

TÉCNICAS DE REEMBASAMENTO PARA PRÓTESE TOTAL

TECHNIQUES FOR RELINING COMPLETE DENTURE

Marcelo Coelho **Goiato**¹
Daniela Micheline **dos Santos**¹
Rodrigo Antonio de **Medeiros**²
Marcela Borghi **Paulini**³
Henrique Rinaldi **Matheus**³

RESUMO

A reabsorção óssea alveolar é contínua ao longo da vida dos pacientes edêntulos, podendo gerar desadaptação das próteses durante a fala e mastigação. Uma alternativa para esta desestabilização é reembasamento da prótese, uma manobra que visa readaptar a base da prótese ao rebordo por meio da adição de uma camada de material compatível à superfície interna da prótese. Este procedimento pode ser direto, quando realizado no consultório, ou indireto quando confeccionado em laboratório protético. O objetivo deste estudo é apresentar as técnicas dos dois tipos de reembasamento para prótese total.

Unitermos: Prótese Total, Reembasadores de dentadura, Resina acrílica

INTRODUÇÃO

Apesar de a quantidade de extrações dentárias na clínica odontológica ter diminuído exponencialmente com o passar dos anos a reabilitação com próteses totais sempre foi muito utilizada¹. Contudo, após a instalação desse tipo de prótese, o processo de reabsorção óssea alveolar é ininterrupto ao longo da vida dos pacientes. Isto ocorre devido ao uso contínuo de prótese, a qual acaba perdendo parte das suas propriedades funcionais e se torna um motivo de preocupação ao seu usuário, podendo se desadaptar durante a fala e mastigação, causando desconforto e gerando pequenas ulcerações na mucosa².

Para que, em casos de desadaptação logo nos primeiros meses após a instalação da prótese, a mesma não seja perdida, o profissional pode lançar mão de alguns métodos de reembasamento³. O reembasamento é todo procedimento que permite ajustar a base de uma prótese aos tecidos que lhe dão acento, mediante a interposição de material que passa formar parte da base⁴. Pode ser realizado de forma direta (reembasamento imediato), quando executado em uma única sessão realizada no consultório, ou de maneira indireta (reembasamento mediato), no qual é realizada uma moldagem e o reembasamento é confeccionado em laboratório protético⁵.

Os temporários geralmente são confeccionados com material resiliente (“*soft liners*”) e devem permanecer na cavidade oral do paciente por um período curto de tempo⁶. Já os definitivos podem ser tanto mediatos quanto imediatos, sendo os imediatos realizados no consultório em apenas uma consulta e os mediatos envolvendo o dentista e o laboratório³.

O objetivo deste estudo é relatar a classificação dos reembasamentos e descrever a técnica de três métodos de reembasamento de próteses totais.

Classificação dos reembasamentos:

Os tipos de reembasamento são classificados em definitivos ou temporários. Os definitivos são divididos em métodos por adição e substituição.

Na técnica por adição incrementa-se algum material (resina acrílica rígida, resina *soft* definitiva ou silicone reembasador definitivo) à base de dentadura. O reembasamento por adição pode ser realizado na clínica (imediato) ou no laboratório protético (mediato) (Figura 1).

No reembasamento por substituição é realizada a troca do material que compõe a base protética ou dos dentes artificiais. Esse procedimento sempre será realizado em laboratório protético (mediato) (Figura 1).

Os reembasamentos temporários são realizados na clínica (imediato) interpondo uma camada de materiais resilientes (*softs*) resinosos ou a base de silicone. Esses materiais apresentam alta resiliência e são de curta duração (Figura 1).

