

PRÓTESES TOTAIS: INTRODUÇÃO, ANMENESE, EXAME FÍSICO, MOLDAGEM E DELIMITAÇÃO DA ÁREA CHAPEÁVEL

Patrícia Aparecida Fernandes Ribeiro¹

Matrícula: 600864940

O objetivo primordial das próteses totais é devolver ao paciente aspectos relacionados à mastigação, estética e fonética. Para isso, é importante que estudos clínicos, boa avaliação e planejamento sejam realizados antes do processo de produção da prótese, para que os profissionais dentistas e protesistas possam adaptar os protocolos às necessidades do paciente e garantir a máxima retenção, estabilidade e suporte da prótese para o paciente edêntulo total.

O exame da cavidade oral do edêntulo total deve levar em consideração um completo e minucioso levantamento da área chapeável e da fibromucosa de revestimento que termina na zona de fecho periférico. Portanto, para tornar o exame mais acessível devemos decorrer da avaliação da cavidade bucal incluindo tecidos ósseos e mucosos; músculos; condições psicológicas; estado geral de saúde e alterações patológicas.

Vale ressaltar que o protesista desenvolva um procedimento lógico e organizado ao examinar o paciente edêntulo, evitando erros ou dificuldades no diagnóstico. Ressalta-se ainda que o sucesso de uma prótese total não depende apenas do desempenho do profissional, mas também da saúde e colaboração do paciente. Em caso de recusa do paciente ao tratamento, o empenho, trabalho e técnica estudada pelo dentista serão descartados sem sua devida valia (TONIOLLO, 2016)

Anamnese

Durante a fase de anamnese, o profissional dentista tem a oportunidade de avaliar a queixa principal do paciente e garantir que essa queixa seja acatada ao final do tratamento. Além disso, por meio dela, é conhecido o seu estado de

¹ Discente do Curso de Odontologia da Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO

saúde geral e a presença de hábitos parafuncionais, como o bruxismo e o apertamento dentário. A anamnese também é importante para identificar o paciente, analisar o perfil psicológico do paciente, o qual está estritamente relacionado com o sucesso do tratamento restaurador (CARREIRO, 2016)

Exame físico

Nesta etapa, do exame físico, busca-se avaliar o paciente extra e intraoralmente respectivamente. No primeiro momento é observado o aspecto facial como: cor da pele, do rosto, dos cabelos, a forma do rosto, o perfil facial, lábios, a dimensão vertical, linha mediana, tonicidade muscular facial, o suporte de lábio, a linha do sorriso e a altura incisal, além de alterações de normalidade, como, por exemplo, presença de alguma assimetria facial ou limitação funcional. A articulação temporomandibular (ATM) deve ser avaliada, assim como os músculos da mastigação. Intraoralmente, se faz necessário observar os tecidos moles da cavidade bucal (mucosas, língua e tecidos de revestimento dos rebordos), os músculos, o rebordo remanescente (sua conformação, altura e forma), presença de exostoses ósseas, alteração salivar e presença de lesões (CARREIRO,2016).

Moldagem

A moldagem é um processo que teoricamente reproduz fielmente a boca do paciente, sendo indispensável na confecção de próteses totais. Existem dois tipos de moldagem de próteses totais: a anatômica ou preliminar e a funcional ou final (REIS et al., 2007; TAMAKI, 1983). Ambas, mesmo que com propósito diferente, agem com integralidade, sendo a segunda continuação da primeira (TAMAKI, 1983).

A moldagem anatômica tem o objetivo de obter a reprodução geral da área basal ou chapeável, bem como avaliar as inserções e afastamentos musculares, além de possibilitar a análise da necessidade de cirurgias pré - protéticas e por fim obter o modelo de estudo, no qual observará as demarcações da área chapeável onde será confeccionada a moldeira individual (REIS et al., 2007; TAMAKI, 1983). Para alcançar tais características na moldagem anatômica é necessária a utilização de moldeiras de estoque encontradas prontas e de tamanho padrão (MEDEIROS,1999; TAMAKI, 1983). Ademais, para

realizar esse tipo de moldagem são necessários alguns tipos de materiais e instrumentos a exemplo de alginato, lecron e espátula de cera, cera utilidade, gral de espátula, e o jogo de moldeiras.

