REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 V1 – N1– 2023

TÉCNICAS PARA A RETENÇÃO DE PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL

TECHNIQUES FOR RETENTION OF TOTAL REMOVABLE PROSTHESIS

Valdinei Marques de Oliveira
Graduando do Curso de Odontologia da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: valdineimoliveira@academico.unirv.edu.br

Ana Paula Felix Arantes
Professora da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: anapaulaarantes@unirv.edu.br

Fabiana Machado Pires
Professora da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: fabianamachado@unirv.edu.br

Renato Canevari Dutra de Toledo
Professor Adjunto da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: renatocanevari@unirv.edu.br

Luiz Alexandre Pereira de Toledo
Professor da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: lpereira@unirv.edu.br

Ludymilla Vicente Barbosa
Professora da Universidade de Rio Verde, GO, Brasil
E-mail: ludymilla@unirv.edu.br

Recebimento 11/02/2023 Aceite 06/05/2023

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão de literatura referente à retenção de prótese total removível, destacando as técnicas de reembasamento de próteses totais, as quais vêm ganhando espaço cada vez mais promissor quanto aos procedimentos clínicos odontológicos e com uma intensidade de frequências. A introdução faz uma breve referência quanto ao endentulismo no Brasil e como várias pessoas da sociedade sofrem com esse problema. Nesta vertente, a revisão ressalta a importância ao uso das técnicas para retenção de prótese total de acordo com o caso específico de cada paciente, se atentando a aplicação da técnica adequada de reembasamento de próteses totais, bem como as vantagens e desvantagens das próteses totais definitivas por adição. Nesse contexto, este estudo utilizou como metodologia a revisão bibliográfica acerca desta temática, buscando investigar as características, as etapas, e os

procedimentos que envolvem cada uma das técnicas abordadas neste trabalho, por meio do estudo de artigos científicos, monografias, revistas científicas e estudos de casos publicados.

Palavras-chave: Técnica de Retenção; Prótese Total; Reembasamento.

ABSTRACT

The present work presents a literature review on the retention of total removable prosthesis, highlighting the techniques of rebasing of total prostheses, which have been gaining increasingly promising space regarding dental clinical procedures and with an intensity of frequencies. The introduction makes a brief reference to endentulism in Brazil and how several people in society suffer from this problem. In this aspect, the review emphasizes the importance of the use of techniques for retention of total prosthesis according to the specific case of each patient, with the importance of the application of the appropriate technique of rebasing of total prostheses, as well as the advantages and disadvantages of the definitive total prostheses by addition. In this context, this study used as methodology the bibliographic review on this theme, seeking to investigate the characteristics, stages, and procedures that involve each of the techniques addressed in this study, through the study.

Key words: Retention Technique; Total prosthesis; Rebasement.

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo, que consiste na supressão dos dentes, é um dos agravos mais frequentes em saúde bucal, além de um persistente problema de saúde pública no Brasil, que faz com que a necessidade do uso de próteses totais atinge desde adolescentes de 15 a 19 anos, adultos de 35 a 44 anos e idosos de 65 a 74 anos de idade (BRASIL, 2006).

A supressão dos dentes ainda é muito preeminente em nosso país, comumente na comunidade mais longeva, e encontra-se relacionada com o comprometimento da saúde bucal e geral, e consequentemente a qualidade de vida dos indivíduos.

A reabilitação oral através do uso de próteses totais está entre as alternativas terapêuticas mais frequentemente utilizadas para o tratamento do edentulismo total ou parcial e durante o processo de reabilitação, é de extrema importância que a prótese total selecionada possua uma boa retenção. (ALVES, 2018).

Esta prótese deve encontrar-se bem aderida à mucosa oral para que esta opção terapêutica alcance seus objetivos. A resistência da excisão em direção oposta a sua inserção

na implantação de prótese total convencional é um dos grandes problemas encontrados pelos profissionais da área, onde muitos resistem à aplicação de técnicas de retenção.

Durante o processo de confecção de uma prótese os cirurgiões-dentistas devem buscar técnicas específicas para minimizar e aprimorar os fatores físicos e biológicos integrados envolvidos na estabilidade e retenção da prótese.

