

PRÓTESE IMEDIATA: REVISÃO DE LITERATURA

IMMEDIATE PROSTHESIS: LITERATURE REVIEW

Raylena de Andrade Catunda da Silva¹

Resumo: sendo assim, a prótese total imediata se torna uma aliada nesses casos, promovendo a devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social. Através de uma revisão de literatura esse trabalho visa esclarecer as questões pertinentes as próteses totais imediatas, onde foram apresentadas suas classificações, vantagens e desvantagens, indicações e contra indicações, técnica de confecção desse aparelho protético, além disso os cuidados pós-instalação. Foram realizadas buscas nas bases de dados do

Scielo, Medline, Bireme, Google acadêmico, Capes e livros; utilizando as palavras chaves: prótese total imediata; reabilitação oral imediata; cirurgia oral e selecionados artigos entre os anos de 2009 a 2019. Foi possível concluir que as vantagens da reabilitação com prótese imediata são bem evidentes, sendo assim uma alternativa vantajosa de tratamento.

Palavras-chave: prótese total imediata, reabilitação oral ime-

¹ Odontóloga formada no Centro Universitário Tiradentes - UNIT



diata, cirurgia oral Sono.

Abstract: The immediate total prosthesis is a device made before the exodontia and is installed soon after the accomplishment of the same ones. Faced with a situation in which the patient encounters the remaining condemned teeth, many resist to remain edentulous while awaiting the healing phase for the manufacture of a conventional total prosthesis; thus, the total immediate prosthesis becomes an ally in these cases, promoting the return of aesthetics, phonetics, chewing and social coexistence. Through a literature review, this work aims to clarify the pertinent issues of the immediate total dentures, where they were presented their classifications, advantages and disadvantages, indications and contraindications, technique of making this prosthetic

device, besides post-installation care. Searches were made in the databases Scielo, Medline, Bireme, Google academic, Capes and books; using the key words: immediate total prosthesis; immediate oral rehabilitation; oral surgery and selected articles between the years 2009 to 2019. It was possible to conclude that the advantages of the rehabilitation with immediate prosthesis are very evident, being thus an advantageous alternative of treatment.

Keywords: total immediate prosthesis, immediate oral rehabilitation, oral surgery.

INTRODUÇÃO

A perda total dos dentes acarreta diversos problemas ao paciente, interferindo na sua capacidade mastigatória, na di-



gestão de alimentos, gerando também prejuízos a fonação e a estética, sendo assim considerada uma das piores condições clínicas na odontologia. Todas essas alterações afetam a qualidade de vida do paciente, consequentemente interfere na sua auto estima. (CARVALHO et al,2011).

Com a intenção de retornar a uma determinada condição que não se queria ter perdido, a prótese é utilizada como um recurso, que possibilita ao paciente, obter um certo padrão estético e funcional exigidos pela sociedade. (TELLES D e COELHO AB, 2014).

Um dos obstáculos enfrentados, é quando o paciente não aceita a perda dentária, e resiste em ficar sem seus dentes enquanto se espera o tempo necessário para que ocorra a total reparação óssea e tecidual. (DISCACCIATI et al,2012).

A prótese total imediata vem como alternativa em situações que o paciente possua dentes naturais, ou próteses completando a arcada dentária, seja superior ou inferior, e precise adaptar uma prótese total, sem que o mesmo fique edêntulo por um certo tempo, seja por conta da sua vaidade pessoal ou atividade exercida na sociedade. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210).

O objetivo da prótese total imediata, é substituir os dentes que se encontram condenados. Sua confecção é feita previamente as exodontias dos dentes remanescentes, e é instalada logo após a realização das mesmas. A reabilitação por meio de uma prótese total imediata, proporciona ao paciente na maioria dos casos, manter seu convívio social, sem que o mesmo sinta se afetado. (CORRÊA, 2005).



É vista por alguns como uma prótese instalada logo após a exodontia, onde irá passar por reembasamentos posteriores se tornando uma prótese definitiva e por outros como uma prótese de transição, sendo substituída depois de certo período. (ZARB et al,2013).

