

REABILITAÇÃO ORAL COM PRÓTESE TOTAL EM PACIENTE PROGNATA: RELATO DE CASO

*Oral rehabilitation with total prosthesis
in prognata patient: case report*

Julia de Oliveira dos Santos Cavestro¹
Daniela Porto da Cunha²

¹Graduanda em Odontologia
pela Faculdade Independente do
Nordeste.

²Professora do curso de
Odontologia da Faculdade
Independente do Nordeste;
Cirurgiã- Dentista Mestre em
Prótese Dentária.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

RESUMO

Introdução: Indivíduos edêntulos apresentam diversas alterações que comprometem as funções do sistema estomatognático (SE), como a diminuição da capacidade mastigatória, alteração fonética e comprometimento estético. A reabilitação oral protética assume uma função de grande importância para o paciente edêntulo prognata, podendo ser considerada primordial para a sua condição de saúde geral e qualidade de vida, reabilitando as funções do SE e reinserindo o indivíduo no ambiente social. **Objetivo:** Apresentar

Recebido em: 19/08/2019
Aceito em: 10/01/2019

um relato da técnica protética realizada no intuito de promover ao paciente prognata uma reabilitação tanto funcional quanto estética após a confecção das próteses totais, utilizando a técnica convencional de moldagem. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso, envolvendo um paciente voluntário que necessitava de uma nova prótese total. Utilizaram-se passos clínicos e laboratoriais. **Resultados:** Constataram-se melhorias significativas na retenção, estabilidade e estética do aparelho protético, bem como uma melhora na oclusão do paciente. **Conclusão:** A técnica proporcionou facilidade de adaptação em virtude da grande melhora nas funções de mastigação e fonação, principalmente, quando consideradas as condições desfavoráveis da discrepância significativa do tamanho do interarco presente em pacientes prognatas.

Palavras-chave: Prótese total. Prognatismo. Reabilitação. Estética. Oclusão.

ABSTRACT

Introduction: *Individuals with different functions such as the functions of the stomatognathic system (SE), such as decreased chewing capacity, phonetic alteration and aesthetic impairment. The prosthetic oral rehabilitation assumes a function of great importance for the patient with prognosis, being able to be paramount for general health and quality of life. Rehabilitation as functions of SE and reinserting the individual into the social environment.* **Objective:** *to establish a prosthetic technique performed with no intention to promote the prognosis of a person over a series of years after the creation of a conventional molding technique.* **Methods:** *This is a case report, reporting a volunteer patient who needs a new total prosthesis. Clinical and laboratory steps were used.* **Results:** *It was found to improve the retention, stability and aesthetics of the device as an improvement in patient occlusion.* **Conclusion:** *An issue that maybe easier to correct on a large scale in the chewing and phonation functions is greater than the disadvantages to dental discrepancy of the inter-arch size present in prognathic patients.*

Keywords: *Total prosthesis. Prognathism. Rehabilitation. Aesthetics. Occlusion.*

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de
Oliveira dos Santos e
CUNHA, Daniela Porto
da. Reabilitação oral
com prótese total em
paciente prognata: relato
de caso. *SALUSVITA*,
Bauru, v. 38, n. 4, p.
1039-1059, 2019.

INTRODUÇÃO

O sistema estomatognático (SE) é composto por estruturas que pertencem aos sistemas digestório e respiratório, responsável por desempenhar funções como deglutição, mastigação, fala e respiração (PACHECO *et al.*, 2012). A relação harmoniosa entre os componentes desse sistema permite um crescimento satisfatório e desenvolvimento adequado das bases ósseas da face. Atores ambientais ou mesmo a interferência em algum órgão desse sistema podem influir no crescimento craniofacial, alterando, assim, seu desenvolvimento (COUTINHO *et al.*, 2009).

O paciente desdentado total, pela sua própria condição bucal, apresenta desequilíbrio do sistema estomatognático, que, também, pode ser agravado pela utilização de próteses totais deficientes (FURTADO *et al.*, 2011). Dessa forma, o prognatismo nesses pacientes resulta em uma série de efeitos colaterais, tais como: interferência na oclusão, deficiência na mastigação e, conseqüentemente, na digestão, além da deterioração da saúde bucal e deficiências na fonação. Segundo Zere *et al.* (2018), a aparência desagradável do rosto traz, como consequência, alterações psicológicas e sociais na maioria dos casos, fato este que, por si só, afeta de maneira direta a qualidade de vida desses pacientes.