1.1 OBJETIVOS

Desta forma, este estudo objetivou conhecer as principais técnicas de retenção em prótese total convencional por meio da revisão da literatura, bem como conceituar os fatores físicos e biológicos contidos na estabilidade e retenção da prótese total convencional e ainda reconhecer os fatores que interferem na retenção.

2 METODOLOGIA

Este trabalho foi conduzido por meio de revisão de literatura realizada na Universidade de Rio Verde, a partir do levantamento de artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso, teses e dissertações indexados nas bases de dados como: Scielo e Google Acadêmico, publicados entre 2012 e 2022.

Para a busca das referências foram utilizados os seguintes descritores: "prótese total", "retenção", "técnicas" combinados entre si pelo operador Booleano “AND”.

Foram consideradas as referências sem restrição de idioma e que estiveram dentro do tema proposto, e apresentando texto completo. Foram excluídos da pesquisa apenas os trabalhos que fugiram do tema enfatizado, os artigos repetidos e os que não demonstraram clareza da metodologia de execução. No total foram incluídos 24 documentos, entre artigos, diretrizes, trabalhos de conclusão de cursos e livros.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 PRÓTESES TOTAIS CONVENCIONAIS

3.1.1 Conceito e produção

A prótese total, também conhecida como dentadura, é um dispositivo que atua como substituto para os dentes ausentes e pode ser retirada e recolocada na boca. Ela tem um papel fundamental na reabilitação de pessoas que perderam todos os dentes de uma ou das duas arcadas, ajudando demais na recuperação da autoestima. O dispositivo é elaborado a partir de uma base acrílica na mesma cor da mucosa oral apoiada sobre a gengiva, sendo sua base superior cobrindo todo o palato (céu da boca), enquanto a prótese inferior tem a forma de uma ferradura, para deixar um espaço livre para a língua.

Existem três tipos de próteses totais: definitiva, imediata e a sobre os implantes. A do tipo definitiva é utilizado após os dentes remanescentes foram extraídos e os tecidos já cicatrizaram, sendo que a cicatrização pode demorar alguns meses, durante os quais pode ser preciso ficar sem dentes. A prótese total imediata pode ser instalada logo após a extração dos dentes remanescentes, medição e moldagem dos ossos durante a consulta, para compensar a mudança no osso onde os dentes estavam inseridos e sua estabilidade seja prejudicada. Já a prótese total sobre implantes é encaixada diretamente na gengiva ou sobre as outras estruturas da boca.

Em suma as próteses totais continuam sendo relevantes para os endêntulos, onde existem casos em que os pacientes sofrem de reabsorções ósseas com a redução do osso de suporte ou crista alveolar, tendo como resultado a redução da área de suporte das próteses totais na maxila e na mandíbula. Situação a qual clinicamente é notória nas relações em que os músculos orofaciais integram com a região do osso basal, acentuando-se os efeitos que a ação contrátil de suas fibras causa nas mais diversas áreas de contorno. Portanto, a prótese total deve considerar por completo a estrutura anatômica nela envolvida (ASSUNÇÃO, et al. 2008).

Destacamos dois métodos comuns para a produção das próteses totais convencionais, o método tradicional e o simplificado. Sendo a forma tradicional a qual faz uso de metodologias complexas e duradouras, sendo utilizada por protistas, sendo instruída na maioria dos cursos de odontologia (WILLERS; MÜLLER, 2014).

Neste processo de reabilitação com próteses totais convencionais os resultados apresentados são intrínsecos e positivos aos percentuais de repercussão cotidiana. Uma vez que, tem sido visto históricos de desconforto, dor, limitações funcionais e problemas fonológicos pelos pacientes que optaram pelo uso. (SPENCIERE et al. 2009).

Diante do exposto houve uma maior procura ao uso da reabilitação já citada acima em pacientes que parcialmente ou totalmente deterioraram seus elementos dentários até à perda total de seus dentes, havendo à amplificação de possibilidades da produção de próteses implanto-suportadas. Utilizando assim implantes que retém a prótese fornecendo e promovendo estabilidade, suporte, retenção e custo reduzido (BASCHIROTTO, 2013).

