

Elementos básicos da elaboração de uma prótese total

Basic elements in denture elaboration

Resumo

Este trabalho aborda os diferentes aspectos a serem considerados durante a confecção de próteses totais considerando relevante e imprescindível que todos os conhecimentos obtidos durante o aprendizado e aplicabilidade das áreas básicas devam, de maneira criteriosa, ser levados em conta durante a elaboração dessas próteses. Isso se mostra importante sobretudo no que se refere ao resultado almejado uma vez que as situações clínicas são sempre únicas exigindo abordagens individualizadas que podem ou não indicar os diferentes passos técnicos a serem adotados. Analisam-se os conhecimentos do sistema estomatognático relevantes para a elaboração das próteses totais, contidos nas áreas das ciências morfológicas e fisiológicas, do diagnóstico radiográfico e dos aspectos técnicos da confecção das próteses. Como filosofia já adotada na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, acredita-se que, obedecidas certas considerações básicas, as próteses totais são capazes de cumprir plenamente seu papel terapêutico reabilitador.

Palavras-chave: prótese, anatomia protética, fisiologia protética, cirurgia pré-protética, técnicas protéticas.

Saide Sarkis Domitti¹, Célia Marisa Rizzatti Barbosa²
José Ricardo de Albergaria Barbosa³

Aspectos fisiológicos do sistema estomatognático de interesse à prótese total

O sistema estomatognático é constituído por ossos, componentes neuromusculares, dentes, periodonto, tecidos moles e articulação temporomandibular. Esse sistema, dentre os diversos órgãos do corpo humano, é, sem dúvida, um dos mais versáteis e necessário ao desempenho das pessoas nas diversas situações de seu dia-a-dia. A identidade psicossocial do indivíduo, por si, já justifica a importância do sistema estomatognático, tendo em vista que se encontra na porção anterior da cabeça e envolve a maioria dos elementos da face. Múltiplas funções são atribuídas a esse sistema, uma das quais refere-se à digestão, que se inicia na boca, envolvendo a mastigação, sucção, deglutição e atividades enzimáticas sobre o bolo alimentar. Além dessa, inclui-se a comunicação através da fala, respiração através das vias respiratórias superiores e, como fundamental para a vida do indivíduo, atuação no controle da ingestão de água e participação na

sensação de sede. Alguns autores citam como uma função primitiva de preservação biológica os objetivos defensivos e agressivos através da mordida. Também as condições psicossociais do paciente, expressas pelo choro, bocejo, lamento, grito estão relacionadas ao sistema estomatognático. Já as funções sensitivas são exercidas pelos receptores mecânicos, nociceptores, termorreceptores e receptores gustativos, presentes na cavidade bucal. Esses mecanismos receptores estão muito desenvolvidos na boca (especialmente no recém-nascido) e constituem uma capacidade de reconhecimento ambiental tanto interno como externo.

Um dos elementos que fundamentam a maioria dessas funções é a relação ou o posicionamento maxilomandibular, o qual pode ocupar diferentes situações posturais, de acordo com algumas condições locais e sistêmicas, como a do equilíbrio de contração muscular entre os músculos abaixadores e elevadores da mandíbula. Numa situação de tônus muscular equilibrado, focaliza-se uma situação maxilomandibular denominada *posição postural de repouso* ou *posição maxilomandibular de*

¹ Professor Titular do Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp).

² Professora Doutora do Departamento de Prótese e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp).

³ Professor Doutor do Departamento de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Unicamp).

repouso.

Quando se consideram outras posições maxilomandibulares, um complexo esquema de variáveis fisiológicas deve ser analisado. Por exemplo, os proprioceptores musculares, capazes de desencadear um sistema reflexo miotático no nível do nervo trigêmio (quinto par craniano), podem promover um encurtamento das fibras do receptor anuloespinal do fuso muscular, induzindo ao relaxamento muscular. Algumas condições patológicas, como o bruxismo e apertamento, também podem ter origem nas aferências do sistema nervoso central.

A posição oclusal cêntrica, segundo Posselt (1968), que coincide com a situação bicondilar de súpero-anteriorização do côndilo na cavidade glenóide e na qual os dentes se relacionam na posição mandibular mais retraída, tem grande importância protética.

