Capítulo XXIII

Próteses Monomaxilares

Capítulo

XXIII

Próteses Monomaxilares

Leonardo Marchini
Alecsandro de Moura Silva
Vicente de Paula Prisco da Cunha

O que são próteses monomaxilares?

Próteses monomaxilares são próteses feitas para uma das arcadas somente e que poderão ter como antagonistas dentes naturais, dentes naturais e próteses parciais removíveis, próteses parciais fixas convencionais e sobre implantes.

No caso que ilustra este capítulo, só será feita a prótese superior, e a arcada inferior (dentada) não será alterada.

Descrição dos Procedimentos

Moldagens e Modelos

O paciente apresentou-se para a confecção de uma nova PTMS superior, portando todos os dentes da arcada superior, exceto o primeiro molar direito (Fig. XXIII.1). Para a moldagem da arcada edêntula, a moldeira de estoque superior para alginato foi individualizada (Fig. XXIII.2), conforme o preconizado no Capítulo II. Procedemos então à moldagem com alginato, que resultou no molde apresentado na figura XXIII.3 o qual, uma vez preenchido com gesso comum, originou o modelo de estudo, que foi aliviado com cera 7 e isolado com isolante à base de alginato (Figs. XXIII.4 e XXIII.5), para a confecção da moldeira individual.

A confecção da moldeira individual foi realizada com resina acrílica quimicamente ativada (RAAQ) incolor, utilizando a técnica da "manta". Sobre uma placa de vidro, são colocadas duas tiras de cera 7 dobradas (com 2 mm de espessura, portanto), e a placa de vidro é isolada com vaselina líquida (Fig. XXIII.6). Então, coloca-se uma porção de RAAQ incolor na fase plástica, prensada com uma segunda placa de vidro, igualmente isolada, contra a primeira (Figs. XXIII.7 e XXIII.8), obtendo-se uma "manta" de RAAQ com espessura uniforme de 2 mm, a qual é manualmente adaptada sobre o modelo, recortando-se os excessos, que são utilizados para a confecção do cabo (Fig. XXIII.9). Após a polimerização completa, a moldeira recebe acabamento (Fig. XXIII.10) para ser provada na boca (Fig. XXIII.11). Eventuais excessos que interfiram na musculatura são recortados e a moldeira recebe cera utilidade em uma fina camada na região de selamento periférico (Fig. XXIII.12), com o intuito de aprimorar a moldagem dessa região, como salientado no capítulo IV. A cera 7 é então aquecida por partes e a moldeira, levada à boca para moldar a região de selamento periférico (Fig. XXIII.13).

Neste caso clínico, por não haver áreas de extrema retenção e de modo a ilustrar o livro com uma segunda opção de material de moldagem, optamos por moldar o caso com pasta zincoeugenólica, que deve ser manipulada com comprimentos iguais de pasta-base e catalisadora (Fig. XXIII.14). Após a mistura e obtenção de uma pasta homogênea, o material é levado à boca na moldeira e o paciente, instado a realizar os movimentos funcionais, para correta obtenção da moldagem da musculatura em função, o que resulta em retenção e estabilidade do molde (Fig.

XXIII.15). O molde é então removido da boca para inspeção (Fig. XXIII.16); se aprovado, procede-se ao recorte dos excessos, com Le Cron aquecido (Fig. XXIII.17).

O molde é então preenchido com gesso tipo IV, para a obtenção do modelo funcional (Fig. XXIII.18). A utilização do gesso tipo IV é realizada aqui uma vez que não será utilizada, neste caso e também a título de ilustração, a base definitiva. Desse modo, o modelo funcional deverá manter-se intacto até o final dos procedimentos de montagem e a prova dos dentes artificiais, uma vez que só será destruído na acrilização, ao final do processo. Assim, o gesso tipo IV se enquadra melhor, uma vez que proporciona maior resistência ao modelo funcional.

A arcada inferior, por ser dentada, é moldada utilizando-se moldeiras tipo Vernes, que possuem bacia mais alta, própria para arcadas que tenham, além do rebordo alveolar, a altura suficiente dos dentes. Lembramos que as moldeiras tipo Vernes possuem oito modelos. As superiores: S1, pequena, S2, média, S3, grande e S4, que tem o tamanho da S2, mas é mais baixa na região posterior sendo, portanto, apropriada apenas para a moldagem de pacientes edêntulos posteriores e dentados anteriores. O mesmo repete-se para as inferiores (I1, I2, I3 e I4). Neste caso clínico, utilizamos a moldeira I2, que foi individualizada utilizando cera utilidade (Fig. XXIII.19).

