

CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Prótese Total imediata: Revisão de Literatura

Antônio Francisco Souza Neto

RECIFE

2019

Prótese Total imediata: Revisão de Literatura

Antônio Francisco Souza Neto

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, por sempre me apoiar e incentivar a superar os obstáculos e correr em busca dos meus sonhos. Dedico também aos mestres que fizeram parte da minha formação acadêmica, e ressalto a importância igualitária de cada um.

AGRADECIMENTO

Agraço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, pois sem eles nada seria possível em minha vida.

Agradeço em especial ao Prof. Dr. Bruno Gustavo da Silva Casado, por ensinamentos a mim passados, e por sua colaboração como orientador na produção do presente trabalho.

EPÍGRAFE

“A Grande Conquista é o resultado de pequenas vitórias que passam despercebidas.” Paulo Coelho

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TPD	Técnico em Prótese Dentaria
ASA	Articulador Semi-Ajustavel
DVO	Dimensão Vertical de Oclusão
DVR	Dimensão Vertical de Repouso
RC	Relação Cêntrica

RESUMO

A prótese total imediata é um aparelho confeccionado previamente as exodontias e é instalada logo após a realização das mesmas. Diante de uma situação em que o paciente se encontra, com os dentes remanescentes condenados, muitos resistem em permanecer edêntulos, enquanto se espera a fase de cicatrização para a confecção de uma prótese total convencional. Sendo assim, a prótese total imediata se torna uma aliada nesses casos, promovendo a devolução da estética, fonética, mastigação e convívio social. O presente trabalho teve como objetivo geral, elaborar uma revisão de literatura em relação as próteses totais imediatas, especificando suas vantagens, desvantagens e principais indicações na rotina clínica de um cirurgião-dentista e como objetivo específico, descrever as técnicas de confecção das mesmas. Foi possível concluir, que as vantagens da reabilitação com prótese imediata são bem evidentes, sendo assim uma alternativa vantajosa de tratamento.

Comentado [Office1]: Este objetivo está diferente do que você colocou no trabalho. Coloque aqui IGUAL.

ABSTRACT

The immediate total prosthesis is a device made before the exodontia and is installed soon after the accomplishment of the same ones. Faced with a situation in which the patient is present, with the remaining teeth condemned, many resist to remain edentulous, while waiting for the healing phase for the manufacture of a conventional total prosthesis. Thus, the total immediate prosthesis becomes an ally in these cases, promoting the return of aesthetics, phonetics, chewing and social interaction. The objective of the present study was to present a literature review of immediate total dentures, specifying their advantages, disadvantages and main indications in the clinical routine of a dentist and, as a specific objective, to describe the techniques used to make them. It was possible to conclude that the advantages of rehabilitation with immediate prosthesis are very evident, thus being an advantageous treatment alternative.

Comentado [Office2]: Fazer as mesmas modificações solicitadas no resumo.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.OBJETIVO	12
3.REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1. Vantagens e desvantagens	13
3.2. Indicações e contraindicações	13
3.3. Fases clínicas e laboratoriais	14
3.4. Fases cirúrgicas.....	17
3.5. Fase pós-cirúrgica: PROSERVAÇÃO E REEMBASAMENTOS.....	17
4. METODOLOGIA.....	19
5.DISSCUSSÃO.....	20
6.CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22

Comentado [Office3]: Ajustar as paginas

Comentado [Office4]: Falta o item 3.3

1. INTRODUÇÃO

A perda total dos dentes, acarreta diversos problemas ao paciente, interferindo na sua capacidade mastigatória, na digestão de alimentos, gerando também prejuízos a fonação e a estética; sendo assim, considerada uma das piores condições clínicas na odontologia. Todas essas alterações, afetam a qualidade de vida do paciente, conseqüentemente interferindo na sua autoestima (CARVALHO et al, 2011).