O posicionamento dos dentes e, em consequência, da prótese em função relaciona-se diretamente com a força muscular que lhes é imposta pelos músculos das bochechas e da língua. O equilíbrio desses grupos musculares determina a posição estável dos dentes e próteses sobre os rebordos desdentados.

Todos esses elementos atuam na reabilitação total do sistema estomatognático, que se traduz por eficiência ou rendimento mastigatório, o qual não é eficaz até dez anos, porém evolui num crescente até a idade adulta, quando o indivíduo apresenta dentição natural completa. Em um reabilitado por prótese total, o rendimento mastigatório máximo não passa de 78% (Marly e Braley, 1950).

Aspectos anatômicos do sistema estomatognático de interesse à prótese total

A área basal sobre a qual se adaptam as próteses é constituída pelo osso recoberto pela fibromucosa. O osso maxilar relaciona-se com

os ossos frontal, malar, palatino e alveolar. Trata-se de uma pirâmide triangular e irregular com base voltada para a fossa nasal: face lateral orbitária formando a parte mais externa do soalho da órbita, a face malar e a infratemporal. Na sua face interna, encontra-se o hiato maxilar do seio maxilar; em sua face malar ou anterior, tem no conjunto uma orientação lateral anterior e estende-se desde a abertura nasal anterior até a crista zigomaticoalveolar; em sua extremidade ântero-inferior, prolonga-se a espinha nasal anterior; em sua face posterior, mais ou menos convexa, apresenta dois ou três pequenos orifícios denominados *orifícios alveolares posteriores*, que dão passagem aos nervos alveolares superiores e posteriores. Na porção inferior do osso, encontra-se a apófise alveolar, que, pósterio-inferiormente, se une com a tuberosidade maxilar.

Como principal componente mastigatório está o osso mandibular móvel, mediano, simétrico, sólido, e orientado pela ação dos músculos da mastigação; é constituído externamente por uma cortical óssea e, internamente, por osso esponjoso; no seu interior, está o canal dentário inferior, onde se alojam o nervo alveolar inferior, vasos sanguíneos e outras estruturas. A instalação e progressão de reabsorções ósseas podem tornar a mandíbula extremamente desfavorável à instalação de próteses totais em razão da pequena estrutura da área chapeável que passa a apresentar. A base óssea reduz-se verticalmente e estreita-se vestibulolingualmente.

Os músculos, com ação integrada ao sistema nervoso atuam nos diferentes movimentos proporcionados à mandíbula. Os masseteres, temporais, pterigóideos internos e externos e os abaixadores da mandíbula atuam nos movimentos mandibulares, que, sinergicamente a outros músculos faciais, do pescoço e da língua, compõem todo o conjunto de movimentos do sistema estomatognático. Assim, o conjunto de

músculos estabelece relação direta com a estabilidade das próteses, uma vez que podem, por interferência ou durante suas atividades, deslocá-las facilmente.

Aspectos radiográficos de interesse à prótese total

Podem-se utilizar as técnicas radiográficas intra-orais e extra-buciais de acordo com a necessidade dos pacientes edêntulos. As radiografias intrabuciais podem ser periapicais e oclusais superior e inferior; as extrabuciais podem ser pantografias (panorâmicas) parcial da mandíbula e lateral (óssea ou perfil).

As técnicas radiográficas intrabuciais utilizam películas de tamanho pequeno, cujo alcance é localizado e regional; são muito usadas dentro do campo odontológico na maxila ou mandíbula, onde se podem detectar raízes residuais, cistos dentários e dentes inclusos.

As películas para técnicas radiográficas oclusais são de tamanho maior (56 / 75 mm), radiografam regiões maiores, permitindo verificar a presença de dentes inclusos, raízes nos seios da face e maiores extensões do processo alveolar. Esse tipo de técnica radiográfica pode substituir as periapicais porque, conforme o caso, radiografa uma área que abrange de 10 a 14 dentes.

As técnicas radiográficas extrabuciais ou panorâmicas são de grande valia para desdentados totais por permitirem uma visão panorâmica do complexo maxilomandibular. Por meio delas, podem-se verificar, ainda, alterações da articulação temporomandibular - ATM.