A moldagem foi realizada com alginato, originando o molde (Fig. XXIII.20) que, após a confecção de suporte com cera utilidade e alginato na área da língua (Fig. XXIII.21), foi preenchido com gesso-pedra (tipo III), originando o modelo que será utilizado como antagonista (Fig. XXIII.22).

Fig. XXIII.1

Fig. XXIII.2

Fig. XXIII.3

Fig. XXIII.4

Fig. XXIII.5

Fig. XXIII.6

Fig. XXIII.1 – *Aspecto inicial do caso clínico. Paciente edêntulo na maxila, com rebordo superior adequado, e dentado na mandíbula.*
Fig. XXIII.2 – *Moldeira de estoque para edêntulo, já selecionada e individualizada com cera utilidade.*
Fig. XXIII.3 – *Molde anatômico obtido com alginato.*
Figs. XXIII.4 e XXIII.5 – *Modelo anatômico obtido com gesso comum, no qual foi delineada a área chapeável, já aliviado e isolado para a confecção da moldeira individual.*
Fig. XXIII.6 – *Placa de vidro com cera 7 dobrada ao meio nas extremidades, isolada com vaselina líquida, para a obtenção de "manta" de RAAQ com espessura uniforme.*

Fig. XXIII.7

Fig. XXIII.8

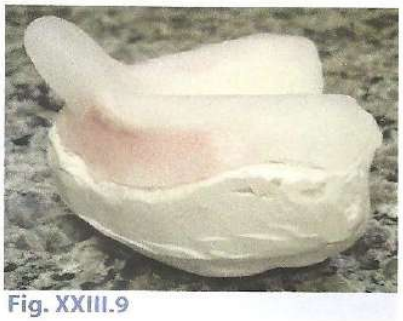
Fig. XXIII.9

Fig. XXIII.10

Fig. XXIII.11

Fig. XXIII.12

Fig. XXIII.13

Fig. XXIII.14

Fig. XXIII.15

Figs. XXIII.7 e XXIII.8 – *RAAQ na fase plástica, sendo prensada entre as placas de vidro.*
Fig. XXIII.9 – *Moldeira individual sobre o modelo anatômico. Observar a inclinação de aproximadamente 45° dada ao cabo.*
Fig. XXIII.10 – *Parte basal da moldeira individual após seu acabamento.*
Fig. XXIII.11 – *Prova da moldeira individual na boca. Toda a atenção deve ser dada ao recobrimento promovido pela moldeira individual, lembrando que esta não deve recobrir áreas de movimentação muscular, respeitando a inserção de freios e bridas.*
Fig. XXIII.12 – *Colocação da cera utilidade na área de selamento periférico, a fim de promover uma moldagem mais precisa dessa região.*
Fig. XXIII.13 – *Prova da cera para selamento periférico na boca e moldagem dessa área com a cera, de modo a manter a condição ideal de recobrimento obtida na figura XXIII.11.*
Fig. XXIII.14 – *Pasta zincoeugenólica: devem ser dispensados comprimentos iguais da pasta-base e catalisadora, sobre a placa de vidro recoberta com papel sulfite.*
Fig. XXIII.15 – *Ato da moldagem com pasta zincoeugenólica: observe o escoamento uniforme do material pelas superfícies vestibulares da moldeira, promovido pela movimentação muscular, de modo a manter a condição ideal de recobrimento da área chapeável.*

Fig. XXIII.16

Fig. XXIII.17

Fig. XXIII.18

Fig. XXIII.19

Fig. XXIII.20

Fig. XXIII.21

Fig. XXIII.22

Fig. XXIII.16 – *Molde funcional, obtido com pasta zincoeugenólica, ainda com excessos.*
Fig. XXIII.17 – *Molde funcional após o recorte dos excessos.*
Fig. XXIII.18 – *Modelo funcional obtido em gesso tipo IV. É importante utilizarmos gesso tipo IV neste caso, uma vez que esta prótese será confeccionada pela técnica da base de prova e, portanto, este modelo deverá estar intacto até o momento da acrilização final. Desse modo, devemos utilizar um gesso mais resistente, como o tipo IV.*
Fig. XXIII.19 – *Moldeira tipo Vernes, para dentados, com bacia mais alta. Neste caso, foi selecionada a moldeira I2, que recebeu individualização com cera utilidade.*
Fig. XXIII.20 – *Molde do arco mandibular, com alginato.*
Fig. XXIII.21 – *Preparo do apoio na região da língua, com cera utilidade e alginato.*
Fig. XXIII.22 – *Modelo do arco inferior com gesso tipo III (pedra).*

Base de Prova

Para melhor ilustrar o presente livro, apresentando as duas técnicas, neste caso clínico será utilizada a base de prova em vez da base definitiva.

