

Capítulo XVII

Reembasamento



Jarbas Francisco Fernandes dos Santos
Leonardo Marchini
Vicente de Paula Prisco da Cunha

Conceito

Como já discutimos no início deste livro, o processo de reabsorção óssea alveolar é contínuo e ininterrupto ao longo da vida dos pacientes edêntulos, mesmo que reabilitados proteticamente, ainda que as próteses estejam bem planejadas e executadas. Com isso, nossos trabalhos protéticos têm sobrevida relativamente curta, o que muitas vezes nos traz dificuldades em explicar por que uma prótese, hoje muito bem-adaptada, daqui a um ano e meio ou dois já não se comportará da mesma forma em função.

Isso é devido à reabsorção óssea alveolar que, como já dissemos, é inexorável.

Partindo dessa premissa, uma prótese concebida e realizada dentro da técnica e que no prazo de dois anos, por exemplo, já não se encontra bem-adaptada, pela reabsorção do rebordo, pode receber outra camada interna (ou basal) de material para buscar a justaposição da base ao rebordo alveolar do paciente já na nova condição do rebordo. É importante salientar que essa complementação de material não deve alterar as relações maxilomandibulares do paciente nas quais a PTMS foi concebida e executada.

Então, reembasar uma prótese nada mais é do que buscar, num tempo distinto daquele da instalação das PTMS, uma adaptação tão boa quanto a anterior, apesar de as condições do rebordo alveolar terem sido alteradas pelo processo de reabsorção óssea.

Observações Clínicas

Vamos ilustrar com o caso de um paciente portando um par de PTMS em condições satisfatórias, clinicamente aceitáveis, mas que perdeu a boa adaptação e passou a sofrer por pressão inadequada do remanescente do rebordo, em que o profissional optou pelo reembasamento. Concordamos que, se a colocação de uma nova camada de material no interior, tanto da prótese superior como da inferior, não for feita com algum cuidado, aumenta sobremaneira a DVO do paciente, e, com esse aumento, o engrenamento dentário das PTMS também se perderia, certo? Então, como proceder?

Se houve reabsorção óssea alveolar após a instalação das PTMS, existirá um espaço entre a fibromucosa e a base das PTMS que quando de sua instalação não existia, e a responsável por esse espaço foi a reabsorção óssea, e não a base das PTMS, que são de RAAT (resina acrílica ativada termicamente) e sofrem ao longo do tempo alterações mínimas, sendo nesse espaço e tão-somente nele que vai ficar contida a nova camada de material da base. Agora você pergunta: como fazê-lo?

De posse das PTMS superior e inferior do nosso paciente, mantemos a PTMS inferior em posição em sua boca e colocamos uma camada de material moldador no interior da PTMS superior, como se fôssemos fazer uma moldagem funcional, com todos os cuidados descritos para essa técnica no capítulo IV. Levamos a prótese superior à sua posição de assentamento, fazendo com que o material

moldador escoe uniformemente e, nesse momento, o clínico direciona a mandíbula ao encontro da maxila, com as PTMS em posição, em máxima intercuspidação, que no caso seria em relação central, pois RC= OC na DVO. A esse procedimento denominamos "moldagens de boca fechada", pois dessa forma garantimos as relações maxilomandibulares concebidas quando da confecção das PTMS. Ou seja, conseguimos melhorar a adaptação desta, fazendo com que o material moldador ocupasse tão-somente o espaço existente entre a prótese e a fibromucosa, sem alterar as relações maxilomandibulares. Agora, feita a moldagem superior, repetem-se os procedimentos colocando-se o material moldador na PTMS inferior, para se obter a moldagem do rebordo inferior.

Exame Clínico e Diagnóstico

Existem diversas possibilidades e materiais para se executarem os reembasamentos, e a indicação do procedimento usando este ou aquele material depende de um minucioso exame do paciente. O conceito acima exposto é apenas uma forma de conceber o reembasamento como um trabalho mais longo.

Ainda pensando na situação na qual, num prazo relativamente pequeno, as PTMS já não estarão convenientemente adaptadas ao rebordo do paciente e, quando ocorrerem os movimentos funcionais, essas próteses vão trabalhar sofrendo variações de posição tanto no sentido cérvico-oclusal (o que poderá provocar lesões na região do selamento periférico – Figs. XVII.1 a XVII.3) como nos sentidos ântero-posterior e látero-lateral, provocando atrição contra a fibromucosa, causando irritações e sensação de desconforto para o paciente (Figs.

XVII.4 a XVII.6), a verificação das lesões durante o exame clínico deve ser alvo de muita atenção pelo profissional.

É preciso também estar muito atento às condições atuais da prótese para a correta indicação do procedimento de reembasamento. Devemos atuar pensando na prótese **clínicamente ideal**, mesmo sabendo que essa condição seria impraticável, pois a cada passo da confecção dos nossos trabalhos estamos sistematicamente introduzindo pequenas alterações no caso previamente planejado, ora por fadiga e estresse do operador ora por pequenas alterações dimensionais inerentes aos materiais e técnicas. Em vista do exposto, o que na maioria das vezes entregamos aos nossos pacientes são próteses **clínicamente aceitáveis**, que se caracterizam por recompor os dentes e as estruturas perdidas, devolvendo ao paciente parte das funções do sistema mastigatório. Muitas vezes nos deparamos com próteses que, por um motivo ou outro (fraturas, curvas ântero-posteriores invertidas ou alteradas de forma irremediável e desgastes excessivos), estão **clínicamente inaceitáveis** (Fig. XVII.7).

É importante salientarmos que os procedimentos de reembasamento somente são indicados para as próteses que estejam enquadradas no grupo das **clínicamente aceitáveis**, e que as condições clínicas para pertencerem a esse grupo sofrem grande variação, desde uma pequena desadaptação da base à fibromucosa, até o momento em que o clínico passa a julgá-la **inaceitável**. Porém, muitas vezes, frente a uma prótese clinicamente inaceitável, podemos promover reparos, tornando-a clinicamente aceitável, e aí, então, promover um reembasamento visando diminuir custos.



