

PRÓTESE E TRAUMATOLOGIA MAXILO-FACIAIS

Coletânea de exercícios de fixação

Gaspar Soares Brandão

Professor de Prótese e Traumatologia
Maxilo-Faciais

SINOPSE

O objetivo é facilitar aos discentes o desempenho de tarefas práticas, com indicações básicas e técnicas simples do que têm a realizar.

Os numerosos aparelhos, dispositivos e próteses, elaborados segundo métodos que variam ao infinito, foram selecionados procurando cobrir a maior área de casos clínicos possíveis, ao mesmo tempo que somadas às experiências cumulativas, possam oferecer estrutura para o exercício profissional e suporte a cursos de pós-graduação.

As variantes técnicas ditadas pela experiência e adestramento serão agregadas, sem alteração do lastro oferecido, completando a formação profissional.

SYNOPSIS

The aim is to help the students in the execution of the practical works, with basic indications and single tecnicas.

The numerous appliances, dispo-

sitives and prosthesis elaborated in accord with many methods, were chosen in order to cover the greatest number of clinic cases, at the same time they were additioned with cummulative experiences which allow them to offer the professional practice as well as the basis te the post-graduate courses.

The different tecnicas result from the experience will be add, without alteration in the basic knowledge, with the purpose to complete the professional formation.

CAPÍTULO I

1. OBTENÇÃO DE REPRODUÇÕES

- 1.1 — Do pavilhão auricular.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde —
setor de laboratório.
- 1.2 — Das regiões nasal e orbitária.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde —
setor de laboratório.

- 1.3 — Do segmento inferior da face.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde — setor de laboratório.
- 1.4 — Da região orbitária.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde — setor de laboratório.
- 1.5 — Da loja ocular.
 - A - Confecção do molde.
 - B - Moldação — setores clínicos.
 - C - Vazamento no molde — setor de laboratório.
- 1.6 — Da face, em norma frontal.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde — setor de laboratório.
- 1.7 — Da face, em norma lateral.
 - A - Moldação - setor clínico.
 - B - Vazamento no molde — setor de laboratório.

CAPÍTULO I

1. — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÕES

1.1 — Obtenção de reprodução do pavilhão auricular

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; gral de borracha; proveta graduada; tesoura comum; pinça para algodão; pincel pêlo de camelo, nº 20.

Material: alginato; gesso comum; algodão hidrófilo; vaselina líquida; fita gomada; compressas de gaze; tira de celulóide de 40 mm x 250 mm ou cêra utiliza-

de; álcool etílico ou redutor de tensão superficial; cloreto de sódio.

1.1.2 — Medidas preliminares

Posicionamento: Mandar sentar o paciente em posição confortável, tórax e pernas formando ângulo de mais ou menos 150°, face voltada para o lado oposto ao de ação. Proteger-lhe o vestuário com avental ou pano de campo.

Delimitação do campo: Linha superior — 20 mm acima da orelha; inferior — 20 mm aquém da orelha; laterais — 20 mm ante e após orelha. Elaborar anel de celulóide ou cêra utilidade, seguindo o contorno do campo. Aplicar álcool ou substância redutora da tensão superficial em toda a superfície a ser moldada. (Fig. 1)

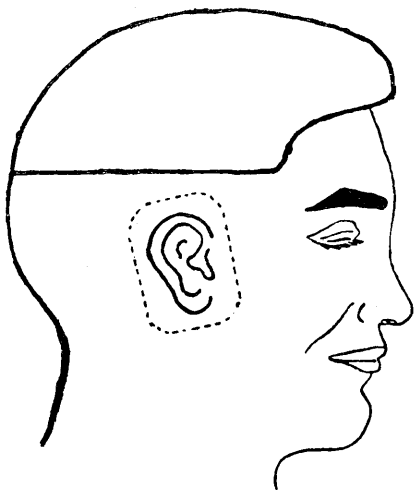


FIG. 1

Preparo do campo: tomar o conduto auditivo externo com chumaço de algodão umedecido em lu-

brificante antisséptico, raso ou em profundidade de 10 mm, quando necessária a moldagem do conduto.

1.1.3 — Moldagem

Alginate: Manipular alginato, quanto baste, água à temperatura ambiente, acrescentando à medida normal 1/4 da capacidade, para favorecer o escoamento e aumentar o tempo de gelificação. Dobrar levemente para a frente o pavilhão, aplicar o material de moldagem com pincel, até preencher o ângulo aurículocefálico, até as bordas do hélix. Voltar a orelha a posição normal. Preencher rapidamente toda a fossa auricular, do fundo para a periferia. Colocar o anel retentor, depositar alginato com pincel, na face externa da cabeça, quantidade bastante a cobrir os acidentes anatômicos, espessura aproximada de 5 mm, incluindo pequenas tiras de gaze. Aguardar a gelificação. (Fig. 2)

Gesso: Manipular gesso comum, adicionado de acelerador (NaCl) e depositar sobre o hidrocolóide, ca-

mada de 10 mm. Aguardar o tempo de presa.

Remoção: Rompida a tensão superficial, remover a impressão cuidadosamente, com movimentos lentos e suaves, de diante para trás e para cima.

Revisão: Revisar o molde, repetir ou prosseguir. Limpar a face do paciente, aplicar curativo quando for o caso, dispensá-lo.

1.1.4 — Observações

- Havendo lesões não cicatrizadas protegê-las com pomada de Reclús, Lassar ou celofane molhado em antisséptico.
- Podem-se empregar borracha em lâmina, resina resiliente ou material apropriado, para o anel retentor.
- Quando necessário, o espaço ao redor do pavilhão pode ser ampliado à vontade.
- O emprego de retardadores de gelificação tem indicação, entre eles a solução de fosfito de sódio a 1%.
- Para propiciar retenção no alginato podem ser aplicados pe-

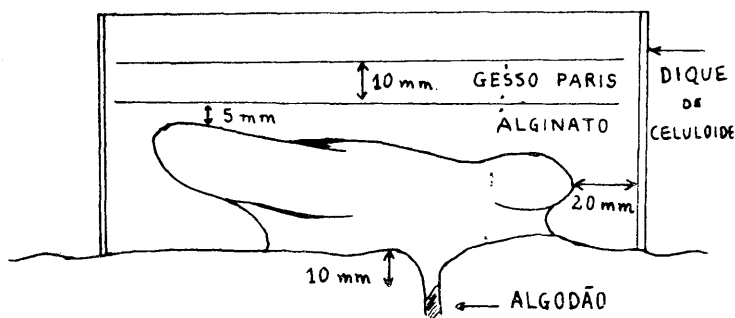


FIG. 2

quenos grampos, tomados de grampeador comum, introduzindo uma das pontas no alginato, ou ainda porções de "bom bril".

- f) A moldação é realizável ainda a hidrocolóide reversível, compostos à base de borracha ou siliconas, gesso comum, solúvel ou técnica mista (materiais elásticos e gesso).
- g) Quando do emprêgo do gesso a moldagem deverá ser a dois tempos ou por seções. Quando não restem porções retentivas do pavilhão, particularmente concha, tragus e lóbulo — grandes mutilações — será moldagem a um tempo.
- h) Na moldagem a gesso os pêlos são recobertos com retângulo de celofane, com abertura central elipsóide, onde penetrará o pavilhão.
- i) A impressão a hidrocolóide reversível e demais compostos elásticos segue passos idênticos aos dos alginatos.
- j) A posição poderá ser em decúbito lateral quando a impressão fôr realizada na cama.

B — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

1.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: cuba de borracha; espátula para gesso; placa de vidro; faca para gesso.

Material: gesso pedra.

1.1.2 — Medidas preliminares

Preparo do molde: Mover 10

mm o anel circundante, deslizando-o para o lado que esteve em contacto com os tegumentos. Tratar a impressão segundo os requisitos exigidos pelo material usado.

1.1.3 — Vazamento no molde

Manipulação: espátula gesso pedra, vertê-lo na impressão sob vibração, completar até a borda da cinta, deixar em repouso até a presa final.

Remoção: Remover a cinta e o alginato, recortar e retocar o modelo. (Fig. 3).

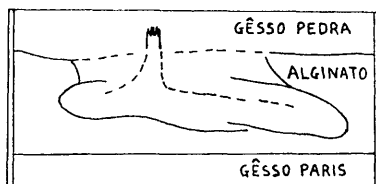


FIG. 3

1.1.4 — Observações

- a) A impressão pode ser reproduzida ainda em cera rosa comum, tipo especial para modelos, gesso de Paris, metal de baixa fusão. As manobras técnicas variarão segundo o material empregado. A requisição também deverá incluir o instrumental e material necessários ao trato da substância escolhida.
- b) Quando são empregadas as cêras o anel de celulóide deverá ser tomado ao redor com gesso em consistência rala, para evitar o vazamento. Nas reproduções com esse material a impressão será sempre a hidro-

colóide. No caso dos metais de **baixa** fusão o dique deverá ser **compatível.**

1.2 — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÃO DAS REGIÕES NASAL E ORBITÁRIA

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; tijela de borracha; tesoura comum; proveta graduada; pincel pêlo de camelo nº 20; pinça para algodão.

Material: alginato; gesso de Paris; compressas de gaze; algodão hidrófilo; cloreto de sódio; álcool etílico ou eliminador da tensão superficial.

1.2.2 — Medidas preliminares

Posicionamento: Mandar sentar o paciente na cadeira de operações, em posição normal, de modo que o longo eixo do tórax forme um ângulo de 30° com o soalho. (Fig. 1)

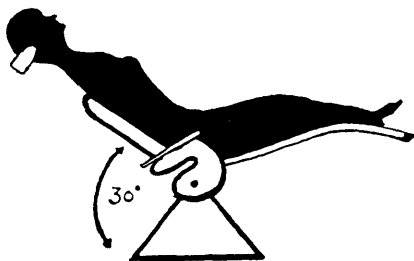


FIG. 1

Delimitação do campo: Superiormente — 20 mm acima das sobrancelhas; inferiormente — borda vermelha dos lábios; lateralmente, direita e esquerda apófise orbitária externa. Preferentemente dar contorno arredondado a moldagem, empregando ou não muro retentivo. Proteger a indumentária do paciente. (Fig. 2)

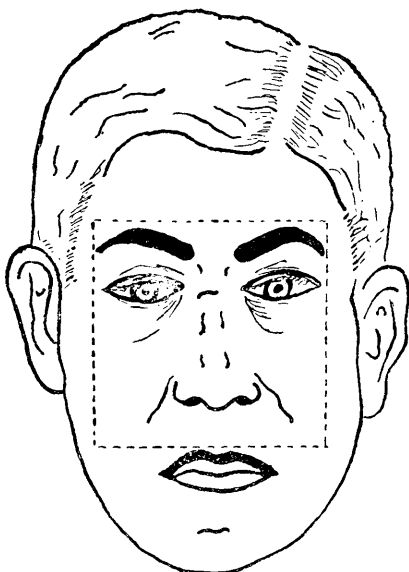


FIG. 2

Preparo do campo: Tomar as fossas nasais com algodão, sem deformar o contorno. Exigir respiração bucal.

1.2.3 — Moldagem

Alginato: Manipular o alginato, água à temperatura ambiente, usando-se 1/4 mais do que o recomendado. Passar ao redor dos olhos, na fronte, nariz e lábio, algodão umedecido em álcool ou eliminador de tensão superficial. Pincelar o alginato ao redor dos olhos, na testa e nariz e, finalmente sobre os olhos. Colocar o dique, se desejar, acrescentar alginato até a espessura de, aproximadamente, 8/10 mm. Incluir tiras de gaze no hidrocolóide. Aguardar o tempo de gelificação. (Fig. 3)

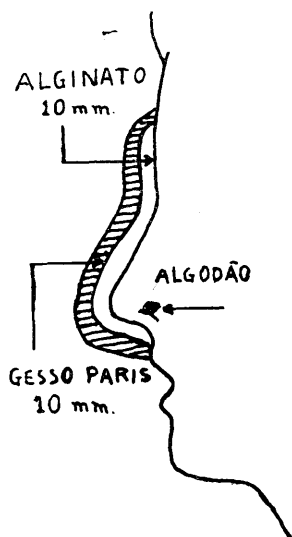


FIG. 3

Gesso: Manipular gesso de Paris adicionado de acelerador (NaCl) e com ele cobrir o alginato, capa de 10 mm, não maior para evitar distorções. Após a presa do gesso romper a tensão pele-impressão, remover o negativo de cima para baixo, leve e firmemente. Fazer a crítica do molde: se favorável realizar a higiene do paciente e dispensá-lo.

1.2.4 — Observações

- a) Havendo lesões não cicatrizadas protegê-las com pomada de Reclús, Lassar ou celofane molhado em antisséptico.
- b) Desde que se proceda tempestivamente não é necessário isolar o campo pelos meios conhecidos, bastando ter cuidado na deposição do hidrocolóide e sua recobertura com gesso.
- c) A moldagem é ainda realizada a gesso comum, solúvel e hidrocolóide reversível ou técnica mista — dois materiais associados. Adotam-se métodos particulares a cada caso, como visto no setor teórico. A impressão a gesso exige prévio isolamento dos pêlos e cuidados com os olhos.
- d) O emprêgo de retardadores de gelificação tem indicação, entre eles a solução de fosfito de sódio a 1%.
- e) Para propiciar retenção no alginato podem ser aplicados pequenos grampos, tomados de grampeador comum, introduzindo uma das pontas no alginato, ou ainda porções de "bom bril".

B — VAZAMENTO NOS MOLDES SETOR DE LABORATÓRIO

1.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: gral de borracha; espátula e faca para gesso; pincel pêlo de camelo, nº 20.

Material: gesso pedra.

1.2.2 — Medidas preliminares

Preparo do molde: Aparar o molde; fixar o material de impressão. Isolar como recomendado.

1.2.3 — Vazamento no negativo

Gesso: Manipular o gesso pedra, aplicá-lo com o pincel para evitar bôlhas, do fundo para a periferia. Completar a aposição até 10 mm de espessura. Deixar em repouso até a presa final. Remover a impressão, aparar as rebordas e corrigir as imperfeições da reprodução, modelo.

1.2.4 — Observações

- a) A reprodução é realizada ainda à cêras, metais de baixa fusão, seguido a finalidade a que se destina. Naturalmente a técnica será a pertinente a cada um dos materiais.

1.3 — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÃO DO SEGMENTO INFERIOR DA FACE

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso;

cuba de borracha; pincel pêlo de camelo, nº 20.

Material: gesso solúvel ou comum; guardanapos (papel ou pano); alfinetes de segurança; vaselina pastosa; algodão; eliminador de tensão superficial ou álcool etílico.

1.3.2 — Medidas preliminares

Posicionamento: Mandar sentar o paciente em posição normal e confortável, reclinar suavemente o encosto da cadeira até que o grande eixo do tronco e os membros inferiores formem ângulo de mais ou menos 150°. Proteger-lhe o vestuário.

Delimitação do campo: Limites: inferior — 50 mm da borda inferior do mandibular, horizontalmente; superior — borda do lábio inferior prolongado até próximo do ângulo do mandibular (gônio); laterais — ângulo do mandibular. Prender os guardanapos com alfinetes de segurança, nos pontos de encontro. (Fig. 1).

1.3.3 — Moldagem

Preparo do campo: Isolar os eventuais pêlos ou velos.

Gesso: Manipular o gesso em consistência rala e espargir com pincel em toda a área delimitada. Apôr mais gesso, até formar camada de 10 mm mais ou menos. Aguardar a presa inicial. Remover a impressão, fazer a crítica. Dispensar o paciente, se fôr o caso, executando prévia higiene.

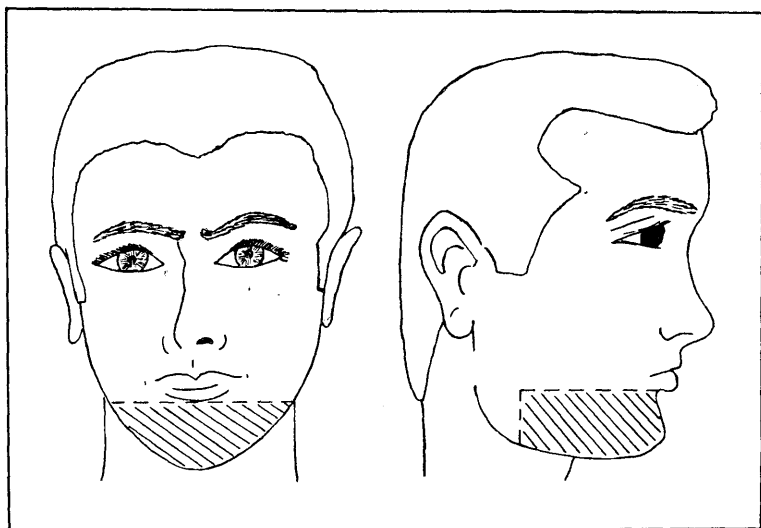


FIG. 1

1.3.4 — Observações

- a) Quando disponíveis devem ser requisitadas e empregadas, pinças para campo em vez dos alfinetes de segurança.
- b) Em caso de paciente do sexo masculino, mandar que se barbeie previamente, o mais próximo do momento da moldagem.
- c) Quando houver lesões não cicatrizadas, proceder como indicado nos títulos anteriores, sob a rubrica 1.1.4 a).
- d) O material de moldação é variado, valendo as respectivas indicações e técnicas já apresentadas.

B — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

1.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula e faca

para gesso; cuba para manipulação de gesso.

Material: gesso pedra; isolante para gesso.

1.3.2 — Vazamento no molde

Preparo do molde: Regularizar as bordas do molde; isolar a impressão com solução própria. Vazar o gesso previamente manipulado, segundo os ensinamentos já visto e de uso, procurando deixar a face superior plana. Após a presa final do gesso, remover o negativo, fazendo pequenos entalhes ou serraduras em V, em pontos estratégicos, destinados a facilitar a fragmentação. Dar forma conveniente ao modelo, acabá-lo segundo a finalidade.

1.3.3 — Observações

- a) Os materiais alternativos para

confeções dos modelos são os já citados nos títulos anteriores.

1.4 — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÃO DA REGIÃO ORBITÁRIA

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; cuba de borracha; pincel pêlo de camelo nº 20; proveta graduada; tesoura comum.

Material: guardanapos de papel ou pano; gaze em compressas; alginato; gesso comum.

1.4.2 — Medidas preliminares

Posicionamento: Sentar o paciente em posição normal, levemente inclinado para trás. Proteger-lhe as vestes.

Delimitação do campo: Superior: curvatura máxima das sobrancelhas; inferior: borda inferior do nariz; lateral externa: apófise orbitária externa; lateral interna: plano sagital mediano. (Fig. 1).

1.4.3 — Moldagem

Alginato: Manipular o alginato de acordo com as especificações e depositá-lo com o auxílio do pincel, distribuindo-o por toda a área a ser copiada. Incluir pequenas tiras de gaze. Espessura da ca-

mada de 6 a 10 mm. Aguardar a gelificação.

Gesso: Manipular gesso comum adicionado de acelerador (NaCl), cobrir todo o alginato. Aguardar a presa do gesso, remover suavemente a impressão tendo o cuidado de romper a tensão tegumentosa pele.

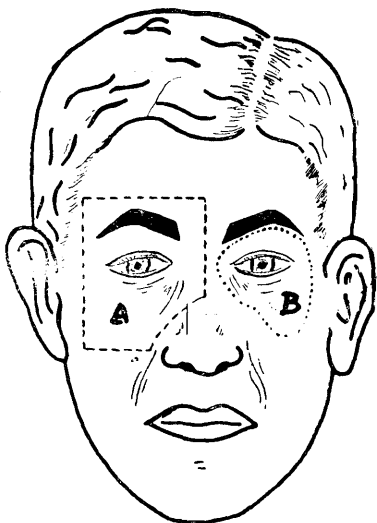


FIG. 1

Área de moldagem A. Limites da moldeira B.

1.4.4 — Observações

- Proteger o olho são pingando uma gota de colírio à base de vitamina A, ou óleo de rícino neutro; estéril.
- O emprêgo de retardadores de gelificação tem indicação, entre eles a solução de fosfito de sódio a 1%.
- A moldagem é realizável ainda a hidrocolóide reversível, compostos à base de borracha ou siliconas, gesso comum, solúvel

ou técnica mista (materiais elásticos e gesso).

- d) Para propiciar a retenção no alginato podem ser aplicados pequenos grampos, tomados de grampeador comum, introduzindo uma das pontas no alginato, ou ainda porções de "bom bril".

B — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

1.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; cuba de borracha; pincel pêlo de camelo, nº 20; proveta graduada; tesoura comum.

Material: tiras de celulóide; fita gomada; gesso comum; placa de vidro.

1.4.2 — Vazamento do negativo

Preparo do molde: Fixada a impressão, recortá-la e construir parede retentiva de celulóide; vazamento do gesso, segundo as normas usuais. Preparo do modelo.

1.5 — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÃO DA LOJA OCULAR

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; cuba de borracha; seringa para alginato, com bico recoberto de

tubo de borracha; moldeira orbitária; proveta graduada.

Material: Alginato.

1.5.2 — Medidas preliminares

Moldeira: Empregar moldeira orbitária de estoque ou individual, como visto em "Confecção de moldeira orbitária".

Posicionamento: Mandar sentar o paciente em posição normal, confortável. Prepará-lo psicologicamente.

Preparo do campo: Limpar a cavidade ocular, removendo serosidades e resíduos. Mandar o paciente olhar firme para ponto fixo a uma distância mínima de 2 metros. Observar a centralização do olho remanescente; caso necessário retificar a mirada. Instruir o paciente para que durante a moldagem não mova o olho nem as pálpebras, a fim de evitar alteração da posição estática dos tecidos do fundo da cavidade.

1.5.3 — Moldagem

Alginato: Manipular o alginato, carregar a seringa. Pálpebras entreabertas pela ação do indicador e polegar da mão esquerda, depositar o material do fundo da cavidade para a periferia, continuamente para evitar bôlhas de ar, até extravasamento pelas comissuras, apondo-se o restante da substância de impressão sobre as pálpebras e território vizinho. Recobrir, em seguida, com a moldeira, comprimí-la levemente, fazendo fluir pelas perfurações o material de

moldagem. Imóvel o paciente, aguarda-se o tempo de gelificação, em média 4 a 5 minutos. Deslocam-se os tegumentos da impressão e levemente remove-se a moldeira e o molde intracavitário. Feita a crítica do trabalho, dispensar o paciente. (Fig. 1 e 2).

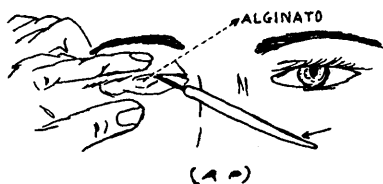


FIG. 1

1.5.4 — Observações

- a) Em cavidades muito amplas ou naquelas em que a fenda pal-

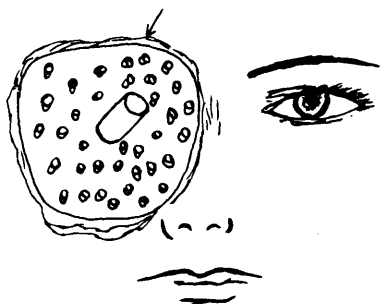


FIG. 2

pebral é estreita, a moldagem pode ser a dois tempos.

- b) Não é recomendável anestesia do epitélio intracavitário; só em casos de extrema sensibilidade ou em crianças rebeldes.
c) Os materiais à base de borracha ou siliconas podem ser empregados.

B — CONFEÇÃO DE MOLDEIRA ORBITÁRIA — SETOR DE LABORATÓRIO

1.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para cêra nº 7; cuba de borracha; espátula para gesso; mufla; broca esférica nº 7.

Material: resina polímero e monômero; isolante para gesso e resina; cêra em lâmina, rosa, nº 7; gesso comum.

1.5.2 — Técnica de confecção

Preparo do modelo: Tomar modelo da região orbitária, como visto em 1.4-B, delimitar a área da moldeira, em média 10 mm aquém da periferia do modelo. Hidratar o modelo, estender 1/2 folha de cêra rosa na zona demarcada, comprimindo-a levemente, até tomar o contorno facial. Recortar a cêra, acompanhando os limites. Confeccionar cilindro de cêra, de 10 mm x 20 mm e prendê-lo à parte central da moldeira. Arredondar as bordas. (Fig. 3 e 4).



FIG. 3

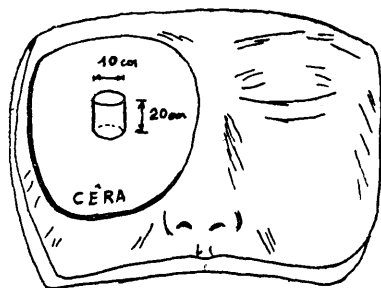


FIG. 4

Inclusão: Incluir a peça em cera, na mufla, técnica comum. Processar a substituição pela resina, na forma usual. Removida da mufla, perfurar toda a área da moldeira com broca esférica nº 7 ou broca para ferro de 1/8". Polir a moldeira.

1.5.3 — Observações

- a) A moldeira pode ser construída em resina de rápida polimerização, técnica de construção das moldeiras individuais ou ideal-base. Neste caso usamos duas folhas superpostas para maior estabilidade.
- b) E' freqüente o emprêgo de moldeiras oculares de estoque, que nem sempre exigem adaptação.
- c) Autores recomendam confeccionar moldeira para a loja ocular, como segue:
 1. — tomar bloco de gesso e fazer escavação com disco metálico, de diâmetro igual a 25/35 mm conforme o tamanho da cavidade;
 2. — colocar lâmina de cera rosa nº 7, fazendo 1/2 calota;
 3. — incluir e processar pela

técnica comum a ceroplastia da 1/2 calota;

4. — a calota pode ser elaborada diretamente em resina de autopolimerização;
5. — perfurar a calota como visto anteriormente;
6. — no ângulo externo fazer perfuração maior para penetração da ponta da seringa injetora de hidrocolóide. A moldagem segue a linha descrita, naturalmente colocando-se sob as pálpebras a moldeira.

C — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

1.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; tesoura comum; cuba de borraça; pincel pêlo de camelo, nº 20.

Material: tira de celulóide; fita gomada; proveta graduada; gesso pedra.

1.5.2 — Vazamento no negativo — acabamento

Preparo do molde: Fixada a impressão, colocar muro retentivo de celulóide, manipular gesso pedra e aplicá-lo com pincel. Preencher até altura conveniente, sob vibração, em média 15 mm além do limite do fundo da cavidade.

Gesso: Manipular o gesso da forma recomendada e vazá-lo no molde, sob vibração. Após a presa, remover a cinta e a moldeira, cuidadosamente, retirando em se-

guida o alginato de dentro da cavidade, com instrumento rombo, sem comprometer o fundo do molde. Configurar o modelo dando-lhe forma conveniente, tratando-o segundo a sua finalidade. (Fig. 5).

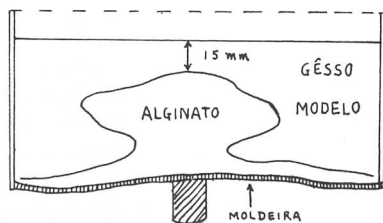


FIG. 5

1.5.3 — Observações

- a) Os moldes, desde que não vizem a obtenção de esclerótica em cêra, podem ser vazados em outros materiais.

1.6 — OBTENÇÃO DE REPRODUÇÃO FACIAL EM NORMA FRONTAL

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.6.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum, de ramos longos; lápis comum; pinças para campo ou alfinetes de segurança; pinça para algodão; espátulas para gesso; cubas de borracha ou plástico, de tamanho grande, 150 mm de boca; colheres para sopa; proveta graduada; pincel pêlo de camelo, nº 20; espátula para cêra.

Material: fio de chumbo de

1/16" ou 3/32"; fôlha de cartão de 22 x 32 de 0,5 mm; guardanapos ou panos de campo; óleo de rícino neutro e estéril ou colírio à base de vitamina A; cânulas de borracha ou plástico, de 3/16" ou 6 mm; compressas de gaze; gesso comum ou solúvel; alginato; algodão hidrófilo; vaselina.

1.6.2 — Medidas preliminares

Preparo psicológico do paciente: Comunicar-lhe o que se vai executar. A ocorrência de fatos desagradáveis quando da realização de movimentos intempestivos e da falta de colaboração por parte do doente. Chamar a atenção para a sensação de afogamento que poderá sentir sob a máscara, mera impressão. Combinar código de sinais para resposta às inquirições durante a moldagem.

Posicionamento: Mandar sentar o paciente confortavelmente, reclinando suavemente a cadeira para que o longo eixo do tronco e o plano horizontal formem ângulo de mais ou menos 30°. Proteger-lhe o vestuário.

Delimitação do campo: Limite superior — linha que passa na origem dos cabelos; inferior — plano tangente ao submento; laterais, esquerdo e direito — bordo anterior do pavilhão auricular. Aplicar ao redor da face o fio de chumbo, retorcer os extremos obtendo o perímetro. Transportar o contorno obtido para a fôlha de cartão, traçando-o a lápis. Recortar pelo traço feito. Provar a delimitação, fazer retoques se neces-

sário. Completar a limitação e isolamento com panos de campo. (Figs. 1, 2 e 3).

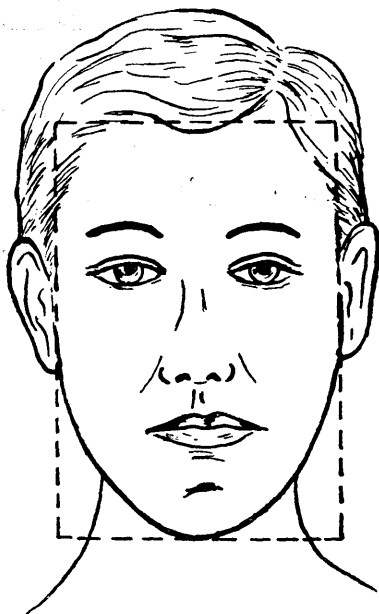


FIG. 1

Preparo do campo: Colocar cânulas de borracha nas narinas tendo o cuidado de não lhes alterar o contorno e deixar o máximo de permeabilidade para facilitar a respiração. Pode-se calçar as cânulas com algodão, sem deformar as narinas. Testar com felpas de algodão ou espelho, a normalidade da respiração. Nos pacientes com deficiência respiratória nasal acentuada colocar a cânula na comisura labial, tomando as narinas com algodão. Pingar uma gota do colírio em cada olho. Aplicar substância redutora de tensão superficial.

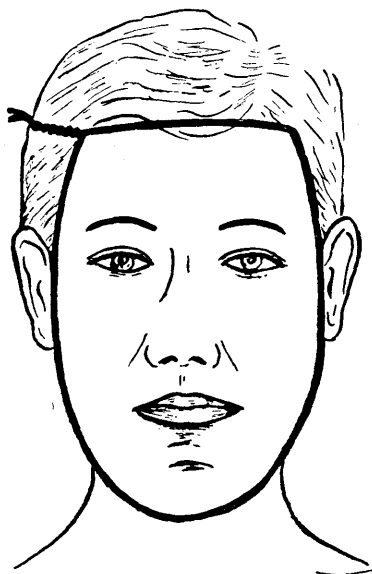


FIG. 2

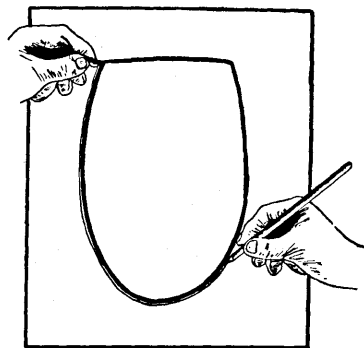


FIG. 3

1.6.3 — Moldagem

Alginate: Manipular o alginato, 1 e 1/2 porção, de cada vez, com água à temperatura ambiente, aumentando-se a proporção água-pó de 1/4 a 1/2 da quantidade recomendada. Espargir na face, com

o pincel, fina camada de alginato; evitar pincelar duas vezes no mesmo lugar. A aplicação poderá ser de cima para baixo e nas regiões pilosas, sempre no sentido da cama dos pêlos. Evitar rugas do material e os espaços vazios. Completar a cobertura de alginato até recobrir todo o campo em, mais ou menos, 8 a 10 mm. Aguardar a gelificação.

Gesso: em seguida à gelificação, apôr camada de gesso de Paris manipulado com acelerador (NaCl por ex.) sobre todo o alginato. (Fig. 4).

