

# PLANEJAMENTO REVERSO E REABILITAÇÃO COM PRÓTESE TOTAL IMEDIATA ASSOCIADA À CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA: RELATO DE CASO

*REVERSE PLANNING AND REHABILITATION WITH IMMEDIATE COMPLETE DENTURE ASSOCIATED WITH PRE-PROSTHETIC SURGERY: A CASE REPORT*

**Fernanda de Azevedo Rodrigues**

Ceuni-Fametro, Brasil

**Fernanda Matos da Silva**

Ceuni-Fametro, Brasil

**Sílvia Karla Costa**

Ceuni-Fametro, Brasil

**Thaís Silva e Silva**

Ceuni-Fametro, Brasil

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i5.650>

Aceito em: 13.05.2026

**Resumo:** A perda dentária extensa compromete não apenas a função mastigatória, mas também a estética e a autoestima dos pacientes. O propósito deste estudo é relatar um caso clínico de reabilitação oral com prótese total imediata superior associada à múltiplas exodontias e cirurgia pré-protética. Paciente do sexo masculino, 42 anos, compareceu à Clínica de Estágio do Centro Universitário Fametro Curso de Odontologia, com queixa principal: “queria extrair os dentes quebrados e fazer prótese”. Após anamnese, o diagnóstico apresentou perda dentária superior extensa e parcial em arco inferior. Foi realizado planejamento protético reverso, permitindo a confecção antecipada da prótese. Durante o procedimento cirúrgico, foram realizadas as exodontias dos elementos dentários remanescentes, seguidas de regularização do rebordo alveolar por meio de alveoloplastia, com auxílio de guia cirúrgico para melhor previsibilidade. Na mesma sessão, foi realizada a instalação da prótese total imediata, com o objetivo de restabelecer provisoriamente função e estética. No acompanhamento pós-operatório, observou-se boa evolução do processo de cicatrização, sendo necessário o reembasamento da prótese em razão das alterações do rebordo alveolar. O caso evidenciou resultados satisfatórios, com melhora na adaptação da prótese, conforto e recuperação estética do paciente, reforçando a importância do planejamento adequado e do acompanhamento clínico para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Prótese total imediata; Cirurgia Bucal; Alveoloplastia.

**Abstract:** Extensive tooth loss compromises not only masticatory function but also patients' esthetics and self-esteem. The aim of this study was to report a clinical case of oral rehabilitation with a maxillary immediate complete denture associated with multiple tooth extractions and pre-prosthetic surgery. A 42-year-old male patient attended the Dental School Clinic of Centro Universitário Fametro with the chief complaint of wanting to have his fractured teeth extracted and receive a denture. After anamnesis, the diagnosis revealed extensive maxillary tooth loss and partial mandibular edentulism. Reverse prosthetic planning was performed, allowing the denture to be fabricated in advance. During the surgical procedure, the remaining teeth were extracted, followed by alveolar ridge regularization through alveoloplasty assisted by a surgical guide, improving predictability. In the same session, the immediate complete denture was installed to temporarily restore function and esthetics. During postoperative follow-up, satisfactory healing was observed, although denture relining was necessary due to alveolar ridge remodeling. The case demonstrated satisfactory results, with improvement in denture adaptation, comfort, and esthetic recovery, reinforcing the importance of adequate planning and clinical follow-up for treatment success.

**Keywords:** Immediate complete denture; Oral Surgery; Alveoloplasty.

## Introdução

A qualidade de vida à saúde bucal influencia diretamente a um processo contínuo; ter saúde completa depende de fatores que, juntos, refletem para as pessoas o bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidades. Conseqüentemente, evidenciam que alterações na saúde bucal, tais como perda dentária, presença de dor, dificuldades mastigatórias e limitações funcionais, exercem influência significativa sobre a percepção individual da própria saúde oral. Fatores como idade, nível educacional e condições financeiras estão diretamente associados à forma como cada pessoa avalia e à real condição de saúde bucal (Ramos, Soares, 2021; Gomes *et al.*, 2025).

Neste cenário, a perda parcial ou total dos dentes gera consequência marcante no cotidiano dos indivíduos. Esse processo é mais acentuado em razão da arcada reduzida, prejudicando e comprometendo as necessidades básicas, a oclusão, a fala e a estética, além de influenciar aspectos sociais e psicológicos, comprometendo também a autoestima e a interação social dos indivíduos, sendo esses efeitos mais acentuados em populações com menor nível educacional e em idades mais avançadas (Escobar *et al.*, 2024; Assunção; Silva; Silva, 2026). A princípio, a ausência dos dentes em adultos e idosos tem sido continuada e marcada com prevalência pela presença de cárie não tratada, e pela medida tardia para procedimentos odontológicos e conseqüentemente para a progressão de doenças periodontais.

Neste contexto, o preparo pré-protético antecede a instalação da prótese e a abordagem cirúrgica constitui etapa fundamental para o sucesso da reabilitação oral. Procedimentos cirúrgicos podem ser empregados para corrigir irregularidades ósseas, remover excessos de tecido

mole ou promover a remodelação do rebordo alveolar, favorecendo, assim, a adaptação protética e a distribuição equilibrada das forças mastigatórias (Hupp, 2020; Gomes *et al.*, 2018).

Dessa forma, evidencia-se que a integração entre planejamento cirúrgico e reabilitação imediata é essencial para alcançar resultados funcionais e um prognóstico satisfatório a curto ou a longo prazo. Ressalta-se que a indicação dessas abordagens deve ser criteriosa, avaliação clínica e planejamento, selecionando para abordar cada caso (Terheyden *et al.*, 2023).

