

*Prótese Total em Três
Sessões Clínicas: uma
Alternativa Inovadora*



Débora Ayala Walverde Magri*
Fabiano Leoni Gomes**
Tomaz Gomes***

Resumo

O processo convencional de confeccionar uma prótese total oferece uma demanda de tempo relativamente grande e maior possibilidade de erros, exigindo do paciente maiores retornos clínicos.

No presente trabalho, os autores propõem uma técnica alternativa que visa dinamizar a obtenção de uma prótese total, exigindo apenas 3 sessões clínicas.

Introdução

Até a década de 80, não era hábito dos profissionais

esclarecerem aos pacientes sobre a necessidade de refazerem as suas próteses totais em um período aproximado de 5 anos para compensar os problemas anatômico-estruturais do tecido ósseo e dos tecidos moles adjacentes, recompor a dimensão vertical, aliviar as marcas de expressão, devolver os corretos posicionamentos labial e muscular e proporcionar ao paciente um aspecto de rejuvenescimento.¹

Com o decorrer do tempo, os cirurgiões dentistas passaram a dar uma maior ênfase a esse fato, observando que as próteses totais apresentavam uma vida média em torno de 5 a 6 anos e que, após esse período, começavam a demonstrar claros sinais de deficiências estética e funcional.

Nos dias atuais, é quase uma rotina na prática

* Especialista em Dentística Restauradora pela USP - Bauri, Mestranda em Laser pela USP - São Paulo; Alameda Lorena, 1301 - conjuntos 1408/1409 - Bairro Cerqueira César - São Paulo - SP - Cep: 01424-001

** Cirurgião-dentista, Estagiário da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia da Universidade de Santo Amaro; Rua das Margaridas, 330 - Vila Frei Galvão - Itaboa da Serra - SP

*** Técnico em Prótese Dental

clínica a presença de pacientes com esse perfil e que conhecem perfeitamente esse tempo de duração.

O presente trabalho tem o propósito de apresentar a confecção de uma prótese total bimaxilar em 3 sessões clínicas, considerando que o perfil desses pacientes é, geralmente, idade mais avançada, não dispor de muita paciência, tempo, reflexos motores e, na maioria das vezes, saúde.

Caso Clínico

Apresentação e avaliação para diagnóstico

Paciente do sexo feminino com 68 anos de idade, apresentou-se no consultório portando uma prótese total bimaxilar com perda de dimensão vertical, invaginação do lábio superior e deficiência de retenção.

A sua queixa principal era a falta de estética, relacionada à forma anatômica dos dentes e a tonalidade da gengiva artificial (Figs. 1 a 3).

Procedimentos Clínicos e Laboratoriais

1ª Sessão

Inicialmente foi recuperada a dimensão vertical de oclusão por meio da colocação de resina acrílica quimicamente ativada na superfície oclusal da prótese inferior, tendo o cuidado de manter a tonalidade dos dentes.

A seguir, duplicaram-se as duas próteses em alginato (fora da boca do paciente) e procedeu-se à confecção dos modelos em gesso pedra (Fig. 4).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Figs. 1 a 3 - Paciente portando as próteses totais antigas.

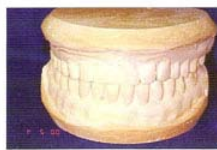


Fig. 4 - Reprodução em gesso das próteses da paciente.

Uma tomada da referência da posição da prótese total superior na boca da paciente foi executada por meio de um registro com a forquilha do arco facial. Esse registro, inicialmente, foi deixado de lado até o momento de posicionar as duas próteses no articulador. Nesse momento, obteve-se também 4 registros em cera: lateralidades direita e esquerda, protrusiva e oclusão cêntrica.