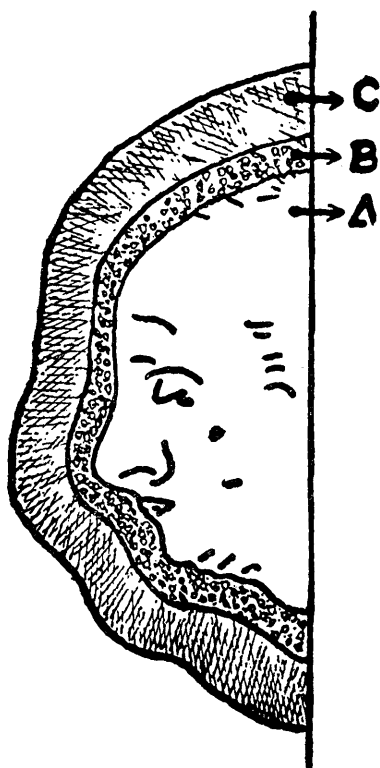
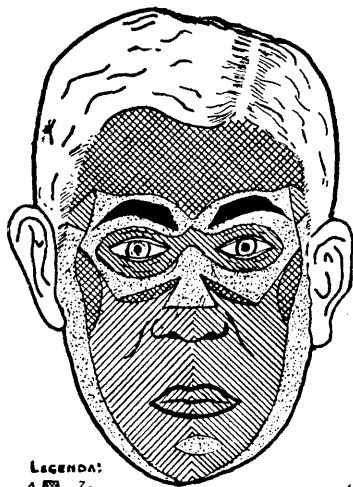


FIG. 4
Cabeça A — alginato B — Gesso C



LEGENDA:
A — Zonas que admitem compressão máxima
B — " " " " médias
C — " " " " mínimas

FIG. 5

Após a presa inicial, que deverá ser testada mediante a fratura de partículas do gesso ou riscando-o com a unha, remover o molde, tomando a precaução de romper a adesão pele impressão, pelo estiramento dos tegumentos.

Remoção do molde: Tomar entre as mãos o negativo levantá-lo, movendo-se lentamente para a frente e para baixo; observar o deslocamento das sobrancelhas e cílios do alginato, podendo auxiliar este ato com espátula romba de madeira ou instrumental semelhante. Revisar e criticar a impressão. Limpar a face do paciente, aplicar curativo, se fôr o caso, dispensá-lo.

1.6.4 — Observações

- a) Havendo lesões não cicatrizadas protegê-las com pomada de

Reclüs, Lassar ou celofane molhado em antisséptico.

- b) Notar e precaver-se que a face tem zonas que admitem maior ou menor compressão. Aliviar o material nessas, vide fig. 5.
- c) O emprêgo de retardadores de gelificação tem indicação, entre eles a solução de fosfito de sódio a 1%.
- d) Para propiciar retenção no alginato podem ser aplicados pequenos grampos, tomados de grampeador comum, introduzindo uma das pontas no alginato, ou ainda porções de "bom bril".
- e) A moldagem da face é feita ainda com gesso solúvel e comum, hidrocolóide reversível e cêras próprias para moldagem. A técnica com hidrocolóides reversíveis se assemelha a dos alginatos, salvo a manipulação. A gelificação pode ser acelerada pelo emprêgo de compressas geladas. Os gessos exigem cuidados adicionais com os pêlos, isolamento com vasilina, seguindo-se os demais passos da técnica descrita.
- f) Moldagem mista, quando se emprega mais de um material com função moldadora, é um recurso para contornar problemas de cavidades retentivas e outros.
- g) Moldagem seccional é recurso utilizado quando não se pode obter o molde de uma só vez. As secções são unidas e fixadas entre si, seguindo-se os demais tempos.
- h) Moldagem com a bôca aberta,

cópia ou não dos dentes, seqüência como se fôra moldagem seccional e em alguns casos mista.

- i) A PTMF/USP utiliza papel vegetal para a confecção dos drenos nasais.

B — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

1.6.1 — Instrumental — Material

Instrumental: cubas grandes para manipulação de gesso, 150 mm de bôca; espátulas para gesso; colheres para sopa; pincel pêlo de camelo, nº 20; pinça para algodão.

Material: gesso pedra; algodão hidrófilo.

1.6.2 — Medidas preliminares

Revisão do molde: Fazer correções de bôlhas ou falhas, com cêra ou gesso. Tomar a luz das cânulas com algodão. Fixar o material de impressão quando recomendado.

1.6.3 — Vazamento no molde

Gesso: Manipular gesso pedra fluido, em quantidade que baste para uma primeira camada em toda a impressão. Verter o gesso no molde, imprimir movimentos para que a mistura flua até as margens, cobrindo-as completamente. Em caso de necessidade, pequenas correções são feitas com o auxílio do pincel. Colocar nova quantidade de material até completar a espessura de 10 mm. A porção

central agora pode ser tomada com bolas de papel ou fita de madeira, para evitar que o modelo fique muito pesado; cobre-se o enchimento com nova porção de gesso mais espesso, atingindo a periferia da impressão. Pode-se não completar o enchimento central, restando apenas a capa de 10 mm. A escolha fica a critério do profissional, em função da finalidade do modelo.

1.6.4 — Preparo do modelo

Remoção: Após a presa final do gesso, remover a capa de proteção por meio de fratura, com percussão a martelo, levemente e, em seguida, a do alginato, sem danificar o modelo. Recomenda-se pequenos sangramentos no molde.

Revisão do modelo: Fazer retoques necessários em bôlhas e falhas e na abertura das fossas nasais. Aparar as irregularidades do modelo com groza ou desbastador de modelos. A base (contraface) deve ficar plana e lisa.

1.6.5 — Observações

a) As reproduções podem ainda ser feitas em cêras próprias, gesso adicionado de cimento Portland, mármore em pó e material plástico, segundo as necessidades, objetivo e a existência do material. Naturalmente as técnicas variam em relação a cada um dos meios empregados. Em alguns casos as ligas de baixa fusão são empregadas

em moldes parciais. A combinação de materiais é possível e deve ser cogitada.

- b) As cêras podem ser aplicadas fundidas, a pincel ou pistola, segundo as características particulares.
- c) Dar o acabamento segundo a finalidade: a) endurecimento; b) coloração; c) aplicação de aparelhos; d) simulação de lesões; e) colocação dos modelos de arcada dentária; f) envernizamento. Executar a montagem quando desejar.

1.7 — OBTENÇÃO DA REPRODUÇÃO FACIAL EM NORMA LATERAL

A — MOLDAÇÃO — SETOR CLÍNICO

1.7.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum, de ramos longos; lápis comum e dermatográfico; pinças para campo ou alfinetes de segurança; pinça para algodão; espátulas para gesso; cubas de borracha ou plástico, de tamanho grande, 150 mm de boca; colheres para sopa; proveta graduada; pincel pêlo de camelo, nº 20; espátulas para cêra.

Material: fio de chumbo de 1/16" ou 3/32"; folha de cartão 22 x 32 x 0,5 mm; guardanapos ou panos de campo; óleo de ricino neutro e estéril ou colírio à base de vitamina A; cânulas de borracha ou plástico, de 3/16" ou 6 mm; compressas de gaze; gês-

so comum ou solúvel; alginato; algodão hidrófilo; vaselina.

1.7.2 — Medidas preliminares

Preparo psicológico do paciente: Comunicar-lhe o que vai ser executado. A ocorrência de fatos desagradáveis quando da realização de movimentos intempestivos e da falta de colaboração por parte do doente. Chamar a atenção para a sensação de afogamento que poderá sentir sob a máscara, mera impressão. Combinar código de sinais para resposta às inquirições durante a moldagem.

Posicionamento: Paciente sentado, face voltada para o lado oposto ao que se vai moldar.

Delimitação do campo: Limite superior: linha da origem dos cabelos (triquio) prolongada horizontalmente para o occipital; inferior: linha do submento; posterior: vertical, passando 20 mm da borda posterior da orelha. (Fig. 1).

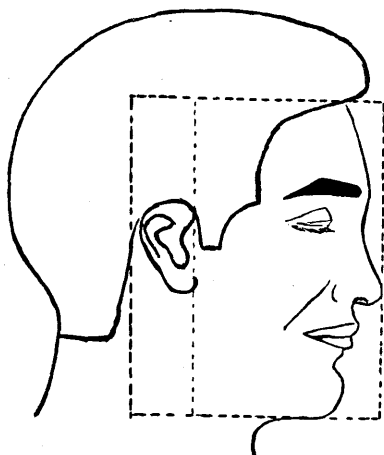


FIG. 1

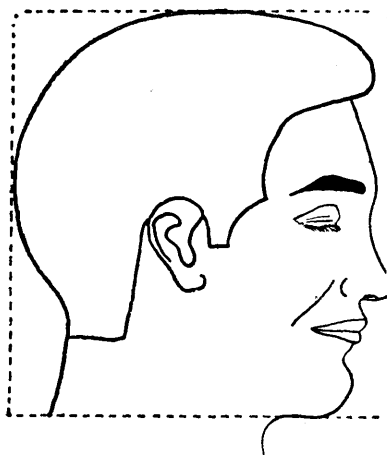


FIG. 2

Preparo do campo: Traçar com lápis dermatográfico a linha sagital. Isolar a campo com panos de campo ou pelo método da fôlha de cartão. Aplicar o redutor de tensão superficial. Tomar o conduto auditivo com chumaço de algodão embebido em substância oleosa. Instilar uma gota de colírio no olho correspondente à moldagem. Se necessário colocar cânula na narina, incluindo a no campo.

1.7.3 — Moldagem

Alginato: Manipular alginato, quanto baste, água à temperatura ambiente, acrescentando à medida normal 1/4 da capacidade, para favorecer o escoamento e aumentar o tempo de gelificação. Dobrar levemente para a frente o pavilhão auricular, aplicar o material de moldagem com pincel, até preencher o ângulo aurículo-cefálico, até as bordas do hélix.

Voltar a orelha à posição normal. **Preencher** rapidamente tôda a fossa. Depositar o alginato de cima para baixo, no restante da face, aplicando as tiras de gaze retentoras. Aguardar a gelificação. (Fig. 3, A e B).

Gesso: Manipular gesso de Paris com adição de cloreto de sódio (acelerador) e depositar com o auxílio das colheres, sobre o hidrocolóide irreversível, capa razoável. Aguardar a presa inicial. (Fig. 3, C e D).

Remoção da impressão: Romper a tensão pele molde, levantar suavemente o negativo, de trás e de cima para baixo e à frente; destacar com o auxílio do indicador o pavilhão auricular. Revisar o molde, repetir ou prosseguir. Limpar a face do paciente, aplicar curativo quando fôr o caso, dispensá-lo.

1.7.4 — Observações

a) Alguns autores recomendam fa-

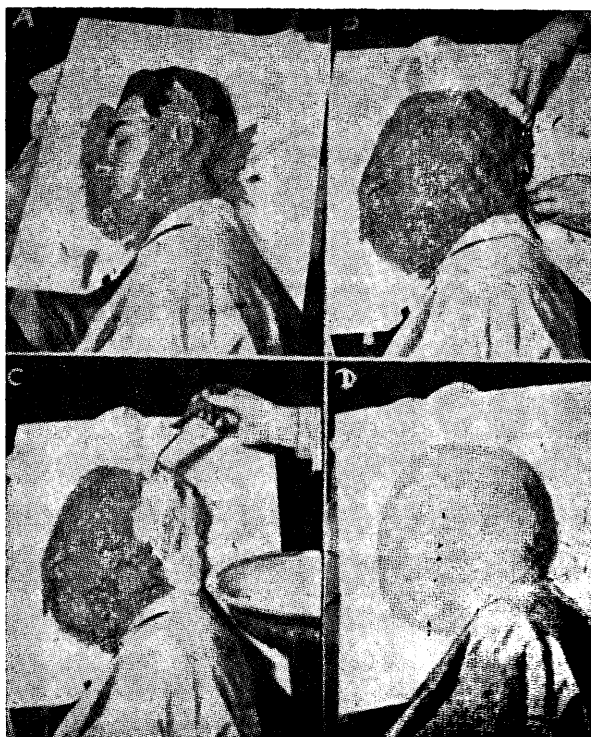


FIG. 3

- zer a moldagem incluindo o crânio. (Fig. 2).
- b) O decúbito lateral é a posição recomendada para os atendimentos fora da cadeira de operações.
 - c) Havendo lesões não cicatrizadas protegê-las com pomada de Reclús, Lassar ou celofane molhado em antisséptico.
 - d) O emprêgo de retardadores de gelificação tem indicação, entre eles a solução de fosfito de sódio a 1%.
 - e) Para propiciar retenção no alginato podem ser aplicados pequenos grampos, tomados de grampeador comum, introduzindo uma das pontas no alginato, ou ainda porções de "bom bril".
 - f) A moldação é realizável ainda a hidrocolóide reversível, gesso comum, solúvel ou técnica mista (materiais elásticos e gesso).
 - g) Quando do emprêgo de gesso a moldagem deverá ser a dois tempos ou por secções. Quando não restem porções retentivas do pavilhão, particularmente concha, tragus e lóbulo e nas grandes mutilações, a moldagem será a um tempo.
 - h) Na moldagem a gesso os pêlos serão recobertos com retângulo de celofane.
 - i) A impressão a hidrocolóide reversível e demais compostos elásticos segue passos idênticos aos dos alginatos.

B — VAZAMENTO NO MOLDE — SETOR DE LABORATÓRIO

- 1.7.5 — Trabalho idêntico ao visto no vazamento no molde da face em norma frontal, que deve ser seguido.

LEITURA RECOMENDADA

1. BEDER, O. E. — *Surgical and maxillo facial prosthesis*. New York, King's Crown press, 1950. 51p.
2. BRANDÃO, G. S. — Moldagem em prótese buco facial. *Revista da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre*, 2(1/2): 169-191, jan-dez. 1960.
3. BULBULIAN, A.H. — *Facial prosthesis*. Philadelphia, Saunders, 1945. 241p.
4. CLARKE, C.D. — *Facial and body prosthesis*. St. Louis, Mosby, 1945. 200p.
5. COSTA, W.T. da — Prótese ocular individual. *Vida Médica e Odontológica*, Pôrto Alegre, 2(10): 25-26, jan-fev. 1957.
6. ETHER, A. — *Moldagem em prothese bucco facial*. Rio de Janeiro, Pongetti, 1935. 85p.
7. FRASCH, E.C. — Impresiones y mascarillas faciales. *Protesis*, Buenos Aires, 6(58): 91-105, ago. 1953.

3. GRAZIANI, M. — *Prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo, Vademecum, 1950. 585p.
9. LEBEDINSKI, J. & VIRENQUE, M. — *Prothèse chirurgie cranio-maxillo-facial*. Paris, Baillière, 1918. 398p.
10. REBOSSIO, A. — *Los plasticos en odontologia*. Buenos Aires, Macagno, 1949. 536p.
11. SMITH, C.E. — Preparacion de mascarillas dento-faciales. *Protesis*, Buenos Aires, 2(4): 25-30, mar. 1939.
12. VIANNA, C.B. — Contribuição a técnica das moldagens para máscaras totais. *Seleções Odontológicas*, São Paulo, 1(2): 3-6, set.-out., 1946.
13. VIANNA, C.B. — Variações técnicas para moldagens especiais. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 7(7): 23-25, 1954.
14. VIANNA, C.B. — *A modelagem direta nas próteses faciais*. São Paulo, 1961. TESE.

CAPÍTULO II

2. PRÓTESE EXTERNA

- 2.1 — Prótese nasal.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 2.2 — Prótese auricular.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 2.3 — Prótese intra-oral — perda de substância do maxilar.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 2.4 — Prótese velopalatal.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 2.5 — Prótese ocular.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 2.6 — Prótese bléfar-ocular.
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.

2.1 — PRÓTESE NASAL

CAPÍTULO II

2. — PRÓTESE EXTERNA

A — SETOR CLÍNICO

2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: pinça para algodão; espátulas para cêra, n°s 5 e 7.

Material: algodão hidrófilo; cêra parafinada.

2.1.2 — Medidas preliminares

Entrevista: Relatar o que vai ser executado. Percalços nestas próteses. Ressaltar a colaboração

indispensável e inestimável do paciente. Problemas a enfrentar, resultados que podem ser colhidos.

Exame: Proceder a exame esmerado. Estudar a necessidade de alguma indicação ou revisão cirúrgica. Fazer ficha clínica e prosopométrica detalhada.

Planificação: Planejar o trabalho a ser executado, meios de retenção, objetivando as dificuldades a serem contornadas.

Documentação: Fotografias de frente e perfil, preferentemente à cores.

2.1.3 — Obtenção de reproduções faciais

- a) Consultar: "Moldação da face em norma frontal, 1.6-A."
- b) Consultar: "Moldação das regiões nasal e orbitária, 1.2-A."

2.1.4 — Prova da escultura e ceroplastia

Ensaio: a) — *Escultura:* Provar a escultura em plastilina no paciente. Verificar as proporções, a anatomia e a estética do modelo. Retocar o necessário até que esteja satisfatório.

b) — *Ceroplastia:* Provar o modelo duplicado em cêra. Observar a união pele-prótese, ensaiar as

armações de óculos. Revisar cuidadosamente toda a ceroplastia, crescendo, retirando o quantum para maior aparência de normalidade anátomo-estética. Audiência de parente próximo do paciente sobre o aspecto, naturalidade e aparência da restauração.