A importância da prótese total imediata (PTI) é basicamente uma dentadura para restabelecer as funções estomatognáticas na devolução de função mastigatória, fonação, estética e autoestima. A prótese também protege a ferida cirúrgica, e serve como uma transição para a possível instalação de uma prótese definitiva. A indicação tem como objetivo, sempre que houver necessidade da avulsão dos dentes remanescentes (Costa *et al.*, 2022). O sucesso clínico da reabilitação com PTI está naturalmente associado ao papel protético, tem a necessidade de procedimentos prévios, ao tempo de cicatrização, podendo haver desvantagens logo após a cirurgia e possíveis reembasamentos e acompanhamentos clínicos por curto período.

A confecção da prótese total imediata é um dispositivo feito sob medida, instalado imediatamente após a remoção dentária. A demanda de uma moldagem inicial deve ser realizada de forma precisa e com atenção aos detalhes, e tem o propósito de preencher o espaço imediatamente, permitindo uma cicatrização harmoniosa, mantendo a função durante o processo de cicatrização (Barbosa *et al.*, 2020). Assim, embora a técnica demande maior precisão e previsibilidade por parte do cirurgião-dentista, ela se consolida como uma abordagem entre o clínico e o técnico em prótese dentária, sendo essencial para o sucesso desta abordagem.

A percepção individual sobre a melhora na estética, no conforto, na estabilidade da prótese e na capacidade de realizar funções como falar e comer constitui um indicador determinante da aceitação do tratamento (Awawdeh *et al.*, 2024).

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico voltado para tratamento com prótese total imediata superior, associada a adequação do meio bucal, buscando-se a reabilitação funcional do paciente logo após extrações dentárias.

## Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 42 anos, normossistêmico, atendido na Clínica Escola de Odontologia da Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), apresentando como queixa principal comprometimento estrutural dos elementos dentários superiores, manifestando interesse na remoção dos dentes comprometidos e na reabilitação de sua condição bucal.

O paciente foi informado sobre os procedimentos propostos e autorizou a utilização de seus dados clínicos e registros fotográficos para fins acadêmicos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao exame clínico intraoral inicial, observou-se comprometimento significativo da condição bucal do paciente, destruição coronária extensa envolvendo múltiplos elementos, irregularidade dos contornos coronários e presença de remanescentes radiculares nas arcadas, impossibilitando a determinação da relação oclusal (Figura 1A-C).



Figura 1 – Imagens intraorais iniciais do paciente: (A) vista frontal em máxima intercuspidação; (B) vista lateral direita; (C) vista lateral esquerda.

Nas vistas oclusais, observa-se, na arcada superior (Figura 2A), presença de áreas edêntulas compatíveis com exodontias prévias, além de elemento molar posterior com extrusão parcial. Na arcada inferior (Figura 2B), nota-se acúmulo de cálculo dental na face lingual dos elementos anteriores, bem como presença de tórus mandibular bilateral, recoberto por mucosa íntegra.

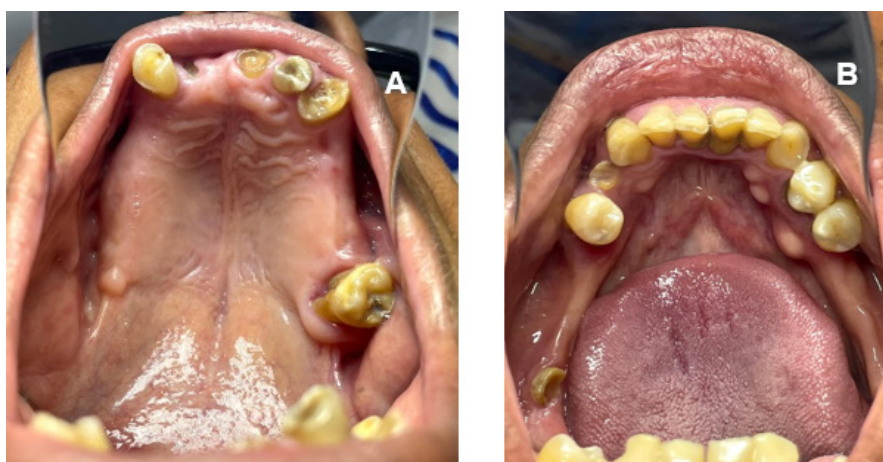


Figura 2 – Imagens intraorais: (A) vista oclusal da arcada superior; (B) vista oclusal da arcada inferior.

Com o objetivo de complementar a avaliação clínica, foi realizada análise radiográfica por meio de radiografia panorâmica. A avaliação evidenciou, na arcada superior, perda óssea alveolar horizontal em grau variável, associada à presença de múltiplos remanescentes radiculares, além de ausência de estrutura dentária suficiente que possibilite reabilitação protética.

Na arcada inferior, observou-se que alguns elementos dentários ainda apresentavam estrutura coronária preservada, com condições variáveis de manutenção em arcada, sendo passíveis de abordagem conservadora (Figura 3).



Figura 3 – Radiografia panorâmica inicial do paciente.

Diante desse cenário, o plano de tratamento foi direcionado à adequação do meio bucal, seguido da realização de múltiplas exodontias na arcada superior, associadas à regularização do rebordo alveolar e reabilitação com prótese total imediata (PTI).