Técnicas radiográficas parciais da mandíbula poderão ser obtidas através de aparelhos de raios X odontológicos, que proporcionam imagens do ramo, do corpo e da sínfise da mandíbula, dependendo do ponto de incidência e angulação

do feixe central dos raios X. Nesse tipo de radiografia, pode-se utilizar o filme radiográfico oclusal de modo improvisado em razão do seu tamanho. O tempo de exposição para essa técnica improvisada deve ser planejado em razão da diferença de granulação entre os dois tipos de filmes (intra e extra-bucais) e a não-utilização da placa intensificadora.

Radiografias laterais para perfil têm a finalidade de observar com detalhes o perfil mole do paciente. A incidência do feixe central deverá estar à altura do primeiro molar superior. Essa pequena modificação em relação à entrada dos raios X (mudando-se do meato acústico para a coroa do primeiro molar superior) permite uma maior fidelidade do perfil mole desde que, durante o processo radiográfico, o tempo de revelação seja diminuído, impedindo, com isso, que a imagem do tecido mole seja prejudicada pelos agentes ativos da solução reveladora.

Aspectos cirúrgicos de interesse à prótese total

As cirurgias pré-protéticas dos tecidos moles e duros estão intimamente ligadas às próteses porque elas são as bases essenciais para que se aprimorem a retentividade e o rendimento do aparelho protético, devolvendo a função da mastigação e a estética ao paciente desdentado.

Entre as anomalias ósseas da cavidade bucal, estão os toros palatinos e mandibulares, respectivamente localizados na abóbada palatina e na região lingual da mandíbula e que podem necessitar de tratamento cirúrgico, principalmente quando atingirem grandes volumes.

Outras anomalias ósseas são os rebordos alveolares irregulares, que podem ser corrigidos através de alveoloplastias, que são intervenções cirúrgicas corretoras do processo alveolar. Essa cirurgia é

necessária porque propicia, quando da colocação da prótese, uma maior uniformidade de retenção e estabilidade do aparelho protético. Pode-se citar também o rebordo alveolar cortante, que é recoberto por uma mucosa móvel, sendo constatado por palpação digital e que exige cirurgia corretiva.

Pode ser verificada ainda a presença de interferências pelos freios labial e lingual, localizados na linha mediana da cavidade bucal, os quais devem ser removidos na fase de preparo da boca. As bridas musculares localizadas nas regiões de pré-molares e molares e as hiperplasias fibrosas também devem ser eliminadas cirurgicamente porque interferem na prótese total.

Aspectos técnicos da confecção da prótese total

A pressão atmosférica, a adesão, a coesão e a tensão superficial são fenômenos físicos naturais responsáveis pela retenção das próteses totais, possibilitando o seu assentamento e retenção. Diante disso, alguns fatores tornam-se importantes e devem ser levados em conta durante as fases clínico-laboratoriais:

- a) quando se realizam as moldagens, devem-se copiar as inserções musculares que interferem na área chapeável;
- b) na obtenção das dimensões verticais fisiológica e de oclusão, tem-se a necessidade de obter o equilíbrio dos músculos elevadores e dos abaixadores da mandíbula;
- c) quando na obtenção da relação central, toma-se por base o aspecto dinâmico dos músculos propulsores da mandíbula;
- d) no ajuste da oclusão dos dentes, estuda-se o resultado da ação conjunta dos músculos mastigadores em função da atividade mas-

tigatória, em movimentos inicialmente, estáticos e, posteriormente em atividade similar à atividade fisiológica do sistema estomatognático. Os exames clínico, radiográfico e dos modelos de estudo, acompanhados de ficha clínica do paciente, devem ser meticolosos e sua realização deverá ser o produto da relação paciente-operador (Domitti, 1984).

A ficha clínica deve ser minuciosa e conter informações precisas sobre a saúde pregressa e atual do paciente a fim de se dar bom andamento ao tratamento; informações sobre quais foram as razões das extrações dos dentes naturais, se já tem opinião sobre a prótese total, se seus familiares a usam, o tempo que está sem os dentes naturais, etc. (Domitti, 1996) também devem ser obtidas.