Técnicas de reembasamento

Reembasamento definitivo por adição imediato e Reembasamento temporário

Pode ser usado material rígido (reembasamento definitivo por adição imediato) e materiais reembasadores resilientes definitivos (reembasamento definitivo por adição imediato) ou temporários (reembasamento temporário). Esses materiais resilientes também conhecidos como bases macias ou “*Soft Liners*”, formam

1 – Professor(a) do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

2 – Aluno de Doutorado do Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

3 – Aluno(a) de Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba

um grupo de materiais elásticos que diminuem o impacto da força mastigatória, sobre a mucosa^{2,6}. Os reembasamentos resilientes diretos são utilizados comumente nas instalações de próteses totais imediatas, após instalações de implantes ou de transição, durante a primeira fase de reabsorção óssea alveolar que ocorre nos primeiros três meses³. Os materiais rígidos são mais indicados para próteses com dimensão vertical de oclusão aceitável, porém apresentando falta de retenção. Esse tipo de material não libera calor durante sua polimerização, permitindo o contato com a fibromucosa.

Técnica

Após certificar ao tipo e necessidade de se realizar o reembasamento, Inicialmente deveremos realizar um alívio na prótese total ou, pois caso esta já possua algum material reembasador antigo ou alguma superfície irregular, deve-se retirá-los por completo com o auxílio de instrumentos aquecidos e/ou broca *maxicut* (Figura 2). Para o reembasador rígido é só acrescentá-lo na prótese e realizar a moldagem sempre em oclusão com o arco antagônico, o acabamento e polimento são similares aos descrito a seguir para os resilientes. No uso de reembasadores resilientes, alguns fabricantes recomendam o uso de um isolante próprio do fabricante na parte externa e nos dentes artificiais para evitar aderência do material reembasador nessas superfícies (Figura 2).

Após o preparo da prótese, manipulamos o material utilizado de acordo com a recomendação do fabricante (Figura 3). Quando este estiver na consistência adequada, aplica-se uma camada de 2 a 3 mm de espessura, com o auxílio de uma espátula (Figura 3). Toda a área da dentadura em contato com tecido mole deve ser recoberta⁵.

Após o preenchimento da prótese com o material reembasador resiliente este deve ser assentado na boca do paciente e este levado à oclusão normal (contato oclusal entre os arcos) (Figura 4). Devem-se realizar, com o paciente em oclusão, os movimentos funcionais de uma moldagem para o material copiar adequadamente as inserções musculares e seus movimentos, fornecendo maior retenção e estabilidade à prótese. Espera-se a presa completa do material de acordo com a recomendação do fabricante, sendo que esta é em torno de 5 minutos. Se possível, deixe o material polimerizar sobre a bancada por mais 10 minutos, fora da boca².

Após a remoção da prótese reembasada da boca e sua completa polimerização deve-se realizar o acabamento, retirando o excesso com algum instrumental aquecido (Figura 5). Algumas marcas trazem em seu kit brocas específicas para realizar o acabamento e polimento.

Após o procedimento de acabamento e polimento, instala-se a prótese e o paciente é liberado já com consulta agendada para troca do material reembasador.

Esse tempo varia de acordo com o fabricante, mas geralmente o material deve ser trocado todo mês.

Reembasamento definitivo por adição mediato

Este tipo de reembasamento é realizado de acordo com a necessidade do paciente e apresenta vantagens e desvantagens⁸, sendo algumas vantagens o controle sobre o material de moldagem e melhor acabamento e desvantagens o tempo e o envolvimento com um laboratório³.

Técnica:

A própria dentadura do paciente funciona como uma moldeira individual⁸, contudo em alguns casos desgastes se fazem necessários para a colocação do material de moldagem⁸ (Figura 6).

Após o desgaste, em alguns casos há a necessidade de realizar a moldagem de borda para melhor vedamento de toda periferia da prótese. Essa moldagem é realizada com godiva ou silicone de condensação laboratorial. O material deve se inserido, o paciente orientado a ficar em oclusão e realiza-se os movimentos funcionais para moldagem do fundo do vestibulo, inserções musculares e seus movimentos^{3,8}.

