**FACULDADE PATOS DE MINAS**

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ELVIS GARCIA RODRIGUES**

**REEMBASAMENTO COM RESILIENTES EM PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS**

**PATOS DE MINAS**

**2011**

**ELVIS GARCIA RODRIGUES**

**REEMBASAMENTO COM RESILIENTES EM PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS**

Artigo apresentado a Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof.ª Ms Lia Dietrich

**PATOS DE MINAS**

**2011**

**REEMBASAMENTO COM RESILIENTES EM PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS**

Elvis Garcia Rodrigues[[1]](#footnote-2)

Lia Dietrich[[2]](#footnote-3)

**RESUMO**

O presente estudo buscou atender seu objetivo geral que consistiu em apresentar considerações teóricas referentes à aplicação de técnicas de Reembasamento direto e indireto com materiais Soft Lining ou Resilientes em Prótese Total Imediata buscando demonstrar suas vantagens e desvantagens. Para tanto, valeu-se de uma pesquisa bibliográfica. Dentre tantas exposições importantes pode-se vislumbrar que a prótese total tem o objetivo de oferecer uma total reabilitação e devolução das funções estomatognáticas e contribuir para a estética do paciente. Averiguou-se que a indicação da prótese total imediata pode estar sujeita a idade e estado geral de saúde do paciente, a ausência de periodontopatias, dentre outros. Os reembasamentos mais usados são realizados utilizando resinas acrílicas plásticas. Deduziu-se que os materiais soft lining ou resilientes apresentam certas desvantagens, pois tendem a desgastar a base da prótese, não são fáceis de ajustar, são porosos, aglomeram bactérias, dentre outras. Observou-se que a técnica de reembasamento indireta demonstra um resultado clínico superior à técnica direta, pois dispõe de estabilidade dimensional e durabilidade. Já a técnica direta é prática e simples para a execução, contudo, o tempo do reembasamento sujeita-se a correta manipulação do material, aplicação do selante, retorno do paciente, acompanhamento e higienização da prótese pelo paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** 1. Odontologia. 2. Reembasamento com resilientes. 3. Próteses totais imediatas.

**1 INTRODUÇÃO**

Roncaglia (2010, p. 1), diz que “desde os tempos mais antigos as civilizações humanas vêm buscando técnicas para recolocar os próprios dentes, deste modo, o homem passou a valer-se da prótese dentária”.

Turano e Turano (2009) contam que a prótese total surgiu no ano 1728, porém os dentes artificiais pré-fabricados levaram muitos anos para chegar à forma que presentemente se conhece.

Para Telles (2010), a prótese imediata é confeccionada para ser colocada imediatamente após a extração dos dentes naturais. Um aspecto importante a ser observado consiste no reembasamento das próteses imediatas. Segundo Anusavice (2005), os reembasamentos mais usados são efetuados utilizando resinas acrílicas plásticas que podem ser térmica ou quimicamente ativadas. No entanto, Elsemann *et al.* (2003), afirmam que as resinas acrílicas feitas de poli-metacrilato de metila, passaram a ser quase que unicamente o material de preferência para a base das próteses totais, provavelmente por causa do seu simples processamento, boa resistência, baixo valor, não supressão de gases desagradáveis, facilidade de polimento, e ainda são bem aceito pelos pacientes.

Para Mello e Pellissar (2006) os materiais designados *soft lining* ou resilientes tem o objetivo de submergir a energia gerada pela prótese que seria designada aos tecidos de suporte do paciente. Logo, os forradores resilientes têm o objetivo de absorver a energia oclusal e promover sua distribuição para os tecidos de suporte.

Nessa direção, o presente estudo buscou atender seu objetivo geral que consistiu em apresentar considerações teóricas referentes à aplicação de técnicas de Reembasamento direto e indireto com materiais *Soft Lining* ou Resilientes em Prótese Total Imediata demonstrando suas vantagens e desvantagens.

Como objetivos específicos buscou-se apresentar pontos relevantes sobre fatores funcionais da Prótese Total Imediata; descrever a respeito das vantagens e desvantagens das técnicas diretas e indiretas com materiais *Soft Lining* ou resinas Resilientes; e explanar sobre as propriedades dos materiais usados nas técnicas mencionadas.

Preparou-se a seguinte pergunta para nortear este estudo: No caso de extrações múltiplas o uso da Resina Resiliente como reembasamento pode melhorar o conforto do contato entre mucosa e prótese melhorando a adaptação da Prótese Total Imediata durante o processo de adequação dos tecidos moles?