Fig. XVII.1



Fig. XVII.2

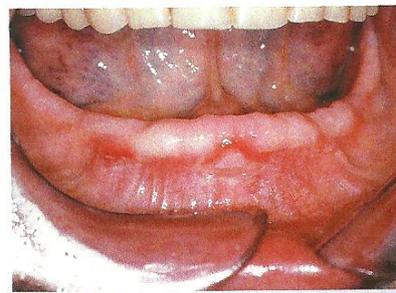


Fig. XVII.3

Fig. XVII.1 – Úlcera na região de fórnice inferior esquerdo por desadaptação da PTMS desse arco.

Fig. XVII.2 – Hiperplasia na região de fórnice inferior esquerdo por desadaptação da PTMS desse arco.

Fig. XVII.3 – Úlcera na região de freio labial por falta de adequado recorte muscular nessa área.

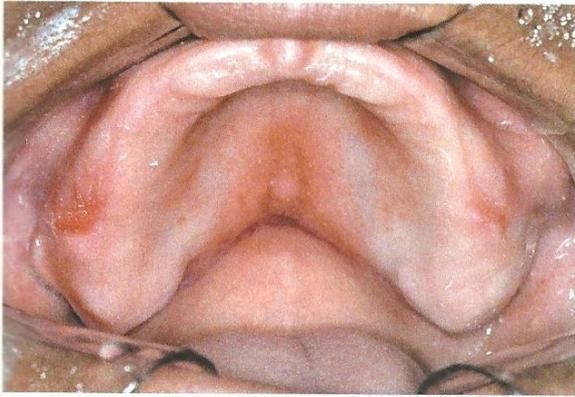


Fig. XVII.4

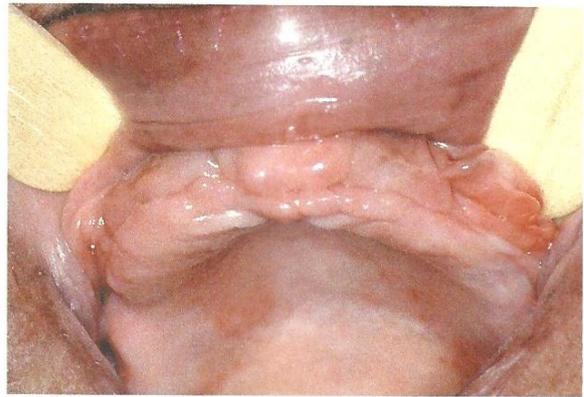


Fig. XVII.5



Fig. XVII.6



Fig. XVII.7

Fig. XVII.4 – Áreas inflamadas por desadaptação da PTMS superior.

Fig. XVII.5 – Hiperplasia na região de fórnice anterior causada por desadaptação da PTMS superior.

Fig. XVII.6 – Regiões inflamadas no palato, região de fórnice esquerdo e ligeiramente à anterior da tuberosidade, causadas por desadaptação da PTMS superior.

Fig. XVII.7 – PTMS clinicamente inaceitáveis.

Condicionamento de Tecidos

Muitas vezes os pacientes apresentam irritações da fibromucosa de tal ordem (Figs. XVII.8 e XVII.9), que se faz necessário promover um reembasamento dessas próteses com um material diferente daquele de sua base, com a finalidade de melhorar as condições dos tecidos, para estes poderem receber uma nova prótese. A este tipo de reembasamento denominamos **transitório**, pois o uso do material para a readaptação das próteses deve ser restrito a apenas 3 a 7 dias, sob rígi-

do controle do clínico, até a remissão dos sinais e sintomas das irritações (Figs. XVII.10 a XVII.16), momento esse em que o reembasamento definitivo ou a confecção de novas PTMS é levado a termo para garantir o resultado clínico obtido.

Muitas vezes, no dia-a-dia do clínico o termo "reembasamento" é considerado somente quando se trata de repor uma nova camada do mesmo material, causando alguma confusão quando se trata de reembasamento temporário, com materiais condicionadores de tecido, que por muitos é tratado como reembasamento terapêutico, como se o primeiro não o fosse.



Fig. XVII.8



Fig. XVII.9



Fig. XVII.10

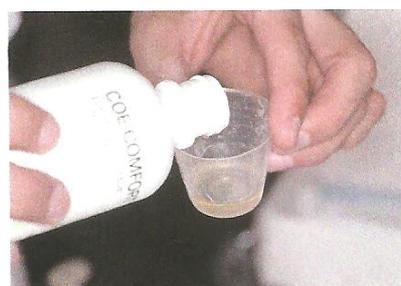


Fig. XVII.11



Fig. XVII.12

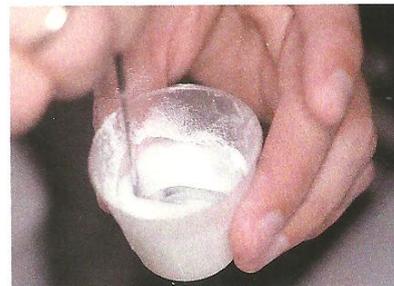


Fig. XVII.13



Fig. XVII.14



Fig. XVII.15



Fig. XVII.16

Figs. XVII.8 e XVII.9 – Rebordo superior com alteração inflamatória de tal magnitude, que impede a confecção de novas PTMS sem o tratamento prévio da inflamação.

Fig. XVII.10 – Material condicionador de tecidos, que se apresenta na forma de pó e líquido.

Figs. XVII.11 a XVII.13 – Dosagem do pó e do líquido e posterior manipulação do condicionador de tecidos.

Figs. XVII.14 e XVII.15 – Preenchimento da base da prótese com o material manipulado.

Fig. XVII.16 – Base da prótese readaptada mediante o uso do condicionador de tecidos.

Os Vários Tipos de Reembasamento Possíveis Atualmente

Reembasamentos de Longa Duração

São aqueles que têm por objetivo promover a readaptação das bases das próteses por períodos considerados longos, um ano ou mais, e

podem ser realizados lançando-se mão de vários materiais, rígidos ou resilientes. Podem ser subclassificados em **de laboratório** ou **de consultório**.

Os **reembasamentos de laboratório** são feitos por técnica indireta, na qual os moldes são obtidos clinicamente e posteriormente substituídos pelo material de reembasamento (rígido ou resiliente) no laboratório, de modo que em geral apresentam melhor qualidade de acabamento e maior durabilidade. Podem ser feitos com material rígido RAAT, como podemos ver nas figuras XVII.17 a XVII.33, ou resiliente (siliconas), como os apresentados nas (Figs. XVII.34 e XVII.35).