A finalidade da moldagem baseia-se na reprodução negativa dos acidentes anatômicos da boca no seu estado estático ou de repouso. Após a seleção da moldeira de estoque e do material moldado, a finalidade dessa moldagem é obter uma réplica de toda a área chapeável da maxila e mandíbula. Para isso, deve-se afastar as inserções dos freios, das bridas e das partes moles, obtendo-se, ao mesmo tempo, as impressões no seu estado de tensão. De certo modo, esse fato indica o material e a técnica a serem utilizados na impressão, ou seja, diante de rebordos retentivos e com fibromucosa bem inserida, o material de seleção poderá ser o hidrocolóide irreversível. Porém, sempre que houver possibilidade de interferência dos tecidos moles circunjacentes, os materiais indicados são a godiva ou siliconas pesadas.

Confecionado o modelo inicial, deve-se verificar se há ou não necessidade de cirurgia corretora pré-protética do maxilar e/ou da mandíbula, bem como se o espaço existente entre a maxila e mandíbula admite a montagem dos den-

tes artificiais. Esse modelo será utilizado também na confecção da moldeira individual, devendo o cirurgião-dentista, nessa fase, aplicar com muita atenção os conhecimentos assimilados em disciplinas como morfologia, patologia, oclusão, fisiologia, materiais dentários e outras.

A moldagem funcional consiste em reproduzir toda a área chapeável com a maior exatidão possível. Assim, a moldeira individual recebe o material de moldagem, que é levado à boca do paciente a fim de obter todos os detalhes da área chapeável. Os modelos finais são confeccionados em gesso-pedra. O encaixamento do molde deve ser feito após as moldagens finais para que se preservem e se protejam todos os detalhes obtidos no selamento periférico da moldagem (Domitti, 1996).

As bases de prova são feitas sobre os modelos finais após serem aliviadas as suas áreas retentivas. Essa operação é executada com resina acrílica de rápida polimerização, colocada sobre os modelos finais superior e inferior, abrangendo toda a área chapeável. Os planos de orientação são confeccionados com roletes de cera na forma dos modelos, sendo fixados sobre esses em toda a sua extensão. O acerto do plano de cera superior na boca do paciente, na parte anterior, da região canino a canino e posterior, canino a molar, é feito através da régua de Fox, pelo plano de Camper e linha bipupilar. A parte anterior do plano de cera na sua parte oclusal deverá estar à altura do lábio superior. A parte posterior deverá ser paralela ao plano de Camper (tragus da orelha à asa do nariz) e com a linha bipupilar. O passo seguinte será a fixação do arco facial no plano de orientação superior e montagem no articulador.

As relações maxilomandibulares, que consistem nas dimensões verticais fisiológicas e oclusais, são obtidas por intermédio do compasso milimetrado de ponta seca (Domitti, 1982) ou régua de Willis. Na técnica do compasso de ponta seca, demarca-se um ponto com

lápiz-cópia no maxilar (subnasal) e outro ponto mandibular (gnatio) em linha reta. Com lábios em posição de leve toque, é obtida a distância relativa à Dimensão Vertical de Repouso - DVF, quando os músculos abaixadores e elevadores estão em equilíbrio de contração. Dessa distância subtraem-se 3 mm, que correspondem ao Espaço Funcional Livre-EFL. A Dimensão Vertical de Oclusão- DVO é obtida quando se coloca o plano de orientação inferior na boca do paciente, que é mantido em oclusão com o superior. Esse conjunto é estabelecido pelo compasso nos dois pontos demarcados anteriormente. Nessa fase, obtém-se a altura dos maxilares. A relação central é obtida através de registros intra-oral, fixando-se as duas bases de prova confeccionadas (superior e inferior).

Fixadas as bases através de grampos, o passo seguinte será a colocação desses registros no articulador onde o modelo superior foi previamente montado através do arco facial (Domitti, 1996). Além dos fatores funcionais, a prótese total preocupa-se com a estética e a fonética. A fase que envolve a montagem dos dentes qualifica-se pela sua proficiência clínico-científica, voltada à substituição dos dentes ausentes no sentido de preservar os demais elementos remanescentes do sistema estomatognático. Essa fase inicia-se pela seleção dos dentes artificiais, que obedece a alguns critérios básicos, direcionados à escolha de tamanho, formato e cor dos dentes artificiais. Existem algumas correlações que podem ser seguidas para tornar compatível essa seleção.

A escolha da cor dos dentes artificiais é feita em função de elementos como idade, sexo, cor da pele e costumes do paciente. Por exemplo: para pacientes de pele escura, deverá ser selecionada uma cor mais voltada para tonalidades marrons ou amareladas; para indivíduos do sexo masculino, dentes mais escuros, regra que também se aplica àqueles que possuam o hábito de fumar cigarros ou ca-

chimbo e às pessoas idosas.

