^{10,16}. Após observar a relação oclusal e realizar ajustes necessários, prosseguimos com a acrilização^{6,9,10}. A acrilização feita em laboratório pelo protético^{6,14,22}.

Extrações dos elementos remanescentes e instalação da PTI e PTC

Após verificar pressão arterial, uso dos medicamentos de rotina e seus efeitos, e avaliação dos demais exames de rotina da instituição, estando eles atualizados e com percentual bom, realizamos a cirurgia.



Figura 2 - (a) Modelos de estudos superior e inferior; (b) Base de prova com rodete de cera inferior e superior; (c) Prova estética e funcional em um sorriso amplo; (d) Vista intra-oral em oclusão da montagem dos dentes.

Utilizamos uma solução aquosa (Clorexidina 0,12%) para anti-sepsia intra oral, álcool iodado para anti-sepsia extra oral, e utilização de campos estéreis. Para extração dos elementos 13, 22 e 38 realizamos anestesia local do nervo alveolar anterior superior de ambos os lados, complemento com a anestesia do nervo nasopalatino, nervo alveolar inferior esquerdo, bucal e lingual utilizando lidocaína 2% e epinefrina 1:100.000^{13,14}.

Iniciamos a sindesmotomia intrasulcular em torno de todo eixo dos dentes superiores com objetivo de desinsereir as fibras circundantes, seguimos com o uso do periotomo, após isso utilizamos o fórceps (Nº 51) para remoção dos elementos. Foi realizado a curetagem (Cureta de Lucas), e irrigação do alvéolo (Soro fisiológico) a fim de remover todos os resíduos e lesões. Após as duas extrações superiores programadas, adequamos o rebordo com alveolótomo e pressão bi-digital, seguimos com a extração do elemento 38 realizada através de uma incisão tipo envelope, descolamento do tecido e uso de alavancas (Figura 3).

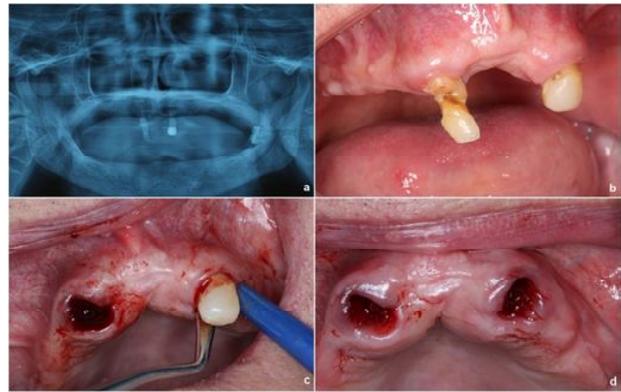


Figura 3 - (a) Radiografia panorâmica inicial; (b) Remanescentes dentários antes da cirurgia; (c) Transoperatório das extrações; (d) Aspecto alveolar pós-cirúrgico.

As suturas foram feitas pela técnica ponto simples (Fio de nylon não reabsorvível 4-0), a fim de manter o coágulo estável promovendo a cicatrização^{13,14}.

A PTI maxilar foi mantida em meio químico (Hipoclorito de Sódio 1%) durante uma hora e enxaguada em soro fisiológico. A PTI foi instalada sobre a ferida cirúrgica, ajustando freios, bridas e fundo de sulco para possibilitar a estabilização, e proteção dessa área, desdentada^{3,10,22}. A Prótese total mandibular provisória foi instalada de forma convencional, também protegendo a ferida cirúrgica, observando as relações oclusais e de suporte de ambas as próteses^{10,16}.

As orientações consistiram em utilização de gelo nas primeiras 48 horas após a cirurgia, afim de minimizar o edema, deitar-se com dois travesseiros nos primeiros dias, evitar esforços físicos, não fumar e não fazer pressão negativa^{13,23}. Alimentação fria e líquida no primeiro dia, no segundo dia pastosa e morna, e a partir do terceiro dia alimentação normal, porém sob controle¹³.

Após as instalações das próteses foram passadas orientações verbais e por escrito para o paciente, se tratando de uma PTI, as recomendações foram de não retirar nas primeiras 24 horas visando limitar o edema da área basal, o qual impedirá o reposicionamento correto da prótese^{3,10,22}. Foi prescrito medicação pós-operatória (Ibuprofeno 600mg e Paracetamol 750mg) além da prescrição de bochecho de clorexidina 0,12%, de doze em doze horas durante sete dias^{3,13}.

