

MAYARA RIBEIRO RECHE DE SOUZA

**TÉCNICA DE MOLDAGEM ALTERNATIVA PARA
PRÓTESE OCULAR**

**Trabalho de Conclusão de
Curso como parte dos requisitos
para obtenção do título de
Bacharel de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de
Araçatuba, Universidade
estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”.**

**Orientadora: Professora
Daniela Micheline dos Santos**

**Araçatuba – S.P.
2011**

Agradecimentos

À Deus, por estar comigo em todos os momentos de minha vida, sempre me dando força.

As minhas amigas que compartilharam comigo toda a faculdade, e estiveram presentes nos momentos mais difíceis.

À Amália e a professora Dani por todo o apoio e ajuda na confecção desse trabalho.

Souza, M.R.R. Técnica de moldagem alternativa para prótese ocular 2011, pags. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

RESUMO

A restauração da cavidade anoftálmica com prótese ocular possibilita reabilitar o paciente para reinserção em sociedade. As próteses oculares têm uma longa história de uso bem-sucedido, e variações nas técnicas e materiais utilizados foram introduzidas ao longo dos anos. Este trabalho descreve uma técnica alternativa de moldagem em prótese ocular realizada em duas etapas, empregando dois materiais de consistências diferentes. O método tem por objetivo proporcionar melhor adaptação aos tecidos subjacentes, aumentar a mobilidade da prótese devido às melhorias no contorno facial e estético, bem como oferecer maior conforto e segurança ao paciente. Essas vantagens e relativa facilidade para posterior fabricação da prótese significam que uma correta moldagem deve ser considerada como passo fundamental para a confecção da prótese ocular. A técnica descrita não só facilita a adaptação correta da prótese com as estruturas remanescentes do globo ocular ou tecido muscular, mas também permite ao final contato mais próximo entre a prótese e os tecidos, reduzindo assim o risco de acúmulo de secreções e de microrganismos na cavidade.

Palavras-Chave: Olho artificial. Materiais para Moldagem Odontológica. Resina acrílica.

Souza, M.R.R. An alternate impression technique for ocular prostheses 2011, pags. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

ABSTRACT

The restoration of ocular the anophthalmic socket with prosthese makes possible to rehabilitate the patient for reintegration in society. The ocular prosthese has a long history of well-succeeded use, and variations in the techniques and materials had been introduced throughout years. This work describes one alternative technique of molding in ocular prosthese carried through in two stages, using two materials of different consistencies. The method has for objective to provide adaptation better to underlying fabrics, to increase the mobility of prosthese had to the improvements in the face and aesthetic contour, as well as offering to greater comfort and security to the patient. These advantages and relative easiness for posterior manufacture of prosthese mean that a correct molding must be considered as basic step for the confection of ocular prosthese. The described technique not only facilitates the correct adaptation of prosthese with the remaining structures of the globe ocular or weaveeed muscular, but also it allows to the final next contact between prosthese and fabrics, thus reducing the risk of accumulation of secretions and microrganismos in the socket.

Key-words: Artificial eyes. Dental Impression Materials. Acrylic resins.

SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO_____6
- DESCRIÇÃO DA TÉCNICA_____7
- DISCUSSÃO_____8
- CONCLUSÃO_____9
- FIGURAS E LEGENDAS_____13

Introdução

O uso de uma prótese ocular pode oferecer boa cosmética e resultados funcionais¹⁻³. Na prótese ocular a estética e a harmonia facial são alcançadas pela perfeita confecção e manutenção cromática da íris artificial^{4,5}. Além disso, o contorno e volume adequados da camada de resina acrílica incolor sobre a íris, deve permitir, pela sua translucidez, a visualização desta, em profundidade e naturalidade, semelhante ao olho natural^{6,7}.