Partiu-se da hipótese de que o uso de Resina Resiliente pode melhorar significativamente a aceitação do paciente com a Prótese Total Imediata, principalmente pela possibilidade de alguns reembasamentos serem feitos durante o tempo de adequação dos tecidos, trazendo para o paciente maior conforto e recuperação da funcionalidade da Prótese Total Imediata.

**2. BREVE HISTÓRICO DA PRÓTESE TOTAL**

Roncaglia (2010, p. 1) diz que a necessidade de tratamento de uma enfermidade dentária apareceu em tempos longínquos. “As primeiras civilizações humanas, desenvolveram tentativas no sentido de recolocar os próprios dentes avulsos, quando ocorriam acidentes ou traumas. Mas logo em seguida, passou-se para a substituição do dente perdido por um elemento similar”.

Em 1830, o marfim era um dos principais materiais utilizados para base das dentaduras. Tratava-se de um trabalho genuinamente artesanal. Turano e Turano (2009), descrevem que adquiriu-se um modelo de gesso, que recebia um tratamento com uma camada de cera e resina, a fim de impedir a penetração das tintas colorantes. Sobre a superfície da área basal buscava-se pintar com uma tinta a óleo, vermelha. Pressionava-se o bloco de marfim contra o modelo e os pontos nos quais colava-se a tinta corante, que sugeria onde o marfim careceria ser esculpido. O procedimento de esculpir era ininterrupto, até que o marfim atingisse um íntimo contato a cada diferença da superfície da área basal do modelo. Depois de obtida a adaptação da área basal esculpiam-se os dentes.

No ano de 1884, Charles Goodyear Jr. aprimorou seu processo de vulcanização da borracha, no entanto somente no ano de 1885 ela foi aproveitada na Odontologia. Naquele mesmo ano, impetrou na Inglaterra uma patente para fazer uma "chapa para dentadura", onde os dentes eram presos, antes da vulcanização da borracha. Tal patente gerou um alvoroço na classe odontológica, já que para utilizar o processo de vulcanização, os dentistas tinham que pagar muito caro para obter a licença (ROCANGLIA, 2010).

Nesse sentido, o retardamento histórico no advento de próteses mais extensas, se deve a vários aspectos, dos quais Turano e Turano (2009) consideram necessário enumerar alguns: 1) por motivos estéticos, as próteses parciais anteriores sempre conseguiram possibilidade de sucesso. Vale lembrar que a melhoria na aparência física do mesmo modo atribui-se a aspectos sociais e econômicos; 2) as próteses mais amplas que tinham a restauração dos dentes posteriores ocasionavam problemas ao ajustar à forma bucal e na retenção.

Mello e Pellissar (2006) contam que com o passar do tempo notou-se que na maior parte das vezes as próteses confeccionadas, especialmente as inferiores, provocavam desconforto e ferimentos. Esse evento se devia a microtraumatismos provocados pelas anormalidades da prótese, má higiene bucal, placa bacteriana, candidose e redução do fluxo salivar.

Roncaglia (2010) ao discutir em seu estudo sobre os dados históricos referentes à prótese apresenta a seguinte cronologia:

|  |  |
| --- | --- |
| **ANOS** | **DESENVOLVIMENTO DA PRÓTESE** |
| 1805 | Introdução do articulador dental. |
| 1840 | Articular com movimentos laterais e protéticos. |
| 1856 | Uso do cimento oxicloreto de zinco. |
| 1857 | Revestimento expansivo. |
| 1857 | Evolução da prótese parcial fixa pelo coroamento ao fim da raiz e atamento de um dente artificial à ele. |
| 1858 | A distância intercondilar e o ponto incisivo passa a ser quatro polegadas. |
| 1866 | Articulador que permitiu o movimento de abertura e movimentos laterais dos côndilos. |
| 1871 | Dente de porcelana artificial, a qual estendia-se uma barra de platina de cada: mesial e distal. As pontas dessa barra deveriam ser adaptadas em preparos, em dentes naturais adjacentes. |
| 1873 | Aparecimento da prótese total de liga de ouro com cúspides esculpidas. |
| 1878 | Aparecimento da prótese total open-faced. |
| 1886 | Aparece a porcelana de baixa fusão, fundida em molde de ouro. |
| 1889 | Construção de próteses totais de porcelana. |
| 1896 | Estudos sobre os movimentos mandibulares em relação à prótese dental. Invenção do articulador ajustável para movimentos individuais da mandíbula, registrando a inclinação individual dos côndilos, extra-oralmente |
| 1898 | A porcelana de baixa fusão torna-se perfeita quanto à cor e durabilidade. |
| 1900 | Invenção do método intraoral de tomada de posições relativas aos côndilos. |
| 1901 | Uso de próteses totais de porcelana veneer. |
| 1906 | Introdução das próteses de ouro. |
| 1907 | A aplicação de fundições de ouro com um molde volátil possibilitou aperfeiçoamento nas próteses parciais fixas. |
| 1910 | Os métodos de fundição possibilitaram a eliminação do apoio gengival, em favor do bisel. |
| 1928 | Estudo de materiais usados na prática dental quanto às propriedades físicas. |
| 1932  a  1933 | Desenvolvimento da técnica da expansão higroscópica do revestimento para compensar da fundição. Determinação da diferença existente entre o percentual de contração do ouro em várias ligas. |
| 1935  a 1940 | Apresentação do hidrocolóide para inlays, próteses fixas. Uso das resinas sintéticas para completar as bases das próteses totais fixas e para restaurações dentais |
| 1952  a  1960 | Introdução das mercaptanas e siliconas. Desenvolvimento dos discos de carburundum e ultra-high speed cord hand piecese do motor a água e ar handpieces. |

