

MANUTENÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS

Ronaldo de Moraes Telles
Daniel Telles

O profissional precisa ter em mente que a necessidade de atendimento aos pacientes não termina com a instalação das próteses. Esse acompanhamento deverá ser feito tanto a curto quanto a médio e longo prazos.

O aspecto mais importante das consultas de retorno é a atitude do paciente em relação às necessidades de tais consultas.

Caso não tenha sido alertado previamente da sua necessidade como parte inerente ao tratamento, o paciente pode interpretar essas consultas de ajustes como sendo necessárias para corrigir uma prótese que supostamente ficou mal confeccionada ou tem algum problema. Isso pode gerar uma postura extremamente negativa de rejeição à prótese, em um momento em que o paciente ainda está efetivamente se adaptando ao uso da mesma.

Caso, por essa razão o paciente deixe de utilizar a prótese, esse pode ser considerado um fator de insucesso do tratamento. Evidentemente, nesse ponto fica claro o papel da manutenção das próteses como instrumento de fidelização dos pacientes.

Além disso, durante os procedimentos de manutenção, o profissional tem a oportunidade de aferir efetivamente o sucesso dos tratamentos por ele realizados, o que, em última análise, acaba se tornando um valioso meio de auto-avaliação de sua própria prática clínica.

CONSULTAS DE RETORNO

O principal problema ou queixa dos pacientes nas consultas que sucedem a instalação de uma prótese removível são as úlceras traumáticas causadas pelo contato direto da base da prótese sobre a mucosa. Essas lesões podem resultar de uma sobreextensão ou áreas de maior pressão sob a base da prótese; da suscetibilidade de áreas nas quais a mucosa que recobre o osso seja mais delgada (Fig. XVI-1); de desarmonias oclusais (Fig. XVI-2); ou mesmo de alguma irregularidade ou aspereza na resina acrílica do interior da base da prótese.

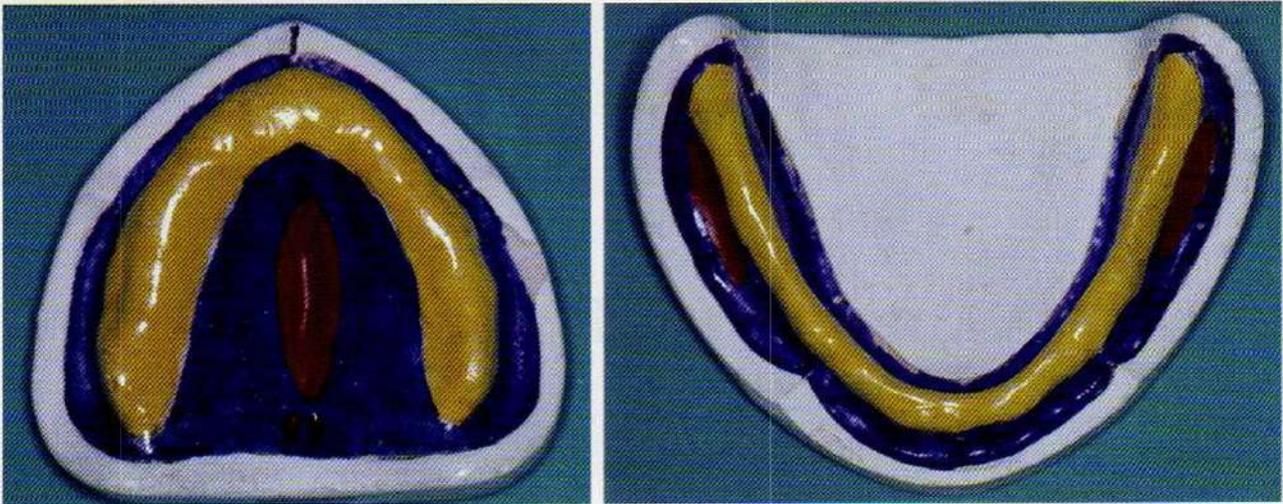


Figura XVI-1 – Modelos de gesso da maxila (à esquerda) e da mandíbula (à direita) edentadas pintados para permitir a visualização das zonas de Pendleton: áreas de suporte primário (amarelas), suporte secundário (azuis) e áreas de alívio (vermelhas). As áreas de alívio são mais propensas a apresentarem úlceras traumáticas, pois nessas áreas a mucosa costuma ser mais delgada.

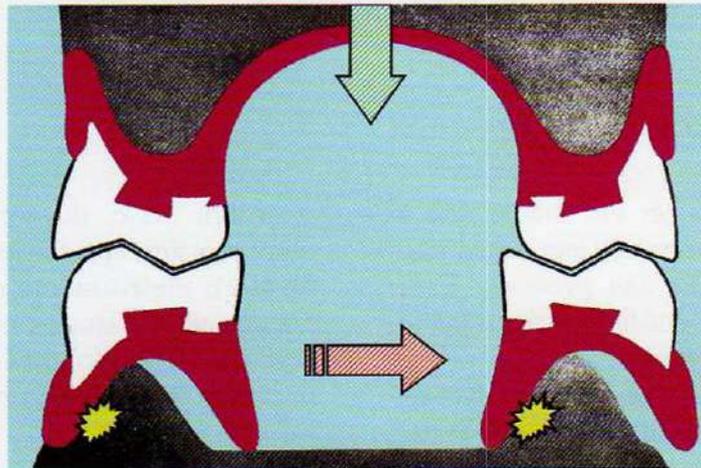


Figura XVI-2 – A translação horizontal da prótese inferior, que pode se originar de uma oclusão mal-equilibrada, tende a traumatizar a mucosa na porção vestibular de um lado e na lingual do outro.

O ponto traumático pode ser evidenciado com o uso de um creme apropriado (*pressure relief cream*) (Figs. XVI-3 a XVI-5), alternativamente com o uso da pasta branca da pasta zincoeu-genólica, com algum elastômero de viscosidade baixa (Figs. XVI-6 e XVI-7) ou mesmo com o auxílio de um lápis-cópia, demarcando-se a lesão na boca e levando-se a prótese em posição para transferir a marcação para a área que deve ser desgastada na base da mesma.

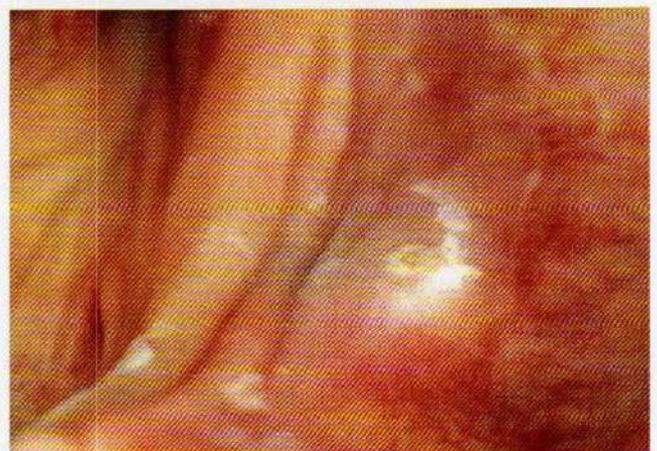


Figura XVI-3 – Úlcera traumática na região vestibular do rebordo inferior, relativa à área de alívio na qual a mucosa que reveste o osso geralmente é mais delgada, o que a torna mais suscetível às úlceras resultantes de traumatismos diretos da base da prótese.



Figura XVI-4 – Uma pasta indicadora de pressão foi aplicada sobre a base da prótese e esta foi levada à boca para demarcar a área a ser desgastada para corrigir o problema.



Figura XVI-5 – Detalhe da região evidenciada com o auxílio da pasta evidenciadora.

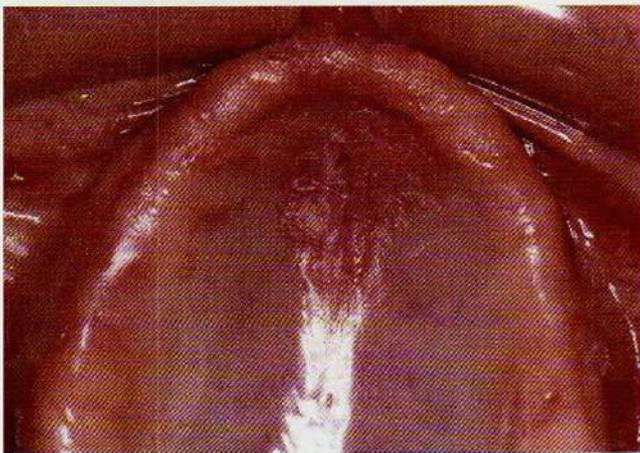


Figura XVI-6 – Além de úlceras, quando o apoio da base da prótese predomina sobre uma área de mucosa mais delgada pode levar a básculas ou movimentos indesejáveis da mesma.



Figura XVI-7 – Pode-se utilizar um elastômero de baixa viscosidade, no caso um silicone polimerizado por condensação, para visualizar as áreas de compressão excessiva sob a base da prótese, que deverão ser aliviadas ou desgastadas.

CONSERTOS

As PTs removíveis, por serem feitas basicamente de resina acrílica, aceitam modificações, por desgastes e/ou acréscimos, que podem melhorar ou restabelecer suas condições de uso e aumentar sua vida média.

Próteses fraturadas

Próteses totais removíveis quebram com

mais frequência quando apresentam áreas vulneráveis (pontos fracos) em suas bases de resina acrílica. Estas comumente se originam em partes mais finas de bases com espessuras irregulares, em especial na abóbada palatina.

Caso as partes possam ser perfeitamente coladas com um adesivo à base de cianoacrilato, a resina que contém o traço de fratura pode ser alternadamente trocada até que a fratura desapareça (Figs. XVI-8 a XVI-13).



Figura XVI-8 – Observar traço de fratura da margem gengival do incisivo central esquerdo em direção à rugosidades palatinas. O traço de fratura deve ser unido com adesivo à base de cianoacrilato.