Com a intenção de retornar a uma determinada condição que não se queria ter perdido, a prótese é utilizada como um recurso que possibilita ao paciente, obter um certo padrão estético e funcional exigidos pela sociedade. (TELLES et al, 2014). Um dos obstáculos enfrentados é quando o paciente não aceita a perda dentária e resiste em ficar sem seus dentes, enquanto se espera o tempo necessário para que ocorra a total reparação óssea e tecidual (DISCACCIATI et al, 2012).

A prótese total imediata, vem como alternativa em situações que o paciente possua dentes naturais ou próteses, completando a arcada dentária seja superior ou inferior e precise adaptar uma prótese total, sem que o mesmo fique edentado por um certo tempo, seja por conta da sua vaidade pessoal ou atividade exercida na sociedade (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010).

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

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

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

tratamento são poucas, as quais podemos citar: cuidados pós-operatórios, maior frequência nas visitas para realizar ajustes, reembasamentos, dentre outras situações que serão abordadas posteriormente ao longo deste trabalho (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010).

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

2.OBJETIVO

O presente trabalho teve como objetivo geral, elaborar uma revisão de literatura em relação as próteses totais imediatas, especificando suas vantagens, desvantagens e principais indicações na rotina clínica de um cirurgião-dentista e como objetivo específico, descrever as técnicas de confecção das mesmas.

Comentado [Office5]: Este objetivo está diferente do que você colocou no trabalho. Coloque aqui IGUAL.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Vantagens e desvantagens

A Prótese total imediata, tem como vantagens os seguintes fatores: Controla a hemorragia, possibilita a proteção do trauma, promove maior recuperação, melhor suporte da área basal e possibilita uma boa fonação. A transição dos dentes naturais para a prótese é menos perceptível, permite a continuidade da convivência social, proporciona uma melhor mastigação, evita o colapso da articulação temporomandibular, faz com que o período de aprendizagem se torne mais curto e pode ser usada como um meio para aplicação de medicação tópica (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010; SHYBAYAMA, 2006).

Como desvantagens do tratamento com prótese total imediata, podemos citar: Maior custo para o paciente, não é possível realizar prova estética, há uma menor adesão da prótese, principalmente nas áreas em que os dentes foram extraídos. Devido a retração cicatricial, a prótese total imediata precisa passar por reembasamentos, e deve ser substituída após 3 meses (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010; SHYBAYAMA, 2006).

3.2 Indicações e contraindicações

A prótese total imediata, é indicada nos casos em que o paciente se encontra com seus dentes remanescentes condenados, sejam por problemas periodontais, ou qualidade dos dentes remanescentes, onde a manutenção dos mesmos é inviável. Por conta disso, o paciente sai de um estado dentado, para edêntulo, onde o mesmo não se conforma com a transição. A ausência dos dentes durante o período pós-cirúrgico, podem afetar de maneira negativa a sua vida pessoal e/ou profissional (BASTOS; RODRIGUES, 2015; HESPANHO et al, 2018; TORREBLANCA; DEL SOLAR, 2013).

São contraindicados para o tratamento com prótese total imediata, pacientes com distúrbios sistêmicos que alterem a regeneração tecidual, pacientes com coagulopatias, idoso com saúde debilitada, pacientes que apresentem qualquer distúrbio que impeça a realização de múltiplas extrações, aqueles que apresentam algum distúrbio psicológico ou que tem capacidade mental reduzida e pacientes que

são submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço (TORREBLANCA; DEL SOLAR, 2013).

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

3.3 Fases clínicas e laboratoriais

Após a realização do exame clínico e complementar, os modelos de estudo são montados em articulador, através do arco facial e dos registros da relação cêntrica ou máxima intercuspidação, lateralidade e protrusão. A dimensão vertical deve ser avaliada, e registros fotográficos do paciente de frente e de perfil devem ser realizados (TURANO, J; TURANO, L; TURANO, M, 2010; CORRÊA, 2005).