Fig. XVII.17



Fig. XVII.18



Fig. XVII.19



Fig. XVII.20



Fig. XVII.21

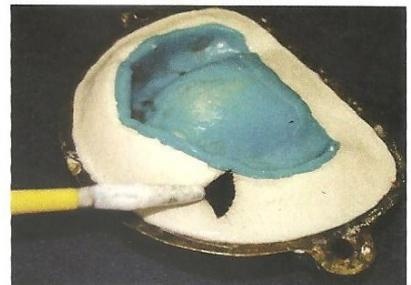


Fig. XVII.22



Fig. XVII.23



Fig. XVII.24

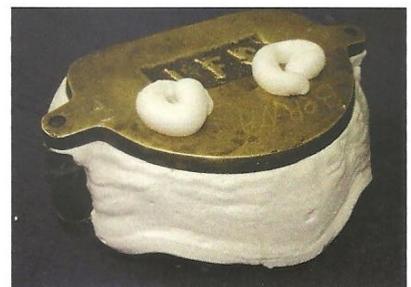


Fig. XVII.25



Fig. XVII.26



Fig. XVII.27

Fig. XVII.17 – PTMS superior e inferior com as bases readaptadas por siliconafluida para moldagem.

Fig. XVII.18 – Vista basal da prótese superior com a silicona moldadora.

Fig. XVII.19 – Prótese com a silicona moldadora posicionada na base da mufla.

Fig. XVII.20 – Prótese com a silicona moldadora sendo incluída no gesso da base da mufla.

Fig. XVII.21 – Prótese com a silicona moldadora incluída no gesso da base da mufla, mantendo a região de selamento periférico livre.

Fig. XVII.22 – A superfície externa do gesso deve ser isolada com isolante à base de alginato.

Fig. XVII.23 – Preenchimento da superfície moldada com gesso-pedra (tipo III).

Fig. XVII.24 – Área moldada preenchida com gesso tipo III.

Fig. XVII.25 – Preenchimento do restante do volume da contramufla com gesso comum (tipo II).

Fig. XVII.26 – Abertura da mufla após a presa do gesso na contramufla, expondo a área moldada e o modelo.

Fig. XVII.27 – Remoção da silicona, expondo a base da prótese. O adesivo utilizado para moldagem com silicona deve ser inteiramente removido com o uso de brocas minicut.



Fig. XVII.28



Fig. XVII.29



Fig. XVII.30

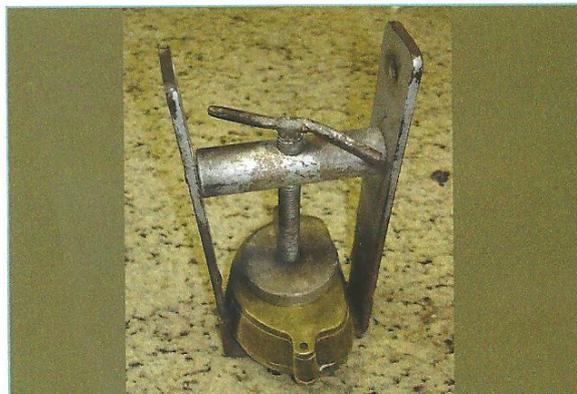


Fig. XVII.31



Fig. XVII.32



Fig. XVII.33

Fig. XVII.28 – Vista aproximada da prótese incluída, já sem a silicona e ausência de adesivo.

Fig. XVII.29 – Entulhamento da RAAT incolor contra a base da PTMS.

Fig. XVII.30 – Prensagem da RAAT incolor na fase plástica.

Fig. XVII.31 – Mufla transferida para a prensa de polimerização.

Fig. XVII.32 – PTMS superior reembasada.

Fig. XVII.33 – PTMS superior e inferior reembasadas.



Fig. XVII.34

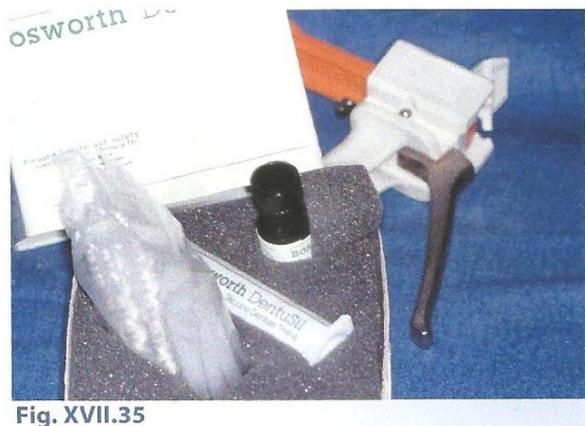


Fig. XVII.35

Figs. XVII.34 e XVII.35 – Siliconas importadas, próprias para reembasamentos de longa duração.

Observações Clínico-laboratoriais

Antes de moldar para a realização de reembasamentos em laboratório, é necessária a observação da presença ou não de áreas retentivas na prótese a ser reembasada. Na presença delas, o profissional deve promover seu alívio interno, de modo a permitir a abertura da mufla pelo técnico em prótese dentária sem que haja fratura do modelo (Fig. XVII.26).

Os **reembasamentos de consultório** são clinicamente obtidos na totalidade dos procedimentos, com materiais elaborados para ser utilizados como material de moldagem e também permanecer na PTMS como reembasadores. Embora não tenham a mesma qualidade de acabamento e durabilidade dos reembasamentos feitos em laboratório, têm como vantagens a diminuição do tempo, o fato de o paciente não precisar ficar sem a prótese e a diminuição de custo. Podem ser feitos com materiais rígidos (resinas acrílicas quimicamente ativadas modificadas, com menores exotermia e liberação de monômero residual),

como podemos ver nas figuras XVII.36 a XVII.43, ou resilientes (siliconas – Figs. XVII.34 e XVII.35). As siliconas utilizadas em consultório não apresentam a mesma durabilidade que demonstram quando aplicadas em laboratório.

Cabe ressaltar que essas siliconas são próprias para reembasamentos, e bastante diferentes daquelas utilizadas para moldagens.

Reembasamentos de Curta Duração

São aqueles que visam obter a readaptação das bases das PTMS à fibromucosa com vistas à melhora das condições teciduais, para que possam ser executados os reembasamentos definitivos ou mesmo novas PTMS, visto que durante o procedimento de moldagem para os procedimentos definitivos é desaconselhável que a fibromucosa encontre-se inflamada. Em geral, são executados em consultório, com materiais resilientes de curta duração, como as resinas resilientes (Figs. XVII.44 a XVII.48).