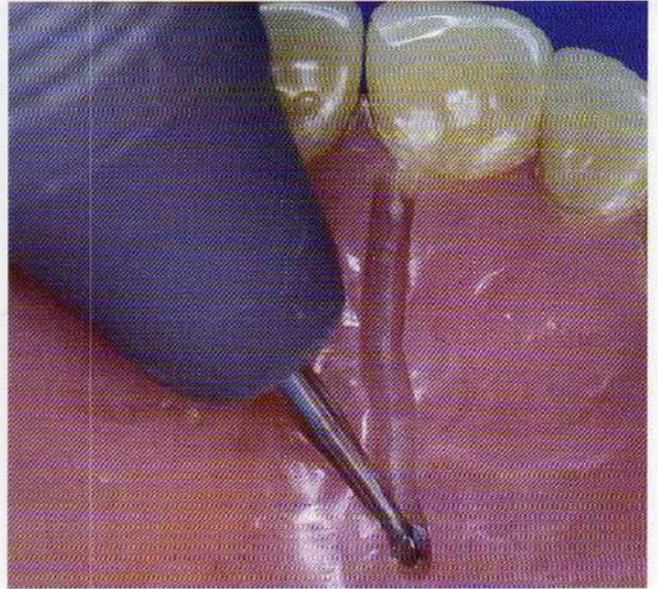


Figura XVI-9 – A resina no traço de fratura deve ser removida o mais possível, se necessário em partes para manter os pedaços unidos,...



Figura XVI-10 – ...evitando-se perfurar a resina da base da prótese que entra em contato com a mucosa.



Figura XVI-11 – Manipula-se resina acrílica autopolimerizável para preencher o espaço criado no traço de fratura e...



Figura XVI-12 – ...coloca-se a prótese em uma polimerizadora com água a 45° C com 30 lbf/pol² de pressão durante 8 minutos.

Algumas vezes, o paciente pode tentar consertar sua prótese com adesivo à base de cianoacrilato e, após algum tempo de uso, as partes fraturadas se separarem novamente. Caso isso aconteça, torna-se difícil uma segunda colagem com precisão (Fig. XVI-14). Nesses casos, as partes devem ser limpas, reposicionadas na boca



Figura XVI-14 – Prótese fraturada que o paciente tentou colar com adesivo à base de cianoacrilato, cujas partes não ficaram posicionadas corretamente.



Figura XVI-13 – Após a polimerização da resina, retiram-se os excessos e faz-se o acabamento.

e unidas com godiva de baixa fusão, para que seja vazado gesso no interior da base da prótese. Após a presa, o gesso manterá as partes em posição para que a resina do traço da fratura possa ser substituída.

Dentes soltos ou quebrados

Ao mesmo tempo em que os fabricantes conseguiram produzir dentes artificiais de resina mais resistentes ao desgaste, estes, entretanto, tornaram-se mais friáveis, suscetíveis a fraturas e com uma ligação química pobre com a base da prótese, aproximando-se de algumas características indesejáveis dos dentes de porcelana, aos quais vieram a substituir quase que integralmente. Isso contribuiu para aumentar a incidência de dentes quebrados e que se soltam das bases das próteses.

A substituição de dentes quebrados ou a reposição de dentes soltos é uma conduta relativamente simples e pode ser feita com resina acrílica autopolimerizável em apenas uma consulta clínica (Figs. XVI-15 a XVI-23).



Figura XVI-15 – Cúspide vestibular de dente artificial fraturada, prejudicando a funcionalidade e, principalmente, a estética da prótese.

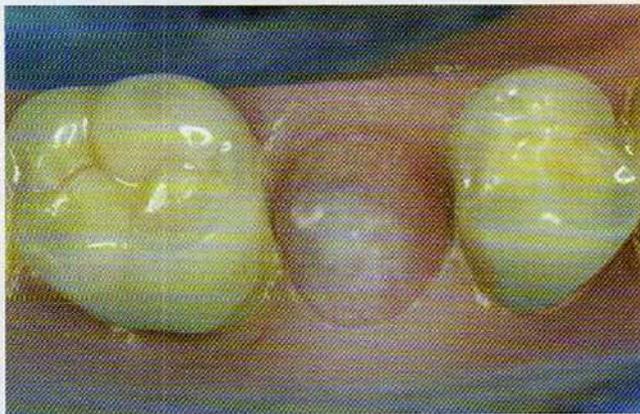


Figura XVI-17 – O dente foi totalmente removido, tomando-se o cuidado de preservar ao máximo o contorno da gengiva artificial na vestibular para evitar diferenças perceptíveis de tonalidades de resina em áreas visíveis.



Figura XVI-19 – ...para que pudesse ser posicionado corretamente, tanto no seu aspecto estético...



Figura XVI-16 – Numa vista lingual, notar as facetas de desgaste nos dentes adjacentes, evidenciando o alto grau de tensão ao qual os dentes foram submetidos e cujo padrão sugere a presença de hábitos oclusais parafuncionais.



Figura XVI-18 – Um novo dente do mesmo fabricante, modelo e cor foi desgastado na sua porção cervical...



Figura XVI-20 – ...quanto no aspecto oclusal.



Figura XVI-21 – O dente foi preso em posição com resina acrílica autopolimerizável e a prótese foi colocada em uma polimerizadora com água a 45°C com 30 lbf/pol² de pressão durante 8 minutos.



Figura XVI-22 – A preservação da gengiva vestibular teve por objetivo evitar que uma possível diferença de coloração entre a resina da base da prótese e a utilizada para o conserto comprometesse a estética.



Figura XVI-23 – Após a polimerização da resina, os contatos oclusais foram novamente checados e ajustados.

Reembasamento com troca de toda a base da prótese total

O rebordo residual está constantemente sofrendo alterações na sua topografia e morfologia. A reabsorção óssea ocorre mais rapidamente nos primeiros 6 meses após a exodontia e tende a estabilizar sua progressão, em nível mais baixo, mas constante, após 12 meses. Em função disto, todos os pacientes reabilitados com próteses mucossuportadas devem ser examinados anualmente para a verificação dos níveis de reabsorção óssea e eventual falta de adaptação da base da prótese com a mucosa, que deverá ser corrigida¹.

Para administrar este problema, o CD deve executar um reembasamento com a troca da base da prótese, sempre que julgar necessário.

Indicações

- Próteses totais imediatas, de 3 a 6 meses após instalação.
- Próteses mal-adaptadas em razão de reabsorção do rebordo residual e com os padrões oclusal e estético aceitáveis.
- Corrigir eventuais problemas de distorções na polimerização, e conseqüente desadaptação, da resina acrílica da base de uma prótese nova.
- Próteses que serão utilizadas como guias para o planejamento e a instalação de implantes osteointegráveis.

Técnica

Basicamente, a técnica consiste em usar a própria prótese como moldeira individual e, refazendo a moldagem funcional, permitir ao técnico que substitua a base da prótese, mantendo os dentes artificiais. Isso é feito incluindo-se a prótese diretamente na mufla com silicone, o que permite sua remoção após a abertura da mufla e a troca de praticamente toda a base velha da prótese (Figs. XVI-24 a XVI-50).

Um detalhe importante é a necessidade de remoção e reenceramento da região do pala-

to, antes da inclusão da prótese na mufla, para evitar que essa região da prótese fique excessivamente grossa. Dessa forma, obtém-se uma base com espessura adequada e uniforme, o que aumenta a resistência da mesma e restringe a necessidade de acabamento apenas à porção posterior do palato. Além disso, nas condutas

de reembasamento, sempre deve existir a preocupação de se evitar um aumento de peso da prótese e a invasão do espaço existente entre o dorso da língua e o palato, com a mandíbula em repouso, chamado de espaço de Donders², o que levaria a uma sensação de desconforto para o paciente quando utilizar a prótese.



Figura XVI-24 – Foi realizado um vedamento periférico com godiva, trabalhando-se com a prótese como se fosse uma moldeira individual.

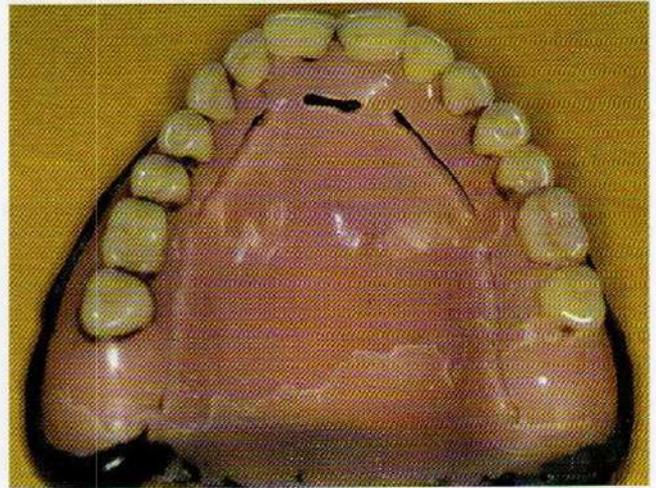


Figura XVI-25 – Antes da moldagem final, foram feitas canaletas em forma de traços de separação da região da base relativa à abóbada palatina.

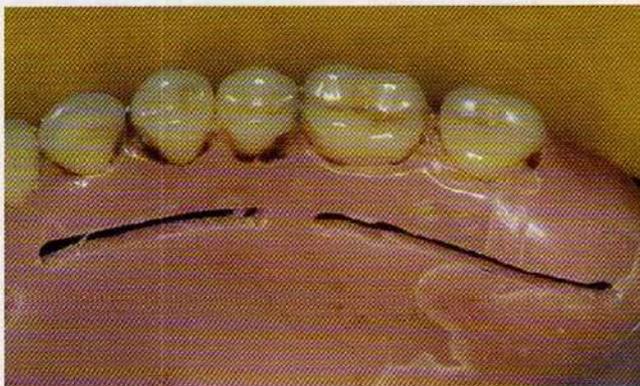


Figura XVI-26 – Foram mantidos istmos de resina que mantinham a região palatina da base.

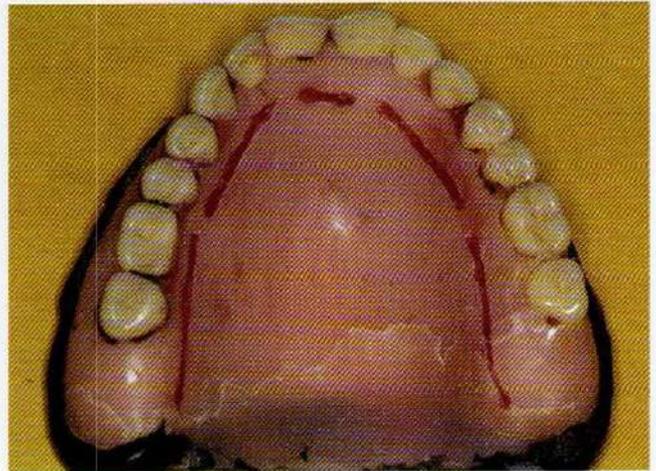


Figura XVI-27 – Os traços de separação foram preenchidos por cera para evitar o extravasamento excessivo do material durante a moldagem.