A relação entre arcos superiores e inferiores é favorável quando eles são harmoniosamente alinhados e desfavorável em caso de maxila ou mandíbula proeminentes. Essa desarmonia entre os arcos pode ter implicações negativas para o prognóstico, criando problemas mecânicos e estéticos (MAC-KAY *et al.*, 2015).

A reabilitação protética assume uma função fundamental no paciente desdentado, podendo ser considerada primordial para sua saúde geral e qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2010).

O sucesso nesse tratamento requer um exame detalhado dos fatores físicos e psicológicos que permeiam essa situação, de modo que o trabalho a ser executado se situe dentro das suas necessidades (MARTINS *et al.*, 2014). Desta maneira, é necessário que o aparelho protético esteja em harmonia plena com o sistema neuromuscular desses pacientes, o que, segundo Torato *et al.* (2012), depende das relações horizontal e vertical da mandíbula para com a maxila.

É importante salientar que todos os passos clínicos e laboratoriais são decisivos e importantes para o sucesso da peça reabilitadora, visto que influenciam, diretamente, nos resultados satisfatórios, tanto estéticos quanto funcionais (FREITAS *et al.*, 2012). A posição de trabalho utilizada como referência para execução do tratamento odontológico é uma etapa primordial para definir a estabilidade

e retenção da prótese. Segundo MUKAI *et al.* (2010), a relação cêntrica é a posição de trabalho ideal para tratamentos reabilitadores em pacientes que não possuam uma oclusão estável em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), por ser uma posição músculo esquelética fisiológica passível de reprodução. Isso é de extrema importância, principalmente em pacientes prognatas ou Classe III esquelética que possuem uma variação anatômica acentuada (OLIVEIRA, 2010).

Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de apresentar um relato de caso clínico, no qual se realizou uma reabilitação oral com prótese total dupla removível, em um paciente com discrepância significativa do tamanho do interarco devido ao prognatismo mandibular e retrusão maxilar.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, leucoderma, 50 anos, portador de deficiência visual, edêntulo, usuário de próteses totais convencionais. Procurou a Clínica Escola de uma Instituição Privada de Ensino Superior do Sudoeste Baiano, no intuito de submeter-se a um tratamento reabilitador para troca de prótese, visto que o paciente utilizava as peças por mais de 15 anos e essas já não apresentavam oclusão e estética favorável.

No que diz respeito ao histórico médico, o paciente foi diagnosticado como ASA II, fazendo uso rotineiro de medicamentos para controle da glicemia. Desta forma, foi realizado todo o planejamento para uma nova reabilitação protética devolvendo função e estética. O tratamento foi plenamente aceito pelo paciente e, portanto, executado.

Na primeira sessão, foi realizada a anamnese e, posteriormente, os exames físico e clínico intra e extraoral. Ao exame intraoral, observou-se rebordo superior com grânulos de fordyce, exostose e língua saburrosa. O rebordo inferior apresentava-se irregular em lâmina de faca, bridas e inserções normais. Ao exame extraoral, pôde-se observar simetria facial, perfil oval e lábios ressecados. Tal exame também demonstrou perda de suporte labial e linha do sorriso baixa.

O exame clínico foi salutar para diagnosticar a discrepância caracterizada por um “excesso anteroposterior” no crescimento mandibular, sendo este denominado prognatismo (Figura 1). Realizados os exames, constatou-se que os rebordos estavam em perfeitas condições para receber uma nova prótese, apresentando

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

estruturas uniformes, regulares e consistentes, tendo uma fibromucosa de aspecto sadio e coloração rósea (Figura 2). A peça protética apresentava dentes ausentes, com perda de retenção e estabilidade, o que interferiu, significativamente, na fonética e estética, comprometendo suas funções, logo havendo a necessidade de substituição.



Figura 1 - Vista extraoral frontal da face com as próteses antigas



Figura 1 A: Vista extraoral do sorriso da paciente sem as próteses



Figura 1 B: Vista extraoral do sorriso da paciente com as próteses antigas



Figura 1 C: Vista de perfil paciente prognata

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.