Fig. XVII.36



Fig. XVII.37



Fig. XVII.38



Fig. XVII.39



Fig. XVII.40

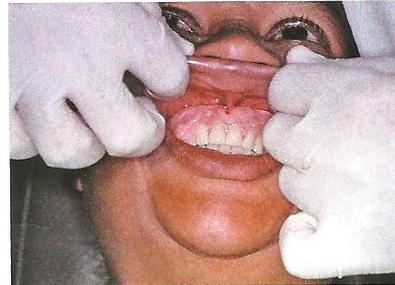


Fig. XVII.41



Fig. XVII.42



Fig. XVII.43



Fig. XVII.44

Fig. XVII.36 – Material de reembasamento de longa duração á base de resina acrílica quimicamente ativada modificada, para se obter menores exotermia e liberação de monômero residual.

Fig. XVII.37 – Aplicação de isolante para evitar que o material tenha aderência em áreas inoportunas.

Fig. XVII.38 – Manipulação do material.

Fig. XVII.39 – Colocação do material na base da PTMS.

Fig. XVII.40 – Prótese sendo posicionada na boca.

Fig. XVII.41 – Paciente em oclusão para a manutenção da DVO, realizando movimentos musculares para o escoamento do material.

Fig. XVII.42 – Remoção do material antes da polimerização final.

Fig. XVII.43 – PTMS superior reembasada.

Fig. XVII.44 – Material resiliente de reembasamento de consultório, à base de resina resiliente.



Fig. XVII.45



Fig. XVII.46

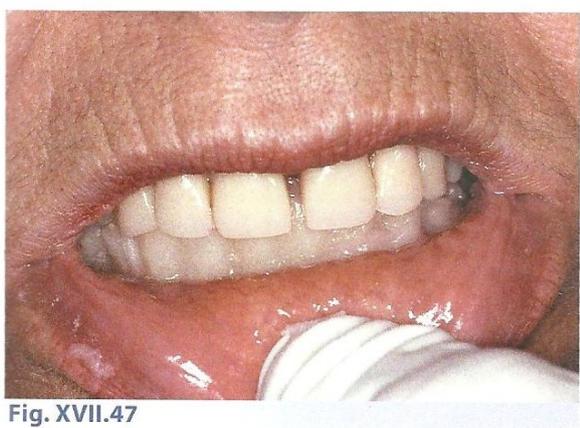


Fig. XVII.47



Fig. XVII.48

Fig. XVII.45 – Manipulação do material.

Fig. XVII.46 – Colocação do material sobre a base da prótese a ser reembasada.

Fig. XVII.47 – Próteses em oclusão, para manutenção da DVO, durante a moldagem.

Fig. XVII.48 – PTMS inferior reembasada.

Considerações Finais

Como vimos durante o estudo neste capítulo, os reembasamentos são procedimentos que têm grande importância no tratamento de pacientes portadores de PTMS, visto que a correta indicação dos diversos tipos de reembasamento pode proporcionar uma maior longevidade aos nossos trabalhos, bem como maior conforto aos usuários de PTMS.

📖 Onde Ler Mais

1. CHRISTENSEN, G.J. Relining, rebasing partial and complete dentures. *J Am Dent Assoc*, v.126, n.4, p.503-6, 1995.
2. ELSEMANN, RB et al. Reembasamento das próteses totais. *RGO*, v.51, n.4, p.371-376, 2003.
3. GUIDO, S; FOHEY, T. What is the best technique to rebase a complete denture? *J Dent Technol*, v.17, n.4, p.32, 2000.
4. MARCHINI, L. & CUNHA, V.P.P. Condicionadores de tecido: considerações sobre seu uso clínico. *Odontol Ens Pesq*, v.3, n.3, p.9-12, 1999.

Capítulo XXI

Prótese Total Imediata



Daniela Fernandes Figueira Nascimento
Leonardo Marchini

Ainda hoje, apesar da grande difusão dos conceitos de higiene e prevenção oral, muito dos pacientes chegam aos consultórios dentários com a saúde oral deteriorada: ausência de elementos dentários, doença periodontal severa e colapso oclusal. Muitas vezes, a manutenção dos elementos remanescentes torna-se inviável para o restabelecimento da saúde oral e para uma reabilitação adequada. Nesses casos, com a remoção de todos os elementos dentários, faz-se necessária uma prótese total.

Em épocas anteriores, quando o indivíduo tinha todos os seus dentes avulsionados, deveria esperar vários meses para a completa reparação dos tecidos bucais, pois apenas após esse período iniciavam-se os procedimentos para a confecção da prótese total. Além do impacto psicológico de perder todos os dentes de uma só vez, o paciente sofria uma distorção da morfologia e da função dos tecidos moles.

Hoje se sabe da importância de se conservar e proteger os tecidos remanescentes durante o período de espera da cicatrização para a obtenção de uma boa reabilitação protética. Por essas razões, a prótese total imediata apresenta uma boa alternativa pós-cirúrgica para o bem-estar do paciente.

Definição

A prótese total imediata é aquela confeccionada antes da avulsão dos dentes remanescentes

e colocada após o ato cirúrgico de remoção. Está indicada em todos os casos em que se necessite de avulsão total, porém é contra-indicada para pacientes cuja cirurgia implica risco de vida ou para aqueles irradiados em terapia para câncer de cabeça e pescoço, uma vez que o risco de osteorradionecrose é alto. Também não se deve instalar prótese total imediata em pacientes com abscessos ou cistos cuja drenagem deve suceder a cirurgia.

Deve-se considerar o estado geral do paciente, para verificar sua tolerância a extrações múltiplas. Indivíduos comprometidos pela idade ou por medicamentos são menos tolerantes a esse procedimento.

Possibilidades da Prótese Imediata

Esse tipo de tratamento proporciona aos protésistas e ao paciente várias condições favoráveis, cujo resultado é um tratamento bem-sucedido. A principal motivação que leva o paciente a buscar ou aceitar o tratamento com prótese imediata é o fato de esse tipo de prótese evitar qualquer mudança no aspecto bucal que mostre às pessoas da sociedade que o indivíduo está usando uma prótese total. Isso se dá porque o suporte das bochechas e dos lábios se mantém. Dessa forma, o paciente se sente mais à vontade para prosseguir em suas atividades sociais normais, sem passar pela fase edêntula de reparação tecidual.

