

Reembasamento direto para prótese total: uma alternativa simples e eficiente – relato de caso clínico

Chairside reline for complete dentures: a simple and efficient alternative – a clinical report

Raphaela Juvenal da Silva¹
Michellini Sedycias de Queiroz¹
Zélia de Albuquerque Seixas²
Walter Simões Borba Júnior³
Juliane Azevedo Ribeiro⁴

1 Cirurgiã-dentista, aluna do Mestrado em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

2 Doutora em Odontologia Preventiva e Social, Professora do Departamento de Prótese de Cirurgia Buco-Facial da Universidade Federal de Pernambuco.

3 Mestre em Prótese Dentária.

4 Cirurgiã-dentista.

Correspondência:

Zélia de Albuquerque Seixas:
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
Cidade Universitária, Recife-PE
CEP: 50670-901
e-mail: zelinhasseixas@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de reabsorção óssea alveolar é ininterrupto ao longo da vida dos pacientes edêntulos. Devido ao uso contínuo de prótese, esta perde parte de suas propriedades funcionais e passa a se tornar um motivo de preocupação para o seu usuário, pois ela tende a desadaptar durante a fala e a mastigação, causando desconforto e até gerando pequenas ulcerações na mucosa¹. Portanto, é fundamental para os usuários de prótese dentária, que as

relações maxilo-mandibulares estejam adequadas, possibilitando uma adaptação fisiológica dos tecidos ao elemento protético, a fim deste atuar harmonicamente com o sistema estomatognático^{2,3}. Essa desestabilização e falta de retenção do aparelho protético não implica necessariamente a sua substituição, mas pode ser revertida através de reembasamento, que é uma manobra única, objetivando readaptar a base da prótese ao rebordo alveolar através da adição de um filme de material plástico à superfície

RESUMO

O processo de reabsorção óssea alveolar é contínuo ao longo da vida dos pacientes edêntulos, podendo causar desadaptação das próteses durante a fala e mastigação. Uma solução alternativa para esta desestabilização seria o reembasamento da prótese, uma manobra que visa readaptar a base da prótese ao rebordo através da adição de um filme de material plástico à superfície interna da prótese. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de paciente, homem, idoso, edêntulo bimaxilar, que procurou a Clínica de Prótese da Universidade Federal de Pernambuco queixando-se de não conseguir usar a prótese total inferior por falta de adaptação, causando-lhe isso prejuízos funcionais e estéticos. A técnica indicada foi o reembasamento direto com resina do tipo rígida, pois este material apresenta qualidades superiores quando comparados às resinas resilientes como: menor liberação de calor, maior estabilidade de cor menor porosidade e maior durabilidade. O reembasamento foi realizado em única sessão e o paciente deixou a clínica com as próteses adaptadas. Baseando-se na melhora considerável da mastigação e fonação do paciente, recomenda-se o reembasamento direto por ser uma técnica simples, de fase única, com excelentes resultados para usuários de prótese total.

Palavras-chave: reembasamento de dentadura, prótese total, materiais dentários

ABSTRACT

The process of alveolar bone resorption is continuous throughout life of edentulous patients. It may cause disagreement of prostheses during the talk and chew. An alternative solution for this destabilization would be the relining, a maneuver that aims to adapt the denture base to the alveolar ridge by adding a plastic film at the inner surface of the prosthesis. The objective of this paper is to present a case of a patient, man, elderly, edentulous, who sought the Clinic of Prosthesis of the Pernambuco Federal University griping was unable to use the lower complete denture due to the lack of adjustment, causing functional and aesthetic damage. The technique indicated was the chairside relining with hard resin, because this material presents better qualities when compared with resilient resins as: lower heat release, greater color stability, less porosity and greater durability. The relining was carried out in single session and the patient left the clinic with the prosthesis adjusted. Based on the considerable improvement of chewing and speech for the patient, chairside relining is recommended, because it is a simple technique that has unique phase and provides excellent results for users of complete dentures.

Key words: denture rebasing, complete denture, dental materials

interna da prótese^{4,5}.