Previamente à realização do procedimento cirúrgico, foi realizada moldagem anatômica com alginato Hydrogum (Zhermack, Badia Polestine, Itália) (Figura 4A), permitindo a reprodução das estruturas anatômicas da arcada do paciente para a obtenção de um modelo de estudo que possibilitasse o planejamento pré-protético do caso. Após a moldagem, procedeu-se ao vazamento do modelo em gesso pedra rosa tipo IV Herestone (Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil), visando à obtenção de um modelo de trabalho para análise e planejamento do tratamento reabilitador. (Figura 4B)

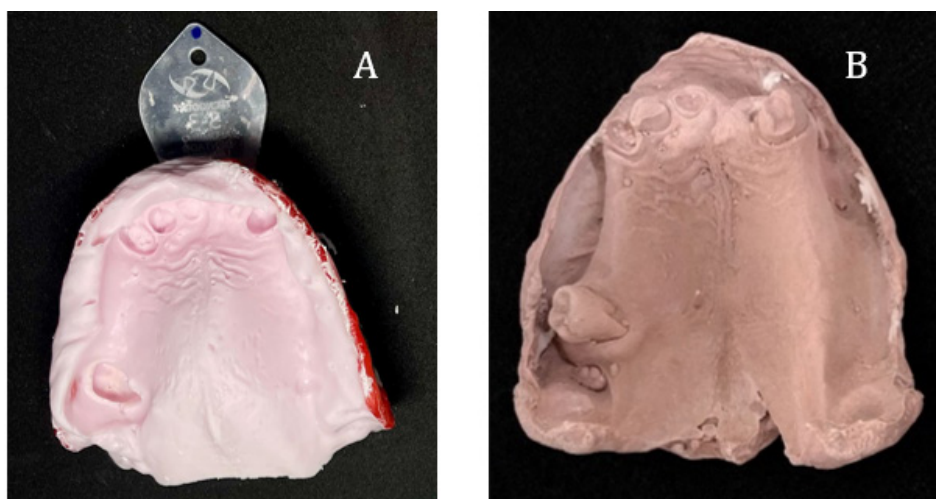


Figura 4 – Procedimento de moldagem e obtenção de modelo de estudo: (A) molde da arcada superior; (B) modelo em gesso pedra tipo IV.

A partir do modelo obtido, realizou-se o planejamento protético reverso, etapa fundamental na confecção de próteses totais imediatas, que consiste na simulação prévia das exodontias e alveoloplastia, visando à obtenção de condições adequadas do rebordo alveolar para reabilitação protética.

No modelo de estudo (Figura 4B), procedeu-se à simulação das exodontias dos elementos dentários superiores, seguida da regularização do rebordo alveolar com broca Tungstênio Maxicut

(American Burrs, Palhoça, Brasil) acoplada à peça reta, permitindo a reprodução das condições anatômicas esperadas após o procedimento cirúrgico. (Figura 5A-B)

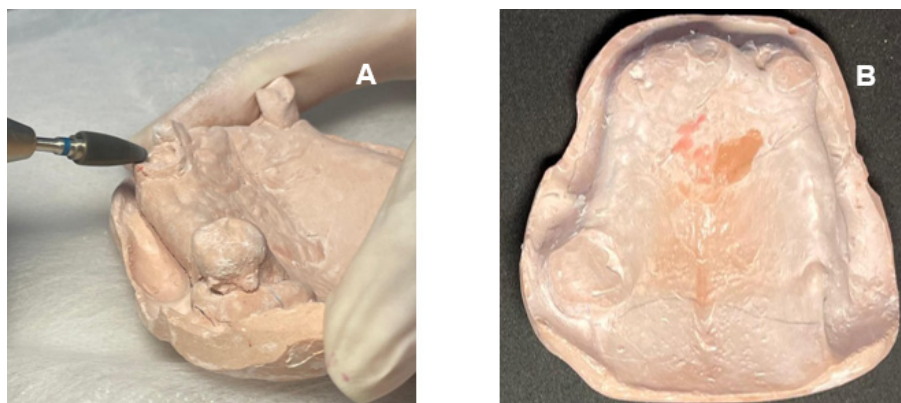


Figura 5 – Planejamento protético em modelo de estudo: (A) desgaste dos elementos dentários com broca para simulação das exodontias; (B) modelo após remoção dos elementos dentários e regularização do rebordo alveolar.

Concluída a simulação das exodontias e da regularização do rebordo alveolar no modelo de estudo, iniciou-se a etapa de confecção do guia cirúrgico, dispositivo utilizado para orientar a regularização do rebordo alveolar durante o procedimento e auxiliar na obtenção de um contorno ósseo compatível com a futura adaptação da prótese total imediata.

Inicialmente, foi realizada a delimitação da área basal da futura PTI diretamente sobre o modelo de estudo previamente modificado (Figura 6), estabelecendo os limites de extensão da base protética de acordo com os princípios biomecânicos de suporte, retenção e estabilidade das próteses totais.



Figura 6 – Delimitação da base protética em modelo de estudo.

A partir dessa delimitação, o modelo de estudo foi isolado com isolante para gesso (Lysandra Produtos Odontológicos Ltda, São Paulo, Brasil), evitando a adesão da resina acrílica. Em seguida, realizou-se a confecção do guia cirúrgico em resina acrílica autopolimerizável transparente VIPI Flash (VIPI, Pirassununga, Brasil), diretamente sobre o modelo, respeitando os limites previamente estabelecidos e permitindo a reprodução da área de suporte protético (Figura 7A). A transparência da resina possibilita a visualização das áreas de compressão tecidual

durante o ato operatório, auxiliando na identificação de irregularidades ósseas e na orientação da alveoloplastia.