O tratamento geralmente é menos dolorido, pois a prótese total imediata protege as áreas operadas, auxilia no controle de hemorragias pós-cirúrgicas, evita a contaminação das feridas e permite a aplicação de medicamentos, os quais entram mais em contato com a mucosa, porque ficam retidos na prótese. A dieta do paciente operado não fica restrita por muito tempo, e normalmente em um período de uma ou duas semanas sua alimentação pode deixar de ser pastosa e voltar ao normal.

A presença dos dentes remanescentes no momento da moldagem permite a confecção de um modelo cujos dentes servirão de guias para a nova prótese. Isso contribui para a montagem dos dentes em uma posição mais próxima da realidade daquele determinado paciente, obtendo-se uma reprodução mais fiel da individualidade dos dentes, dos arcos e do posicionamento dentário.

Além disso, a prótese total imediata possibilita uma reabsorção mais lenta e ordenada da área basal em reparação, condicionando uma base protética uniforme. Ao mesmo tempo em que a mucosa cicatriza, o paciente já começa a se adaptar ao uso das próteses.

Entretanto, algumas desvantagens têm de ser consideradas, como o fato de ela não possibilitar a prova dos dentes artificiais antes da acrilização. Dessa forma, os ajustes necessários, tais como, a inclinação dos dentes, só poderão ser feitos após a entrega da prótese.

A presença dos dentes remanescentes no momento da moldagem dificulta uma impressão adequada das áreas de bordo, fazendo com que as próteses fiquem menos estáveis e menos retentivas. O registro da relação maxilomandibular também pode ser prejudicado, uma vez que

o paciente apresente interferências oclusais que alterem a posição de relação central.

O pós-operatório cirúrgico também pode causar desconforto ao paciente pelos traumatismos da prótese sobre o rebordo operado, o que ocorre por falta de um reembasamento adequado no momento da entrega e pelo edema provocado pela cirurgia.

Outros inconvenientes também precisam ser devidamente esclarecidos ao paciente, tais como aumento do número de visitas ao consultório dentário, do número de ajustes necessários e, principalmente, do custo do tratamento, já que uma nova prótese será necessária posteriormente.

Reabsorção Óssea e a Prótese Imediata

Sabe-se que as principais mudanças da estrutura óssea são observadas nos processos alveolares, geralmente ocorrendo nos quatro primeiros meses após a extração múltipla. A reabsorção óssea ocorre em maior grau quando não se faz a prótese imediata, sendo irregular, porque os alvéolos começam a sofrer uma concentração de forças oclusais. Com a prótese total imediata em posição, essas forças oclusais são dissipadas para o palato duro, o que permite uma reabsorção mais regular.

Além disso, a cicatrização da mucosa é melhor e o tecido ósseo aparenta maior cicatrização quando comparados a pacientes com cicatrização normal. Isso ocorre devido ao fato de a prótese imediata restituir o suporte dado pelos dentes naturais à língua e à mucosa jugal, evitando que esses tecidos exerçam forças nocivas sobre os alvéolos (Figs. XXI.1 e XXI.2).

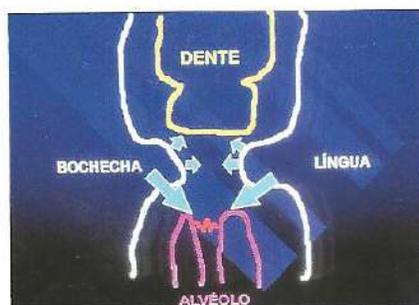


Fig. XXI.1

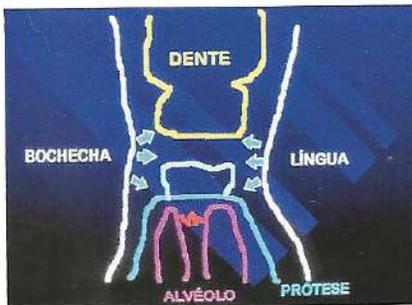


Fig. XXI.2

Fig. XXI.1 – Ação de forças nocivas da bochecha e da língua quando da ausência de prótese sobre o rebordo ósseo.
Fig. XXI.2 – Ação adequada das forças bucais quando da presença de prótese, que preserva o rebordo ósseo.

Passos Clínicos

Moldagem em Prótese Total Imediata (PTI)

Quando há necessidade de prótese total imediata significa que o paciente possui elementos dentários comprometidos, os quais devem ser removidos. A moldagem para a prótese total imediata consiste em duas etapas: a moldagem anatômica e a funcional.

Na moldagem anatômica, usamos alginato em moldeira de estoque para toda a área edêntula e dentada dos arcos. Essa moldagem vai nos fornecer modelos anatômicos com as áreas de inserções musculares adequadamente reproduzidas (Figs. XXI.3 a XXI.5 – paciente 1).

Sobre os modelos anatômicos obtidos, precisamos então reproduzir melhor as áreas edêntulas, pois o alginato é um bom material para a moldagem dos dentes, embora, como pressiona a mucosa e o fórnice no ato da moldagem, possa distorcer as áreas edêntulas. Basta notar como o modelo anatômico é maior que o modelo funcional. Para obtermos os modelos funcionais, precisamos confeccionar moldeiras individuais sobre os modelos anatômicos com resina acrílica incolor ativada quimicamente (RAAQ). Primeiro temos que fazer alívios com cera 7 como muralhas sobre os dentes, para eliminar áreas retentivas e permitir a confecção de um receptáculo para acomodar o posterior material de moldagem dessa região (Figs. XXI.6 e XXI.7 – paciente 1).

Após a acrilização da moldeira individual, procedemos à moldagem funcional, a qual pode ser feita de duas maneiras: em uma ou duas etapas, dependendo do material utilizado.

A moldagem em etapa única ocorre quando há materiais disponíveis como os elastômeros. Colocamos a silicona leve espatulada com catalisador em toda a extensão da moldeira individual e levamos em posição à boca do paciente, realizando movimentos para a impressão das inserções musculares até a presa do material. A silicona permite uma impressão adequada tanto da área desdentada quanto da área edêntula (Fig. XXI.8 – paciente 1). Após a moldagem, procede-se ao preenchimento do molde com gesso tipo IV, especial para a obtenção do modelo funcional (Fig. XXI.9 – paciente 1).