Link

A base de prova é comumente utilizada no Brasil há várias décadas e bons profissionais obtêm excelentes resultados com essa técnica, de modo que sua adequação é indiscutível. No entanto, como observamos no capítulo V, acreditamos que a base definitiva apresenta algumas vantagens que podem ser exploradas para a obtenção de resultados ainda melhores.

Para a confecção da base de prova, o modelo funcional é aliviado com cera 7 e isolado com isolante à base de alginato (Figs. XXIII.23 a XXIII.25), e, sobre ele, utilizando a mesma técnica da "manta" descrita para a confecção da moldeira individual, adapta-se a RAAQ incolor, obedecendo-se os limites da área basal, que são os do próprio modelo de trabalho (Fig. XXIII.26). Após a polimerização completa (Fig. XXIII.27), a base de prova é separada do modelo funcional (Fig. XXIII.28) para se promover o acabamento (Figs. XXIII.29 e XXIII.30), e provada na boca, com o intuito de se verificar sua adequação à área basal, sem interferências na musculatura paraprotética (Fig. XXIII.31).

Observações Clínicas

Os ajustes que possam ser feitos nessa prova não serão suficientes para proporcionar retenção à prótese após a acrilização, uma vez que a base de prova será descartada nessa oportunidade e, junto com ela, os ajustes feitos aqui. Desse modo, se necessários ajustes nessa fase, eles devem ser feitos, e a base de prova, transformada em moldeira individual para a obtenção de novos moldes e modelos funcionais, bem como de uma nova base de prova.

Fig. XXIII.23

Fig. XXIII.24

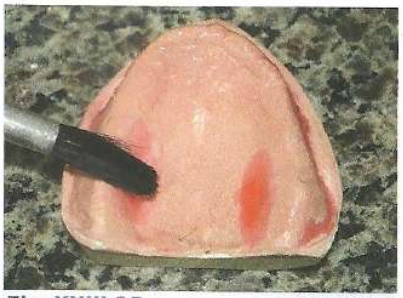
Fig. XXIII.25

Fig. XXIII.26

Fig. XXIII.27

Fig. XXIII.28

Figs. XXIII.23 e XXIII.24 – *Modelo funcional aliviado com cera 7.*
Fig. XXIII.25 – *Isolamento do modelo aliviado com isolante à base de alginato.*
Fig. XXIII.26 – *Aplicação da RAAQ incolor sobre o modelo aliviado e isolado para a confecção da base de prova.*
Fig. XXIII.27 – *RAAQ sobre o modelo funcional após a polimerização.*
Fig. XXIII.28 – *Base de prova ainda sem o acabamento final.*

Fig. XXIII.29

Fig. XXIII.30

Fig. XXIII.31

Fig. XXIII.29 – *Base de prova após o acabamento final.*
Fig. XXIII.30 – *Base de prova após o acabamento final, e adaptada sobre o modelo funcional.*
Fig. XXIII.31 – *Prova da base definitiva na boca. Se houver sobreextensões neste momento, é inútil ajustá-las, uma vez que esta base* **não** *será a definitiva, de modo que ajustes feitos em sua extensão* **não** *repercutirão na prótese pronta. Havendo sobreextensões, a base deve ser ajustada, um cabo deve ser adicionado a ela e nova moldagem funcional deve ser realizada, assim como os demais procedimentos desta etapa em diante.*

Planos de Orientação e Montagem em Articulador Semi-ajustável

Sobre a base de prova, é confeccionado o padrão de cera, o qual possui a altura do fórnice à incisal dos incisivos centrais inferiores (medida no modelo inferior) na região anterior, terminando em zero na região retromolar. A espessura é de aproximadamente 2 cm (Fig. XXIII.32).

O padrão de cera é utilizado para a realização da tomada do arco facial e fixação do modelo superior ao ramo superior do articulador semi-ajustável (Figs. XXIII.33 e XXIII.34). Depois, o padrão é removido do modelo (Figs. XXIII.35 e XXIII.36) e levado novamente à boca para a individualização. Feita esta e harmonizando-se o padrão de cera às características faciais do paciente, o padrão é colocado plasticizado em posição na boca (Fig. XXIII.37), pedindo-se ao paciente que oclua até a DVO predeterminada, marcada com compasso de Willis (Figs. XXIII.38 a XXIII.40), marcando-se as cúspides e incisais inferiores no plano de orientação superior (Fig. XXIII.41).

