



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE ODONTOLOGIA

CAMPUS BENFICA

LAIS DA SILVA ABREU

**REABILITAÇÃO ORAL DE UM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM DENTE
ANTERIOR – DA EXODONTIA A CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL
REMOVÍVEL – RELATO DE CASO.**

FORTALEZA

2025

LAIS DA SILVA ABREU

REABILITAÇÃO ORAL DE UM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM DENTE
ANTERIOR – DA EXODONTIA A CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL
REMOVÍVEL – RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Flávia Jucá
Alencar e Silva.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Centro Universitário Christus - Unichristus
Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do
Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A162r Abreu, Laís da Silva.
 Reabilitação oral de Um paciente vítima de trauma em dente anterior – Da exodontia a confecção de prótese parcial removível – Relato de caso. / Laís da Silva Abreu. - 2025.
 44 f. : il. color.

 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Christus - Unichristus, Curso de Odontologia, Fortaleza, 2025.
 Orientação: Profa. Dra. Flávia Jucá Alencar e Silva.

 1. Fratura radicular. 2. Reabilitação oral. 3. Prótese parcial removível. I. Título.

CDD 617.6

LAIS DA SILVA ABREU

REABILITAÇÃO ORAL DE UM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM DENTE
ANTERIOR – DA EXODONTIA A CONFEÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL
REMOVÍVEL – RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Odontologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção da
aprovação do título de bacharel em
Odontologia.

Orientador(a): Profa. Dra. Flávia Jucá
Alencar e Silva

Aprovado em: ___ / ___ / ___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Flávia Alencar Jucá e Silva
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Ernanda Maria de Araújo Sales
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Cássia Nobrega
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por me conceder saúde e determinação para caminhar durante esses 05 anos ao meu sucesso profissional, sempre me conduzindo e guiando. A caminhada até aqui não foi fácil, mas sem dúvidas sem Deus eu não teria conseguido, pois Ele me permitiu chegar até aqui.

A minha mãe, **Gleiciane Abreu**, que idealizou esse sonho junto comigo, obrigada por sempre ter me incentivado e ter me proporcionado realizar minha formação. Obrigada por ser esse ser humano incrível com esse coração bondoso, sou muito grata a Deus por ter você comigo nesse e em todos os outros momentos importantes que levarei para sempre comigo em meu coração. Ao meu pai, **Fábio Abreu**, sou grata a Deus pela benção de ser sua filha e por todos os ensinamentos que me deu. Admiro toda sua determinação e garra que sempre teve, sem dúvidas tenho um exemplo a seguir. Obrigada por ter me ajudado a chegar até aqui.

A minha irmã, **Ana Júlia**, que sempre foi minha companhia nas voltas da faculdade e da vida, sempre me ouviu e me aconselhou em todas as nossas conversas até aqui. Obrigada por fazer parte dessa formação, amo você.

Ao meu namorado, **Pedro Américo**, meu primeiro e único amor. Nossos caminhos se cruzaram pois já estavam escritos por Deus, pois do mais improvável, Deus fez se tornar real. Sou muito realizada por ter comigo uma pessoa de um coração tão puro e tão bom. Obrigada por estar comigo em todos os momentos que eu precisei ser ouvida e sempre saber exatamente o que falar para me aconselhar.

A minha melhor amiga, **Karoline Muniz**, por ter sido um presente que Deus me deu durante a graduação e que certamente será uma amizade que levarei por toda a vida. Obrigada por compartilhar comigo não só a graduação, mas sua vida, sua família e seu coração.

A minha orientadora, **Flávia Jucá**, que aceitou esse desafio de me orientar, demonstrou aqui toda a minha admiração, inspiração e carinho. Obrigada por todos os ensinamentos, direcionamentos e suportes que me deu durante a graduação. Sempre levarei comigo os momentos que tive com você onde demonstrou seu amor pela docência ao ensinar com tanta cautela e amor. A minha banca, **Ernanda Sales** e **Cássia Nobrega**, os quais são inspiração não apenas como profissionais admiráveis da prótese, mas também como seres humanos incríveis. Agradeço a disponibilidade e por todo o tempo dedicado ao meu trabalho.

"A respeito do direito da conquista, não há outro fundamento afora a lei do mais forte. "

(ROUSSEAU, 2014, p. 27)

RESUMO

O trauma dental é uma condição que pode comprometer significativamente a estética e a função mastigatória, podendo levar à perda dentária. Dentre os tipos de fratura, destaca-se a fratura radicular, frequentemente resultando na indicação de exodontia do elemento afetado. A prótese parcial removível (PPR) é uma alternativa eficaz para a reabilitação de pacientes com múltiplas ausências dentárias. Paciente masculino, 43 anos, compareceu à Clínica Escola do Centro Universitário Christus com queixa principal de dor em dente anterior. O exame clínico e radiográfico revelou fratura radicular no elemento 11, com comprometimento da estrutura dentária e indicação de exodontia. Como medida provisória, optou-se pela confecção de uma prótese adesiva utilizando a coroa do dente remanescente, fio ortodôntico e resina composta para estabilização vestibular e palatina, visando restaurar a estética e função mastigatória até o período de cicatrização. Após a exodontia, foi implementado protocolo de laserterapia para auxiliar na cicatrização tecidual. Posteriormente, procedeu-se à confecção e instalação de PPR, com ajuste oclusal e adaptação funcional. Durante o acompanhamento, observou-se a necessidade de fechamento de diastema entre os incisivos centrais, realizado com resina composta para aprimorar o resultado estético. A fratura radicular é uma lesão traumática que compromete a integridade do dente, frequentemente resultando na indicação de exodontia. A utilização de PPR como método de reabilitação permite a reposição de dentes ausentes, restabelecendo a função mastigatória e a estética do paciente. A abordagem conservadora, associada a técnicas como laserterapia, contribui para a aceleração do processo de cicatrização e sucesso terapêutico. A reabilitação oral de pacientes com fratura radicular em dentes anteriores, por meio de PPR, é uma estratégia eficaz para restaurar a função e estética dentária. O planejamento terapêutico individualizado, aliado ao uso de tecnologias auxiliares, como a laserterapia, potencializa os resultados clínicos e a satisfação do paciente.

Palavras-chaves: Fratura radicular; reabilitação oral; prótese parcial removível.

ABSTRACT

Dental trauma is a condition that can significantly compromise aesthetics and chewing function, potentially leading to tooth loss. Among the types of fractures, the root fracture stands out, often resulting in the indication for extraction of the affected tooth. The removable partial denture (RPD) is an effective alternative for the rehabilitation of patients with multiple dental absences. Male patient, 43 years old, presented to the School Clinic of Centro Universitário Christus with the main complaint of pain in an anterior tooth. The clinical and radiographic examination revealed a root fracture in element 11, with compromise of the dental structure and indication for extraction. As a provisional measure, it was decided to create an adhesive prosthesis using the crown of the remaining tooth, orthodontic wire, and composite resin for vestibular and palatal stabilization, aiming to restore aesthetics and masticatory function until the healing period. After the tooth extraction, a laser therapy protocol was implemented to assist in tissue healing. Subsequently, the fabrication and installation of PPR were carried out, with occlusal adjustment and functional adaptation. During the follow-up, the need to close the diastema between the central incisors was observed, accomplished with composite resin to enhance the aesthetic result. The root fracture is a traumatic injury that compromises the integrity of the tooth, often resulting in the indication for extraction. The use of PPR as a rehabilitation method allows for the replacement of missing teeth, restoring the patient's masticatory function and aesthetics. The conservative approach, combined with techniques such as laser therapy, contributes to the acceleration of the healing process and therapeutic success. The oral rehabilitation of patients with root fractures in anterior teeth, through PPR, is an effective strategy for restoring dental function and aesthetics. Individualized therapeutic planning, combined with the use of auxiliary technologies such as laser therapy, enhances clinical outcomes and patient satisfaction.