A reabilitação com prótese total imediata possibilita preservar a dimensão vertical de oclusão do paciente, inibir o colapso da musculatura da face, e promove o aumento da autoestima do paciente, favorecendo assim sua reintegração social. (SHIBAYAMA et al, 2006 apud GOIATO et al,2014).

As desvantagens desse tipo de tratamento são poucas, dentre elas podemos citar: cuidados pós-operatórios, maior frequência nas visitas para realizar ajustes, rebembasamentos, dentre outras situações que se-

rão abordadas posteriormente ao longo deste trabalho. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210).

São contra indicações para o tratamento com prótese total imediata, casos de periodontopatias avançadas, pacientes cujo estado físico e/ou psíquico não permite uma intervenção cirúrgica invasiva, determinadas patologias que necessitem de uma remoção grande de tecido, a incapacidade do paciente de cooperar e concordar com o tratamento, e profissionais que não tem capacidade técnico científica o suficiente para realização do tratamento. (SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

OBJETIVO

Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo, elaborar uma revisão de literatura



em relação as próteses totais imediatas, especificando suas vantagens, desvantagens e principais indicações na rotina clínica de um cirurgião-dentista.

DESENVOLVIMENTO:

CLASSIFICAÇÃO

A Prótese total imediata se divide em Prótese Total Imediata com Face Labial Total, na conformação vestibular é igual a convencional, sendo uma prótese mais estável, proporcionando melhor estética, possui remoção óssea; Prótese Total Imediata com Face Labial Parcial, a mesma apresenta apenas a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes artificiais, sem remoção óssea; Prótese Total Imediata sem Face Labial os dentes anteriores são montados com sua porção cervical supor-

tada diretamente sobre o rebordo alveolar, mais conservadoras, são indicadas para dar apoio ao lábio quando está presente reabsorção óssea por vestibular. (MARINI et al,2013).

VANTAGENS E DESVANTAGENS

A Prótese total imediata tem como vantagens os seguintes fatores: Controla a hemorragia; possibilita a proteção do trauma; promove maior recuperação; devido a presença de um rebordo maior na hora de instalação da prótese total imediata é obtido um melhor suporte da área basal; proporciona uma melhor fonação; a transição dos dentes naturais para a prótese é menos perceptível; possibilita a continuidade da convivência social; proporciona uma melhor mastigação; evita o colapso da articulação tempor-



mandibular; faz com que o período de aprendizagem se torne mais curto, pode ser usada como um meio para aplicação de medicação tópica. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210; SHYBAYAMA ,2006).

Como desvantagens do tratamento com prótese total imediata podemos citar: Maior custo para o paciente; não é possível realizar prova estética; há uma menor adesão da prótese principalmente nas áreas em que os dentes foram extraídos; devido a retração cicatricial a prótese total imediata precisa passar por reembasamentos, devendo ser substituída após 3 meses. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210; SHYBAYAMA ,2006).

EXAMES CLÍNICOS E COMPLEMENTARES

Podemos dividir o exame clínico em duas etapas, o exame geral e o exame local. O exame geral por meio de uma boa anamnese tem como finalidade avaliar o estado geral de saúde do paciente com o intuito de descobrir se o mesmo é portador de alguma doença que contra indique o tratamento com prótese total imediata, e além disso identificar seu fator psicológico, possibilitando classificar o paciente como: cooperativo e não cooperativo onde o cooperativo aceita plenamente o plano de tratamento ou mesmo com medo, e de certa forma não aceitando o tratamento após terem a confiança conquistada pelo profissional acabam cedendo a realizar o tratamento e se tornando bons pacientes. Já os pacientes não cooperativos ocupam um número menor e são compostos por pessoas que não confiam na ca-



pacidade profissional, deficientes mentais e pessoas históricas. O exame local tem como finalidade avaliar o estado dos dentes remanescentes, área chapeável, relações inter maxilares e o estado geral de saúde bucal. (GENNARI FILHO,2004; TAMAKI, 1983).