A moldagem em duas etapas ocorre quando se tem à disposição pasta zincoeugenólica e

alginato. Como dito anteriormente, o alginato é um bom material para moldar dentes, portanto será utilizado na área aliviada anteriormente com cera. Já a pasta zincoeugenólica é um material adequado à moldagem das áreas edêntulas. Primeiro confeccionam-se retenções na região da moldeira destinada aos dentes; em seguida procede-se à moldagem da área de selamento periférico com cera utilidade; depois se molda a área edêntula com a pasta zincoeugenólica (Figs. XXI.10 a XXI.13 – paciente 2). Por fim, coloca-se alginato na área aliviada dos dentes e moldamos novamente (Figs. XXI.14 e XXI.15 – paciente 2), para obtermos os modelos funcionais (Figs. XXI.16 e XXI.17 – paciente 2).

Registro das Relações Intermaxilares

Obtidos os modelos funcionais, é necessário que se faça o registro das relações intermaxilares, pois sua correta obtenção irá proporcionar uma função mais satisfatória das próteses.

O primeiro passo é confeccionar chapas de prova em RAAQ nos modelos, de modo a contornar as áreas dentadas e, sobre elas, fixar roletes de cera para a marcação do registro (Fig. XXI.18 – paciente 2). Após esse procedimento, fixa-se o conjunto modelo superior-chapa de prova-roléte na forquilha de um articulador semi-ajustável (ASA) para então realizar as medidas do arcofacial e obter a relação entre a base do crânio e a maxila do paciente (Fig. XXI.19 – paciente 2). Depois de fixar o modelo superior no articulador, faz-se o registro da relação intermaxilar com as chapas de prova e os roletes em posição na boca do paciente, sem esquecer de antes definir a medida da dimensão vertical de oclusão (DVO) com o auxílio de um compasso de Willis (Figs. XXI.20 e XXI.21 – paciente 2). Como o paciente perdeu vários dentes e os elementos remanescentes encontram-se geralmente em colapso oclusal, não se estabelece uma oclusão confiável, portanto preconiza-se fazer o registro em uma relação de maior conforto mandibular e equilíbrio muscular: a relação central (RC). Para estipular a relação central do paciente em questão, manipulou-se sua mandíbula, o mais posteriormente possível, de modo que o operador a sentisse mais “solta”. Para isso, tomou-se como orientação o ponto em que se deglute, no qual o indivíduo leva naturalmente a mandíbula a uma posição mais poste-



Fig. XXI.3

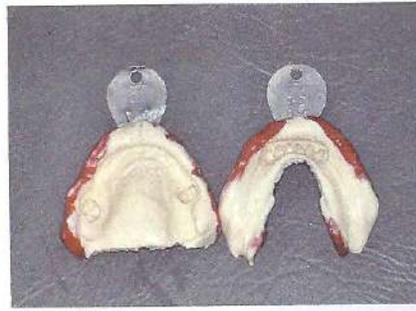


Fig. XXI.4



Fig. XXI.5

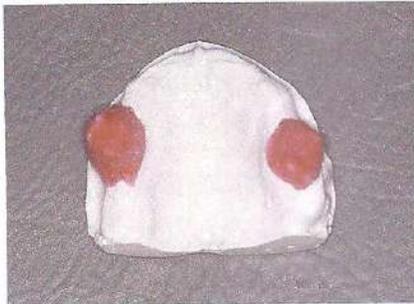


Fig. XXI.6

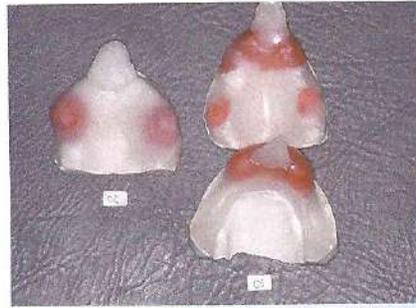


Fig. XXI.7



Fig. XXI.8



Fig. XXI.9

Fig. XXI.3 – Paciente 1: Arco superior na situação inicial, com dois elementos dentários indicados para exodontia.

Fig. XXI.4 – Paciente 1: Moldagem anatômica com alginato em moldeira de estoque individualizada com cera utilidade.

Fig. XXI.5 – Paciente 1: Modelos anatômicos obtidos.

Fig. XXI.6 – Paciente 1: Alívios de cera 7 sobre os dentes do modelo para a confecção de moldeiras individuais.

Fig. XXI.7 – Paciente 1: Moldeiras individuais confeccionadas sobre os modelos aliviados para melhor imprimir as áreas edêntulas.

Fig. XXI.8 – Paciente 1: Moldagem funcional do arco superior com silicone leve de condensação. Do mesmo modo se procedeu no arco inferior.

Fig. XXI.9 – Paciente 1: Modelo funcional do arco inferior obtido. Do mesmo modo foi feito com o arco superior.



Fig. XXI.10



Fig. XXI.11a



Fig. XXI.11b



Fig. XXI.12



Fig. XXI.13



Fig. XXI.14



Fig. XXI.15



Fig. XXI.16

Fig. XXI.10 – Paciente 2: Situação inicial dos arcos superior e inferior.

Fig. XXI.11a e b – Paciente 2: Moldeiras individuais aliviadas na região dos dentes e perfuradas para melhor retenção do alginato no ato da moldagem.

Fig. XXI.12 – Paciente 2: Moldagem funcional, com pasta zincoeugenólica, da área edêntula do arco inferior.

Fig. XXI.13 – Paciente 2: Moldagem funcional com pasta zincoeugenólica, da porção edêntula do arco superior. Nota-se a cera utilidade previamente utilizada para a moldagem de selamento periférico.

Fig. XXI.14 – Paciente 2: Segunda etapa da moldagem funcional: moldagem, com alginato, da área dentada do arco inferior.

Fig. XXI.15 – Paciente 2: Segunda etapa da moldagem funcional: moldagem, com alginato, da área dentada do arco superior.

Fig. XXI.16 – Paciente 2: Modelo funcional inferior obtido.