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

A moldagem anatômica, tem finalidade de proporcionar uma visão da área chapeável e estruturas bucais, permitindo a confecção da moldeira individual. A mesma é realizada com moldeiras de estoque, e como material de moldagem, devido a presença de dentes, pode ser usado o alginato (hidrocoloide irreversível) (GOIATO et al, 2014).

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

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

moldeira também pode ser confeccionada em placa de acetado. Nesses casos, o alívio do modelo deve ser feito com silicone de condensação, pois se for feito com cera 7, a mesma vai derreter por conta da temperatura da placa de acetato (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a confecção da moldeira, a mesma é provada na boca do paciente. A distância entre a borda da moldeira, o fundo do vestíbulo e inserções musculares, deve ser de 2 mm. Na maxila, a moldeira deve terminar no limite palato duro/palato mole, e na mandíbula, deve recobrir a papila piriforme, posteriormente se estendendo em direção lingual, até a linha oblíqua interna. Estando a moldeira ajustada nos parâmetros necessários, o próximo passo é a moldagem periférica. A moldagem periférica, é realizada com godiva, onde a mesma é aquecida, inserida na moldeira, e levada a boca do paciente, onde será realizado os movimentos funcionais e de tração. Além da godiva, pode ser utilizado o silicone, onde a moldeira deve ser perfurada nas bordas, e aplicado adesivo, facilitando a adaptação do silicone, feito isso, a moldeira preparada com o silicone, é levada a boca do paciente e movimentos funcionais e de tração são realizados. Após a presa do material, os excessos são removidos (GOIATO et al, 2014; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA, 2013).

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

Após a realização da moldagem funcional, o molde deve ser analisado, evidenciando corretamente as individualidades anatômicas, e promovendo retenção e estabilidade. O material deve apresentar espessura adequada, ausência de falhas, bolhas ou fraturas. Estando o molde nos parâmetros corretos, prosseguimos para o vazamento da moldagem com gesso pedra (CORRÊA, 2005; GOIATO; DOS SANTOS; SILVA, 2013).

A partir do vazamento da moldagem, é obtido o modelo de trabalho, onde o mesmo deve ser devidamente recortado. Uma base de prova é confeccionada em resina acrílica autopolimerizável sobre a região edentada do modelo de gesso. Para confecção da base de prova, deve ser feita a aplicação do isolante e posteriormente, o modelo deve ser aliviado nas áreas retentivas com cera número 7. A resina acrílica autopolimerizável, deve ser espalhada com espátula número 37, e com o dedo indicador molhado no polímero, a resina é uniformemente distribuída de maneira que a base de prova fique com a espessura de 1mm. Com a polimerização concluída, a base de prova é removida com cuidado e realizado os devidos acabamentos (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014).

Após a realização do acabamento da base de prova, um plano de orientação é confeccionado em cera número 7, sobre a base de prova nos lados direito e esquerdo. Com a base de prova e o plano de orientação prontos, são realizados os registros intermaxilares. A DVO, é obtida partir DVR, e pode ser comparada com a DVO registrada no início do tratamento. Com os registros intermaxilares concluídos, os modelos devem ser montados em ASA, respeitando os critérios determinados na literatura. Com os modelos montados em ASA, é feita a montagem parcial dos dentes artificiais e posteriormente a prova, onde aonde devemos verificar a correta posição dos dentes, DVO, RC e fonética (CORRÊA, 2005; GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Após a avaliação e aprovação da prova dos dentes, o TPD, supervisionado pelo cirurgião-dentista, remove os dentes remanescentes e realiza a regularização óssea no modelo de gesso (GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

Segundo Zarb et al (2013) sondagens periodontais são valiosas para que o clínico preveja as mudanças após a extração do dente. Se a face vestibular do osso for relativamente íntegra, dentro de poucos milímetros da margem gengival livre antes da remoção do dente, o clínico irá então, provavelmente, remover o dente do modelo a partir da margem gengival e, em seguida fará um desgaste em milímetros semelhante ao promovido pela extração dos dentes. Simplificando, a maior necessidade de sondagem exige a maior preparação dos modelos.