Figura 2: Vista intraoral oclusal do rebordo superior

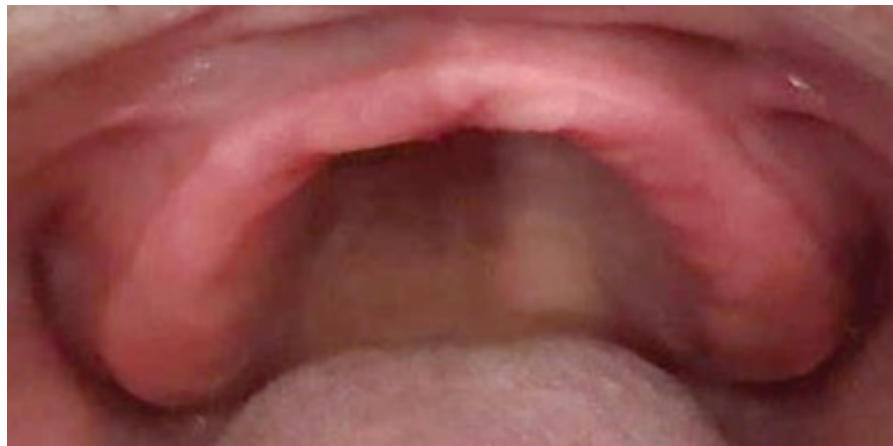


Figura 2 A: Vista intraoral oclusal do rebordo inferior

Na segunda sessão, foi feita a seleção da moldeira (S-2 e I-2) para, posteriormente, executar-se o procedimento de moldagem anatômica, com Alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polinésia, Itália), e moldeiras metálicas perfuradas (Tecnodont, Indaiatuba, Brasil). Estas foram individualizadas, com a adaptação de cera periférica (Lysanda, São Paulo, Brasil) nas bordas, a fim de que o material de moldagem extravasasse, copiando mais fielmente a região de fundo de vestibulo (Figura 3). Foi feito o vazamento imediato com gesso comum tipo II (Asfer, São Caetano do Sul, Brasil).



Figura 3: Moldeiras metálicas com o molde do paciente

Na terceira sessão, foram adquiridos os modelos anatômicos e, com isso, realizada a marcação com lápis, no contorno do rebordo, e os alívios com cera 7 (Technew, Rio de Janeiro, Brasil) nas áreas de rugosidades palatinas, rafe palatina e forame palatino maior no modelo superior, e região de Trígono-Retro-Molar e crista alveolar no modelo inferior. Assim, foram confeccionadas moldeiras individuais com cabo, utilizando isolante Cel-lac (S. S. White Duflex, Rio de Janeiro, Brasil) e resina acrílica autopolimerizável (Jet – Clássico, São Paulo, Brasil), com os devidos ajustes (Figura 4).

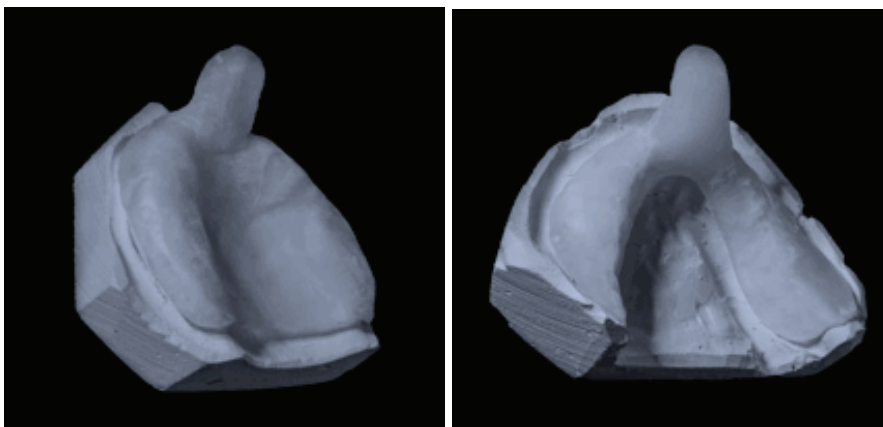


Figura 4: Moldeiras individuais

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

Na quarta sessão, realizou-se a moldagem funcional. Executou-se, portanto, o vedamento periférico com godiva de baixa fusão (Godiva-Kerr, EUA) na moldeira superior e cera periférica na moldeira inferior. A moldagem funcional foi realizada com o material poliéter (Impregum Soft Kit - 3M, Sumaré, Brasil), e a desinfecção, com hipoclorito a 1% (Macela Dourada Farmácia de manipulação LTDA, Vitória da Conquista, Brasil).