Fig. XXI.17



Fig. XXI.18



Fig. XXI.19

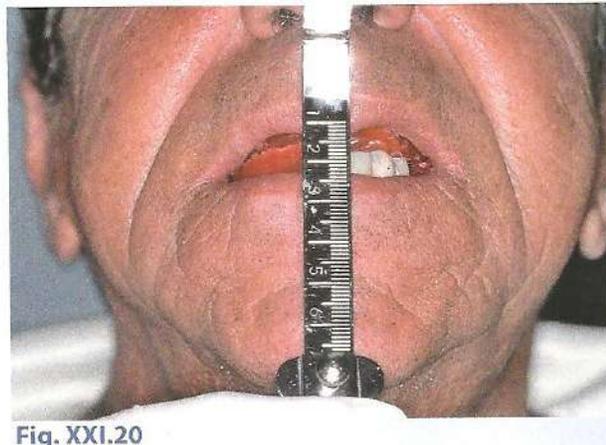


Fig. XXI.20



Fig. XXI.21

Fig. XXI.17 – Paciente 2: Modelo funcional superior obtido.

Fig. XXI.18 – Paciente 2: Chapas de prova superior e inferior com os roletes de cera 7 confeccionados para a posterior montagem dos dentes.

Fig. XXI.19 – Paciente 2: Conjunto modelo-rolete de cera fixados à forquilha e posicionados no ASA após a tomada das medidas da face no arco facial.

Fig. XXI.20 – Paciente 2: Determinação da DVO com os roletes de cera em posição na boca.

Fig. XXI.21 – Paciente 2: Posição das chapas de prova com roletes de cera na boca e marcação das linhas de referência: dos caninos, média e alta do sorriso, para a determinação do tamanho dos dentes artificiais.

rior. Nesse ponto, fazem-se todos os ajustes nos roletes, para adquirir sustentação dos lábios e corredor bucal adequados, além de marcar as linhas de referência para a futura montagem dos dentes. Após fixar os roletes entre si, remove-se o conjunto para montar o modelo inferior no articulador (Figs. XXI.22 e XXI.23 – paciente 2).

Procedimentos Cirúrgicos e Pós-cirúrgicos

Após as cirurgias, podem ocorrer discrepâncias entre o modelo e o leito cirúrgico e, para minimizá-las deve-se antes das exodontias, con-

feccionar o que chamamos de guia cirúrgica. A guia cirúrgica é uma reprodução da prótese a ser instalada, confeccionada em resina acrílica quimicamente ativada transparente, a qual tem por objetivo permitir a verificação da adaptação da base da prótese ao leito pós-cirúrgico, possibilitando ao profissional ajustar a base da prótese adequadamente.

Depois de realizados os procedimentos clínicos já abordados anteriormente para o paciente 2 (Figs. XXI.24 a XXI.27 – paciente 3), o articulador com os modelos montados segue para o laboratório, onde a prótese será montada (Fig. XXI.28 – paciente 3). Terminada a prótese imediata, procede-se à confecção da guia cirúrgica, utilizando-se resina acrílica quimicamente ativada trans-

parente prensada na mufla (Figs. XXI.29 a XXI.33 – paciente 3).

Quanto ao procedimento cirúrgico, deve-se realizar a intervenção da forma mais atraumática possível, a fim de evitar lesões ao osso alveolar residual, o que significa manter a quantidade de osso para propiciar um rebordo satisfatório à retenção e estabilidade da futura prótese. Além disso, prestar atenção para remover qualquer tecido alterado, como periapicopatias e tecidos de granulação, visando uma cicatrização adequada.

Finda a cirurgia, é o momento de se colocar a guia cirúrgica em posição, verificar possíveis locais de pressão inadequada sobre o rebordo operado (Figs. XXI.34 a XXI.36 – paciente 3) e transferir esses ajustes para a base da prótese imediata (Fig. XXI.37 – paciente 3). Mesmo tendo realizado os ajustes, é possível que a base ainda permaneça desadaptada, por isso é recomendado um reembasamento com material macio, o qual pode ser um reembasador *soft* apropriado, um condicionador de tecido ou até mesmo uma silicona leve. Esse material irá proporcionar uma retenção melhor da peça e mais conforto pós-cirúrgico ao paciente (Fig. XXI.38 – paciente 3).

Instalada a prótese, é necessário orientar o paciente quanto à sua limpeza, ao uso e à importância dos retornos periódicos ao consultório. Sem esses cuidados, podem ocorrer danos aos te-

cidos de suporte, à musculatura mastigatória e à articulação temporomandibular.

Nas 24 horas seguintes, o paciente deverá: manter a prótese em posição na boca, seguir dieta líquida ou pastosa e retornar ao consultório para a higiene e a avaliação. Após esse período ele deve ser instruído a deixar a prótese imersa em recipiente com água quando ela estiver fora da boca. Após 2 ou 5 dias, o paciente deverá retirá-la à noite e poderá voltar à alimentação normal.

Quanto aos ajustes oclusais, deve-se seguir o mesmo critério utilizado em prótese total, buscando obter uma oclusão balanceada e com o maior número de contatos possível, a fim de promover maior estabilidade e conforto. Os ajustes deverão ser realizados depois de 24 e 48 horas, e 4 ou 7 dias.

Além disso, para que o paciente se acostume com a nova prótese, é necessário orientá-lo a iniciar a adaptação mastigatória por alimentos líquidos e pastosos durante uma semana, para em seguida acrescentar alimentos semi-sólidos e, então, gradativamente, ingerir alimentos sólidos. Essa medida fará com que o sistema nervoso do paciente se adapte à nova situação bucal e desenvolva uma nova maneira de mastigação, pois sem os dentes naturais não há mais o sistema proprioceptor, presente nos ligamentos periodontais e responsável pela moderação da força e posição de mastigar.



Fig. XXI.22

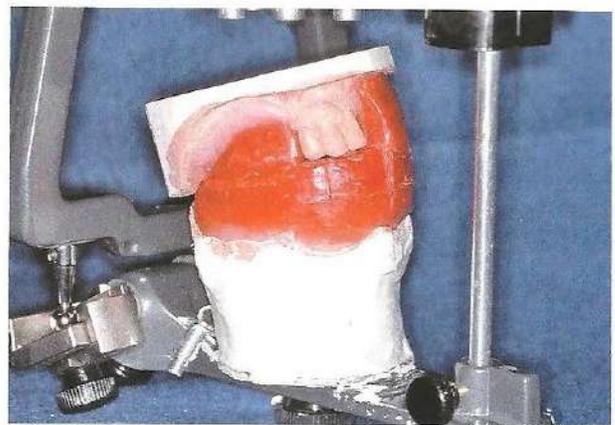


Fig. XXI.23

Fig. XXI.22 – Paciente 2: Roletes de cera superior e inferior fixados entre si em posição de RC e plano oclusal determinados.