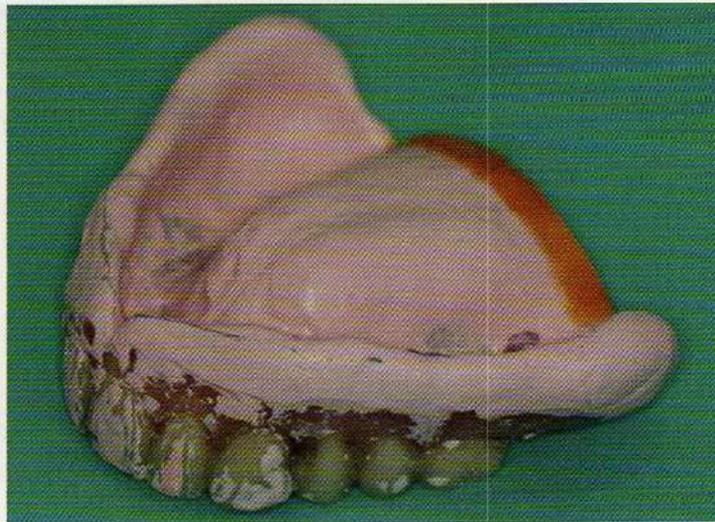


Figura XVI-28 – Após o vedamento, foi executada uma moldagem com material de baixa viscosidade, no caso, pasta zincoenólica.

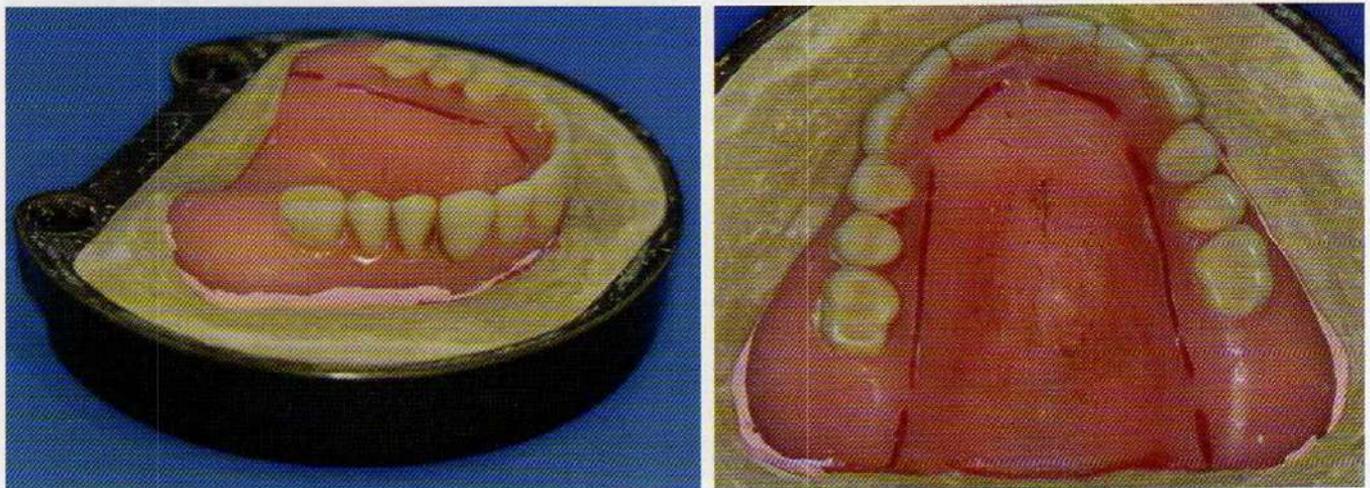


Figura XVI-29 – O gesso foi vazado e a prótese, incluída em mufla (à esquerda). Detalhe do palato da prótese que ainda não foi externamente copiado e que será substituído (à direita).

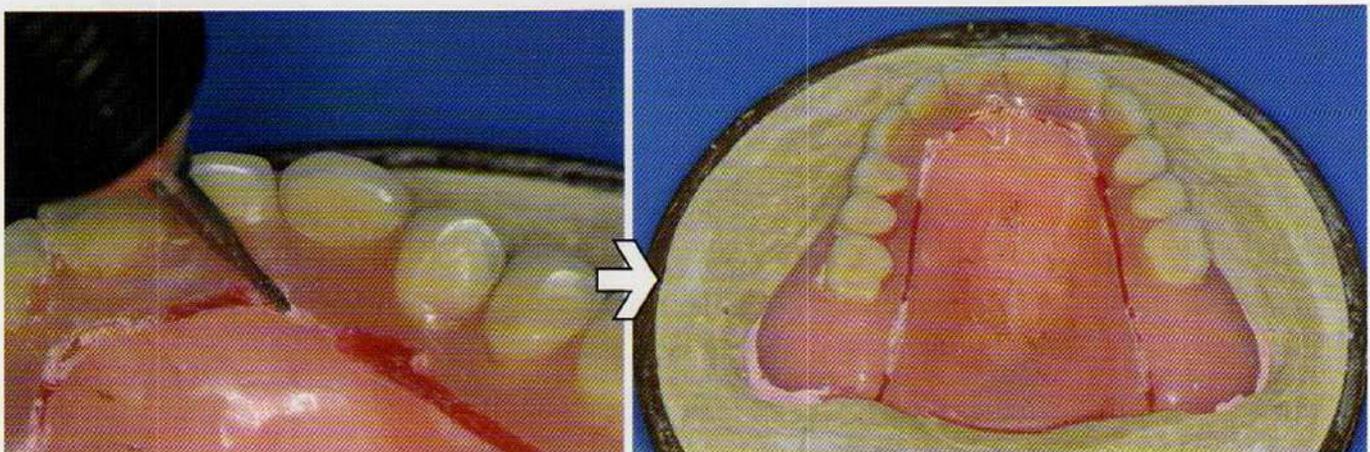


Figura XVI-30 – Com uma broca troncocônica picotada foram cortados os istmos de resina (à esquerda) que mantinham a porção palatina unida ao restante da base (à direita),...

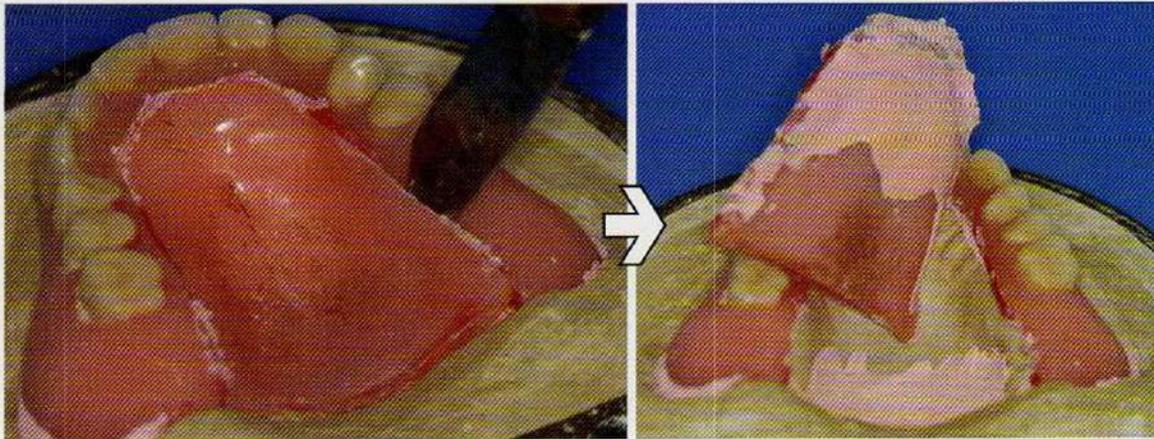


Figura XVI-31 – ...que, com a ajuda de uma faca de laboratório (à esquerda), foi removida (à direita).

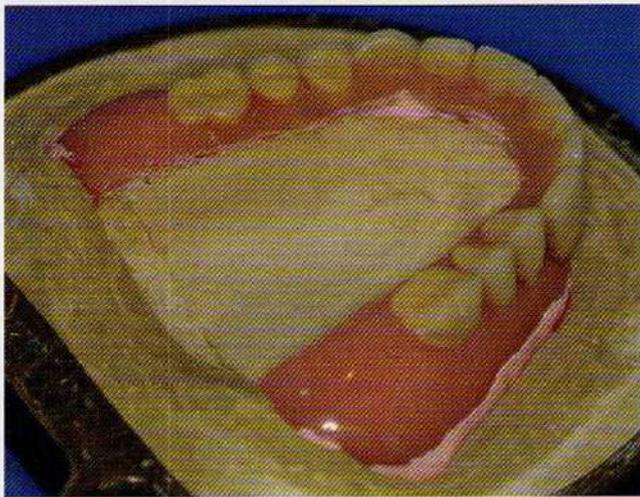


Figura XVI-32 – Aspecto da prótese após a remoção da porção palatina da base.

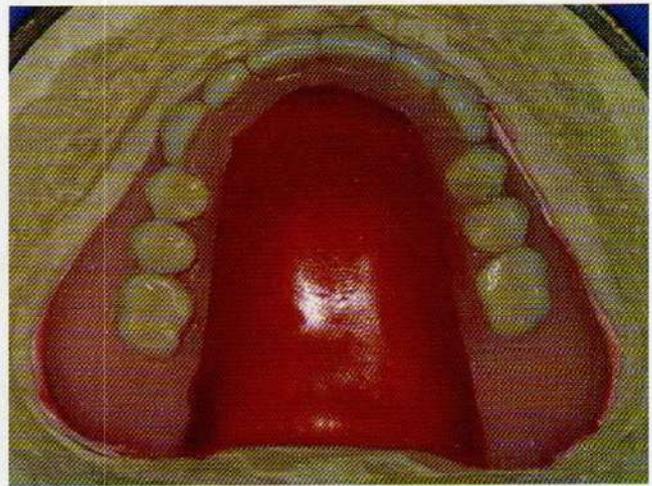


Figura XVI-33 – A porção palatina foi reencera com uma lâmina de cera 7, aplicada com o cuidado de não afinar partes da cera. Recomenda-se não plastificar a lâmina de cera antes da aplicação.