Foi confeccionado o encaixotamento, que consiste no preparo do molde para vaziar o gesso e se obter o modelo com as características necessárias, permitindo a máxima extensão da base sem que se interfira na movimentação muscular e se garanta o selado periférico. O vazamento foi feito com gesso tipo IV Durone (Dentsply Sirona, Pensilvânia, EUA), e, posteriormente, executou-se o recorte dos modelos para a confecção da base de prova (Figura 5).

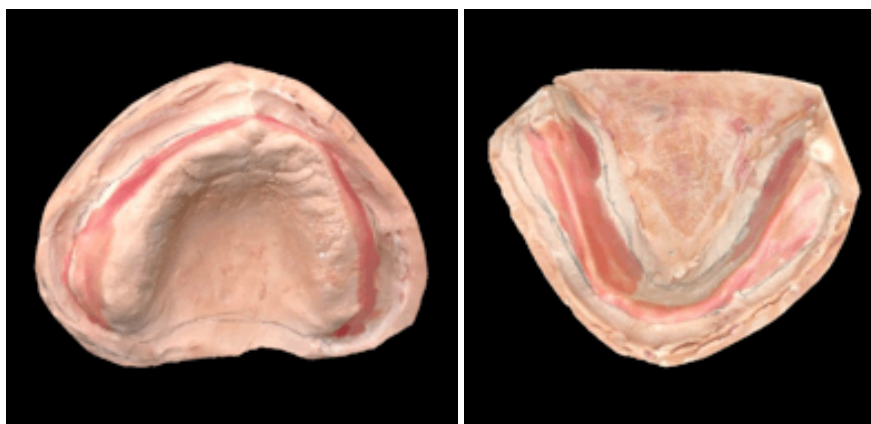


Figura 5: Modelos recortados para confecção de base de prova

Na quinta sessão, foi realizada a base de prova superior com o rolete de cera, com base em medidas determinadas por Freitas *et al.*, (2011), ou seja, na parte anterior o rolete, a altura era de 20 mm do fundo de vestibulo, na posterior, 5 mm, havendo a espessura de 10 mm. A base de prova inferior foi confeccionada com as medidas de 18 mm do fundo de vestibulo, 0 mm na região posterior, com espessura de 10 mm (Figura 6).



Figura 6 – Base de prova superior e inferior com os roletes de cera

Na sexta sessão, com a musculatura do paciente em estado de relaxamento, mediu-se a dimensão vertical de repouso (DVR) com o compasso de Willis (JON, São Paulo, Brasil). O valor registrado foi de 72 mm em Dimensão Vertical Oclusão (DVO) (sem a prótese inferior) e 82 mm em repouso (com a prótese inferior). (Figura 7).



Figura 7 - Compasso de Willis para medir Dimensão Vertical de Repouso25

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

A próxima etapa consistiu na orientação dos planos de cera, demarcação das linhas de referência (Figura 8) (linha média, linha canina, suporte labial, corredor bucal, altura do sorriso e distância intercomissural), linha bipupilar, com auxílio da Régua de Fox (Bio-Art, São Carlos, Brasil). O registro intermaxilar foi realizado em relação cêntrica, uma vez que o paciente não apresenta estabilidade em Máxima Intercuspidação Habitual (MIH) devido às perdas dentárias; a manipulação consistiu na tentativa de levar-se a mandíbula para a posição mais retruída com o auxílio de uma ou duas mãos do operador. A base de prova inferior manteve-se apoiada sobre o rebordo para não comprometer a precisão do registro e o paciente manteve-se na posição reclinada (TORCATO *et al.*, 2012).



Figura 8 - Definição da linha média

Portanto, os ajustes foram feitos por meio de canaletas no plano de cera superior e registro oclusal com poliéter (Impregum Soft Kit - 3M, Sumaré, Brasil). Foram fixados os dois planos de cera com auxílio de grampos, e procedeu-se à montagem do modelo mandibular em articulador semi-ajustável (Bio-Art, São Carlos, Brasil) (Figura 9).