Contudo para que haja um resultado satisfatório a moldagem exerce um papel fundamental durante esse processo. Podendo ser dividida em duas etapas: preliminar, ou anatômica, e funcional, ou secundária (REIS et al. 2007). Para a atuação da moldagem de prelúdio superior e inferior são utilizadas moldeiras de estoque e sua seleção faz uso do método da tentativa. (TADACHI, 1983). No entanto, as moldeiras podem ser perfuradas ou não, de acordo com o material de moldagem a ser consumido (REIS et al. 2007).

O objetivo principal da modelagem é a promoção do afastamento dos tecidos moles e verificar retenção e espessura adequada ao material de moldagem na região das extremidades. (DAVIS, 2006). O molde é considerado eficiente quando apresenta bordas arredondadas e reproduz todo o fundo de sulco, espessura uniforme do material de moldagem, distribuição correta, assertiva centralização e reprodução detalhada dos tecidos moles que recobrem a superfície de colocação da prótese, a qual é chamada de área chapeável. (REIS et al. 2007).

Podendo ser realizada a etapa supracitada através da utilização de gesso, silicone de condensação, porém o material mais utilizado é a godiva e o alginato. (REIS et al. 2007). Posteriormente é realizada a moldagem dos arcos desdentados e obtenção dos moldes discorre o estudo em gesso pedra tipo II com posterior delimitação das estruturas a serem englobadas

na área chapeável e contornadas pela borda das próteses futuras. Sendo que para o modelo maxilar busca-se a junção dos sulcos hamulares posteriormente às fóveas palatinas, integrando tuberosidades e ampliando-se por todo o interior de sulco, contornando freios laterais e labiais. (REIS et al. 2007).

Sequentemente, é realizada a confecção das moldeiras individuais em resina acrílica autopolimerizável, onde após completa resposta quanto ao material são feitos alguns ajustes (CUNHA et al; 2011). A moldeira individual tem como objetivo fundamental a produção baseada em um modelo introdutório, recebendo assim o material para moldagem operacional com o intuito de obter a reprodução da área basal com a maior perfeição possível (ULBRICH, FRANCO, 2004).

Haja vista abordagens afins da simplificação, modificação ou até mesmo eliminação dos estágios clínicos e laboratoriais para a confecção de próteses totais. Obstante, alguns estudos vêm demonstrando ressaltantes contribuições referentes à execução de protocolos clínicos simplificados para atendimento à pacientes desdentados totais que são de fácil execução, reduzindo o intervalo de tempo assim como as receitas do tratamento. (DELLA VECCHIA, 2011, DUCAN E TAYLOR, 2001, CAETANO et al. (2014).

3.1.2 Espécimes de prótese total

A overdenture ou sobredentaduras se trata de próteses respaldadas sobre remanescentes dentários, raízes e/ou implantes, visto que a opção por um tratamento protético não é apenas de característica física, mas envolve caracteres que vão além de fatores neuromusculares e até biopsicossociais. (BETIOLI, 2014).

As mesmas costumam ser utilizadas comumente quando o rebordo residual do paciente não apresenta retentividade suficiente para receber uma PT convencional (prótese padrão, baixo custo), quando o mesmo não possui controle neuromuscular da região oral ou mesmo quando não consegue apropriação as próteses convencionais, principalmente as mandibulares. (GALLINA, VIEGAS, 2007; NOVAES, SEIXAS, 2008).

No entanto, as sobredentaduras são programadas em sistemas de retenção os quais podem apresentar duas tipologias: Barra-clipe, O-rings ou magnéticos. Exercendo indicações diferenciadas, limitações às influenciam na dinâmica e mecânica do funcionamento da prótese, sendo pré-produzidas com materiais metálicos ou plásticos. (GERBI et al., 2012).

O sistema a qual vai ser utilizado depende de fatores relacionados ao: número de implantes, localização dos mesmos em função da distância entre o mais anterior e o mais posterior, quantidade de suporte determinado pelo comprimento e diâmetro dos implantes, qualidade e quantidade óssea, conveniência protética e receita. Baseado na literatura, os magnetos oferecem menor força de retenção, quando contrapostos a outros sistemas de encaixe e causam danos na sua capacidade de retenção ligeiramente, já o sistema tipo barra-clipe demonstra maior grau de retenção, sendo indicado em atrofias desenvolvidas da crista alveolar e em situações que exigem maior retenção e estabilização (COELHO e TELLES, 2014).