2.1.5 — Prova final da aloplastia

Testes: a) — de posse da prótese já em resina, provar no paciente, observar cuidadosamente a coloração, estabilidade, disfarce da junção pele-prótese, contorno e coincidência com sulcos e dobras.

b) — ensaiar as armações dos óculos já com as lentes ou vidros fantasia. Revisar o ajuste e estabilidade do conjunto. Atender alguma queixa do paciente. Avaliar os resultados estéticos e cosméticos da prótese.

2.1.6 — Recomendações ao paciente

Indicações: Alertar o paciente para os cuidados com a prótese, meios de a higienizar. Anotar a necessidade de novas consultas para acompanhamento da acomodação ao aparelho ou algum inconveniente surgido.

2.1.7 — Observações

- a) A prótese pode ser executada em resina elástica, variando o tratamento do material — coloração e polimerização.
- b) A inclusão é feita ainda em metal de baixa fusão, de linotipia; a técnica no caso é particular e

será encontrada nos livros de texto.

- c) Colorações adicionais para correção, melhor disfarce ou acréscimo de nuances não reproduzidas, podem ser feitas com tintas compatíveis recobertas com monômero, para impermeabilização.
- d) Pequenos prolongamentos, de forma elipsóide, perfurados, localizados nas narinas, são meios de disfarce das coanas nasais e contribuição para melhor estética.
- e) Entre os elementos de retenção se incluem os meios adesivos que não comprometam a integridade do material.
- f) Tem sido recomendado o emprego das substâncias de moldagem do tipo siliconas, para a confecção da aloplastia; difere a técnica somente quanto ao trato do material e coloração.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: pote para manipulação de resina; espátula para resina; mufla nº 6; brocas cilíndricas; mandrils para lixa; pedras para resina; espátula para cera nº 7 e Le Cron; espátula para gesso; gral de borracha; estilete pontegudo; concha para fusão de cera; faca para gesso.

Material: resina acrílica rosa e translúcida, de termo e rápida polimerização, monômero e polímetro; pigmentos vários; isolantes para gesso e resina; papel celofane; gesso pedra; comum e cera.

2.1.2 — Obtenção de reproduções

- a) Da região nasal: Consultar: "Vazamento nos moldes, 1.2-B."
- b) Da face, em norma frontal: Consultar "Vazamento no molde, 1.6-B."

2.1.3 — Escultura para ceroplastia

Introdução: Estudar o esboço dos dados tomados de máscara facial de encestal, fotografias do paciente anteriores à lesão, e da ficha prosopométrica levantada. Podem ainda servir de orientação modelos de nariz, de banco existente, selecionados dentre os do mesmo tipo racial e facial.

Escultura da prótese: Determinar, diante dos estudos prosopométricos, as proporções desejáveis à prótese e cabíveis em relação ao caso. Colocar sobre a máscara facial isolada, no setor mutilado, porção bastante de plastilina para escultura. Dar forma aproximada guiando-se pelos modelos de fotografias, usando os dedos de ambas as mãos. Procurar imprimir à massa de escultura formato de pirâmide nasal; razoavelmente adaptável ao tipo racial como projetado. Com a espátula, contornar as asas do nariz, conformar o sulco geniano; prolongar a escultura até a ponte do nariz, onde terá assento a armação dos óculos. Procurar esbater a união escultura-modelo, evitando saliências e localizando o término junto aos sulcos. Atentar para o limite lábio-nasal.

Revisão: Esmerar o acabamento, fazer revisão quanto ao tipo, forma, tamanho, comparando com os modelos orientadores. Indicar a direção e forma das aberturas ou fendas nasais. Dedicar atenção à columela e união nariz-lábio.

Meio de retenção: Ensaiar a armação de óculos selecionada, tendo em vista sexo, idade e exigências técnicas quanto a lentes, conforto do paciente e mascaramento da aloplastia. Proteger a adição do suporte suplementar.

Caracterização: Com estilete pontagudo fazer, na superfície da estrutura, ponturas mais ou menos acentuadas, particularmente em áreas como: sulco alar, ponta do nariz, faces laterais, tendo em vista sempre a trama da pele e a idade do paciente. (Figs. 1 e 2).

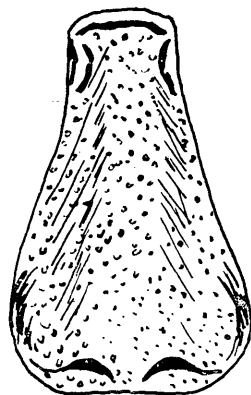


FIG. 1

2.1.4 — Ceroplastia

Duplicação da escultura: Isolar a superfície do modelo de gesso em redor da escultura, recobri-la com

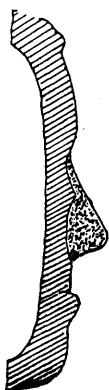
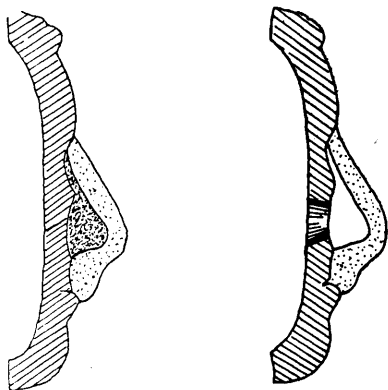


FIG. 2

gesso de Paris, camada fina e regular em todo o contorno, acentuando e reforçando na ponta. Aguardar a presa do gesso; remover a matriz. Eliminar toda a plastilina que serviu para modelagem. Limpar completamente as superfícies do modelo e matriz. (Figs. 3 e 4).



FIGS. 3 e 4

Preparo do modelo: Fazer perfuração de 15 mm no modelo facial, bem no centro da área nasal.

Hidratar as duas peças. Preparar a cera de reprodução, sem queimar.

Obtenção da ceroplastia: Colocar as peças em posição. Verter a cera fundente, de coloração tirante ao tegumento, pelo canal adutor. Imprimir leve movimento à máscara para banhar toda a superfície do negativo. Recuperar o excesso. Deixar esfriar; remover a matriz de cera. Estudar cuidadosamente o obtido; se necessário elaborar outras cópias. (Fig. 5).

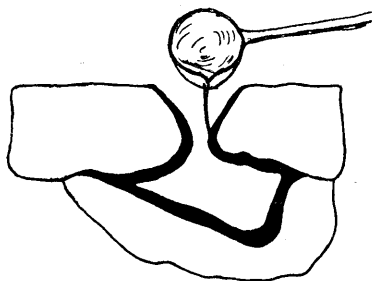
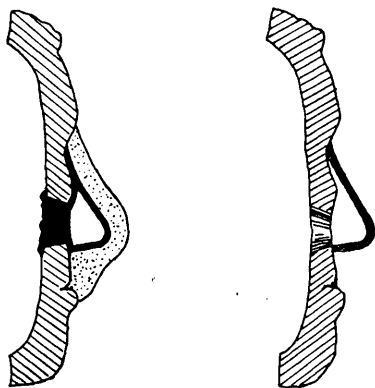


FIG. 5

Revisão: Adaptar cuidadosamente, sobre o modelo parcial da face, a ceroplastia; fazer os retoques necessários à perfeita fusão da borda da cera — superfície do modelo. Corrigir possíveis pontos destoantes.

Ensaio: Provar na máscara. Observar de frente e de perfil; retocar, fazer acréscimos ou remoções. Cuidar particularmente das proporções estéticas. Observar, através reflexão em espelho, os resultados cosméticos. Atentar cuidadosamente para o aspecto anatômico-estético da futura prótese. Compará-la sempre que possível com o documento existente. (Figs. 6 e 7).



FIGS. 6 e 7

2.1.5 — Elaboração em resina rija

Inclusão: Preencher a matriz em cêra, com gesso e incluí-la na mufla, tendo o cuidado de fazer chegar o gesso até a periferia (contorno da cêra). Deverá ser dada inclinação anteroposterior à matriz para facilitar a abertura. Após a cristalização do gesso, isolar e vaziar a contramufla, segundo as normas usuais. Abrir a mufla, remover a cêra, executar o isolamento indicado.

Coloração: Preparar resina rosa e incolor, em média 15 grs de mistura em partes iguais; acrescentar (segundo as necessidades, escala de cores e experiência) pequenas porções dos corantes previamente selecionados. Obtida a coloração aproximada, tomar pequena porção da mistura, colocar em retalho de celofane, umedecer com monômero, executar quatro dobras no papel, polimerizar e comparar com a pele do paciente. Na falta de semelhança com o natural,

fazer acréscimo das cores modificadoras. Executar novo ensaio. Prosseguir nos experimentos até obter resultado abaixo da coloração normal, visto que na polimerização há ligeiro escurecimento da peça protética. Atulhar a resina. Polimerizar como usualmente.

Remoção: Aguardar o esfriamento da mufla para abri-la. Remover a prótese com as devidas cautelas, eliminar os restos do gesso e as rebarbas de resina.

Acabamento: Com pedras finas recortar as arestas da prótese e algumas excrescências. Provar sobre a máscara facial, executar os retoques precisos visando estabilidade, perfeita adaptação e fusão da junção pele-prótese, sem fendas ou espaços mortos. Passar lixa fina para retoques necessários, sem polir. Fazer as aberturas das fossas nasais por meio de brocas cilíndricas, seguindo as indicações da escultura, visando ainda as características raciais do paciente.

Prova laboratorial: Ensaiar na máscara, observando toda a possibilidade da aloplastia; desde que satisfatória, seguir a prova clínica.

Conclusão: Após os testes no paciente proceder acréscimos na face interna da prótese, prolongando as aberturas nasais para disfarce. Construir pequenos tubos em cartolina parafinada, colocá-los nas aberturas nasais fazendo-as tomar a forma normal. Manipular acrílico de rápida polimerização e acrescentar ao redor dos tubos, numa altura de 5 mm. Esperar a poli-

merização; remover a cartolina e dar acabamento ao trabalho.

2.1.6 — Aplicação do dispositivo de retenção

Meios de retenção: Ensaiai a armação de óculos na prótese, sobre a máscara. Verificar o comportamento e executar revisões. Levar à prova, no paciente. Desde que as provas clínicas satisficam, executar fixação do meio de retenção por intermédio de acrílico de autopolimerização, (quimicamente ativado).

2.1.7 — Observações

a) As próteses nasais podem ser executadas em resinas elásticas, de várias origens e composi-

ções, em substâncias empregadas em moldagens, siliconas ou materiais à base de borracha. A rigor só varia o tratamento da resina, os demais passos seguindo o roteiro traçado.

b) A escultura da prótese pode ser feita diretamente, a partir de bloco de cera ou adaptando-se à máscara de trabalho um nariz em cera (de parente ou de banco).

c) A matriz de cera pode ainda ser reproduzida em metal de baixa fusão ou de linotipia. Quando a resina não exigir prensagem podemos empregar molde e contramolde, sem muflas.

d) Outros meios acessórios de fixação (substâncias colágenas próprias, alças cirúrgicas, etc.) podem ser empregados.

LEITURA RECOMENDADA

1. BULBULIAN, H.A. — *Facial prosthesis*. Philadelphia, Saunders, 1945. 241p.
2. CLARKE, C.D. — *Facial and body prosthesis*. St. Louis, Mosby, 1945. 200p.
3. GRAZIANI, M. — *Prótese buco maxilo facial*. São Paulo, Vademecum, 1950. 585p.
4. NOVAES, U.V. — *Contribuição ao estudo da pirâmide nasal*. Belo Horizonte, Tip. Brasil, 1937. 84p. TESE.
6. PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. 2.ed. Paris, Masson, 1950. 533p. (La pratique stomatologique, dir. Chompret, v.8).
7. REBOSSIO, A.D. — *Los plásticos en odontología*. Buenos Aires, (Macagno), 1949. 536p.
8. VIANNA, C.B. — Prótese nasal; detalhes relativos ao aspecto das narinas e à fixação da amarração de óculos. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 17: 95-100, mar-abr. 1959.
9. VIANNA, C.B. — *A modelagem direta nas próteses faciais*. São Paulo, 1961. TESE.

2.2 — PRÓTESE AURICULAR

A — SETOR CLÍNICO

2.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: pinça para algodão, espátulas para cêra, n°s 5 e 7; espátula para gesso; gral de borraça; potes para manipulação de resina; espelho comum.

Material: cêra parafinada; algodão hidrófilo; alginato; gesso comum; fôlha de cartão, 25 x 36; fio de chumbo 1/16"; lápis dermatográfico; resina de rápida polimerização, monômero e polímero; vaselina em pasta.

2.2.2. — Medidas preliminares

Entrevista: Cientificar ao paciente o que vai ser executado; percalços nestas próteses. Ressaltar a colaboração indispensável e inestimável do paciente. Fazer ver os problemas a enfrentar, os resultados que podem ser colhidos. Mostra de documentário sobre casos anteriormente realizados e a satisfação anátomo-estética encontrada.

Exame: Executar cuidadoso exame do caso. Estudar a necessidade de intervenção cirúrgica corretora que venha facilitar a ação do protesista ou ainda a confecção de alças cirúrgicas.

Planejamento: Planejar o trabalho em detalhes, inclusive os meios de retenção. Objetivar as dificuldades a serem vencidas.

Documentação: Fotografar a orelha sã e a zona lesada e, em normas frontal e occipital, a cabeça.

2.2.3 — Obtenção de reproduções faciais

- a) *Parcial:* Da área lesionada e da orelha oposta. Consultar "Moldação do pavilhão auricular, 1.1-A."
- b) *Total:* Da face, em norma lateral. Consultar "Moldação, 1.7-A."

2.2.4 — Prova da ceroplastia

Ensaio clínico: Aplicar a prótese in situ, observar detalhes como: altura e relação com a orelha oposta, ângulo aurículo-cefálico, tamanho, implantação. Observar o efeito estético por reflexos em espelho, de frente e de costas. Fazer os retoques que se fizerem necessários. Revisar o disfarce da junção pele-prótese.

Seleção dos retentores: Escolher o tipo de armação de óculos que se adapte. Preparar ou selecionar meios adicionais de retenção, se necessários.

2.2.5 — Aplicação da prótese

Testes finais: A prótese definitiva será ensaiada, observando-se o comportamento estético-funcional. Aplicar os meios de retenção e verificar os efeitos. Ouvir a opinião do paciente, atendê-lo no que fôr razoável.

Instruções: Informar o paciente sobre o trato da prótese, cuidados, meios de higienizá-la, colocação e remoção.

Documentação: Em condições idênticas às iniciais, sempre que possível à côres.

2.2.6 — Observações

- a) A fotografia em negativo da orelha sã deve ser em tamanho natural (1x1). A cópia, na mesma proporção, será realizada invertendo-se o negativo para que se obtenha a imagem enantiomorfa da orelha que se necessita esculpir.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cera, n^{os} 5 e 7 e Le Cron; espátulas para gesso e resina; mufla n^o 6 ou maior; gral de borracha; proveta graduada; vidro para manipular resina; caneta esferográfica.

Material: cera parafinada, tipo n^o 7; gessos pedra e comum; resina rosa; caixa de papelão com dimensões da orelha sã; isolantes para gesso e resina; cores modificadoras, resina, monômero e polímero; substância de carga; celofane; fita adesiva.

2.2.2 — Obtenção de reproduções faciais

- Da orelha lesada — Consultar: "Vazamento no molde do pavilhão auricular, 1.1-B."
- Do pavilhão auricular — Consultar: "Vazamento no molde do pavilhão auricular, 1.1-B."
- Da face, em norma lateral — Consultar: "Vazamento no molde da face, em norma lateral, 1.7-B."

Obtenção do desenho: Colocar a reprodução do pavilhão remanescente dentro de uma caixa de papelão de dimensões suficientes, sem tampa; sobre a abertura da mesma aplica-se fôlha de celofane, presa ao redor com durex ou anel de borracha. Os contornos e relevos serão desenhados a tinta, de forma tal que o observador dirija a mirada em ângulo reto com a superfície da orelha e o estilógrafo. Os acidentes anatômicos, que deverão estar reproduzidos nas proporções normais, serão copiados. A cópia será obtida pela inversão da tampa-desenho de celofane, fixada nessa nova posição. O bloco de cera enquadrado na caixa será marcado por ponturas com alfinetes, nos contornos e relevos necessários à duplicação. (Fig. 1).

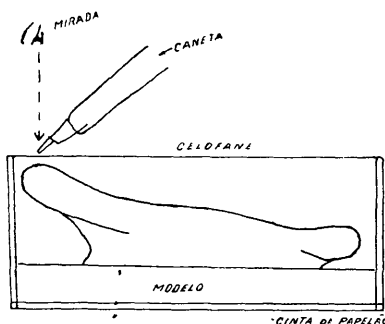


FIG. 1

2.2.3 — Ceroplastia

Material de escultura: Moldar bloco de cera de comprimento, largura e altura ligeiramente maior

res do que as correspondentes ao trabalho. Fixar o bloco sôbre o modelo da lesão; orientar os eixos maiores e menores em relação à posição necessária, tendo por centro a abertura do conduto auditivo.