Figura 9 - Demarcação das linhas de referência

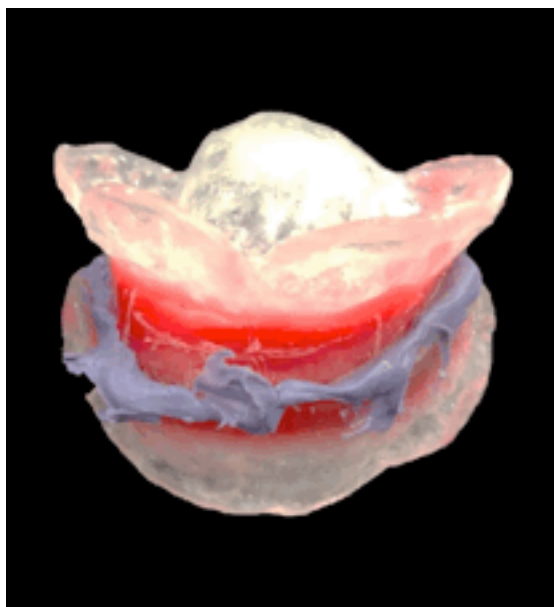


Figura 9 A - Planos de orientação registrados em RC

Na sétima sessão, foi realizada a seleção dos dentes. Levou-se em consideração que o paciente é deficiente visual, e, conseqüentemente, a escolha foi realizada visando a proporcionalidade do rosto do paciente, que possui perfil oval, sem masseter proeminente; dessa forma, deu-se preferência ao tamanho V14. Outros aspectos do paciente, como cor dos olhos, cabelo e tom de pele, também, foram

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

levados em conta para se optar pela cor V66 da escala de dentes BIOLUX (VIPI, Pirassununga, Brasil). Posteriormente, a prótese foi encaminhada ao laboratório (Figura 10).



Figura 10 - Prótese em cera no articulador semi-ajustável



Figura 10 A - Paciente com prótese em

Após a montagem dos dentes artificiais, foi realizada a prova estética e funcional da prótese. As correções necessárias foram realizadas, e a opinião do paciente registrada em relação às próteses. Os resultados foram avaliados de forma satisfatória pelo paciente e pelos profissionais envolvidos, visto que a estética e função foram restabelecidas de forma eficaz. A seguir, selecionou-se a cor da gengiva pela escala de Tomaz Gomes (VIPI, Pirassununga, Brasil). As informações e as próteses com os dentes montados em cera foram repassadas ao protético para serem acrilizadas e futuramente instaladas.

Na oitava sessão, realizou-se a prova da prótese, os devidos ajustes oclusais e alívios. Posteriormente, esta foi entregue ao paciente. Foram repassadas as devidas instruções de higiene, adaptação e cuidados para longevidade da PT ao paciente (Figura 11).



Figura 11 - Prótese acrilizada em oclusão

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.



Figura 12 - Paciente de perfil com as próteses acrilizadas



Figura 12 A - Vista lateral do sorriso do paciente



Figura 12 B - Vista frontal do paciente em oclusão

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

DISCUSSÃO

A perda dos elementos dentários modifica o padrão de fala, estética, mastigação, deglutição e, até mesmo, as relações interpessoais do indivíduo, implicando, de forma direta, no seu comportamento social, emocional e psicológico. A necessidade do paciente no caso descrito foi mais do que restabelecer a função. Ao procurar o tratamento reabilitador, este buscou reconstituir sua autoimagem e bem-estar social, que, de acordo com Agostinho (2015) a ausência de dentes afeta o cotidiano do indivíduo e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

O paciente utilizou prótese total superior e inferior por mais de 15 anos, com higienização deficiente. Além disso, a oclusão e estética estavam desfavoráveis, contribuindo, para a necessidade de troca das mesmas. Segundo TURANO (2012), a prótese total deve ser substituída a cada 5 anos, porém, depende dos hábitos de vida, da saúde e do cuidado do paciente com a mesma.

TRENTIN *et al.* (2016) cita que o tratamento com PT tem sido, por muito tempo, a escolha para reabilitar pacientes desdentados totais, objetivando o restabelecimento da harmonia do SE perdida

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

com a ausência dos dentes naturais. Entretanto, diversas são as dificuldades quando o paciente apresenta padrão esquelético classe III, devido ao severo prognatismo mandibular e retrusão maxilar. No presente caso, essa condição desfavorável foi solucionada de acordo com cada etapa da reabilitação.

O paciente apresenta uma desarmonia esquelética, que pode ser resultante de uma deficiência maxilar, de um excesso mandibular ou mesmo de uma combinação de ambos. Os autores Bittencourt (2009) e Mac-Kay *et al.* (2015) relatam que essas alterações podem levar ao comprometimento do perfil facial, frequentemente, com consequências psicossociais, podendo acarretar, também, em alterações morfológicas e funcionais, interferindo na estabilidade da prótese. Desse modo, cada sessão foi plenamente bem planejada e executada diante dos desafios apresentados.