A idéia da técnica é utilizar as próprias próteses ou as réplicas dessas como moldeiras dentadas para as moldagens.² Primeiro, foi feita a recomposição do limite periférico da prótese superior e depois a inferior, empregando-se godiva. Na prótese superior, procedeu-se a colocação do material desde a região de tuberosidade até a região de freio lateral, plastificando o mesmo direto na chama, levando em posição e efetuando a dinâmica muscular. Repetiu-se o procedimento no outro hemiarco. Na seqüência, executou-se de freio lateral a freio lateral e, por último, na região do limite posterior (*linha de Postdamming*). Concluído esse

procedimento, foi de fundamental importância observar um grande aumento no grau de retenção da prótese superior. Nessa etapa, é prudente solicitar ao paciente que realize movimentos orbiculares exagerados, com a finalidade de verificar se não há sobreextensões provocadas pela gôdiva. O próximo passo foi a realização do selamento periférico com gôdiva na prótese inferior, executando esse procedimento agora por hemiarcos, primeiro na região vestibular e depois na lingual (Fig. 5).

Em seqüência, partiu-se para a obtenção da moldagem funcional, empregando a pasta zinco-eugenólica. Deixou-se a prótese inferior em posição na cavidade bucal, preencheu-se a prótese superior com o material de moldagem, levou-se em posição, pediu-se para o paciente ocluir e executou-se a dinâmica muscular. O ato foi completado com o posicionamento do dedo indicador na região mediana anterior do palato duro, solicitado à paciente a realização de um ato de sucção, a fim de reproduzir com fidelidade a anatomia dos sulcos. Após a presa do material, removeu-se o molde superior, analisou-se a sua qualidade, eliminou-se o excesso palatino além da área funcional para evitar náuseas à paciente (Fig. 6) e retornou-se em posição na cavidade bucal. O mesmo procedimento de moldagem foi repetido para a prótese inferior. Após a presa do material, removeu-se o molde inferior, analisou-se a sua qualidade e, em seguida, removeu-se também o molde superior.

Caso tenham sido utilizadas as próteses como moldeiras dentadas, o paciente deverá aguardar os pro-

Fig. 5 - Restabelecimento do limite periférico das próteses.

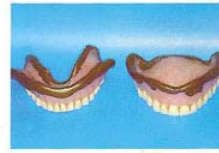


Fig. 6 - Moldagem funcional com a prótese superior da paciente.

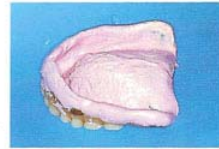


Fig. 7 - Preparo dos moldes funcionais para verter gesso.

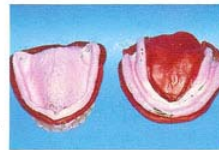


Fig. 8 - Preenchimento dos moldes superior e inferior com gesso pedra.



cedimentos de confecção dos modelos, posicionamento no articulador e separação das próteses dos modelos. Caso o ato de moldagem tenha sido realizado com as réplicas*, dispensa-se o paciente imediatamente.

Após essa etapa, foi feita a preparação dos moldes obtidos com as próteses, colocando-se um filete de cera utilidade cerca de 2 mm abaixo da borda externa da prótese, propiciando a formação das canaletas nos modelos, com a finalidade de evidenciar a reprodução da região de fundo de sulco. Ao se fixar o filete na região lingual da prótese inferior, deve-se ter o cuidado de fechar o espaço correspondente à língua com uma lâmina de cera, para evitar um modelo em forma de ferradura (Fig. 7).

* Réplica: duplicação das próteses em multa, tendo a cópia original das mesmas.



Fig. 9 - Transporte do modelo superior com a prótese para o articulador, utilizando o arco facial.



Fig. 10 - Fixação do modelo inferior com a prótese no articulador.



Fig. 11 - Substituição do modelo superior com a prótese pela réplica em gesso.