No exame dos dentes deve ser verificado a porção coronária e radicular, com o objetivo de identificar se realmente estão condenados. No exame da área chapeável a cor da gengiva e a consistência da mucosa devem ser examinadas. A tonicidade e altura dos freios e das inserções laterais devem ser checadas com objetivo de observar possíveis interferências dessas estruturas na estabilidade da futura prótese. (TAMAKI, 1983).

A perda parcial dos dentes acarreta alterações tanto na dimensão vertical de oclusão como na oclusão central, desta

forma deve se verificar possíveis alterações, e as mesmas estando presentes devem ser medidas e registradas na ficha do paciente e nos modelos de estudo, para que sejam corrigidas no decorrer do trabalho. (TAMAKI, 1983). Na avaliação do estado geral da boca deve se ter muito cuidado em avaliar todas as estruturas que a compõem. (GENNARI FILHO,2004).

Exames radiográficos são necessários com o objetivo de identificar condições adversas. As radiografias oclusais permitem a visualização de raízes fraturadas, de corpos estranhos, dentes inclusos e qualquer tipo de má formação que possam estar presentes na área que servirá de base para prótese e venha interferir no prognóstico. Além das radiografais oclusais, pode se lançar mão das radiografias panorâmicas possibilitando uma



visão do complexo maxila/man-díbula, favorecendo assim a in-terpretação de estruturas ósseas. Radiografais periapicais também são indicadas para uma melhor visualização de áreas específicas. (GENNARI FILHO,2004). A confecção dos modelos de estu-dos é de suma importância para um diagnóstico complementar. (TAMAKI, 1983).

INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES

A prótese total ime-diata é indicada nos casos em que o paciente encontra-se com seus dentes remanescentes condena-dos, seja por problemas perio-dontais ou qualidade dos dentes remanescentes, onde a manuten-ção dos mesmos é inviável. Por conta disso o paciente sai de um estado dentado para edêntulo,

onde o mesmo não se conforma com a transição. A ausência dos dentes durante o período pós - ci-rúrgicos podem afetar de manei-ra negativa a sua vida pessoal e/ou profissional. (BASTOS; RO-DRIGUES, 2015; HESPANHO et al,2018; TORREBLANCA; DEL SOLAR,2013).

São contra indicados para o tratamento com prótese total imediata, pacientes com distúrbios sistêmicos que alte-rem a regeneração tecidual, pa-cientes com coagulopatias, idoso com saúde debilitada, pacientes que apresentem qualquer distúr-bio que impeça a realização de múltiplas extrações, aqueles que apresentam algum distúrbio psi-cológico ou que tem capacidade mental reduzida e pacientes que são submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço. (TORREBLANCA;DEL SO-LAR,2013).



Pacientes que possuam alguma alteração na área chapeável que possa implicar na estabilidade e retenção do aparelho protético e/ou com patologias que necessitem de grande remoção de tecido estão contra indicados para a adaptação de uma prótese total imediata. A incapacidade do paciente de cooperar com o tratamento e a falta de capacidade do profissional em realizar o tratamento também estão entre as contra indicações. (SHYBAYAMA ,2006; SANTOS; SILVA; HADDAD, 2015).

FASES CLÍNICAS E LABORATORIAIS

Após a realização do exame clínico e complementar, os modelos de estudo são montados em articulador, através do arco fácil e dos registros da relação cêntrica ou máxima intercus-

pidação, lateralidade e protusão.

A dimensão vertical deve ser avaliada e registros fotográficos do paciente de frente e de perfil devem ser realizados. (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M,210; CORRÊA, 2005).

Estando o paciente livre de qualquer contra indicação damos início as exodontias, onde os dentes posteriores devem ser extraídos e os seis dentes anteriores devem ser mantidos, em seguida a realização das exodontias após 3 meses é realizada a moldagem anatômica. (CORRÊA, 2005; ZARB et al,2013).

