

CORREÇÃO DO SELAMENTO POSTERIOR EM PRÓTESE TOTAL SUPERIOR

CORRECTION OF POSTERIOR SEALING IN MAXILLARY COMPLETE DENTURE

Angélica Maroli¹
Aloisio Oro Spazzin²
Atais Bacchi³

RESUMO

O processo de reabsorção óssea alveolar é contínuo ao longo da vida dos pacientes edêntulos, podendo causar desadaptações das próteses durante a fala e a mastigação. Em alguns casos o vedamento posterior fica insatisfatório permitindo a passagem de ar entre a base da prótese e a mucosa e assim a prótese fica sem retenção e estabilidade. Diante disso, o objetivo do presente trabalho é mostrar uma técnica através de um caso clínico de como pode ser feita a correção do selamento posterior para melhorar a retenção da prótese, principalmente em pacientes com limitações financeiras para confeccionar uma prótese nova. A técnica foi realizada com resina acrílica direto no consultório e em uma única sessão sem demandar uma etapa laboratorial e o paciente não precisou retornar para casa sem a prótese. A correção do selamento posterior é recomendada por ser uma técnica de fácil execução, com o selamento realizado o paciente terá uma melhora na retenção na prótese ajudando na mastigação e na fonação até ele ter condições financeiras para uma confeccionar uma nova prótese.

Palavras-chave: Reembasamento de dentadura; Prótese total; Materiais Dentários.

INTRODUÇÃO

A perda de dentes continua sendo um grave problema de saúde na população brasileira, segundo estudos epidemiológicos 63,1% dos indivíduos com idade entre 65

¹ Mestre, Faculdade Meridional – IMED, Passo Fundo, RS, Brasil.

² Doutor, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado, Faculdade Meridional – IMED, Passo Fundo, RS, Brasil.

³ Doutor, Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Mestrado, Faculdade Paulo Picanço - FACPP, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: atais.bacchi@facpp.edu.br

a 74 anos usam próteses totais bimaxilares (1,2). O edentulismo total afeta a condição de saúde bucal de adultos e idosos. E as funções mastigatória, digestiva, fonética e estética interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo e no seu

relacionamento com outras pessoas, implicando em alterações do comportamento social, emocional e psicológico (3). Sendo assim, a reabilitação protética poderá solucionar um ou mais destes problemas, devendo atender as necessidades do paciente (4). Durante o tratamento, a prótese total é ajustada aos tecidos de suporte para favorecer a retenção, estabilidade e conforto. Os procedimentos clínicos e laboratoriais são necessários durante a confecção de uma prótese total (5,6,7). O exame inicial é a coleta das informações que vão orientar na determinação do plano de tratamento. São usadas três estratégias para a coleta de dados: 1. questionamento sobre o estado de saúde do paciente; 2. exames clínicos intra e extra-orais; e 3. exames complementares. A moldagem anatômica reproduz os detalhes anatômicos, o contorno da área chapeável, avalia as inserções musculares com ela se obtém o modelo de estudo sobre o qual será confeccionado a moldeira individual (8,9,10).

Após essa etapa é realizado a moldagem funcional com o auxílio de uma moldeira individual feita a partir do modelo inicial. O principal objetivo do uso de uma moldeira individual está na determinação dos limites da área chapeável, de acordo com a fisiologia dos elementos anatômicos, obtendo um vedamento em toda a periferia da base da prótese, que promove o confinamento de uma película de saliva, gerando a retenção da prótese à mucosa por ação das forças de coesão, adesão e pressão atmosférica.

A moldagem funcional pode ser realizada com um elastômero, porém é necessário ter espaço para o material, caso contrário a borda da moldeira empurrará a godiva contra as inserções tissulares no fundo de vestibulo e conseqüentemente a prótese irá deslocar e terá formação de úlceras traumáticas e hiperplasias. A etapa de base de prova e plano de orientação são cruciais para uma boa prótese. Nesta etapa é definido o suporte labial, altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal, linha

média e principalmente a dimensão vertical e a escolha do formato e cor dos dentes (11). A estética de uma prótese depende do posicionamento natural dos dentes (12).