Terminado o preparo dos moldes, realizou-se o preenchimento dos mesmos com gesso pedra melhorado (Fig. 8). Após a cristalização inicial do gesso, executou-se o transporte^{3,4,5} e inicialmente com a forquilha do arco facial.⁶ Na fixação do modelo superior, a fim de acelerar o processo, pode-se preparar o gesso com um ativador de presa (sal, água gessada, etc.) (Fig. 9). Depois de fixada a prótese superior, procedeu-se à montagem da prótese inferior, com auxílio da referência oclusal (Fig. 10). Aguardou-se a fase de cristalização do gesso.

Nesse momento executou-se a regulação do articulador por meio dos registros de cera anteriormente obtidos, determinando, assim, as trajetórias condilares e os ângulos de Bennett.

A seguir, retirou-se a prótese e o modelo superior do articulador e fixou-se a réplica em gesso, posicionando-a por meio do registro oclusal inferior (Fig. 11).

A separação das próteses superior e inferior dos modelos foi feita com água quente.

Nesse momento, temos a seguinte situação: olhando para o articulador, podemos ver o modelo superior dentado da prótese em gesso contra o modelo inferior desdentado com o referido espaço dimensional (Fig. 12).

A prótese inferior foi montada referenciando-se pela oclusal do modelo superior de gesso (Fig. 13). Depois, retirou-se o modelo dentado superior em gesso, retornou-se com o modelo desdentado e procedeu-se à montagem dos dentes com referência no inferior já montado (Figs. 14 e 15). Dessa forma, foi possível repetir as próteses com as modificações necessárias (Figs. 16 a 19), tornando mais fácil executá-



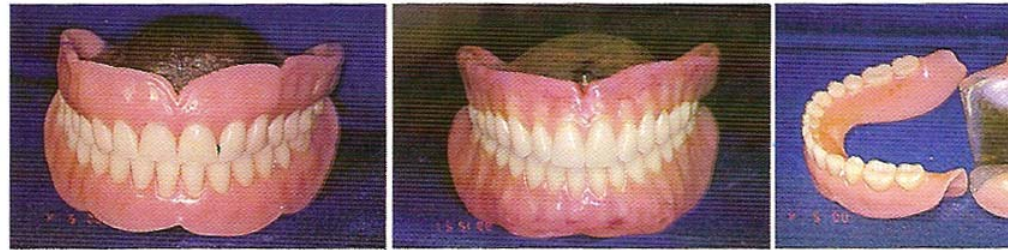
Fig. 12 - Vista lateral do articulador, mostrando o modelo superior da prótese em gesso contra o modelo desdentado inferior.



Fig. 13 - Montagem dos dentes inferiores contra o modelo de gesso superior.



Figs. 14 e 15 - Montagem dos dentes superiores articulando contra os inferiores e gengiva artificial em cera caracterizada, comparada com a escala em resina.



Figs. 16, 17, 18 e 19 - Ilustrações comparativas entre as próteses antigas e as novas

las por meio do modelo já conhecido do que pelos planos de cera, como é feito nas técnicas habituais.

A partir dessa fase, a sequência de confecção das próteses foi executada em laboratório, da maneira tradicional, que o técnico em prótese dental bem conhece. No caso clínico apresentado, para obtenção de uma gengiva artificial idêntica à natural, empregou-se o Sistema Tomaz Gomes de Caracterização^{6,7} (Dental Vipi Ltda., SP).

Essa técnica levou em conta que a curva individual da paciente já estava fisiologicamente determinada pelo uso das próteses. Caso haja a necessidade da confirmação da curva individual do paciente, pode-se obtê-la por meio do desgaste de Patterson^{8,9,10} modificado em cera com um "stop" anterior.¹¹

Nessa proposta de técnica alternativa, quando se utiliza as próteses do paciente, gasta-se, em média, cerca de 3 horas na primeira sessão. No caso do uso das réplicas das próteses, esse tempo pode ser reduzido em torno de 1 hora e 30 minutos.