A moldagem anatômica tem finalidade de proporcionar uma visão da área chapeável e estruturas bucais, permitindo a confecção da moldeira individual. A mesma é realizada com moldeiras de estoque, e como material de moldagem devido a presença de dentes pode ser usa-



do o alginato (hidrocolóide irreversível). (GOIATO et al,2014).

Com a realização de uma boa moldagem anatômica, o gesso pedra é manipulado e vasado com a finalidade de obter um modelo anatômico. Feito isso aguarda - se 40 minutos, tempo esse necessário para o gesso tomar presa. Posteriormente o gesso é colocado em água quente sendo removido da moldeira, onde o mesmo será recortado e se tornando o modelo anatômico. (CORRÊA, 2005).

A partir do modelo anatômico é confeccionada uma moldeira individual com resina acrílica autopolimerizável com aproximadamente 2 mm de espessura. O modelo deve ser aliviado nas áreas retentivas e nos dentes com cera 7 fundida, com a finalidade de facilitar a remoção da moldeira evitando a fratura dos dentes do modelo. Para

facilitar o extravasamento do material de moldagem a moldeira pode ser perfurada na região dos dentes. Além da resina acrílica autopolimerizável a moldeira também pode ser confeccionada em placa de acetado, nesses casos o alívio do modelo deve ser feito com silicone de condensação, pois se for feito com cera 7 a mesma vai derreter por conta da temperatura da placa de acetado. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a confecção da moldeira a mesma é provada na boca do paciente. A distância entre a borda da moldeira e o fundo do vestíbulo e inserções musculares deve ser de 2 mm. Na maxila a moldeira deve terminar no limite palato duro/palato mole e na mandíbula deve recobrir a papila piriforme posteriormente se estendendo em direção língua até a linha oblíqua interna. Estando



a moldeira ajustada nos parâmetros necessários o próximo passo é a moldagem periférica. A moldagem periférica é realizada com godiva onde a mesma é aquecida, inserida na moldeira e levada a boca do paciente onde será realizado os movimentos funcionais e de tração. Além da godiva pode ser utilizado o silicone, onde a moldeira deve ser perfurada nas bordas e aplicando adesivo facilitando a adaptação do silicone, feito isso a moldeira preparada com o silicone é levada a boca do paciente e movimentos funcionais e de tração são realizados. Após a presa do material os excessos são removidos. (GOIATO et al,2014; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

Tendo concluído a moldagem periférica o próximo passo é a moldagem funcional, onde a mesma pode ser feita com silicone de condensação leve, polié-

ter ou polissulfeto, onde o material será usado tanto para moldar os dentes remanescentes como também a área edêntula. A moldagem funcional também pode ser realizada empregando o uso de dois materiais distintos, sendo utilizada a pasta zinco eugenólica para a área edêntula o alginato ou material elástico na área dos dentes. Para um melhor travamento posterior (post damming), podemos utilizar cera de moldagem onde a mesma deve ser fundida até seu estado líquido e aplicada em camadas com um pincel recobrimo a área de transição palato duro/palato mole, com objetivo de comprimir essa área obtendo um melhor travamento posterior. (GOIATO et al,2014; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

Após a realização da moldagem funcional o molde deve ser analisado, devendo evidências corretamente as indi-



vidualidades anatômicas e promove retenção e estabilidade. O material deve apresentar espessura adequada, ausência de falhas, bolhas ou fraturas. Estando o molde nos parâmetros correto prosseguimos para o vazamento da moldagem com gesso pedra. (CORRÊA, 2005; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA,2013).