Keywords: Root fracture; oral rehabilitation; removable partial prosthesis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - (A) Extraoral frontal; (B) Extraoral perfil direito	21
Figura 2 - Radiografia periapical dentes 11, 12, 21 e 22	21
Figura 3 - Aplicação ácido fosfórico 37% sob isolamento relativo	23
Figura 4 - Condicionamento ácido com ácido fosfórico da coroa do remanescente dentário submetido à exodontia.....	23
Figura 5 - (A) Medição do fio ortodôntico; (B) Adaptação da resina composta na face palatina fixando o remanescente e fio ortodôntico.	24
Figura 6 - Adaptação da resina composta pela face vestibular	24
Figura 7 - Modelo de estudo	25
Figura 8 - (A) PPR pela visão palatina; (B) PPR pela visão vestibular.....	29
Figura 9 - Entrega da prótese	30
Figura 10 - Aspecto intraoral após entrega da prótese	31
Figura 11- Resultado final. (A) Sorriso; (B) Sorriso de perfil; (C)Paciente sorrindo...	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LIT	Laboratório de Inovações Tecnológicas
MESTED	Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologias Educacionais
PF	Prótese Fixa
PPR	Prótese parcial removível
PT	Prótese total
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição do planejamento realizado no delineamento	26
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivo específico.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 Trauma dentário.....	15
3.2 Edentulismo.....	16
3.3 Prótese Parcial Removível	17
3.4 Diagnóstico e Planejamento	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1 Delineamento do estudo.....	20
4.2 Embasamento teórico.....	20
4.3 Lócus do estudo.....	20
4.4 Aspectos éticos.....	20
5 RELATO DE CASO.....	21
6 DISCUSSÃO	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE	40
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária representa um desafio significativo para a Odontologia, pois compromete a função mastigatória, a fonética, a estética e a qualidade de vida dos pacientes. Neste contexto, a Prótese Parcial Removível (PPR) destaca-se como uma alternativa reabilitadora eficaz, especialmente em casos nos quais não é possível ou viável optar por reabilitações com próteses fixas ou implanto suportados (Freitas *et al.*, 2019).

A PPR é indicada para pacientes parcialmente edêntulos e consiste em uma estrutura protética que substitui os dentes ausentes e pode ser removida pelo próprio paciente. Essa modalidade terapêutica tem como vantagens o custo relativamente baixo, a facilidade de higienização e a preservação dos dentes remanescentes, desde que adequadamente planejada. Além do aspecto técnico, é fundamental considerar o ponto de vista do paciente quanto à adaptação e à aceitação da prótese. Estudos apontam que, quando bem planejadas e executadas, as PPR apresentam altos índices de satisfação e contribuem para a recuperação da função mastigatória e da autoestima (Ferreira Filho *et al.*, 2021).

Ainda que outras opções reabilitadoras, como as próteses fixas e implanto suportadas, tenham ganhado destaque nos últimos anos, a PPR mantém sua relevância, sobretudo em contextos de limitação financeira, sistêmica ou anatômica. É de grande importância a manutenção e o acompanhamento periódico do paciente usuário de PPR. Isso porque a ausência de cuidados com a higiene e com os ajustes da prótese pode levar a complicações como cáries nos dentes pilares, reabsorções ósseas, estomatites protéticas e desconforto funcional (Nícoli *et al.*, 2018).

Com o avanço da tecnologia na Odontologia, novos materiais e técnicas têm sido incorporados à confecção das PPR, proporcionando maior conforto, durabilidade e estética. Contudo, mesmo com esses avanços, a aplicação dos fundamentos básicos da prótese removível continua sendo determinante para o sucesso clínico (Freitas *et al.*, 2019).

O sucesso da PPR está diretamente relacionado ao correto diagnóstico, planejamento, execução e acompanhamento clínico. A análise criteriosa dos dentes pilares, do suporte ósseo e gengival, da oclusão e da estética são fundamentais para garantir uma reabilitação funcional e confortável ao paciente (Neto; Carreiro;

Rizzatti-Barbosa, 2011). Além disso, com os avanços tecnológicos e a constante evolução dos materiais odontológicos, as PPR têm se tornado cada vez mais adaptáveis às necessidades estéticas e funcionais individuais, promovendo um equilíbrio entre a saúde bucal e a satisfação do paciente (Freitas *et al.*, 2019).

O principal objetivo de um tratamento com PPR, além de repor as estruturas dentárias perdidas e a estética, é preservar e proteger as estruturas remanescentes. Porém, há 25 anos, muito se falava que a PPR, especialmente a de extremidade livre, teria associação com cáries e doença periodontal. Esse pensamento era embasado em estudos clínicos que mostravam de forma equivocada um efeito negativo desse tipo de prótese sobre os dentes e o tecido periodontal. O edentulismo, durante muitos anos, era visto como consequência inevitável do envelhecimento humano, onde pacientes removiam seus dentes rotineiramente para ser confeccionada sua prótese total (PT). Apenas por volta do século XX, com o início da odontologia preventiva, que esse conceito começou a mudar (Neto; Carreiro; Rizzatti-Barbosa, 2011).

A partir disso, os pacientes começaram a ter orientações sobre higiene bucal e dieta, além de maior acesso a informações de forma preventiva, para que a doença fosse tratada antes de levar os dentes a uma perda dentária. Atualmente, entende-se que a prevenção do edentulismo depende tanto do profissional, na orientação, diagnóstico e prevenção, como do paciente, na manutenção da saúde bucal diariamente e periodicamente no consultório odontológico para um melhor resultado. A PPR é uma excelente forma de reabilitar, tanto por sua capacidade de restaurar um arco que perdeu apenas um dente, quanto um arco que só restou um. Além disso, ela se destaca em relação a outras formas de reabilitação dentro de um contexto social e profissional. São elas (1) relação custo\benefício; (2) requer pouco desgaste da estrutura dentária; (3) fácil manutenção; (4) solução eficiente para situações mecânicas difíceis de resolver; (5) menor tempo para a sua realização (Ferreira Filho *et al.*, 2021).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do presente trabalho foi realizar e relatar um caso clínico de uma reabilitação desde a exodontia até a reabilitação protética.

2.2 Objetivo Específico

O presente trabalho tem como objetivo específico devolver ao paciente função mastigatória, estética e fonética através da PPR, demonstrando que ela é uma opção de tratamento eficaz e de baixo custo que se adequa às condições do paciente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Trauma dentário

Lesões na face podem acarretar trauma facial, englobando danos aos tecidos moles e duros de forma isolada ou combinada (Roccia *et al.*, 2022). Esse tipo de trauma acomete predominantemente o sexo masculino, na faixa etária de 21 a 30 anos e apresenta maior incidência na mandíbula, seguida pelo zigoma (Wusiman *et al.*, 2020). A etiologia está associada a fatores como consumo de bebidas alcoólicas, agressões, quedas e acidentes de trânsito. O trauma maxilofacial impacta na estética, função, saúde mental e qualidade de vida (Roccia *et al.*, 2022).

Além disso, existe uma correlação entre esses danos e lesões dentoalveolares, as quais podem ocorrer por trauma direto nos dentes ou secundário, conseqüente de uma lesão em outra região (Magno *et al.*, 2020). Pacientes de trauma maxilofacial atribuem grande importância ao resultado protético no restabelecimento da sua estética, função e do seu psicológico, assim, os tecidos moles e duros remanescentes são estruturas decisivas no sucesso da prótese (Brauner *et al.*, 2022).

A perda tecidual dificulta o assentamento de próteses removíveis, enquanto próteses implantossuportadas conseguem garantir boa retenção, estabilidade e conforto para o paciente. Assim, é ideal que o cirurgião e o protesista trabalhem em conjunto preparando a cavidade oral para a futura reabilitação pós-traumática individualizada (Nícoli *et al.*, 2018).