Após a polimerização, o guia cirúrgico foi removido do modelo, sendo realizado seu acabamento com broca Tungstênio Maxicut (American Burrs, Palhoça, Brasil) (Figura 7B). Obteve-se, assim, um dispositivo utilizado como referência durante o procedimento operatório (Figura 7C).

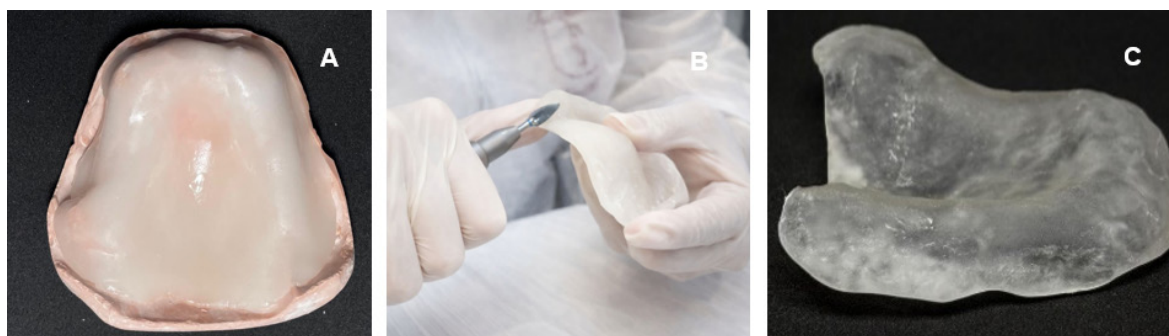


Figura 7 – Etapas de confecção do guia cirúrgico: (A) guia cirúrgico em resina acrílica autopolimerizável durante o processo de polimerização sobre o modelo; (B) acabamento e regularização do guia cirúrgico; (C) aspecto final do guia cirúrgico após acabamento.

Após a conclusão do planejamento protético reverso e da confecção do guia cirúrgico, realizou-se a confecção da prótese total imediata previamente ao procedimento cirúrgico (Figura 8A-B), com a finalidade de possibilitar sua instalação imediata após as exodontias. A prótese foi confeccionada respeitando os princípios de suporte, retenção, estabilidade e harmonia estética, visando favorecer a reabilitação funcional e estética do paciente durante o período inicial de cicatrização.



Figura 8 – Prótese total imediata superior confeccionada previamente às exodontias, visando restabelecimento funcional e estético imediato. (A) Vista frontal da prótese. (B) Vista lateral evidenciando a extensão da base acrílica.

Em sessão subsequente, realizou-se o procedimento cirúrgico para remoção dos elementos dentários remanescentes da arcada superior, seguido da regularização do rebordo alveolar com a finalidade de possibilitar a instalação de prótese total imediata.

Inicialmente, foi realizada anestesia local utilizando articaína a 4% associada à epinefrina 1:100.000 (Septanest®, Septodont, Saint-Maur-des-Fossés, França), por meio de bloqueio do nervo alveolar superior posterior associado à anestesia do nervo palatino maior.

A cirurgia teve início com a exodontia do elemento 18, sendo realizada incisão intrasulcular, seguida de descolamento mucoperiosteal com descolador de Molt (Figura 9A). Em seguida, procedeu-se à luxação e remoção do elemento dentário com instrumental apropriado. Ao final, realizou-se sutura em ponto cruzado da área operada (Figura 9B).

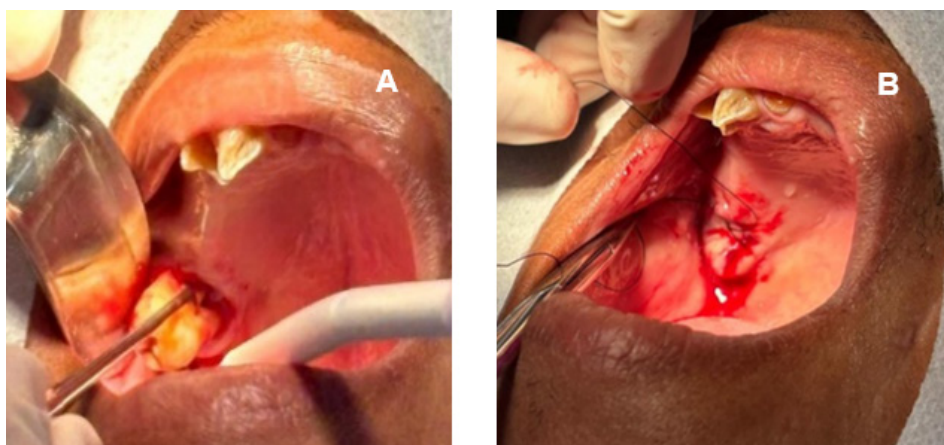


Figura 9 – Etapas do procedimento cirúrgico: (A) descolamento mucoperiosteal com descolador de Molt; (B) realização de sutura da área operada.

Concluída a remoção dentária do 18, o procedimento cirúrgico foi direcionado para a exérese dos componentes dentários da região anterior da maxila. Para essa etapa, procedeu-se à anestesia local por meio de bloqueio bilateral do nervo alveolar superior anterior, associado ao complemento do nervo nasopalatino. Na sequência, foi executada uma incisão em crista do rebordo alveolar, possibilitando acesso cirúrgico à região anterior da maxila (Figura 10A), seguida do descolamento do retalho mucoperiosteal, permitindo adequada exposição do osso alveolar e dos elementos dentários remanescentes (Figura 10B).