Alguns preparativos são necessários para se cumprir a rigor a preparação da moldagem anatômica, de acordo com Ornaghi (2022) são:

1. Posição paciente-operador

- **Paciente:** sentado comodamente com a cabeça e o tronco apoiados no encosto, ligeiramente inclinados para trás;
- **Operador:** comissura labial do paciente na altura do cotovelo do operador

2. Movimentos da moldagem

- Introdução
- Centralização
- Aprofundamento

3. Técnica de moldagem

- boca semi-aberta;
- introdução com giro da moldeira;
- centralização de acordo com a linha média;
- aprofundamento, afastar a musculatura – maxila: de posterior para anterior;
- sem movimentar a moldeira, traciona-se a musculatura em direção à moldeira;
- em caso de moldagem de mandíbula, solicitar ao paciente que coloque a língua em direção ao palato;
- aguarda-se a geleificação;
- remoção, com movimento de posterior para anterior
- crítica do molde;
- lavar em água corrente e borrifar solução de hipoclorito de sódio;

Preparação da moldeira com cera utilidade:

Maxila –

- **dique na região posterior:** para evitar o escoamento do material para a porção posterior
- **guia na região central:** para determinar um *stop* na região central, a fim de evitar um aprofundamento excessivo

Importante: Fundo de vestibulo é a região de maior interesse e a mais difícil de ser moldada.

Vazamento de gesso:

- antes do vazamento de gesso do molde inferior, confeccionar a “língua”, a fim de se obter um molde na forma superior
- fazer um volume lateral e alto de gesso o suficiente para poder recortar
- os moldes são então preenchidos com gesso pedra, depositando-o em uma única área, com o auxílio de um vibrador, deixar escorrer para o restante do molde

Observações importantes sobre o vazamento do gesso:

- separar molde modelo antes do ressecamento do alginato
- não inverter o molde para baixo
- durante o recorte com o recortador de gesso, cuidar com a área basal

Já a moldagem funcional é mais dinâmica e seletiva, onde são registrados todos os detalhes anatômicos importantes da área chapeável, das inserções e separações musculares e de seus movimentos e quaisquer outras estruturas da anatômicas presentes. Ela é obtida através de uma moldeira individual associada a um material de moldagem apropriado, no qual podem ser usados pasta de óxido de zinco e eugenol, Polissulfetos, Silicone de adição, silicone de condensação, mercaptanas, em geral utilizados resina acrílica. Deve ser dividida em duas fases: a do vedamento periférico e a moldagem funcional propriamente dita, com registro da área chapeável e estruturas adjacentes (TAMAKI, 1983; TELLES, 2010). Desta forma, obtêm-se a retenção e adaptação da base da prótese, o que resulta na satisfação do paciente (BONACHELA; ROSSETI, 2002; TAMAKI, 1983). As moldagens funcionais são realizadas através das técnicas de boca aberta ou boca fechada. Quanto aos fundamentos, separamos em compressiva, não compressiva, pressão seletiva e dinâmica (“estresse dinâmico adaptativo”) (REIS et al., 2007; TAMAKI, 1983).

Com relação a moldagem funcional, eis as informações importantes a serem seguidas conforme Ornaghi (2010):

1. Programação de bordas:

- Godiva, silicona, densa, cera, resina
- fazero selamento periférico
- etapa de maior dificuldade da moldagem funcional
- godiva: maxila – 3 etapas; mandíbula – 4 etapas

2. Moldagem propriamente dita

- correção das imperfeições
- justeza de molde
- refinamento da retenção
- materiais: resina, pasta zinco eugenólica, mercaptanas, poliéters

3. Procedimentos finais:

- selamento posterior
- proteção de bordas
- vazamento de gesso

4. Cuidados

- manter volume para recorte
- gesso pedra
- separação para fonte de calor
- não danificar o molde

5. Moldagem funcional modificada

- fazer uma perfeita delimitação da área basal olhando diretamente na boca do paciente
- confeccionar uma moldeira individual justa com pouco espaço com a mucosa

Delimitação da área chapeável

A Área Chapeável, também chamada de Zona Chapeável é a área da cavidade bucal desdentada (superior ou inferior) dentro da qual poderá ser assentada a base da prótese total, de acordo com a qualidade dos tecidos que a integram e a necessidade de satisfazer as condições de retenção, suporte e estabilidade do aparelho protético. A área chapeável a ser obtida nos modelos de gesso pode ser dividida em: zona principal de suporte, zona secundária de suporte (zona de estabilidade), selado periférico e zonas de alívio (ALDROVANDI,1946)

Para delimitar a área chapeável é necessário que uma série de princípios biomecânicos e fisiológicos sejam levados em consideração a fim de nortear o reconhecimento dessa área. Esta delimitação sofre variações dependendo do estado bucal do desdentado, não sendo possível um estabelecimento anatômico preciso, porém existem limites importantes que devem ser observados. A área chapeável deve ser analisada clinicamente e também no modelo inicial (ou modelo de estudo).