A condição socioeconômica é considerada um importante determinante de saúde e status do indivíduo. Em estudos epidemiológicos, a condição socioeconômica é mensurada por meio de alguns indicadores, como a renda familiar, a escolaridade dos pais, a quantidade de pessoas que habitam na mesma casa, a estrutura familiar, dentre outros. A condição socioeconômica atua de forma relevante sobre o modo de vida da população em diversas vertentes, desde as influências culturais até o acesso aos serviços de saúde (Roccia *et al.*, 2022).

É de fundamental importância que, após um traumatismo dental, condutas adequadas sejam realizadas imediatamente, para que se possa ter um bom prognóstico em relação ao dente, pois falhas durante esse processo podem levar à perda do elemento dentário (Souza *et al.*, 2014). O diagnóstico ideal é baseado na avaliação detalhada envolvendo exames complementares radiográficos para

determinar a extensão da lesão e diagnosticar lesões adjacentes ocultas que muitas vezes não são observadas ao exame clínico (Souza *et al.*, 2014).

A tomografia computadorizada de feixe cônico possui grande relevância como exame complementar nesses casos, uma vez que fornece excelente visualização dos traumas ali presentes, particularmente em fraturas radiculares horizontais e luxações, detectando lesões perirradiculares e reabsorções radiculares primárias (Barros *et al.*, 2020).

Para solucionar lesões dento alveolares a abordagem deve ser iniciada por uma avaliação clínica detalhada, avaliando a história do traumatismo e exame físico, que mostrará se deve haver necessidade da realização de testes pulpares e exames complementares. Buscando preservar estruturas dentais, teciduais, e óssea, sendo o principal tratamento das fraturas dentoalveolares (Silva *et al.*, 2015).

A falta de cuidado em relação ao tratamento odontológico após o traumatismo, pode ter como consequências alteração de cor, mobilidade dental, alteração de posição na arcada dentária, sintomatologia dolorosa, dentre outros (Roccia *et al.*, 2022).

3.2 Edentulismo

O edentulismo é um agravo à saúde que atinge grande parte da população mundial. Países como China, Rússia, África do Sul, Gana e México apresentam 11% de edentulismo na população com mais de 50 anos, já no Brasil, o índice atinge 63,1% da população acima de 65 anos. O edentulismo parcial ou total está associado a prejuízos físico, emocional e estético no indivíduo. Consequentemente, a busca por tratamentos reabilitadores é alta. A reabilitação oral com PPR não é um procedimento simples, nem previsível, no que se refere ao fluxo de trabalho clínico e laboratorial. Várias consultas são necessárias antes e após a instalação das próteses (Nícoli *et al.*, 2018)

A PT e a PPR têm diferentes especificidades que podem influenciar o número de consultas do tratamento e o tempo de adaptação. Além disso, procedimentos de outras áreas podem ser necessários previamente à confecção da prótese, como periodontia, cirurgia e outros. A fim de evitar expectativas irreais por parte dos pacientes, é necessário conscientizar acerca do processo que pretende iniciar, sendo importante que todas as informações relevantes (número de consultas, duração de tratamento, tempo médio para total adaptação, necessidade de

tratamentos suplementares) sejam esclarecidas ao paciente logo nas primeiras consultas. (Rezende; Hiibner; Zanatta, 2024).

Dentre as principais alterações encontradas nos idosos, está a perda dentária, que corresponde a uma marca na desigualdade social. Estas reduzem a capacidade mastigatória, estética, fonética, entre outros. Estudos apontam a relação da perda dentária com a obesidade, déficit nutricional, hipertensão e maior risco de mortalidade. (Silva *et al.*, 2022). Diante disso, as perdas dentárias correspondem a um problema de saúde pública, portanto requerem mais atenção quando falamos de atividades e ações que promovam e recuperem a saúde bucal dos idosos, de uma forma que previna e trate. (Souza *et al.*, 2014).

Entretanto, devido ao seu alto custo cirúrgico e laboratorial no tratamento de reabilitação com o implante dentário, a sua utilização não é prevalente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde grandes desigualdades socioeconômicas ainda se fazem presentes. Diante disso, a PPR, devido ao seu menor custo e simplicidade da técnica, ainda se apresentam como alternativas eficazes para reabilitação. Na literatura, há uma diversidade de estudos que avaliam a importância dos implantes dentários osseointegrados para reabilitar elementos dentários perdidos, porém, sabe-se que nem todos os indivíduos apresentam condições econômicas favoráveis para esse procedimento. Nesse contexto, a indicação da PPR na mesma era da implantodontia ainda se faz necessário (Silva *et al.*, 2022).

A perda dentária afeta a estética, mastigação, função cognitiva e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Essa perda dentária tem levado os pacientes a procurarem cada vez mais a reabilitação oral, na maioria das vezes com PPR, devido ao seu custo e facilidade na execução quando realizada com profissionais capacitados e diante de um bom planejamento de caso. Além disso, é necessário a colaboração do paciente, higienizando a prótese de forma correta e realizando os retornos necessários ao dentista para acompanhamento (Neto; Carreiro; Rizzatti-Barbosa, 2011).

3.3 Prótese Parcial Removível

Atualmente, podemos observar na literatura vários meios e tecnologias de reabilitação oral para pacientes parcialmente desdentados, diante disso, a PPR ainda se destaca. Alguns trabalhos relatam que devido ao maior número de pessoas envelhecendo nos últimos tempos, o número de adultos e idosos

parcialmente desdentadas também tem elevado consideravelmente, tornando maior a procura de pacientes por reabilitações em PPR. O maior motivo que tem sido citado para se realizar esse tipo de reabilitação é a possibilidade de devolver os dentes que foram perdidos de forma funcional e com custos mais baixos comparados a outros métodos. As indicações e contra-indicações para a PPR dependem dos princípios básicos que são descritos na literatura (Silva *et al.*, 2022).

Não há evidências sobre a indicação de PPR, sendo necessário apenas um exame clínico intraoral, avaliação das necessidades e condições de cada paciente, uma vez que o paciente necessita de dentes pilares e saudáveis para serem apoios da estrutura metálica (Wostmann *et al.*, 2005).

Os pacientes indicados para uso de PPR devem ser examinados minuciosamente, uma vez que precisam ter uma boa higiene oral, serem motivados quanto a sua saúde bucal, terem dentes que servirão de pilares para a infraestrutura metálica e mantenham uma rotina de consultas regulares ao dentista (Gomes; Renner, 1990).

3.4 Diagnóstico e Planejamento

Para ser confeccionada uma PPR, vários fatores devem ser levados em consideração, como diagnóstico, formulação e execução, um bom planejamento fundamentado nos princípios biomecânicos. O momento de planejamento da prótese é de extrema importância, uma vez que alguns autores relacionam o uso dos grampos com o desenvolvimento de cáries e doenças periodontais, além do comprometimento da estética quando colocado em região anterior. Uma vez que a PPR foi confeccionada de forma incorreta, pode conduzir ao aumento da mobilidade do dente, podendo favorecer a reabsorção do rebordo residual sob a base da prótese (Antenucci *et al.*, 2009).

O cirurgião-dentista tem total responsabilidade na execução e planejamento de uma PPR, proporcionando ao paciente uma limpeza efetiva de seus dentes sem grandes interferências da prótese por favorecer um acúmulo de biofilme ou dificuldade de limpeza (Witter *et al.*, 2011).

Ao receber a prótese, o paciente deve ser bem orientado em relação aos cuidados de higiene, uma vez que, não orientado, a prótese age como agente de acúmulo de placa, podendo levar a perda dos dentes saudáveis. De acordo com estudos realizados, uma correta higiene oral e da prótese conciliado a um

planejamento cuidadoso da PPR e consultas periódicas ao dentista promovem uma maior longevidade do tratamento protético realizado (Gomes; Renner, 1990).