O plano de orientação superior é colocado sobre o modelo superior já preso ao respectivo ramo do articulador, que, posicionado invertido, permite o posicionamento do modelo inferior (Fig. XXIII.42) sobre as edentações produzidas anteriormente no plano de orientação superior, para a união do modelo inferior ao respectivo ramo do articulador (Figs. XXIII.43 e XXIII.44), com o pino guia incisal em zero.

Individualização do Articulador Semi-ajustável

Para a realização da individualização dos ângulos de Bennett e guias condilares do articulador, neste caso clínico são necessários os registros de protrusão e lateralidade, uma vez que não temos curvas individuais de compensação a serem seguidas, como vimos para as próteses totais duplas no capítulo VIII.

Iniciamos esta etapa com o registro, em boca, da lateralidade direita (Fig. XXIII.45). O registro foi posicionado sobre o modelo superior, as guias foram soltas, e o modelo inferior, posicionado sobre as edentações produzidas pelo registro de lateralidade direita (Fig. XXIII.46). Desse modo, o côndilo de balanceio (esquerdo) assume uma posição mais medial (Fig. XXIII.47), que permite o ajuste da aleta do ângulo de Bennett (Fig. XXIII.48), que marcou nesse caso pouco mais de 10° (Fig. XXIII.49). Repete-se o procedimento para a lateralidade esquerda (Figs. XXIII.50 a XXIII.54).

As guias condilares são ajustadas pelo registro da protrusão em boca (Fig. XXIII.55), o qual, transferido ao articulador (Figs. XXIII.56 e XXIII.57), permite o ajuste desse determinante fixo da oclusão em ambos os côndilos (Figs. XXIII.58 a XXIII.63).

Assim, temos os articuladores montados e individualizados, faltando para início da montagem dos dentes apenas o registro das linhas de referência (Fig. XXIII.64) e tomada da cor dos dentes para a escolha deles.

Fig. XXIII.32

Fig. XXIII.33

Fig. XXIII.34

Fig. XXIII.35

Fig. XXIII.36

Fig. XXIII.37

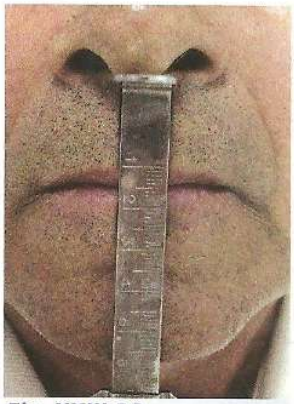
Fig. XXIII.38

Fig. XXIII.39

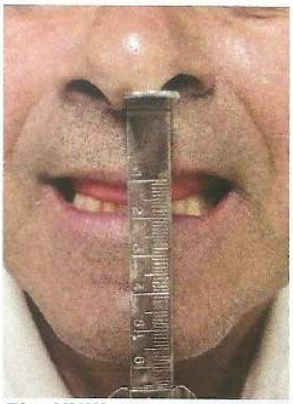
Fig. XXIII.40

Fig. XXIII.32 – *Confecção do padrão de cera, com a altura do fórnix à incisal dos incisivos centrais inferiores (medida no modelo inferior) na região anterior terminando em zero na região retromolar. A espessura é de aproximadamente 2 cm.*

Fig. XXIII.33 – *Posicionamento do modelo superior em articulador semi-ajustável com o auxílio do arco facial.*

Fig. XXIII.34 – *Modelo superior unido à placa de montagem do ramo superior do articulador com gesso comum (tipo II).*

Fig. XXIII.35 – *Conjunto de placa de montagem, modelo e padrão de cera removidos do ramo superior do articulador e da forquilha do arco facial.*

Fig. XXIII.36 – *Remoção do padrão de cera do modelo, que permanece unido à placa de montagem do articulador.*

Fig. XXIII.37 – *Padrão de cera já individualizado, posicionado em boca. Pedimos ao paciente para ocluir levemente, sem marcar a cera, para verificarmos a dimensão vertical.*

Fig. XXIII.38 – *Pedimos, então, ao paciente para ocluir até a DVO determinada anteriormente (DVO = DVR – EFL).*

Fig. XXIII.39 – *Registro dos dentes inferiores sobre o plano de orientação superior, em RC na DVO.*

Fig. XXIII.40 – *Conferência da medida de DVO após o registro dos dentes inferiores no plano de orientação superior.*