Fonte: RONCAGLIA. Tatiana. **História da Prótese**. 2010. Disponível em: <http://www.ident.com.br/tatiana/artigo/240-historia-da-protese.> Acesso em: 26 set. 2011.

Mello e Pellissar (2006) complementam dizendo que caso as próteses sejam moldadas numa condição inadequada, estas são capazes de permanecer ou piorar o estado bucal do paciente. Então, para que essas condições fossem solucionadas apareceram os condicionadores teciduais, que por sua vez, são materiais elásticos e macios recomendados para diversas circunstâncias em prótese. Os mesmos objetivam proporcionar absorção de parte da energia produzida pelo impacto mastigatório, impedindo-se, portanto, que haja agravos nos tecidos de suporte. Pode-se encontrar os condicionadores teciduais no mercado com duas composições básicas, ou seja, materiais à base de resina acrílica e de silicone.

2.1 PRÓTESE TOTAL IMEDIATA

Conforme Telles e Telles (2010, p. 315), “o Glossário de Termos Protéticos define prótese imediata como uma prótese confeccionada para ser instalada imediatamente após a extração dos dentes naturais”.

Ainda, conforme os estudos de Romeiro *et al.* (2010), a prótese dental em todas as suas atribuições, possui o objetivo de oferecer uma total reabilitação e devolução das funções estomatognáticas e, além disso, contribuir para a estética do paciente. Desse modo, as próteses imediatas são indicadas em episódios específicos, como a necessidade de extração múltipla de dentes remanescentes. Assim, a devolução da estética, fonética, mastigação e convivência social proporcionada pela prótese imediata, permite que o paciente pós-cirurgia receba as características próximas, dentro das possibilidades, às de uma pessoa dentada.

A prótese imediata é um tipo de reabilitação que exige do profissional mais informações, habilidades e critérios em relação à Prótese Total convencional. Por conseguinte, Romeiro *et al.* (2010), esclarecem que para se alcançar um resultado satisfatório no tratamento, reduzindo o comprometimento da qualidade de vida do paciente com a perda dos dentes naturais, o Cirurgião dentista deve entender as implicações de se subestimar as dificuldades intrínsecas a essa modalidade de tratamento.

Telles e Telles (2010) explicam que o momento de indicar uma prótese total imediata é sempre que tiver a recomendação de extração dos dentes remanescentes.

Saizar (*apud* TELLES E TELLES, 2010) analisou essas vantagens como (1) anatômicas, (2) funcionais; (3) estéticas; (4) psicológicas, assim como pode-se observar no quadro seguinte:

|  |  |
| --- | --- |
| **VANTAGENS DA PRÓTESE TOTAL IMEDIATA** | |
| (1) Vantagensanatômicas | - Impede a perda imediata da DVO  - Minimiza as alterações da ATM  - Evita o espraiamento lingual  - Impede o colapso labial e o afundamento das bochechas. |
| (2) Vantagens funcionais | - Permite aos músculos afetados seguirem funcionando em suas posições normais.  - Reduz a maior parte dos transtornos e reajustes fonéticos com a perda dos dentes.  - Facilita a mastigação, reduzindo os reajustes dietéticos e digestivos. |
| (3) Vantagens estéticas | - Impede o colapso facial, evitando o arqueamento da linha de selamento dos lábios e comissura, condição que dá aspecto de envelhecimento e tristeza.  - Com frequência, permite melhorar o aspecto estético do paciente. |
| (4) Vantagens psicológicas | - Elimina a humilhação que os pacientes sofrem ao se apresentar sem os dentes.  - Permite manter o equilíbrio emocional facilitando a continuidade da vida de relação.  - Facilita a decisão de sacrificar os dentes naturais quando necessário.  - Reduz os transtornos pelos quais passa o paciente para se acostumar com o uso de um PT, evitando uma fase de adaptação entre uma suposta condição de edentado sem usar prótese para uma de usuário de prótese. |

Quadro 2: Vantagens da Prótese Total imediata.