Constantemente se vê a preferência por próteses sobre implantes descritas na literatura por devolverem dentes de forma fixa, melhora na qualidade de vida, melhor estética, além da PPR ser de difícil aceitação pelo paciente devido a estrutura metálica. Por outro lado, a presença de bons pilares hígidos e falta de recursos financeiros motivam a execução da reabilitação por PPR. O sucesso da reabilitação depende das metas definidas pelo cirurgião-dentista para uma melhor estética, funcionalidade e bem-estar do paciente (Wostmann *et al.*, 2005).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo do tipo qualitativo, consiste em um relato de caso clínico que foi realizado em um paciente cadastrado no banco de pacientes da Clínica Odontológica do Centro Universitário Christus.

4.2 Embasamento teórico

Para embasamento teórico e condução do caso de acordo com a literatura, realizou uma busca na base de dados PubMed com as palavras chaves: Fratura radicular. Reabilitação oral. Prótese parcial removível. Filtrados na língua inglesa.

4.3 Lócus do estudo

O caso foi realizado na Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS).

4.4 Aspectos éticos

O relato de caso clínico foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve aprovação sob o número de parecer nº7.419.240 (anexo 1). O paciente recebeu a proposta do plano de tratamento e ao concordar assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

5 RELATO DE CASO

Paciente R.F.S, sexo masculino, 43 anos, compareceu a Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), queixando-se de dor no dente 11 e querendo reabilitar ausências dentárias.



Figura 1: (A) Extraoral frontal; (B) Extraoral perfil direito

Fonte: Arquivo pessoal.

Durante o exame clínico e radiográfico foi observado que a paciente apresentava fratura radicular no dente 11, além de ausências dentárias nos dentes 23 e 17.



Figura 2: Radiografia periapical dentes 11, 12, 21 e 22

Na primeira sessão clínica, foi realizada a exodontia do elemento 11, seguida da instalação imediata de uma prótese adesiva provisória. Conduziu-se o protocolo de documentação radiográfica e fotográfica, incluindo registros iniciais extraorais e intraorais. Também foi realizada a atualização da anamnese e a solicitação de exames complementares, conforme necessário para o planejamento da reabilitação definitiva. Com os procedimentos executados nesta etapa, foi possível restabelecer, de forma imediata, a estética e a função mastigatória do paciente, promovendo conforto e segurança durante o período de transição protética.

Na condução da exodontia do elemento 11, inicialmente, foram aferidos os sinais vitais do paciente e por estarem dentro dos parâmetros procedeu-se com o passo a passo da cirurgia. Primeiramente realizou-se antissepsia intraoral com digluconato de clorexidina a 0,12% (Rioquímica) e antissepsia extraoral com clorexidina a 2,0% (Rioquímica). Em seguida, realizou-se a montagem do campo operatório, incluindo mesa cirúrgica, luvas estéreis e campo estéril. A anestesia tópica foi realizada com benzocaína 200mg/g (benzotop - DFL), seguida por anestesia infiltrativa terminal nos fundos de sulco do dente 11 e região interpapilar. O anestésico utilizado foi cloridrato de mepivacaína a 3%, associado à epinefrina.

A incisão intrasulcular foi realizada utilizando um cabo de bisturi nº 3 (Golgran) acoplado à lâmina nº 15 (Maxicor). O descolamento mucoperiosteal foi conduzido com o auxílio do descolador de molt nº 9 (Golgran). Para a diérese romba, utilizou-se uma alavanca reta (Golgran), buscando um ponto de apoio adequado para a luxação do elemento dentário, seguida pela adaptação do fórceps nº 150 (Golgran) para sua remoção.

Após a exodontia, procedeu-se à irrigação criteriosa do alvéolo com solução de soro fisiológica estéril, seguida da aplicação de compressa com gaze estéril para controle hemostático inicial. Com a redução e controle do sangramento, foi realizado o isolamento relativo do campo operatório utilizando roletes de algodão para a confecção da prótese adesiva provisória.

Para a confecção da prótese provisória adesiva com o próprio dente após o isolamento relativo realizou-se o condicionamento ácido dos elementos 12 e 21 com ácido fosfórico 37% (All prime) (figura 3).



Figura 3: Aplicação ácido fosfórico 37% sob isolamento relativo com rolete de algodão

Fonte: Arquivo pessoal

O condicionamento ácido foi restrito ao esmalte, abrangendo a superfície coronária remanescente do dente 11, bem como as superfícies mesial e palatina dos dentes 12 e 21, após o tempo de ação de 30 segundos e lavagem de 60 segundos, foi realizado a aplicação do *bond* nos mesmos elementos que receberam o condicionamento ácido. Esse protocolo visou promover retenção adequada para a fixação da prótese adesiva provisória, respeitando os princípios da odontologia minimamente invasiva.



Figura 4: Condicionamento ácido com ácido fosfórico da coroa do remanescente dentário submetido à exodontia.

Fonte: Arquivo pessoal

A fixação da coroa remanescente do elemento 11 ocorreu com auxílio de um fio ortodôntico que foi devidamente selecionado e medido de acordo com o

tamanho necessário (figura 5). A adaptação da estrutura foi utilizada como reforço para a prótese adesiva, etapa prévia à sua adaptação e fixação com resina composta A3,5 (Z350 - 3M) nas superfícies palatinas dos dentes adjacentes.

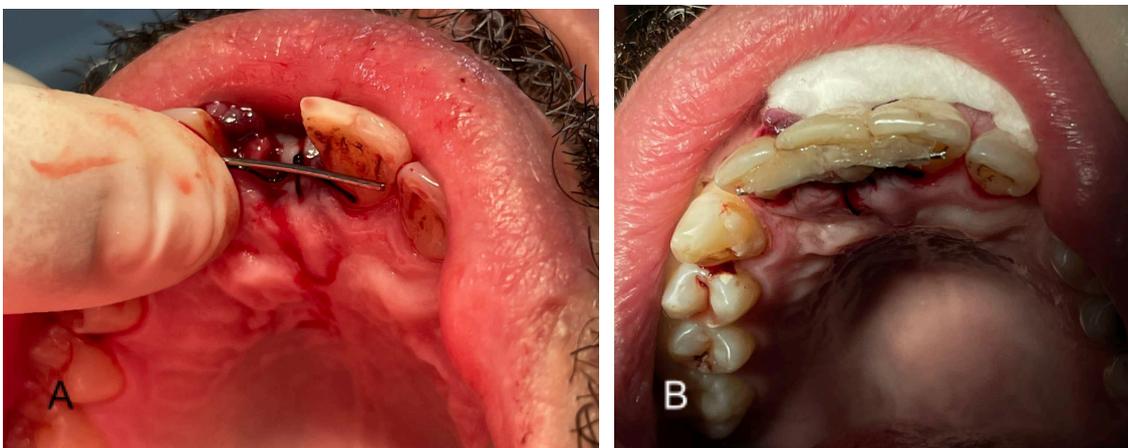


Figura 5: (A) Medição do fio ortodôntico; (B) Adaptação da resina composta na face palatina fixando o remanescente e fio ortodôntico.

Fonte: Arquivo pessoal

Como reforço realizou-se, ainda, a utilização de um incremento de resina pela vestibular (figura 6), com o objetivo de aumentar a estabilização e retenção da prótese adesiva provisória, com restauração estética e funcional da área edentada. Além disso, executou-se o acabamento e polimento para reduzir o acúmulo de biofilme durante o processo de cicatrização.



Figura 6: Adaptação da resina composta pela face vestibular.

Fonte: Arquivo pessoal.

Optou-se pela utilização da coroa clínica do próprio dente do paciente como elemento protético na confecção da prótese adesiva imediata por ser uma abordagem com o objetivo de preservar a naturalidade estética, proporcionando um

resultado visual imperceptível e garantindo ao paciente a sensação de continuidade anatômica, como se nenhum procedimento cirúrgico tivesse sido realizado.

Como adjuvante foi realizado o protocolo de laserterapia com laser vermelho de 2 joules (J) em dois pontos específicos: um ponto na região vestibular e outro na região palatina, com o objetivo de promover analgesia local e auxiliar nos processos de cicatrização tecidual pós-operatória.

