Rebordo inferior

O critério para determinar se o ajuste da moldeira inferior foi feito de forma adequada é a passividade que a mesma deve manter com as estruturas anatômicas que a circundam. Nessa situação, o paciente deve abrir a boca e a moldeira permanecer assentada de forma passiva sobre o rebordo (ver Fig. VI-27). Esse resultado é conseguido mais facilmente se conhecendo a anatomia e a fisiologia das diversas regiões envolvidas com a dinâmica do funcionamento da prótese inferior, as quais serão descritas a seguir.

O rebordo inferior pode ser didaticamente dividido em 6 regiões: (1) chanfradura do masseter; (2) fundo de vestíbulo bucal; (3) fundo de vestíbulo labial; (4) fossa distolingual ou retroalveolar; (5) flange sublingual; e (6) freio lingual (Figs. VI-70 a VI-73).

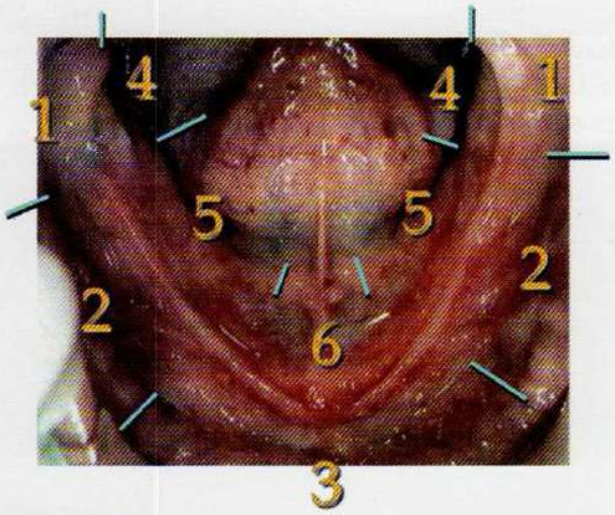

Figura VI-70 – Vista oclusal com as diferentes regiões existentes no rebordo inferior que estabelecem uma delimitação dinâmica ou funcional para a base da PT inferior. (1) chanfradura do masseter; (2) fundo de vestíbulo bucal; (3) fundo de vestíbulo labial; (4) fossa distolingual ou retroalveolar; (5) flange sublingual; e (6) freio lingual.

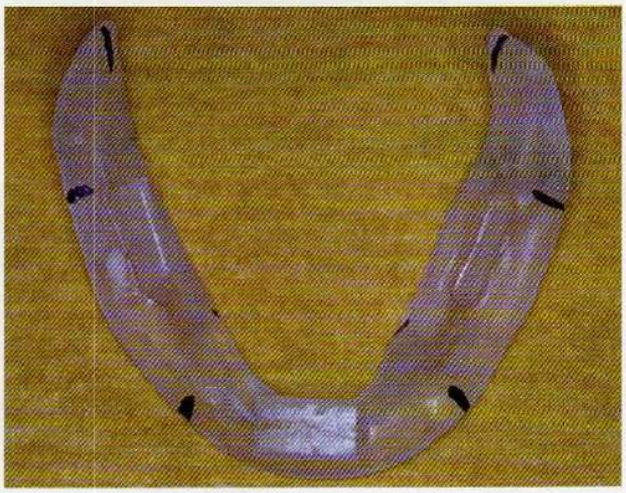

Figura VI-71 – Áreas de moldagem demarcadas na moldeira.

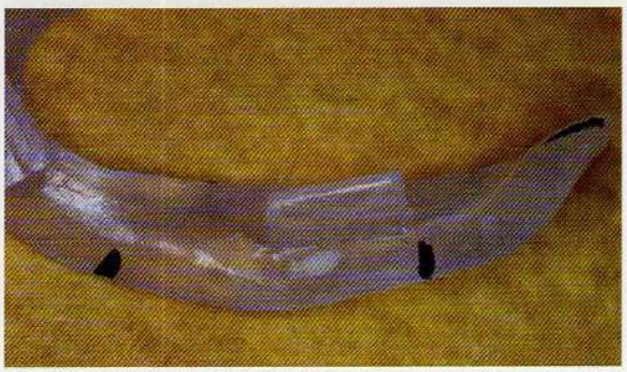

Figura VI-72 – Vista bucal da moldeira demarcada mostrando, da direita para a esquerda, as zonas da chanfradura do masseter, do fundo de vestíbulo bucal e parte da zona de fundo de vestíbulo labial.

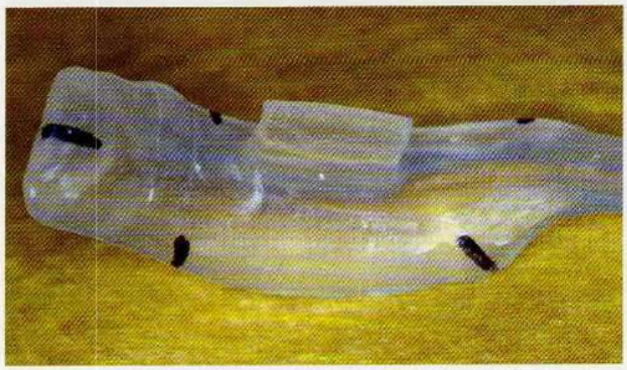

Figura VI-73 – Vista lingual da moldeira demarcada mostrando, da esquerda para a direita, as zonas da fossa distolingual ou retroalveolar, do flange sublingual e parte da zona do freio lingual.

Chanfradura do masseter

A região sob influência do músculo masseter localiza-se lateral à papila piriforme (Fig. VI-74).

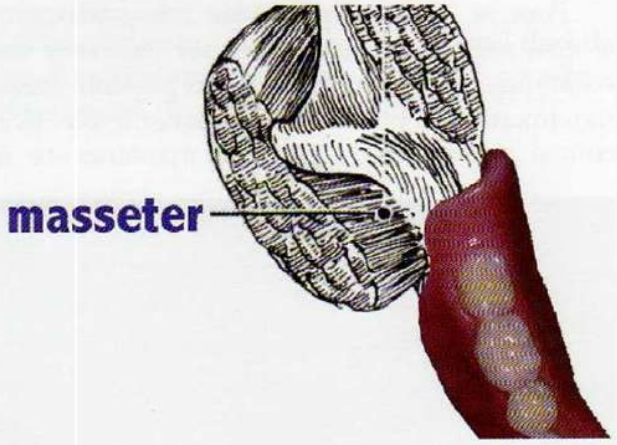

Figura VI-74 – Desenho esquemático de vista oclusal da região de chanfradura do masseter simulando a presença de uma PT. As fibras do masseter na região vestibular à papila piriforme determinam um contorno na base da prótese para evitar que a atividade desse músculo desloque a prótese.

A atividade desse potente músculo freqüentemente leva a um recorte da moldeira em formato côncavo na porção vestibular da papila piriforme, a qual deverá ser totalmente recoberta pela base da prótese, até a região de fundo de vestíbulo bucal[15] (Figs. VI-75 e VI-76).

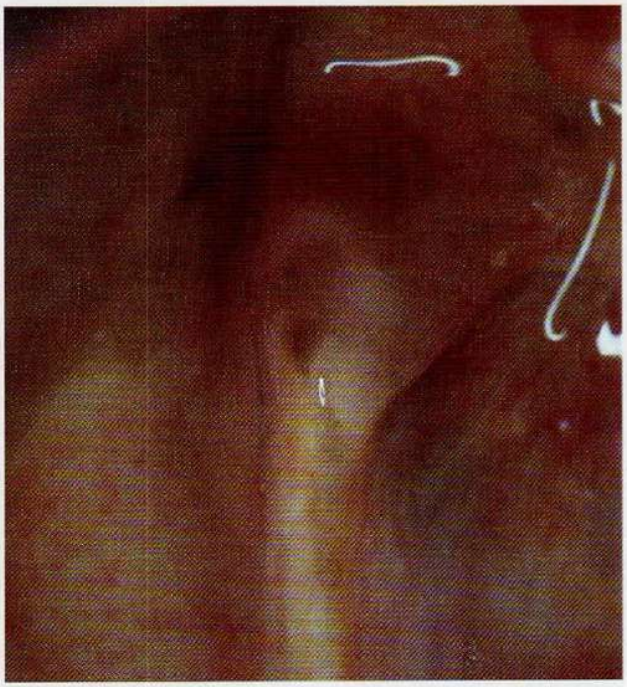

Figura VI-75 – Na porção mais distal do rebordo inferior encontra-se a papila piriforme que deverá ser recoberta pela base da prótese.

Figura VI-76 – Molde com godiva da região da chanfradura do masseter. Um recorte côncavo da godiva nessa região é esperado em função da pressão que as fibras do masseter exerceram no material de moldagem quando ainda plastificado. É importante ressaltar que, caso a moldeira não tenha sido adequadamente recortada previamente à colocação do material, o molde ficará sobreestendido e com um formato diferente.

Para se conseguir moldar adequadamente essa região, a mesma deve ser recortada na moldeira antes da moldagem e o paciente fazer movimentos de abertura e fechamento de boca com a godiva ainda plástica, mantendo-se a moldeira em posição com os dedos apoiados nos cabos laterais da moldeira (Figs. VI-77 a VI-79). Se esses cuidados não forem tomados o resultado será uma prótese instabilizada pela ação do masseter.

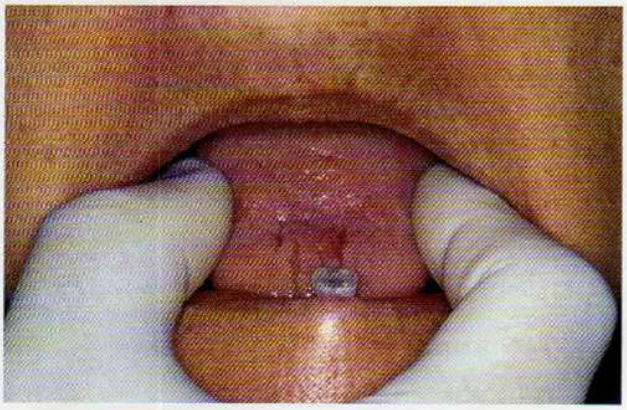

Figura VI-77 – Durante a moldagem dessa região, o paciente deverá fazer movimentos de abertura e fechamento de boca, enquanto a moldeira é mantida estabilizada com pelos dedos do operador apoiados nos cabos laterais da mesma.

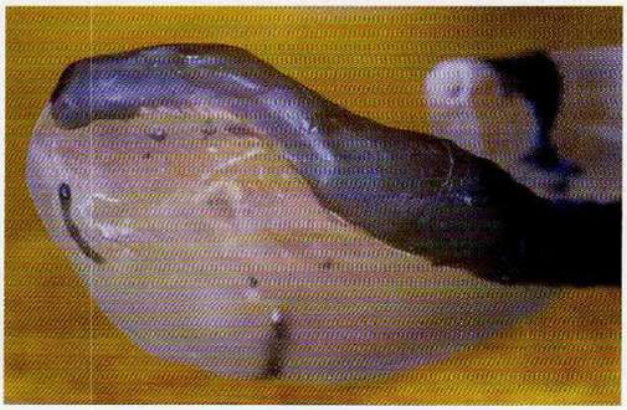

Figura VI-78 – Vista posterior da forma assumida pela godiva sob influência do masseter enquanto plástica.

Figura VI-79 – A região da chanfradura do masseter foi moldada em cada lado.

Fundo de vestíbulo bucal

Seu limite anatômico mais definido é a linha oblíqua externa (Fig. VI-80).

Figura VI-80 – A linha oblíqua externa estende-se por toda a região de fundo de vestíbulo bucal.

Essa região guarda as mesmas características funcionais da região homônima no rebordo superior, inclusive com a possível presença de bridas, levando o operador ao mesmo tipo de conduta já abordada para essa região no rebordo superior (Figs. VI-81 e VI-82).

Figura VI-81 – Moldeira inferior com a região de fundo de vestíbulo bucal moldada.

Figura VI-82 – Regiões de fundo de vestíbulo bucal moldadas.

Essa região também é chamada de *prateleira bucal* (do termo em inglês *buccal shelf*[15]), pois é composta por um osso cortical denso (que tende a não sofrer reabsorção devido ao estímulo da inserção do bucinador na linha oblíqua externa) recoberto por uma mucosa bastante delgada. Essas características oferecem uma boa área de sustentação para a prótese inferior, o quanto a atividade do bucinador permitir seu recobrimento, mas pode em alguns casos ser uma área mais suscetível a úlceras causadas por traumatismos da base da prótese.

Fundo de vestíbulo labial

Também guarda as mesmas características da região homônima no rebordo superior (Figs. VI-83 e VI-84).