A partir do Vazamento da moldagem é obtido o modelo de trabalho onde o mesmo deve ser devidamente recortado. Uma base de prova é confeccionada em resina acrílica autopolimerizável sobre a região edêntula do modelo de gesso. Para confecção da base de prova deve ser feita a aplicação do isolante e posteriormente o modelo deve ser aliviado nas áreas retentivas com cera número 7. A resina acrílica autopolimerizável deve ser espalhada com espátula numero 37,e com o dedo indicador molhado no po-

límero a resina é uniformemente distribuída de maneira que a base de prova fique com a espessura de 1mm. Com a polimerização concluída a base de prova é removida com cuidado e realizado os devidos acabamentos. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a realização do acabamento da base de prova um plano de orientação é confeccionado em cera número 7 sobre a base de prova nos lados direito e esquerdo. Com a base de prova e o plano de orientação prontos são realizados os registros inter maxilares. A DVO é obtida partir DVR e pode ser comparada com a DVO registrada no início do tratamento. Com os registros inter maxilares concluídos os modelos devem ser montados em ASA respeitando os critérios determinados na literatura. Com os modelos montados em ASA é feita a montagem parcial dos dentes



artificiais e a prova aonde devemos verificar a correta posição dos dentes, DVO, RC e fonética. (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Após a prova dos dentes serem avaliadas e aprovadas, os dentes remanescentes são removidos no modelo pelo TPD com supervisão do Cirurgião Dentista para Com a aprovação do profissional e do paciente na prova estética e funcional, os dentes remanescentes são cortados e realizada uma regularização óssea no modelo de gesso pelo técnico de prótese dentária com supervisão do Cirurgião Dentista. (GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Segundo Zarb et al (2013) Sondagens periodontais são valiosas para que o clínico preveja as mudanças após a extração do doente. Se a face vestibular do osso for relativamente integra, dentro de poucos

milímetros da margem gengival livre antes da remoção do dente, o clínico irá então, provavelmente, remover o dente do modelo a partir da margem gengival e, em seguida fará um desgaste em milímetros semelhante ao promovido pela extração dos dentes. Simplificando, a maior necessidade de sondagem exige a maior preparação dos modelos.

Após a remoção dos dentes remanescentes, e regularizações ósseas realizadas no modelo, o restante dos dentes artificiais são montados, e a partir daí a prótese segue os procedimentos convencionais de fabricação. (GOIATO et al,2014; ZARB et al,2013). Um guia cirúrgico, em resina acrílica incolor prensada, deve ser confeccionado através da duplicação da base da prótese ou do modelo de prensagem da mesma. A confecção do guia cirúrgico também pode ser feita



com placa de acetato. Seu objetivo, é auxiliar a regularização dos tecidos moles e ósseo da boca do paciente, tornando possível uma melhor adaptação da prótese total imediata. (GOIATO et al,2014; TELLES, 2014).

FASE CIRÚRGICA

O risco do procedimento cirúrgico deve ser avaliado através dos dados obtidos na anamnese e nos exames complementares. Por meio de exames sanguíneos é verificado a condição geral de saúde do paciente, e se é necessário o uso de antibioticoterapia associado a anti-inflamatórios com o objetivo de garantir uma melhor recuperação. (CARVALHO et al, 2010; GOIATO et al,2014).

Os dentes devem ser extraídos cuidadosamente, com o intuito de manter a integridade do

alvéolo. Antes da sutura, o guia cirúrgico é adaptado e verificado a presença de áreas isquêmicas, onde uma vez identificadas essas áreas, as mesmas deveriam passar por uma alveloplastia, com a finalidade de regularizar os tecidos moles e ósseos, gerando uma maior adaptação da prótese total imediata. Dando prosseguimento ao procedimento é realizada a hemostasia, sutura e instalação da prótese total imediata. (GOIATO et al,2014; GOMES et al,2014; ZARB et al,2013).

FASES PÓS-CIRÚRGICA: PROSERVAÇÃO E REEMBASAMENTOS

O paciente deve ser instruído que em hipótese alguma a prótese pode ser removida, pois o mesmo não conseguirá botá-la novamente em posição na boca .(CORRÊA, 2005). O paciente



não deve ocluir com força, evitando a compressão das feridas cirúrgicas. Analgésicos adequados devem prescritos em caso de dor. A alimentação deve ser líquida e fria nas primeiras horas. (SHYBAYAMA ,2006).