O paciente recebeu as orientações e prescrição pós-operatória (Dipirona 500mg a cada 6 horas, durante 3 dias, em caso de dor. Nimesulida 100mg a cada 12 horas, durante 3 dias). As orientações pós-operatórias incluíram evitar esforços físicos excessivos, manter uma alimentação líquida a pastosa, especialmente nos primeiros dias, evitar alimentos e bebidas quentes para prevenir irritação na área tratada, aplicação de compressas de gelo nas primeiras 48 horas após o procedimento, visando reduzir o inchaço e o desconforto. Foi agendado retorno para avaliação pós-operatória após 7 dias e no retorno observou-se cicatrização dentro dos padrões da normalidade e foi removido a sutura, assim como ajuste da resina.

Após a completa cicatrização gengival, foi iniciado o processo de confecção da prótese parcial removível. Para isso, realizou-se a moldagem de estudo, 14 dias após o procedimento cirúrgico. Essa moldagem foi executada utilizando material hidrossolúvel tipo alginato (*Hydrogum Five - Zhermack*) seguindo as instruções do fabricante, isso proporcionou a precisão necessária para a obtenção das bases protéticas adequadas. A partir dessa moldagem foi confeccionado o modelo de gesso (figura 7) para planejamento protético pelo delineamento.



Figura 7: Modelo de estudo
Fonte: Arquivo pessoal

No delineamento foram escolhidos todos os apoios, grampos, nichos e a infraestrutura metálica, conforme as necessidades clínicas do caso (quadro 1).

Tabela 1 - Descrição do planejamento realizado no delineamento

Classificação de Kennedy	Classe III, modificação 2.
Nichos	Palatina dos dentes 12, 21 e 22 Mesial do dente 24 Distal dos dentes 26 e 16 Mesial do dente 27
Conector Maior	em U
Apoio	Mesial do dente 24 Distal do dente 16 Palatina dos dentes 12 e 21
Grampos	Circunferenciais simples no dente 16 Grampo circunferencial geminado nos dentes 26 e 27

O delineamento foi realizado utilizando o método das tentativas em paralelômetro, equipamento essencial para determinar com precisão os elementos de retenção, estabilidade e suporte da PPR. Para isso, o modelo de gesso foi posicionado de forma estável na base do paralelômetro. Inicialmente, o modelo foi mantido em uma posição horizontal neutra para avaliação preliminar.

Com o auxílio do analisador (barra paralela do paralelômetro), realizou-se a análise das superfícies proximais e dos dentes pilares. Foram feitas inclinações suaves do modelo (ântero-posterior e látero-lateral) a fim de encontrar a direção de inserção ideal, que proporcionasse: Maior número de áreas retentivas em esmalte, menor interferência de retentores gengivais, direção que permitisse inserção/desinserção eficiente da prótese e paralelismo adequado entre os planos guia.

As áreas retentivas foram identificadas com o analisador e marcadas com grafite específico nas seguintes regiões: Mesial e palatina dos dentes 12, 21 e 22, mesial do dente 24, distal dos dentes 26 e 16 e mesial do dente 27. Essas

marcações serviram de referência para posicionamento de grampos e apoio de retenção indireta.

Foram definidos os planos guia nas superfícies proximais dos dentes pilares (12, 21, 24, 26 e 27), observando a necessidade de remoção de pequenas áreas de interferência e criação de superfícies paralelas à direção de inserção. Nas áreas que apresentaram retenções indesejadas, foi indicada a remoção seletiva com fresas ou instrumentos abrasivos, visando corrigir a anatomia para adequação ao paralelismo dos planos guia e evitar bloqueios à inserção.

Após análise completa, foram definidos: Grampos circunferenciais simples e geminados nos dentes 16, 26 e 27, apoios oclusais e palatinos nos dentes 12, 21, 24 e 16 e conector maior em formato de U, adaptado ao contorno palatino, respeitando áreas anatômicas e de conforto.

O delineamento foi realizado com base no método analítico em paralelômetro, envolvendo: Posicionamento estável do modelo, análise da direção ideal de inserção, marcação de áreas retentivas e planos guia, correção de retenções indesejadas, planejamento completo da infraestrutura metálica com definição dos componentes biomecânicos.

Na sessão subsequente, foi realizada a confecção dos nichos com as brocas 2131 e 3131 nos dentes que no planejamento deveria ser confeccionado os apoios. Após isso, para a moldagem de trabalho foi utilizado a silicona de condensação pesada e leve (PERFIL – VIGODENT) para arcada superior com moldeira de tamanho S 2. Para garantir o correto ajuste da prótese e moldagem da arcada inferior com alginato (*hydrogum 5 – Zhermack*) e moldeira I1.

Após essa etapa, o modelo de gesso da arcada inferior foi enviado ao laboratório junto com a moldagem da arcada superior para vazamento do modelo no próprio laboratório para a confecção da infraestrutura metálica, garantindo que a base da prótese fosse estruturada de forma adequada e funcional.

Ao receber a infraestrutura metálica pronta, procedeu-se à prova clínica, verificando seu ajuste nos nichos previamente preparados. Durante essa etapa, avaliou-se a adaptação da infraestrutura tanto nos dentes quanto na gengiva, a fim de assegurar a estabilidade e conforto da prótese. Além disso, foi realizada a escolha da cor dos dentes artificiais, com base na coloração dos dentes naturais

presentes na cavidade oral, para garantir uma harmonização estética e evitar discrepâncias na tonalidade.

Na etapa seguinte, foi realizada a prova dos dentes artificiais montados em cera, com o objetivo de verificar aspectos estéticos, fonéticos e funcionais da prótese. Durante essa fase, foram avaliados o posicionamento dentário, a harmonia com os dentes remanescentes, a linha do sorriso, o suporte labial e a oclusão. Após a confirmação de que todos os parâmetros estavam satisfatórios, a prótese foi encaminhada ao laboratório para a fase de acrilização definitiva.

Após o retorno da prótese parcial removível acrilizada pelo laboratório, foi realizada a prova clínica da peça finalizada, com verificação criteriosa de sua adaptação, estabilidade, retenção, estética e oclusão. Durante essa etapa, observou-se a presença de um grampo metálico em região anterior, considerada zona estética, o qual não havia sido previamente solicitado ao laboratório. Diante disso, optou-se pelo reenvio da prótese ao laboratório para remoção do grampo indesejado.

Além disso, ao realizar o ajuste oclusal clínico, foi identificado que a infraestrutura metálica se apresentava espessa, dificultando o ajuste adequado das relações interoclusais. Foi então realizado registro oclusal com silicona de adição, a fim de guiar o técnico de prótese nos ajustes necessários. A prótese foi novamente encaminhada ao laboratório para remoção do grampo, refinamento oclusal e ajustes na espessura da infraestrutura metálica, garantindo conforto e função ao paciente.

Após o retorno da prótese parcial removível do laboratório com os devidos ajustes, foi realizada a instalação clínica definitiva (figura 8). A prótese foi cuidadosamente adaptada em boca, com verificação da estabilidade, retenção, conforto, oclusão e estética (figura 9). Em seguida, foram fornecidas ao paciente todas as orientações de uso, higienização e manutenção, bem como recomendações quanto ao período de adaptação e necessidade de retornos periódicos para reavaliação e eventuais ajustes.