Em seguida se realiza uma moldagem utilizando pasta zinco-eugenólica ou algum material elástico de consistência fluida (silicone, poliéter, mercaptana etc.) sendo que o paciente deve estar impreterivelmente em oclusão (máxima intercuspidação)⁸ (Figura 7). No caso do uso de pasta zinco-eugenólica é importante que isole os dentes antagônicos com vaselina.

Após a obtenção do molde é realizado o travamento posterior por meio do posicionamento de cera utilidade plastificada sobre as regiões da moldeira correspondentes às fôveas palatinas e em seguida levá-la em posição na boca do paciente (Figura 8). Após esse procedimento realizam-se os testes de retenção.

Após a conclusão do molde este deve ser desinfetado com solução desinfetante (clorexidina 4%), em seguida lavado e encaminhado para o laboratório protético para inclusão em mufla e prensagem da resina acrílica termopolimerizável. Posteriormente, após a prótese finalizada (Figura 9) estará apta para ser instalada realizando ajustes oclusais e nas bases acrílicas quando necessários. Controles periódicos de ajustes da base acrílica e oclusais devem ser realizados até que o paciente se adapte a nova condição.

Reembasamento definitivo por substituição

Este tipo de reembasamento é realizado quando há uma falha na base protética, onde é necessária substituí-la. Dentre essas falhas, encontra-se porosidade na base protética e falta de material

visualizadas após a desinclusão, e quando, com o decorrer do uso clínico, há alteração de cor da base protética com os dentes permanecendo em bom estado em com a dimensão vertical de oclusão satisfatória. Essa técnica é exclusivamente indireta, ou seja, realizada no laboratório protético.

Técnica

Na grande maioria das vezes é necessária uma nova moldagem, utilizando a prótese deficiente (Figura 10 A), como descrita para técnica de reembasamento definitivo por adição. Após a moldagem é obtido um modelo de gesso. Sobre esse modelo confecciona-se uma base de prova em resina acrílica autopolimerizável.

A prótese deficiente deve ser montada no articulador para manutenção da dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente. Quando a prótese for mandibular, vaza-se o gesso no ramo superior do articulador, adaptando os dentes devidamente isolados com vaselina sobre o gesso. Após a completa cristalização é vazado o gesso do arco inferior sobre

o modelo mandibular obtido com a moldagem (Figura 10 B).

Quando a prótese deficiente for maxilar vaza-se inicialmente o gesso do ramo maxilar adaptando o modelo com a prótese. Após a cristalização, realiza-se o isolamento dos dentes com vaselina e o gesso é vazado no arco inferior do articulador até entrar em contato com os dentes isolados. Deve sempre se atentar para que o pino do articulador esteja na marcação “zero” para obter o paralelismo entre os ramos e manutenção da DVO.

Após a montagem no articulador, a base protética deficiente é recortada (Figura 10 C) e os dentes adaptados sobre as marcações no gesso do articulador. Uma base de prova é confeccionada sobre o modelo e no espaço entre os dentes e o modelo com a base de prova é inserida cera. Uma nova escultura da cera é realizada (Figura 11A) e, posteriormente realizada a prova estética e funcional na boca do paciente, após a aprovação tanto do paciente quando do profissional ela é incluída em mufla, polimerizada com resina termo e finalizada com polimentos (Figura 11 B e C).