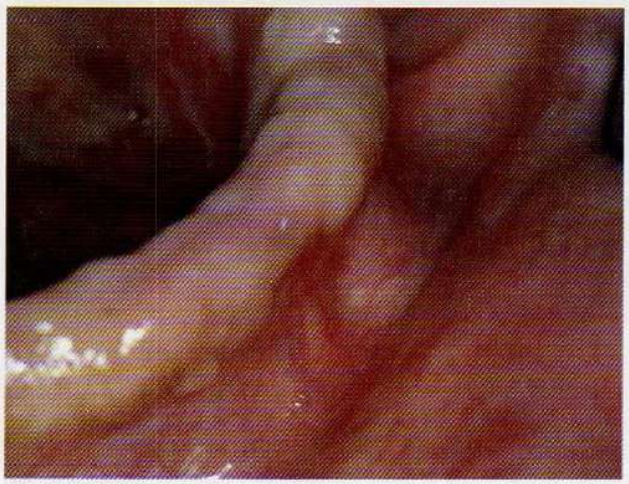

Figura VI-83 – Fundo de vestíbulo labial inferior. Em casos com rebordos mais reabsorvidos não é tão fácil visualizar os limites anatômicos dessa região.

Figura VI-84 – Região de fundo de vestíbulo labial moldada.

Fossa distolingual ou retroalveolar

Ao examinar a região lingual da mandíbula nota-se existir um espaço na sua porção mais distal, próxima à garganta do paciente[27] (Fig. VI-85).

Se bem aproveitado esse espaço, pode ser de grande valia para a estabilização da prótese inferior[28]. Entretanto, a amplitude desse espaço varia com a movimentação da língua para anterior, que trás para a frente parte da massa muscular, relativa ao músculo constritor superior da faringe, presente nessa região, diminuindo consideravelmente o espaço que a base da prótese poderia ocupar (Fig. VI-86).

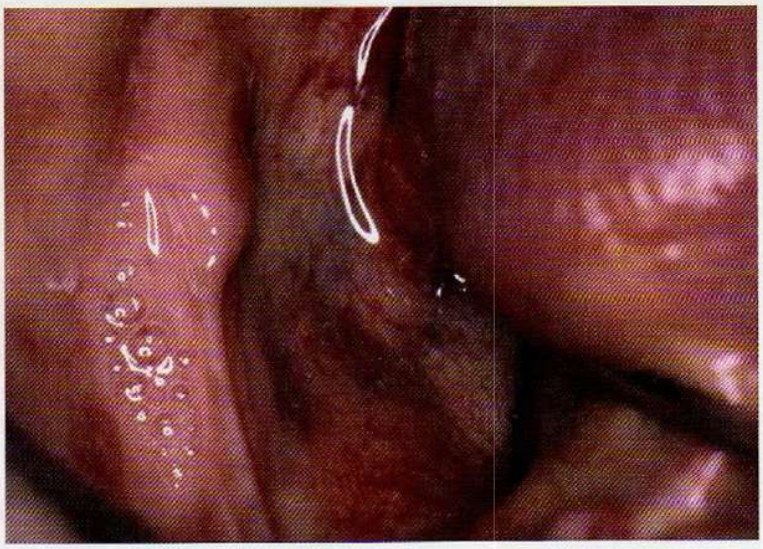

Figura VI-85 – Observar o contorno assumido pelos tecidos na fossa retroalveolar, entre a papila piriforme e a língua, quando esta se movimenta.

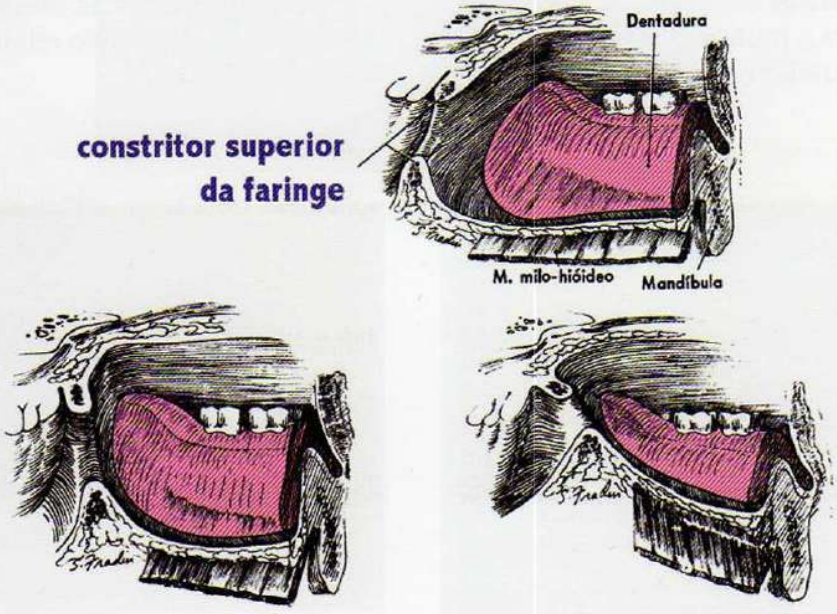

Figura VI-86 – Desenhos esquemáticos com vistas linguais de PTs inferiores, mostrando que a extensão para distal na fossa retroalveolar que permanece com a movimentação da língua vai variar de acordo com a atividade do músculo constritor superior da faringe de cada paciente e, nos casos em que permitir uma maior extensão da base da prótese, constituir-se num importante fator de estabilização da PT inferior (figura adaptada de Nagle, Sears & Silverman[16]).

Esse movimento funcional deve ser avaliado em cada caso, colocando-se o dedo indicador nessa região e pedindo para o paciente umedecer o lábio inferior com a ponta da língua para verificar se a extensão da moldeira nesse espaço não interfere em tal fisiologia. Esse procedimento deve ser repetido no ato da moldagem com a godiva ainda plástica (Figs. VI-87 e VI-88).

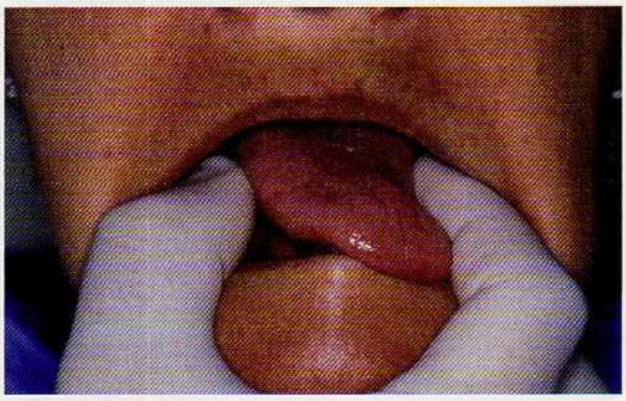

Figura VI-87 – Mantendo-se a moldeira estabilizada com os dedos sobre os cabos laterais, pede-se ao paciente para molhar o lábio inferior com a língua para executar os ajustes da moldeira individual e realizar a moldagem de todas as regiões da borda lingual da prótese inferior.

Figura VI-88 – Regiões das fossas retroalveolares moldadas.

A anatomia da base da prótese nessa região pode variar bastante e, em alguns casos, nos quais essas regiões apresentem-se retentivas bilateralmente, pode-se determinar um passo de inserção da prótese, de posterior para anterior, com o intuito de aproveitar essa característica como um meio de retenção adicional (Figs. VI-89 e VI-90).

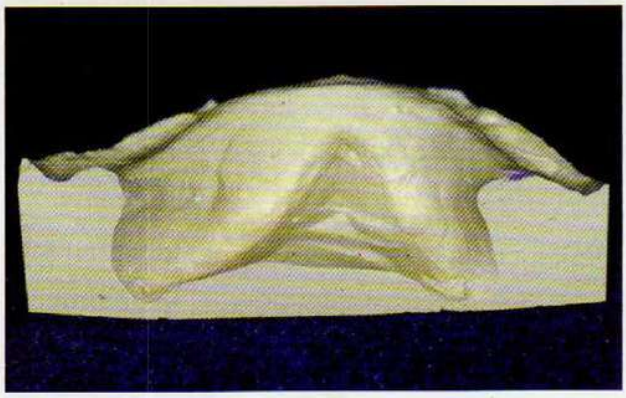

Figura VI-89 – Modelo de gesso cortado na altura das regiões das fossas retroalveolares, em um caso em que a forma do rebordo apresenta-se retentiva nos dois lados.

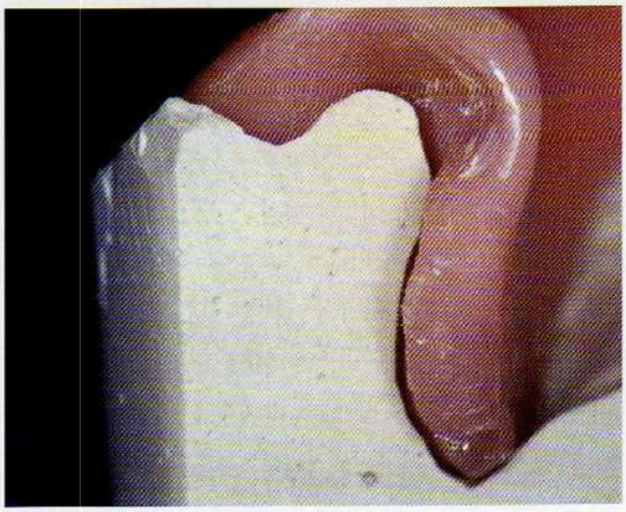

Figura VI-90 – Frente à dificuldade de inserção da prótese criada com essa situação, pode-se planejar a execução de uma prótese com passo de inserção de posterior para anterior.

Flange sublingual

A região do flange sublingual é uma região sob influência do músculo milo-hióideo e da glândula sublingual. O milo-hióideo insere-se ao longo do corpo da mandíbula sobre a linha milo-hióidea ou linha oblíqua interna (Fig. VI-91), aprofundando-se anteriormente em direção à base da mandíbula para criar espaço para a glândula sublingual[21] (Fig. VI-92).

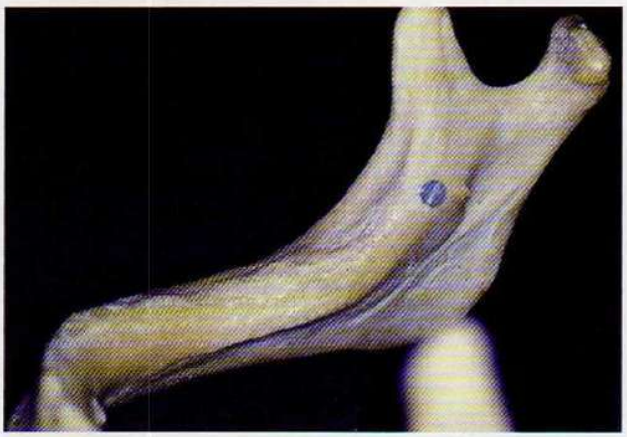

Figura VI-91 – A linha milo-hióidea ou linha oblíqua interna delimita anatomicamente a região do flange sublingual.

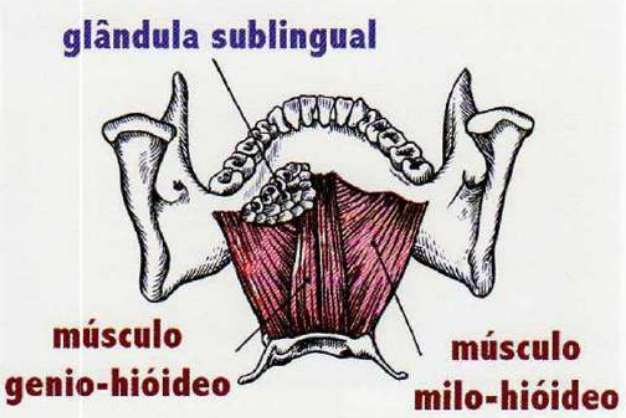

Figura VI-92 – Desenho esquemático de vista posterior da mandíbula mostrando a glândula sublingual e as estruturas anatômicas adjacentes. Notar que no lado direito, com a glândula retirada, a profundidade do fundo de vestíbulo vai aumentando em direção anterior (figura adaptada de Schreinemakers[3]).

A magnitude desse espaço pode variar segundo o grau de reabsorção do rebordo, o tamanho e o posicionamento da glândula sublingual (Fig. VI-93).

Com o aproveitamento correto desse espaço, de acordo com o tamanho e o posicionamento da glândula sublingual, pode-se conseguir uma extensão com a godiva que aumenta significativamente a estabilidade da prótese inferior, em especial no sentido de deslocamento horizontal (Fig. VI-94).