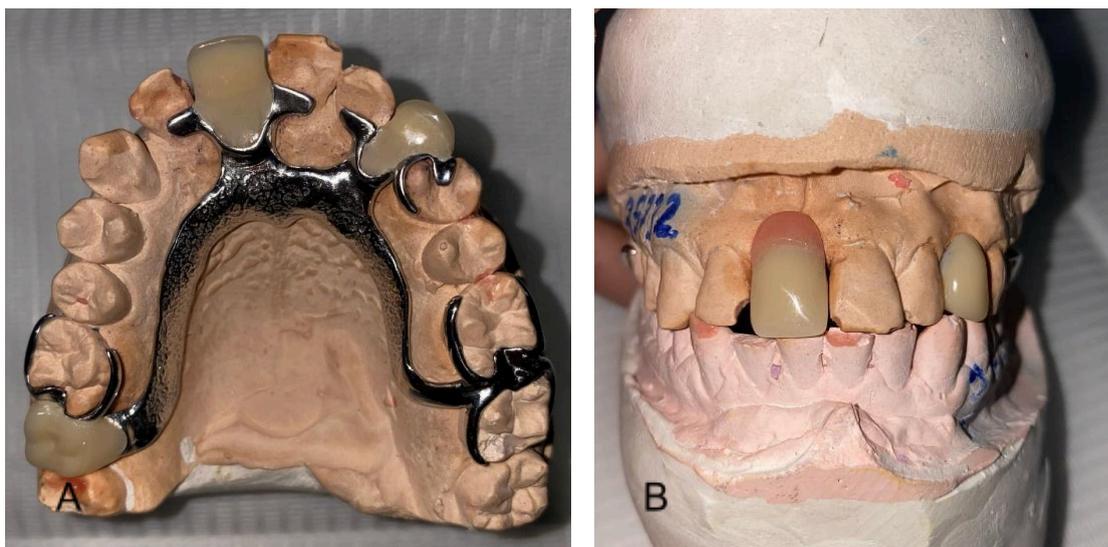


Figura 8: (A) PPR pela visão palatina; (B) PPR pela visão vestibular.
Fonte: Arquivo pessoal.

No dia da instalação foi passado as orientações ao paciente sobre como inserir e remover a PPR em boca. Assim, foi repassado que o paciente sempre a manipular com cuidado, segurando pelos grampos ou base metálica/resina; nunca forçar a inserção com mordida direta, isso pode danificar os dentes ou a estrutura da prótese; para remover, utilize movimentos suaves de alavanca nos grampos ou alças indicadas.

Foi repassado ainda que seria normal sentir desconforto nos primeiros dias, como sensação de corpo estranho, aumento de salivação ou leve dificuldade para falar. Além disso, que a fonética melhora com o uso diário; ler em voz alta ajuda na adaptação, a utilização da prótese por períodos progressivamente maiores, conforme orientação do cirurgião-dentista.

Como passo crucial no plano de tratamento protético, foram repassadas as instruções de higiene da prótese: Remover a prótese após as refeições e lave com escova macia e sabão neutro (nunca com pasta de dente); nunca usar água quente para higiene, pois pode deformar a prótese; fazer limpeza diária em todas as superfícies: dentes artificiais, grampos e base; evitar deixar resíduos alimentares, pois isso favorece cáries e inflamações gengivais; quanto à higiene bucal: Escovar os dentes remanescentes duas a três vezes ao dia com creme dental fluoretado. Usar fio dental e, se possível, escovas interdentais nas regiões com grampos.

Os dentes pilares devem ser monitorados com cuidado para evitar desmineralização ou fraturas. Por isso, é de grande importância consultas de manutenção para revisão, ajustes, polimento e reembasamento quando necessário. Ao notar afrouxamento de grampos, dor, feridas, fraturas ou mobilidade, foi repassado que o paciente retorne e entre em contato imediatamente. PPRs devem ser avaliadas regularmente — em média, a cada 6 a 12 meses. A PPR não é substituta dos cuidados com a saúde bucal. O sucesso do tratamento depende do seu uso correto e manutenção da saúde dos dentes e gengivas.



Figura 9: Entrega da prótese

Fonte: Arquivo pessoal

Durante a instalação da PPR, foi observada uma discrepância no alinhamento incisal entre o dente protético (11) e o dente natural adjacente (21) (figura 10). Diante dessa assimetria estética, indicou-se a realização de um recontorno incisal com resina composta no dente 21, a fim de harmonizar o sorriso e garantir melhor integração entre a prótese e os dentes naturais.

Para isso, foi selecionada a cor com auxílio da escala Vita Classical, com o objetivo de obter correspondência cromática com os dentes adjacentes. Realizado anestesia local com lidocaína 2% associada à epinefrina e isolamento absoluto com

lençol de borracha (*All Prime*) do campo operatório, garantindo controle de umidade e melhor adesão. Um bisel palatino e incisal foi realizado no dente 21 com ponta diamantada 2135 para favorecer a transição estética entre o dente natural e a resina composta.



Figura 10: Aspecto intraoral após entrega da prótese
Fonte: Arquivo pessoal.

No sistema adesivo foi realizado o condicionamento ácido com ácido fosfórico a 37% (*All Prime*) por 30 segundos sobre o esmalte do dente preparado. Aplicação do sistema adesivo *Clearfil SE Bond*, estabeleceu-se respeitando o protocolo de fotopolimerização do fabricante. Foi utilizado *bond* em esmalte sob agitação com microbrush (*All Prime*) e fotopolimerização por 40 segundos.

A reanatomização ocorreu pela maneira incremental com inserção de incrementos de resina composta de dentina A3,5 (*Empress direct*), seguidos por camadas de resina de esmalte A3,5 (*Empress direct*), respeitando a estratificação óptica e anatômica do dente e fotopolimerização por 40 segundos. O acabamento inicial foi realizado com discos abrasivos *Sof-Lex* para ajuste de contorno e textura superficial. O polimento final foi realizado sete dias após o procedimento restaurador, utilizando Pasta de Polimento Diamantada (AF do Brasil) associada à escova de carbeto de silício, conferindo brilho e lisura à superfície restaurada (figura 11).



Figura 11: Resultado final. (A) Sorriso; (B) Sorriso de perfil; (C) Paciente sorrindo.
Fonte: Arquivo pessoal.

6 DISCUSSÃO

Grande parte da população brasileira não tem condições de realizar tratamento reabilitadores com a utilização de implantes e próteses sobre implantes, sejam elas por motivos de saúde ou econômicos, visto que são procedimentos invasivos e dispendiosos, por isso, as próteses parciais removíveis convencionais ainda são uma excelente alternativa para reabilitação oral, devolvendo função e estética (Nícoli *et al.*, 2018).

No caso apresentado, foi oferecido para o paciente as opções de reabilitações, dentre elas o implante, onde ele informou que tinha o desejo de reabilitar, principalmente por se tratar de uma perda dentária anterior, prejudicando dentre todos os outros fatores, a estética, porém, ele não tinha condições financeiras para arcar com os custos do implante, prótese imediata e posteriormente prótese definitiva. Por isso, foi indicado e realizado a reabilitação com PPR, visto que possui um custo menor considerado a reabilitação com implante. Diante do tempo clínico para entrega da PPR, foi realizado uma prótese adesiva imediata após exodontia do dente 11.

A técnica de prótese adesiva consiste em utilizar materiais que se aderem aos dentes para substituir dentes ausentes, sem necessidade de desgastar muito os dentes que servem de apoio. Um desses materiais é uma resina composta, que se adapta e se fixa bem à prótese adesiva (Campanha *et al.*, 2005). No caso em questão, foi realizada uma prótese adesiva com a coroa do dente do paciente, usando os dentes vizinhos como suporte para uma prótese unitária feita de resina composta com estabilização do fio ortodôntico por palatina. O propósito foi devolver a função e a estética do dente 11, de maneira não invasiva. O procedimento foi feito garantindo que a prótese ficasse bem ajustada, sem interferir na oclusão. Os resultados obtidos através do tratamento consistem na melhoria da capacidade de mastigação e na confiança do paciente.

As próteses parciais fixas adesivas tiveram início na França, na década de 70, no qual foi descrita a utilização de uma estrutura metálica perfurada cimentada a dentes periodontalmente comprometidos com o objetivo de esplintá-los. O seu uso estendeu-se à reposição de dentes perdidos, surgindo, dessa forma, as primeiras próteses parciais baseadas no princípio de adesão da estrutura metálica ao pilar. Essas próteses foram amplamente utilizadas em pequenos espaços

edêntulos por causa do seu baixo custo, por serem de fácil execução e apresentarem estética aceitável. Contudo, o entusiasmo inicial sofreu um abalo devido aos altos índices de insucesso ocasionados pela utilização incorreta das próteses adesivas, pela forma de preparo e pela adesão deficiente das próteses (Campanha *et al.*, 2005).