Próteses parciais removíveis são as mais utilizadas em sua grande maioria, que são aparelhos dento-suportados ou muco dento suportados, destinados a substituir um ou mais dentes em um ou em ambos os maxilares, podendo ser removidos da boca com relativa facilidade, tanto pelo profissional quanto pelo próprio paciente. (TODOSCAN e SILVA, 1996).

As próteses parciais removíveis não são elaboradas a fim de substituir as próteses parciais fixas, mas sim para reabilitar espaços quer de dentes como de tecido gengival, quando não há possibilidade da implantação de uma prótese parcial fixa (TURANO e TURANO, 2004). As próteses acrílicas são comumente produzidas, com a mesma intensidade para desdentados parciais ou totais (DE BOAT, 2011; BATISTA, 2011).

Tendo em visto que a prótese removível flexível se trata do uso e eficiência da injeção térmica de poliamida, a qual garante a flexibilidade, mesmo apesar de inúmeros questionamentos nas redes sociais a densidade de seu uso é positiva. (KAPLAN et al., 2011).

3.1.3 Premissas funcionais: retenção, suporte, estabilidade

A reabilitação de um paciente desdentado parcialmente ou não exerce um protocolo de um diagnóstico adequado para que haja um trabalho bem-sucedido. Assim os cirurgiões dentistas precisam estar atentos aos cuidados e seguir os regulamentos para determinar o tratamento adequado (PAULINA, 2009).

A produção de uma prótese parcial ou total é um processo que requer o nosso conhecimento da anatomia do maxilar, os músculos extra e intraorais, e as características ideais do mesmo, como escolher e preparar peças pilares, e percepção da estrutura de suporte da prótese para assegurar ao paciente as funções mastigatória, fonética e estética (CHAVARRÍA et al., 2012).

Devem ser considerados ainda os requisitos físicos, tais como: extensão, recorte muscular, selamento periférico, compressão e alívio, sendo que os sucessos das próteses totais se relacionam, basicamente com a prestabilidade total da área basal, com a adaptação adequada das bases (GEORGETTI et al., 2000).

A instalação das próteses totais não significa apenas o ato de colocá-las na boca do paciente, mas também de conduzi-lo quanto ao uso e higienização das mesmas e dos tecidos da cavidade bucal. (PANZZINI et al., 1972)

Compreende-se que a PPR convencional é uma prótese a qual satisfaz a reabilitação oral de forma satisfatória, mas apresenta algumas objeções mencionadas por pacientes, entre elas: a estética devido aos ganchos metálicos e o desgaste cervical dos dentes provocado pelos ganchos onde se suportam. Quanto a este âmbito a P.P.R. flexível veio colaborar com aspectos de melhorias, produzida a partir de um tipo especial de resina que lhe oferece flexibilidade. (NISHIMORI, et al., 2014).

Essa melhoria se dá devido ao fator de não possuir metal em sua composição, adaptando de maneira favorável. (HISKIN, 2007). Dessa maneira a moldagem na área de suporte de ambas as arcadas deve se dar de maneira a não a condensar devido à existência de tecido ósseo de suporte subjacente; onde, a mucosa móvel não aderida da área vestibular, proporcional ao selado periférico, deve ser absorvida sob leve pressão, por não possuir suporte ósseo subjacente. (REIS et al. 2007).

3.2 ASPECTOS SOBRE A RETENÇÃO DA PRÓTESE TOTAL

A retenção é um dos requisitos funcionais de uma prótese total e consiste na propriedade deste dispositivo de resistir às forças extrusivas como na mastigação, tosse, espirro, fala entre outras. As forças extrusivas promovem o desalojamento da prótese e desta forma, a retenção implica na avaliação de alguns padrões que consiste em uma prótese mucossuportada, que normalmente gera dúvidas nos cirurgiões-dentistas, seja ela no momento da moldagem, no ajuste da dimensão vertical ou no padrão de oclusão (AFONSO et al., 2017).

Para o paciente que perde todos os elementos dentários, o modo de falar, de mastigar e de deglutir pode interferir no meio social. Desta forma, uma prótese total deve devolver o perfil de cada paciente como as linhas do rosto, o suporte dos lábios, a sua harmonia facial e sua funcionalidade (PROBST et al., 2018).