Escultura: Para auxiliar a elaboração ceroplástica, obter desenho de pavilhão padrão. Esmerar todos os detalhes anatômicos. Comparar as medidas e dar acabamento à prótese, fundindo as junções pêle-prótese, disfarçando a união nos sulcos. Satisfatória a escultura provar no paciente. Elaborar cilindro de cêra que penetrará no meato externo, para retenção. Realizar retoques quando necessários. Preparar os pontos de referência para assento das hastes dos óculos e outros meios de retenção.

2.2.4 — Elaboração em resina rija

Inclusão: Incluir a ceroplastia em três seções. A primeira — base, na bacia da mufla, em gêsso pedra, terá como limite a linha de contacto pêle-prótese. Cristalizado o material, isolar apropriadamente e prosseguir. Segunda — face posterior da orelha, até o lóbulo e borda superior do hélix: gêsso pedra. Terceira — superfície externa da orelha: contramufla. Esta inclusão pode ser executada sem mufla quando se emprega resina elástica; nas seções serão feitas chaves de orientação. (Fig. 2 e 3).

Preparo da mufla: Aquecer a mufla, abrir e remover a cêra; isolar.

Coloração: Tomar a mistura bá-

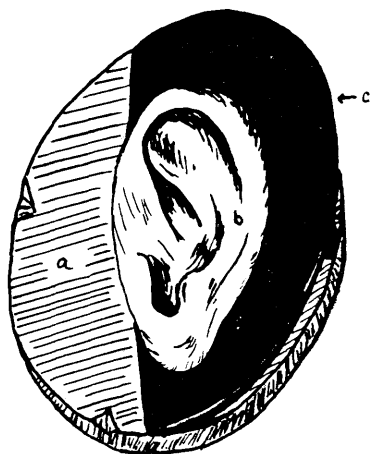


FIG. 2

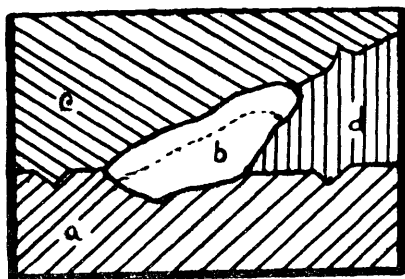


FIG. 3

sica, quanto baste, em partes iguais — resina incolor e rosa; acrescentar os pigmentos, homogenizar; tomar pequena quantidade em retângulo de celofane, adicionar monômero, fazer dobras no papel, polimerizar, comparar com a pele do paciente. Fazer novas adições de corantes, em experimentos sucessivos, até obtenção de coloração satisfatória. Adicionar o monômero ao polímero, aguardar a fase própria e fazer o entulhamento, do fundo para a periferia, montando as se-

ções sucessivamente. Não executar prensagem de ensaio.

Polimerização: Polimerizar a resina segundo a técnica usual.

Acabamento: Após o resfriamento remover a prótese, eliminar o gesso e os excessos de material. Dar acabamento com pedras e lixas finas nos pontos necessários. Não abrasionar ou polir a superfície da prótese, que deve ter acabamento mate (sem brilho).

Aplicação dos meios fixadores: Em seqüência às provas clínicas procede-se a fixação das hastes dos óculos ou outros dispositivos, por meio de resina de autopolimerização (quimicamente ativada).

2.2.5 — Observações

a) A reprodução que servirá à escultura sofrerá tratamento especial para a observação em dimensões e posição aproximadas às normais:

- 1) dar forma retangular à base;
- 2) aplicar, na base, relação ao lóbulo, espelho em ângulo de 45° fixado inicialmente com cêra colante, posteriormente substituída por chave de gesso, de forma a manter o conjunto modelo-espelho em ângulo de 45°. A imagem refletida no espelho, nessas condições, é normal e natural em tamanho, antípoda a que se deseja esculpir. (Fig. 4).

b) A prótese pode ser executada em resina elástica, variando o tratamento do material — coloração e polimerização.

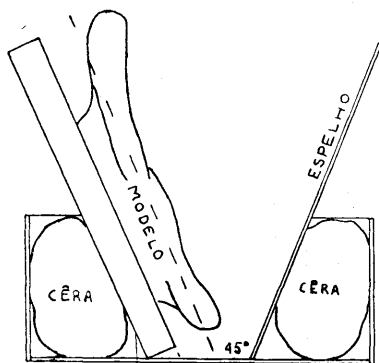


FIG. 4

- c) A inclusão pode ser ainda em metais de baixa fusão ou de litotipia; a técnica é particular e será encontrada nos compêndios.
- d) Colorações adicionais para correção, melhor disfarce ou acréscimo de nuances não reproduzidas, podem ser feitas com tintas compatíveis recobertas com monômero para impermeabilização.
- e) Pequenos prolongamentos, de forma cilíndrica, perfurados, introduzidos no conduto auditivo externo são ótimos meios de retenção da prótese.
- f) Entre os elementos de retenção se incluem os meios adesivos que não comprometam a integridade do material.
- g) Tem sido recomendado o emprego das substâncias de moldagens do tipo siliconas para a confecção da aloplastia; a técnica somente difere quanto ao trato do material, inclusive coloração.

- h) A escultura da aloplastia por método direto-indireto é efetuada por meio de pantógrafo adaptado, como preconiza Cícero de Brito Vianna em sua tese: A modelagem direta nas próteses faciais.

LEITURA RECOMENDADA

1. BEDER, O.E. — *Surgical and maxillo facial prosthesis*. New York, King's Crown press, 1950. 51p.
2. BULBULIAN, A.H. — Congenital and postoperative loss of the ear reconstruction by prosthesis method. *Journal of American Dental Association*, Chicago, 29: 1161-68, 1942.
3. Idem, — *Facial prosthesis*. Philadelphia, Saunders, 1942. 241p.
4. CLARKE, C.D. — *Facial and body prosthesis*. St. Louis, Mosby, 1945. 200p.
5. FONSECA, E. P. — Modelagem da prótese auricular. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas*, São Paulo, 12: 345-350, 1958.
6. GRAZIANI, M. — *Prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo, Vademecum, 1950. 585p.
7. REBOSSIO, A.D. — *Los plásticos en odontologia*. Buenos Aires (Mecagno) 1949. 536p.
8. VARELA, A.G. — *A silicona molloflex nas próteses auriculares*. Recife, Imprensa Universitária, 1962. 92p. TESE.
9. VIANNA, C. B. — A modelagem da orelha protética. *Seleções Odontológicas*, São Paulo, 6: 41-45, 1951.
10. VIANNA, C.B. — Retenção da prótese auricular. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, 16: 329-332, 1958.
11. VIANNA, C.B. — *A modelagem direta nas próteses faciais*. São Paulo, 1961. TESE.

2.3 — PRÓTESE PARA PERDA DE SUBSTÂNCIA MAXILAR

A — SETOR CLÍNICO

2.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espelho bucal; abaixador de língua; afastador de bochechas; pinça para algodão; te-

soura comum; jôgo de moldeiras; cuba de borracha; espátula para gesso, cêra utilidade e rosa, nº 7, em lâminas; proveta graduada.

Material: substância de moldagem; gize; vaselina em pasta; antisséptico.

2.3.2 — Medidas preliminares

Exame: Mandar sentar o paciente na forma usual. Ordenar ablu-

ções com solução antisséptica. **Proceder** a exame bucal e **elaborar** a ficha clínica. Escolher a **substância** de moldagem e o tipo de **moldeira**. As cavidades muito **retentivas** ou profundas devem ser **preenchidas** com gaze envaselinada. (Fig. 1).

Plano de trabalho: Após estudo planejar a infra e a supra-estrutura da prótese, nos mínimos detalhes, selecionando as alternativas protéticas que mais se ajustem ao caso.

Documentação: Gravação da voz do paciente em fita magnética, além da habitual radiografias, fotografias, etc.

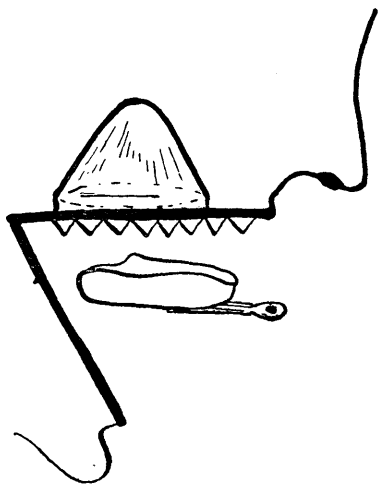


FIG. 1

2.3.3 — Obtenção de reproduções das arcadas

Moldagem: Manipular o alginato segundo a técnica corrente, fazendo aposição de parte da substância na cavidade. Introduzir a moldeira, alinhá-la e comprimi-la o bastante para a impressão, sem esforço exagerado, capaz de produzir alterações intracavitárias. (Fig. 1).

Remoção: Gelificado o material, fazer a remoção da impressão cuidadosamente, sem provocar distorções e incômodos ao paciente. Revisar o molde, desde que satisfatório proceder à impressão da arcada inferior, seguindo a técnica usual.

Oclusão: Tomar a oclusão em relação central, como usualmente. Fazer a higiene da cavidade bucal, dispensar o paciente citando-o para nova consulta.

2.3.4 — Prova clínica

Ensaio das placas e planos: Colocar as placas superior e inferior in sítio, verificar o recorte muscular, determinar o contorno e altura dos planos de orientação. Assinalar as linhas alta e baixa, a largura dos seis dentes anteriores. Escolher forma, tamanho e côr dos dentes, comparando com os existentes ou em relação às indicações específicas orientadoras em prótese. Fixar as placas-base em posição de relação central.

Prova dos dentes: Provar o aparelho após a montagem dos dentes; observar detidamente o tamanho e côr dos mesmos, arranjo, disposição (estética e função). Retocar o que fôr necessário.

Ensaio do aparelho: *Superior:* verificação cuidadosa de sua colocação, situação, oclusão dentária e

estabilidade. Execução das revisões necessárias.

Inferior: observá-lo individualmente, quando fôr o caso. Verificar cuidadosamente a relação com o superior, oclusão, interferências intercuspídanas. Proceder aos retoques.

Revisão periódica: Assinalar novas consultas para observação e revisão.

2.3.5 — Observações

- a) Os aparelhos muco-suportados aqui descritos, nos casos de hemirressecção, sem prolongamentos intra-cavitários, são os mais típicos. (Fig. 3).
- b) Face às condições dentárias dos pacientes, os aparelhos são de duas ordens:
 - 1) dento-muco-suportados;
 - 2) muco-suportados.
- c) As lesões a serem tratadas compreendem:

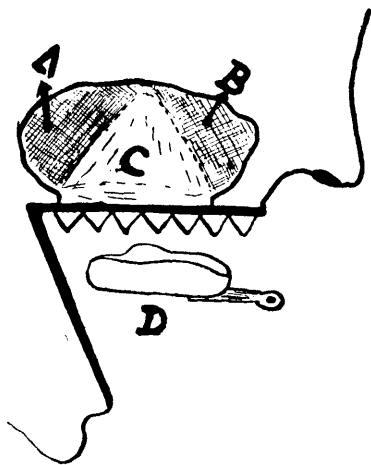


FIG. 2

- 1) lesão palatal central;
- 2) hemirressecções sem colapso do tecido mole ou sem possibilidade de ação sobre eles;
- 3) amplas ressecções, mobilida-

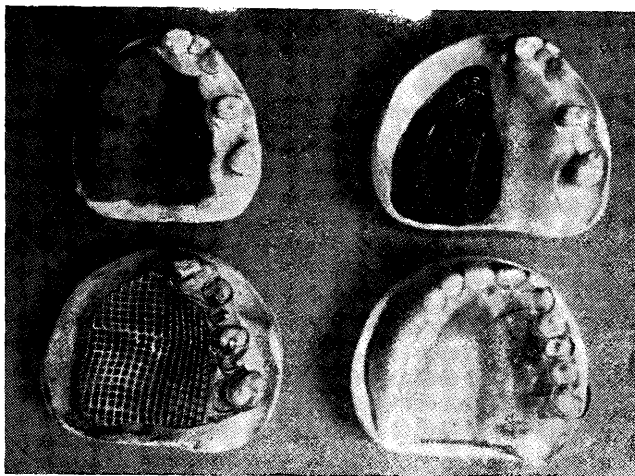


FIG. 3

de dos tecidos moles requerendo aparelho intracavitário para sustentação dos mesmos;

- 4) ressecção do palato móvel sòmente;
- 5) lesão do palato móvel e duro.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cêra n°s 5 e 7; espátulas para gêsso; espátulas de aço, largas, para cimento; gral de borracha; articulador; mufla n° 6; potes para manipulação de resina; cuba de borracha; pedras para resina; plano articular; lixas de vários números, proveta graduada.

Material: gêsso pedra; gêsso de Paris; vaselina em pasta; isolantes para gêsso e resina; papel celofane; resina rosa e incolor, monômero e polímero de termo e rápida polimerização; fixador para material de impressão; placas de vidro; cêra rosa n° 7, em lâminas; ideal base, superior e inferior; jôgo de dentes.

2.3.2 — Obtenção de reproduções das arcadas

Vazamentos nos moldes: Agir como indica a rotina em prótese dentária. Após a fixação dos moldes, manipular o gêsso pedra, vertê-lo sob vibração nas impressões. Deixar tomar prêsa. (Fig. 2).

2.3.3 — Planificação do aparelho

Projeto: Estudar o caso face a observação e com os dados colhi-

dos no exame clínico. Projetar o tipo de aparelho, os meios de retenção e estabilização, área a ser coberta e características particulares, em razão da qualidade e localização da lesão. Se necessário, desenhar estruturas para a fundição. (Fig. 3).

2.3.4 — Elaboração das placas de prova

Placas-base e planos de orientação: Preencher com gêsso comum a cavidade existente no modelo, até os limites indicados. Construir a placa-base executando os recortes indicados e estabelecidos. Construir plano de orientação. Elaborar a plac base e o plano de orientação inferior (se fôr o caso) segundo a técnica usual nas dentaduras completas. (Fig. 3).

2.3.5 — Montagem

Montagem em articulador: Montar os modelos de acôrdo com os métodos usuais tomando por base a relação central obtida.

Montagem dos dentes: Dispor os dentes segundo as normas usuais. Na hemi-arcada lesada só devem ser colocadas as fêces vestibulares, para evitar todo esforço mastigatório. Revisar a oclusão no articulador; se possível executar prova no doente. Atentar para a repercussão estético-funcional do aparelho. (Fig. 3).

2.3.6 — Conversão em resina

Inclusão em mufla: Após a pro-

va e retoques finais, polir o enceramento e incluir em mufla, atendendo aos requisitos indicados em prótese. Fazer abertura da mufla, prévio aquecimento. Eliminar os resíduos de cêra lavando com benzina e água fervente. Isolar a mufla e contramufla enquanto quentes.

Trato da resina: Manipular resina translúcida para o palato e rosa para a gengiva; efetuar a inclusão e ampla prensagem de prova. Revisar, fazer acréscimos ou eliminações. Polimerizar o aparelho segundo as recomendações usuais na espécie.

Acabamento: Abrir a mufla, remover o aparelho com as devidas cautelas. Eliminar os resquícios de gesso e as aparas grosseiras. Executar acabamento segundo os ditames para as próteses completas. Dar polimento.

2.3.7 — Observações

- a) Nos total ou parcialmente dentados desenhar a estrutura metálica adequada. A mandíbula sofre igual tratamento em relação à infra-estrutura do aparelho planejado, quando necessário. (Fig. 3).
- b) Aparelho com dispositivo intracavitário: a construção da base do aparelho oral é semelhante a descrita; a variação reside no dispositivo intracavitário que é construído em separado e unido à base no final do tra-

balho, com resina de rápida polimerização. (Fig. 4).

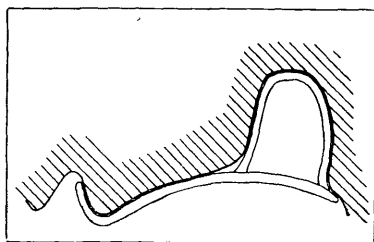


FIG. 4

- b 1) Obtenção de reprodução da cavidade — proceder como recomendado. (Fig. 2).
- b 2) Adaptar perfeitamente a lâmina de cêra rosa às paredes da cavidade cirúrgica; recorte e acabamento ao nível da área chapeável do palato.
- b 3) Elaboração em resina transparente, dar acabamento; provar no paciente. Fazer pequenos pontos de reparo para a montagem.
- b 4) Aplicar cêra utilidade nas bordas do dispositivo cavitário, colocá-lo em posição. Sobrepor a placa-base comprimindo-a levemente para que seja demarcada a relação que guardam as duas peças.
- b 5) Provado o aparelho dento-suportado unir as duas peças, intra e extra-cavitárias, em relação central.