Fig. XXIII.41

Fig. XXIII.42

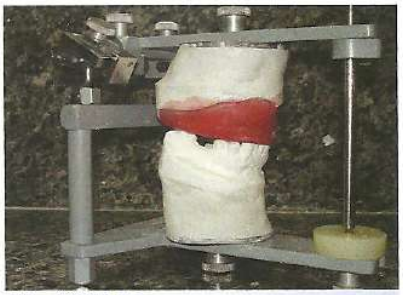
Fig. XXIII.43

Fig. XXIII.44

Fig. XXIII.45

Fig. XXIII.46

Fig. XXIII.47

Fig. XXIII.48

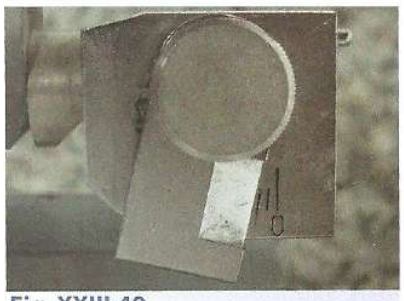
Fig. XXIII.49

Fig. XXIII.41 – *Vista oclusal do plano de orientação superior com as marcações das incisais e oclusais dos dentes inferiores.*

Fig. XXIII.42 – *Posicionamento do plano de orientação superior sobre o modelo superior posicionado no articulador invertido, e do modelo inferior sobre as edentações do plano de orientação, para a fixação do modelo inferior no articulador.*

Figs. XXIII.43 e XXIII.44 – *Modelo inferior fixado no articulador em RC na DVO.*

Fig. XXIII.45 – *Registro da lateralidade direita em boca.*

Fig. XXIII.46 – *Posicionamento do modelo inferior, em lateralidade direita, para o ajuste do ângulo esquerdo de Bennett.*

Fig. XXIII.47 – *Aleta do ângulo esquerdo de Bennett aberta e côndilo posicionado para mesial e anterior.*

Fig. XXIII.48 – *Posicionamento da aleta do ângulo de Bennett de acordo com a movimentação condilar.*

Fig. XXIII.49 – *Ângulo esquerdo de Bennett registrado.*

Fig. XXIII.50

Fig. XXIII.51

Fig. XXIII.52

Fig. XXIII.53

Fig. XXIII.54

Fig. XXIII.55

Fig. XXIII.56

Fig. XXIII.57

Fig. XXIII.58

Fig. XXIII.50 – *Registro da lateralidade esquerda em boca.*
Fig. XXIII.51 – *Posicionamento do modelo inferior, em lateralidade esquerda, para o ajuste do ângulo direito de Bennett.*
Fig. XXIII.52 – *Aleta do ângulo direito de Bennett aberta e côndilo posicionado para mesial e anterior.*
Fig. XXIII.53 – *Posicionamento da aleta do ângulo de Bennett de acordo com a movimentação condilar.*
Fig. XXIII.54 – *Ângulo direito de Bennett registrado.*
Fig. XXIII.55 – *Registro da protrusão na boca.*
Figs. XXIII.56 e XXIII.57 – *Modelo inferior posicionado em protrusão no articulador.*
Fig. XXIII.58 – *Guia condilar aberta do lado esquerdo e côndilo posicionado para anterior e para baixo.*

Fig. XXIII.59

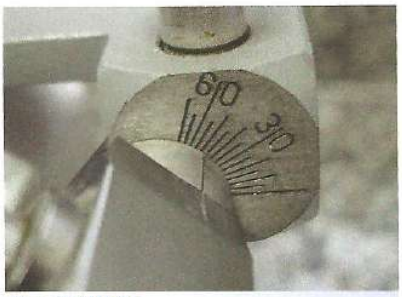

Fig. XXIII.60

Fig. XXIII.61

Fig. XXIII.62

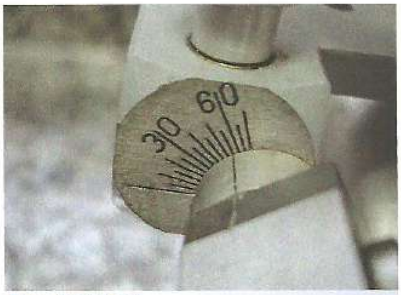

Fig. XXIII.63

Fig. XXIII.64

Fig. XXIII.59 – *Guia condilar posicionada de acordo com a movimentação condilar.*
Fig. XXIII.60 – *Ângulo da guia condilar registrado no lado esquerdo.*
Fig. XXIII.61 – *Guia condilar aberta do lado direito e côndilo posicionado para anterior e para baixo.*
Fig. XXIII.62 – *Guia condilar posicionada de acordo com a movimentação condilar.*
Fig. XXIII.63 – *Ângulo da guia condilar registrado no lado direito.*
Fig. XXIII.64 – *Linhas de referência (linha alta do sorriso, linha mediana e linhas dos caninos) registradas sobre o plano de orientação para a escolha e a montagem dos dentes artificiais.*

Montagem e Prova dos Dentes

A escolha e a montagem dos dentes artificiais seguem as diretrizes gerais traçadas nos capítulos XIV e IX, respectivamente. No entanto, cabe ressaltar que nem sempre se consegue obter a disposição de dentes necessária à obtenção de uma oclusão balanceada ideal, como aquela obtida em próteses totais duplas, uma vez que não se obtêm as curvas individuais de compensação, sendo o plano oclusal da PTMS determinado pelo plano oclusal antagonista.