A retenção protética é obtida através da cópia da área chapeável por técnicas de moldagem bem realizadas, que podem ser divididas em dois tipos: anatômica e funcional, na moldagem anatômica obtêm a cópia da área basal, analisar as inserções musculares, determina se é necessário ou não cirurgias pré-protéticas e assim adquirir o modelo de estudo para a confecção da moldeira individual (AGUIAR, 2018).

Uma das técnicas que pode influenciar diretamente no sucesso da retenção é o tipo de moldagem, que é definido como a reprodução em negativo dos detalhes anatômicos e o contorno da área chapeável, onde devemos copiar fielmente os tecidos bucais, garantindo a retenção, a estabilidade e o suporte da prótese para o paciente desdentado total (REIS et al., 2007)**.**

Considerando as complexidades de adaptação de uma prótese total, existem fatores que estão associados com a satisfação e adaptação do paciente. Identificar esses fatores é muito importante aos cirurgiões-dentistas na reabilitação (MUNHOZ e ABREU, 2011).

Dentre os fatores os quais podem interferir na retenção da prótese total, está a reabsorção óssea, que está relacionada à deformidade da mucosa mastigatória e à perda de rebordo alveolar, que normalmente ocorre devido à ausência de elementos dentários que acaba gerando a perda da dimensão vertical da oclusão, gerando alterações na face do indivíduo, diminuição sua função mastigatória, e mudança na fonética (SOUZA et al., 2016).

O tamanho dos maxilares também pode gerar interferência na retenção da prótese total. Eles podem ser classificados em tamanhos grande, médio e pequeno. Outros fatores que causam impacto na retenção protética são o tipo de material utilizado, a falta de conhecimento técnico e domínio do odontólogo pela técnica de moldagem, também são fatores de insucesso da prótese total (COMPAGNONI et al., 2006).

3.3 TÉCNICAS PARA AUMENTO E/ OU PROMOÇAO DA RETENÇAO DE PRÓTESE TOTAL

3.3.1 Técnicas de reembasamento

A técnica de reembasamento é um procedimento o qual utilizamos apenas quando uma pequena alteração ocorre na base da prótese total, a fim de conseguir recuperar esta base coloca-se uma camada de material para moldagem na superfície interna da prótese e direciona ao conjunto na cavidade oral do paciente flexionando contra a área chapeável a ser retificada solicitando ao paciente que a oblitere (NAGLE, R. J; SEARS, 1965).

Lembrando que o material utilizado não pode de maneira alguma causar alterações de oclusão ou estético do lábio e da face (SAIZAR, 1958). Sendo assim, em um laboratório de prótese, este material será substituído por um material acrílico que se juntará com o um material acrílico que formará a base da prótese total (TAMAKI, 1979). Dividimos as manobras de reembasamento em dois grupos: segundo a sua extensão e segundo a sua finalidade (TAMAKI, 1979).