Após a remoção dos dentes remanescentes e regularizações ósseas realizadas no modelo, o restante dos dentes artificiais é montado, e a partir daí, a

prótese segue os procedimentos convencionais de fabricação (GOIATO et al, 2014; ZARB et al, 2013). Um guia cirúrgico, em resina acrílica incolor prensada, deve ser confeccionado através da duplicação da base da prótese, ou do modelo de prensagem da mesma. A confecção do guia cirúrgico, também pode ser feita com placa de acetato. Seu objetivo, é auxiliar a regularização dos tecidos moles e ósseo da boca do paciente, tornando possível uma melhor adaptação da prótese total imediata (GOIATO et al, 2014; TELLES, 2014).

3.4 Fases cirúrgicas

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

Os dentes devem ser extraídos cuidadosamente, com o intuito de manter a integridade do alvéolo. Antes da sutura, o guia cirúrgico é adaptado e verificado a presença de áreas isquêmicas, onde uma vez identificadas essas áreas, as mesmas deverão passar por uma alveoloplastia, com a finalidade de regularizar os tecidos moles e ósseos, gerando uma maior adaptação da prótese total imediata. Dando prosseguimento ao procedimento é realizada a hemostasia, sutura e instalação da prótese total imediata (GOIATO et al, 2014; GOMES et al, 2014; ZARB et al, 2013; TORCATO et al, 2012).

3.5 Fase pós-cirúrgica: proervação e reembasamentos

O paciente deve ser instruído que em hipótese alguma a prótese pode ser removida, pois o mesmo não conseguira colocá-la novamente em posição na boca (CORRÊA, 2005). O paciente não deve ocluir com força, evitando a compressão das feridas cirúrgicas. Analgésicos adequados devem ser prescritos em caso de dor. A alimentação deve ser líquida e fria nas primeiras horas (SHYBAYAMA, 2006).

Após um período de 24 horas da instalação da prótese total imediata, deve haver o retorno do paciente, aonde deve ser avaliada a retenção, estabilidade e suporte da prótese (ZARB et al, 2013). A prótese total imediata deve ser removida cuidadosamente pelo profissional, e o mesmo deve verificar possíveis lesões, fruto de

pressão excessiva de determinada área, caso sejam identificadas lesões, a base da prótese deve ser desgastada, promovendo assim a descompressão da área. A prótese total imediata, deve ser higienizada com sabão, e a boca com solução fisiológica, evitando tocar na ferida. O paciente deve ser orientado detalhadamente de como realizar a higienização (CORRÊA, 2005; SHYBAYAMA, 2006).

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

Segundo Corrêa (2005) o reembasamento deve ser mais postergado possível, desde que isso não cause problemas em relação a área basal, como lesões, principalmente nos sulcos gengivo-geniano e labial. Segundo Zarb et al (2013) a necessidade de reembasamento é estabelecida por meio da observação de diminuição na adaptação da prótese ao tecido mole e duro subjacente.

4.METODOLOGIA

Foram realizadas buscas nas bases de dados Scielo, Medline, Bireme, Google Acadêmico, Capes, BVS Odontologia e livros; utilizando os seguintes descritores: Prótese Total Imediata, Cirurgia Bucal, Técnica de Moldagem Odontológica e selecionados artigos entre os anos de 2009 a 2019. Foram eleitas apenas referências na língua portuguesa e espanhola.

5.DISSCUSSÃO

Turano, J; Turano, L; Turano, M (2010) fala que as próteses totais imediatas estão indicadas em casos que o paciente possua dentes remanescentes e precise adaptar uma prótese total. Por conta da sua vaidade e convívio social o mesmo se nega em ficar sem seus dentes, mesmo por um período pequeno de tempo. Bastos; Rodrigues (2015) afirma que a finalidade da prótese total imediata é reestabelecer a estética, o conforto, o convívio social e a função de um paciente. Sua indicação é quando paciente precisa extrair vários dentes e o mesmo não aceita em ficar desdentado por um determinado tempo.