Algumas situações sugerem a realização do reembasamento como: próteses imediatas; próteses de pacientes que, por problemas sociais ou médicos, não podem se deslocar até o consultório; próteses de pacientes de baixa renda, desde que a indicação seja precisa, entre outros⁶. No entanto, em determinados casos o reembasamento torna-se contra-indicado como quando ocorre grande reabsorção óssea, presença de disfunções têmporo-madibulares, dores orofaciais, mucosa de suporte inflamada ou hiperplásica, grandes desgastes dentários, mal posicionamento dos dentes artificiais, contatos prematuros ou interferências, perda de dimensão vertical maior que 3mm e falta de espaço interoclusal⁷.

Um material reembasador deve apresentar as seguintes propriedades: biocompatibilidade, estabilidade dimensional, ser insípido, inodoro, ter boa força de adesão à base da prótese e não sofrer alteração de cor^{5,8}.

O reembasamento pode ser realizado de maneira direta (reembasamento imediato), quando executado em única sessão realizada no consultório, ou de maneira indireta (reembasamento mediato), na qual o processo é realizado em laboratório. Existem no mercado resinas resilientes e resinas rígidas para reembasamento direto⁵.

Os materiais reembasadores resilientes, também conhecidos como bases macias ou "soft liners" formam um grupo de materiais elásticos que diminuem o impacto da força mastigatória sobre a mucosa de revestimento, podendo ser utilizados temporariamente ou com um caráter mais permanente. Aplicados temporariamente à superfície interna da prótese, permitem uma melhor distribuição das cargas sobre os tecidos de suporte, promovendo sua recuperação e restaurando as condições ideais para que se possa fazer uma moldagem. Seu uso está associado a um controle clínico rigoroso, uma vez que a característica resiliente do material se perde com o tempo, tornando-o rígido, podendo levar a alterações teciduais indesejáveis, efeito oposto ao inicialmente pretendido. Os benefícios de seu uso são indiscutíveis, porém a deterioração e a necessidade de substituições, com o passar do tempo, devem indicar a classificação destes materiais como semi-permanentes, ao invés de permanentes, como muitos fabricantes indicam^{9,10,11,12}.

Além disso, os freqüentes descolamentos entre os materiais resilientes e a base da prótese também diminuem o tempo de vida útil das próteses. A penetração de fluidos orais carregados de bactérias, moléculas e íons entre o material reembasador e a base protética é um importante fator a ser considerado nesse descolamento que resulta na freqüente necessidade de reposição do material resiliente¹³.

As resinas rígidas, também chamadas de "hard liners", possuem qualidades superiores que dão ao reembase um menor pico de liberação de calor, menor porosidade, maior estabilidade de cor e, principalmente apresentam uma maior adesão à base da prótese, conferindo-lhe assim uma maior durabilidade⁵.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de reembasamento direto com resina do tipo rígida realizado em sessão única na Clínica de Prótese da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, idoso, edêntulo bimaxilar, procurou a Clínica de Prótese da UFPE queixando-se de não conseguir usar a prótese total inferior por falta de adaptação da mesma, causando-lhe isso prejuízos funcionais e estéticos. Após a verificação das queixas do paciente, concluiu-se que a técnica mais indicada seria o reembasamento direto, pois a prótese tinha pouco tempo de uso, estava em boas condições (Fig. 1) e não apresentava movimento de báscula quando acomodada sobre o rebordo do paciente. O material reembasador escolhido foi a resina rígida da marca Kooliner, fabricante G. C. América Inc. (Fig. 2). A técnica seguiu os seguintes passos:

- Desgaste da superfície interna da prótese com instrumento rotatório (Fig. 3).
- Aplicação do isolante na face externa e nos dentes artificiais para evitar aderência do material reembasador nessas superfícies (Fig. 4).
- Manipulação do pó e líquido segundo as instruções do fabricante (Fig. 5).
- Distribuição do material manipulado sobre a face interna da prótese (Fig. 6).
- Introdução da prótese na boca do paciente para que, em máxima intercuspidação com a prótese superior, se aguardasse a presa final do material, mantendo-se assim a dimensão vertical de oclusão. A prótese inferior foi então

retirada (Fig. 7), imersa em água morna pra finalização do processo de polimerização (Fig.8), recebeu acabamento (Figs. 9 e 10), e retornou à boca do paciente que saiu da clínica com as próteses adaptadas.