Apesar desses inconvenientes, devido à adequação da arcada inferior, a montagem de dentes obtida para o caso que ora se apresenta (Fig. XXIII.65) mostrou-se satisfatória tanto no quesito função (Figs. XXIII.66 a XXIII.69) quanto no quesito estética (Fig. XXIII.70).

Procedimentos Laboratoriais

No laboratório, procedemos à ceroplastia, de modo a reconstituir a forma do rebordo dentado na superfície vestibular da prótese, conforme pode ser observado nas figuras XXIII.71 a XXIII.73.

O modelo é então incluído com gesso comum na base da mufla (Fig. XXIII.74), e o gesso da superfície externa é isolado com isolante à base de alginato (Fig. XXIII.75). Sobre os dentes e a base de prova, aplica-se uma camada de gesso-pedra (tipo III), com a intenção de melhor fixar os dentes e reproduzir de modo mais fiel as características obtidas na ceroplastia (Fig. XXIII.76). A contramufla é então posicionada sobre a base da mufla, completamente preenchida com gesso comum e fechada (Fig. XXIII.77). Após a presa do gesso, a mufla é levada à água fervente, para a remoção da cera e da base de prova, que nesse momento

é descartada (Fig. XXIII.78). O gesso é isolado com isolante à base de alginato (Fig. XXIII.79), os dentes são perfurados para prover melhor retenção à base (Fig. XXIII.80), e o isolante que por ventura tenha recoberto os dentes é removido com monômero (Fig. XXIII.81).

Optando-se por uma acrilização dégradé, polímero de RAAT rosa é colocado sobre os dentes (Fig. XXIII.82) até recobrir a área desejada, para que não haja sombra por transparência, e o monômero é vertido sobre o polímero até sua completa embebição (Figs. XXIII.83 e XXIII.84). RAAT incolor é manipulada e, em sua fase plástica, entulhada sobre a resina rosa e prensada contra esta pela base da mufla com o modelo funcional (Figs. XXIII.85 e XXIII.86). Após a prensagem, a mufla é levada à polimerização pelo ciclo longo, resfriamento à temperatura ambiente e demuflagem, originando as próteses ainda sem acabamento (Figs. XXIII.87 e XXIII.88).

Fig. XXIII.65

Fig. XXIII.66

Fig. XXIII.67

Fig. XXIII.68

Fig. XXIII.69

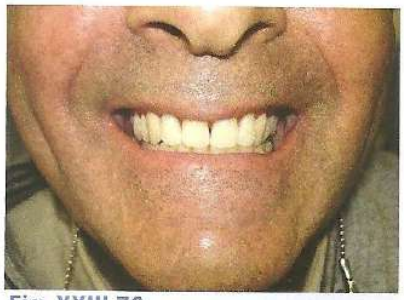
Fig. XXIII.70

Fig. XXIII.65 – *Dentes artificiais montados em articulador.*
Fig. XXIII.66 – *Padrão oclusal obtido em cêntrica.*
Fig. XXIII.67 – *Padrão oclusal obtido em lateralidade esquerda. Observe o contato em grupo do lado de trabalho e contato estabilizante do lado de balanceio.*
Fig. XXIII.68 – *Padrão oclusal obtido em lateralidade direita. Observe o contato em grupo do lado de trabalho e o contato estabilizante do lado de balanceio.*
Fig. XXIII.69 – *Padrão oclusal obtido em protrusão. Observe o contato dos dentes anteriores e posteriores, sem abertura do espaço de Christensen.*
Fig. XXIII.70 – *Aspecto estético obtido pela montagem dos dentes. Observar a harmonia de forma e cor, assim como o sombreamento a partir da mesial do canino superior (corredor bucal) e o preenchimento adequado dos lábios.*