Fonte: Saizar (TELLES, Daniel de Moraes. **Prótese total:** convencional e sobre implantes. [1.reimpr.]. - São Paulo Santos, 2010. p. 317).

Telles e Telles (2010), ainda explicam que as PTs imediatas são contra-indicadas em alguns casos, como por exemplo: em pacientes que não suportariam uma cirurgia dado aos seus estados físicos e/ou psíquicos; em casos que apresentem alterações patológicas que necessitem fazer ampla retirada de tecido; sempre que o paciente não se dispor a cooperar com este tipo de reabilitação; e quando um profissional não estiver totalmente apto a fazer o tratamento.

Conforme o estudo de Vieira (2009), a indicação da prótese total imediata sujeita-se a idade e estado geral de saúde do paciente, a ausência de periodontopatias em estado muito avançado e a pacientes que ainda têm dentes naturais ou mesmo prótese. Além disso, estão contra-indicadas ao paciente que se submete a radioterapia, uma vez que o uso de uma dentadura poderia induzir a osteorradionecrose.

Ainda conforme Vieira (2009), as Próteses Totais Imediatas podem ser classificadas da seguinte maneira:

*Prótese Total Imediata com Face Labial Total:* Trata-se de uma prótese convencional que tem o aspecto vestibular de uma dentadura mediata convencional. Comumente precisa de remoção óssea e preenchimento na região labial. Pode acontecer reabsorção óssea deixando a borda anterior traumática, precisa ser constantemente ajustadas por conta dos desgastes. Já, a face labial da Prótese Total Imediata apresenta maior estabilidade, o que aumenta a probabilidade de reembasamentos, melhorando-a esteticamente.

*Prótese Total Imediata com Face Labial Parcial:* Essa prótese proporciona a construção de somente a parte inicial da vertente vestibular labial, acima do bordo cervical dos dentes artificiais. Não precisa ser realizada a cirurgia óssea ou retalho de tecidos, uma vez que não alcança áreas retentivas do processo alveolar.

*Prótese Total Imediata sem Face Labial:* Esse tipo de prótese tem seus dentes anteriores montados com sua face cervical amparada inteiramente sobre o rebordo alveolar, a montagem é parecida ao de uma prótese parcial fixa anterior. Numa concepção cirúrgica, essas próteses são mais conservadoras e oferecem bons resultados estéticos já nas primeiras semanas de sua instalação, no entanto apresentam falhas para sustentar um apoio apropriado para os lábios quando for o caso de uma reabsorção óssea por vestibular.

Vale citar alguns cuidados pós-operatórios quando na colocação da prótese total imediata: não retirar o aparelho nas primeiras 24 horas e nem ocluir para evitar a compressão na ferida cirúrgica; caso haja dor, informar ao paciente quanto ao uso de analgésicos; recomendar uma dieta líquida e fria nas primeiras horas; aplicar bolsa de gelo com intervalo de 15 minutos durante algumas horas; recomendar a realização da higienização da prótese com água e sabão, 24 horas após a entrega; É preciso ainda fazer a higienização da boca, com uma solução fisiológica, evitando tocar na ferida; Fazer os primeiros ajustes oclusais, uma semana após a entrega; O dentista pode decidir por reembasar a prótese total imediata ou confeccionar outra prótese total definitiva. A prótese total imediata começa a perder a retenção, sendo então necessário confeccionar uma prótese definitiva depois de algumas semanas (VIEIRA, 2009).

Romeiro *et al.* (2010) comentam que diante do desenvolvimento tecnológico, os dentistas têm utilizado o laser de baixa potência que surte um efeito analgésico, antiinflamatório e bioestimulante, bem como sua luz propicia uma ampliação da microcirculação local e drenagem do fluído gengival. Deste modo, este é um instrumento útil no pós-operatório imediato antes da colocação da Prótese Total Imediata. Ressalta-se ainda que por vezes, a prótese total imediata pode começar a perder a retenção, deste modo, é necessário depois de algumas semanas, confeccionar uma prótese definitiva.