Esse espaço também é avaliado pedindo-se

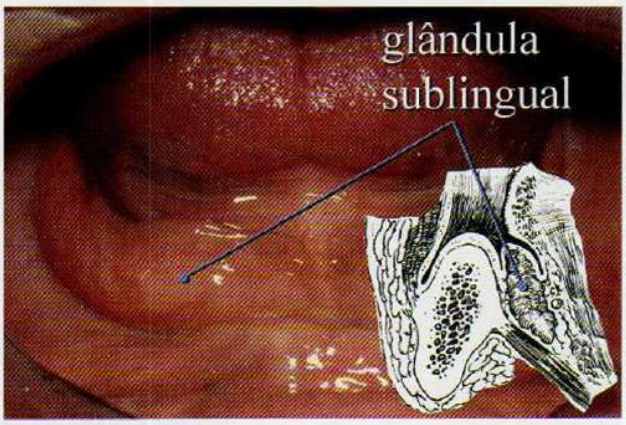

Figura VI-93 – Com a movimentação da língua para cima ou para a frente, a glândula sublingual pode ficar bem próxima do nível do rebordo ou até sobrepô-lo, de acordo com o grau de reabsorção do mesmo. O desenho esquemático ilustra um corte da mandíbula no nível da glândula sublingual.

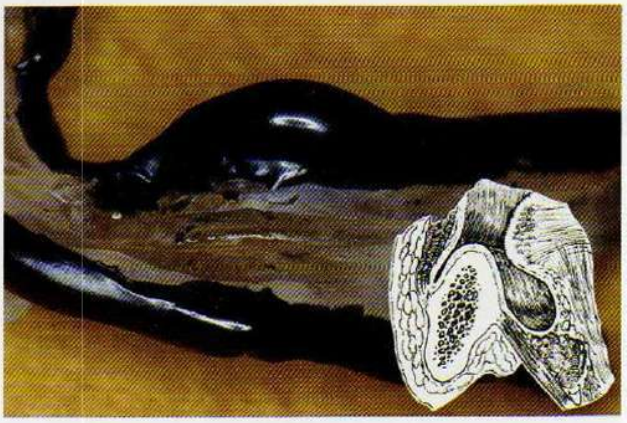

Figura VI-94 – Quando o posicionamento da glândula sublingual permite, consegue-se uma extensão com a godiva que aumenta significativamente a estabilidade da prótese inferior, especialmente no sentido de deslocamento horizontal. Compare o aumento de espaço a ser preenchido pela base da prótese, ilustrado pelo desenho esquemático presente nessa figura, com o da figura VI-93.

para o paciente umedecer o lábio inferior com a ponta da língua (ver Fig. VI-89) e verificando-se a extensão correta da moldeira, sem interferir em tal fisiologia, repetindo-se esse procedimento no ato da moldagem com a godiva ainda plástica (Fig. VI-95).

Figura VI-95 – Regiões de flanges sublinguais moldadas.

Freio lingual

A região de freio lingual é primariamente influenciada pelo músculo genioglosso[15] (Fig. VI-96).

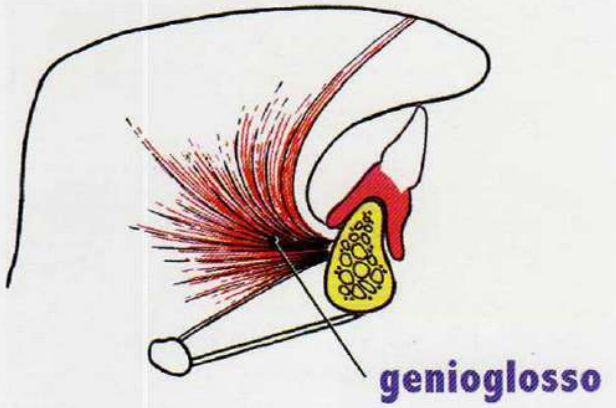

Figura VI-96 – Desenho esquemático de corte sagital da mandíbula na altura da linha mediana ilustrando a relação do músculo genioglosso com a PT inferior, quando a língua for movimentada para cima ou para a frente.

A ação desse músculo dá-se quando o indivíduo movimenta a língua para cima ou para a frente. Esse movimento também deve ser avaliado pedindo-se para o paciente umedecer o lábio inferior com a ponta da língua e verificando-se a extensão correta da moldeira nesse espaço sem interferir em tal fisiologia e repetindo-se esse procedimento no ato da moldagem com a godiva ainda plástica (Fig. VI-97).

Figura VI-97 – Região de freio lingual moldada concluindo o vedamento periférico inferior.

Após o término do vedamento periférico, tendo-se conseguido atingir a estabilidade e a retenção da moldeira esperadas para o bom funcionamento da prótese (Figs. VI-98 e VI-99), procede-se uma moldagem com um material de viscosidade média para baixa que vai recobrir por completo a área interna da moldeira e a godiva utilizada no vedamento periférico.

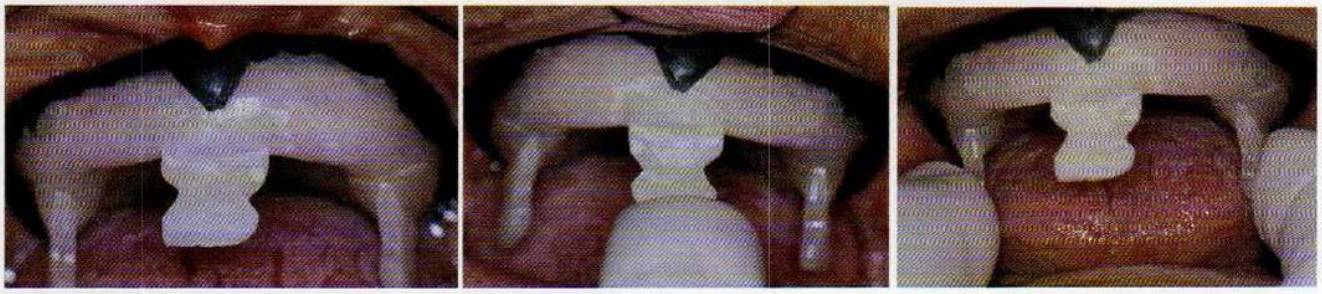

Figura VI-98 – Testes de retenção e estabilidade superior. A moldeira superior com o vedamento concluído deve possuir por si só uma retenção igual a da prótese terminada (à esquerda). O teste de retenção horizontal deve ser realizado puxando-se a moldeira horizontalmente para frente pelo cabo anterior para verificar a eficiência do vedamento posterior (ao centro). O teste de retenção vertical deve ser realizado puxando-se a moldeira verticalmente para baixo pelos cabos laterais; verifica-se assim a eficiência do vedamento nas regiões de fundo do vestíbulo, especialmente na região do espaço coronomaxilar (à direita).

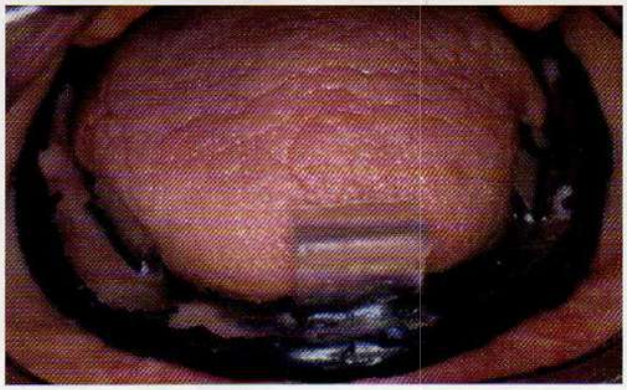

Figura VI-99 – Testes de retenção e estabilidade inferior. Após o vedamento periférico inferior concluído, a moldeira deve manter a estabilidade conseguida com os ajustes (ver Fig. VI-27).

O último passo na obtenção de um bom modelo de trabalho é a confecção de um encaixotamento que possibilitará que os detalhes obtidos no vedamento periférico sejam transferidos para o modelo de gesso (Fig. VI-100), mantendo sua integridade para que, posteriormente, seja usado como forma para a obtenção da base da prótese no processo de acrilização.

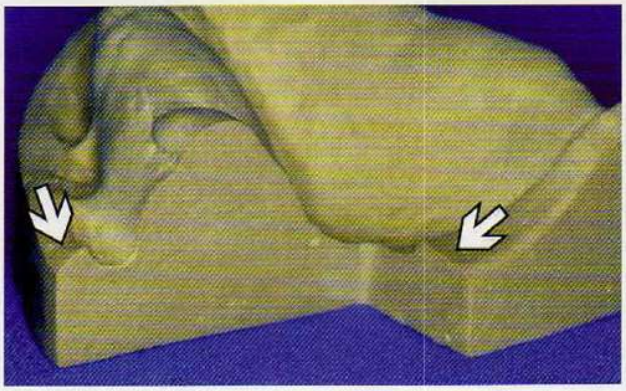

Figura VI-100 – Modelo de gesso seccionado para mostrar o perfil do debrum (setas) conseguido com a confecção do encaixotamento. O objetivo de se ter um gesso mais grosso em toda volta do modelo é o de prover a resistência necessária para que este não quebre na região de vedamento periférico.

Nos casos de PT convencional, pode-se utilizar um gesso tipo III, que possui capacidade de reprodução de uma cópia compatível com os detalhes da mucosa ao mesmo tempo que, por não ser tão duro, não cria grandes dificuldades para o técnico no momento da retirada da prótese da mufla, após a polimerização da resina da base da mesma. Entretanto, nos casos de sobredentaduras, é mandatória a utilização de gesso tipo IV, uma vez que, nesses casos, torna-se crítica a manutenção correta das posições das réplicas dos implantes no modelo de trabalho.

Materiais de moldagem

Os materiais mais utilizados para a execução da moldagem final são as pastas à base de óxido de zinco e eugenol (também chamadas de zincoeugenólicas ou zincoenólicas) e os elastômeros (genericamente chamados de poliéteres, mercaptanas ou silicones, de acordo com suas composições).

Pastas à base de óxido de zinco e eugenol e ceras de moldagem

As pastas zincoeugenólicas, por se tratarem de um material anelástico, são particularmente indicadas na moldagem das PTs superiores quando se deseja fazer uma compressão da região de vedamento posterior com cera de moldagem, o que melhora a retenção da prótese (Figs. VI-101 a VI-120).

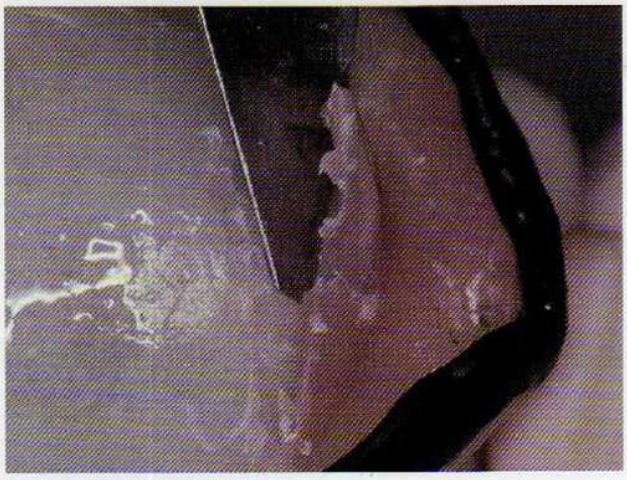

Figura VI-101 – Antes de realizar a moldagem com a pasta zincoenólica, o alívio de cera deve ser removido, o que vai aumentar o espaço para a pasta no interior da moldeira na área do alívio.

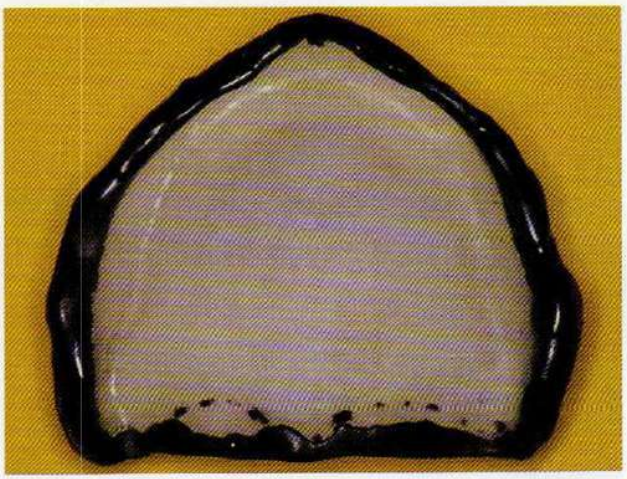

Figura VI-102 – Moldeira individual com o vedamento concluído e o alívio retirado.

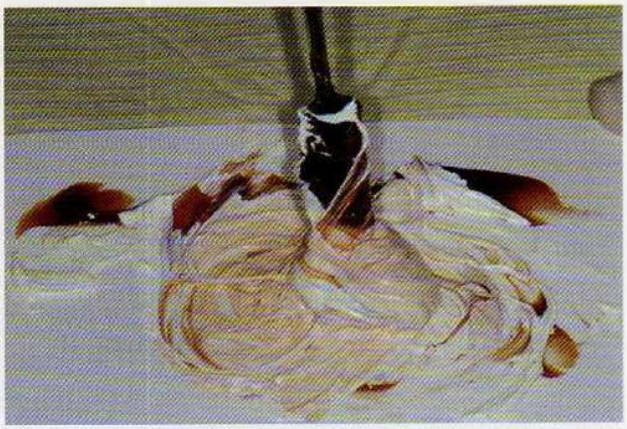

Figura VI-103 – Por se tratar de um material com alta viscosidade inicial, a manipulação da pasta zincoenólica deve ser feita inicialmente com a espátula 36 ou similar posicionada perpendicular à placa de vidro ou bloco de manipulação, em movimentos circulares.