O principal objetivo quando a cavidade anoftálmica é restaurada por meio de próteses oculares é proporcionar ao paciente conforto e segurança com a reabilitação⁸. Estudos anteriores na confecção de prótese ocular verificaram a importância da individualidade de cada cavidade ocular enucleada⁹. Assim, tornou-se ser requisito a precisa moldagem da mesma. Requisitos para uma moldagem aceitável incluem reproduzir precisamente a parede posterior da cavidade enucleada, a posição da pálpebra em relação à parede posterior e a maior extensão dos fórnices superior e inferior da pálpebra⁹.

Muitas técnicas têm sido administradas para alcançar o ajuste ideal das próteses oculares como a moldagem direta\moldagem externa moldagem do soalho da cavidade ocular¹⁰⁻¹², moldagem personalizada do soalho da cavidade ocular (injeção com seringa e/ou com moldeira de estoque)¹³⁻¹⁶, moldagem usando próteses oculares, modificação de próteses oculares¹⁷⁻²² e, dependendo dos resultados da mobilidade, elege-se a mais adequada para a feitura da prótese ocular.

Entretanto, todas essas técnicas trazem desconforto ao paciente durante a moldagem. Além disso, muitos pacientes ficam receosos quando vêem seringas e

agulhas, instrumentos comumente utilizados em algumas das técnicas de moldagem citadas. A proposta desse estudo foi descrever uma técnica alternativa de moldagem em prótese ocular realizada em duas etapas, empregando dois materiais de consistências diferentes.

Descrição da técnica empregada:

1. Desinfetar e lubrificar levemente a prótese existente do paciente.
2. Para anestesia, utilizou-se colírio anestésico de uso oftalmológico na cavidade anoftálmica, nos casos que o paciente manifestar sensibilidade a fim de proporcionar maior conforto ao paciente.
3. O paciente, durante o procedimento de moldagem, deve ser posicionado na cadeira odontológica, sentado, com o tronco e cabeça em relação axial normal e verticalmente disposto com a cadeira operatória colocada em inclinação de trinta graus (30°).
4. A técnica de moldagem é realizada em duas etapas, utilizando dois materiais com consistências diferentes.
5. Na primeira etapa foi manipulado uma porção de silicona de adição densa (Express; 3M ESPE, St. Paul, Minn, EUA) e adaptada na cavidade anoftálmica do paciente até a obtenção de contorno palpebral superior e inferior semelhantes ao olho sadio (Fig. 1). Nesse momento solicitou-se ao paciente movimentar a musculatura orbicular de um lado para o outro, abrindo e fechando os olhos.
6. Após a polimerização final do material executou-se a retirada do molde, afastando e pressionando a pálpebra superior no sentido da abertura, ao mesmo tempo em que se abaixa a pálpebra inferior, removendo-se assim o molde.
7. A segunda etapa consistiu em inserir sobre a parte interna do molde uma porção de silicona de adição fluida (Express; 3M ESPE, St. Paul, Minn, EUA), sendo

posteriormente, o molde recolocado na cavidade anoftálmica, solicitando novamente ao paciente que movimentasse a musculatura orbicular (Fig. 2).

8. Após a polimerização final do material realizou-se a remoção do molde, verificando-se a precisão do mesmo. (Figs. 3 e 4)

9. O molde foi incluído em mufla (Figs. 5 e 6). A partir de então se seguiu a confecção da esclera, do botão da íris, obtenção e instalação da prótese (Fig. 7 e 8).

Discussão

As próteses oculares têm longa história de uso bem sucedido, e variações nas técnicas e materiais utilizados foram introduzidas ao longo dos anos¹⁰⁻²². A moldagem, sendo feita corretamente e para um determinado paciente, permite melhor justaposição da autoplastia, facilitando, dessa maneira, a movimentação, que é o mais importante requisito da estética, pois induz o disfarce da prótese²³.

Alguns dos requisitos que contribuem para a dinâmica do bulbo ocular são: adequada moldagem, delimitação correta da cavidade, uso de lubrificantes, além de cirurgia, enxerto e posterior implante^{2-6,23}. A mobilidade é o fator mais importante de disfarce de uma prótese ocular porque, ao conversarmos com uma pessoa portadora de uma dessas próteses, percebemos a autoplastia se esta permanecer estática ou se possuir pequena movimentação^{22,23}.