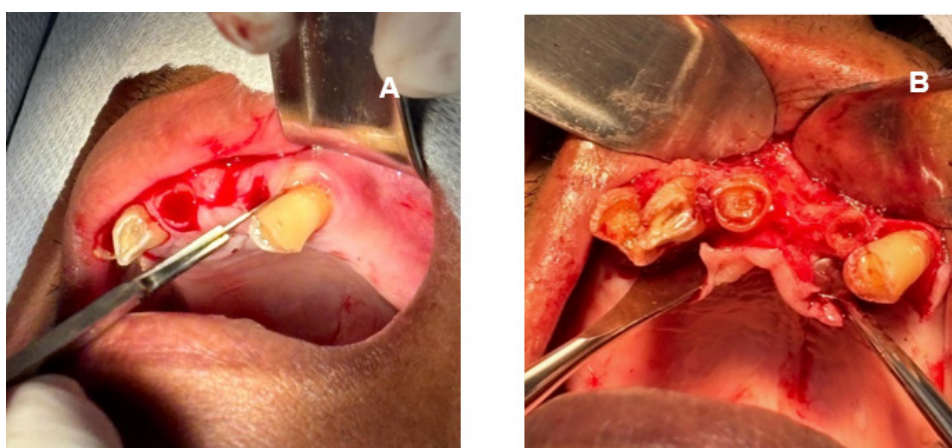


Figura 10 – Etapas do procedimento cirúrgico na região anterior da maxila: (A) incisão na crista alveolar; (B) descolamento de retalho mucoperiosteal com exposição do osso alveolar.

Inicialmente, tentou-se a luxação dos elementos dentários com instrumentais apropriados. Entretanto, diante da resistência à remoção de alguns, especialmente os caninos, foi necessária a realização de osteotomia com broca carbide cirúrgica cônica FG702 (Prima Dental Group, Gloucester, Reino Unido) acoplada à caneta de alta rotação, sob irrigação abundante com solução de cloreto de sódio 0,9%, com a finalidade de facilitar a luxação e posterior exodontia dos elementos dentários (Figura 11A).

Finalizadas as exodontias, observou-se irregularidade do rebordo alveolar (Figura 11B), indicando a necessidade de regularização óssea.

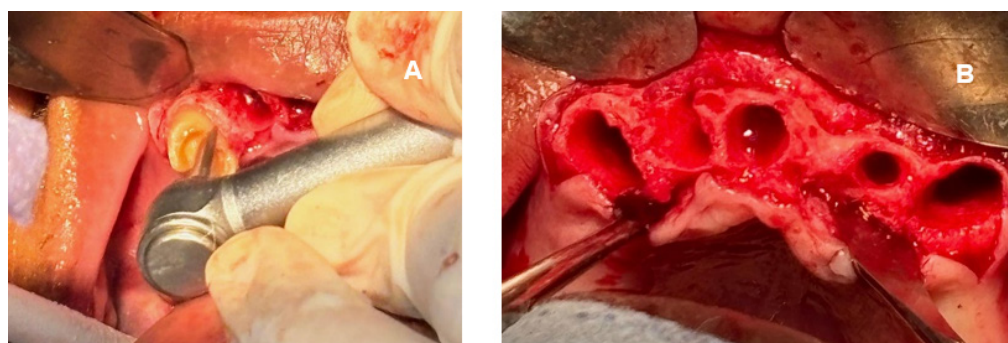


Figura 11 – Etapas do procedimento cirúrgico: (A) realização de osteotomia com instrumental rotatório sob irrigação; (B) aspecto do rebordo alveolar após exodontias.

Para realização da alveoloplastia, precedeu-se a adaptação do guia cirúrgico previamente confeccionado sobre o rebordo alveolar, com o objetivo de avaliar áreas que necessitavam de regularização óssea para adequada adaptação da futura prótese total imediata (Figura 12A). Durante essa etapa, foram identificadas regiões de interferência óssea, evidenciadas por áreas de compressão do guia cirúrgico sobre o rebordo alveolar, indicando a necessidade de correção do contorno ósseo. Diante disso, realizou-se a alveoloplastia com broca cirúrgica do tipo Maxicut (American Burrs, Palhoça, Brasil) acoplada à peça reta, sob irrigação abundante de solução estéril de cloreto de sódio 0,9%, promovendo desgaste ósseo controlado, visando obter um contorno anatômico favorável à instalação da prótese total imediata (Figura 12B).

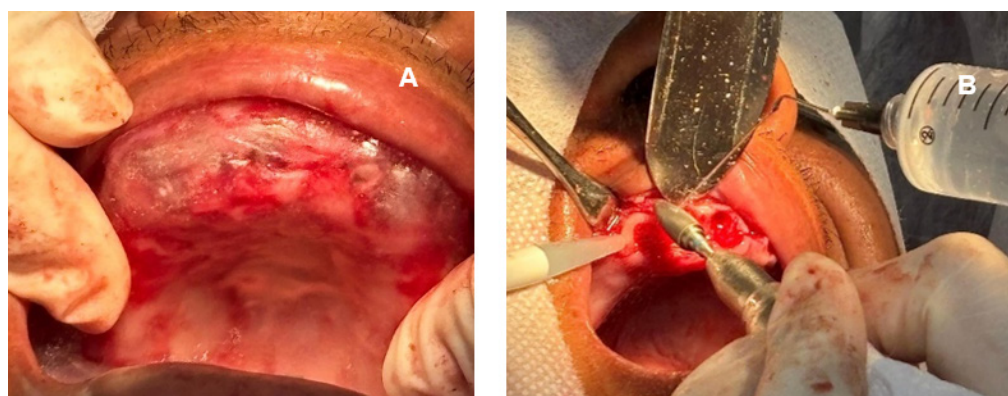


Figura 12 – Etapas do procedimento cirúrgico: (A) adaptação do guia cirúrgico para avaliação das áreas de compressão; (B) realização de alveoloplastia com instrumental rotatório.