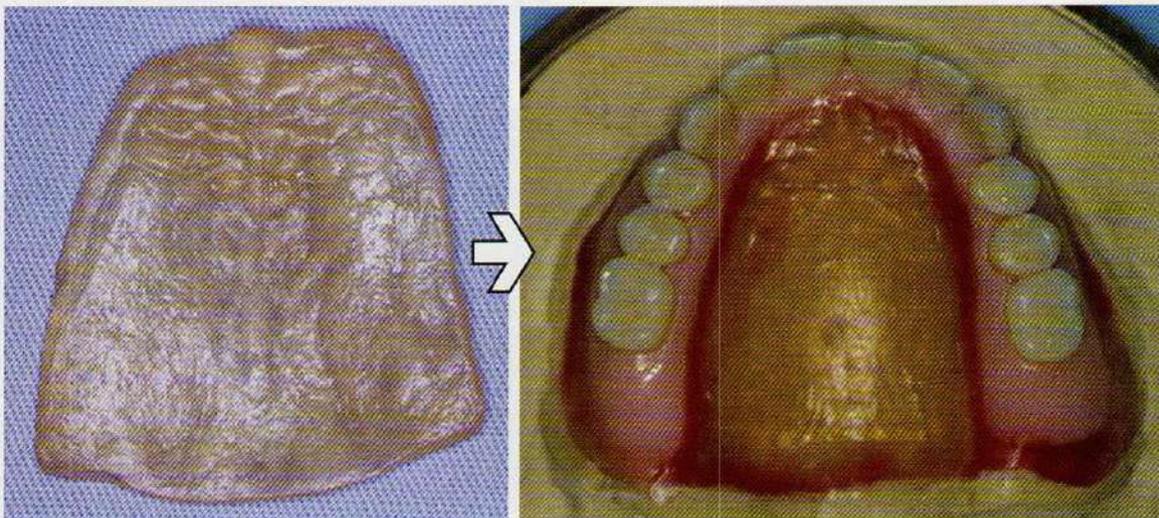


Figura XVI-34 – A porção palatina também pode ser reesculpada com o uso de uma rugosidade palatina artificial de silicone (à esquerda), o que garante a uniformidade da espessura da resina da base da prótese na porção palatina, além de dar uma textura mais natural para a base da prótese nessa região (à direita).

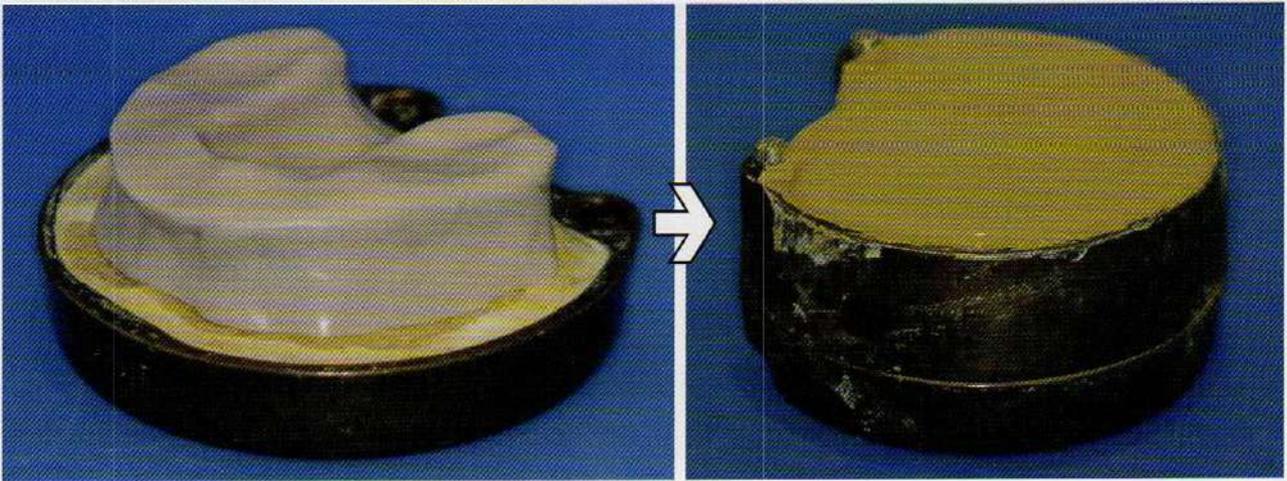


Figura XVI-35 – A prótese foi totalmente envolvida com silicone de laboratório (à esquerda) antes do vazamento do gesso na contramufla (à direita).

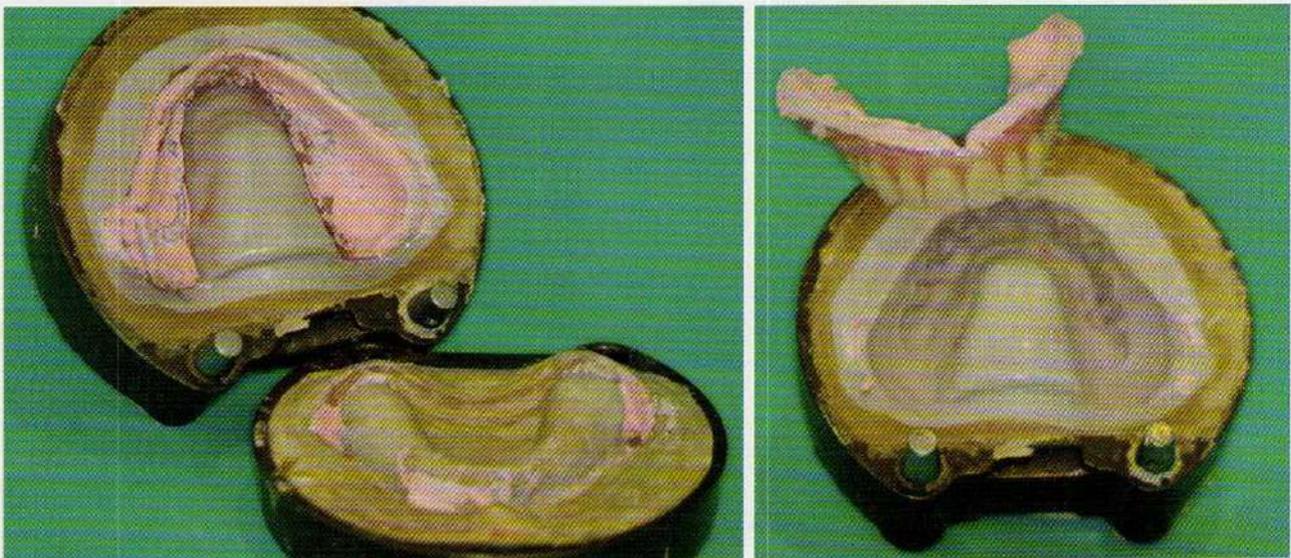


Figura XVI-36 – Depois da mufla aquecida em água quente para a abertura e remoção dos materiais de moldagem (à esquerda), os dentes presos ao que restou da base de resina acrílica foram removidos do silicone, cuja resiliência permite que isso seja feito (à direita).



Figura XVI-37 – Aspecto oclusal (à esquerda) e da face gengival (à direita) dos dentes removidos do silicone que os envolvia dentro da mufla.

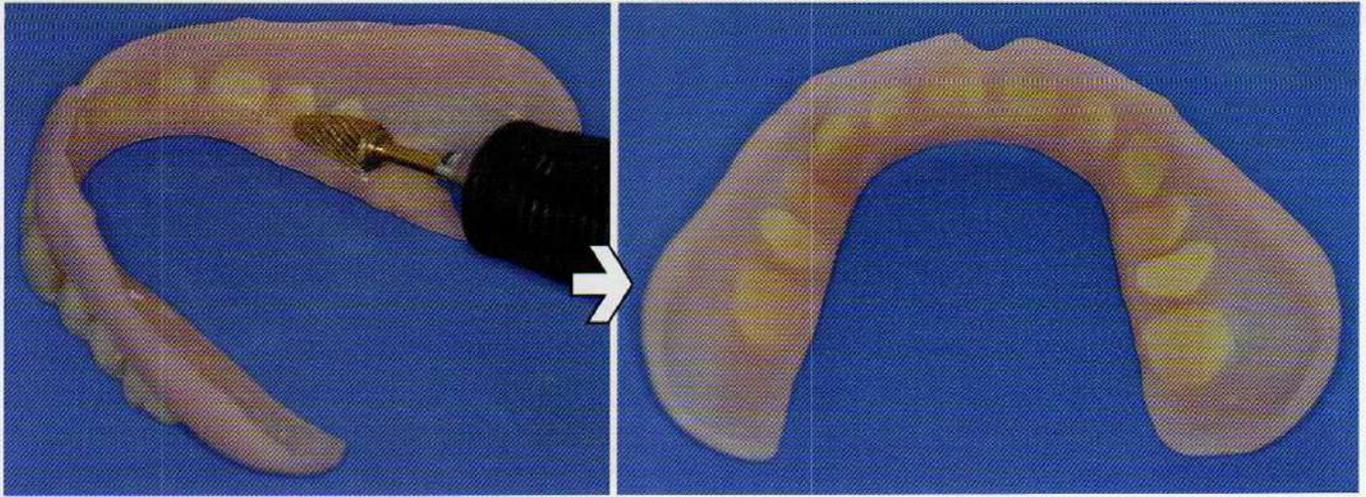


Figura XVI-38 – A base da prótese foi desgastada (à esquerda) para se eliminar o mais possível a resina velha (à direita).

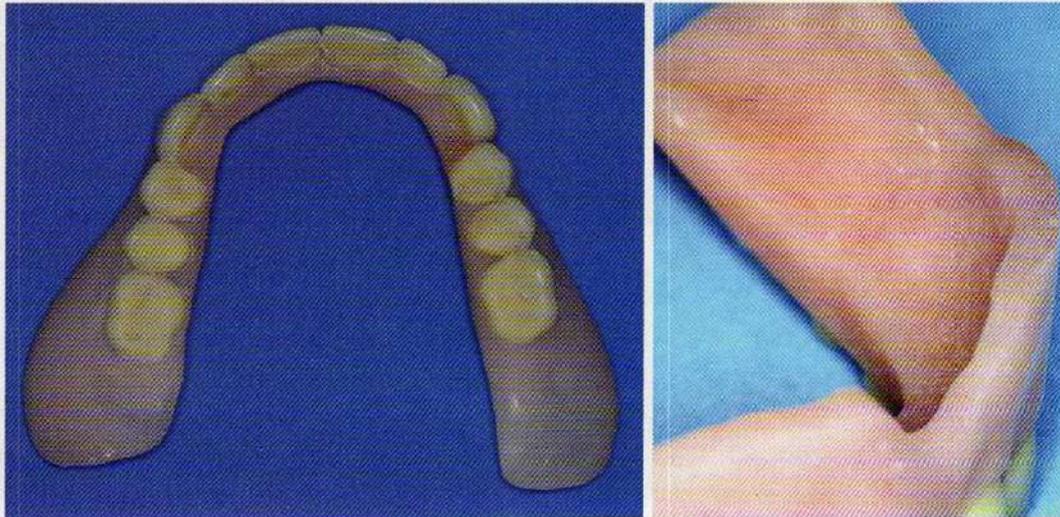


Figura XVI-39 – Os dentes foram mantidos unidos (à esquerda) e o corte da resina antiga, nas áreas de terminação da junção com a resina nova, foi feito plano, em ângulo reto, e não em bisel interno ou externo. Isso melhora a qualidade do acabamento na junção da resina antiga com a nova (à direita).