Acompanhamento Clínico Programado

Para higienização da base da prótese e do rebordo com solução aquosa (Clorexidina 0,12%) foi realizado a primeira consulta de acompanhamento após 24 horas da instalação das próteses^{3,13}.

Após sete dias foi removido as suturas, ajustes da base da prótese e ajustes oclusais^{3,8}. A cada reconsulta foi analisada a necessidade de ajustes, instrução de higiene onde inicialmente tivemos que

intervir e realizar novos ajustes oclusais^{3,10}. Nas reconslutas foi instruído o uso de um creme fixador para melhor adaptação da prótese sobre o rebordo (Figura 4).



Figura 4 - PTI acrilizadas: (a) Vista extra-oral; (b) Vista intra-oral ; (c) Sorriso do pós operatório imediato.

DISCUSSÃO

A utilização de PTI é um senso comum no ponto de vista de diversos autores, diretamente ligado pela sua capacidade de reabilitação instantânea.¹⁷ Entre as vantagens, podemos destacar recuperação e manutenção do sistema estomatognático sem alterar o convívio social do paciente quando o assunto é extrações dentárias com reabilitação imediata¹⁰. Já outros autores^{4,13,16,23}, ressaltam que esse tipo de reabilitação nos garante uma recuperação e manutenção da fisiologia de mastigação, manutenção da dimensão vertical de oclusão, evita colapso dos músculos da face, além de favorecer a autoestima. Podemos contar também com a proteção das feridas cirúrgicas contra agressões bucais, permitindo o controle da hemorragia, proteção contra infecções exógenas e rapidez na cicatrização^{11,12}.

É de comum acordo entre os autores que essa reabilitação é menos complexa comparada a outras técnicas para devolução da condição dentária^{4,5,6,7,10}.

Há um processo de atrofia óssea dos maxilares frente a perda dos dentes naturais, pela ausência de estímulos locais que antes era conseguida pelos dentes e ligamento periodontal^{16,24}. Desencadeando o processo de reabsorção imprevisível para os diversos pacientes, onde em pacientes que não fazem uso de próteses, essa reabsorção acontece de forma irregular, uma vez que os alvéolos começam a sofrer concentração de forças oclusais^{8,9,24}. Com a reabilitação através da PTI essas injúrias são descartadas ou ao menos minimizadas^{8,9,24}.

A técnica de confecção dessa prótese é muito parecida com a confecção da PTC, garantindo suporte, estabilidade e retenção se seguirmos todos os passos e respeitarmos os limites anatômicos. A única controversa entre os autores^{6,10,19,21}, seria a técnica de moldagem onde apresentam variações mínimas, onde alguns preconizam o uso de elastômero sob toda a área a ser moldada²³, e outros acreditam em uma melhor precisão de moldagem quando a mesma é dividida, que se dá pelo uso de Alginato utilizado na área dentada, e o uso de pasta Zinco Enólica na área desdentada⁵. Ambas as técnicas nos garantem a precisão e a relação dentária com os tecidos moles que precisamos.

A maioria dos autores^{4,5,6,10,23}, acreditam na importância dos cuidados pós-instalação do aparelho protético para uma recuperação rápida e desejável. Um controle pós-operatório inicial de 24 horas preconizando a não remoção da prótese nesse período, uma segunda consulta em 7 dias, e reconslutas conforme necessário, necessidade de reembasamento, ajustes da prótese e ajustes oclusais, além de instrução de higiene.

Todavia para a reabilitação definitiva com a PTC, é necessário aguardar a cicatrização completa dos tecidos após extrações dos dentes naturais, a reintegração óssea e adaptação mucosa, para então, confeccionar a nova PTC^{4,22}.

CONCLUSÃO

Através do planejamento cirúrgico-protético e a instalação de PTI, proporcionamos ao paciente autoestima, conforto, estética e função, imediatamente após as extrações dentárias, diminuindo o tempo entre as exodontias completas dos dentes remanescentes e a confecção de PTC, proporcionando uma resolução imediata e temporária de dentado.

ABSTRACT

Immediate denture prosthesis is a temporary rehabilitating that is fabricated before all the remaining teeth have been removed, with the purpose of assisting in healing and favoring patient comfort in the postoperative period, returning function, aesthetic and phonetics immediately after the exodontia. Thus, this clinical case report aims to present the surgical-

prosthetic planning of the oral rehabilitation through an immediate total maxillary prosthesis, as well as the results obtained with this treatment modality. A 77 years old male patient underwent multiple upper dental extractions, followed by the installation of an immediate superior total prosthesis and lower provisional total conventional prosthesis. Both dentures were made before surgical removal of the remaining dental elements and inserted immediately following the surgery. Like this, through this modality of rehabilitation treatment, we provide the patient with self-esteem, comfort, esthetics and function, immediately after the teeth extractions, reducing the time between the complete extraction and the construction of the conventional denture prosthesis.