2.3 REEMBASAMENTO DAS PRÓTESES TOTAIS IMEDIATAS

Segundo o estudo de Romeiro *et al.* (2010), o reembasamento da prótese total imediata ou a confecção de um outro definitivo deverá ser realizado depois de passado no mínimo um e no máximo quatro meses, de acordo com o estado de cicatrização do paciente. Comumente, transcorrido esse período, a dentadura começa a perder a retenção; assim, é preciso providenciar o reembasamento, conforme as técnicas convencionais ou confeccionar uma nova. Na maioria dos casos, mesmo depois de quatro meses de uso, a dentadura imediata permanece com retenção.

É importante ressaltar que durante o ato cirúrgico na extração dos dentes se a retirada do tecido ósseo for menor, o paciente terá condições de aproveitar a prótese imediata por mais tempo; no entanto, se acontecer uma alveolotomia extensa, deve-se obrigatoriamente partir para o reembasamento. Mesmo que o rebordo apresente retenção, a parte do rebordo correlativa a alveolotomia já apresentará reabsorção. O espaço assim constituído será completado por uma mucosa flácida. Tal mucosa móvel, na parte anterior do rebordo alveolar, gera um grande entrave na firmeza da futura prótese. A fim de prevenir o desenvolvimento dessa mucosa, é que se recomenda o reembasamento ou confecção de uma nova prótese após o período de remodelação óssea (ROMEIRO *et al.*, 2010).

Conforme Anusavice (2005) absorver uma parcela da energia produzida pelo impacto mastigatório é a finalidade das resinas para reembasamento de prótese total. Os reembasadores mais usados são resinas acrílicas plásticas que podem ser térmica ou quimicamente ativadas.

Os reembasadores macios quimicamente ativados geralmente contem polimetacrilato de metila ou polimetacrilato de etila como componente estrutural principal. Esses polímeros são inicialmente fornecidos em pó e depois com líquidos contendo de 60% a 80% de um plastificante. Geralmente, o plastificante é uma grande molécula como o dibutil ftalato. As distribuições de plastificantes em grandes moléculas diminuem o entrelaçamento das cadeias de poliméricas e assim permite que as cadeias individuais de polímeros deslizem uma sobre a outra. Tal movimento possibilita alterações rápidas na forma da resina macia para reembasamento e gera o efeito acolchoador para os tecidos subjacentes. Em função disso, os reembasadores são tidos como resinas macias para reembasamento dos tecidos de curta duração ou condicionadores de tecido (ANUSAVICE, 2005).

Os materiais termicamente ativados, diferentemente das resinas quimicamente ativadas para reembasamento, são geralmente mais duráveis e considerados resinas macias para reembasamento de longa duração. Mas é importante ressaltar que esses materiais se degradam com o tempo e não podem ser considerados permanentes (ANUSAVICE, 2005).

Inúmeros reembasadores termicamente ativados são fornecidos na forma de um sistema pó-líquido. O pó, composto de polímeros e co-polímeros de resina acrílica, e os líquidos por monômeros acrílicos apropriados e um plastificante. Ao serem misturados, formam uma resina maleável exibindo valores de temperatura de transição vítrea (Tg) abaixo da temperatura da boca (ANUSAVICE, 2005).

Muito embora os plastificantes permitam, em parte flexibilidade, eles também apresentam algumas dificuldades, pois não são unidos dentro da massa de resina e por isso podem ser eliminados dos reembasadores parciais. Ao passo em que isso ocorre, os reembasadores tornam-se mais rígidos, sendo assim mais vantajoso o uso de reembasadores menos propensos a ocorrência de lixiviação (ANUSAVICE, 2005).

O poli-metacrilato de metila vai sendo substituído por metacrilatos de alto peso molecular, tornando a Tg progressivamente menor. O resultado disso, menos plastificante é necessário, e os efeitos de lixiviação podem vir a ser minimizados. Têm sido usadas na aplicação de reembasamento parcial, resinas vinílicas. Os plastificantes de policloreto vinílico como o de poliacetato vinílico, infelizmente, são mais propensos a lixiviação e endurecimento durante o uso prolongado (ANUSAVICE, 2005).

Por outro lado, os silicones borrachoides, talvez sejam os materiais de maior sucesso para aplicação como reembasamento parcial. Esses materiais mantêm suas propriedades elásticas por um período mais prolongado que os demais, devido ao fato de não serem dependentes de lixiviação de plastificantes. No entanto, eles podem perder sua união com a base da prótese. Os silicones borrachoides podem ser tanto química, como termicamente ativados. Os ativados quimicamente são fornecidos como um sistema de dois componentes que se polimerizam por reação de condensação. Em consequência disso, esses materiais são bastante semelhantes aos materiais de moldagem de silicone por condensação (ANUSAVICE, 2005).