LEITURA RECOMENDADA

1. FONSECA, E.P. — La retention des protheses dans les resections du maxillaire superieur chez les edentes. *L'Information Dentaire*, Paris, 40: 1149-1950, 1958.
2. Idem — Da prótese das grandes perdas da maxila. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 6:13-19, 1953.
3. GRAZIANI, M. — *Prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo, Vademecum, 1950. 585p.
4. LAPA, F.S. & SPINA, V. — Importância da prótese buco-maxilo-facial junto à cirurgia plástica. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 16: 1-6, jan.-fev. 1962.
5. McNEIL, C.K. — *Oral and facial deformatiy*. New York [etc.] Pitman — [1945] 127 p.
6. OLIVEIRA, E.K. et alii — Perda de substância adquirida do maxilar superior. *Vida Médica e Odontológica*, Pôrto Alegre, 3: 7-15, 1961-62.
7. PICHLER, H. & TRAUNER, R. — *Cirurgia bucal y de los maxilares*. Versión española por José Vilá y Torrente. Barcelona, Labor, 1952-53. 2v.
8. PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique, dir. Chompret, v. 8). 2.ed. Paris, Masson, 1950. 533p.
9. RUIVO, W.F. — A redução protética da loja cirúrgica após ressecção da maxila. *Atualidades Odontológicas*, São Paulo, 1(7): 34-35, 1953.
10. SOUZA, I.F. — Prótese externa intra-oral; apresentação de um caso. *Revista da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre*, Pôrto Alegre, 3: 119-123, 1961.
11. VIANNA, C.B. — Um caso de prótese do maxilar superior. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 2: 23-25, 1948.

2.4 — PRÓTESE VELOPALATAL

A — SETOR CLÍNICO

2.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espelho bucal; a-

baixador de língua; afastador de bochecha; pinça para algodão; jogo de moldeiras para alginato ou especiais; cuba de borracha; espátula para gesso; espátula para cêra nº 7; proveta graduada; faca para gesso; tesoura comum.

Material: alginato; cêra rosa em

lâmina nº 7; cêra para moldagem; cêra utilidade; godiva de baixa fusão; gaze; vaselina em pasta.

2.4.2 — Medidas preliminares

Preparo psicológico do paciente:

Entrevista relatando o que vai ser executado. Mostra de aparelhos aplicados em pacientes anteriormente tratados, resultados fonéticos e funcionais obtidos, demonstrados sempre que possível em gravações.

Exame: Execução de cuidadoso exame bucal, levantamento do estado dos dentes, das arcadas e da oclusão; elaboração da ficha clínica. Obtenção de reproduções para confecção de modelos de estudo.

Plano de atividades: Planejamento do trabalho no preparo dos dentes, retentores, tipo e características do aparelho.

Indicação clínica e protética: enviar a especialistas (reabilitação oral) visando retenção, estabilidade e recuperação do aparelho mastigador.

Documentação: Registros fotográfico, radiográfico e fonográfico, em condições técnicas.

2.4.3 — Moldação

Posicionamento: Mandar sentar o paciente em posição normal, cabeça levemente fletida para frente. Tomar a fenda palatal nas grandes amplitudes com gaze envaselinada; provar a moldeira, fazer as adaptações necessárias com cêra ou godiva.

Alginato: Manipular alginato,

carregar a moldeira e tomar o molde da arcada superior. Ainda com a cabeça na posição indicada tomar a impressão inferior.

Oclusão: Registrar a relação central por um dos métodos usuais.

Revisão: Revisar os moldes; a contento, marcar nova consulta.

2.4.4 — Provas clínicas

Infra-estrutura: Provar a estrutura metálica, quando elaborada, observando o comportamento estético-funcional. Executar as correções necessárias, colocar os planos de orientação e determinar o contorno.

Placa de prova: Nos desdentados provar as placas-base, observar a estabilidade, recortes musculares, dimensão e contorno dos planos de orientação. Tomar a relação central e fixar as placas-base para transporte ao articulador.

Seleção dos dentes: Escolha da forma, tamanho e côr dos dentes, segundo os ditames protéticos.

2.4.5 — Prova do aparelho

Ensaio: Provar a prótese com o suporte do bulbo faringêo; atentar para a harmonia entre os restos velares e a superfície do prolongamento. Executar correções e retoques. Deixar o aparelho no paciente por oito dias, revisando diariamente; observar os resultados. Praticar os retoques que se impuserem para completa adaptação funcional da aloplastia.

2.4.6 — Bulbo faringêo

Moldagem do bulbo: Colocar no extremo do prolongamento palatal, porção de godiva de baixa fusão, em média com altura de 10 mm e largura igual a fenda velar. (Fig. 1). Plastificar a godiva, temperá-

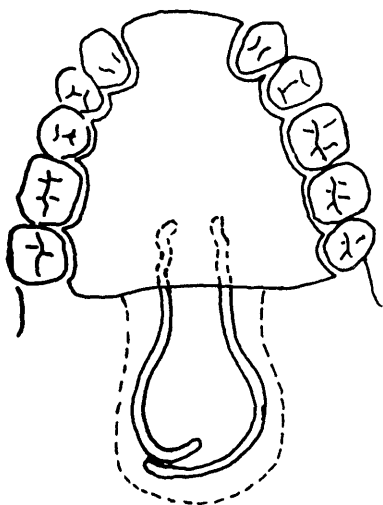


FIG. 1

la, colocar o aparelho no paciente mandando-o executar movimentos de deglutição várias vezes. Remover, verificar a impressão, fazer acréscimos ou recortes. Tornar a plastificar a godiva, temperar; repetir os atos de deglutição, agora com flexões da cabeça, à direita e à esquerda. Nova revisão do molde, plastificar e temperar; o paciente deverá executar os movimentos de deglutição, com a cabeça fletida para trás.

Revisão: Estudar a impressão funcional das deglutições na super-

fície externa do bulbo faringêo. Verificar a impressão dos restos velares e da saliência de Passavan. Alisar as superfícies superior e inferior do bulbo. (Figs. 2 e 3).



FIG. 2

Moldagem funcional: Raspar ao redor do bulbo, aproximadamente 2 mm do material. Apôr camada igual de cêra para impressões ou substância especial. Renovar as deglutições em série. Observar a superfície do bulbo onde foi aposta a cêra; se ela foi removida, raspar a godiva, apondo nova camada de cêra. Repetir a manobra até que a cêra permaneça em toda a periferia.

Teste funcional: Recomendar ao paciente o uso do aparelho durante 48 horas, voltando antes à consulta, caso haja pontos irritantes. Recomendar a não ingestão de alimentos líquidos quentes.

Na consulta seguinte observar o contôrno do bulbo e as informações do paciente relacionadas ao fisiologismo de fonação e deglutição. Quando a cêra fôr eliminada, renovar a raspagem e apôr nova

camada. Desde que considerada correta a impressão do bulbo faringêo, elaborá-lo em resina transparente.

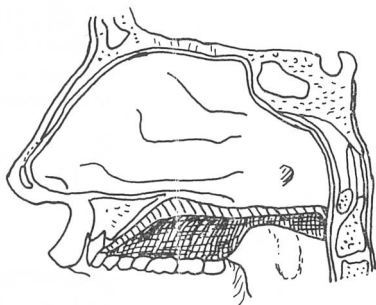


FIG. 3

2.4.7 — Recomendações finais

Teste clínico: Mandar que o paciente proceda à colocação do aparelho e execute as provas clínicas assinaladas. Marcar nova consulta para 48 horas após.

Revisão da aloplastia: Observar detidamente o comportamento do aparelho; atender a reclamos do paciente, se possível. Proceder as recomendações finais sobre uso, condições de higiene e tratamento da prótese.

Foniatria: Indicar foniatra ou quem possa fazer treinamento de foniatria.

2.4.8 — Observações

- a) Nos desdentados, após a moldagem preliminar, executar moldagem funcional, segundo a técnica indicada.
- b) Quando o bulbo faringêo for muito espesso escavar na por-

ção central relativa à face nasal, tornando-o mais leve.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espelho bucal; abaixador de língua; afastador de bochechas; pinça para algodão; tesoura comum; jôgo de moldeiras; cuba de borracha; espátula para gesso; cera utilidade e rosa, nº 7, em lâminas; proveta graduada.

Material: substância de moldagem; gaze; vaselina em pasta; antisséptico.

2.4.2 — Obtenção de reproduções das arcadas

Preparo do modelo: Fixadas as impressões, manipular segundo os cânones específicos o gesso e vaziar nos moldes; esperar cristalização, remover as moldeiras e aparar os modelos.

2.4.3 — Duplicação e desenho da infra-estrutura

Duplicação: Obter modelos duplicados na forma usual. Após estudos no delineador, desenhar os retentores ou anotar os tipos e características, enviando a técnico especializado para elaboração.

2.4.4 — Placa de prova e ceroplastia

Trato do modelo: Provar e retocar a infra-estrutura fundida, quando realizada. A cavidade no modelo deve ser tomada com gês-

so dando-se curvatura simile a da abóbada palatina, por tentativa ou elaborando placa de prova em ideal-base (que servirá de matriz), provando-a no paciente. A placa palatal obedece em tudo aos ditames das próteses completas, agregando-se, na parte posterior, prolongamento que deve cobrir a fenda, sobrepassando 2 mm as bordas, lateralmente, até a base da úvula ou sua aparente localização. A cobertura dos cotos velares deve ser feita de tal forma que não interfira com os movimentos. (Fig. 4).

Placa de prova: Construir as placas de prova em ideal-base, como usualmente; agregar o plano de orientação, determinar altura, contorno e mordida em relação central. Montar em articulador, na indicação técnica.

Montagem dos dentes: Realizar a montagem dos dentes segundo as recomendações nas próteses totais. Após a prova clínica e revisões, será o aparelho levado à inclusão.

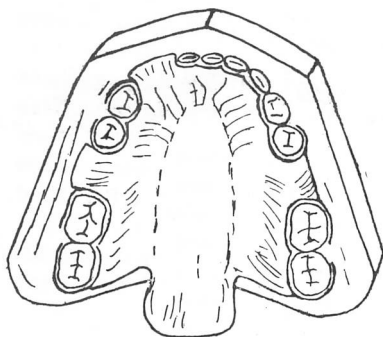


FIG. 4

2.4.5 — Elaboração em resina

Inclusão: Seguir os requisitos comuns às próteses parciais removíveis e nos desdentados totais, as técnicas das próteses totais.

Tratamento da mufla: Aquecer a mufla, abrir, eliminar completamente a cêra e isolar por um dos métodos conhecidos. Havendo estrutura metálica lavar com benzina e água fervente.

Elaboração da resina: Manipular resina rosa ou incolor ou ainda, as duas, conforme o planejamento. Entulhar a mufla e executar prensagem de ensaio. Abrir, remover o excesso ou aditar material, preencher definitivamente. Polimerizar segundo as regras usuais.

Conclusão: Após o resfriamento abrir a mufla, remover o aparelho cuidadosamente; eliminar os restos de gesso e aparas de resina. Dar o acabamento rotineiro nos trabalhos no gênero.

2.4.6 — Elaboração do bulbo faringêo

Inclusão: Incluir na mufla o aparelho com a superfície nasal do obturador voltada para cima. Isolar, vasar a contramufla. Aquecer, abrir e remover totalmente o material. Executar o isolamento com verniz ou fôlha de estanho.

Manipulação da resina: Trabalhar a resina translúcida; quando estiver em condições, encher a cavidade da mufla, evitando a contaminação do material pelos dedos ou instrumental sujos. Fazer

a prensagem de ensaio. Polimerizar a resina.

Conclusão: Depois do resfriamento, remover cuidadosamente o aparelho. Eliminar o gesso e as rebarbas da resina. Dar acabamento como de rotina. Não abrasionar no contorno do bulbo faringêo, já que a superfície representa o vedamento fisiológico. Polir o aparelho definitivamente.

2.4.7 — Observações

- a) Nos desdentados, provada a placa palatal, desde que satisfatória, recolocá-la sobre o modelo de trabalho, hidratar e tomar a fenda com gesso, vertido pela abertura posterior.
- b) Nos pacientes em que fôr necessária a construção de infra-estrutura metálica, duplicar os modelos. Nos demais casos preparar placas de prova e planos de orientação diretamente sobre os modelos de trabalho.
- c) Nos casos de encaixes de precisão, coroas telescópicas, colchetes, as partes clínica e protética devem anteceder à elaboração da ceroplastia.
- d) Nas infra-estruturas totalmente metálicas ou quando a lesão seja apenas velar, o prolongamento pode ser incluído na fundição. (Fig. 2).

LEITURA RECOMENDADA

1. FONTES, R.C. — *Obturadores velo palatinos; contribuição ao estudo da prótese restauradora da abóbada palatina e do véo do paladar*. Rio de Janeiro, 1940. TESE.
2. GRAZIANI, M. — *Prótese buco-maxilo-facial*. São Paulo, Vademecum, 1950. 585p.
3. HARKINS, C.S. et alii — *Principles of cleft palate prosthesis; aspects in the rehabilitation of the cleft palate individual*. New York, Columbia University press, 1960. 219p.
5. McNEIL, C.K. — *Oral and facial deformity*. New York — [etc] Pitman — [1945]. 127 p.
6. OLIVEIRA, E. K. — *Fissuras congênitas; contribuição para o estudo dos fonemas do idioma nacional e da prótese nos fissurados congênitos*. Pôrto Alegre, Globo, 1954. TESE.
7. PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique, dir. Chompret, v.8). 2.ed. Paris, Masson, 1950. 533p.
8. SANT'ANA, M. — Caso clínico sobre obturador velopalatino elaborado em nylon. *Rio Grande Odontológico*, Pôrto Alegre, 14: 23-27, set.-out. 1955.

2.5 — PRÓTESE OCULAR

A — SETOR CLÍNICO

2.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cêra, nºs 5 e 7; colheres para fundir cêra; régua graduada; pinça para algodão; espátula de madeira.

Material: cêra parafinada, branca-amarelada; algodão hidrófilo.

2.5.2 — Medidas preliminares

Preparo psicológico e físico do paciente: Entrevista relatando o que vai ser feito, os resultados que podem ser esperados, vantagens decorrentes. Mostra de fotografias de casos anteriormente tratados e os resultados estéticos e funcionais. Informar sucintamente os passos do trabalho, familiarizando-o com o assunto.

Exame: Executar cuidadosa observação clínica da cavidade residual, estado físico e funcional, mobilidade dos tecidos do fundo e da parede anterior — pálpebras superior e inferior, territórios circunvizinhos, presença de áreas não cicatrizadas, serosidade e outros possíveis obstáculos ao sucesso da prótese. Levantamento completo da história clínica atual e pregressa.

Documentação: Solicitar a execução de fotografias de frente e de perfil.

Plano de trabalho: Esquematizar em detalhe o que vai ser executado. Cogitar da aplicação de prótese ortopédica.

2.5.3 — Obtenção de reprodução da região orbitária e da loja ocular

a) Da região orbitária.

Consultar: "Moldação da região orbitária, 1.4-A."

b) Da loja ocular.

Consultar: "Moldação da loja ocular, 1.5-B."

2.5.4 — Prova da esclerótica em cêra

Execução: Lavar a esclerótica com água e sabão, lubrificar com vaselina. Limpar a cavidade de secreções. Levantar o párpado superior e localizar a peça suavemente, de baixo para cima e para dentro. Mandar o paciente executar movimentos oculares e observar o comportamento do modelo. Verificar atentamente a curvatura das pálpebras, especialmente a superior, na borda livre e na de inserção. Os ângulos interno e externo e a carúncula merecem cuidados particulares para verificação da normalidade, sempre por comparação com o lado oposto.

Correções: Acrescer cêra, preferencialmente de colaração diferente, na metade superior, caso necessário, observar a normalidade da turgescência palpebral, contrapondo-se ao colapso dos tecidos.

Localização da íris: Julgada satisfatória a ceroplastia, demarcar a posição da íris traçando duas retas: horizontal, unindo as duas comissuras palpebrais; e vertical, dividindo as pálpebras ao meio. Na

intersecção estará o ponto central da íris. Após aplicação, voltar a provar a prótese, verificando centralização, tamanho e características da íris. Efetuar as correções necessárias.