UNITERMS: Immediate Complete Denture; Complete Denture; Mouth Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

- Unfer B, Braun K, Da Silva CP, Filho LDP. Self-perception of the loss of teeth among the elderly. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2006; 9(18):217-226.
- Haddad MF, Da Silva JD, Santos JCA. Reabilitação com prótese total imediata: relato de caso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde* 2015; 36(2):24-28.
- Caputi S, Murmura G, Ricci L, Varvara G, Sinjari B. Immediate denture fabrication: a clinical report. *Ann Stomatol* 2014; 4(3-4):273-277.
- Torcatto LB, Pellizzer EP, Goiato MC, Fálcon-Antenucci RM. Prótese total imediata: relato de caso clínico. *Rev Odontol Araçatuba* 2012; 33(2):66-69.
- Shibayama R, Shibayama B, Gennari Filho H, Saez D, Watanabe E. Próteses totais imediatas convencionais. *Rev Odontol Araçatuba* 2006; 27(1):67-72.
- Turano JC, Turano LM, Turano MVB. Fundamentos de prótese total. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2010.
- De Souza BVE, De Faria ADA, Ferreira SJJ, Gonçalves VAC, Pizza PE, Ramos VF. Root-supported overdentures associated with temporary immediate prostheses-a case-report. *Oral Health Dent Manag* 2014; 13(2):159-163.
- Albuquerque B, Guimarães P, Sampaio N, Vale PH, Pestana P. Cirurgia para-protética. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2007; 48(4):229-235.
- De Alencar CRB, De Andrade FJP, Catão MHCV. Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos. Oral surgery in elderly patients: clinical/surgical considerations and risk assessment. *RSBO: Rev Sul-Bras Odontol* 2011; 8(2):200-210.
- Telles D. Prótese total – convencional. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2011.
- Prakash V. Prosthetic rehabilitation of edentulous mandibulectomy patient: a clinical report. *Indian J Dent Res* 2008; 19(3):257-260.
- Schneider RL, Taylor TD. Mandibular resection guidance prostheses: A literature review. *J Prosthet Dent* 1986; 55(1):84-86.
- Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2(3):211-220.
- Mezzomo E, Suzuki RM. Reabilitação Oral Contemporânea. São Paulo: Santos; 2012.
- Reis JMSN, Perez LEC, Nogueira SS, Filho JNA, Junio FAM. Moldagem em prótese total – uma revisão da literatura. *Rev Facul Odontol Araçatuba*. 2007; 12(1):70-74.
- Cunha VPP, Marchini L. Prótese total contemporânea na reabilitação Bucal. São Paulo: Santos Editora; 2014.
- Telles D. Prótese Total - Convencional e sobre Implantes. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2009.
- Okeson JP. Tratamentos das desordens temporomandibulares e oclusão. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- Júnior JFS, Verri FR, Pellizzer EP, Moraes SLD, Carvalho BM. Short dental implants: alternative conservative in the oral rehabilitation. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac* 2010; 10(2):67-76.
- Yip KH, Chow TW, Chu FC. Rehabilitating a patient with bruxism-associated tooth tissue loss: a literature review and case report. *J General Dent* 2003; 51(1):70-74.
- Müller F. Interventions for edentate elders – what is the evidence? *Gerodontol* 2014; 31(1):44-51.
- Bastos ELS, Accetturi F, Camargo DC. Reabilitação oral com prótese total imediata dupla: relato de caso clínico. *Rev Paulista Odontol* 2010; 31(2):29-32.
- Turner KA, Missirlian DM. Restoration of the extremely worn dentition. *J Prosthet Dent* 1984; 52(4):467-474.
- Goiato MC, Dos Santos DM, De Medeiros RA, Sônego MV. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. *Rev Odontol Araçatuba* 2014; 35(1):67-72.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Professora Fernanda Valentini Mioso
 Departamento de Prótese Dentária
 Centro Universitário da Serra Gaúcha, FSG
 Rua os Dezoito do Forte, 2366
 Caxias do Sul, RS, Brasil
 CEP. 95020-472
 Fone +55 54 210160000
 E-mail: fernanda.valentini@fsg.br