O ato de colocação de reembasadores quimicamente ativados é relativamente fácil. O adesivo é colocado na superfície da prótese total com a finalidade de facilitar a adesão entre a resina e a base da prótese e o condicionador. O material resiliente é então misturado, aplicado à prótese via modelagem por compressão para que ela se polimerize. Em seguida, a prótese total é removida, é realizado acabamento e polimento (ANUSAVICE, 2005).

Os silicones ativados quimicamente são um sistema único fornecido através de pasta ou gel. Esse tipo de material é aplicado e contornado usando a técnica da modelagem por compressão. Esses silicones podem ser aplicados à base da prótese total polimerizada preexistente ou polimerizada em conjunto com a confecção da prótese total por resinas recém manipuladas. Cimentos de borracha de polimetacrilato de metila são frequentemente usados para promover a adesão entre o reembasador de silicone e o material rígido. Esses cimentos funcionam como intermediadores químicos que unem o silicone com a base da resina (ANUSAVICE, 2005).

Um material de silicone ao menos, não requer adesivo quando é ativado em conjunto com o material resinoso para a base total, esse material é o co-polímero de silicone que contém componentes que se unem a resina acrílica. O procedimento laboratorial para os reembasadores de silicone termicamente ativados são bastante parecidos com àqueles descritos para materiais quimicamente ativados. As bases são incluídas, o espaço no molde é preparado de forma necessária, o alívio é proporcional a fim de permitir certa espessura ao material escolhido; a condensação, a modelagem por compressão, bem como o processamento são feitos de acordo com as recomendações do fabricante. A prótese total é então excluída, acabada e polida (ANUSAVICE, 2005).

Outros polímeros também têm sido usados como reembasadores macios e parciais, como o poliuretano e a polifosfazina. Os reembasadores descritos demonstram certos inconvenientes. Como por exemplo, os reembasadores de silicone possuem fraca aderência à base da prótese total, e também sofrem alterações de volume com ganhos e perda de água. Um grande número de reembasadores macios adere-se bem à base da prótese total, no entanto, tornam-se progressivamente mais rígidos à medida que os plastificantes são lixiviados do material. O tempo para que ocorra o endurecimento está associado ao conteúdo inicial do plastificante. Ao passo em que o conteúdo de plastificante aumenta, a chance de ser lixiviado também cresce. Por isso, materiais que exibem altos conteúdos iniciais de plastificantes tendem a endurecer mais rápido (ANUSAVICE, 2005).

Os reembasadores macios exercem efeitos significativos quando associados às bases de prótese total. Na medida em que a espessura do reembasador é aumentada, a espessura da base deve ser reduzida, isso acarreta num decréscimo na resistência da base da prótese total. Os materiais usados juntamente com os reembasadores macios como adesivos e monômeros podem causar dissolução parcial dessa base, resultando na fratura da base durante o uso. (ANUSAVICE, 2005).

A maior dificuldade no uso de reembasadores de curta duração está na dificuldade de realizar a limpeza desses materiais. Sendo frequente que pacientes relatem sabor e odor desagradáveis (ANUSAVICE, 2005).

Na compreensão de Elsemann *et al.* (2003), as resinas acrílicas feitas de poli-metactilato de metila, passaram a ser quase que unicamente o material de preferência para a base das próteses totais, possivelmente dado ao seu fácil processamento, boa resistência, baixo valor, não supressão de gases desagradáveis, facilidade de polimento, sendo ainda bem aceito pelos pacientes.

Elsemann *et al.* (2003), ainda esclarecem que quando as forças mastigatórias são concentradas sobre as próteses, elas direcionam-se para a fibromucosa de revestimento que, nem todas as vezes, tem capacidade de absorver as tensões procedentes dado a diversos aspectos como por exemplo:

[...] a má adaptação da prótese às estruturas de suporte, ajuste oclusal inadequado, diferentes graus de resiliência da fibromucosa de um local para outro ou ate mesmo, dificuldades anatômicas como a redução do mucoperiósteo e, assim, resultando em lesões e desconforto ao paciente (ELSEMANN *et al.,* 2003, p. 371)

Entretanto, depois da década de 1950, começaram a ser utilizados com mais

notoriedade os materiais forradores resilientes para base de prótese, especialmente as resinas acrílicas, com a finalidade de proporcionar melhor eficácia mastigatória e comodidade ao paciente através da absorção parcial da energia causada pela compressão da prótese total contra os tecidos basais quando na mastigação, reduzindo assim a probabilidade de trauma na ﬁbromucosa. Mas, embora muitos pacientes considerem-se sentirem-se confortáveis com o uso de próteses totais reembasadas com forradores resilientes, a durabilidade dessas próteses tem sido agente desencorajador, em virtude de constantes descolamentos entre: “os materiais resilientes confeccionados em silicone ou resina acrílica resiliente e a base de resina acrílica rígida” (ELSEMANN *et al.,* 2003, p. 371).