De acordo com Reis *et al.* (2017), a reprodução das estruturas anatômicas da área chapeável representa um dos pontos de maior importância para a confecção de uma prótese total removível, uma vez que sua correta realização implicará no êxito ou fracasso da peça protética. Nesse estudo apresentado, a técnica de moldagem funcional possibilitou que a prótese total maxilar fosse confeccionada de forma que as forças mastigatórias fossem distribuídas por toda área chapeável, evitando pressão excessiva em todas as regiões. Regis e colaboradores (2013) salientam que, durante a moldagem funcional, deve-se preconizar a realização dos movimentos funcionais exercidos pelo paciente, onde o registro dos tecidos em posição compressiva permitirá observar a força de deslocamento dos tecidos e de retenção da prótese, em que deverá haver um equilíbrio de ambas.

Para Mac-Kay *et al.* (2015), o rebordo ósseo residual de pacientes edêntulos sofre uma reabsorção óssea irreversível devido a fatores anatômicos, metabólicos e funcionais – esses fatores, quando combinados, resultam numa taxa maior de reabsorção óssea. Segundo Silva *et al.* (2010) esse processo pode projetar a mandíbula, ocorrendo uma protusão mandibular, associada à destruição da área basal – mudanças essas que influenciam, de maneira direta, na estabilidade e retenção da prótese dentária. A reabilitação oral com próteses totais, quando confeccionada respeitando o plano oclusal e altura de dimensão vertical, é de suma importância no processo de devolução dessas funções perdidas (FURTADO, *et al.*, 2011).

BITTENCOURT (2009) relata que, a localização da área chapeável de acordo com as técnicas comumente utilizadas dificulta a obtenção dos registros intrabucais, comprometendo, assim, montagem e

reprodução no articulador, interferindo, de maneira direta, na correta reconstituição da oclusão normal desejada nos dentes artificiais. No entanto, o registro intermaxilar feito com o paciente em relação cêntrica foi fundamental para compensar a protrusão mandibular e retrusão maxilar no articulador semi-ajustável, proporcionando assim uma prótese total estável e retentiva, considerada adequada pelo paciente e pelo Cirurgião-Dentista.

A posição de trabalho em relação cêntrica é referência para este tipo de reabilitação (TELLES, 2014), e esta fez-se necessária para o planejamento, visto que o paciente edêntulo não apresentou estabilidade em MIH, possibilitando que a prótese conseqüentemente se manteria em mordida topo a topo ou cruzada. A execução correta da técnica favoreceu para que a prótese total permanecesse com estabilidade e retenção. Fretias *et al.*, (2011) frisa que a transferência da relação intermaxilar do paciente para o articulador, durante a reabilitação oral é imprescindível para o sucesso do caso. Partindo dessas premissas, tornou-se relevante a descrição do relato de caso clínico que demonstrou a importância do cumprimento de tais princípios.

De acordo com Trentin *et al.* (2016), as medidas definidas determinarão o reestabelecimento correto devolvendo ao SE uma função harmoniosa aos músculos do terço inferior da face, melhorando a aparência facial, devolvendo a função de mastigação, da fala e da deglutição do paciente proporcionando melhor qualidade de vida.

Deve-se salientar que, após o término do tratamento e da entrega da peça protética, foi feita a consulta de adaptação e o retorno de 12 meses, e nestas constatou-se melhora na qualidade de vida do paciente, obtendo assim o sucesso do tratamento a longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação protética de pacientes edêntulos prognatas é sempre uma tarefa complicada para o Cirurgião-Dentista, entretanto, quando executada seguindo os protocolos clínicos e laboratoriais se torna gratificante, uma vez que, ao reabilitá-la, conseguimos devolver autoestima e função do SE, favorecendo o seu engajamento na sociedade.

Uma das etapas cruciais para o determinado tipo de reabilitação é o registro intermaxilar, que requer uma boa execução. Sendo de escolha, a posição de trabalho em relação cêntrica, pois esta é referência para o planejamento para casos de pacientes desdentados

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

prognatas. Portanto, tornou-se relevante a descrição da importância do cumprimento de tais princípios.