Turano, J; Turano, L; Turano, M (2010) declara que a prótese total imediata deve ser substituída após 3 meses. Desta forma considera a vida relativamente curta de uma prótese total imediata como sendo uma desvantagem. Já Corrêa (2005) afirma que a vida relativamente curta de uma prótese total imediata, não deve ser considerada como desvantagem.

Segundo Zarb et al (2013) afirma que a adaptação da prótese deve ser observada ao longo do tempo, caso seja notada uma diminuição dessa adaptação, se faz necessário o reembasamento. GOIATO et al (2014) indica que a prótese seja reembasada ou trocada após 60 dias. Corrêa (2005) em sua visão, o reembasamento deve ser o mais postergado possível, desde que não ocorra lesões na área basal.

Torcato et al (2012) diz que a utilização de um guia cirúrgico é necessária quando for instalar uma prótese total imediata, com objetivo de adequar a base da prótese ao leito cirúrgico. Goiato et al (2014) afirma que um guia cirúrgico deve ser confeccionado em placa de acetado, para facilitar a regularização dos tecidos moles e ósseos, facilitando a adaptação da base da prótese. Segundo TELLES (2014) o guia cirúrgico deve ser confeccionado em resina acrílica incolor prensada. Pode ser confeccionado através da duplicação da base da prótese ou do modelo de prensagem da mesma.

Comentado [Office6]: Qual o ano?

6.CONCLUSÃO

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

REFERÊNCIAS

1. Bastos, Filipe; Rodrigues, Carlos. **PRÓTESE TOTAL IMEDIATA COM RECUPERAÇÃO DA CURVA DE SPEE**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Vol.9, n.3, pp.11-16 (Dez 2014 – fev. 2015). Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>
Acessado em: 29/05/2019.
2. Carvalho, Ricardo; Pereira, Carlos; Laureano, José; Vasconcelos, Belmiro. **O Paciente Cirúrgico. Parte I**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.10, n.4, p.85-92out./dez,2010. Disponível em: <http://revodontol.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v10n4/a13v10n4.pdf>
Acessado em: 29/05/2019.
3. Corrêa, Gerson de Arruda. **Prótese Total- Passo a Passo**. Livraria Santos Editora,2005.
4. Costa, Sergio; Carvalho, Maria; Discacciati, Jose; Abreu, Mauro; Viana, Érica; Adelário, Ana. **Prótese total imediata: devolução do sorriso e da função ao paciente**. Arq Odontol, Belo Horizonte, 47(Supl2): 106-110, dez 2011. Disponível em: <http://revodontol.bvsalud.org/pdf/aodo/v47s2/a25v47s2.pdf>
Acessado em: 24/09/2018.
5. DISCACCIATI, J. A. C.; CARVALHO, M. C. F. S.; COSTA, S. C. **PTI e overdentures: melhorando estética, mastigação e qualidade de vida**. Rev. Ciênc. Ext. v.8, n.1, p.123-137, 2012. Disponível em: <https://www2.ufrb.edu.br/revistaextensao/images/revista/Revista%20Extensao%20V2%20n1.pdf>
Acessado em: 29/05/2019
6. Gennari Filho, Humberto. **O EXAME CLÍNICO EM PRÓTESE TOTAL**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.25, n.2, p. 62-71, julho/dezembro, 2004. Disponível em: <http://www.apcdaracatuba.com.br/revista/v25n2/exameclinico.pdf>
Acessado em: 29/05/2019
7. Goiato, Marcelo; Santos, Daniele Micheline; Medeiros, Antonio Rodrigo; Vilela, Mariana. **Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.35, n.1, p. 67-72,

janeiro/junho, 2014. Disponível em:
<http://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/10/trabalho12.pdf>