Antes da entrega da prótese, deve-se verificar a presença de superfícies irregulares ou bordas afiadas que devem ser removidas para evitar a formação de lesões na mucosa (13). As flanges estendidas demais interferem na inserção da base da prótese e na área de suporte (14), áreas muito estendidas podem ser identificadas por meio de movimentos da musculatura facial durante a fala, sorriso, boca aberta e deglutição (15). O ajuste dos contatos oclusais deve ser realizado após adaptação confortável da prótese total na boca. A retenção é definida como resistência às forças verticais e de torção ou uma força contrária à adaptação da dentadura (13,16). Além disso, estabilidade pode ser definida como a resistência de uma prótese em permanecer em posição quando submetida a forças horizontais e rotacionais. Assim, uma prótese total que se desloca durante a mastigação pode apresentar estabilidade inadequada (13).

Após a inserção da dentadura, o paciente deve comer alimentos moles de tamanho pequeno e mastigar bilateralmente (13). Alimentos duros podem levar a movimentos 'impróprios' que geram sobrecarga sobre a crista óssea e lesões na mucosa alveolar (13). Um período de 6 a 8 semanas é necessário para permitir o uso satisfatório com as novas próteses, pois este período tem o potencial de estabelecer novos padrões de memória para os músculos mastigatórios (13, 17, 18).

O paciente deve ser instruído sobre a higiene bucal adequada para manter a saúde do tecido já que a falta de higiene gera acúmulo de placa, cálculo e manchas. A placa é um fator etiológico para estomatite protética, hiperplasia inflamatória, candidíase crônica e mau hálito (19, 20).

É importante higienizar não apenas a prótese, mas também a mucosa e a superfície dorsal da língua. Portanto, uma escova de dentes macia e um dentífrico pouco abrasivo são frequentemente recomendados, pois os abrasivos podem gerar sulcos e perda de acabamento das próteses, o que pode favorecer o acúmulo de placa e tornar a higiene mais difícil (20).

A retenção e estabilidade deficientes estão entre as principais queixas dos usuários de prótese total em relação à mastigação. Estudos mostraram que várias

condições bucais e a qualidade da prótese podem afetar a eficiência mastigatória (21, 22, 23).

De acordo com Yoshizumi (21) a qualidade das próteses tende a diminuir substancialmente com o tempo. O problema com a mastigação tende a aumentar a partir do quarto ano e principalmente a partir do oitavo ano de uso. A substituição de próteses desgastadas por novas que ofereçam oclusão balanceada, retenção e estabilidade satisfatórias parecem aumentar significativamente a eficiência mastigatória (24).

Um estudo realizado por Ribeiro (25) teve como objetivo investigar a influência da qualidade da prótese total e dos anos de uso da prótese na eficiência mastigatória e a relação entre a qualidade da prótese total e os anos de uso. Foi realizado um estudo transversal conduzido com 93 pacientes edêntulos (idade média: 65,6 anos) usando próteses dentárias mandibulares e maxilares. Os pacientes foram classificados em duas categorias de acordo com os anos de uso da prótese: ≤ 2 anos e ≥ 5 anos. Foi concluído que a qualidade da prótese total e a eficiência, mastigatória diminuíram significativamente ao longo do tempo. No entanto, a qualidade da prótese total não influenciou a eficiência mastigatória.

Com a descoberta da osseointegração os implantes dentários evoluíram para ser uma terapia comum para resolver problemas relacionados à estabilidade e retenção das próteses, bem como substituir dentes ausentes (26,27,28), melhorando a função mastigatória, a autoestima e a autoimagem (29). Entretanto, a indicação de próteses sobre implantes osseointegráveis pode esbarrar em limitações financeiras, psicológicas, anatômicas e cirúrgicas (11).

Diante desses fatores, a confecção da prótese total mucossuportada ainda é bastante utilizada e ajuda a resolver os problemas dos pacientes. Porém, a retenção e estabilidade dessas próteses são consideradas os pontos mais críticos desse tipo de tratamento e podem ser influenciadas por muitos fatores, tais como a qualidade e quantidade de saliva, ação da musculatura e a oclusão.