Em relação ao tamanho, critérios obtidos através das linhas de referência sobre os planos de orientação (linha mediana, alta do sorriso e de caninos) poderão ser de grande valia, uma vez comparadas com tabelas fornecidas pelos fabricantes. O tamanho da arcada ou algumas linhas de referência facial do paciente confirmarão o critério anterior.

A forma dos dentes, geralmente, associa-se à conformação da face e à forma da arcada desdentada. Existem tabelas que podem facilitar esse critério de seleção.

A montagem dos dentes obedece aos critérios obtidos nos planos de orientação. A partir da linha mediana, são montados os incisivos centrais superiores, com ligeira inclinação distocervicopalatina; na sequência, os incisivos laterais, com a mesma inclinação, um pouco mais acentuada, tocando a distal dos centrais na sua porção incisodistal. Os caninos estabelecem o mesmo contato com os incisivos laterais, com uma inclinação para distal mais acentuada que esses, tocando ou ultrapassando levemente o plano de cera inferior. O conjunto desses seis dentes, basicamente, define a estética da prótese superior. Algumas modificações de inclinação e posicionamento dos dentes podem ser feitas, desde que estejam de acordo com os critérios fisiológicos e com a aprovação do paciente.

A partir da montagem desses dentes, pode ser iniciada a montagem dos pré-molares, obedecendo à inclinação dos caninos numa condição decrescente até grau zero para os molares. Todos deverão ter suas cúspides vestibulares e palatinas tocando o rodete de cera inferior onde está definido o plano de Camper. A montagem dos dentes inferiores obedece ao posicionamento já estabelecido pelos superiores. Os incisivos central e lateral podem ser montados com overbite de, no máximo, 1 mm e overjet de 0,5 mm. Esse cuidado é importante porque evita alavancas sobre a prótese em movimentos excursivos da mandíbula, permi-

tindo estabelecer contato posterior durante as protrusões.

A seguir, os caninos são montados com inclinação voltada para mesiocervicovestibular, devendo ocluir com os superiores entre as faces mesiais dos caninos e distais dos incisivos laterais. Na sequência, são posicionados os primeiros molares inferiores, estabelecendo com os superiores a chave de oclusão adequada, com toque das suas cúspides vestibulares nos sulcos do molar superior e distal dos segundos pré-molares.

É importante que seja estabelecida nessa fase a chave de oclusão bilateral de maneira que a montagem dos pré-molares inferiores siga os critérios oclusais normais em função do espaço existente entre os caninos e os primeiros molares. Toda a montagem dos dentes deverá ser feita sobre a crista óssea dos rebordos, que é uma região resistente aos impactos da oclusão, obedecendo a um alinhamento definido pelos rodets de cera. Esse cuidado evita transtornos oclusais, promovendo reabsorções ósseas, invasão do espaço funcional da língua e das bochechas.

Completa a ceroplastia das gengivas artificiais, as próteses são provadas. Aspectos como estética do conjunto prótese e rosto do paciente, corredor bucal, linha mediana e alta do sorriso, linha incisal em relação aos lábios superiores e inferiores e oclusão deverão ser considerados minuciosamente e de comum acordo com o paciente. As alterações deverão ser feitas nessa fase, devendo ficar claro isso para o paciente para que não queira fazer correções após a prótese estar concluída.

Alguns testes fonéticos podem diagnosticar um posicionamento incorreto dos dentes, principalmente dos anteriores. Palavras como “mississipi”, “sessenta e seis” definem o som do “s”; se este tiver som de “sh”, como um chiado, possivelmente a espessura da base está excessiva, os incisivos estão lingualizados ou a dimensão vertical de oclusão está diminuída; se houver um som sibilante como um assobio, os incisivos inferiores

estão muito vestibularizados. Palavras como “que”, “queijo”, “cuco” definem o som “k”; se este soar como “ch”, possivelmente existe uma sobreextensão da prótese sobre o palato mole. Sons de “t” em lugar de “th” podem implicar diminuição do espaço funcional livre; sons alterados de “f” ou “v” podem implicar posicionamento incorreto para vestibular ou lingual dos incisivos superiores.