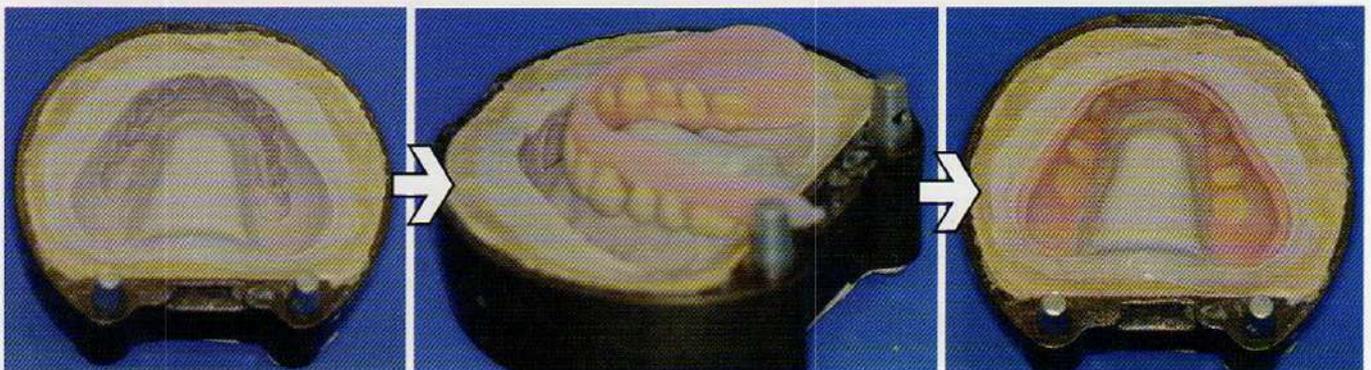


Figura XVI-40 – O silicone na contramufa foi limpo (à esquerda) e os dentes unidos (ao centro) foram reposicionados no seu interior (à direita).



Figura XVI-41 – Dentes encaixados no silicone.

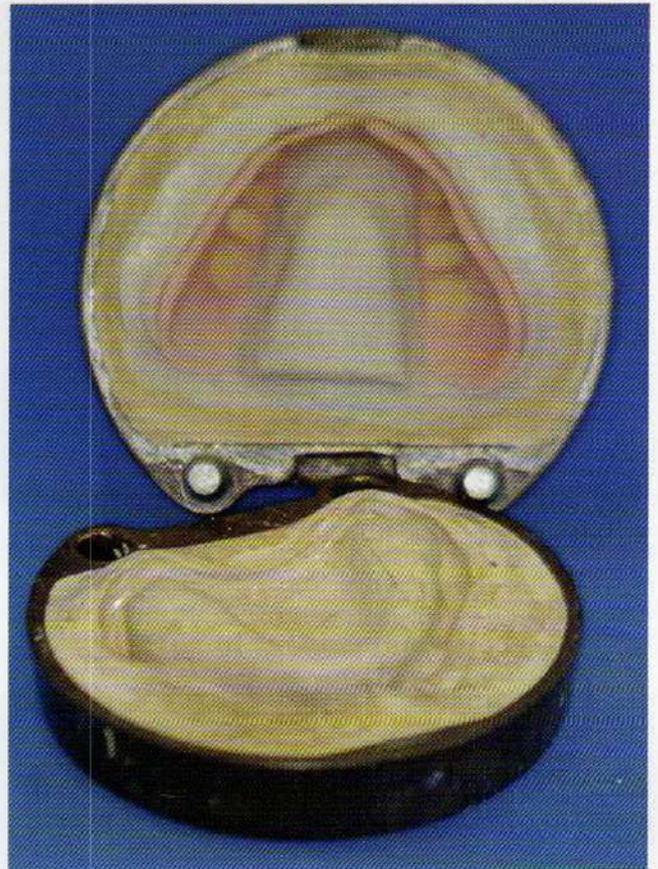


Figura XVI-42 – Mufla e contramufla prontas para que a resina nova fosse prensada.

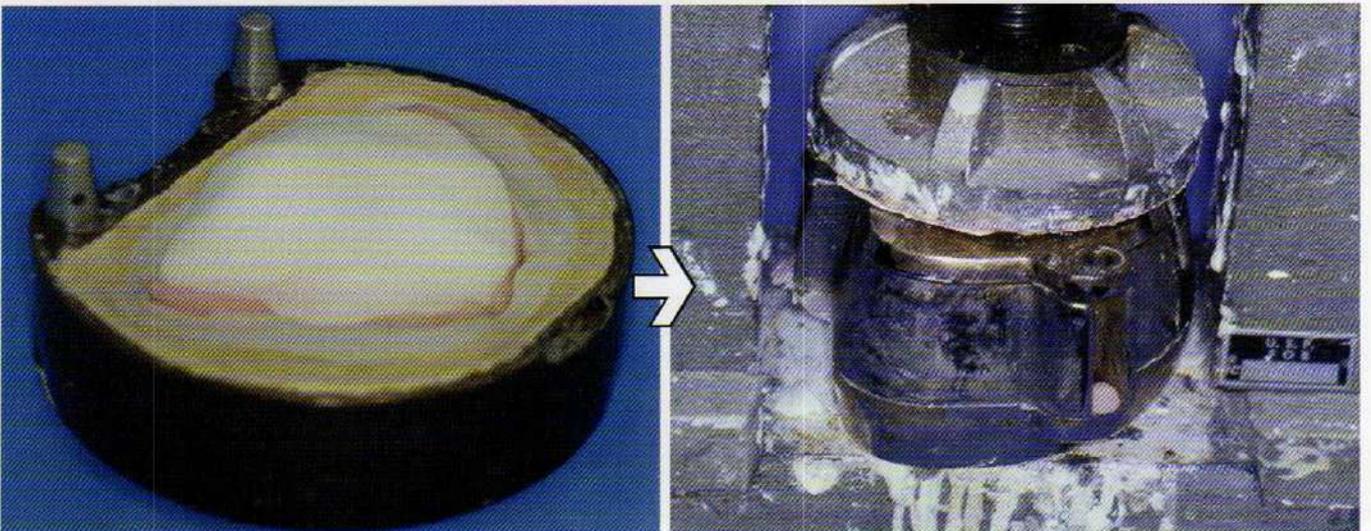


Figura XVI-43 – Resina acrílica incolor foi prensada sobre os dentes na contramufla.

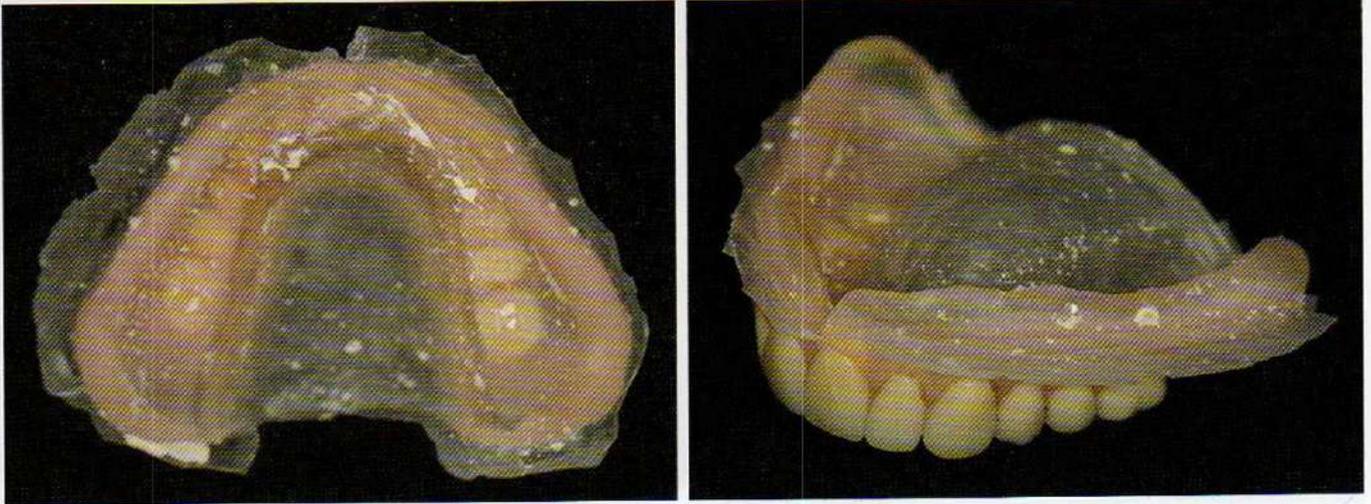


Figura XVI-44 – Prótese retirada da mufla após a polimerização da resina.



Figura XVI-45 – Após a polimerização da resina, a prótese necessita de acabamentos específicos para cada parte da base. No término posterior, a base geralmente fica grossa, o que causa desconforto para o paciente.



Figura XVI-46 – A aresta voltada para a mucosa foi demarcada para auxiliar no controle do desgaste durante o acabamento.

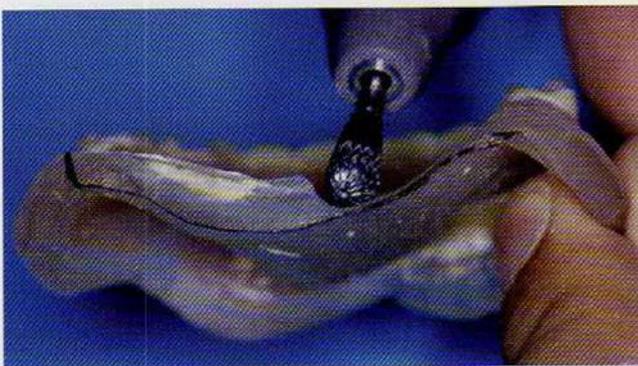


Figura XVI-47 – A base foi então afinada nessa região para que não formasse um degrau com a mucosa e o paciente tivesse uma sensação de continuidade entre o palato mole e a base da prótese.