Figura VI-104 – Quando as duas pastas se misturam, o material torna-se menos viscoso e permite que, com a espátula deitada e apoiada sobre o bloco de manipulação, seja conseguida a homogeneização e consistência adequada da pasta.

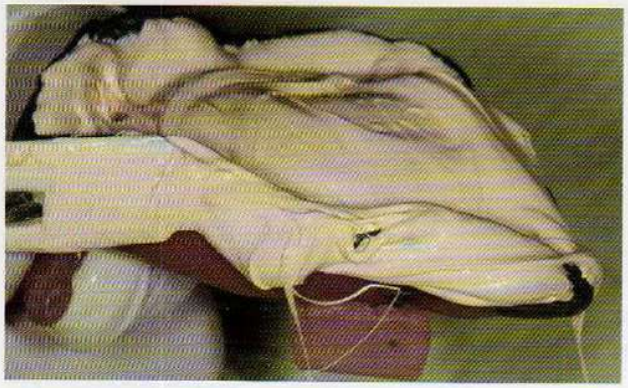

Figura VI-105 – A pasta deve ser distribuída uniformemente sobre toda a superfície interna da moldeira, tomando-se o cuidado de recobrir inteiramente a godiva responsável pelo vedamento periférico, inclusive na sua porção externa, para que o material escoe por toda a área a ser moldada. Caso o material de moldagem não seja aplicado sobre a porção externa da godiva, o próprio vedamento periférico conseguido inibe o escoamento da pasta para essa área durante a moldagem.

Figura VI-107 –...mantendo-se o posicionamento da moldeira pelos cabos, um tracionamento da mucosa deve ser executado com a outra mão para que não fique excesso de material na região de fundo de vestíbulo.

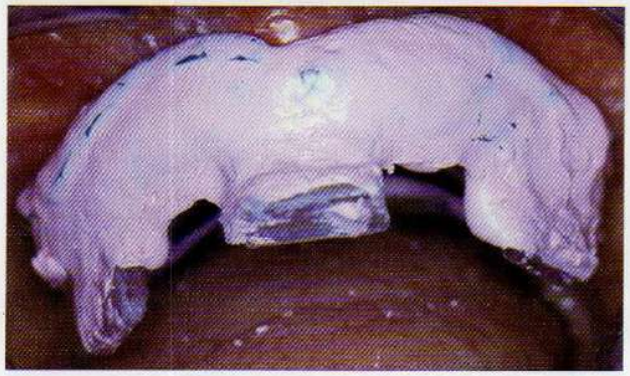

Figura VI-109 – Moldeira em posição após a presa do material.

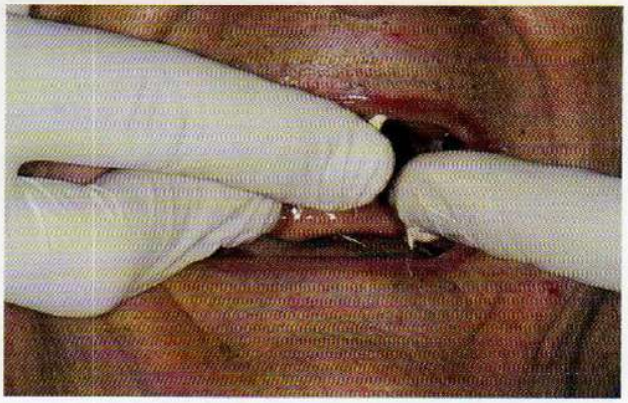

Figura VI-106 – A moldeira com a pasta zincoenólica deve ser colocada sobre o rebordo com pressão suficiente para que o material possa fluir e,...

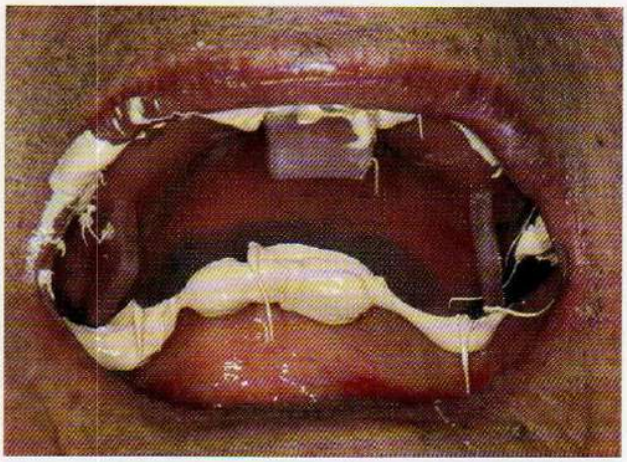

Figura VI-108 – Depois de realizadas as movimentações da mucosa, deve-se retirar a mão da moldeira para que a compressão cesse e a mucosa possa recuperar sua forma original antes da presa final do material de moldagem.

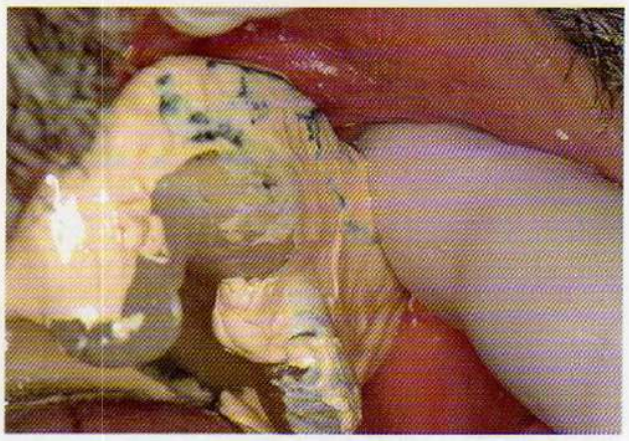

Figura VI-110 – Caso haja dificuldade para remover a moldeira segurando-se pelos cabos, pode-se puxar a moldeira para baixo posicionando-se a ponta do dedo sobre a borda da moldeira no fundo de vestíbulo.

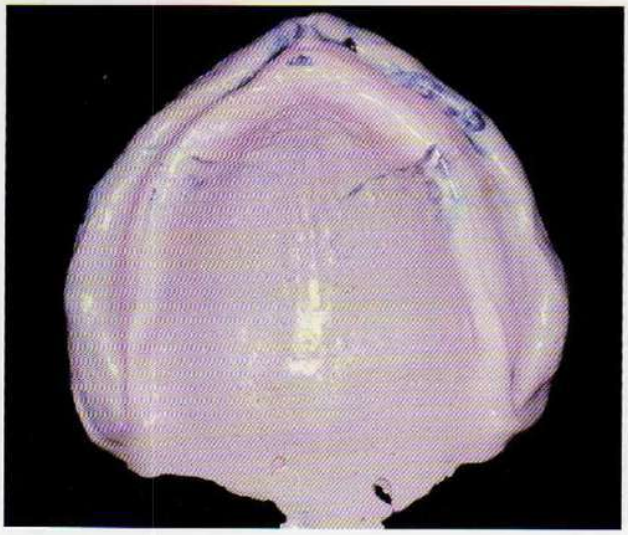

Figura VI-111 – Moldeira retirada após a presa do material.

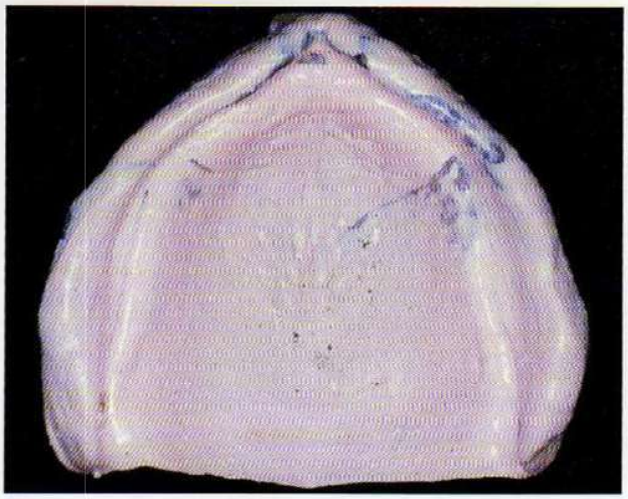

Figura VI-112 – O excesso de material que escorre em direção à garganta do paciente deve ser retirado...

Figura VI-113 –...mantendo-se a moldeira como referência do limite posterior da prótese.

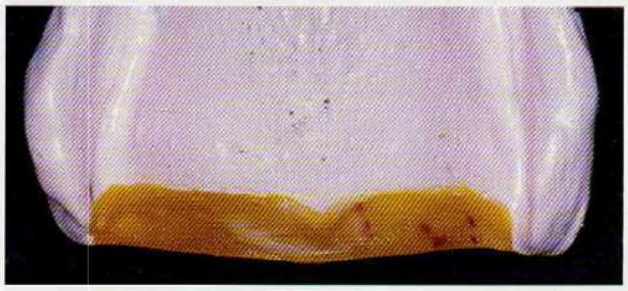

Figura VI-114 – Após a moldagem com a pasta zinco-enólica, coloca-se cera de moldagem sobre o molde na região posterior, acompanhando o formato da área a ser comprimida, a qual vai variar de acordo com a classificação do palato mole. Neste caso, foi utilizada cera tipo Iowa laranja (Sybron Kerr, EUA), que teve sua fabricação descontinuada pelo fabricante.

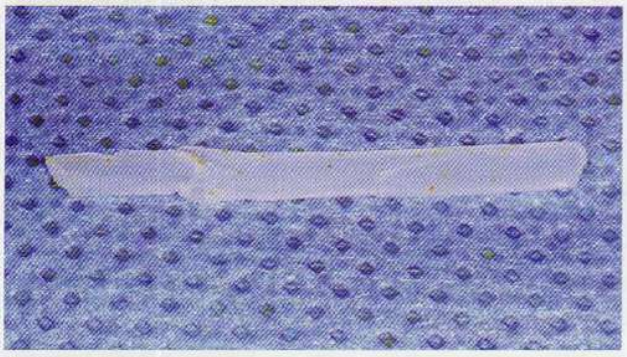

Figura VI-115 – Na falta de cera de moldagem, uma boa opção é utilizar uma cera tipo ortodôntica (para proteção de brackets) para conseguir a compressão seletiva na região de vedamento posterior. O fio de secção redonda deve ser dividido ao meio, longitudinalmente, para se conseguir a espessura adequada de cera.

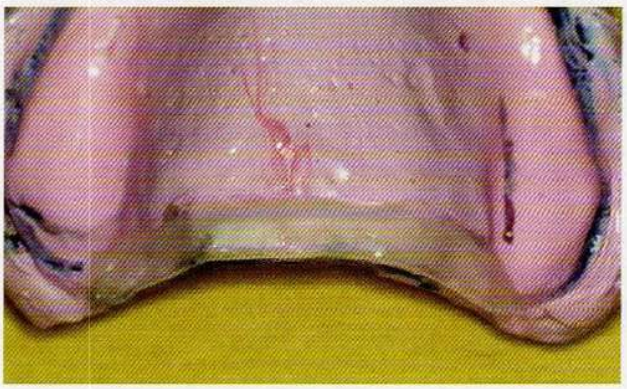

Figura VI-116 – Como não foi especificamente desenvolvida para essa finalidade, a cera deve ser superficialmente plastificada com espátula aquecida previamente à colocação do molde na boca.

Figura VI-117 – O molde então foi levado novamente à boca e deixado por 5 a 10 minutos para que o excesso de cera, plastificada pela temperatura da boca, escorra para posterior.

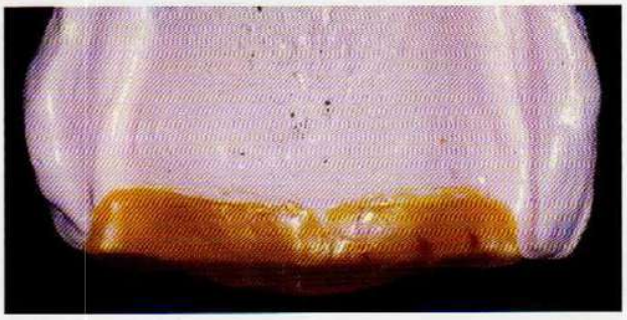

Figura VI-118 – Molde retirado após o tempo necessário para a compressão seletiva da região. Notar o excesso de material que fluiu pela pressão exercida na moldeira e temperatura bucal. O excesso de cera para posterior deve ser retirado com uma faca ou espátula aquecida.