Acessado em: 29/05/2019

8. Gomes AC, Gomes AC, Venâncio GN, Gonçalves FC, Takahashi JMF, Braga FP. **Reabilitação bucal com prótese total imediata**. Full Dent.Sci. 2014; 5(20):590-594. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/313599356_Reabilitacao_bucal_com_protese_total_imediata
Acessado em: 29/05/2019.
9. GOIATO, Marcelo Coelho; DOS SANTOS, Daniela Micheline; Silva, Emily Vivianne Freitas. **COMO REALIZAR O SELAMENTO PERIFÉRICO E A MOLDAGEM FUNCIONAL**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.34, n.1, p. 14-19, janeiro/junho, 2013. Disponível em:
<https://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/03/02.pdf>
Acessado em: 29/05/2019.
10. Hespanhol, Thomaz; Godoi, Ana Paula; Custodio, William; Bianco, Vinicius. **Próteses total imediata bimaxilar**: caso clínico. ClípeOdonto–UNITAU,2018;9(1):30-6. Disponível em: periodicos.unitau.br
Acessado em: 29/05/2019
11. Marini, Carla; Rodrigues, Carlos; Brum, Sileno; Pereira Junior, Misseno. **PRÓTESE IMEDIATA: UMA SOLUÇÃO ESTÉTICA E FUNCIONAL - RELATO DE CASO CLÍNICO**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Vol.4, n.4, pp.24-31 (Set-nov. 2013). Disponível em:
<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
Acessado em: 24/09/2018.
12. Santos, Jéssica Cristinne Aviz; Silva, Jéssica Daniela; Haddad, Marcela Filié. **Reabilitação com prótese total mediata relato de caso**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.36, n.2, p. 24-28, julho/dezembro, 2015. Disponível em:
<http://apcdaracatuba.com.br/revista/2015/12/TRABALHO%204.pdf>
Acessado em: 24 de setembro de 2018.
13. Shibayama, Ricardo; Shibayama, Bunji; Gennari Filho, Humberto; Saez, Daniel; Watanabe, Edson. **PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS CONVENCIONAIS**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.27, n.1, p. 67-72,

janeiro/junho, 2006. Disponível em:
http://www.apcdaracatuba.com.br/revista/volume_27_01_jan-jun_2006/PDFs/PROTESE%20TOTAL%20IMEDIATA.pdf

Acessado em: 29/05/2019

14. TAMAKI, Tadachi. **Dentaduras completas**. 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Sarvier, 1983.
15. TELLES, D; COELHO, AB.; LOURENÇO, E.J.V.; TELLES, F.M.; REGO, M.R.M.; BERTOLINI, M.M. **Próteses Fixas Sobreimplantes**. 1. Ed. São Paulo: Quintessence Editora Ltda.,2014.
16. TELLES, D.M. **Prótese Total Convencional e Sobre Implantes**. 4. Ed. São Paulo: GEN- Editora Santos, 2014.
17. Torcato, Leonardo Bueno; Pellizzer, Eduardo Piza; Goiato, Marcelo Coelho; Falcón-Antenucci, Rosse Mary. **PRÓTESE TOTAL IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO**. Revista Odontológica de Araçatuba, v.33, n.2, p. 66-69, julho/dezembro, 2012. Disponível em:
<https://apcdaracatuba.com.br/revista/2013/08/trabalho10.pdf>
Acessado em: 28/06/2019
18. Torreblanca, Fiorella; Solar, Martin. **Prótesis Total inmediata como alternativa de tratamiento**. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Ener-Mar;23(1). Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/295098502_Protesis_Total_inmediata_como_alternativa_de_tratamiento
Acessado em:24/09/2018.
19. Turano, J; Turano, L; Turano, 2010.**Fundamentos de Prótese total**. 9.Ed. São Paulo: GEN-Editora Santos,2010.
20. ZARB, G. et al. **Tratamento Protético para os Pacientes Edêntulos**. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.q