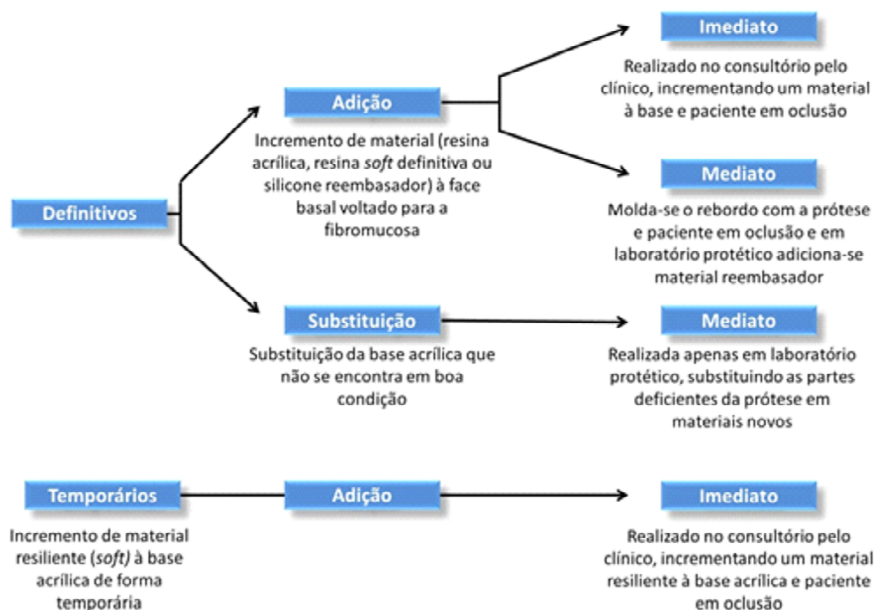


Figura 1: Esquema da classificação dos tipos de reembasamento



Figura 2: (A) prótese total com material reembasador antigo; (B) prótese total após remoção do material antigo; (C) aplicação de isolante próprio da marca

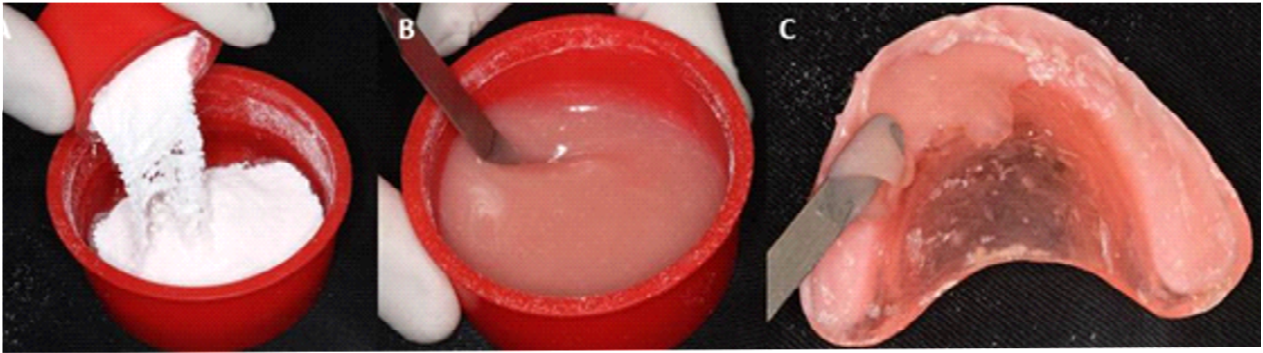


Figura 3: (A) e (B) manipulação do material reembasador de acordo com as instruções do fabricante; (C) Distribuição do material manipulado sobre a face interna da prótese.



Figura 4: Introdução da prótese na boca do paciente em oclusão, aguardando a presa final do material, mantendo assim a dimensão vertical de oclusão.