Com o retalho mucoperiosteal reposicionado sobre o rebordo alveolar, foi realizado um ponto simples isolado na região central (Figura 13A), com a finalidade de estabilizar e manter os tecidos em posição adequada. A sutura contínua simples foi então confeccionada ao longo da ferida cirúrgica (Figura 13B), promovendo adequada coaptação dos bordos teciduais.

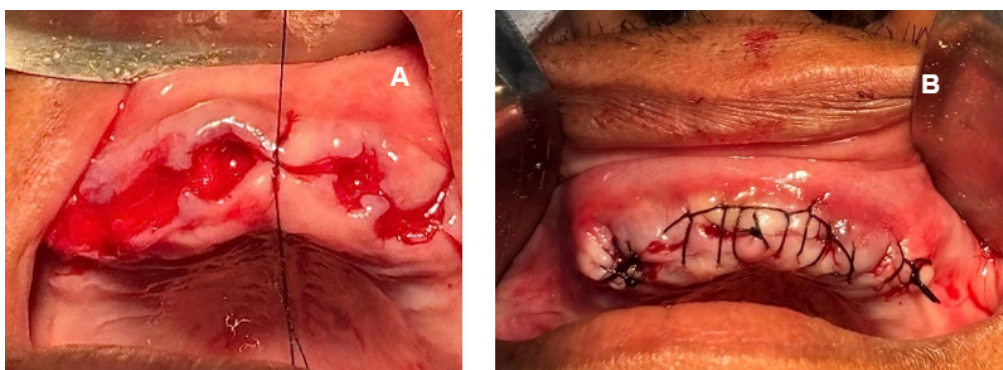


Figura 13 – Etapas da síntese tecidual: (A) ponto simples isolado para estabilização inicial do retalho mucoperiosteal; (B) sutura contínua festonada promovendo coaptação dos bordos teciduais.

Com a síntese tecidual concluída, procedeu-se à tentativa de instalação da prótese total imediata previamente confeccionada. No entanto, observou-se ausência de retenção e estabilidade no momento da instalação, atribuída às alterações do contorno do rebordo alveolar decorrentes do maior desgaste ósseo realizado durante o procedimento cirúrgico. Apesar da limitação quanto à retenção, a prótese foi mantida em posição com o auxílio de adesivo protético, exercendo função protetora sobre o leito cirúrgico no período pós-operatório inicial, contribuindo para a estabilização do coágulo sanguíneo e proteção das áreas operadas. O paciente recebeu orientações pós-operatórias verbais e escritas quanto aos cuidados com a região operada, higienização da cavidade oral, uso da prótese total imediata durante o período inicial de cicatrização e recomendações dietéticas. Foi instituída antibioticoterapia com amoxicilina 600 mg, analgesia com Lisador® 500 mg e terapia anti-inflamatória com dexametasona 4 mg, conforme protocolo clínico.

Após sete dias do procedimento cirúrgico, observou-se evolução favorável do processo cicatricial, com ausência de sinais clínicos de infecção, de deiscência de sutura, tecidos moles bem organizados e adequada coaptação dos bordos teciduais (Figura 14A). Na mesma consulta, procedeu-se à remoção das suturas, evidenciando adequado aspecto do rebordo alveolar (Figura 14B).

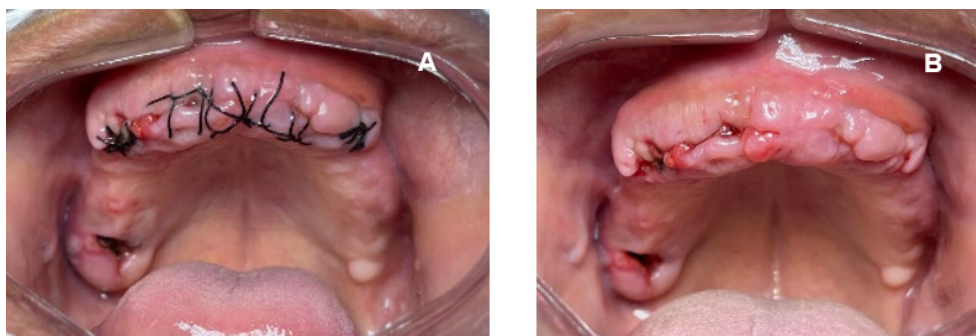


Figura 14 – Aspecto clínico do pós-operatório: (A) região operada com suturas, evidenciando adequada coaptação dos bordos teciduais; (B) aspecto clínico após remoção das suturas.

Considerando a ausência de retenção inicial da prótese associada às alterações teciduais decorrentes do processo de cicatrização, realizou-se o reembasamento da prótese total imediata com o objetivo de melhorar sua adaptação ao rebordo alveolar e proporcionar maior estabilidade e conforto ao paciente. Inicialmente, foram confeccionadas ranhuras na superfície interna da prótese com broca Maxicut (American Burrs, Palhoça, Brasil) acoplada à peça reta, com a finalidade de favorecer a retenção do material reembasador (Figura 15A).