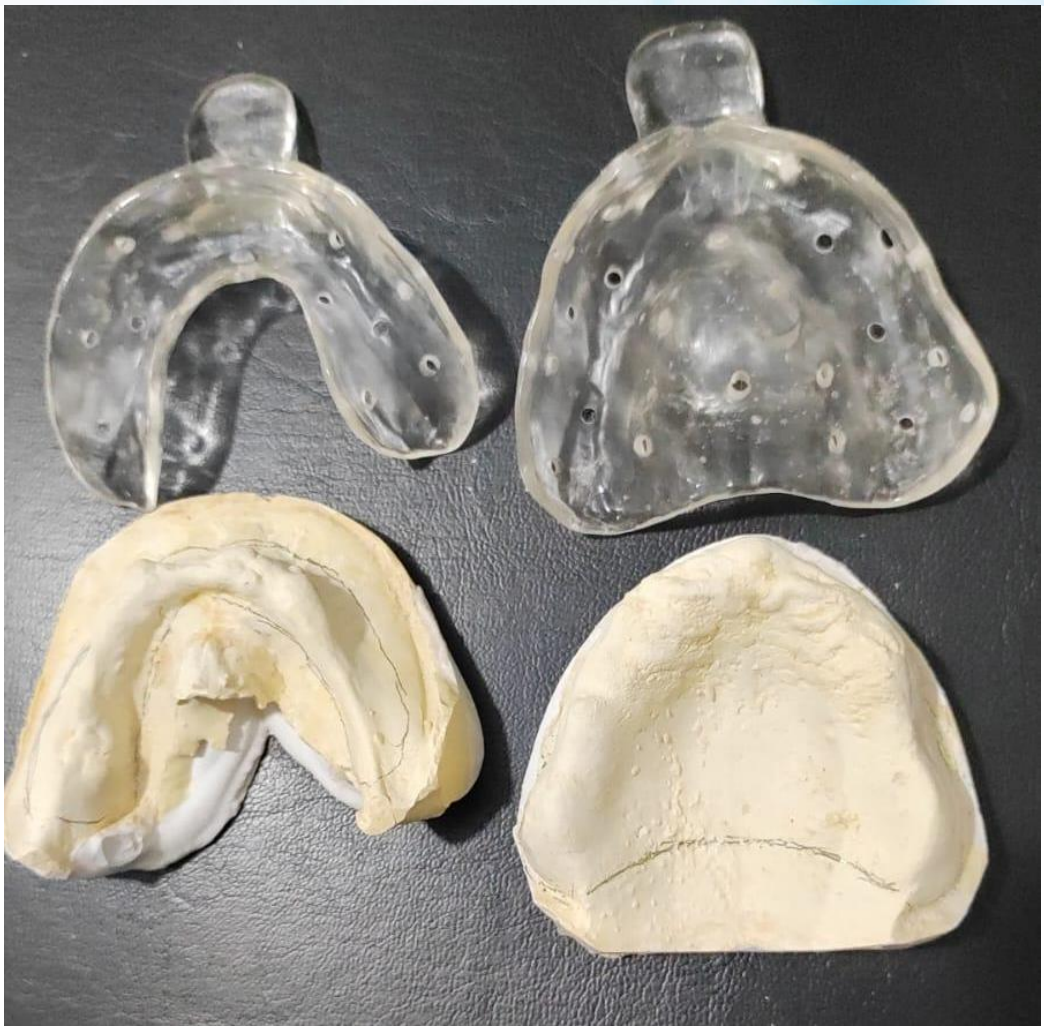

Figura 1 - Modelo de estudo e moldeira individual

Fonte: arquivos do autor



Figura 2 - Prótese total acrilizada

Fonte: arquivos do autor

3.3.2 Reembasamento definitivo por adição

De acordo com VIEGAS (2000), o reembasamento definitivo é como dois métodos o de adição ou por substituição, devido ao de adição estar associado à utilização de resinas à base da dentadura, sendo acrílica rígida ou soft definitiva, há casos em que cirurgiões dentistas recomendam uso do silicone reembasador de acordo com o caso clínico do paciente.

A recomendação para o reembasamento definitivo por adição de materiais é uma das mais utilizadas, devido ao seu valor acessível a grande parte da população devida estar relacionada a um procedimento simplificado. Porém tal modelo de reembasamento não atende a uma amostragem global de pacientes, por apresentar benefícios e fatores críticos quanto a

sua adaptação, como o material utilizado é a mais simples e barato, e a moldagem ser mais aceita no processo de adaptação pela maioria dos pacientes, se tornando assim distinta entre as classes sociais de maiores e menores rendas (MORAES, 2013).

Porém vale ressaltar que o que facilita essa técnica é o uso da dentadura do paciente podendo ser utilizada como ferramenta de molde desde que esteja em condições adequadas, mesmo acreditando (TURANO, 2007) ser um fator arriscado para o cirurgião dentista em sua tomada de decisão, pois em sua visão é essencial à utilização de "novos materiais" para a moldagem.



Figura 3 - Prótese instalada

Fonte: arquivos do autor

3.3.3 Reembasamento definitivo por adição mediato

Portanto os procedimentos de reembasamento por adição de material mediato, sob a visão de VIEGAS (2002), podem ser realizados tanto em clínicas odontológicas (imediato) como em casos específicos em laboratório protético (mediato), onde em ambos, os protocolos para o procedimento precisam ser prescindidos com material específico e de qualidade, assim como utilizado por profissionais capacitados.