Nas técnicas de moldeira, principalmente na individual, tem-se que levar em conta o tempo dispendido na confecção das mesmas, para se obter um molde dinâmico e fiel na reprodução de detalhes^{2,6}. No entanto um dos problemas desta técnica é a dificuldade em adaptá-la perfeitamente aos limites da cavidade. Alguns cuidados devem ser tomados na escolha do tamanho adequado da moldeira, bem como na realização de seu acabamento e polimento²³. No caso de cavidades atresiadas, a escolha correta da

técnica torna-se muito importante, pois ela consegue, através de modeladores, melhorar a recepção pelos tecidos da peça protética.

Eficácia e conveniência muitas vezes dependem da apresentação do paciente, experiência do operador e materiais e equipamentos disponíveis. A técnica de moldagem da cavidade anoftálmica por nós utilizada, visando à confecção de prótese ocular individual tem-se mostrado bastante satisfatória, sendo indicada na maioria dos casos. Essa técnica apresentada, não só facilita a correta adaptação da prótese sobre as estruturas remanescentes do globo ou do coto muscular, conferindo mobilidade à prótese, como possibilita o íntimo contato entre a prótese e os tecidos, reduzindo o risco da cavidade acumular secreções e microrganismos. Além disso, é uma técnica de fácil execução que proporciona maior conforto e segurança ao paciente.

Conclusão

A técnica descrita neste estudo envolve uma técnica de dois passos de moldagem alternativa para próteses oculares usando dois materiais com diferentes consistências. É uma maneira alternativa de fazer próteses oculares que tem a vantagem de permitir, em primeiro lugar uma correta adaptação da prótese ao redor dos tecidos do paciente e em segundo lugar de promover ao paciente um maior conforto e segurança.

REFERÊNCIAS

1. Brignoni R, Dominici JT. An intraoral-extraoral combination prosthesis using an intermediate framework and magnets: a clinical report. *J Prosthet Dent* 2001;85:7-11.
2. Reitemeier B, Notni G, Heinze M, Schöne C, Schmidt A, Fichtner D. Optical modeling of extraoral defects. *J Prosthet Dent* 2004;91:80-4.
3. Goiato M, Pesqueira AA, Silva C, Gennari-Filho H, Santos DM. Patient satisfaction with maxillofacial prosthesis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:175-80.
4. Fernandes AU, Goiato MC, dos Santos DM. Effect of weathering and thickness on the opacity of acrylic resin and ocular button for artificial eyes. *J Craniofac Surg* 2010;21:64-7.
5. Artopoulou II, Montgomery PC, Wesley PJ, Lemon JC. Digital imaging in the fabrication of ocular prostheses. *J Prosthet Dent* 2006;95:327-30.
6. Benson P. The fitting and fabrication of a custom resin artificial eye. *J Prosthet Dent* 1977; 38:532-8.
7. Reis RC, Dias RB, Carvalho JCM. Evaluation of Iris Color Stability in Ocular Prosthesis. *Braz Dent J* 2008;19:370-4. Ow RK, Amrith S. Ocular prosthetics: use of a tissue conditioner material to modify a stock ocular prosthesis. *J Prosthet Dent* 1997;78:218-22.
8. Pitton RD, Murphey PJ, Schlossberg L, Harris LW. The development of acrylic eye prosthesis at the national naval medical center. *J Am Dent Assoc* 1945;32:1227-44.