Fig. XXIII.71

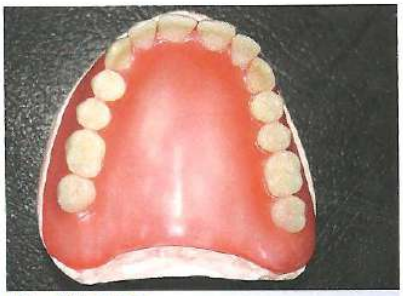
Fig. XXIII.72

Fig. XXIII.73

Fig. XXIII.74

Fig. XXIII.75

Fig. XXIII.76

Fig. XXIII.77

Fig. XXIII.78

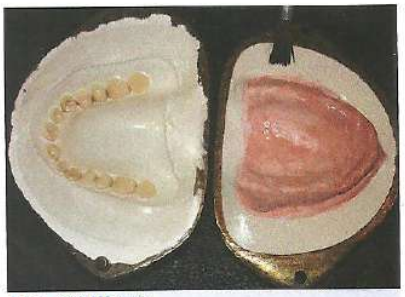
Fig. XXIII.79

Fig. XXIII.71 – *Ceroplastia em vistas vestibular e frontal.*
Fig. XXIII.72 – *Ceroplastia em vista oclusal. Observe também o selamento da base ao modelo.*
Fig. XXIII.73 – *Ceroplastia em vistas vestibular e lateral.*
Fig. XXIII.74 – *Posicionamento do modelo na base da mufla com gesso comum (tipo II).*
Fig. XXIII.75 – *Isolamento da superfície exposta do gesso comum para a colocação da contramufla.*
Fig. XXIII.76 – *Colocação de gesso tipo III (pedra) sobre os dentes e superfícies enceradas, para melhor fixação e registro da escultura.*
Fig. XXIII.77 – *Mufla preenchida com gesso comum (tipo II).*
Fig. XXIII.78 – *Abertura da mufla e após a presa do gesso e o aquecimento em água fervente. Toda a cera e a* **base de prova** *serão* **descartadas**.
Fig. XXIII.79 – *Isolamento do gesso após a remoção de toda a cera com água fervente.*

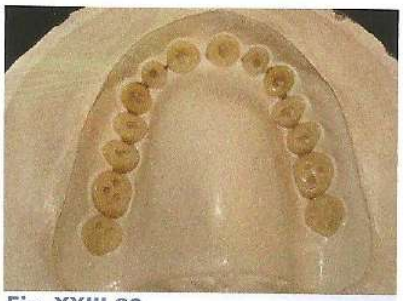
Fig. XXIII.80

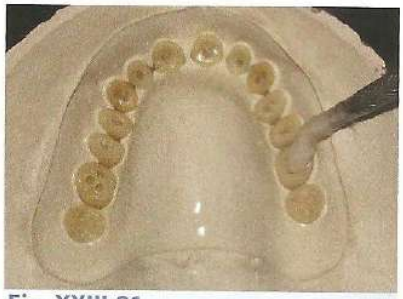
Fig. XXIII.81

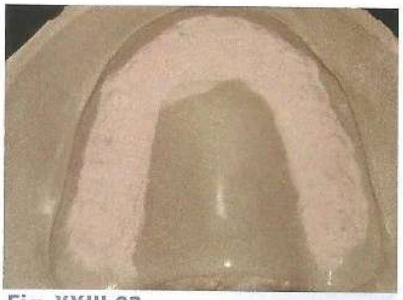
Fig. XXIII.82

Fig. XXIII.83

Fig. XXIII.84

Fig. XXIII.85

Fig. XXIII.86

Fig. XXIII.87

Fig. XXIII.88

Fig. XXIII.80 – *Dentes perfurados na cervical para uma retenção melhor à futura base da PTMS.*
Fig. XXIII.81 – *Remoção do isolante das cervicais dos dentes com bola de algodão embebida em monômero.*
Fig. XXIII.82 – *Colocação de RAAT rosa médio junto às cervicais dos dentes.*
Figs. XXIII.83 e XXIII.84 – *Embebição da RAAT rosa com monômero.*
Fig. XXIII.85 – *Entulhamento de RAAT incolor sobre a RAAT rosa e fechamento da mufla.*
Fig. XXIII.86 – *Prensagem da mufla em prensa hidráulica até a coaptação das bordas da mufla.*
Figs. XXIII.87. e XXIII.88 – *Prótese após a acrilização e demuflagem, ainda sem acabamento.*

Entrega e Cuidados Posteriores

Após o acabamento e o polimento, a prótese segue para a prova clínica em ambiente úmido (Fig. XXIII.89). No consultório, ela é inspecionada para se verificar a presença de áreas irregulares ou de ângulos agudos (Figs. XXIII.90 e XXIII.91). Não havendo qualquer alteração, as próteses são provadas na boca, verificando-se seu assentamento e a retenção oferecida pela base final.