Além disso, nem sempre se consegue as condições ideais de retenção e estabilidade em função de fatores desfavoráveis como anatomia do rebordo residual e da mucosa, problemas de coordenação neuromuscular ou de intolerância ao uso de

próteses por parte do paciente (30). Em alguns casos o vedamento posterior fica insatisfatório permitindo a passagem de ar entre a base da prótese e a mucosa e assim a prótese fica sem retenção (11). Diante disso, o objetivo do presente trabalho é mostrar uma técnica através de um caso clínico de como pode ser feita a correção do selamento posterior para melhorar a retenção da prótese.

RELATO DO CASO

O presente relato de caso clínico foi executado em uma paciente do sexo feminino N. J., 55 anos, qual procurou atendimento relatando que a prótese total superior estava sem retenção. Foi realizado exame anamnésico e clínico e percebido que havia um espaço na região posterior na prótese que permitia a passagem de ar deixando a prótese sem retenção e estabilidade. A paciente utilizava a mesma prótese há 10 anos (figura 1 e 2), foi sugerido a confecção de uma nova prótese, porém a paciente apresentava limitação financeira e não iria conseguir fazer no momento. Então, foi realizado a correção do selamento posterior.



Figura 1 - Prótese total inicial vista anterior.



Figura 2 - Prótese total inicial.

Correção do vedamento posterior

O selamento posterior é uma região complexa e de abordagem subjetiva devido à falta de elementos anatômicos que o delimitem claramente. Através da compressão dos tecidos moles existentes na zona de transição do palato duro para o palato mole, consegue-se o vedamento posterior da prótese que vai resistir às forças de deslocamento, especialmente no sentido horizontal (11).

O limite posterior da base da prótese caracteriza-se por uma linha contínua imaginária que une a chanfradura pterigomaxilar de um lado ao outro passando pelo palato mole (figura 3) (4).



Figura 3 - Limite entre palato duro e mole (4).

Inicialmente foi asperizada a parte posterior da prótese com fresa (Tarja vermelha Pm 1517, Edenta), após foi utilizado uma godiva em bastão (Kerr). Como vantagens, a godiva possui fluidez adequada para exercer mínima pressão sobre os tecidos quando plastificada, boa adesividade a moldeira, rigidez adequada após resfriada (permitindo a verificação do grau de retenção obtido), boa estabilidade dimensional a temperatura bucal, resistente para ser colocada e retirada em rebordos com áreas retentivas em mucosa, pode realizar acréscimos ou subtrações do material e rapidez no processo de moldagem. A godiva foi aquecida em uma lamparina e levada na região posterior da prótese e levada em boca fazendo pressão na prótese sobre o rebordo/palato (figura 4).



Figura 4 - Vedamento posterior com godiva.

Após, foi utilizado 5 porções de silicone de condensação pesada (Clonage), manipulada conforme instruções do fabricante para realizar a moldagem da prótese na parte interna (figura 5).



Figura 5 - Moldagem no interior da prótese.

Foi aguardado o tempo de polimerização do material e a prótese total foi removida de dentro do molde (figura 6).