Na área chapeável superior estão compreendidos o rebordo alveolar residual e a abóbada palatina como elementos estacionários; e o sulco vestibular e a inserção dos músculos do palato mole, como tecidos móveis. Já na área chapeável superior estão compreendidos o rebordo alveolar residual e a abóbada palatina como elementos estacionários; e o sulco vestibular e a inserção dos músculos do palato mole, como tecidos móveis.

Diante desse cenário, a delimitação da área chapeável superior pode ser dada da região posterior para anterior, podemos descrever o traçado da linha demarcatória da seguinte forma:

1. Englobar o Sulco Hamular esquerdo, acompanhando-o em toda a sua extensão, até atingir o Túber da Maxila esquerdo.
2. Englobar totalmente o Túber da Maxila, deixando a linha demarcatória de 1,0 a 2,0 mm aquém do fundo do sulco gengivogeniano.
3. Contornar o Arco Zigomático, deixando a linha demarcatória de 2,0 a 4,0mm aquém do fundo do sulco gengivogeniano.
4. Acompanhar paralelamente o fundo do sulco gengivogeniano direito e contornar a(s) Inserção(ões) lateral(is); avançar para a região anterior, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivolabial, ficando cerca de 2,0 a 4,0mm aquém deste.
5. Prosseguir até o Frênulo Mediano Labial superior, na região mediana, e contorná-lo, respeitando a inserção fibrosa em toda a sua extensão, excluindo-o da área chapeavel.
6. Delimitar o hemiarco do lado oposto de forma semelhante até chegar ao Sulco Hamular.
7. Unir os Sulcos Hamulares, de forma que a delimitação fique aproximadamente 3,0 a 5,0mm posterior às Fóveas Palatinas.

Quanto a delimitação da área chapeável inferior, O fundo do sulco é também a referência anatômica mais importante a ser utilizada nos Flancos Labiais, Bucais Linguais e Sublingual. Ele também deve ser traçado no modelo e para, em seguida ser traçada outra linha paralela milímetros acima. Da região posterior para anterior, a linha demarcatória é traçada da seguinte forma:

1. Contornar posteriormente a papila piriforme esquerda, englobando-a totalmente.

2. Prosseguir com a delimitação, acompanhando o sulco disto-bucal no ângulo distobucal e, em seguida, toda a extensão da linha oblíqua esquerda.

3. Avançar para a região anterior, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivogeniano esquerdo, ficando cerca de 2 a 4mm aquém deste, até a(s) inserção(ões) lateral(is) e contorná-la(s) totalmente.

4. Prosseguir com a delimitação, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivolabial esquerdo, ficando cerca de 2,0 a 4,0mm aquém deste.

5. Prosseguir até o frênulo mediano labial inferior e contorná-lo.

6. Delimitar o hemiarco mandibular oposto de forma semelhante até atingir a zona lingual.

7. Iniciar a delimitação da zona lingual pelo ângulo disto-lingual direito e prosseguir com a linha demarcatória sobre a linha milo-hióidea direita até a sua parte inicial, que fica aproximadamente à altura da região dos pré-molares, ficando cerca de 2,0 a 4,0mm aquém do fundo do sulco alvéolo-lingual.

8. Prosseguir para região anterior, acompanhando a linha de flexão do assoalho bucal, distando cerca de 2,0 a 4,0mm do fundo do sulco alvéolo-lingual e completar a delimitação do hemiarco direito, contornando o frênulo lingual.

9. Completar a delimitação do hemiarco lingual oposto de forma semelhante.

Referência Bibliográfica

Aldrovandi C. Moldagem para dentaduras completas. 1. ed. São Paulo: Editora Científica; 1946.

BONACHELA, W.C, ROSSETI, P.H.O. Overdentures: das raízes implantadas osseointegrados - planejamentos, tendências e inovações. 1.ed. São Paulo: Ed. Santos; 2002.

CARREIRO, A. DA F.P. et al. Protocolo clínico para confecção de próteses removíveis. Natal, RN: EDUFRN, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/>

MARCELO, Bighetti Toniollo. 2016. Manual Clínico Prótese total removível – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Minas Gerais.

MEDEIROS, D.E. Moldeiras. 1999. Monografia (Especialização em prótese dentária) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Ornaghi, Bárbara Pick. Aula de Moldagem Anatômica e Funcional – PUC, 2022. Disponível em <https://www.odontoup.com.br/moldagem-anatomica-e-moldagem-funcional/>.

REIS, J.M.S.N. et al. Moldagem em prótese total- uma revisão de literatura. RFO, v. 12, n. 1, p. 70-74, jan./abr. 2007.

TAMAKI, T. Dentaduras Completas. 4. ed. São Paulo: Sarvier; 1983.

TELLES, D. Prótese total - convencional e sobre implantes. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2010.