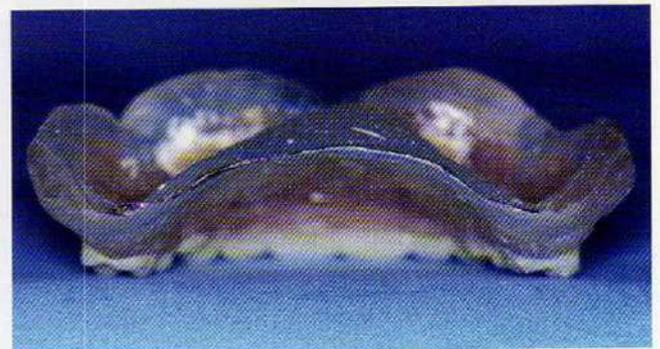


Figura XVI-48 – Vista posterior da prótese com o acabamento adequado do término posterior.

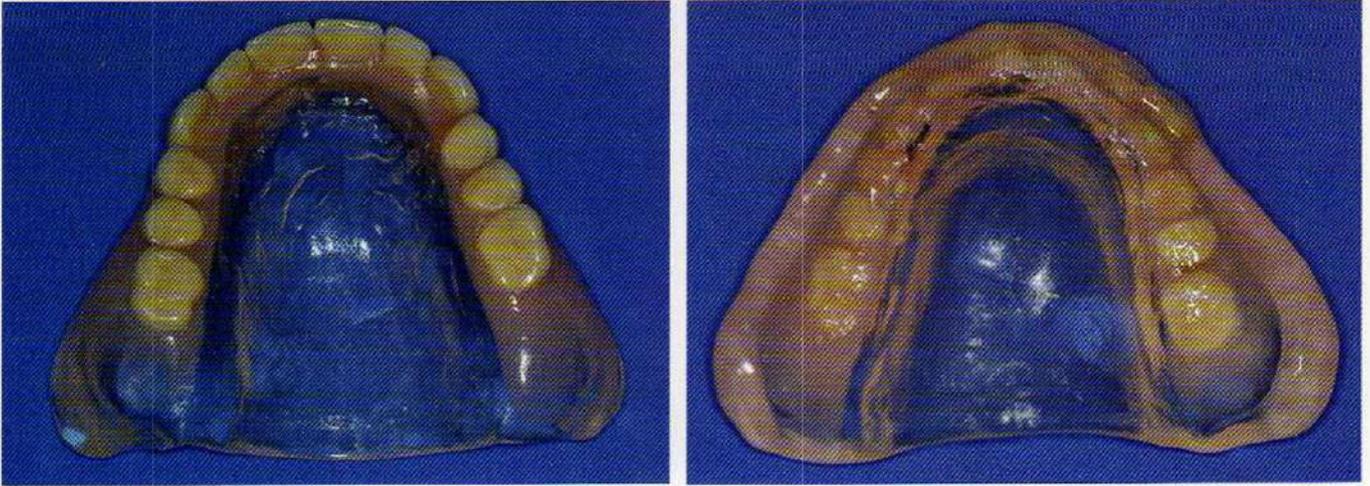


Figura XVI-49 – Prótese após o acabamento e polimento.



Figura XVI-50 – Prótese com a base nova.

REFERÊNCIAS

1. Winkler S. *Prostodoncia total*. México: Interamericana; 1982.
2. Nagle RJ, Sears VH, Silverman SI. *Protesis dental dentaduras completas*. Barcelona: Ed. Toray; 1965.

O PASSO-A-PASSO NA CONFECÇÃO DAS PRÓTESES TOTAIS

Daniel Telles
Ronaldo de Moraes Telles
Aloísio Borges Coelho

Muitos passos são necessários para a confecção de uma PT removível, em especial nos casos mais complexos, como nas próteses imediatas ou quando envolvem a presença de implantes osteointegrados para a colocação de elementos de retenção.

Não há uma única seqüência possível de ser adotada na execução de um caso clínico de PT.

A proposta deste capítulo é apenas a de orientar o profissional sobre os passos que podem ser seguidos em cada caso, sem a pretensão de estabelecer protocolos a serem seguidos, nem tampouco filosofias de trabalho.

Em última análise, a experiência e o conhecimento do profissional, pré-requisitos para se estabelecer um diagnóstico correto indicarão o melhor caminho a ser seguido em cada caso.

Em algumas situações, a ordem dos passos pode ser alterada, diminuindo-se o tempo gasto para a conclusão do caso. Entretanto, deve-se ressaltar que a diminuição do número de consultas é conseguida à custa de algum grau de previsibilidade do resultado final do tratamento.

Mesmo os profissionais mais experientes sabem o valor de se poder trabalhar com uma menor margem de erro em casos de PT e, sempre que podem, optam por seqüências clínicas um pouco mais longas, mas que possibilitem trabalhar com resultados mais previsíveis.

A seguir, serão representadas as seqüências clínicas que podem ser adotadas na confecção das PTs.

É importante ressaltar que o diagnóstico e os procedimentos de adequação da boca ao novo tratamento, como o condicionamento dos tecidos, são imprescindíveis e constituem-se no início comum a todas as seqüências. Por isso, não serão incluídos nos fluxogramas. Da mesma forma, podem ser considerados os procedimentos de manutenção nas consultas de retorno após a entrega das próteses.

PRÓTESES TOTAIS CONVENCIONAIS

A primeira diferença nas seqüências clínicas para a confecção de uma PT convencional pode aparecer após a primeira moldagem.

Sobre o modelo inicial ou anatômico, pode-se construir uma moldeira individual, para a execução de uma moldagem funcional, ou uma base de prova para a montagem dos dentes artificiais.

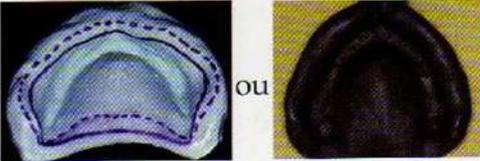
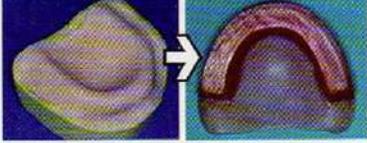
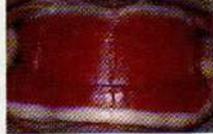
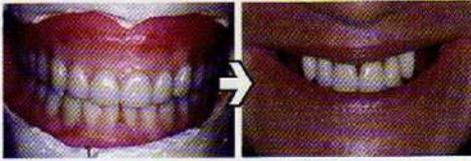
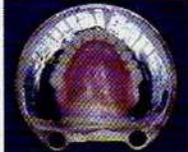
Confecionar as bases de prova a partir da moldagem anatômica permite que o operador execute a prova dos dentes e a moldagem funcional em uma só sessão clínica, utilizando posteriormente a base de prova com os dentes montados em cera como uma moldeira individual. Na prática, isso pode representar algum ganho de tempo, porém gera alguma perda de previsibilidade nos procedimentos.

A segunda diferença nas seqüências clínicas pode acontecer após a prova dos dentes artifi-

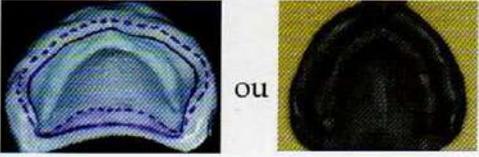
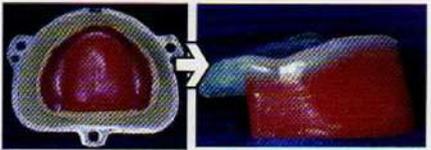
ciais, pela necessidade de se realizar ou não a moldagem com a base de prova. É importante ressaltar que se o operador perceber que houve perda de retenção da base de prova durante a prova dos dentes (em casos em que a base de

prova tenha sido executada com resina prensada), esta pode ser aproveitada como moldeira e uma nova moldagem funcional pode ser executada antes do término da prótese.

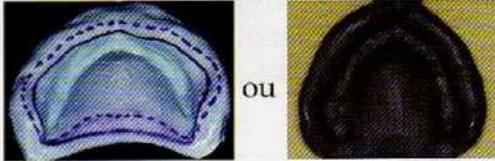
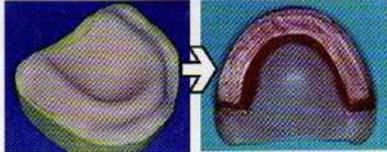
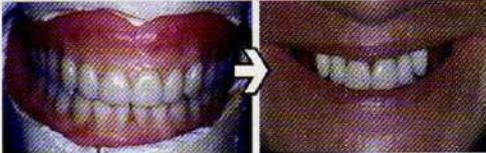
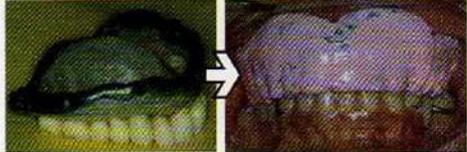
Com moldeira individual e base de prova em resina acrílica autopolimerizável

1	Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com alginato, godiva ou silicone.	
2	Confecção da moldeira individual Preferencialmente com resina acrílica auto ou fotopolimerizável.	
3	Moldagem funcional Vedamento periférico com godiva e moldagem com pasta zincoenólica ou elastômero.	
4	Confecção da base de prova Com resina acrílica autopolimerizável. Aliviar as retenções no modelo.	
5	Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.	
6	Montagem no ASA (articulador semi-ajustável) Com mesa de montagem ou arco facial.	
7	Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.	
8	Acrilização Controlar os problemas relativos à distorção da resina acrílica. Remontagem opcional.	
9	Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente.	