9. Bartlett SO, Moore DJ. Ocular prosthesis: a physiologic system. *J Prosthet Dent* 1973;29:450-9.
10. Brown KE. Fabrication of an ocular prosthesis. *J Prosthet Dent* 1970;24:225-235.
11. Murphey PJ, Schlossberg L. Eye replacement by acrylic maxillofacial prosthesis. *US Nav Med Bull* 1944;43:1085-99.
12. Allen L, Webster HE. Modified impression method of artificial eye fitting. *Am J Ophthalmol* 1969;67:189-218.
13. Maloney BA. Development of impression fitting equipment: a new technique. *J Am Soc Ocularists* 1979;9:32-3.
14. Engelmeier RL. Autoclavable custom-made metal impression trays to improve infection control. *J Prosthet Dent* 1987;58:121-2.
15. Sykes LM, Essop ARM, Veres EM. Use of custom-made conformers in the treatment of ocular defects. *J Prosthet Dent* 1999;82:362-5.
16. Miller BJ. Custom ocular impression trays. *J Facial Somato Prosthet* 1996;2:109-13.
17. Welden RB, Niiranen JV. Ocular prosthesis. *J Prosthet Dent* 1956;6:272-8.
18. Taicher S, Steinberg HM, Tubiana I, Sela M. Modified stock-eye ocular prosthesis. *J Prosthet Dent* 1985;54:95-8.
19. Smith RM. Relining an ocular prosthesis: a case report. *J Prosthodont* 1995;4:160-3.
20. Benson P. The fitting and fabrication of a custom resin artificial eye. *J Prosthet Dent* 1977;38:532-8.
21. Schneider RL. Modified ocular prosthesis impression technique. *J Prosthet Dent* 1986;55:482-5.

22. Sykes LM. Custom made ocular prostheses: a clinical report. J Prosthet Dent 1996;75:1-3.
23. Maia FAS, Dias RB, Rezende JRV. Estudo comparativo de técnicas de moldagem da cavidade anoftálmica visando a confecção da prótese ocular. Rev Odontol Univ São Paulo 1997; 11:1-11.

FIGURAS E LEGENDAS



Fig. 1. Realização da moldagem da cavidade anoftálmica com material denso.



Fig. 2. Realização da moldagem da cavidade anoftálmica com material fluido.