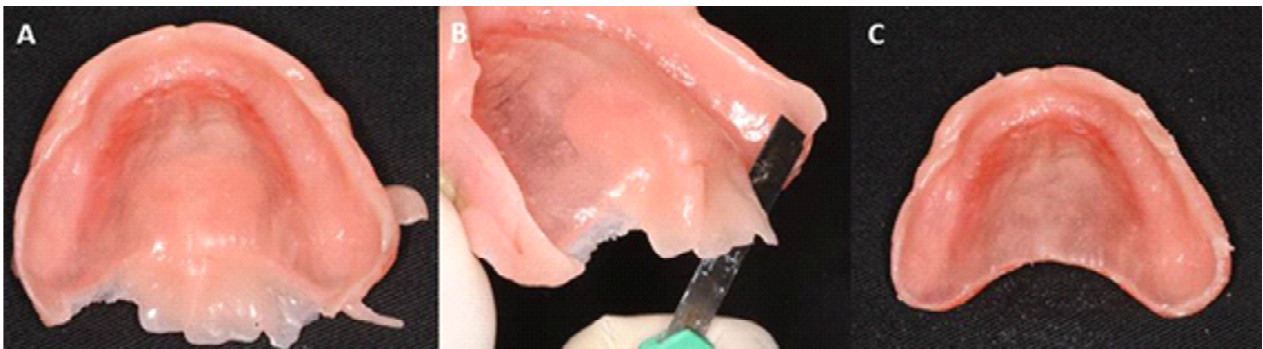


Figura 5: (A) prótese após presa do material; (B) acabamento com instrumental aquecido; (C) prótese finalizada.

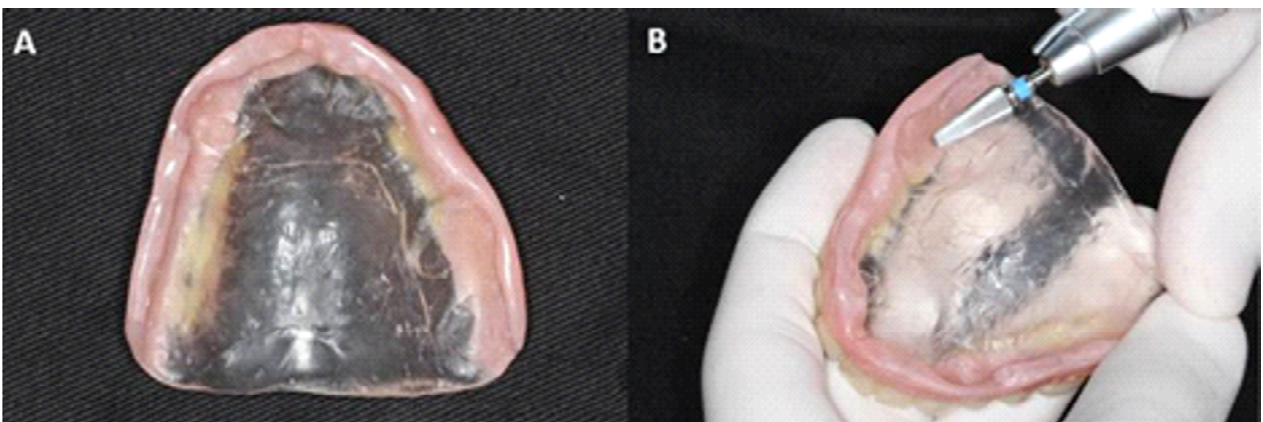


Figura 6: (A) prótese total mal adaptada; (B) desgaste com auxílio de broca *maxicut*.

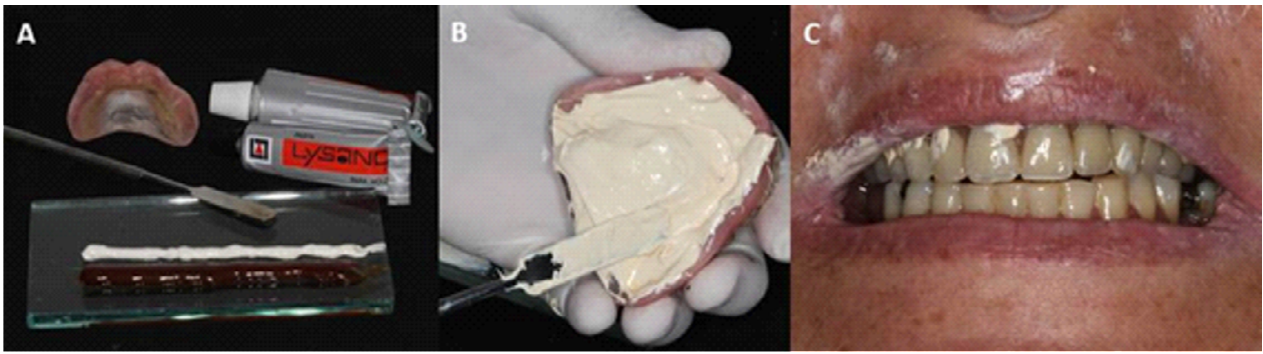


Figura 7: (A) e (B) pasta zinco-eugenólica deve ser manipulada de acordo com as instruções do fabricante e inserida na prótese; (C) prótese inserida na boca do paciente e este deve ser orientado a permanecer em oclusão