Em seguida, realizou-se o reembasamento utilizando material resiliente Soft Rebase Incolor (TDV, Pomerode, Brasil) (Figura 15B), permitindo melhora parcial da adaptação da prótese às alterações morfológicas do rebordo alveolar em processo de cicatrização, entretanto ainda com retenção considerada insatisfatória.

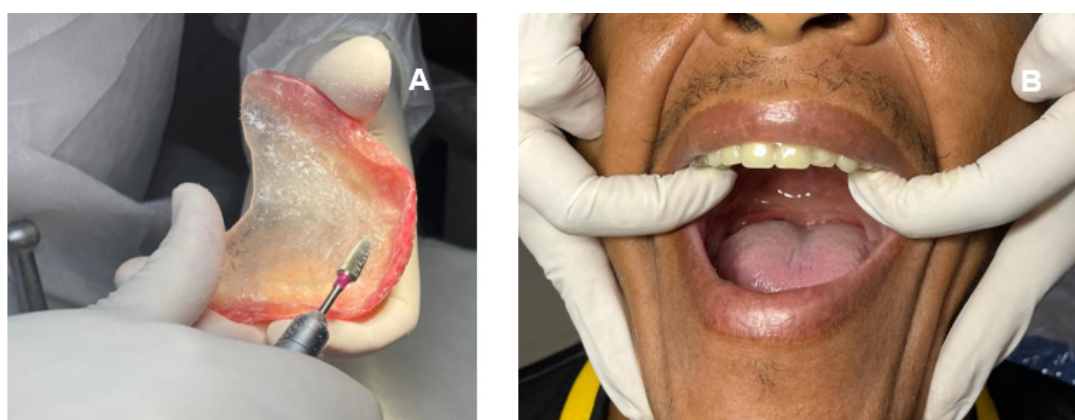


Figura 15 – Etapas do reembasamento da prótese total imediata: (A) confecção de ranhuras na superfície interna da prótese; (B) inserção da prótese em boca com material reembasador resiliente para adaptação ao rebordo alveolar.

Após os ajustes realizados, observou-se melhora parcial da adaptação da prótese, com restabelecimento da dimensão estética do sorriso e melhora da harmonia facial do paciente (Figura 16). No entanto, a estabilidade funcional permaneceu limitada, não sendo possível alcançar retenção satisfatória naquele momento clínico.

Dessa forma, foi indicada a continuidade do acompanhamento para realização de novos ajustes e reembasamentos. Entretanto, não foi possível concluir a fase de ajustes protéticos, necessária para obtenção de estabilidade funcional ideal. Ressalta-se, contudo, que o paciente permanece em acompanhamento clínico na instituição, não havendo abandono de tratamento. A continuidade do atendimento está sendo realizada em outro turno, sob supervisão docente, sendo a interrupção momentânea decorrente de incompatibilidade de horários do paciente.



Figura 16 – Aspecto clínico final após reabilitação com prótese total imediata.

## Discussão

A condição clínica apresentada pelo paciente, caracterizada por destruição coronária extensa, presença de remanescentes radiculares e perda óssea alveolar, inviabilizou a manutenção dos elementos dentários superiores, direcionando a conduta para as exodontias múltiplas com finalidade reabilitadora. Condições como essa estão associadas a prejuízo na função mastigatória, no conforto, estética e aspectos psicossociais, especialmente em situações de maior complexidade (TOSUN; UYSAL, 2024).

A utilização de planejamento protético reverso foi fundamental, permitiu antecipar o formato final do rebordo alveolar após as exodontias e regularização óssea, além de orientar a confecção da prótese imediata e do guia cirúrgico. O sucesso de uma PTI depende de um planejamento criterioso, execução cirúrgica adequada e acompanhamento clínico (SIKRI *et al.*, 2025), entretanto, alterações durante o ato cirúrgico podem modificar o resultado esperado, como constatado neste caso, em que a demanda por maior recontorno ósseo interferiu na adaptação inicial da prótese.

Durante o procedimento cirúrgico, a condução foi direcionada à manutenção do máximo de estrutura óssea, sendo a osteotomia realizada de forma seletiva, restrita à área que realmente necessitava de intervenção. Entretanto, sabe-se que a exodontia desencadeia alterações biológicas inevitáveis no alvéolo, com redução progressiva da altura e espessura do rebordo, maiormente nos primeiros meses, podendo comprometer a estabilidade protética (QUISIGUIÑA SALEM *et al.*, 2023; UDEABOR *et al.*, 2023).

A alveoloplastia contribuiu para a obtenção de um rebordo com contorno mais favorável à adaptação da prótese. O processo de remodelação alveolar é contínuo e interfere diretamente na retenção e estabilidade das próteses ao longo do tempo. Fases que podem se estender por meses, evidenciando que o resultado protético inicial não representa necessariamente a condição final do rebordo (Udeabor *et al.*, 2023).

A utilização do guia cirúrgico em resina acrílica transparente permitiu maior controle transoperatório, auxiliando na identificação de áreas de compressão e na adequação do contorno ósseo, garantindo maior padronização da abordagem.

A instalação da prótese total imediata no mesmo ato cirúrgico possibilitou a manutenção da estética facial e do suporte labial, além de contribuir para a proteção inicial do leito cirúrgico. Além disso, a necessidade de ajustes e reembasamento no período inicial é esperada, em decorrência das alterações teciduais associadas ao processo de cicatrização (SIKRI *et al.*, 2025), sendo essas intervenções fundamentais para restabelecimento da função e adaptação da prótese ao rebordo alveolar.