Diante disso, os autores em questão lembram que a microinfiltração é um relevante evento a ser levado em conta no deslocamento entre os materiais, resina acrílica rígida e o material resiliente, porém, diversos aspectos são capazes de intervir, delongando ou precipitando os efeitos deletérios da microinfiltração. Assim, diversos processos têm sido analisados com o desígnio de aumentar a longevidade das próteses forradas com materiais macios.

Assim sendo, Elsemann *et al.* (2003, p. 375) verificaram por meio de seu estudo que para reduzir os efeitos deletérios da microinﬁltração pode-se aplicar uma película de adesivo e de um selador na porção exterior da interface, na base de resina acrílica e na parte macia do material resiliente, deste modo, pode-se contemporizar o descolamento desse material, pois este fenômeno acontece durante todo o tempo em que a prótese fica exposta aos fluídos bucais. Ressaltam-se que, até o presente momento, nenhum dos materiais forradores resilientes disponíveis, oferecem propriedades satisfatórias para uma perfeita adesão à base rígida da prótese total que possa impedir a microinﬁltração em sua interface.

Nesse sentido, no entendimento de Mello e Pellissar (2006), os materiais designados *soft lining* ou resilientes tem o objetivo de absorver a energia provocada pela prótese que seria designada aos tecidos de suporte do paciente. Pode-se dizer ainda que os forradores resilientes moles tem a finalidade de absorver a energia da mastigação e fazer sua distribuição para os tecidos de suporte. Tais materiais podem ser à base de silicones, que são mais moles ou também de acrílico. No entanto, não dispõem de uma eficácia satisfatória em áreas de espículas sem cortical e, também não, se o feixe neuromuscular mentoniano está superficializado.

Estes materiais apresentam certas desvantagens posto que tendem a desgastar a base da prótese, não são fáceis de ajustar, são porosos e aglomeram bactérias, o prazo de deteriorização é de 9-18 meses, precisam dispor no mínimo 3mm de espessura, tendem a deformar a mucosa dado à fricção o que, do mesmo modo, os contra-indica em pacientes com expressiva atrofia de mucosa ou pacientes com xerostomia (MELLO e PELLISSAR, 2006).

Entretanto, os condicionadores de tecidos são empregados no tratamento de mucosa irritada, forramento temporário de próteses imediatas, bem como em cirurgia bucal para a acomodação da prótese e, além disso, em moldagens funcionais. De acordo com Mello e Pellissar (2006), estes apresentam características de dureza, perda de peso, precisão dimensional, deformação à compressão e escoamento.

Nessa direção, Mello e Pellissar (2006, p. 10) divulgam que:

* nenhum dos materiais forradores resilientes disponíveis no mercado atualmente apresentam todas as propriedades necessárias para a perfeita união à base da prótese;

• ainda existem muitas controvérsias quanto ao tempo de uso dos materiais, alguns autores defendem a ideia de que não existem materiais permanentes, pois necessitam de reembasamentos periódicos;

• os materiais a base de resina sofrem um processo de lixiviação e devem permanecer na cavidade bucal por um menor período de tempo;

• para que haja melhor desempenho do material devem ser seguidas as indicações do fabricante e utilizando métodos (selante) para aumento da durabilidade;

• o material à base de silicone Ufi Gel (Voco) apresenta um bom desempenho na proteção e cicatrização da ferida cirúrgica;

• permite melhor distribuição das cargas sobre os tecidos de suporte, promovendo sua recuperação e restaurando as condições ideais para que se possa fazer uma moldagem.

Ainda conforme o estudo de Mello e Pellissar (2006), a técnica de reembasamento indireta evidencia um resultado clínico superior à técnica direta, apesar do maior custo e do paciente ficar sem a prótese, ela dispõe de bom acabamento, estabilidade dimensional e durabilidade.

Quanto à técnica direta ela é prática e simples para a execução, no entanto, o tempo do reembasamento sujeita-se a correta manipulação do material, suas peculiaridades inerentes, aplicação do selante, retorno do paciente, acompanhamento e higienização da prótese pelo paciente (MELLO e PELLISSAR, 2006).