Mediante o pleno estabelecimento dos fatores principais da montagem dos dentes, as próteses poderão ser polimerizadas. Esse processo envolve sua inclusão com gesso em muflas metálicas desenhadas para esse fim, as quais são prensadas e, após a presa do gesso, lavadas com água quente e detergente, de modo a retirar a base da prótese e toda a cera utilizada na montagem dos dentes. O molde de gesso da prótese esculpida é preenchido com resina termopolimerizável, prensada e mantida sob pressão constante até a completa polimerização da resina, em um banho de água a 73 °C durante nove horas. Atualmente, existem outras alternativas de métodos de polimerização das resinas, em que o processamento por fotopolimerização ou energia de microondas também pode ser utilizado (Rizzatti-Barbosa et al., 1995). Este último pode caracterizar-se como sendo um método extremamente eficaz, rápido e limpo, em que não é necessário o uso de resinas especialmente formuladas para esse fim (Rizzatti-Barbosa et al., 1995). Concluído o ciclo de polimerização e após o resfriamento natural da mufla, esta é aberta, sendo iniciado o acabamento, no qual se utilizam brocas tipo maxi cut, pedras montadas e lixas de granulação decrescente. Após esse passo, é feito o polimento em politriz, com escovas e discos de feltro, através de pedra-pomes e branco-espanha em pó. Dado o acabamento, as próteses devem ser armazenadas em água até o momento de sua instalação para que ocorra a sorção de água pela resina, compensando em parte a contração de polimerização (Ri-

zzatti Barbosa et al., 1995).

Durante a instalação das próteses, é preciso observar a presença de áreas muito retentivas, que poderão necessitar de alguns alívios prévios à sua instalação, e a região interna das próteses para detectar a presença de bolhas positivas, que poderão ser causa de ulcerações sobre a fibromucosa. A presença de bolhas na resina polimerizada também precisa ser considerada, pois essas poderão favorecer o acúmulo de placa bacteriana, que provocará surgimento de irritações sobre a fibromucosa. A prótese deve ter contornos suaves e bordos arredondados não cortantes, com uma espessura uniforme de 1,5 mm. O ajuste oclusal tem de estar voltado principalmente à dinâmica da mastigação, possibilitando o maior número de contatos possíveis e evitando a deflexão da prótese diante das atividades do sistema estomatognático. O tipo de oclusão utilizado é o de *oclusão balanceada*.

A prótese precisa, antes de mais nada, ser aceita pelo paciente, tornando-se, *a posteriori*, uma parte integrante do sistema estomatognático. Ao paciente que nunca utilizou prótese, essas recomendações devem ficar perfeitamente claras; para os que utilizam a mesma prótese já há muitos anos, deverá ficar claro que a nova é diferente da antiga, com dentes maiores (não desgastados) e, às vezes, com área chapeável maior, sendo, por isso, necessário um novo período de adaptação. Algumas vezes, os profissionais enfrentam dificuldades no tratamento reabilitador desses pacientes fazendo-se necessário que demonstrem segurança, conhecimento e competência para conquistar a sua confiança.

O paciente deve ser instruído, diante de um espelho, quanto às formas de inserção e remoção das próteses. O profissional deve alertá-lo quanto ao possível desconforto nos primeiros dias após a instalação, bem como sobre a necessidade de freqüentes ajustes nessa fase; também, que poderá ocorrer sialorréia, que se restabe-

lecerá com a continuidade do uso da prótese.

A higienização da prótese deverá ser criteriosa e feita sobre uma pia parcialmente preenchida com água para evitar fratura em caso de uma queda acidental. O manuseio da prótese deverá ser correto e cuidadoso. Após a instalação, a prótese pode ser utilizada diariamente, durante a primeira semana e, depois desse período inicial de adaptação, diuturnamente.

Os cuidados com o tipo de alimento e sua forma de mastigação também deverão ser salientados. A mastigação deve ocorrer de forma lenta, os alimentos, em pequenas porções, devem ter consistência mole e deve-se fazer mastigação bilateral.

No caso de surgirem pontos de ulceração, a prótese deve ser removida e somente recolocada três horas antes da próxima visita ao dentista, quando esse poderá identificar a região traumatizada por meio de uma área vermelha e proceder aos devidos ajustes.