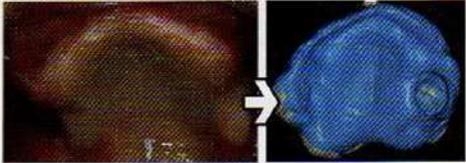
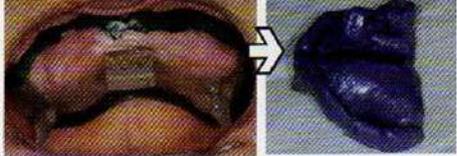
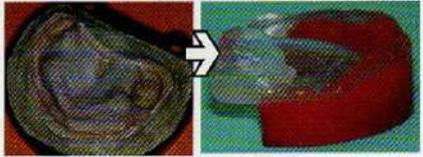
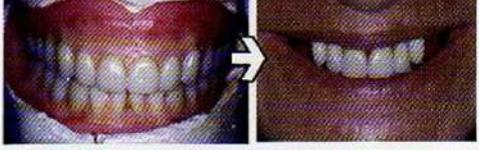
Com moldeira individual e base de prova prensada ou definitiva

<p>1</p>	<p>Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com alginato, godiva ou silicone.</p>	
<p>2</p>	<p>Confeção da moldeira individual Em resina acrílica auto ou fotopolimerizável.</p>	
<p>3</p>	<p>Moldagem funcional Vedamento periférico com godiva e moldagem com pasta zincoenólica ou elastômero.</p>	
<p>4</p>	<p>Confeção de base de prova ou base definitiva Com resina acrílica termopolimerizável prensada em mufla.</p>	
<p>5</p>	<p>Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.</p>	
<p>6</p>	<p>Montagem no ASA Com mesa de montagem ou arco facial.</p>	
<p>7</p>	<p>Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.</p>	
<p>8</p>	<p>Moldagem final (opcional) Se houver perda de retenção da base definitiva.</p>	
<p>9</p>	<p>Acrilização Incorporação dos dentes artificiais à base definitiva ou, se foi feita moldagem final, remoção do palato da prótese e reenceramento dessa região. Controlar os problemas relativos à distorção da resina acrílica. Remontagem opcional.</p>	
<p>10</p>	<p>Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente. Sem moldeira individual com moldagem funcional na base de prova.</p>	

Sem moldeira individual com moldagem funcional na base de prova

1	Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com alginato, godiva ou silicone.	
2	Confecção da base de prova Com resina acrílica autopolimerizável. Aliviar as retenções no modelo.	
3	Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.	
4	Montagem no ASA Com mesa de montagem ou arco facial. Geralmente os 4 primeiros passos são realizados em uma única consulta, mais longa, para reduzir o tempo de tratamento.	
5	Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.	
6	Moldagem final Vedamento periférico, utilizando a base de prova como moldeira individual, e moldagem final com material de baixa viscosidade em oclusão.	
7	Acrilização Controlar os problemas relativos à distorção da resina acrílica. Remontagem opcional.	
8	Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente.	

Casos com grandes defeitos ósseos

<p>1</p>	<p>Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com silicone.</p>	
<p>2</p>	<p>Confeção da moldeira individual Prensada com resina termopolimerizável.</p>	
<p>3</p>	<p>Moldagem funcional Vedamento periférico com godiva e moldagem com elastômero.</p>	
<p>4</p>	<p>Confeção da base de prova ou base definitiva Em resina acrílica termopolimerizável prensada em mufla.</p>	
<p>5</p>	<p>Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.</p>	
<p>6</p>	<p>Montagem no ASA Com mesa de montagem ou arco facial.</p>	
<p>7</p>	<p>Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.</p>	
<p>8</p>	<p>Moldagem final (opcional) Com elastômero, se houver perda de retenção da base definitiva.</p>	
<p>9</p>	<p>Acrilização Incorporação dos dentes artificiais à base definitiva ou, se foi feita moldagem final, remoção do palato da prótese e reenceramento dessa região. Controlar os problemas relativos à distorção da resina acrílica. Remontagem opcional.</p>	
<p>10</p>	<p>Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente.</p>	

PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS

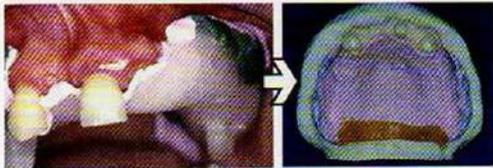
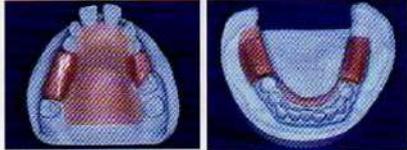
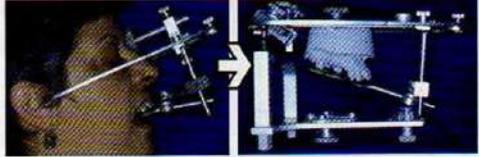
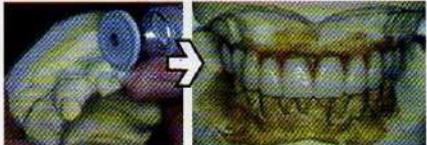
Por ser uma prótese complexa, é inevitável que, para se chegar a um resultado satisfatório, deva-se passar por uma seqüência de procedimentos meticolosa.

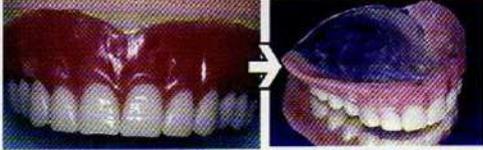
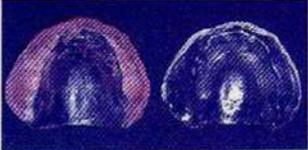
É difícil simplificar essa seqüência sem comprometer a previsibilidade do tratamento.

Por essa razão, a opção por uma prótese de transição pode ser mais simples e fácil de executar.

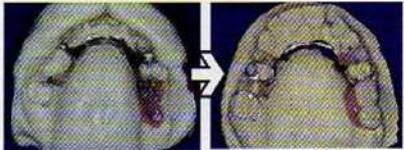
Para as próteses de transição, a situação existente deve ser avaliada e projetada para a prótese a ser instalada. Isso enseja diferentes abordagens para se chegar ao resultado pretendido.

Prótese Total imediata convencional

1	Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com alginato ou silicone.	
2	Moldagem funcional (opcional) Utilizando moldeira individual parcial com vedamento periférico e moldagem com material de baixa viscosidade, transferindo-se o conjunto com alginato em moldeira de estoque.	
3	Confeção da base de registro Com resina acrílica, com planos de cera nos espaços protéticos.	
4	Ajustes de planos de referência Estabelecimento da DVO, da posição cêntrica e de referências estéticas para a seleção e montagem de dentes artificiais.	
5	Montagem do modelo superior no ASA com arco facial Determinação do posicionamento espacial do plano oclusal com o uso obrigatório do arco facial.	
6	Montagem do modelo inferior no ASA Mantendo a estabilidade dos modelos com as bases de registros interpostas.	
7	Montagem parcial e prova dos dentes Verificação do posicionamento estético dos dentes que puderam ser montados antes das extrações.	
8	Remoção dos dentes no modelo e término da montagem dos dentes artificiais Remover o gesso necessário para um bom posicionamento dos dentes.	

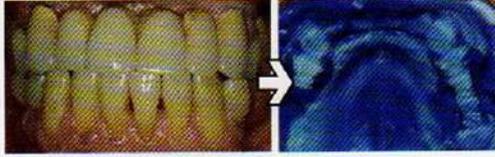
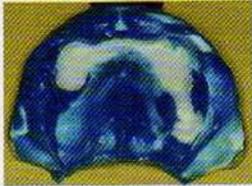
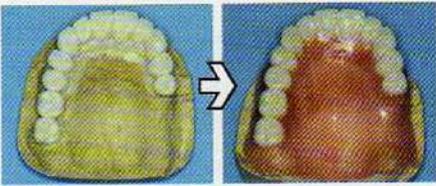
<p>9</p>	<p>Enceramento e acrilização da prótese Acabamento interno da prótese prevendo um reembasamento direto na boca.</p>	
<p>10</p>	<p>Obtenção do guia cirúrgico Por reprodução da base da prótese ou do modelo de prensagem da mesma, com resina acrílica incolor prensada.</p>	
<p>11</p>	<p>Exodontias Com eventual remoção de tecido ósseo, necessária para o assentamento do guia cirúrgico.</p>	
<p>12</p>	<p>Reembasamento da prótese na boca Com condicionador de tecido ou pasta zincoenólica.</p>	
<p>13</p>	<p>Controle posterior Evitar a remoção da prótese nas primeiras 24 horas; remoção de suturas após 7 dias. Trocas periódicas do material reembasador até 3 meses.</p>	

Prótese de transição com transformação de uma PPR

<p>1</p>	<p>Moldagem Com a PPR em posição na boca e vazamento de gesso sem remover a prótese do molde, para que esta possa ser reposicionada no modelo obtido.</p>	
<p>2</p>	<p>Confeção dos dentes que serão extraídos Com o modelo articulado, se necessário, preenchendo os espaços no modelo no qual a prótese será reposicionada.</p>	
<p>3</p>	<p>Exodontias Com eventual remoção de tecido ósseo, necessária para o assentamento da prótese.</p>	
<p>4</p>	<p>Incorporação dos dentes à prótese existente Adicionando resina acrílica autopolimerizável com a prótese no modelo.</p>	

5	Reembasamento da prótese na boca Com condicionador de tecido ou pasta zincoenólica.	
6	Controle posterior Evitar a remoção da prótese nas primeiras 24 horas; remoção de suturas após 7 dias. Trocas periódicas do material reembasador até 3 meses.	

Prótese de transição com duplicação da dentição existente

1	Moldagem dos dentes com silicone É importante a reprodução correta do rebordo e/ou da mucosa palatina.	
2	Confecção dos dentes que serão extraídos Através do preenchimento dos espaços deixados pelos dentes no molde com resina acrílica autopolimerizável cor de dente, preferencialmente polimerizada sob pressão.	
3	Vazamento do modelo e enceramento da prótese Obtenção de modelo híbrido: dentes em resina e rebordo de gesso. Enceramento da base sobre o gesso.	
4	Acrilização da prótese Com inclusão em mufla. Os dentes não se unem ao gesso e ficam presos na contramufla.	
5	Exodontias Com eventual remoção de tecido ósseo, necessária para o assentamento do guia cirúrgico.	
6	Reembasamento da prótese na boca Com condicionador de tecido ou pasta zincoenólica.	
7	Controle posterior Evitar a remoção da prótese nas primeiras 24 horas; remoção de suturas após 7 dias. Trocas periódicas do material reembasador até 3 meses.	

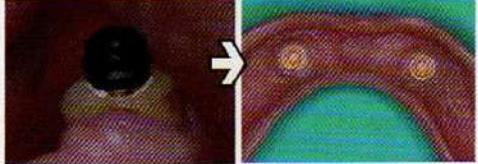
SOBREDENTADURAS

Basicamente, considera-se que os dispositivos independentes (p. ex.: anéis de retenção) são presos à base da prótese diretamente na boca. Isto simplifica e facilita a obtenção de uma pró-

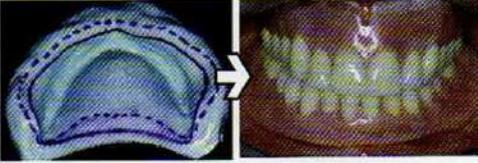
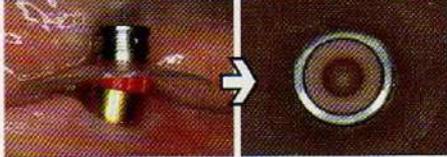
tese funcional dentro do conceito de aplicação desse tipo de dispositivos.