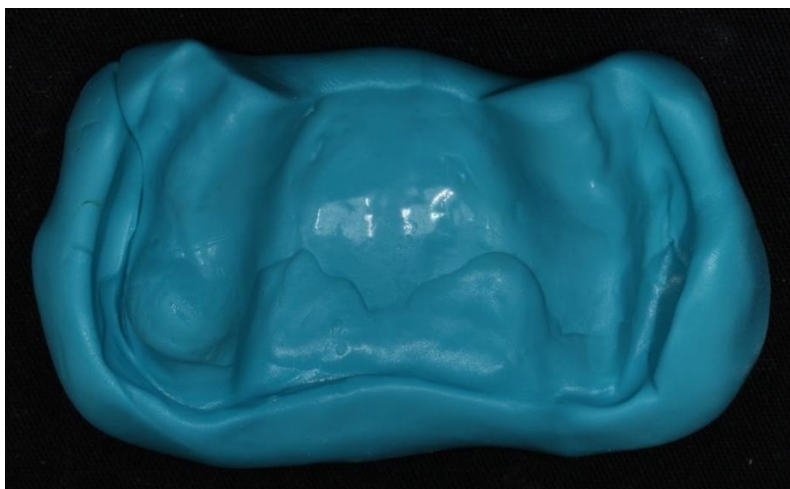


Figura 6 - Molde com a demarcação do espaço aonde foi adicionado godiva na prótese.

Foi removida a godiva da prótese com o auxílio de uma espátula lecron (Golgran), colocado inicialmente 20 gotas do líquido do acrílico (Jet) no pote Dappen e adicionado em seguida o pó incolor (Jet) gradativamente. Quando o acrílico estava

na fase fibrilar foi colocado sobre o molde de silicone com o auxílio da espatula nº 50 (Golgran) na região do vedamento posterior, foi passado líquido de acrílico com um pincel na região posterior da prótese para haver uma boa união do material com a prótese e em seguida a prótese foi levada em posição sobre o molde (figura 7). Foi aguardado a presa final do acrílico, após a prótese foi removida de dentro do molde (figura 8).

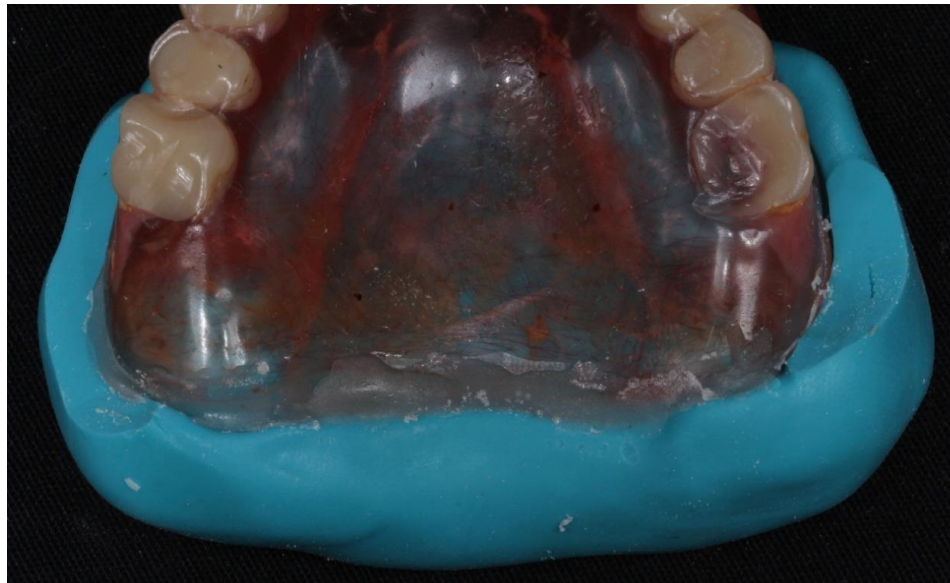


Figura 7 - Prótese sobre o molde com acrílico.

