

Capítulo XVIII

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

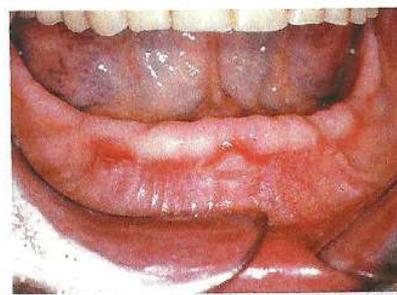


Fig. XVII.3

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.

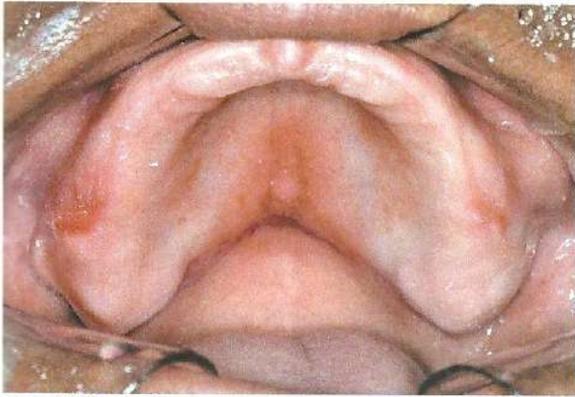


Fig. XVII.4



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

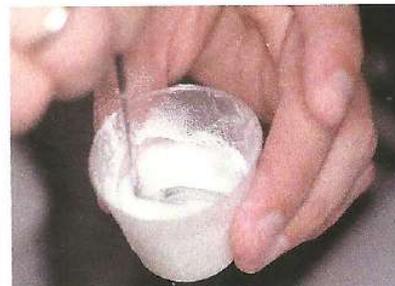


Fig. XVII.13



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

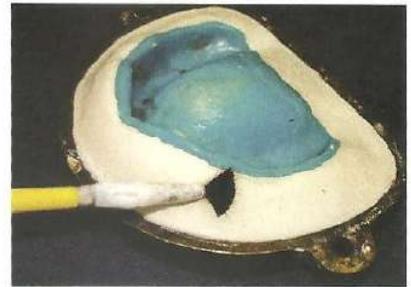


Fig. XVII.22



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

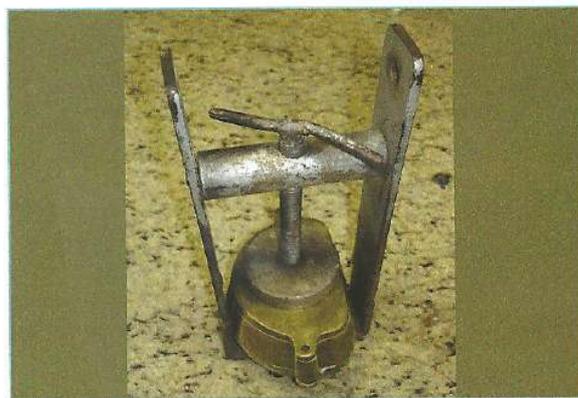


Fig. XVII.31



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

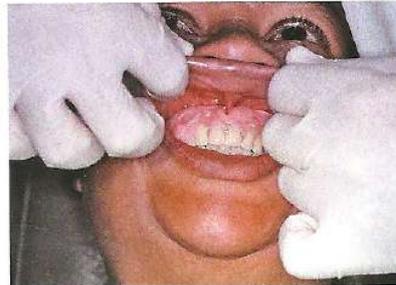


Fig. XVII.41



Fig. XVII.42

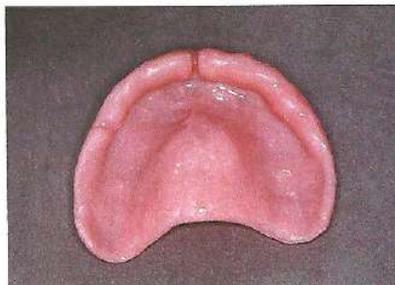


Fig. XVII.43



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

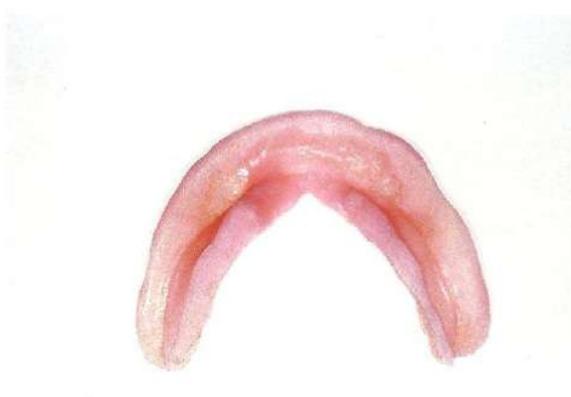


Fig. XVII.48

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.