A retenção destas próteses baseava-se somente na penetração da resina acrílica nas perfurações existentes na estrutura metálica das próteses. Tendo em vista essas limitações, o condicionamento eletrolítico da face interna do retentor foi idealizado na Universidade de *Maryland*, com o objetivo de promover poros na estrutura que possibilitariam a sua retenção. Posteriormente, o desenvolvimento de mecanismos de adesão entre a estrutura dental e a estrutura metálica da prótese e a definição dos princípios de preparo possibilitaram a obtenção de próteses mais conservadoras, favorecendo o sucesso dessa modalidade de tratamento. Entretanto, em razão da grande exigência estética por parte da sociedade moderna e da desvantagem da menor biocompatibilidade inerente às ligas metálicas utilizadas na confecção das próteses adesivas convencionais, os pesquisadores preocuparam-se em empregar materiais que não necessitam de estrutura metálica (Cabral; Gabrielli, 1988).

Desse modo, eliminou-se um dos principais problemas estéticos relacionados ao uso de próteses adesivas, qual seja o aparecimento de uma linha acinzentada na região incisal do retentor que se visualiza nas próteses adesivas convencionais. Para isso, começaram a utilizar materiais como cerâmicas de alta resistência e resinas compostas reforçadas por fibras, que, por causa da evolução de suas propriedades físicas e mecânicas, tiveram o seu uso estendido à confecção das próteses fixas adesivas atualmente (Campanha *et al.*, 2005).

No caso relatado, a prótese adesiva continuou sendo utilizada em todas as etapas da PPR, visto que ela ofereceu uma boa estabilidade e estética ao paciente. Ao realizar moldagens, confecção de nichos, prova da infraestrutura, dentre outros, a prótese adesiva era removida para realizar o procedimento e posteriormente fixada com resina composta pelas faces vestibular e palatina.

A associação entre redução do edentulismo, aumento da expectativa de vida e crescimento populacional, indica que uma maior proporção de adultos e idosos estará parcialmente desdentada, necessitando de reabilitação com PPF ou

PPR. Essas mudanças provavelmente serão acompanhadas por uma diminuição na demanda por PT. Na Europa, estima-se que a redução da necessidade de PT nos próximos 20 anos será em torno de 50 a 60%. Estimativas baseadas em dados de pesquisa epidemiológica nos EUA indicam que o edentulismo tem declinado 10% a cada década e que somente 90% dos adultos edêntulos têm e usam dentaduras. Assim, o declínio no edentulismo experimentado a cada década pelos últimos 30 anos estaria mais que compensado pelos 79% de aumento na população adulta com mais de 55 anos (Patwa *et al.*, 2025).

Mais importante do que conhecer as indicações de uma PPR é a conscientização do próprio dentista a respeito dos bons resultados que ela pode oferecer. Se o profissional for descrente no que faz, torna-se difícil esperar o sucesso deste sistema reabilitador (Neto *et al.*, 2011). A evolução científica, especialmente na área da Periodontia, como o consenso de que o biofilme dentário é o principal, e provavelmente, o único responsável pela gengivite e periodontite, estimulou os protesistas na aplicação de estratégias de manutenção dos seus tratamentos. Assim, hoje se sabe que o sucesso da reabilitação com PPR está diretamente relacionado à importância dada à higiene oral e controles periódicos, visto que a presença de tal aparelho na boca aumenta a possibilidade de adesão do biofilme dentário e exige maiores cuidados com a higienização (Gomes; Renner, 1990).

Com os resultados obtidos, o plano de tratamento inicialmente proposto foi concluído. Esse plano tinha como objetivo a reabilitação oral do paciente, inicialmente sendo realizado exodontia do elemento fraturado, seguida por prótese adesiva do dente 11 e confecção de PPR, reabilitando todas as ausências dentárias. Embora outras modalidades de tratamento pudessem ser indicadas para este caso, como prótese fixa ou implantes osseointegrados, optou-se pela confecção de uma PPR em razão de fatores clínicos, funcionais e socioeconômicos. A PPR permitiu a reabilitação das ausências dentárias em uma única estrutura protética, promovendo a restauração da função mastigatória e da estética de forma eficiente. Além disso, o tratamento evitou a necessidade de procedimentos cirúrgicos adicionais, representando uma alternativa menos invasiva, financeiramente acessível e reversível para o paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a conduta terapêutica adotada neste caso clínico resultou em um desfecho clínico satisfatório, com a prótese provisória sendo eficaz durante o seu tempo em boca e com a instalação bem-sucedida da PPR definitiva superior. A reabilitação foi eficaz tanto do ponto de vista estético quanto funcional, proporcionando melhora na mastigação, fonética e harmonia do sorriso. O paciente relatou alto grau de satisfação com o resultado, o que refletiu positivamente em sua autoestima e qualidade de vida. O uso da PPR demonstrou que, mesmo em meio à evolução tecnológica, ainda é uma alternativa viável, conservadora e acessível para casos de perdas dentárias múltiplas.

REFERÊNCIAS

- ANTENUCCI, R. M. F. *et al.* Sistemas de encaixes em prótese parcial removível: classificação e indicação. **Revista de Odontologia de Araçatuba (Impr.)**, p. 63–70, 2009. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/3f9ddc79-feb9-4c4c-b5f2-a2ca0508fc1e/content>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- AWADALAKREEM, F. *et al.* Oral rehabilitation of maxillofacial trauma using fixed corticobasal implant-supported prostheses: A case series. **International Journal of Surgery Case Reports**, v. 100, p. 107769, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36302317/>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- BARROS, I. R. V. *et al.* Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 45, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3187>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- BRAUNER, E. *et al.* Dental management of maxillofacial ballistic trauma. **Journal of Personalized Medicine**, v. 12, n. 6, p. 934, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9225066/>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- CABRAL A.J.; GABRIELLI F. Retention of bonded prostheses. Traction resistance, effect of retention artifacts and composite resins. **RGO**, v.36, n.2, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3076694/>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- CAMPANHA, N. H. *et al.* Próteses adesivas sem metal: Uma revisão de literatura. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 34, n. 3, 2005. Disponível em: <https://revodontolunesp.com.br/article/588017af7f8c9d0a098b4858>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- FERREIRA FILHO, M. J. S. *et al.* Reabilitação oral com prótese parcial removível dupla: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 16934–16947, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24907>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- FREITAS, A. P. *et al.* Prótese parcial removível: aspectos estéticos e funcionais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 76, n. 1, p. 45-50, 2019. Disponível em: <https://www.grupounibra.com/repositorio/ODONT/2023/reabilitacao-oral-com-protese-parcial-removivel-do-tipo-overlay-para-restabelecimento-da-dimensao-vertical-de-oclusao-relato-de-caso.pdf>. Acesso em: 16 de março de 2025.
- GOMES, B. C.; RENNER, R. P. Periodontal considerations of the removable partial overdenture. **Dental Clinics of North America**, v. 34, n. 4, p. 653–668, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2227039/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

MAGNO, M. B. *et al.* Associations and risk factors for dental trauma: A systematic review of systematic reviews. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 48, n. 6, p. 447-463, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893395/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

NETO, A. F.; CARREIRO, A. da F. P.; RIZZATTI-BARBOSA, C. M. A prótese parcial removível no contexto da odontologia atual. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 10, n. 2, p. 125-128, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/87803509/A_Pr%C3%B3tese_parcial_remov%C3%ADvel_no_contexto_da_odontologia_atual. Acesso em: 16 de março de 2025.