2.5.5 — Aplicação da aloplastia e recomendações

Procedimento: Levantar a pálpebra superior e inserir a peça, mandar cerrar as pálpebras e fazer movimentos lentos. Observar possíveis dificuldades de movimentos ou pontos irritantes. Fazer correções quando necessário, polindo em seguida, prolixamente. Lavar e enxugar a prótese. Verificar pela última vez alguma imperfeição no polimento, corrigir. Dispensar o paciente.

Indicações: Ensinar o paciente a colocar a prótese e recomendar o uso alternado com descanso, para adaptação sem tropeços. Alertar para que não utilize qualquer solução antisséptica para lavagem e, ao aparecimento de algum incômodo, voltar à consulta. De qualquer forma comparecer após 8, 15 e 30 dias, para revisão.

Documentação: Documentar em condições idênticas às iniciais, sempre que possível à cores.

2.5.6 — Observações

- a) Em caso de necessidade indicar consulta cirurgião oftalmologista ou plástico para intervenções julgadas necessárias, de correção de bridas cicatriciais,

aprofundamento do fórnice ou redução da fenda.

- b) Quando indicados, aplicar aparelhos ortopédicos que podem ser constituídos de esferas de resina, de vários diâmetros, em série ou melhor, modelo de esclerótica, em cera, que se vai aumentando a medida que os tecidos cedem e a cavidade se vai ampliando. O procedimento tem seqüência até a obtenção da loja satisfatória.
- c) A localização central da íris poderá ser determinada mandando-se o paciente olhar firme à frente de fonte luminosa. O foco refletirá pontos luminosos. Desde que um coincida com o centro da pupila remanescente, o outro indicará o centro da íris protética. Bastará demarcá-lo.
- d) E' recomendável elaborar duas próteses, para a luz do dia e para a noite, que podem funcionar como duplicatas em caso de dano ou extravio. A variação, que reside no diâmetro da pupila, será providenciada no momento da elaboração das íris.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: mufla nº 2; vazadores de 3, 4, 10, 11, 12 e 13 mm; pote de vidro; espátula de aço inox., para manipular resina; discos de carborundum finos; mandrils para lixa; pedras para resina; espátula, faca e serras para gesso;

cuba de borracha; pincel pêlo de camelo, nº 20; proveta graduada; tesoura comum; placa de vidro; espátula para cêra, nºs 5 e 7; pincéis para pintura.

Material: isolante para gesso e resina; resina translúcida polímero e monômero; pigmentos; papel canson; tintas aquarela ou similares; celofane; bióxido de titânio; lixas de vários números; fios de lã vermelha; cavitine; tiras de celulóide de 15 x 200 mm; fita gomada; gesso comum; vaselina em pasta; cêra parafinada rosa e branco-amarelada; solvente para cêra; cartolina; papel preto; cola duco; gesso pedra; resina de rápida polimerização.

2.5.2 — Obtenção de reproduções da região orbitária e da loja ocular

a) Da região orbitária.

Consultar: "Vazamento no molde da região orbitária, 1.4-B."

b) Da loja ocular.

Consultar: "Vazamento no molde da loja ocular, 1.5-B, C."

2.5.3 — Preparo do modelo da loja ocular

Recorte: Recortar o positivo de forma expansiva, no sentido do fundo da cavidade. Fazer três entalhes em V, na base, fora das linhas dos diâmetros; lubrificar com vaselina. (Fig. 1).

Chave de orientação: Tomar fita de celulóide de 15 mm de alto e preparar cinta com folga de 5

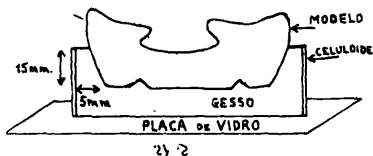


FIG. 1

mm. Colocar sobre placa de vidro. Manipular gesso de Paris, vaziar dentro da parede retentiva, comprimir levemente o positivo. Alisar o gesso, deixar em repouso. Após a cristalização remover a fita e o modelo da base. (Fig. 1).

Fratura: Serrar o modelo em duas partes. A serragem é feita sobre o pequeno diâmetro da cavidade, até as proximidades do fundo, sem tocá-lo. Completar a separação do positivo, fraturando-o com o auxílio da faca para gesso. A fratura objetiva a orientação, montagem e manutenção das seções nas dimensões originais. Cortes adicionais podem ser feitos para facilitar a remoção da cêra. (Fig. 2).

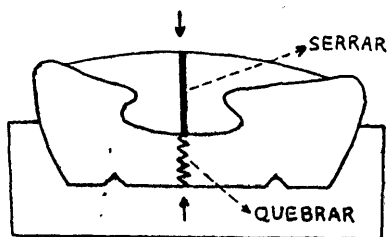


FIG. 2

2.5.4 — Ceroplastia da esclerótica

Ceroplastia: Montar o modelo seccionado, tomar as serraduras

com cêra. Hidratar o positivo, fundir e verter cêra na cavidade. Deixar esfriar acelerando-se por imersão em água. Remover cuidadosamente as secções, retirar o bloco de cêra. (Fig. 3).

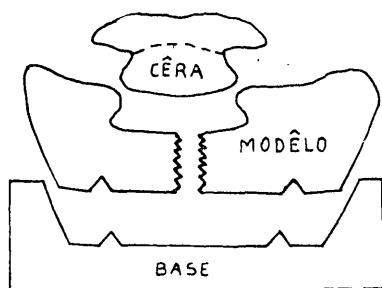


FIG. 3

Correções: Recortar os excessos, fazer acréscimos em cêra de coloração diferente, nas metades superior e inferior da face palpebral, particularmente na superior, de um ângulo a outro. Esta camada deve ser uniforme e contínua; destina-se a compensar o colapso dos tecidos pela evisceração ou enucleação. Procurar dar à ceroplastia forma de conveniência básica, que será corrigida na prova clínica. Alisar e polir com algodão umedecido em solvente, lavando, a seguir, com sabão e água corrente.

Duplicação: Obtida a ceroplastia ideal, após teste clínico, será ela duplicada três vezes, em cêra dura, branco-amarelada. Método de duplicação à gesso, em duas metades ou outro. Uma das cópias se-

rá colocada no paciente enquanto aguarda a prótese; nesta ceroplastia deverá ser colocada uma íris aproximada da natural; as outras servirão para a realização protética.

Situação da íris: Após a prova clínica colocar a íris, atendendo a demarcação; desbastar a ceroplastia o necessário a comportar altura e contôrno da mesma. Realizar pequenas revisões, evitando degraus ao redor da íris, deixando lisa a superfície. Voltar a prova clínica para revisões necessárias.

Previsão: Dois modelos devem ser trabalhados para contornar insucessos ocasionais.

2.5.5 — Elaboração da íris

Disco de papel: Cortar discos de papel apropriado, de diâmetro igual menos 1 mm ao da íris natural remanescente, com vazador selecionado. Perfurar a pupila com punção de 3 ou 4 mm.

Pintura da íris: Fixar os discos em tira de cartolina. Pintar com aquarela, têmpera ou guache, três íris, na cor básica. Deixar secar bem; acrescentar os detalhes como: raios, halo externo e demais características. Deixar secar completamente no meio ambiente ou estufa. Colar na contraface da íris papel preto; provar no paciente as características da íris, usando de uma calota transparente, de igual curvatura a que vai ser empregada (previsor ortocromático técnica Varell). Impermeabilizar e fixar a pintura com três ou mais gotas de monômero de rápida polimeri-

zação, a cada aplicação, aguardar a secagem.

Ceroplastia: Caso se tenha matriz, realizar três calotas de esfera, em cêra, de diâmetro de 1 mm maior do que o da íris, de curvatura igual a desejada. Na falta, com uma bola de vidro selecionada, confecciona-se a matriz, fazendo impressão em plastilina, para o molde, no tamanho desejado.

Inclusão: Incluir em mufla nº 2 as três calotas de cêra, com a face plana para baixo, recalcando 2 mm na bacia da mufla. Remover a cêra e isolar como habitualmente. Cortar três discos de resina em lâmina, de espessura papirácea, diâmetro igual ao da ceroplastia (1 mm maior que a íris). Colar, centralizadas nêles as íris, com monômero. Colocar na bacia da mufla as íris montadas.

Manipulação da resina: Adicionar monômero ao polímero transparente, aguardar a fase de inclusão, fazer a prensagem e polimerização como de hábito.

Acabamento: Polir as íris; selecionar a que melhor se identifique com a remanescente. Em caso de insucesso repetir o tópico.

2.5.6 — Reprodução da esclerótica em resina

Retenção: Com disco de carborundum proceder cortes, em T.M.W, rasos, no centro da íris.

Inclusão: Incluir o modelo de cêra na bacia da mufla, no limite da superfície externa, na forma usual. Isolar e vaziar a contra-mufla. Eliminar a cêra e isolar

como de uso.

Conversão em resina: Tomar quantidade bastante de polímero translúcido, pesar e agregar 1% em peso de bióxido de titânio; misturar bem, adicionar o monômero até ligeiro excesso. Agregar pequenas porções de corante azul ou amarelo, misturar bem, comparar com a coloração padrão. Fazer pequenas acréscimos de corantes, inclusive rosa, até obter a cor desejada. Deixar o material em repouso até a massa tomar consistência tal que não seja mais filamentosa (fase plástica). Incluir a resina na mufla, sem tocar com os dedos. Pressar cuidadosamente. Deixar em repouso por 12 horas. Completar a polimerização a partir de água fria, deixando em ebulição por 120 minutos. Deixar esfriar, abrir a mufla, remover a esclerótica.

Acabamento: Recortar os excessos, abrasionar à pedra fina e lixa a face externa. Polir — motor a baixa rotação. Brunir com os materiais de uso, prolixamente. A base só deve ser tratada à pedra pomes e brunimento.

2.5.7 — Aposição da camada transparente e vasos

Preparo da mufla: Incluir a prótese após as correções clínicas, tendo o cuidado de obliterar os recortes praticados na íris. Após a presa isolar a contramufla e vazá-la.

Desbaste da esclerótica: Desgastar com pedra abrasiva para resina, toda a superfície externa da

prótese, do centro à periferia do fundo, sem tocá-lo, mais ou menos 1 a 1,5 mm em profundidade. Polir a superfície corretamente.

Individualização: Sobre a superfície da esclerótica aplicar camada de cavitine. Felpas de lã vermelha são coladas em posições estratégicas para simular os vasos, obtendo-se a localização e disposição por comparação com o remanescente, que foi traçado em diagrama, frente ao paciente. Pequenas manchas (máculas) serão executadas. Caso necessário coloração extrínseca adicional é realizada, no sentido de melhor disfarçar da prótese. Após, deixa-se secar completamente.

Aposição da córnea: Colocar a prótese na bacia da mufla. Manipular resina transparente, evitando contacto com os dedos ou instrumentos sujos. Na fase indicada apor resina, suave e perfeitamente distribuída por toda a superfície, o quanto baste. Executar a prensagem de uma só vez, sem abertura de prova.

Polimerização: Executar a cocção com os cuidados necessário, a fim de evitar opalescência e bôlhas.

Acabamento: Removida a peça, desbastar com lixa fina, o mínimo; depois completar a abrasão com pedra pomes. Dar polimento com esmêro. Não podem restar saliências, reentrâncias, nem superfícies despolidas. A íris deve ser obser-

vada por transparência absoluta, sem defeitos.

2.5.8 — Observações

- a) A pintura deve ser feita frente ao paciente ou após prévio diagrama em que todas as características foram anotadas.
- b) O diâmetro da pupila pode ser variado, nas três íris, para posterior seleção.
- c) A esclerótica ceroplástica deve ser aplicada íris, a que sobrar ou uma de estoque, de aparência próxima ao natural, para que o paciente sinta, desde logo, a atenção que lhe está sendo dispensada.
- d) Nos casos em que a cavidade seja extremamente rasa ou quando, apesar da fratura do modelo, não for possível a remoção da ceroplastia, recomenda-se a fratura da porção palpebral do modelo.
- e) É óbvio que a pintura da íris pode ser encomendada a artista ou obtida de transparência colorida, tomada em relação 1:1.
- f) A prisão da íris na contramufla pode ser obtida adicionando-se pequeno e fino cilindro de resina de rápida polimerização, no ponto de maior curvatura.
- g) A base sobre a qual se assenta a íris pintada pode ser elaborada com resina de rápida polimerização, do tipo empregado em dentística conservadora.

LEITURA RECOMENDADA

1. CAORSI, U.A. — Protesis ocular. *Protesis*, Buenos Aires, 14(52): 115-127, ago. 1951.
2. COSTA, W.T. da — Prótese ocular individual. *Vida Médica e Odontológica*, Pôrto Alegre, 2(10): 25-26, 1957.
3. FERRÃO, M.A. — Ensaio sôbre prótese ocular; adaptação das técnicas de Meissner e Odilon Garcia. *Seleções Odontológicas*, São Paulo, 20(102): 18-22, jul.-ago. 1964.
4. MEISSNER, E. — *El iris en oftalmoprotesis; su classificacion y su reproduccion através del diagrama*. Concepcion, Universidad de Concepcion, 1955. TESE.
5. MEISSNER, E. — La fotografia en colores del iris y su uso en protesis ocular. *Revista Odontologica de Concepcion*, Concepcion, 7: 160-165, set.-dez. 1960.
6. OLIVEIRA, E.K. et alii — A prótese ocular; implante de Cutler. *Revista da Faculdade de Odontologia de Pelotas*, Pelotas, 3(5): 91-118, out. 1960.
7. PRINCE, J.H. — *Ocular prosthesis*. Edinburgh, Livingstone, 1946.

2.6 — PRÓTESE BLÉFARO-OCULAR

A — SETOR CLÍNICO

2.6.1 — Instrumental — Material

Instrumental: pinças para algodão; espátulas para cêra n°s 5 e 7; compasso; régua graduada flexível.

Material: algodão hidrófilo; cêra parafinada.

2.6.2 — Medidas preliminares

Entrevista: Relatar ao paciente o que vai ser executado. Percalços nestas próteses. Ressaltar a colaboração indispensável e inestimável do paciente. Problemas a

enfrentar, resultados que podem ser colhidos.

Exames: Proceder a exame acurado. Estudar a necessidade de alguma indicação ou revisão cirúrgica. Fazer ficha clínica e propométrica detalhada.

Planificação: Planejar o trabalho a ser executado, meios de retenção, objetivar as dificuldades a serem contornadas.

Documentação: Fotografias, de frente e perfil, preferentemente à côres.

Escolha da prótese ocular: Selecionar ôlho de estoque semelhante ao remanescente ou elaborar um, individual.

2.6.3 — Obtenção de reproduções faciais



Consultar: "Moldação, 1.2-A."

b) Da face, em norma frontal

Consultar: "Moldação, 1.6-A."

2.6.4 — Ensaio da ceroplastia

Testes: Aplicar a ceroplastia à face do paciente. Verificar a união pêlo-prótese, a abertura da fenda palpebral, a curvatura das pálpebras, as rugas, demais detalhes faciais e a centralização da íris (sentido horizontal e vertical); apurar o aspecto cosmético. Provar os meios de retenção. Escolher os cílios, tendo em relação tamanho, forma e coloração.

2.6.5 — Recomendações finais

Indicações: Alertar o paciente para os cuidados com a prótese, meios de higienizar. Anotar a necessidade de novas consultas para acompanhamento da acomodação ao aparelho ou algum inconveniente surgido.

2.6.6 — Observações

- a) A ficha antropométrica deverá conter, entre outros, os dados: 1) a largura da fenda palpebral; 2) altura média da abertura das pálpebras, a partir de uma reta que una as comissuras; 3) diâmetro e cor da íris. Se possível escolher a íris de estoque; 4) posição média do centro pupilar, em relação com o menor eixo das pálpebras.
- b) A linha sagital e os pontos glabellar e nasal podem ser traçados a lápis dermatográfico no mo-

mento da moldagem, sendo reproduzidos sucessivamente, no molde e no modelo.

- c) desde que se tenha demarcado na pele os pontos glabellar e nasal, item b, as mensurações, no vivo, devem ser feitas a partir desses pontos, a compasso, para posterior transporte ao modelo.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

2.6.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cêra, nºs 5 e 7, para gesso e para resina; mufla grande; potes para manipular resina; gral de borraça; colher para fusão de cêra.

Material: gesso comum; resina rosa e translúcida, monômero e polímero, de rápida e termo polimerização; cêra parafinada; plastilina; isolantes para gesso e resina; cílios artificiais; pigmentos; substância-corpo.

2.6.2 — Obtenção de reproduções

- a) Das regiões orbitária e nasal
Consultar "Vazamento no molde, 1.2-B."
- b) Da face, em norma frontal
Consultar "Vazamento no molde, 1.6-B."