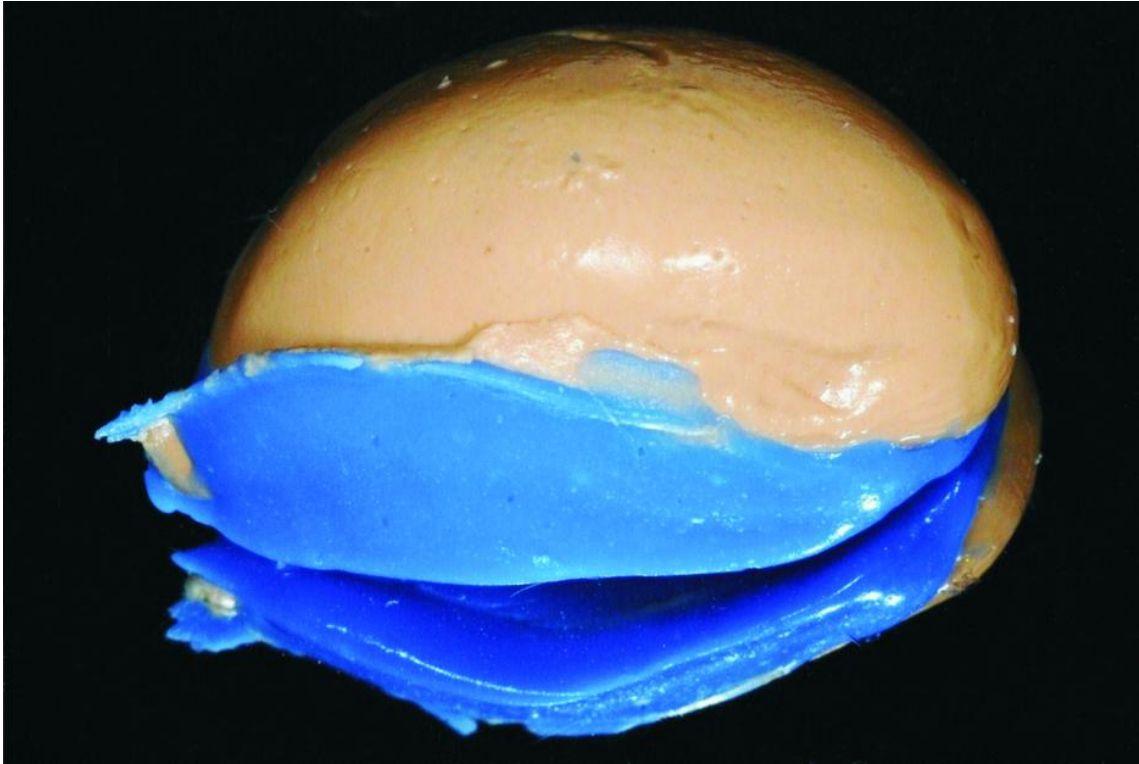


Fig. 3. Vista externa do molde da cavidade anoftálmica

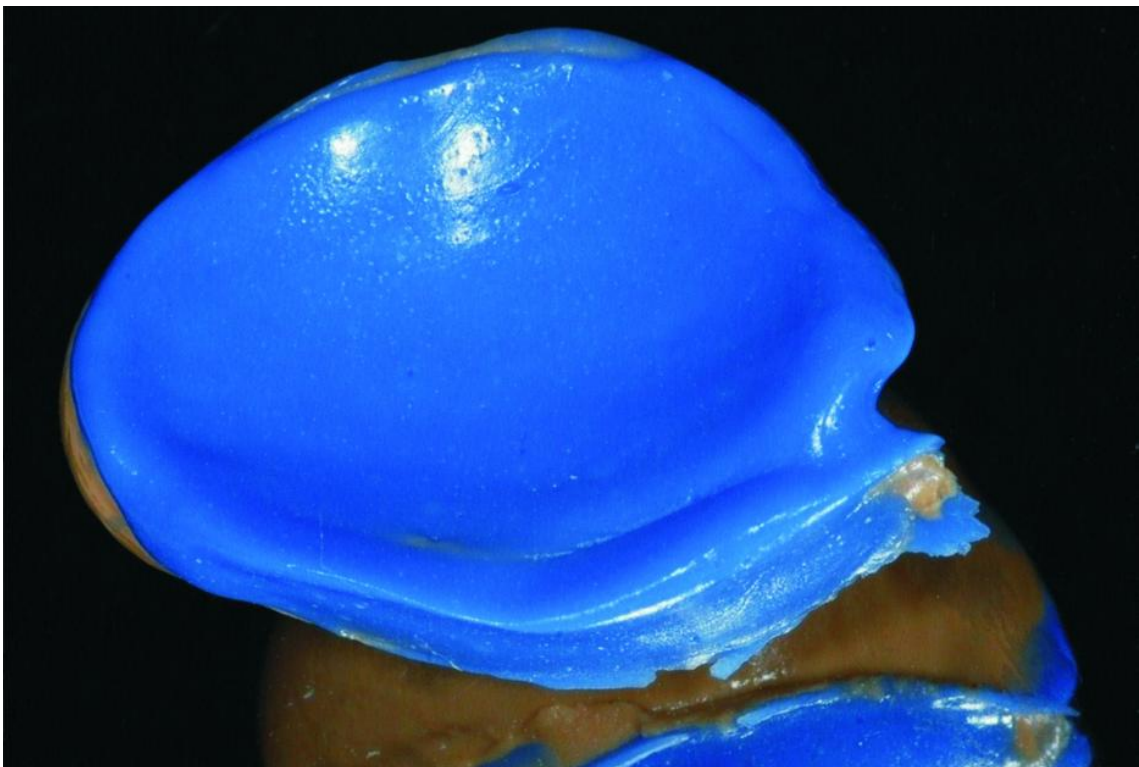


Fig. 4. Vista interna do molde da cavidade anoftálmica



Fig. 5. Vista externa da esclera artificial



Fig. 6. Vista interna da esclera artificial



Fig. 7. Vista frontal da prótese ocular confeccionada conforme a descrição do artigo.



Fig.8. Vista lateral da prótese ocular confeccionada conforme a descrição do artigo.