Sendo assim, no presente estudo observou-se a satisfação do paciente ao receber as novas próteses, melhorando a sua saúde em geral, visto que, o mesmo, apresenta limitações por conta da deficiência visual.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, A. C. M. G., CAMPOS, M. L., SILVEIRA, J. L. G. C. D. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. **Rev Odontol UNESP**. Araraquara – São Paulo, v.44, n.2, p. 74-79, abril 2015.
- BITTENCOURT, A. V. Má oclusão Classe III de Angle com discrepância ântero-posterior acentuada. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, Maringá - PR, v. 14, n. 1, p. 132-142, janeiro, 2009.
- COUTINHO, T. A. et al. Adaptações do sistema estomatognático em indivíduos com desproporções maxilo-mandibulares: revisão da literatura. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo – SP, v. 14, n. 2, p. 275-279, julho, 2009.
- FREITAS, M. B., PACHECO, G. K., ZAZE, C. A. Seleção de dentes artificiais em próteses odontológicas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, São Paulo – SP, v. 33, n. 2, p. 70-74, 201.
- FREITAS, R., AMARAL, R. M., SILVA, N. G. E. M., IWAMOTO, V. T. S., ARAÚJO, R. I. S. A. Uma alternativa viável para o registro intermaxilar em próteses removíveis. **Innov Implant J, Biomater Esthet**, São Paulo - SP, v. 6, n. 3, p. 70-74, set./dez. 2011.
- FURTADO, D. G., FORTE, F. D. S., LEITE, D. F. B. M. Uso e Necessidade de Próteses em Idosos: Reflexos na Qualidade de Vida. **Revista brasileira de ciências da saúde**, São Caetano do Sul – SP, v. 15, n. 2, p. 183-190, 2011.
- MAC-KAY, A. P. M. G., et al. Alteraciones de la masticación en usuários de próteses dental removible - Revisión sistemática. **Revista Cefac**, São Paulo – SP, vol. 17, no. 4, p. 1319- 1326, agosto, 2015.
- MARTINS, A. M. E. B. L., JONES, K. M., SOUZA, J. G. S., PORDEUS, I. A. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro – RJ, v. 19, n.8, p. 3461-3478. Agosto, 2014.
- MUKAI et al. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **Rev. pós-grad**. São Paulo – SP, v.17, n. 3, p. 2-5. Jul./Set. 2010.
- OLIVEIRA, S. R. Má oclusão Classe III, com mordida cruzada posterior unilateral e assimetria facial. **Dental Press J Orthod**, Maringá – PR, v. 15, n. 5, p. 183. Set. 2010.
- CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. **SALUSVITA**, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

CAVESTRO, Julia de Oliveira dos Santos e CUNHA, Daniela Porto da. Reabilitação oral com prótese total em paciente prognata: relato de caso. *SALUSVITA*, Bauru, v. 38, n. 4, p. 1039-1059, 2019.

PACHECO, A.B.; SILVA, A.M.T.; MEZZOMO, C.L. BERWIG, L.C.; NEU, A.P. Relação da respiração oral e hábitos de sucção não-nutritiva com alterações do sistema estomatognático. *Rev CEFAC*, São Paulo – SP, v. 14, n.2, p. 281-289, 2012.

REGIS, R.R.; et al. A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. *J Oral Rehabil*. Oxford, v.40, n. 7, p.535-545, 2013.

REIS, J.M.S.N.; et al. Moldagem em prótese total – uma revisão da literatura. *RFO*. Paso Fundo, v.12, n.1, p. 70-74, 2017.

SILVA, M. E. S., MAGALHÃES, C. S., FERREIRA, E. F. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Revista Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro – RJ, v. 15, n. 3, maio 2010.

TELLES, D. M. **Prótese total - convencional e sobre implantes**. Santos - SP, 4. ed, p. 191- 200. 2014.

TURANO, J.C.; TURANO, L. M.; TURANO, M. V. B. **Fundamentos de prótese total**. São Paulo - SP, 9 ed., p. 150-170. 2012.

TORCATO, L. B., et al. Prótese total imediata: relato de caso clínico. *Revista Odontológica de Araçatuba*, São Paulo – SP, v. 33, n. 2, p. 66-69, julho/dezembro 2012.

TRENTIN, L. M., REGINATO, V. F., MAROLI, A., BORGES, M. T. R., SPAZZIN, A. O., BACCHI, A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. *J Oral Invest*, Passo Fundo – RS, v. 5, n. 1, p. 50-60, 2016.

ZERE, E., et al. Developing Class III malocclusions: challenges and solutions. *Dove Medical Press*, Beechfield House, v. 10, p. 99-116, 2018.