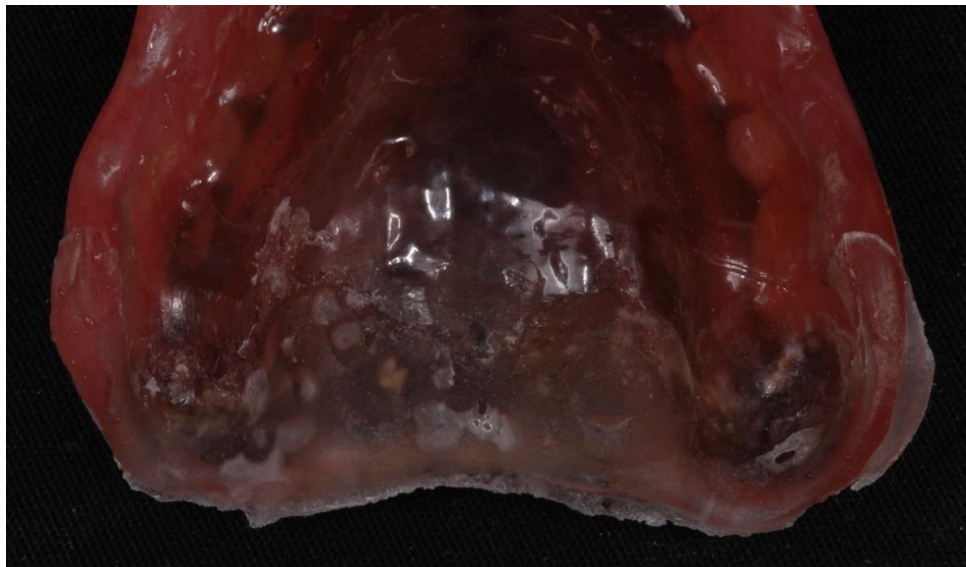


Figura 8 - Prótese após a presa final do acrílico.

Foi realizado o polimento inicialmente com fresa (Tarja vermelha Pm 1517, Edenta) e feito o polimento com os polidores de cor verde, cinza e bege (Odontomega) (figura 9 A e B). A prótese foi entregue para a paciente e apresentou um bom vedamento.



Figura 9 - Prótese total após acabamento e polimento.



Figura 9B - Prótese total após o finalizado o vedamento posterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A correção do selamento posterior é recomendada por ser uma técnica de fácil execução, requer menos tempo e, durante sua realização o paciente não necessita ficar sem a prótese. Com o selamento realizado o paciente terá uma melhora na retenção na prótese ajudando na mastigação e na fonação até ele ter condições financeiras para confeccionar uma nova prótese.

REFERÊNCIAS

1. Souza SE, Cavalcanti NP, Oliveira LV, Meyer GA. Prevalência de distúrbios temporomandibulares em indivíduos desdentados reabilitados com próteses totais convencionais. Rev Odontol UNESP. 2014;43:105-10.
2. Oliveira NP, Jórias RP, Rossoni RD, Jórias RM. Evaluation of the maladaptation of the test base in acrylic resin regarding the technique of preparation, place of measurement and storage time. Rev. Odontol. UNESP. 2018;47:51-56.
3. Trentin LM, Reginato VF, Maroli A, Borges RTM, Spazzin AO, Bacchi A. Determinação da dimensão vertical de oclusão em prótese total: revisão de literatura e relato de caso clínico. J Oral Inves. 2016;5:50-60.
4. Goiatto MC, Dos Santos DM, Silva EVF. Como realizar o selamento periférico e a moldagem funcional? Revista Odontológica de Araçatuba. 2013;34:14-19.
5. Levin B. The status and practice of complete dentures – a personal view. J Calif Dent Assoc. 1991;19:40–43.
6. De Baat C, Van Aken AA, Mulder J, Kalk W. “Prosthetic condition” and patients’ judgment of complete dentures. J Prosthet Dent. 1997;78:472–478.
7. Goiato MC, Genneri Filho H, Dos Santos DM, Barão VAR, Freitas Júnior AC. Insertion and follow-up of complete dentures: a literature review. Gerodontologia. 2011;3:197-204.
8. Eduardo JVP, Kaufmann MFA, Zanetti AL. Moldagem anatômica em prótese total. Rev Fac Odontol FZL. 1991;3:83-90.
9. Zarb GA, Bolender CL, Hickey JC, Carlsson GE. Boucher’s prosthodontic treatment for edentulous patients. 10. ed. Saint Louis: Mosby; 1990.
10. Telles D, Hollweg H, Castellucci L. Prótese total convencional e sobre implantes. 1ª edição. São Paulo, Livraria Santos Editora, 2003.