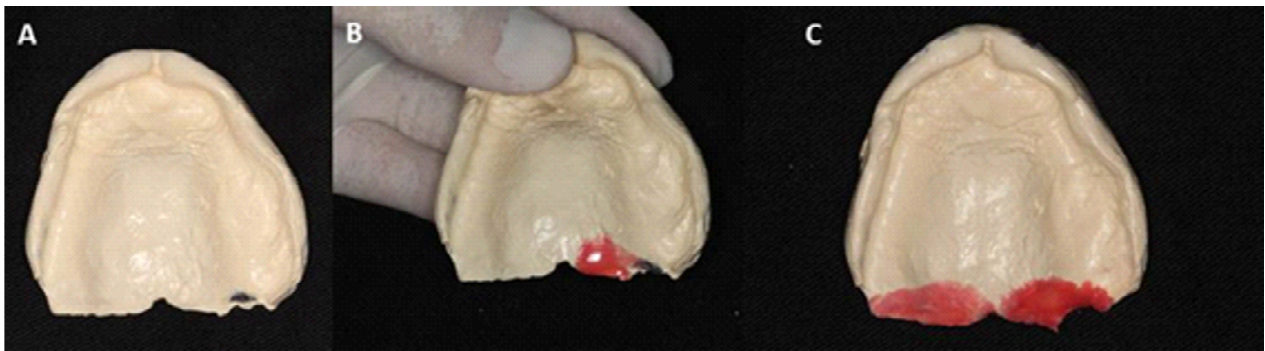


Figura 8: (A) Moldagem com pasta zinco-eugenólica; (B) e (C) adaptação da cera utilidade plastificada sobre as regiões correspondentes às fôveas palatinas



Figura 9: (A), (B) e (C) prótese reembasada finalizada.

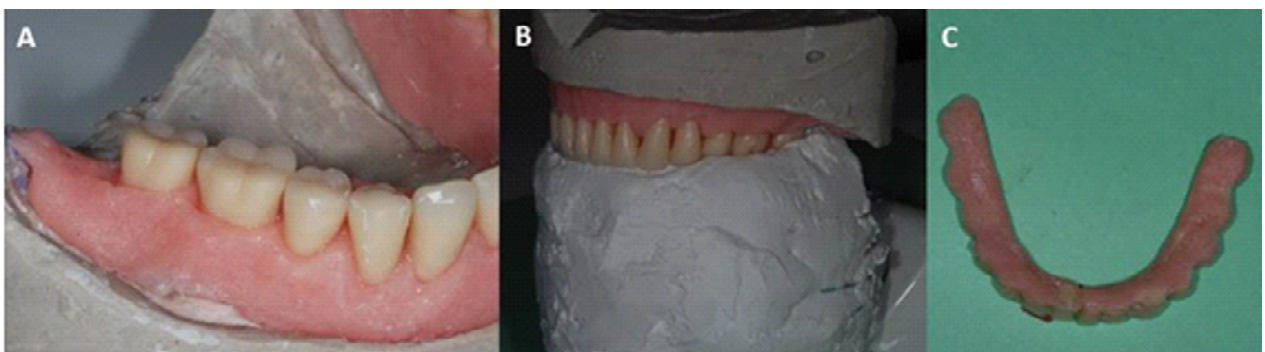


Figura 10 – (A) base mandibular com falta de material; (B) montagem do modelo obtido após a moldagem no articulador; (C) base acrílica recortada, preservando os dentes.