Entre as vantagens podemos citar a adaptação após exodontias, melhoras e rapidez na cicatrização da região operatória com proteção ao trauma local, contra infecção exterior e controle de hemorragia oferecido pelo tamponamento do coágulo sanguíneo (CHAVES JUNIOR, 2003; CORRÊA, 2005; MARCHINI, 1998; TAMAKI, 1983; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TURANO, 2004).

Ocorre ainda à facilitação da força para mastigação para o palato duro, não sobrecarregando assim o osso alveolar (TAMAKI, 1983), o que proporciona um maior conforto quanto à fonação (CERVEIRA NETTO, 1987; CHAVES JUNIOR, 2003; CORRÊA, 2005; MARCHINI, 1998; TAMAKI, 1983; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TURANO, 2004).

No entanto, não existem somente vantagens relacionadas a essa técnica, mas algumas desvantagens quase que insignificantes Entre elas podemos destacar os cuidados pós-operatórios com higienização e hábitos mais restritos, aumento no número de consultas para ajustes. (TAMAKI, 1983).

Destarte, um dos maiores problemas é o custo, devido o paciente provavelmente precisar confeccionar outra prótese definitiva depois de um intervalo de tempo e o profissional também precisa de mais conhecimento e habilidade, tanto em relação à etapa protética quanto à cirúrgica (MARCHINI, DOS SANTOS, DA.
CUNHA, 2000; SEALS, KUEBKER, STEWART, 1996; TAMAKI, 1983; TURANO,
(2004).

3.3.4 Reembasamento definitivo por substituição

Normalmente este procedimento é realizado apenas quando se há necessidade de uma realização de troca do material que compõe a base protética ou dos dentes artificiais. Para MORAES (2013), este procedimento é um dos que representa menor potencial quanto à rejeição por parte dos pacientes se tornando cada vez mais efetivo sendo que o reembasamento substituirá o material utilizado por um novo.

Moraes (2013) denota ainda que o reembasamento técnico definitivo por substituição é indicado apenas para pacientes que apresentam falha na base protética ou falta de matéria

após a desinclusão. Observe na tabela abaixo referente às técnicas de reembasamento definitivo as principais características entre as por Adição e Substituição.

Tabela 1 - Características das técnicas de reembasamento definitivo

Através de Adição	**Através de Substituição**
Mediato e Imediato; Incremento de material (resina acrílica, resina soft e silicone reembasador); Complementa e auxilia na adaptação/ajuste da prótese total; Polimerização e troca do material reembasador; Utilização de material rígido e de moduladores resilientes; Trocas periódicas, em alguns casos, mensais; O molde deve ser desinfetado com solução desinfetante (clorexidina 4%), em seguida lavado; Controles periódicos de ajustes da base acrílica e oclusais devem ser realizados até que o paciente se adapte à nova condição;	Substituição da base acrílica danificada ou desgastada; Renovação de parte da prótese total; Manutenção da dimensão vertical de oclusão; Moldagem em resina acrílica; Isolamento parcial dos dentes e utilização de vaselina; Monitoramento em médio prazo; Modelo mandibular adquirido por moldagem.

Deve ser realizada a inclusão em mufla e prensagem da resina acrílica termopolimerízavel.	

Fonte: AGUIAR (2018)

3.3.5 Reembasamento temporário

Os reembasamentos temporários são considerados técnicas simples e com poucas aplicações, sendo uma readaptação ao uso da prótese total a qual resulta em um curto intervalo de tempo, sendo utilizada geralmente durante as intervenções clínicas e cirúrgicas de ordem temporária, porém requerem um cuidado periódico e sistêmico (CORDEIRO, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os estudos realizados diante das análises bibliográficas são notórios que vários fatores podem contribuir para a retenção da prótese total, entre eles para uma boa qualidade e estabilidade se faz necessário que e fique bem retido para um bom resultado, caso contrário dificultarão à mastigação a dicção, aparência física entre outros incômodos. Fatores de caracteres diversos podem advir atrapalhar a retenção como físicos, psíquicos entre outros.

Porém sabe-se que os fatores físicos tais como fenômenos de adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica atuam na retenção, assim como alguns fatores fisiológicos de características anatômicas do rebordo alveolar, grau de tonicidade do tecido, controle neuromuscular e qualidade bem como quantidade da saliva, os quais contribuem de forma positiva ou negativa para uma boa retenção ou não da prótese total.