11. Telles D. Individualização do Plano de Orientação Inferior. O restabelecimento da Posição Mandibular. Prótese Total – Convencional e sobre Implantes. 2a reimpressão. São Paulo, Santos, 2011. p.189-195.
12. Pound E. Conditioning of denture patients. J Am Dent Assoc. 1962;64:461–468.
13. Zarb GA, Bolender CL. Prosthodontic Treatment for 200. Edentulous Patients. Complete Dentures and Implant-Supported Protheses, 20th edn. St. Louis: Mosby, 2004.
14. Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Instalação de prótese total: uma revisão. Rev Odontol UNESP. 2006;35:53-60.
15. Kivovics P, Jáhn M, Borbély J, Márton K. Frequency and location of traumatic ulcerations following placement of complete dentures. Int J Prosthodont. 2007;20:397–401. [L1] [SÉP]
16. Marton K, Boros I, Fejerdy P et al. Evaluation of unstimulated flow rates of whole and palatal saliva in healthy patients wearing complete dentures and in patients with Sjogren's syndrome. J Prosthet Dent 2004;91:577–581.
17. Goiato MC, Garcia AR, dos Santos DM. Electro-myographic evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in resting position and during maximum tooth clenching of edentulous patients before and after new complete dentures. Acta Odontol Latinoam. 2007;20:67–72.
18. Goiato MC, Garcia AR, dos Santos DM. Electro-myographic activity of the mandible muscles at the beginning and end of masticatory cycles in patients with complete dentures. Gerontology. 2008;54:138–143.
19. Kanli A, Demirel F, Sezgin Y. Oral candidosis, denture cleanliness and hygiene habits in an elderly population. Aging Clin Exp Res. 2005;17:502–507. [L1] [SÉP]
20. Salles AE, Macedo LD, Fernandes RA et al. Comparative analysis of biofilm levels in complete upper and lower dentures after brushing associated with specific denture paste and neutral soap. Gerodontology. 2007; 24:217–223.
21. Yoshizumi DT. An evaluation of factors pertinent to the success of complete denture service. J Prosthet Dent 1964;14:866–878. [L1] [SÉP]
22. Manly RS, Vinton P. A survey of the chewing ability of denture wearers. J Dent Res 1951;30:314–321. [L1] [SÉP]

23. Renaud M, Mercier P, Vinet A. Mastication after surgical re-^[L]_[SEP]construction of the mandibular alveolar ridge. *J Oral Rehabil.* 1984;11:79–84. ^[L]_[SEP]
24. Gunne HS, Bergman B, Enbom L, Högström J. Masticatory efficiency of complete denture patients. A clinical examination of potential changes at the transition from old to new denture. *Acta Odontol Scand.* 1982;40:289–297. ^[L]_[SEP]
25. Ribeiro JAM, Resende CMBM, Lopes ALC, Mestriner Jr W, Roncalli AG, FariasNeto A, Carreiro AFP. Evaluation of complete denture quality and masticatory efficiency in denture wearers. *Int J Prosthodont.* 2012;25:625-30.
26. Vissink A, Spijkervet F, Raghoobar GM. The medically compromised patient: Are dental implants a feasible option? *Oral Dis.* 2018;24:253-60.
27. Zygiannis k, Aartman IH, Parsa A, Tahmaseb A, Wismeijer D. Implant Mandibular Overdentures Retained by Immediately Loaded Implants: A 1-Year Randomized Trial Comparing the Clinical and Radiographic Outcomes Between Mini Dental Implants and Standard-Sized Implants. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2017;32:1377-88.
28. Manor Y, Simon R, Haim D, Garfunkel A, Moses O. Dental implants in medically complex patients-a retrospective study. *Clin Oral Investig.* 2017;21:701-08.
29. Jemt T, Nilsson M, Olsson M, Stenport VF. Associations Between Early Implant Failure, Patient Age, and Patient Mortality: A 15-Year Follow-Up Study on 2,566 Patients Treated with Implant-Supported Protheses in the Edentulous Jaw. *Int J Prosthodont.* 2017;30:189-97.
30. Dervis E, Tuncer E. Long-term evaluations of temporomandibular disorders in patients undergoing orthognathic surgery compared with a control group. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology.* 2002;94:554-560.