Fig. XXI.23 – Paciente 2: Conjunto roletes superior-inferior posicionados sobre o modelo superior, previamente fixado ao ASA, como referência para a fixação do modelo inferior.



Fig. XXI.24



Fig. XXI.25



Fig. XXI.26

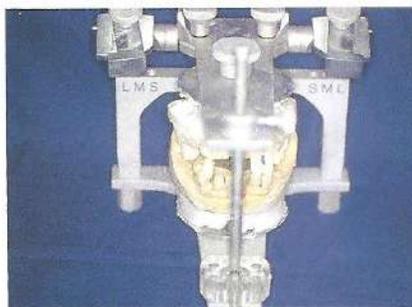


Fig. XXI.27

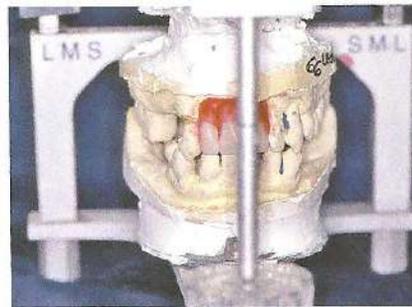


Fig. XXI.28

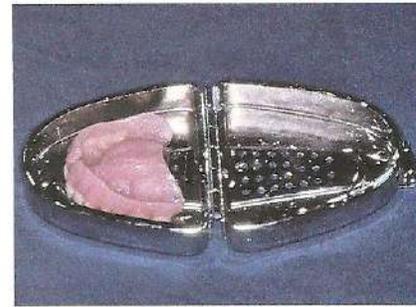


Fig. XXI.29



Fig. XXI.30



Fig. XXI.31



Fig. XXI.32

Fig. XXI.24 – Paciente 3: *Situação inicial.*

Fig. XXI.25 – Paciente 3: *Tomada das medidas no arco facial.*

Fig. XXI.26 – Paciente 3: *Posicionamento do modelo funcional superior no ASA para a fixação.*

Fig. XXI.27 – Paciente 3: *Modelos funcionais superior e inferior montados no ASA.*

Fig. XXI.28 – Paciente 3: *Dentes montados em cera para posterior acrilização.*

Figs. XXI.29 e XXI.30 – Paciente 3: *Inclusão da prótese total imediata em mufla com gesso tipo III (pedra), para a confecção da guia cirúrgica.*

Figs. XXI.31 e XXI.32 – Paciente 3: *Colocação de RAAQ na mufla para a prensagem e confecção da guia cirúrgica a partir da prótese total imediata.*



Fig. XXI.33



Fig. XXI.34



Fig. XXI.35

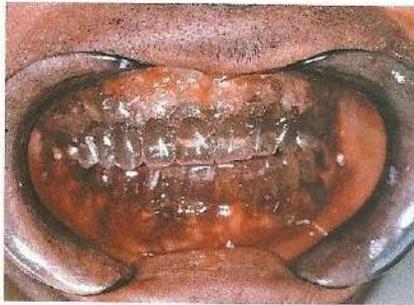


Fig. XXI.36



Fig. XXI.37

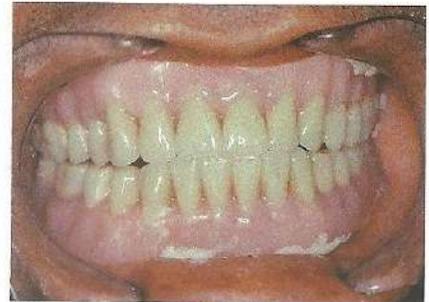


Fig. XXI.38

Fig. XXI.33 – Paciente 3: Guias cirúrgicas superior e inferior finalizadas: cópia fiel das respectivas próteses totais imediatas.

Figs. XXI.34 a XXI.36 – Paciente 3: Prova das guias cirúrgicas na boca para a verificação de possíveis áreas de pressão inadequada no rebordo e da adaptação.

Fig. XXI.37 – Paciente 3: Instalação das próteses totais imediatas (PTI) superior e inferior.

Fig. XXI.38 – Paciente 3: Reembasamento das PTI com material resiliente para o conforto pós-operatório. Nota-se a oclusão balanceada das próteses alcançada, favorecendo a retenção e a estabilidade.

Perspectiva

A prótese dentária tende a seguir o caminho dos implantes osseointegrados, dessa forma novos estudos e casos clínicos vêm sendo realizados com implantes imediatos e carga imediata, o que significa remoção dos dentes debilitados, colocação do implante em seguida e confecção da prótese em uma única etapa. Hoje, esse tipo de procedimento ainda gera opiniões divergentes e exige cautela na indicação, planejamento e destreza profissional; no entanto, promete grandes avanços, permitindo ao paciente manutenção da crista óssea, maior estética e eficiência mastigatória, aumento de retenção e estabilidade, conforto e rapidez no tratamento reabilitador. Com o surgimento de novas cirurgias corretivas e diversos tipos e tamanhos de implantes, sua utilização tem sido ampliada na prática clínica, o que

gera maiores expectativas de tratamento em casos desfavorecidos; mas é importante ressaltar a necessidade de novos estudos nessa área e com respeito às características e limitações do paciente, sejam elas econômicas ou físicas.

Onde Ler Mais

1. ESPOSITO, M.A.; FISHER, M. Immediate complete maxillary dentures. Aesthetics, fit, and precision. *Dent Today*, v.22, n.9, p.76-79, 2003.
2. UTZ, K.H.; MULLER, F.; KETTNER, N.; REPERT, G.; KOECK, B. Functional impression and jaw registration: a single session procedure for the construction of complete dentures. *J Oral Rehabil*, v.31, n.6, p.554-561, 2004.
3. VIDJAK, F.M.; ZEICHNER-DAVID, M. Immediate-loading dental endosteal implants and the elderly patient. *J Calif Dent Assoc*, v.31, n.12, p.917-914, 2003.