Sendo assim, cabe ao profissional avaliar o seu paciente e ver qual a melhor técnica de reembasamento de prótese total a ser aplicada, para tanto isso exige preparo e um constante aperfeiçoamento por parte do odontólogo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Andreia et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de OHIP-14. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 18, n. 2, p. 374-388, ago. 2017.

AGUIAR, Christopher Henrique da Silva. **Meios de retenção e estabilidade em prótese total: Revisão de literatura**. Orientador: Arthur Silva da Silveira. 2018. 6f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, 2018.

ALVES, Anne C et al. Quality of life related to complete denture. *Acta odontol. latinoam*., Buenos Aires, v. 31, n. 2, p. 3-10, agosto 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CERVEIRA NETTO, Henrique - **Prótese total imediata**. 1ª ed., São Paulo: Pancast. Editorial, 189 p.

CHAVES JÚNIOR. Airton Charles. et al. Exodontias múltiplas e reabilitação imediata: Considerações clínicas, **JBC Jornal Brasileiro de Odontologia Clínica**. N. 7 v. 40, P. 282-285, 2003

COMPAGNONI, M. A. et al. Avaliação das alterações funcionais associadas ao período de adaptação de pacientes usuários de próteses totais. Revista de Odontologia da UNESP, Araraquara, v. 35, n. 3, p. 177-183, 2006.

CORDEIRO FILHO C. et al. **Overdenture mandibular com carga imediata em implantes de corpo único.** Rio de Janeiro. 2010.

CORRÊA, Gerson de Arruda. Prótese total imediata. In:_____. **Prótese total – Passo a passo**, São Paulo: Santos, 2005, p. 161-171.

MARCHINI, Leonardo. et al. Prótese total imediata superior e inferior, **Revista da APCD**, v. 52, n. 4, p. 293-296, Jul./Ago 1998.

MARCHINI, Leonardo; DOS SANTOS, Jarbas Francisco Fernandes; DA CUNHA, Vicente de Paula Prisco. Prótese total imediata: considerações clínicas. **Robrac Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 9 n. 27, p. 45-49, 2000.

MORAES N.B. et al**. Carga imediata em sobredentadura sobreimplantes. Relato de caso clínico com acompanhamento de 6 anos.** 3 Ed. São Paulo. 2013.

MUNHOZ, E.G.A; ABREU, C.W. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 37, n. 4, p. 413-419, out./dez. 2011

NAGLE, R. J.; SEARS, V. **Prótesis Dental. Dentaduras Completas**. Barcelona, Toray, 1965. Cap. XIX.

PROBST, Livia Fernandes et al. Factors associated with feelings arising from total tooth loss and expectations of dental replacement in adults and elderly. *Cad. saúde colet*., Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 347-354, set. 2016.

REIS, J. M. S. N. et al. Moldagem em prótese total: uma revisão da literatura. Revista da Faculdade de Odontologia, Porto Alegre, v.12, n. 1, p. 70-74, 2007.

SAIZAR, P. **Protesis a Placa**. 6ªed. Buenos Aires, Progrental, 1958. Cap. LX.

SEALS, Richard R.; KUEBKER, William A.; STEWART, Kenneth L. Immediate Complete Dentures. **Dental Clinics of North America**, v. 40, n. 1, p 151-167, jan. 1996.

SOUZA, João Gabriel Silva et al. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3407-3415, nov. 2016.

TAMAKI, T. **Dentaduras Completas**. 3ªed. São Paulo, Sarvier, 1979. Cap. XVIII, XIX, XX e XXI.

TAMAKI, Tadachi. Dentaduras imediatas – Instalação. In:_____. **Dentaduras completas**, 4ª ed., São Paulo: Sarvier, 1983, p. 249-252.

TURANO, José Ceratti, TURANO, Luis Martins. Consertos e Reembasamentos. In:_____. **Fundamentos da prótese total**, 7ª ed. São Paulo: Santos, 2004, p. 509-533

TURANO J.C., TURANO L.M. **Fundamentos de prótese total.** 8ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007.

VIEGAS, A. R. **O uso de próteses totais e o envelhecimento da população.** Documento Técnico – 8 Ed. Brasília / DF. 2002.