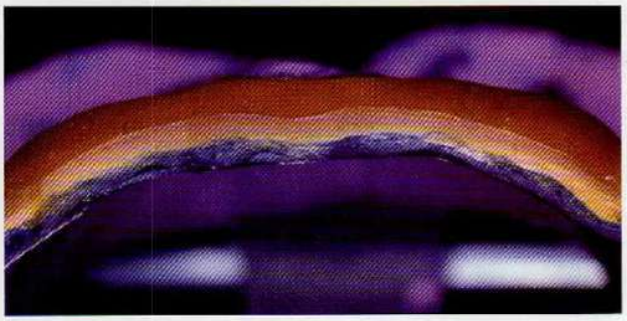

Figura VI-119 – Vista posterior do molde mostrando a espessura da cera que permanece para estabelecer um vedamento posterior mais eficiente.

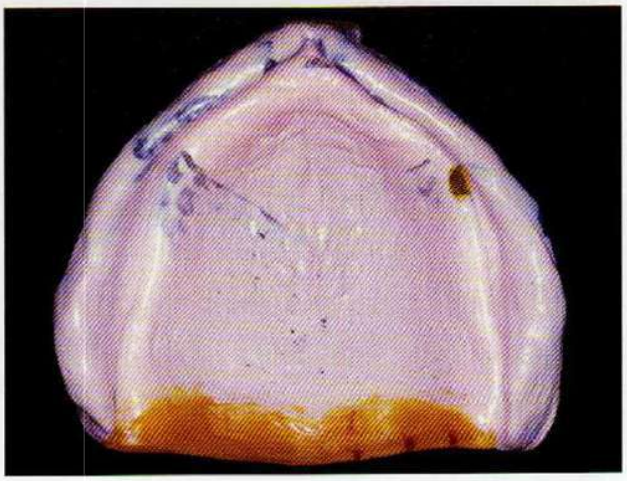

Figura VI-120 – Molde superior concluído.

A desinfecção de moldes de pasta zincoeugenólica, previamente ao vazamento do gesso (Figs. VI-121 a VI-137), pode ser obtida imergindo-os em uma solução de glutaraldeído a 2% por 10 minutos.

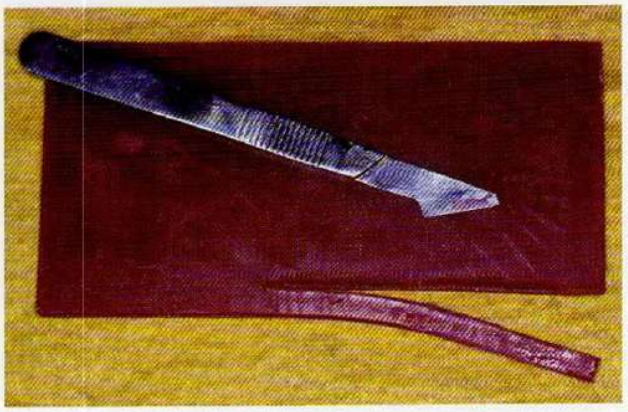

Figura VI-121 – O encaixotamento deve ser obtido cortando-se uma tira de secção quadrada de uma lâmina de cera utilidade...

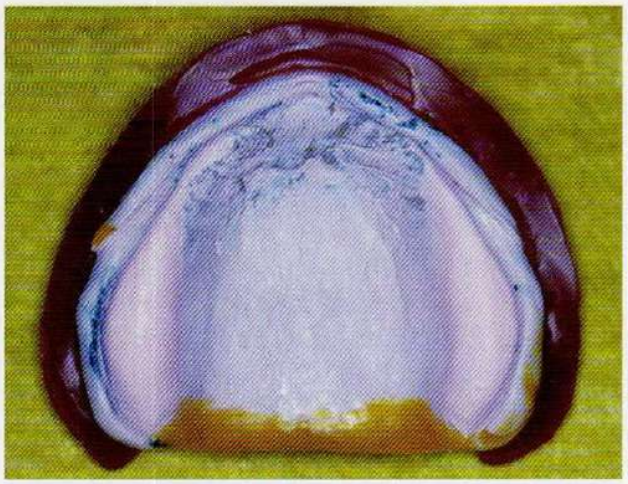

Figura VI-122 –...que deve ser aplicada em toda a periferia do molde, fixando-a com espátula aquecida...

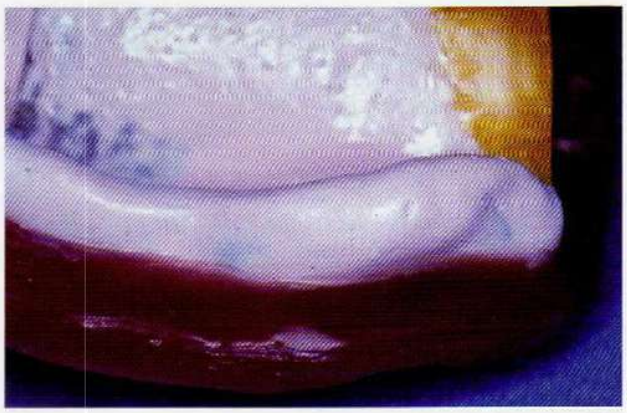

Figura VI-123 –...para criar um *debrum* em torno do modelo relativo à espessura da godiva, que vai preservar sua anatomia obtida no vedamento periférico.

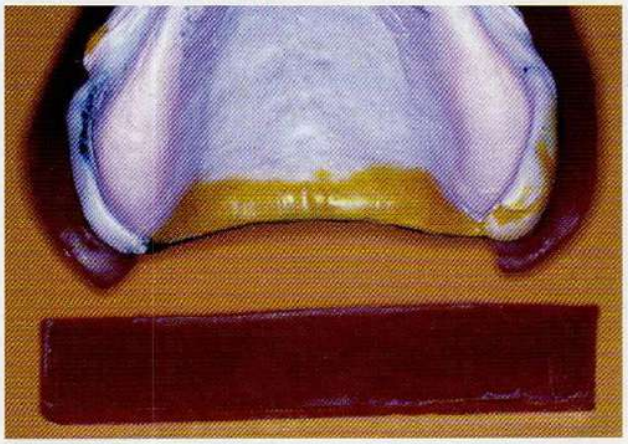

Figura VI-124 – Na região posterior, uma lâmina mais larga de cera utilidade...

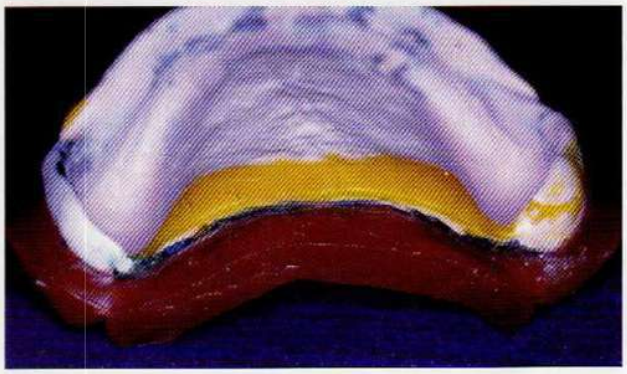

Figura VI-125 –...é aplicada por baixo, na parte externa da moldeira, deixando que seja formado um degrau entre o término do molde e a cera utilidade.

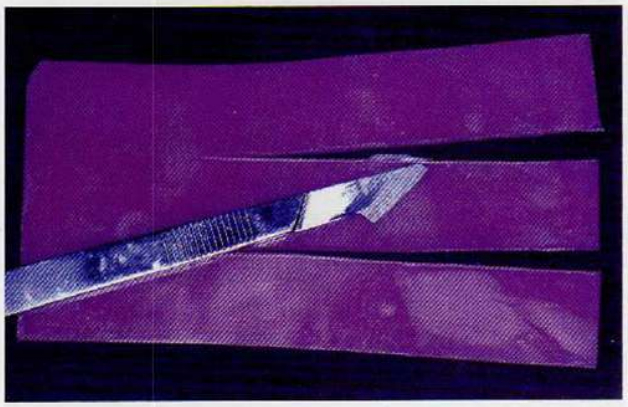

Figura VI-126 – Com lâminas de cera com cerca de 25 mm de largura, obtidas de uma lâmina de cera 7 ou 9,...

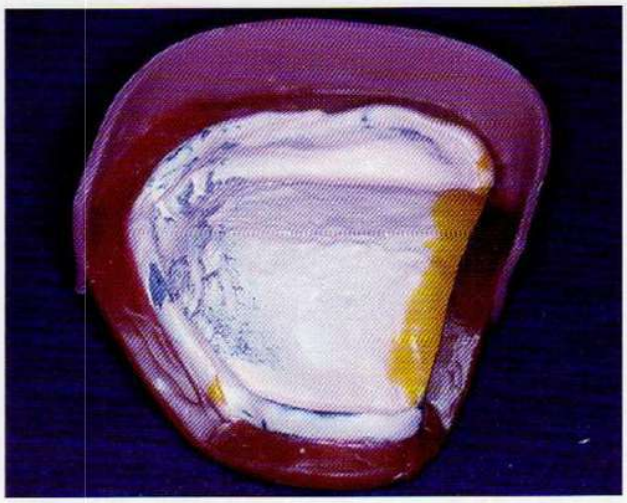

Figura VI-127 –...levanta-se uma muralha, fixando-se as lâminas na cera utilidade ao redor do molde com espátula quente, para conter o gesso, após o vazamento, até sua presa final.

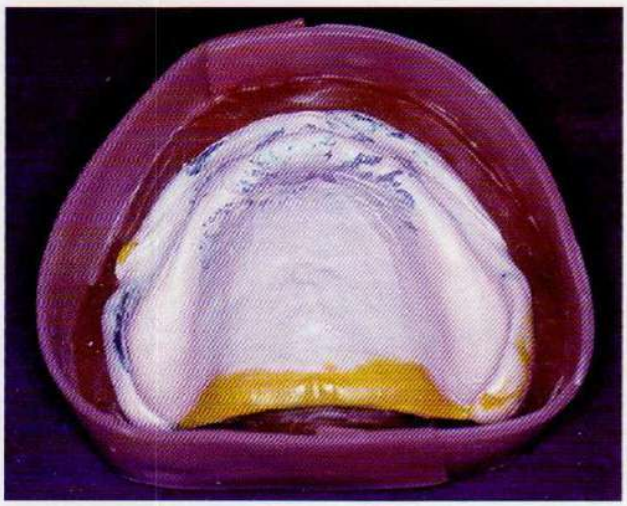

Figura VI-128 – Vista da parte interna do molde com o encaixotamento concluído,...

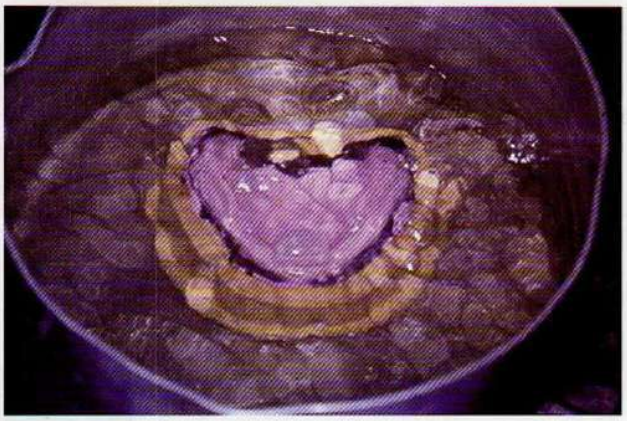

Figura VI-130 – Após a presa final do gesso, as ceras utilizadas no encaixotamento devem ser removidas e o conjunto levado à água quente, que amolece o material de moldagem e, dependendo da temperatura da água, a própria moldeira,...

Figura VI-132 – PERIGO! Caso haja a necessidade de desgastar excessos de gesso das laterais do modelo, jamais se deve fazê-lo segurando o modelo, sem que o mesmo esteja apoiado sobre a plataforma do aparador de gesso. Além de o risco de danificar o modelo, o operador pode se machucar seriamente.

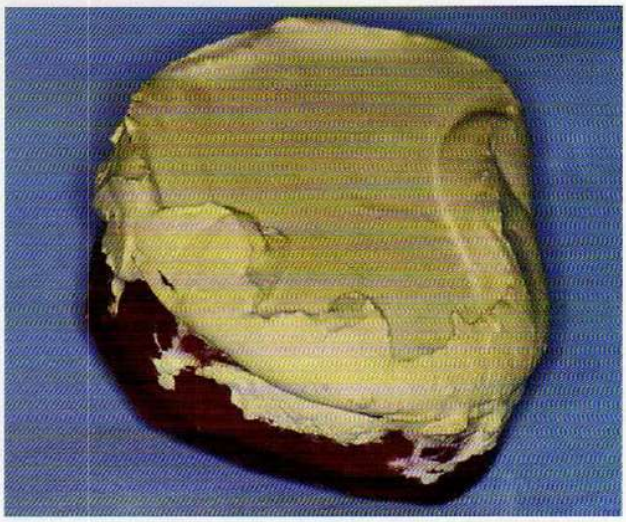

Figura VI-129 –...pronto para que seja efetuado o vazamento do gesso.