Observações clínicas

O paciente em geral encontra-se apreensivo nessa fase, uma vez que até então a prótese não apresentava retenção adequada, pois vínhamos utilizando uma base de prova (portanto aliviada). O inconveniente da apreensão do paciente é um dos grandes pontos favoráveis ao uso da base definitiva, que elimina esse estado de ansiedade, uma vez que proporciona desde o início o mesmo grau de retenção que apresentará ao final.

A oclusão também é verificada em cêntrica (Fig. XXIII.92) e em movimentos excursivos (Figs. XXIII.93 a XXIII.95), nos quais pode-se verificar a presença de uma oclusão balanceada, embora não tão adequada quanto podemos obter quando realizamos próteses totais duplas, mas com contatos simultâneos, anteriores, posteriores e bilaterais na movimentação excursiva.

O aspecto estético final (Figs. XXIII.96 a XXIII.98) também é importante para a satisfação e adesão do paciente ao processo de ajuste que se segue, no qual o profissional ajusta a prótese, com pequenos desgastes, algumas vezes necessários, e o paciente adapta-se a ela.

As orientações de uso e quanto à necessidade de controles posteriores seguem o exposto no Capítulo XIII.

Fig. XXIII.89

Fig. XXIII.90

Fig. XXIII.91

Fig. XXIII.92

Fig. XXIII.93

Fig. XXIII.94

Fig. XXIII.89 – *Prótese acondicionada em ambiente úmido após o acabamento e o polimento.*
Fig. XXIII.90 – *Vista basal da prótese após o acabamento e o polimento.*
Fig. XXIII.91 – *Vista oclusal da prótese após o acabamento e o polimento.*
Fig. XXIII.92 – *Prótese na posição de oclusão central.*
Fig. XXIII.93 – *Lateralidade esquerda. Observe a guia em grupo do lado de trabalho e o contato estabilizante do lado de balanceio.*
Fig. XXIII.94 – *Lateralidade direita. Observe a guia em grupo do lado de trabalho e o contato estabilizante do lado de balanceio.*

Fig. XXIII.95

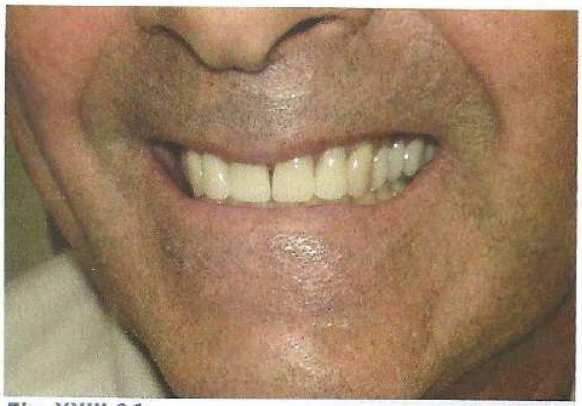
Fig. XXIII.96

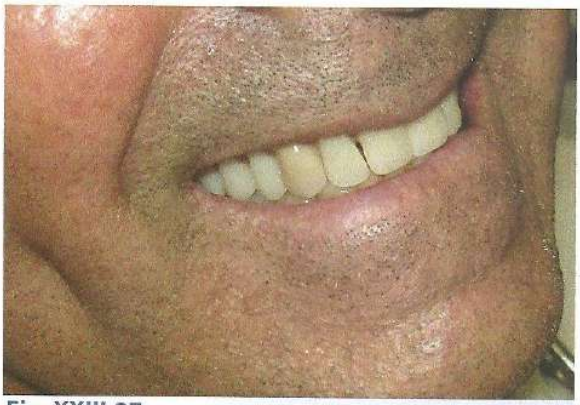
Fig. XXIII.97

Fig. XXIII.98

Fig. XXIII.95 – *Protrusiva. Observe os contatos anteriores e posteriores sem a formação do espaço de Christensen.*
Figs. XXIII.96 a XXIII.98 – *Aspecto estético final.*

Onde Ler Mais

1. DRISCOLL, C.F.; MASRI, R.M. Single maxillary complete denture. *Dent Clin North Am*, v.48, n.3, p.567-583, 2004.
2. TAN, H.K. A preparation guide for modifying the mandibular teeth before making a maxillary single complete denture. *J Prosthet Dent*, v.77, n.3, p.321-322, 1997.

Agradecimento

Nós agradecemos de modo especial ao TPD João Augusto da Silva, pelo excelente auxílio técnico prestado à elaboração dessa prótese monomaxilar. Muito obrigado!