NÍCOLI, L. G. *et al.* Multidisciplinary approach to oral rehabilitation with dental implants after gunshot injury: A clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 119, n. 3, p. 329-333, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28645669/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

PATWA, N. *et al.* Enhancing circular economy practices in Asia through digitalization and infrastructure. **Academia Environmental Sciences and Sustainability**, v. 2, n. 1, 2025. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/389832600_Enhancing_circular_economy_practices_in_Asia_through_digitalization_and_infrastructure. Acesso em: 16 de março de 2025.

REZENDE, R. I.; HIIBNER, T. R.; ZANATTA, J. V. Prótese total e parcial removíveis: uma análise retrospectiva de eventos pré e pós instalação. **Saúde e Pesquisa**, v. 2, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/12308>. Acesso em: 16 de março de 2025.

ROCCIA, F. *et al.* World Oral and Maxillofacial Trauma (WORMAT) project: A multicenter prospective analysis of epidemiology and patterns of maxillofacial trauma around the world. **Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 123, n. 6, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35545192/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

SILVA, B. F. *et al.* Evaluation of masticatory performance and level of satisfaction of users of removable partial dentures: emphasis on the importance of RPDs in the age of implantology. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29550>. Acesso em: 16 de março de 2025.

SILVA JUNIOR, E. Z. *et al.* Prognóstico e tratamento da avulsão dentária: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilofacial**, v. 15, p. 39-42, 2015. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2015/3/Artigo7V15n3.pdf>. Acesso em: 16 de março de 2025.

SOUZA, B. L. M. *et al.* Manejo de trauma dentoalveolar: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilofacial**, v. 14, p. 59-64, 2014. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-52102014000100011. Acesso em: 16 de março de 2025.

WILTSHIRE W.A. Resin bonded fixed partial dentures utilizing additional pin retention. **Quintessence Int**, v. 17, n. 6, 1986. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3523586/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

WITTER, D. J. Het ontwerpen van convencionalele frameprothesen. **Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde**, v. 02, p. 79–87, 2011. Disponível em: <https://www.miradenture.com/wp-content/uploads/2018/07/Het-ontwerpen-van-conventionele-frameprothesen.pdf>. Acesso em: 16 de março de 2025.

WÖSTMANN, B. *et al.* Indications for removable partial dentures: a literature review. **The International Journal of Prosthodontics**, v. 18, n. 2, p. 139–145, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15889662/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

WUSIMAN, P. *et al.* Epidemiology and pattern of oral and maxillofacial trauma. **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 31, n. 5, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32569059/>. Acesso em: 16 de março de 2025.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Dados de identificação Título do Projeto:
 "Reabilitação oral de paciente vítima de trauma em dente anterior: Da exodontia a confecção
 de prótese parcial removível - Relato de caso" Pesquisador Responsável: Flávia Jucá Alencar e
 Silva Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Christus
 (Unichristus) Telefones para contato: (85) 981747878 - (85) 985096954 / E-mail:
flavia.silva@unichristus.edu.br CEP/FChristus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep:
 50190-060 – Fone: (85) 3265-6668

Nome do voluntário:

Renato Ferreira de Sousa

Idade: 43 anos

R.G. 990240266-45

Responsável:

Legal: _____

R.G. Responsável

Legal: _____

O (A) Sr (a) Renato Ferreira de Sousa

P.G. 990240266-45, responsável legal

por _____

R.G. _____ está sendo convidado(a) a participar da projeto de
 pesquisa intitulado "Reabilitação oral de paciente vítima de trauma em dente anterior: Da
 exodontia a confecção de prótese parcial removível - Relato de caso" de responsabilidade de
 profa. M.a. Flávia Jucá Alencar e Silva . O aceite da participação implica na utilização de dados
 clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas do caso clínico/cirúrgico e documentação
 radiológica que se encontram em seu prontuário, para apresentação como trabalho de
 conclusão de curso e publicação do caso em revista científica como "Relato de caso" de
 responsabilidade da pesquisadora. O objetivo desta pesquisa é apresentar um relato de caso
 clínico no qual foi realizada reabilitação oral de um paciente vítima de trauma radicular do
 dente 11 com prótese parcial removível. Como benefícios esperados, este relato de caso busca
 a reabilitação oral de paciente vítima de trauma em dente anterior: Da exodontia a confecção
 de prótese parcial removível - Relato de caso. Os benefícios permeiam duas esferas: (1)
 resolução do problema clínico apresentado pelo paciente com melhoria estética e função do
 dente; (2) compartilhar experiência com a comunidade científica, principalmente alunos de
 graduação sobre protocolos clínicos de paciente vítima de trauma que necessitam de
 reabilitação protética. Os riscos esperados da presente pesquisa são considerados baixos em
 virtude dos protocolos clínicos propostos serem bem estabelecidos na literatura. Entretanto,
 diante de riscos esperados e/ou possíveis como o transtorno do participante em participar
 deste relato de caso ou mesmo possíveis infortúnios que possam ser gerados durante o curso
 da pesquisa, o(a) participante tem o total direito de recusar em participar ou mesmo desistir a
 qualquer momento sem acarretar qualquer penalidade ao mesmo. O plano de cuidados
 proposto será realizado, independente da participação do paciente na pesquisa. A sua
 autorização é voluntária e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou
 modificação na forma em que é atendido (a) pela equipe multiprofissional e pesquisadores. Os
 pesquisadores irão tratar a sua identidade com sigilo. O relato do caso estará à sua disposição

quando finalizado. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (a) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao (a) Sr (a).

Eu, Renato Ferreira de Sousa
RG nº 990280286-45 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza (CE), 24 de Setembro de 2024

Nome do paciente ou seu responsável legal

Renato

Assinatura do paciente ou responsável legal

Renato F. de Sousa

Testemunha

Testemunha

ANEXOS



CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM DENTE ANTERIOR - DA EXODONTIA A CONFECÇÃO DE PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL - RELATO DE CASO.

Pesquisador: FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86036424.1.0000.5049

Instituição Proponente: Unichristus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.419.240

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de caso do tipo prospectivo no qual paciente selecionado irá realizar reabilitação protética seguida de uma exodontia com prótese adesiva imediata em dente anterior mediante planejamento e plano de cuidados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente trabalho é relatar uma reabilitação protética seguida de uma exodontia com prótese adesiva imediata em dente anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios permeiam duas esferas: 1) resolução do problema clínico apresentado pelo paciente com melhoria estética e função do dente; 2) maior interação com a comunidade científica, principalmente alunos de graduação sobre protocolos clínicos que necessitam de reabilitação protética.

Os riscos esperados são considerados baixos em virtude dos protocolos clínicos previamente estabelecidos na literatura. Portanto, as considerações éticas são importantes: a) a elaboração de riscos esperados ou possíveis como constrangimento do participante em participar deste trabalho; b) o participante tem o total direito de recusar em participar ou mesmo desistir a qualquer momento sem acarretar qualquer penalidade ao mesmo.

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.419.240

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Paciente previamente selecionado irá ser submetido a realização de uma exodontia em um paciente que apresentava fratura radicular no dente 11, posteriormente reabilitado com prótese parcial removível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adequado e assinado pelo participante do relato de caso e anuência da CEO devidamente assinada e preenchida. Cronograma tem início previsto para fevereiro/2025.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa sem pendências éticas ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2451309.pdf	26/11/2024 16:40:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_LAIS.pdf	26/11/2024 16:38:21	FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	26/11/2024 16:34:10	FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA.pdf	26/11/2024 16:34:01	FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	26/11/2024 16:33:12	FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PESQUISA.pdf	26/11/2024 16:14:10	FLAVIA JUCA ALENCAR E SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, nº 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br



Continuação do Parecer: 7.419.240

FORTALEZA, 28 de Fevereiro de 2025

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, n° 133, térreo, salas T11 e T12 - Prédio Central
Bairro: Cocó **CEP:** 60.190-060
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3265-8187 **E-mail:** cep@unichristus.edu.br