A utilização de material resiliente no reembasamento durante o processo de cicatrização justifica-se pelas alterações teciduais decorrentes, que interferem na adaptação da prótese aos tecidos de suporte. Esses materiais apresentam maior capacidade de acomodação à mucosa em remodelação. Além disso, promovem melhor distribuição das cargas mastigatórias reduzindo o trauma tecidual (BIAŁOZYT-BUJAK *et al.*, 2021).

Apesar da melhoria parcial observada na adaptação da prótese, é fundamental reconhecer as limitações inerentes à reabilitação com prótese total imediata. A literatura destaca a necessidade de acompanhamento clínico contínuo, com a realização de ajustes sucessivos, uma vez que as alterações dimensionais do rebordo alveolar persistem ao longo do tempo, podendo interferir na adaptação e estabilidade da prótese (SIKRI *et al.*, 2025; UDEABOR *et al.*, 2023). Nesse sentido, a adaptação inicial não garante estabilidade a longo prazo, especialmente na ausência de controle clínico adequado, sendo necessária a realização de ajustes periódicos e reembasamentos conforme a evolução do processo de cicatrização. No presente caso, apesar da melhora parcial obtida após os ajustes realizados, não foi possível alcançar estabilidade funcional satisfatória, evidenciando a necessidade de continuidade da fase de ajustes protéticos.

## Conclusão

Conclui-se que a reabilitação com prótese total imediata associada à cirurgia pré-protética e à adequação do meio bucal contribuiu para a recuperação estética e funcional do paciente após as extrações dentárias, favorecendo a adaptação inicial da prótese e a harmonia facial. Entretanto, devido às alterações decorrentes do processo de cicatrização e remodelação alveolar, tornou-se necessário o acompanhamento clínico contínuo com ajustes e reembasamentos para melhor adaptação protética.

## Agradecimentos

Fernanda Matos: A Deus, por me conceder a graça de superar todos os obstáculos durante este percurso de curso; à minha mãe, Olívia, que é minha principal referência motivacional; ao meu esposo, Samuel Hamilton, por toda a contribuição e apoio diariamente. A minha

dupla, Fernanda Azevedo, fez o diferencial nessa jornada, e aos meus professores/amigos que contribuíram desde o início para a realização deste trabalho.

Fernanda Azevedo: Agradeço a Deus pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo desta trajetória acadêmica. À minha família, Diogo Maia, Jacineth Campos, Jullyana Azevedo, Arthur Rodrigues e Sandy Barbosa, por serem meu alicerce, fonte constante de apoio, incentivo e afeto durante toda esta caminhada. À Fernanda Matos, por compartilhar comigo esta jornada acadêmica, e aos professores e amigos que contribuíram para minha formação e para a realização deste trabalho, deixo meus sinceros agradecimentos.

## Referências

1. ASSUNÇÃO, A. J. L. O.; SILVA, T. C. G.; SILVA, S. S. Consequências da perda dentária e da não reabilitação protética: impactos funcionais, estéticos e psicossociais. *Revista Científica Unilago*, [S. l.], v. 1, n. 1, 2026. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/1428>.
2. AWAWDEH, M. A. et al. Patient satisfaction and oral health-related quality of life with removable dentures evaluated using OHIP-14 and visual analog scale. *BMC Oral Health*, v. 24, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05124-6>.
3. BARBOSA, G. A. S. et al. Prótese total imediata: revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8875>.
4. BIAŁOZYT-BUJAK, E. et al. Analysis of the hardness of soft relining materials for removable dentures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 18, p. 9491, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189491>.
5. COSTA, V. S. et al. Prótese total imediata: indicações, vantagens e limitações clínicas. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36061>.
6. ESCOBAR, G. A. A. et al. Edentulism and quality of life in the Salvadoran population: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 24, p. 928, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04581-3>.
7. GOMES, G. C. et al. Cirurgia pré-protética de regularização de rebordo maxilar: relato de caso clínico. *Archives of Health Investigation*, v. 7, n. esp. 6, 2018.
8. GOMES, P. M. et al. Desigualdades na instalação de prótese dentária na Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 54, e20250015, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.20250015>.
9. HUPP, J. R. et al. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
10. QUISIGUIÑA SALEM, C. et al. Alveolar ridge preservation: a review of concepts and controversies. *National Journal of Maxillofacial Surgery*, v. 14, n. 2, p. 167–176, 2023. DOI: [https://doi.org/10.4103/njms.njms\\_224\\_22](https://doi.org/10.4103/njms.njms_224_22).

11. RAMOS, O. M.; SOARES, S. Quality of life and self-perception of health related to oral health: the particular case of institutionalized elderly. *Millenium*, v. 2, n. 14, p. 29–36, 2021. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0214.21418>.
12. SIKRI, A. et al. Immediate complete dentures: a systematic review. *Journal of the West African College of Surgeons*, v. 15, n. 3, p. 371–379, 2025. DOI: [https://doi.org/10.4103/jwas.jwas\\_133\\_24](https://doi.org/10.4103/jwas.jwas_133_24).
13. TERHEYDEN, H. et al. Preprosthetic surgery: narrative review and current debate. *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 23, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm12237262>.
14. TOSUN, B.; UYSAL, N. Examination of oral health quality of life and patient satisfaction in removable denture wearers with OHIP-14 scale and visual analog scale: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, v. 24, p. 1353, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05124-6>.
15. UDEABOR, S. E. et al. Current knowledge on the healing of the extraction socket: a narrative review. *Bioengineering*, v. 10, n. 10, p. 1145, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/bioengineering10101145>.