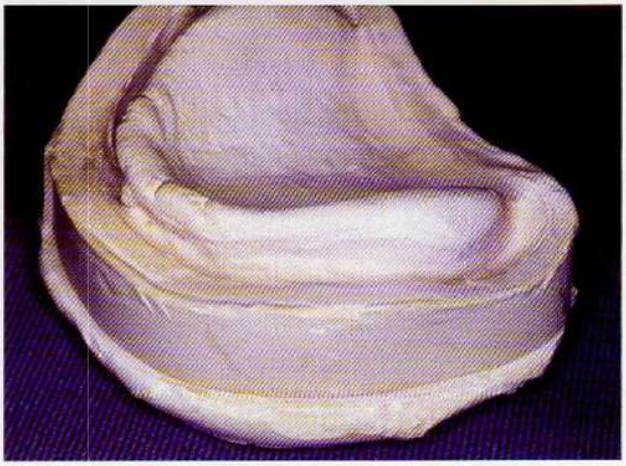

Figura VI-131 –...possibilitando a retirada sem danos ao modelo de gesso do interior do molde.

Figura VI-133 – É mais adequado apoiar a parte posterior do modelo na plataforma,...

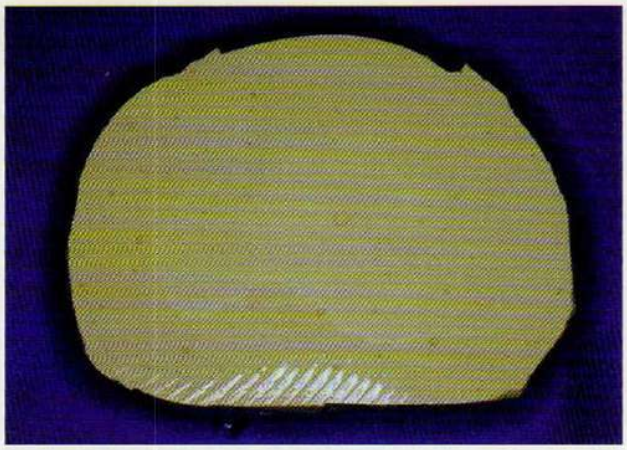

Figura VI-134 –...planificar a base do modelo e,...

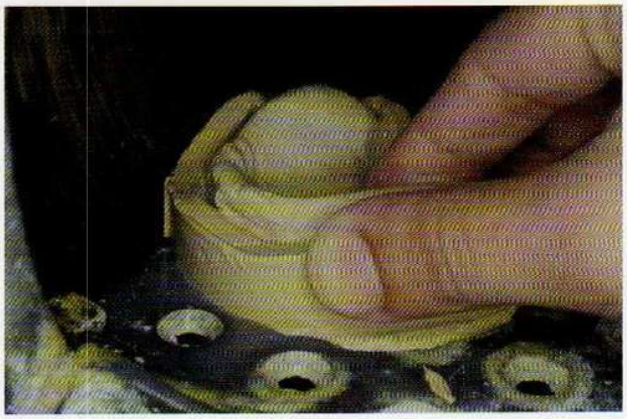

Figura VI-135 –...com a base apoiada, acertar as laterais do modelo.

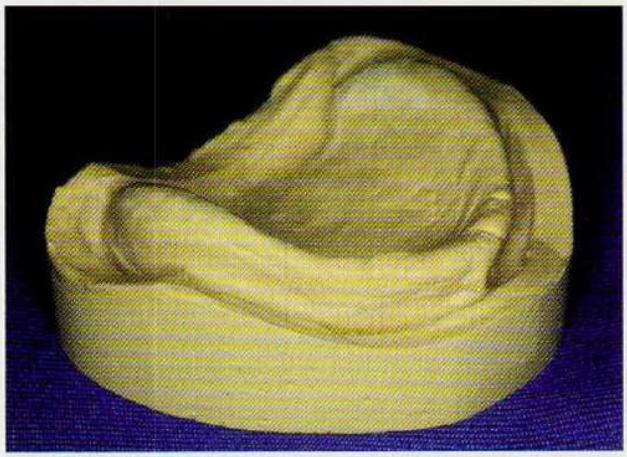

Figura VI-136 – Modelo de gesso depois de recortado.

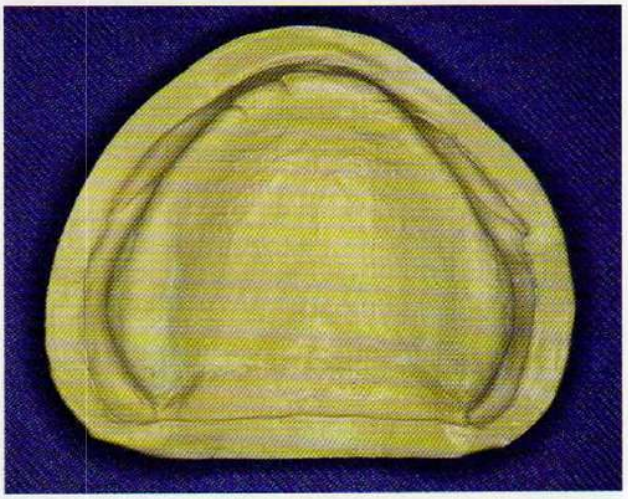

Figura VI-137 – Notar o *debrum* criado em torno do modelo e preservado no recorte, deixando o fundo de vestíbulo no modelo com a mesma forma obtida com a godiva no vedamento periférico.

Elastômeros

Além das pastas a base de óxido de zinco e eugenol, os elastômeros também podem ser utilizados como material de moldagem na técnica da moldeira individual, ficando sua escolha a critério do profissional (Figs. VI-138 a VI-140).

Figura VI-138 – Moldeira individual, após a realização do vedamento periférico, preparada com a aplicação de adesivo próprio, para confecção de moldagem final com mercaptana em caso de PT convencional.

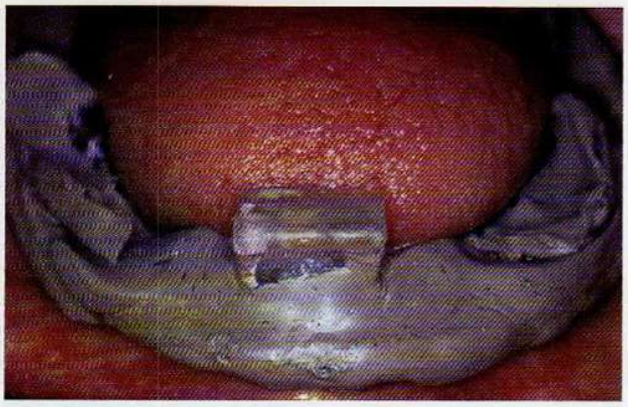

Figura VI-139 – A moldeira deve ser mantida em posição, com pressão digital sobre os cabos, até a presa do material de moldagem. Observar o assentamento passivo do conjunto sobre o rebordo após a presa do material.

Figura VI-140 – Molde em mercaptana terminado.

A desinfecção de moldes nesses materiais, previamente ao vazamento do gesso (Figs. VI-141 a VI-144), pode ser obtida imergindo-os em uma solução de glutaraldeído a 2% por 10 minutos.

Figura VI-141 – Encaixotamento com cera no molde em mercaptana.

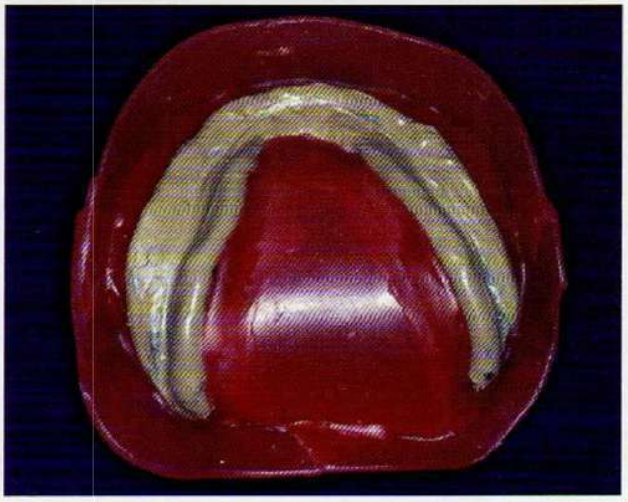

Figura VI-142 – Deve-se colocar uma lâmina de cera na região equivalente à língua do paciente, para que o modelo não fique, em forma de ferradura, mais suscetível a fraturas.

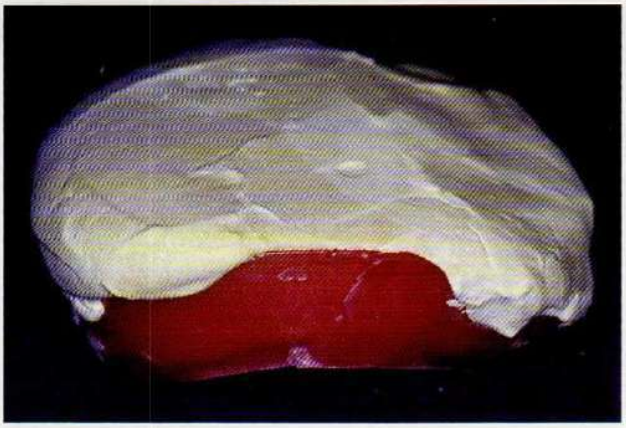

Figura VI-143 – Gesso vazado no molde.

Figura VI-144 – Modelo de gesso com os limites demarcados em preto para facilitar a visualização, apenas por razões didáticas e para efeito de fotografia, do *debrum* obtido.

Os poliéteres, por suas propriedades hidrofílicas, comportam-se muito bem quando utilizados para reproduzir os contornos dos tecidos moles, resultando em um molde muito preciso e praticamente sem bolhas.

Em razão de sua rigidez após a presa, são particularmente indicados quando, conjuntamente com a moldagem dos tecidos moles, há a necessidade de transferir o posicionamento de implantes para o modelo de trabalho, nos casos de sobredentaduras (Figs. VI-145 a VI-159).

Figura VI-145 – Rebordo edentado com 4 implantes na região anterior que terão seus respectivos posicionamentos registrados concomitantemente à moldagem funcional para a confecção de uma sobredentadura.

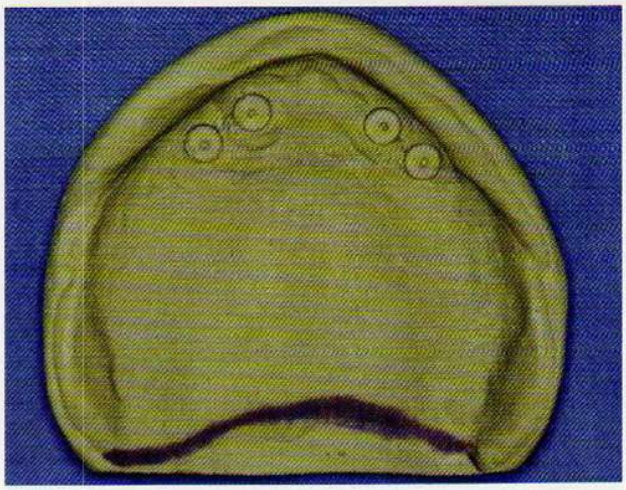

Figura VI-146 – Modelo anatômico com o término posterior delimitado.

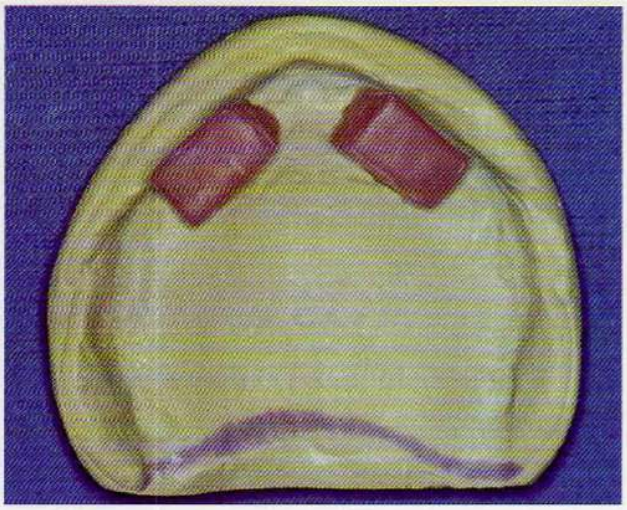

Figura VI-147 – Previamente à confecção da moldeira individual, os implantes devem ser recobertos com quantidade de cera suficiente para...