Figura 1- Aspecto inicial da prótese total inferior.



Figura 2 - Apresentação do material para reembasamento direto.



Figura 3 - Desgaste superficial da face interna da prótese.



Figura 4 - Aplicação do isolante na face externa e nos dentes artificiais.



Figura 5 - Manipulação do pó e líquido.



Figura 6 - Aplicação do material na face interna da prótese.



Figura 7- Aspecto da prótese após remoção da boca do paciente.



Figura 8 - Imersão em água morna para finalização do processo de polimerização.

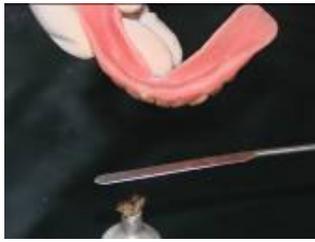


Figura 9 - Remoção dos excessos.



Figura 10 - Aspecto final da prótese após o reembasamento.

DISCUSSÃO

Os portadores de próteses totais estão sujeitos a uma gama de fatores que influenciam o processo de reabilitação protética, incluindo aspectos mecânicos, como a oclusão, e fatores fisiológicos, como alterações no substrato de sustentação das próteses e, características de tonicidade dos músculos. Sob este enfoque, o tratamento reabilitador deve ser orientado em vários aspectos: a) obtenção de melhor adaptação das bases das próteses aos tecidos de sustentação; b) melhoria das condições de fibromucosa de revestimento; c) restauração gradativa da tonicidade muscular; d) reposicionamento articular^{3,14,15}.

A técnica de reembasamento direto tem se mostrado efetiva para obtenção de um ajuste da prótese de uma maneira simples⁵.

O principal problema clínico relacionado aos materiais resilientes como reembasadores de próteses totais é o curto período de vida útil que possuem quando comparados às bases de resina acrílica rígida convencional^{16,13}.

Por apresentarem características de absorção e solubilidade, esses materiais têm suas propriedades físicas modificadas, levando a alterações dimensionais e distorções. Estas características são importantes, já que estes materiais, quando em função, permanecem imersos em saliva e, durante o armazenamento, geralmente são colocados em água ou soluções aquosas de agentes químicos para limpeza, fatos que podem acarretar a lixiviação de

plastificadores e outros componentes solúveis, bem como a absorção de água e saliva⁹.

Cucci et al, (1998)¹⁷ avaliaram a resistência à tração e ao alongamento de duas resinas autopolimerizáveis, indicadas para o reembasamento imediato (sendo uma delas da marca Kooliner), e de uma resina termopolimerizável, utilizada tanto na confecção de bases de próteses como no reembasamento do tipo mediato. As resinas autopolimerizáveis apresentaram menor média de resistência à tração o que pode estar relacionado a um grau de polimerização menor, o que, provavelmente, resulta em um conteúdo de monômero residual mais alto. Este monômero residual é amplamente reconhecido como um plastificador e afeta as propriedades mecânicas da resina provocando maior rugosidade de superfície¹⁸. Um outro aspecto que pode estar relacionado à média de resistência à tração mais baixa é a composição desses materiais. O monômero da resina Kooliner, por exemplo, é o isobutilmetacrilato que apresenta propriedades mecânicas inferiores àquelas apresentadas por uma resina convencional cujo monômero é o metilmetacrilato. No que diz respeito ao alongamento, a resina Kooliner demonstrou pequena deformação antes da fratura, caracterizando um comportamento mais frível, semelhante ao da resina acrílica termopolimerizável¹⁷.