Após um período de 24 horas da instalação da prótese total imediata, deve haver o retorno do paciente, aonde deve ser avaliado a retenção, estabilidade e suporte da prótese. (ZARB et al,2013). A prótese total imediata deve ser removida cuidadosamente pelo profissional e o mesmo deve verificar possíveis lesões fruto de pressão excessiva de determinada área, caso sejam identificadas lesões a base da prótese deve ser desgastada promovendo assim a descompressão da área. A prótese total imediata deve ser higienizada com sabão e a boca com solução fisiológica, evitando tocar na ferida. O paciente deve

ser orientado detalhadamente de como realizar a higienização. (CORRÊA, 2005; SHYBAYAMA ,2006).

Após 7 dias da instalação da prótese total imediata é feita a remoção das suturas. (TELLES, 2014). Os ajustes oclusais devem ser realizados após 7 dias da instalação da prótese total imediata. (MARINI et al,2013). O profissional deve orientar o paciente a fazer a retirada da prótese de duas a três vezes ao dia, para realização da higienização. A sua alimentação deve ser retomada gradativamente. (SHYBAYAMA ,2006).

Segundo Corrêa (2005) o reembasamento deve ser o mais postergado possível, desde que isso não cause problemas em relação á área basal, como lesões, principalmente nos sulcos gengivo - geniano e labial.

Segundo Zarb et al



(2013) a necessidade de reembolso é estabelecida por meio da observação de diminuição na adaptação da prótese ao tecido mole e duro subjacente.

CONCLUSÃO

Por meio de uma revisão de literatura foi possível identificar a importância das próteses totais imediatas, que apesar de seus custos adicionais, tem a capacidade de promover ao paciente uma condição social, funcional e estética favorável e consequentemente o restabelecimento da sua autoestima . Apesar de ser uma prótese de caráter provisório a mesma possibilita que o paciente fique dentado até ser possível a adaptação de uma prótese definitiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos,Filipe;Rodrigues,Carlos. PRÓTESE TOTAL IMEDIATA COM RECUPERAÇÃO DA CURVA DE SPEE. Brazilian-JournalofSurgeryandClinical-Research - BJSCR, Vol.9, n.3, pp.11-16 (Dez 2014 – fev. 2015). Disponível em:<https://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Carvalho, Ricardo;Pereira,Carlos;Laureano, José; Vasconcelos,Belmiro.O Paciente Cirúrgico. Parte I.Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.4,p.85-92out./dez,2010. Disponívelem: <http://revodontobvsalud.org/pdf/rctbmf/v10n4/a13v10n4.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.

Corrêa,Gerson de Arruda.Prótese Total- Passo a Passo. Livraria Santos Editora,2005.