2ª Sessão

Essa sessão, q
cera caracteriza
lação aos posici
são vertical de
oclusão demora

3ª Sessão

Na última sess
duas próteses,¹
tocolo tradicion

Conclusão

Por meio do u
concluíram que



pelas próteses foram bem minimizados em relação às técnicas tradicionais, a obtenção do padrão estético desejado foi mais facilitado e o tempo do pa-

ciente no consultório foi reduzido, visto que as próteses foram confeccionadas em apenas 3 sessões clínicas.

Referências Bibliográficas

- 1 - SOUZA, C.P. *Estudo das posições do lábio superior, sub-nário, tubérculo do lábio e exposição gengival em dentados e desdentados com vista à estética facial*. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor. São Paulo, 1996.
- 2 - TURANO, J. C.; TURANO, L. M. Moldagem secundária maxilar e mandibular. In: TURANO, J. C. & TURANO, L.M. *Fundamentos de Prótese Total*. São Paulo, Quintessence. p. 165-198, 1998.
- 3 - PAIVA, H. J.; GONDIM, N. F. R. Oclusão: integração clínico-protética I) Articuladores, II) Enceramento, III) Ajuste da oclusão, desgaste e acréscimos seletivos, IV) Marcadores oclusais. In: PAIVA, H. J. *Oclusão: noções e conceitos básicos*. São Paulo, Santos. p. 153-94, 1997.
- 4 - VALLE, A. C.; CONTI, P. C. R. Registros oclusais e montagem em articuladores semi-ajustáveis. In: Pegoraro, L. F. *Prótese fixa*. São Paulo, Artes Médicas. p. 177-201, 1998.
- 5 - COSTA, R. R.; ZANETTI, A. L.; LAGANÁ, D. C.; INOLE, R. T. *Estudo da alteração da precisão de montagem do modelo superior em articulador semi-ajustável por meio do arco facial simples*. *RPG Rev. Pos-Grad.*, **6** (1): 88-96, jan-mar, 1999.
- 6 - GOMES, T.; MORI, M.; CORRÊA, G. A. *Atlas de caracterização em prótese total e prótese parcial removível*. São Paulo, Ed. Santos, 65p., 1998.
- 7 - GOMES, T.; MORI, M.; CORRÊA, G. A. Sistema de caracterização de prótese total e prótese híbrida com uso de escala de gengiva. In: CORRÊA, G. A. *Prótese total híbrida*. São Paulo, Santos, 1996. p. 89-103;
- 8 - KAUSINS, V.; TAMAKI, S.T.; HVANOV, Z.V.; YAMADA, R.N. Avaliação clínica de duas orientações de montagem de dentes em prótese total: uma com curva de compensação e outra sem. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*; **10**(4): 287-93, out-dez, 1996.
- 9 - HVANOV, Z. V.; TAMAKI, S. T. Curva de compensação em prótese total. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*, **1**(2): 35-4, abr-jun, 1987.
- 10 - MATOS, J. A. A. *Curva de compensação em prótese total: estágio atual*. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre. São Paulo, 1999.
- 11 - GOMES, F.L.; GOMES, T.; CASTRO Jr., O.V.; MORI, M.; CORRÊA, G.A. Reprodução em gesso da curva de compensação do paciente de prótese total. *PCL Rev. Bras. Prótese Clín. & Labor.*, ano 1, n. 2, p. 151-61, 1999.
- 12 - CONTI, J. V.; SALVADOR, M. C. G. Determinação da dimensão vertical de oclusão na reabilitação de pacientes desdentados totais. In: VANZILLOTTA, P. S. & SALGADO, L. P. S. *Odontologia integrada: atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista*. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, 1999.
- 13 - SAITO, T.; CORRÊA, G. A.; MORI, M.; YOSHIDA, H.; MORAES, S. L. D.; TAMAKI, R.; GOMES, T. Caracterização de dentes de estoque para prótese total. *Rev. ABO Nat.*; **1**(1): 46-9, jul-set 1993.
- 14 - GOMES, M. A. O. *Oclusão em prótese total*. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre. São Paulo, 1987.