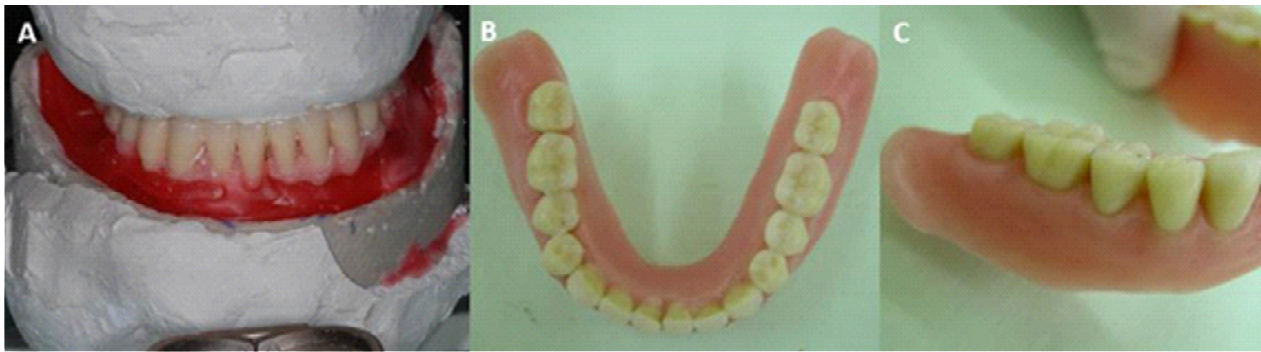


Figura 11 – (A) encaixe da nova base protética para prova em boca; (B) e (C) prótese finalizada com nova base protética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes edêntulos estão sujeitos a uma gama de fatores que podem levar a uma desadaptação da prótese total. Essa situação pode ser revertida pela técnica do reembasamento direto ou indireto. As duas técnicas são viáveis, eficientes e de fácil execução, sendo que a primeira tem um período de curta duração e a segunda é definitiva para aquela situação. Cabe ao cirurgião dentista avaliar as condições do paciente e realizar a escolha de acordo com as indicações de cada técnica.

ABSTRACT

Alveolar bone resorption is continuous throughout the life of edentulous patients, the prosthesis mismatch can generate during speech and chewing. An alternative to this would be to destabilize the denture relin, a maneuver which aims to readjust the denture base to the rim by the addition of a plastic film to the inner surface of the prosthesis material. This procedure may be direct, when performed in the clinic, or indirect when made in prosthetic laboratory. The aim this study is to demonstrate the technical of two relin for denture.

UNITERMS: Denture, Denture liners, acrylic resins

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
2. Cunha VPP, Marchini L. *Prótese total contemporânea na reabilitação bucal*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
3. Turano JC, Turano LM. *Fundamentos de prótese total*. 8ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007

4. Saizar, P. *Prostodoncia Total*. Buenos Aires: Mundi; 1972
5. Brevilieri EA, Gordilho AC, Raposo CAM, Sanches MJ, Sanches ML. Reembasamento direto de prótese total com resina rígida. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2004;58(5):370-373.
6. Goiato MC, Guiotti AM, Ribeiro PP, Santos DM, Antenucci RMF. Materiais reembasados res: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. *Cienc Odontol Brasil* 2007. 10(3): 44-52.
7. Telles DM. *Protése Total – Convencional*. ed. 1/ 2011. São Paulo: Ed. Santos; 2011
8. Tamaki T. *Dentaduras completas*. 3 ed. São Paulo. São Paulo: Ed. Sarvier; 1979

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

PROF. MARCELO COELHO GOIATO
 Email: goiato@foa.unesp.br
 Faculdade de Odontologia de Araçatuba
 Departamento de Materiais
 Odontológicos e Prótese.
 Rua José Bonifácio 1193, CEP 16015-050 -
 Araçatuba - SP