As barras devem ser confeccionadas individualmente para cada caso, criando-se a demanda por se obter um modelo de trabalho com réplicas dos implantes ou intermediários.

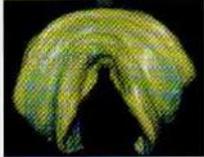
Sobredentadura com anéis de retenção sobre raízes

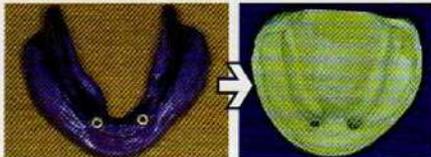
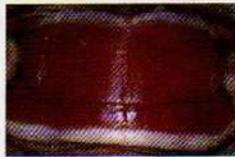
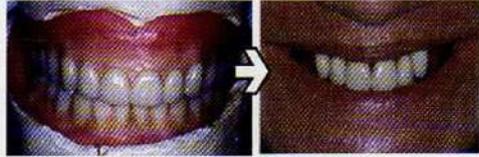
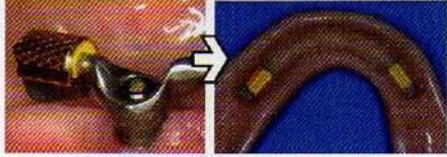
<p>1</p>	<p>Tratamento endodôntico e preparo das raízes Cortar as raízes pelo menos 1 mm acima do nível gengival.</p>	
<p>2</p>	<p>Reembasamento da prótese antiga na boca sobre as raízes preparadas Com condicionador de tecido ou resina acrílica autopolimerizável.</p>	
<p>3</p>	<p>Seguir uma das seqüências de Prótese Total convencional Confeccionar a moldeira e a base de prova sobre as raízes.</p>	
<p>4</p>	<p>Instalação dos dispositivos de retenção nas raízes Dependendo do tipo ou marca do dispositivo, pela técnica direta ou indireta.</p>	
<p>5</p>	<p>Captura dos anéis de retenção na boca Com resina acrílica autopolimerizável, mantendo-se a prótese em oclusão.</p>	

Sobredentadura com anéis de retenção sobre implantes

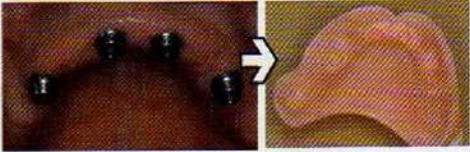
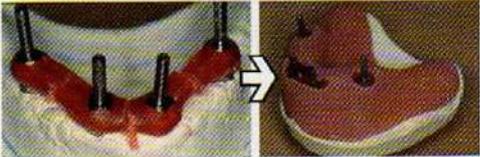
1	Instalação dos implantes Esperar o período de osteointegração e de maturação tecidual.	
2	Reembasamento da prótese antiga na boca sobre os implantes com cicatrizadores Com condicionador de tecido ou resina acrílica autopolimerizável.	
3	Seguir uma das seqüências de prótese total convencional Não há a necessidade de se fazer a transferência dos implantes, pois os dispositivos de retenção serão incorporados à prótese diretamente na boca.	
4	Instalação dos dispositivos de retenção nos implantes Utilizar, se necessário, dispositivos que corrijam as angulações relativas dos implantes.	
5	Captura dos anéis de retenção na boca Com resina acrílica autopolimerizável, mantendo-se a prótese em oclusão.	

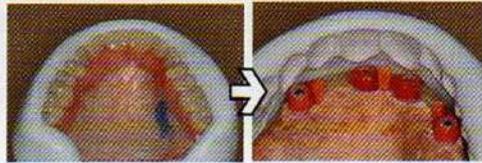
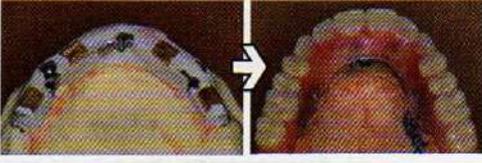
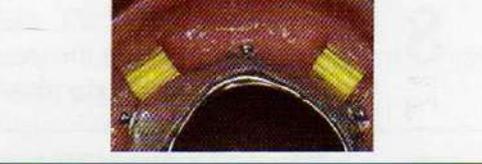
Sobredentadura com barra/clipe

1	Instalação dos implantes Esperar o período de osteointegração e de maturação tecidual.	
2	Reembasamento da prótese antiga na boca sobre os implantes com cicatrizadores Com condicionador de tecido ou resina acrílica autopolimerizável.	
3	Moldagem anatômica Utilizando moldeira de estoque com alginato ou silicone.	
4	Confecção da moldeira individual Com resina acrílica auto ou fotopolimerizável.	

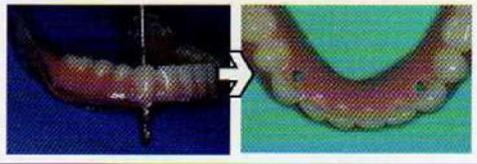
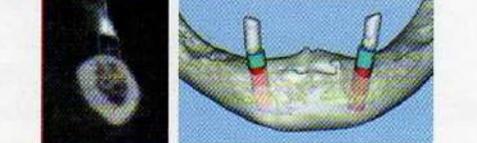
<p>5</p>	<p>Moldagem funcional com transferência dos implantes ou intermediários Vedamento periférico com godiva e moldagem de transferência com elastômero rígido. Vazamento do modelo com réplicas e gesso tipo IV.</p>	
<p>6</p>	<p>Confeção de base de prova Com resina acrílica autopolimerizável para não danificar o modelo de trabalho.</p>	
<p>7</p>	<p>Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.</p>	
<p>8</p>	<p>Montagem no ASA Com mesa de montagem ou arco facial.</p>	
<p>9</p>	<p>Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.</p>	
<p>10</p>	<p>Confeção da barra Posicionando os segmentos a partir da duplicação dos posicionamentos dos dentes artificiais.</p>	
<p>11</p>	<p>Prova da barra (opcional) Verificação da adaptação passiva da barra.</p>	
<p>12</p>	<p>Acrilização da prótese Aliviando o conjunto barra e cliques com silicone para criar o espaço da barra no interior da prótese.</p>	
<p>13</p>	<p>Captura dos cliques na boca Substituir os cliques deformados pelo processo de acrilização, com a prótese em oclusão, adaptada à dinâmica de suporte do rebordo.</p>	
<p>14</p>	<p>Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente.</p>	

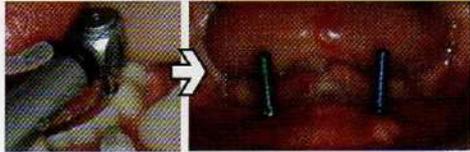
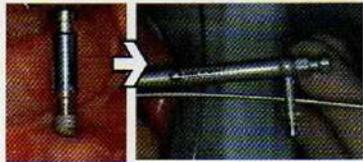
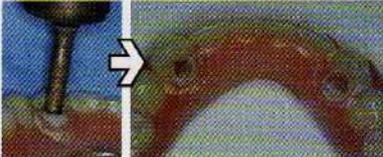
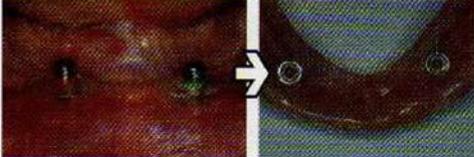
ORCE

1	Instalação dos implantes Planejados de forma a privilegiar a melhor distribuição para os segmentos da barra.	
2	Instalação dos intermediários Corrigindo as inclinações dos implantes, se necessário.	
3	Reembasamento da prótese antiga na boca sobre os intermediários com capas de proteção Com condicionador de tecido ou resina acrílica autopolimerizável.	
4	Moldagem anatômica Com transferentes para moldeira fechada e vazando o modelo com réplicas dos intermediários.	
5	Confecção da moldeira aberta individual Sobre o conjunto dos transferentes para moldeira aberta fixados às réplicas.	
6	Moldagem funcional com transferência dos intermediários Vedamento periférico com godiva e moldagem de transferência com elastômero rígido. Vazamento do modelo com réplicas e gesso tipo IV.	
7	Confecção de base de prova Com resina acrílica autopolimerizável para não danificar o modelo de trabalho.	
8	Ajustes de planos de referência Estética e relações intermaxilares.	
9	Montagem no ASA Com mesa de montagem ou arco facial.	
10	Montagem e prova dos dentes artificiais Compartilhar com o paciente as decisões concernentes à estética da prótese.	

11	Confeção da barra Posicionando os segmentos e os encaixes a partir da duplicação dos posicionamentos dos dentes artificiais.	
12	Prova da barra (opcional) Verificação da adaptação passiva da barra.	
13	Confeção da estrutura metálica da prótese De Cr-Co, utilizando os machos dos encaixes de plástico.	
14	Acrilização da prótese Aliviando o conjunto barra e cliques com silicone, para criar o espaço da barra no interior da prótese, e incorporando os cliques à base da prótese.	
15	Substituição dos cliques de processamento (opcional) Caso a retenção não seja suficiente após o processamento da resina acrílica.	
16	Entrega da prótese Ajuste da base e da oclusão. Orientações para o paciente.	

Sobredentadura com carga imediata com anéis de retenção

1	Perfuração da prótese Nas posições relativas aos futuros implantes.	
2	Colocação de marcadores radiopacos Preenchimento das perfurações com material radiopaco.	
3	Tomografia computadorizada Para verificar a viabilidade da colocação dos implantes nas posições dos marcadores radiopacos.	

<p>4</p>	<p>Colocação dos tubos-guia Baseada nos posicionamentos dos marcadores radiopacos em relação ao osso, visualizados na tomografia.</p>	
<p>5</p>	<p>Perfurações até a broca de 2,0 mm para a instalação dos implantes Com a prótese em posição através dos tubos-guia de titânio.</p>	
<p>6</p>	<p>Alargamento das perfurações Seguindo a seqüência normal de brocas, sem incisão.</p>	
<p>7</p>	<p>Instalação dos implantes Através da mucosa, controlando o torque de travamento.</p>	
<p>8</p>	<p>Instalação dos intermediários para os anéis de retenção Escolhendo-se as alturas das cintas de acordo com a espessura da mucosa.</p>	
<p>9</p>	<p>Remoção dos tubos-guia de titânio Aquecendo com um ferro para soldar.</p>	
<p>10</p>	<p>Captura dos anéis de retenção Mantendo-se as próteses em oclusão.</p>	
<p>11</p>	<p>Entrega da prótese Com orientações pós-cirúrgicas.</p>	