As resinas reembasadoras quando tinham em sua composição o polimetilmetacrilato (PMMA), causavam uma extensa irritação na mucosa bucal devido à grande liberação de calor durante a polimerização. Além da substituição do PMMA, a introdução dos monômeros de ligação cruzada nas resinas para reembasamento direto trouxe melhorias tais como: diminuição de calor de polimerização, aumento da dureza superficial e maior resistência aos solventes orgânicos⁵.

CONCLUSÃO

Baseando-se na melhora considerável da mastigação e fonação do paciente, recomenda-se o reembasamento direto por ser uma técnica de fácil execução, requerer menor tempo e, durante sua realização, o paciente não necessita ficar sem a prótese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunha VPP, Marchini L. Reembasamento. In: _____. Prótese total contemporânea na reabilitação bucal. São Paulo: Santos. 2007. p. 165 – 175.
2. Marchini L. Tratamento protético para pacientes idosos: considerações clínicas. PCL Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial, 1999; 1(1): 265-270.
3. Paes-Junior TJA, Jóias RM, Kimpara ET, Cerveira Netto H, Zambotto J. Análise da dimensão vertical de repouso em indivíduos usuários de próteses totais mucossuportadas. Revista Odontológica de Araçatuba 2004 jan./jun.; 25 (1): 22-27.
4. Craig RG, Powers JM. Materiais dentários restauradores. 11ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2004.
5. Brevilieri EA, Gordilho AC, Raposo CAM, Sanches MJ, Sabches ML. Reembasamento direto de prótese total com resina rígida. Rev Assoc Paul Cir Dent 2004; 58(5): 370-373.
6. McCord JF, Grant AA. Specific clinical problem áreas. Br Dent J 200; 189(4): 186-193.
7. Jumbelic R, Nassif J. General considerations prior to relining of complete dentures. J Prosthet Dent 1984; 51(2): 158-163.
8. Arena CA, Evans DB, Hilton TJ. A comparison of bond strengths among chairside hard relining materials. J Prosthet Dent 1993; 70(2): 126-131.
9. Goiato MC, Guiotti AM, Ribeiro PP, Santos DM, Antenucci RMF. Materiais reembasado res: estudo da deformação inicial, permanente e porosidade. Cienc Odontol Bras 2007 jul./set.; 10 (3): 44-52.
10. Murata H, Taguchi N, Hamada T, Kawamura M, McCabe JF. Dynamic viscoelasticity of soft liners and masticatory function. J Dent Res 2002; 81(2): 123-128.
11. Telles D, Hollweg H, Castellucci L. Prótese total: convencional e sobre implantes. São Paulo: Santos; 2003.
12. Jagger DC, Harrison A. Complete dentures – the soft option. An update for general dental practice. Br Dent J 1997; 182(8): 313-317.
13. Elsemann RB, Santos VMA, Ishikiriama A, Zanetti RV, Zanetti AL. Reembasamento das próteses totais: a microinfiltração entre a base da prótese total em resina acrílica rígida e o material forrador resiliente. RGO 2003 out.; 51(4): 371-376.
14. Cerveira Netto H. Oclusão e disfunção em pacientes desdentados. In: BARROS, J. J.; RODE, S. M. Tratamento das disfunções craniomandibulares: ATM. São Paulo: Ed. Santos; 1995. p. 247-266.
15. Seraidarian PI, Paes Junior TJA. A arte de executar próteses totais: conhecimento e técnica. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. Oclusão/ATM, prótese, prótese sobre Implantes e prótese bucomaxilofacial. São Paulo: Artes Médicas; 2002. v. 6, p. 519-534.
16. Sanchez JLL. Estudo "in vitro" da resistência da união entre resina acrílica e materiais reembasadores resilientes submetidos ou não à termociclagem [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 1999.
17. Cucci ALM, Vergani CE, Giampaolo ET, Pavarina AC, Bercial ME. Resinas para reembasamento imediato: resistência à tração e alongamento. Rev Odontol UNESP 1998; 27(1): 299-309.
18. Azevedo A, Machado AL, Vergani CE, Giampaolo ET, Pavarina AC. Hardness of denture base and hard chairside relining acrylic resins. J Appl Oral Sci 2005; 13(3): 291-295.