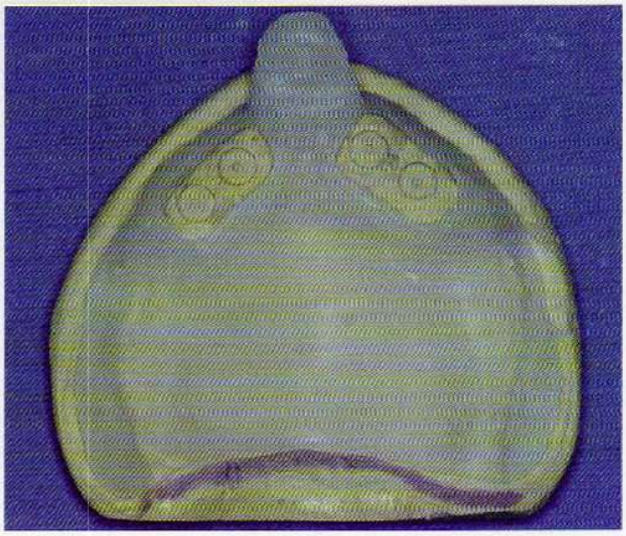

Figura VI-148 –...deixar espaço na moldeira para os componentes de moldagem que vão registrar os posicionamentos dos implantes.

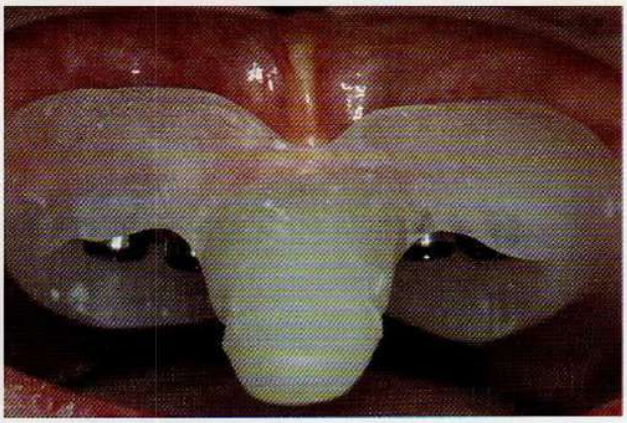

Figura VI-149 – Moldeira ajustada na boca.

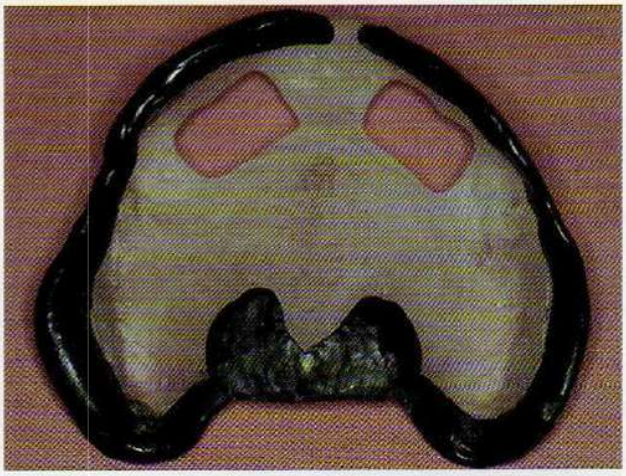

Figura VI-150 – Vedamento periférico terminado.

Figura VI-151 – Componente de moldagem ou de transferência e réplica do implante que será utilizada no modelo de gesso.

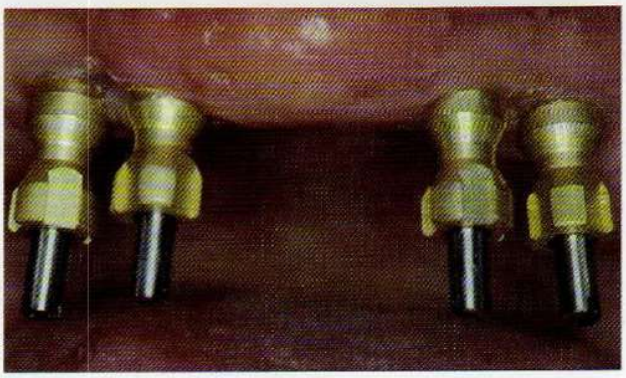

Figura VI-152 – Componentes de moldagem aparafusados nos implantes com parafusos de trabalho.

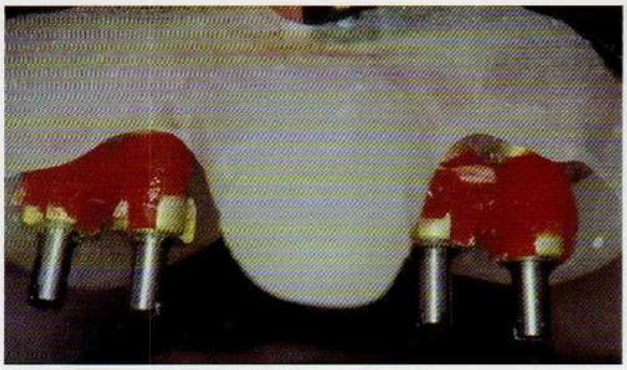

Figura VI-153 – Opcionalmente, os componentes de moldagem podem ser unidos com resina para padrão (tipo Duralay®), mas nessa situação deve-se ter o cuidado de verificar se a resina não interfere no posicionamento correto da moldeira sobre o rebordo.

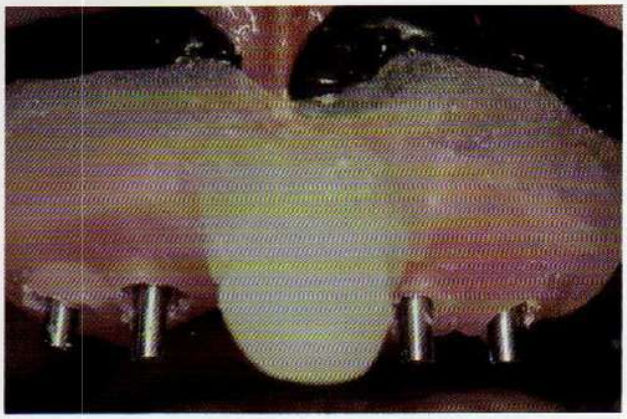

Figura VI-154 – Os espaços destinados aos componentes de moldagem devem ser fechados com lâminas de cera, deixando-se de fora apenas as extremidades dos parafusos de trabalho.

Figura VI-155 – Adesivo para poliéter aplicado na moldeira e sobre a godiva do vedamento periférico.

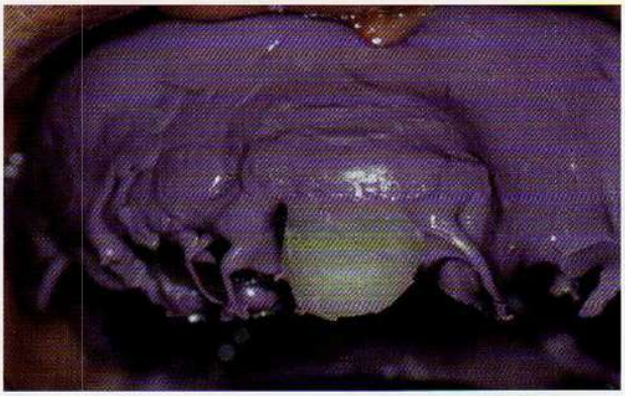

Figura VI-156 – Moldeira em posição com o material de moldagem.

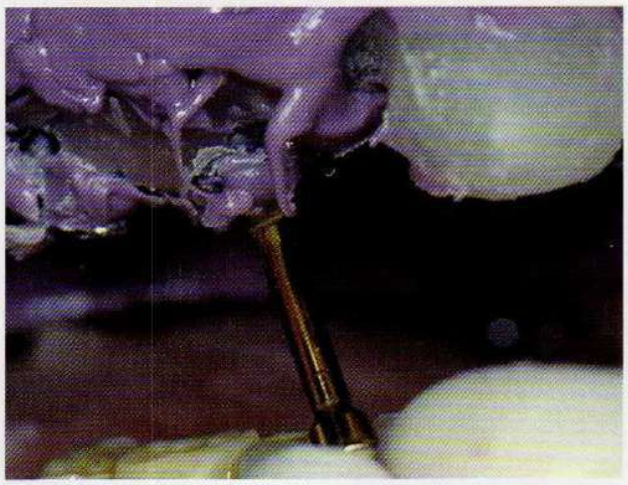

Figura VI-157 – Após a presa do poliéter, os parafusos devem ser soltos para...

Figura VI-158 –...permitir a retirada do conjunto.

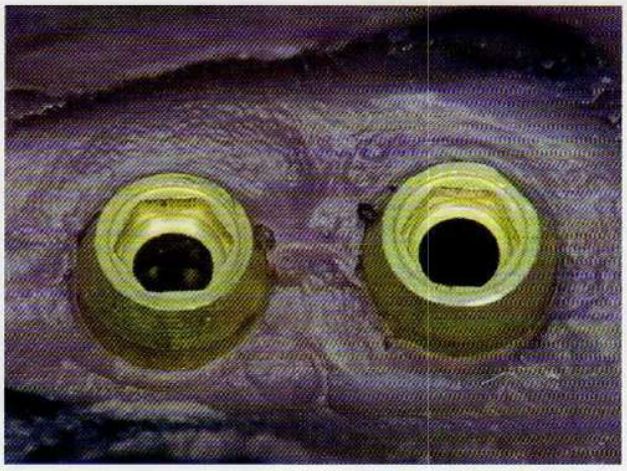

Figura VI-159 – Detalhe do molde mostrando os componentes de moldagem registrando os posicionamentos dos implantes.

A desinfecção de moldes de poliéter, previamente ao vazamento do gesso (Figs. VI-160 a VI-162), pode ser obtida borrifando-se sobre estes uma solução de hipoclorito de sódio a 1% e mantendo-os em um recipiente fechado por 10 minutos.

Figura VI-160 – Réplicas dos implantes aparafusadas nos componentes de moldagem previamente ao vazamento do gesso.

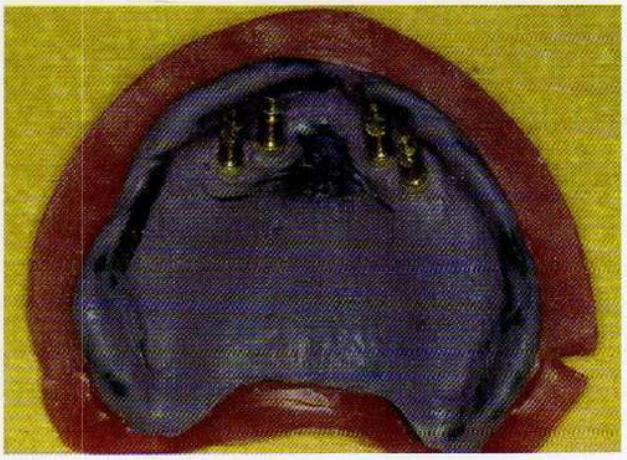

Figura VI-161 – Encaixotamento do molde.

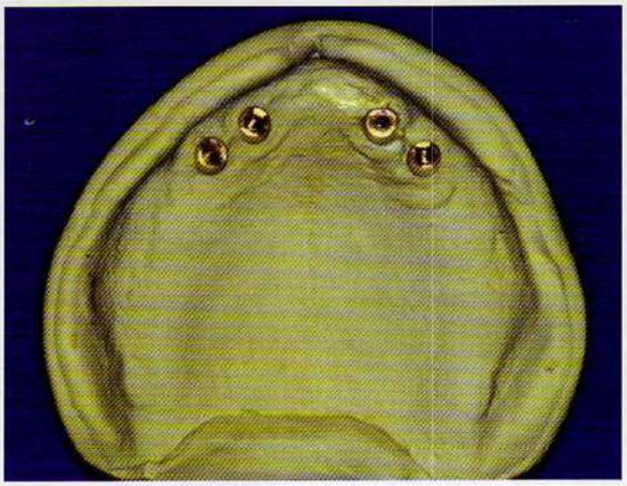

Figura VI-162 – Modelo de trabalho com as réplicas nas posições dos implantes.

Em casos inferiores, a confecção de uma moldeira com os espaços para os transferentes pode torná-la pouco resistente aos procedimentos de vedamento periférico. Nesses casos, pode-se deixar para fazer os recortes na moldeira após o vedamento periférico (Figs. VI-163 a VI-171).