O tratamento reabilitador por prótese total não pode ser considerado permanente, devendo os cuidados serem contínuos e regulares tanto por parte do paciente como pelo profissional. Essa afirmação precisa ser esclarecedora e convincente para o paciente, alertando-o sobre a necessidade de consultas periódicas, isto é: inicialmente, 24 horas; depois, sete dias, um mês, seis meses e, finalmente, uma vez por ano.

Exames periódicos da prótese, dos tecidos bucais de suporte e da ATM previnem a instalação de lesões patológicas relacionadas com o seu uso.

Conclusão

Próteses totais bem confeccionadas podem ser efetivas por, pelo menos, três anos, ao final dos quais os pacientes devem ser motivados a substituí-las, prevenindo danos aos tecidos do sistema estomatognático e também favorecendo a adaptação do paciente a um novo

aparelho. Os aspectos descritos subentendem critérios psicofuncionais e técnicos que devem ser seguidos de maneira a propiciar, mesmo diante das limitações do profissional, dos materiais e técnicas, ou mesmo da falta de compreensão do paciente, um trabalho de reabilitação da saúde do paciente desdentado total.

Abstract

This study approaches the different aspects to be considered during denture elaboration, considering relevant and vital that all the knowledge obtained during the learning and applicability of the basic areas must, in a judicious manner, be taken account during the elaboration of these prosthesis. This is important over all in what refers to the aimed results because the clinical situations are always unique, requiring approach that may or not indicate the different technical steps to be adopted. It is analysed the knowledge of the stomatognathic system relevant to denture elaboration, contained in the areas of morphological and physiological sciences, of the radiographic diagnosis and of technical aspects of prosthesis elaboration. As philosophy already adopted in Faculdade de Odontologia de Piracicaba, it is believed that following certain basic considerations, complete dentures are able to fulfil their rehabilitative therapeutic role.

Key words: prosthesis, prosthetic anatomy, prosthetic physiology, pre-prosthetic surgery, prosthetic techniques.

Referências bibliográficas

- ALBERGARIA-BARBOSA, J. R.; RIZZATTI BARBOSA, C.M. Ato cirúrgico In: DOMITTI, S. S. *Prótese total imediata*. Reaproveitamento dos dentes naturais. São Paulo: Santos, 1996.
- APRILE, H.; FIGUN, M. E.; GARINO, R. R. *Anatomia odontológica orocervical*. 5. ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1975.

- DOMITTI, S.S. *Prótese total*. São Paulo: Santos, 1982.
- . *Prótese total imediata*. Reaproveitamento dos dentes naturais. São Paulo: Santos, 1996.
- . *Prótese total*. Novos métodos e técnicas. São Paulo: Santos, 1984.
- . *Sistematização do ensino integrado em prótese total*. São Paulo: Santos, 1990.
- DOUGLAS, C. R. *Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde*. São Paulo: Robe, 1994.
- FREITAS, A. et al. *Radiologia odontológica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988.
- GRAZIANI, M. *Cirurgia buco-maxilo-facial*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.
- MARLY, R. S.; BRALEY, L.C. Masticatory performance and efficiency. *J. Dent. Res.* 29: 448, 1950.
- POSSELT, T. U. *Physiology of occlusion and rehabilitation*. Oxford: Blackwell, 1968.
- RIZZATTI BARBOSA, C. M.; DEL BEL CURY, A. A.; PANZERI, H. Influência da sorção de água e do processo de polimerização por energia de microondas na adaptabilidade de próteses totais. *Rev. Odontol. Univ. São Paulo*. 9(3): 197-206, jul/set. 1995.
- RIZZATTI BARBOSA, C. M.; DALLARI, A. A. Alterações oclusais da prótese total antes e após sua polimerização. *RGO*, 44 (2): 83-86, 1996.
- SANTOS JR., J. *Oclusão*. Aspectos clínicos da dor facial. São Paulo: Med Dens, 1980.
- SICHER, H.; TANDER, J. *Anatomia para dentistas*. São Paulo: Atheneu, 1981.
- TURANO, J. C.; TURANO, L. M. *Fundamentos de prótese total*. Chicago: Quintessence, 1988.

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Saide Sarhis Domitti
Faculdade de Odontologia de Piracicaba -
Unicamp
Av. Limeira, 901 - CEP 13414-900
Piracicaba - SP