- Costa,Sergio;Carvalho,Maria;-
Discacciati,Jose;Abreu,Mauro;-
Viana,Érica;Adelário,Ana.Próte-
se total imediata: devolução do
sorriso e da função ao paciente.
ArqOdontol,Belo Horizonte,
47(Supl2): 106-110, dez 2011.
Disponível em: [http://revodon-
to.bvsalud.org/pdf/aodo/v47s2/
a25v47s2.pdf](http://revodon-
to.bvsalud.org/pdf/aodo/v47s2/
a25v47s2.pdf). Acessado em:
24/09/2018.
- DISCACCIATI,J. A. C.; CAR-
VALHO, M. C. F. S.; COSTA,
S. C. PTI e overdentures: melho-
rando estética, mastigação equa-
lidade de vida. Rev. Ciênc.Ext.
v.8, n.1, p.123-137, 2012.Disponí-
velem:[https://www2.ufrb.edu.br/
revistaextensao/images/revista/
Revista%20Extensao%20V2%20
n1.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/
revistaextensao/images/revista/
Revista%20Extensao%20V2%20
n1.pdf). Acessado em: 29/05/2019.
- Gennari Filho,Humberto. O
EXAME CLÍNICO EM PRÓ-
TESE TOTAL. Revista Odon-
tológica de Araçatuba, v.25, n.2,
p. 62-71, julho/dezembro, 2004.
Disponível em: [http://www.
apcdaracatuba.com.br/revista/
v25n2/exameclinico.pdf](http://www.
apcdaracatuba.com.br/revista/
v25n2/exameclinico.pdf). ACESSA-
do em: 29/05/2019.
- Goiato, Marcelo; Santos, Danie-
le Micheline; Medeiros, Antonio
Rodrigo; Vilela, Mariana.Téc-
nicas de confecção de prótese
total imediata mucossuportada.
Revista Odontológica de Araça-
tuba, v.35, n.1, p. 67-72, Janeiro/
Junho, 2014. Disponível em:ht-
tp://apcdaracatuba.com.br/revis-
ta/2014/10/trabalho12.pdf. Aces-
sado em: 29/05/2019
- Gomes AC, Gomes AC, Venâncio
GN, Gonçalves FC, Takahashi
JMFK, Braga FP. Reabilitação
bucal com prótese total imediata.
Full Dent.Sci. 2014; 5(20):590-
594. Disponível em:[https://
www.researchgate.net/publica-](https://
www.researchgate.net/publica-)



tion/313599356_Reabilitacao_bucal_com_protese_total_imediata. Acessado em: 29/05/2019.

Goiato, Marcelo; Nobrega, Adhara; Gennar Filho, Humberto; dos Santos, Daniela. PROVA ESTÉTICA E FUNCIONAL – UMA DECISÃO EM CONJUNTO. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.2, p. 09-14, julho/dezembro, 2014. disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/03/TRABALHO%201.pdf>. Acessado em: 29/05/2019.

Hespanhol, Thomaz; Godoi, Ana Paula; Custodio, William; Bianco, Vinicius. Prótes total imediata bimaxilar: caso clínico. Clípe Odonto– UNITAU, 2018; 9(1):30-6. Disponível em: periodicos.unitau.br. Acessado em: 29/05/2019

Marini, Carla; Rodrigues, Car-

los; Brum, Sileno; Pereira Junior, Misseno. PRÓTESE IMEDIATA: UMA SOLUÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL - RELATO DE CASO CLÍNICO. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Vol.4, n.4, pp.24-31 (Set-nov. 2013). Disponível em: <http://www.mastere-ditora.com.br/bjscr>. Acessado em: 24/09/2018.

Santos, Jéssica Cristinne Aviz; Silva, Jéssica Daniela; Haddad, Marcela Filié. Reabilitação com prótese total mediata relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v.36, n.2, p. 24-28, Julho/Dezembro, 2015. Disponível em: <http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/12/TRABALHO%204.pdf>. Acessado em: 24 de setembro de 2018.

Shibayama, Ricardo; Shibayama, Bunji; Gennari Fi-



lho,Humberto;Saez,Daniel;Watanabe,Edson. PRÓTESES TOTAIS IMEDIATASCONVENCIONAIS.Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, n.1, p. 67-72, janeiro/junho, 2006. Disponível em:http://www.apc-daracatuba.com.br/revista/volume_27_01_jan-jun_2006/PDFs/PROTESE%20TOTAL%20IMEDIATA.pdf. Acessado em: 29/05/2019

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras completas. 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Sarvier, 1983.

TELLES, D.; COELHO, A. B., Próteses SobreImplantes.com, Riode janeiro: SobreImplantes.com, 2006.

Telles,Daniel de Moraes. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo:Santos,2014.

Torreblanca,Fiorella; Solar,Martin. Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento.Rev. EstomatolHereditaria. 2013 Ener-Mar;23(1). Disponível em:https://www.researchgate.net/publication/295098502_Protesis_Total_inmediata_como_alternativa_de_tratamiento. Acessado em:24/09/2018.

ZARB, G. et al. Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