**3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao apresentar os pontos relevantes sobre os fatores funcionais da Prótese Total Imediata pode-se observar que o momento de indicá-la será sempre quando existir a recomendação de extração dos dentes remanescentes, sendo que a prótese total tem o objetivo de oferecer uma total reabilitação e devolução das funções estomatognáticas e, além disso, contribuir para a estética do paciente. Além disso, compreendeu-se que um paciente pode ter benefícios com o uso de uma PT imediata pois ela pode propiciar vantagens anatômicas, vantagens funcionais, vantagens estéticas e vantagens psicológicas.

No que tange a hipótese levantada para o estudo, de que no caso de extrações múltiplas o uso da Resina Resiliente como reembasamento poderia melhorar o conforto do contato entre mucosa e prótese melhorando a adaptação da Prótese Total Imediata durante o processo de adequação dos tecidos moles, pode-se averiguar que de fato, a literatura estudada confirma que melhora a adaptação, mas como visto este tipo de reembasamento também apresenta suas desvantagens.

Espera-se que o presente trabalho possa ser útil para acadêmicos em Odontologia que têm interesse neste tema.

**ABSTRACT**

*The present study sought to meet his goal was to present general theoretical considerations regarding the application of techniques Rebasing direct and indirect materials or Soft Lining in Resilient Denture immediately in order to demonstrate its advantages and disadvantages. To do so, relied on a literature search. Among many important exhibitions could envisage that the denture is designed to provide a total return and rehabilitation of the stomatognathic function and contribute to the aesthetics of the patient. It was found that the indication of immediate denture may be subject to age and general health of the patient, the absence of periodontal disease, among others. The rebasing acrylic resins are most commonly used plastic. It was deduced that the lining or soft resilient materials have certain disadvantages, since they tend to wear the denture base, are not easy to adjust, are porous and bacteria crowd, etc.. It is envisioned that the technique of indirect rebasing demonstrates a clinical outcome than the direct technique, since it has dimensional stability and durability. Since the direct technique is practical and simple to implement, however, the time of rebasing subject to proper handling of the material, sealant application, patient feedback, monitoring and cleaning of the prosthesis by the patient.*

**KEYWORDS:** *1. Dentistry. 2. With resilient relining. 3. Immediate dentures.*

**REFERÊNCIAS**

ANUSAVICE, Kenneth J. **Philips Materiais Dentários**. 3ª Tiragem – 10ª ed. Saunders Elsevier: Rio de Janeiro, 2005.

ELSEMANN, Rogério Brasiliense. et al **Reembasamento das Próteses Totais A Microinfiltraçäo entre a base da Prótese Total em resina acrílica fiígidae o material forraclor flesiliente.** RGO, 51 41: 371-376. Outubro. 2003.Disponível: < http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=935&article=384&mode=pdf.>Acesso: 28 set. 2011.

MELLO, Vanessa Renata Budnik. PELLISSAR, Leonardo P. **Condicionamento Tecidual com Materiais Resilientes em Base de Prótese Total.** 2006.Disponível: **<**http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=680> Acesso: 16 maio 2011.

ROMEIRO, Camila. et al. **Prótese Total Imediata**. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Diamantina, 2010. Disponível: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABqgwAL/protese-total-imediata> Acesso: 16 maio 2011.

RONCAGLIA. Tatiana. **História da Prótese**. 2010. Disponível em: <http://www.ident.com.br/tatiana/artigo/240-historia-da-protese.> Acesso em: 26 set. 2011.

TELLES, Daniel de Moraes. **Prótese total:** convencional e sobre implantes. [1.reimpr.]. - São Paulo Santos, 2010 492p.

TURANO, José Ceratti. TURANO, Luiz Martins. **Fundamentos de Prótese Total**. 8ª ed. Editora Santos, 2009.

VIEIRA, Viviane B. Barroso. **Prótese Total Imediata** 2009. Disponível: <http://evolutti.blogspot.com/2009/12/protese-total-imediata.html.>Acesso: 16 maio 2011.

1. Graduando do Curso de Odontologia da Faculdade de Patos de Minas - FPM. elvis-odonto@hotmail.com [↑](#footnote-ref-2)
2. Professora orientadora do Curso de Odontologia da Faculdade de Patos de Minas - FPM. Mestre em Reabilitação Oral - Universidade Federal de Uberlândia (UFU) (33) 8438-1569 - lia\_dietrich@yahoo.com.br [↑](#footnote-ref-3)