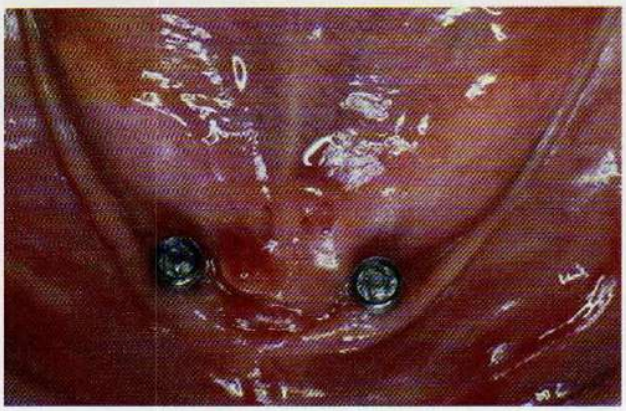

Figura VI-163 – Rebordo edentado com 2 implantes na região anterior que terão seus respectivos posicionamentos registrados concomitantemente à moldagem funcional para a confecção de uma sobredentadura.

Figura VI-164 – Após a colocação dos componentes de moldagem nos implantes,...

Figura VI-165 –...devem ser feitos os recortes na moldeira para acomodar os componentes de moldagem, sem que estes interfiram no assentamento da moldeira sobre o rebordo.

Figura VI-166 – Adesivo para poliéter aplicado na moldeira e sobre a godiva do vedamento periférico.

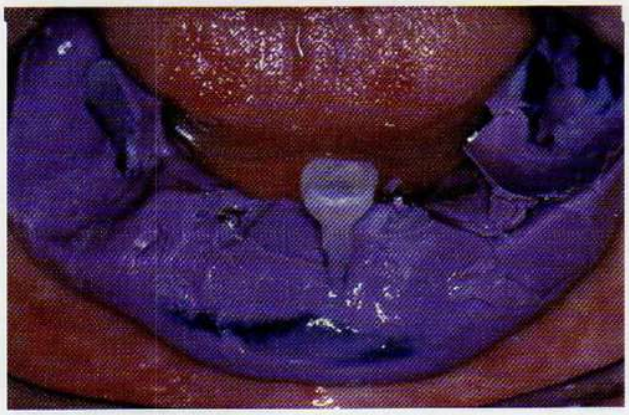

Figura VI-167 – Moldeira em posição com o material de moldagem.

Figura VI-168 – Conjunto retirado da boca após a presa do material de moldagem.

Figura VI-169 – Réplicas dos implantes colocadas nos transferentes antes do vazamento do gesso.

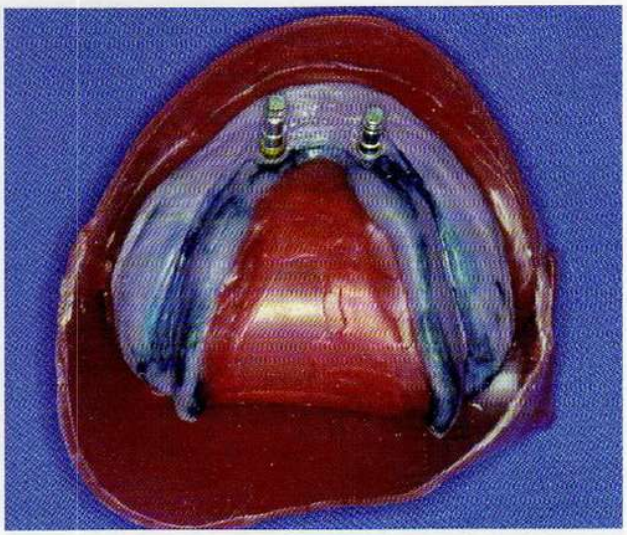

Figura VI-170 – Encaixotamento do molde.

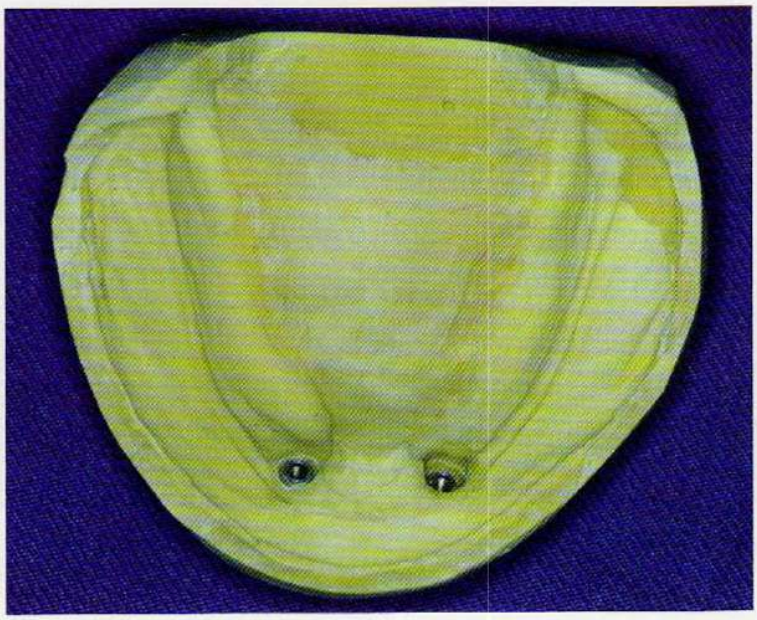

Figura VI-171 – Modelo de trabalho obtido.

Os elastômeros também costumam funcionar melhor nos casos com defeitos ósseos ou áreas muito retentivas. Nessas situações, as propriedades de viscosidade e escoamento ajudam a controlar o comportamento do material e a elasticidade facilita a remoção do molde da boca e do modelo de gesso (Figs. VI-172 a VI-177).

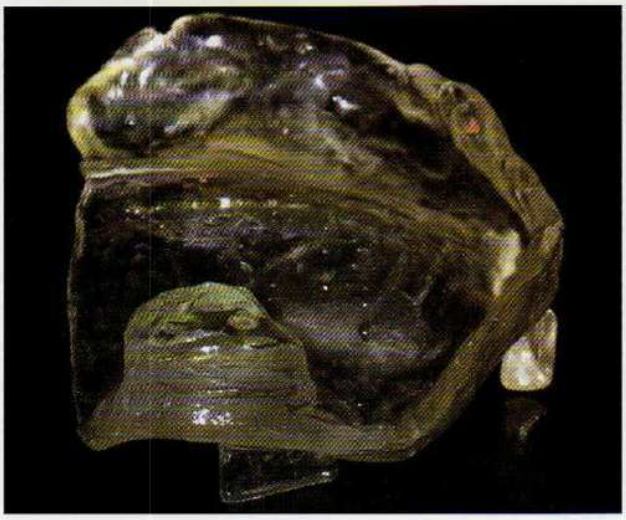

Figura VI-172 – Moldeira individual de resina acrílica termopolimerizada prensada de paciente portador de perfuração na região de tuberosidade, gerando uma comunicação bucossinusal (ver Fig. V-46).

Figura VI-173 – Vedamento periférico com godiva de baixa fusão.

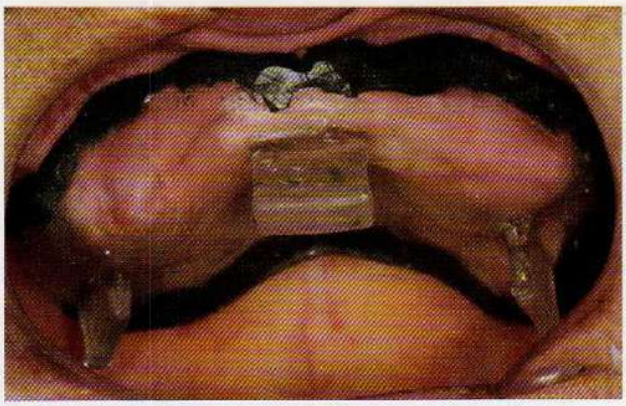

Figura VI-174 – Prova do vedamento na boca.

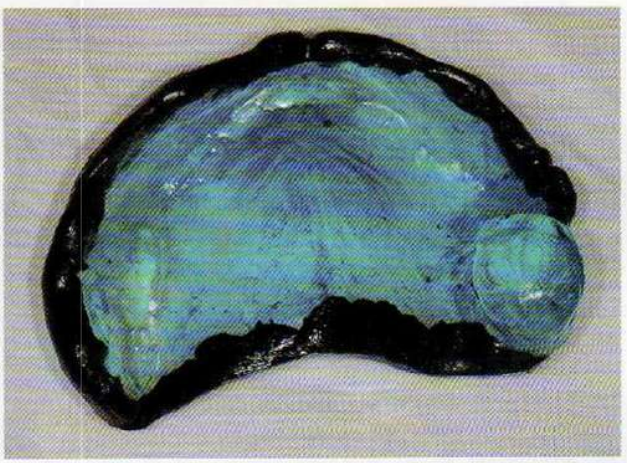

Figura VI-175 – Adesivo para poliéter aplicado na moldeira e sobre a godiva do vedamento periférico.

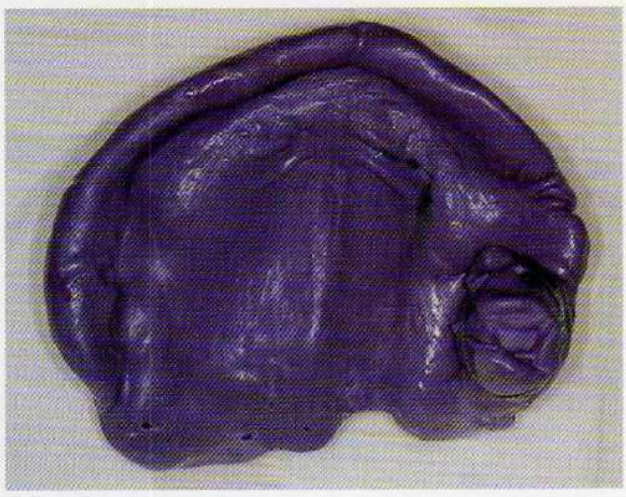

Figura VI-176 – Aspecto do molde terminado.

Figura VI-177 – Molde após a remoção do excesso de material que escorreu para a região posterior na garganta.

Referências

1. Saizar P. Prostodoncia total. Buenos Aires: Ed. Mundi; 1972.
2. Le Pera F. Enfoque nous-biomecanico en el tratamiento del totalmente desdentado. Buenos Aires: Ed. Mundi; 1973.
3. Schreinemakers J. La lógica en la prótesis completa. Utrecht: Editorial G. J. & D.; 1965.
4. Drücke W, Klemt B. Bases de la protesis dental total. Barcelona: Ed. Doyma; 1991.
5. Grant AA, Heath JR, McCord JF. Complete Prosthodontics - problem, diagnosis and management. London: Wolfe; 1994.
6. Hobkirk JA. A colour atlas of complete dentures. London: Wolfe; 1985.
7. Uhlig H. Prótesis para desdentados. Berlin: Quintessence; 1973.
8. Wöstmann B, Schulz H. Prótese total - atlas colorido. São Paulo: Ed. Santos; 1991.
9. Geering AH, Kundert M. Protesis total y sobredentaduras. Barcelona: Salvat; 1988.
10. Heartwell Jr. CM, Rahn A. Syllabus of complete dentures. 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1986.
11. Neill DJ, Nairn RI. Dentaduras completas. São Paulo: Ed. Santos; 1984.
12. Tamaki T. Dentaduras completas. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1988.
13. Johnson DL, Stratton RJ. Fundamentos da prótese removível. Rio de Janeiro: Quintessence; 1988.
14. Winkler S. Prostodoncia total. Mexico: Interamericana; 1982.
15. Levin B. Impressions for complete dentures. Chicago: Quintessence; 1984.
16. Nagle RJ, Sears VH, Silverman SI. Protesis dental: dentaduras completas. Barcelona: Ed. Toray; 1965.
17. Kull H. Tecnica practica Trubyte para dentaduras completas. York: The dentists' supply company of New York; 1963.
18. Passamonti G. Atlas of complete dentures. Chicago: Quintessence; 1979.
19. Sharry JJ. Prostodoncia dental completa. Barcelona: Ed. Toray; 1977.
20. Aldrovandi C. Dentaduras completas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Científica; 1960.
21. Azzam MK, Yurkstas AA, Kronman J. The sublingual crescent extension and its relation to the stability and retention of mandibular complete dentures. J Prosthet Dent. 1992 Feb;67(2):205-10.
22. Arbree NS, Yurkstas AA, Kronman JH. The coronomaxillary space: literature review and anatomic description. J Prosthet Dent. 1987 Feb;57(2):186-90.
23. Tautin FS. Denture esthetics is more than tooth selection. J Prosthet Dent. 1978 Aug;40(2):127-30.
24. Esposito SJ. Esthetics for denture patients. J Prosthet Dent. 1980 Dec;44(6):608-15.
25. Appelbaum M. El sello palatino posterior. In: Winkler S. Prostodoncia total. México: Interamericana; 1982. p. 155.
26. Teixeira LMS, Reher P, Reher VGS. Anatomia aplicada à Odontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
27. Neil E. The upper and the lower. Chicago: Coe laboratories; 1941.
28. Jooste CH, Thomas CJ. The influence of the retromylohyoid extension on mandibular complete denture stability. Int J Prosthodont. 1992 Jan-Feb;5(1):34-8.