2.6.3 — Elaboração da escultura

Escritura: A moldagem é obtida com os olhos fechados, portanto antecipadamente deve ser demarcada, no molde, a abertura das

pálpebras normais, o que é feito **traçando-se** uma reta que una as **comissuras** palpebrais. A partir **dessa** reta demarcar a curvatura **máxima** da pálpebra superior e em **seguida** da inferior, **calçada** nas **mensurações** registradas na ficha. **Traçar** então a curva das pálpebras seguindo os pontos indicados.

A transposição para o lado **lesado** das referências necessárias à **escultura**, é realizada **traçando-se** sobre o dorso do nariz, no **modelo**, a linha **sagital**, com o auxílio da régua **flexível** e transparente. **Marcar** sobre esta reta dois pontos: um próximo à **glabella** e outro próximo a **ponta** do nariz. Aplicar **plastilina** na cavidade do **modelo**, o quanto **baste** para **preenchê-la**. Dar **forma** conveniente **semelhan-**

te ao lado oposto. Fazendo-se **centro** no ponto superior, **traçar** **arcos** de círculos na **plastilina**, **correspondentes** às aberturas **máximas** das pálpebras (**superior** e **inferior**) e aos cantos **internos** e **externos**. Em seguida, **centralizando** no ponto inferior **contra-assinalar** os pontos já referidos. No **entrecruzamento** desses **arcos** teremos as referências **enantiomórfas** para **esculpir** o **contorno** das pálpebras **remanescentes**. (Fig. 1).

Lastreado no **traçado**, **esculpir** as pálpebras na **abertura** média que foi tomada no **paciente**. **Rebaixar** 2 mm na **fenda** palpebral, o que vai **corresponder** ao **espaço** a ser ocupado pelo **globo** ocular. **Executar** a **trama** da **pêe** com **estilete** **ponteagudo**, fazendo **ponturas**

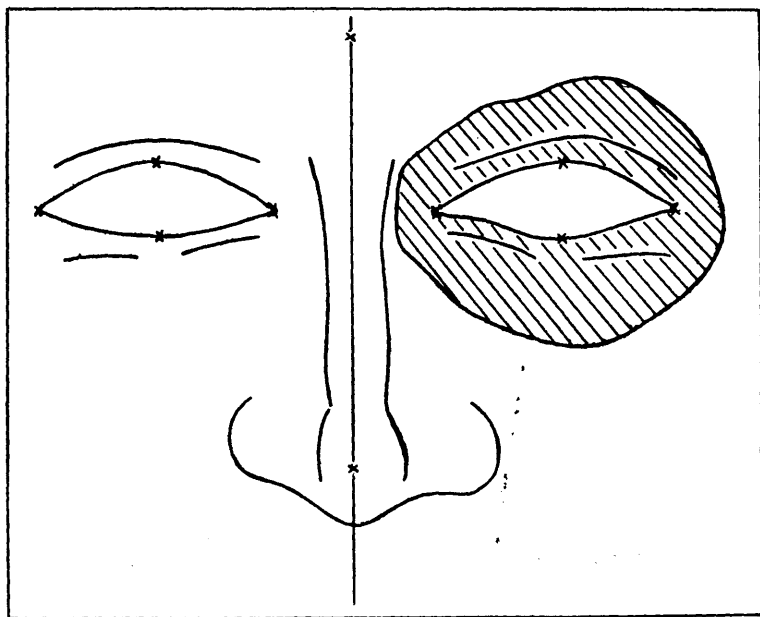


FIG. 1

que lembrem os poros. As rugas e sulcos devem ser reproduzidos.

2.6.4 — Ceroplastia

Técnica: Isolar o gesso do modelo. Vazar sobre a escultura gesso comum, cobrindo 5 mm além das bordas. Aguardar a presa, remover a plastilina, completamente. Perfurar conduto de 10 mm no modelo, no centro da lesão, colocar o contramolde em posição. Fundir cêra e vertê-la pelo adutor. Imprimir ligeiros movimentos na impressão para banhar toda a face interna da cobertura (contramolde), formando a camada ceroplastica de 2 a 4 mm.

Prova laboratorial: Abrir, retocar e provar na máscara. Recortar a área limitada pelas pálpebras, dar acabamento. Colocar o olho comercial ou individual na ceroplastia, obedecendo a posição anatômica já registrada e fixá-lo provisoriamente com pontos de cêra. Executar as correções que se fizerem mister, particularmente no que se refere à harmonização entre a curvatura do globo ocular, a face interna da prótese e a espessura das pálpebras.

Meios de retenção: Os retentores selecionados serão provados e adaptados à cêra, cuidadosamente, observando-se detidamente os resultados. Após todos os testes, remover o globo ocular.

2.6.5 — Globo ocular individual

Elaboração: Consultar "Prótese ocular, 2.1-A/B."

2.6.6 — Conversão em resina

Inclusão: O modelo em cêra, retocado e satisfatório, será incluído, sem o globo ocular, pela técnica de rotina, em mufla que o comporte.

Entulhamento: Partindo da mistura em partes iguais, preparar a resina rosa e translúcida ou de cor básica, já com substância de corpo. Acrescer os pigmentos; provar a coloração pelo ensaio em pequenas porções no retalho de celofane. Correta a coloração intrínseca, entulhar a mufla. Polimerizar pela técnica corrente.

Acabamento: Abrir a mufla, remover a prótese, eliminar os excessos, abrasionar com lixa fina, recortar as pálpebras. Provar clinicamente.

Montagem: Tomar o globo ocular e colocá-lo em posição. Após teste, se posicionalmente correto, fixá-lo com resina de rápida polimerização ou cimentos próprios. Aplicar os meios de retenção, fixando-os ou não, conforme o caso. Levá-lo à prova clínica. Caso necessário fazer correções cromáticas pela coloração extrínseca.

Colocação dos olhos: Tomar os olhos artificiais e fixá-los conforme a indicação, usando o adesivo próprio.

2.6.7 — Observações

- a) A escultura pode e deve ser feita ou retocada com o paciente presente para melhor identificação dos detalhes e perfeição da elaboração.
- b) Os meios de fixação compreendem

- dem o anatômico, os adesivos, hastes e aros dos óculos e pequenas vergas metálicas, fixadas na prótese e na armação dos óculos.
- c) Cílios naturais podem ser obtidos no comércio, tratando-se convenientemente.
- d) Brito Vianna, recomenda a não aplicação de cílios, substituindo-os por pintura e disfarce nas bordas das pálpebras.

LEITURA RECOMENDADA

1. BEDER, O.E. — *Surgical and maxillo facial prosthesis*. New York, King's Crown press, 1950. 51p.
2. BULBULIAN, A.H. — *Facial prosthesis*. Philadelphia, Saunders, 1945. 241p.
3. JONES, E.L. — Prosthetic restoration of an eye and contiguous tissue. *Dental Digest*, Pennsylvania, 49: 394-395, 1943.
4. KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. Trad. de Hector Marino. Buenos Aires, Mundi, 1952. 595p.
5. VIANNA, C.B. — *A moldagem direta nas próteses faciais*. São Paulo, 1961. TESE.
6. VIANNA, C.B. — Um caso de prótese óculo-palpebral. *Atualidades Odontológicas*, São Paulo, 2(7): 19-21, 1954.
7. VIANNA, C.B. — Escultura da prótese bléfaro-ocular. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 12: 3-6, 1958.

CAPÍTULO III

3. TRAUMATOLOGIA

- 3.1 — Aparelhos intra-orais
 - 3.1.1 — Odontossínteses
 - A - setor clínico.
 - 3.1.2 — Goteira de Stout
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
 - 3.1.3 — Goteira de Stout, modificada
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
 - 3.1.4 — Goteira de Gunning
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 3.2 — Aparelhos extra-orais
 - 3.2.1 — Mentoneira
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
 - 3.2.2 — Enfaixamentos a 4 e 6 pontas
 - A - setor clínico.
 - 3.2.3 — Bandagem de Barton
 - A - setor clínico.
 - 3.2.4 — Bandagem de Gibson
 - A - setor clínico.
 - 3.2.5 — Enfaixamento gessado
 - A - setor clínico.
 - 3.2.6 — Gessado craniomentoniano.
 - A - setor clínico.
 - 3.2.7 — Capacete Erich-Austin
 - A - setor clínico.
 - 3.2.8 — Capacete de papelão e esparadrapo
 - A - setor clínico.
- 3.3 — Aparelhos intra-extra-orais
 - 3.3.1 — Goteira de Kingsley
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.

CAPÍTULO III

3 — TRAUMATOLOGIA

3.1 — Aparelhos intra-orais

3.1.1 — Odontossínteses

A — SETOR CLÍNICO

3.1.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: alicates tipo torquês, bico chato serrilhado e bico redondo; pinças porta-agulhas Mathieu, de Pean e Kocher de 170 mm; calcador espatulado; espelho bucal; pinça para algodão.

Material: fios inoxidáveis, destemperados, liga 18/8 calibres 18/20/22/24/26 e meia cana 2 mm; cêra utilidade; arcos elaborados.

3.1.1.2 — Medidas preliminares comuns

Exame: Proceder a cuidadoso exame clínico e radiográfico. Elaborar a ficha clínica completa. Diagnosticar a fratura e suas características.

Planejamento: Diante dos exames clínico, radiográfico, diagnóstico e das condições gerais e bucodentárias do paciente, planejar o tratamento selecionando o tipo de odontossíntese e dentes suportes. Os dentes portadores de processos patológicos e os luxados não servem de ponto de apoio a amarras dinâmicas; só nas horizontais se permite incluí-los. Os luxados são fixados e os demais

não são comprometidos nas trações.

Preparo clínico: Executar a profilaxia dos dentes e a antisepsia da boca, pelos métodos conhecidos.

Indicar ou realizar as intervenções que se fizerem mister: profilaxia, obturações provisórias, suturas da mucosa, extrações que se impuserem antes do trabalho.

Nos casos indicados pode ser realizada a anestesia ao nível do foco de fratura, antes de ser iniciada a odontossíntese, para reduzir a dor provocada pela movimentação dos fragmentos.

3.1.1.3 — Considerações gerais

- a) A imobilização de dentes ou dos arcos dentários a fios metálicos inclui grande variedade de métodos e técnicas. Seleccionamos as que melhores resultados têm oferecido. A prática adquirida e o auxílio de textos, autorizam a elaboração das demais.
- b) O fio é introduzido no espaço interdentário, conduzido com o auxílio dos dedos, por pinças porta-agulha, alicate bico chato ou é previamente montado em linha encerada.
- c) Os cabos são torcidos sempre no sentido em que se movimentam os ponteiros de um relógio e dobrados para o espaço interdentário.
- d) A torcedura do fecho deve ficar sempre o mais próximo possível da linha média.
- e) As torceduras são recobertas com cera utilidade, goma de mascar, godiva ou resina de rá-

pida polimerização para protecção das mucosas da atrição.

3.1.1.4 — Revisão periódica

A primeira revisão deverá ocorrer às 48 horas, se não sobrevier qualquer imprevisto. O paciente deverá ser instruído a respeito. As revisões seguintes serão semanais, até a alta clínica.

3.1.1.5 — Higienização

A cada consulta deverá ser procedida a higienização dentária e bucal, quando possível levantando o bloqueio mandibular. Na impossibilidade, com jatos de ar e solução antisséptica, pulverizada, remover os detritos alimentares retidos nos espaços interdentários. Aplicar solução antisséptica tópica.

3.1.1.6 — Elaboração clínica das odontossínteses

I. — De trabalho horizontal

a) HIPOCRÁTICA

Introdução

- 1) Anestesia tópica das papilas intermediárias pode ser feita para diminuir os agravos ao paciente.
- 2) Quando o dente mesial ficar muito distante da comissura, pode-se interromper a essa altura, prosseguindo com o cabo livre até ao final, voltando para praticar a torcedura onde houve a interrupção.

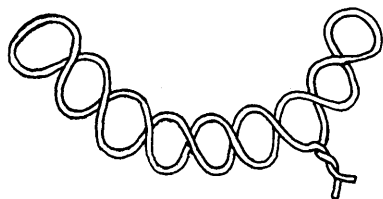


FIG. 1

- 3) Em casos de dentes deciduos é recomendado o emprêgo de fio de nylon ou seda cirúrgica, compatível com o espaço interdentário.

Técnica

1ª etapa: Passar um dos extremos do fio (calibre 26, comprimento igual a quatro vêzes a distância dente a dente, dos incluídos na amarra) pelo espaço interdentário comum ao último dente selecionado, de vestibular para lingual ou palatino, até a metade, constituindo-se dois cabos. Passam-se então os cabos pelos espaços interdentários, de vestibulo para lingual e vice-versa, alternadamente, cada um dos cabos, até o dente mesial, onde termina por vestibular, com a torcedura dos cabos (atender para o prescrito em 2). (Fig. 1).

Se fôr necessário, uma segunda trama em sentido oposto é procedida.

2ª etapa: O extremo da torcedura é dobrado para o espaço intermediário mais próximo.

3ª etapa: Revisar a execução e proteger as torceduras.

4ª etapa: Revisão periódica.

b) EM ESCADA

Introdução

De cada lado do foco de fratura são tomados três ou mais dentes.

Técnica

1ª etapa: Construir com fio 22 arco vestibulo-lingual ou palatal (montantes da escada), a torcedura fica o mais próximo possível da linha média. Os cabos devem ser torcidos suavemente, não ficando sob tensão, pois eles devem tocar a periferia nas faces dos dentes incluídos no arco.

2ª etapa: Com o fio 26 ou 24 elaborar alças que unirão o arco vestibular ao lingual, passando pelo espaço interdentário (degraus da escada). A laçada será simples, contornando os arcos superior e inferiormente; torcedura por vestibular, ou em oito, aprisionando os arcos em cada uma das alças do oito. (Fig. 2).

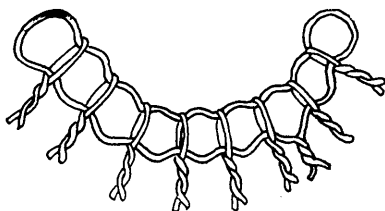


FIG. 2

3ª etapa: Revisar a execução e proteger as torceduras.

4ª etapa: Revisão periódica.

c) DE ESSIG

Introdução

De cada lado da linha de fratura são tomados 4 ou mais dentes, destes pelo menos 2 suportam amarria hipocrática, os restantes a em escada.

Técnica

1ª etapa: Fio calibre 22/24, de comprimento igual a 2 1/2 vezes a distância entre os dentes selecionados. Iniciar pelo dente mais distal onde é passado o fio, dividindo-se em dois cabos: o vestibular, e o lingual. Contornar pelo menos os dois dentes distais, como na síntese hipocrática; em seguida conduzir os dois cabos em ponte por vestibular e lingual ou palatino, até os dois últimos dentes dos selecionados. O cabo menor, a essa altura passa ao vestíbulo onde pára. O maior envolve em oito os dois dentes, em sentido distal, voltando até encontrar o cabo menor, executando-se aí torcedura preliminar de fecho.

2ª etapa: Com fio calibre 24 ou 26 realizar a ligação dos arcos, como indicado na escada, simples ou em oito. (Fig. 3).

3ª etapa: Retorcer definitivamente os fios dos arcos dobrando os extremos para o espaço intermediário. Torcer os degraus, dobrar as pontas como recomendando.

4ª etapa: Observar os resultados,

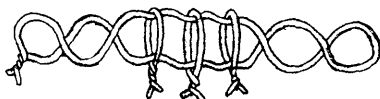


FIG. 3

proteger as torceduras com material adequado.

5ª etapa: Revisão periódica.

d) DE RISDON

Introdução

Devem ser tomados 3 ou mais dentes além dos planos de fratura.

Técnica

1ª etapa: Cortar dois fragmentos de fio, calibre 22/24, de comprimento igual a 2 vezes 1/4 a distância linha média-último dente selecionado. Enlaçar o último dente ficando os cabos por vestibular; retorçê-los desde junto ao colo enlaçado até aquém 2 dentes do foco da fratura. Proceder de igual modo do lado oposto.

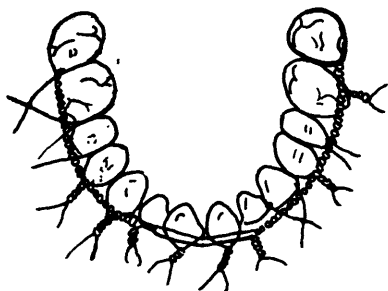


FIG. 4

2ª etapa: Os cabos são torcidos dois a dois, a cada lado da fratura, no ponto onde foi interrompida a torcedura inicial.

3ª etapa: O arco torcido, localizado vestibularmente, é jungido aos dentes por alças que os contornam como se fossem arco único. (Fig. 4).

4ª etapa: Reexaminar a execução e proteger as mucosas recobrindo as torceduras.

5ª etapa: Revisão periódica.

II. — De trabalho vertical

e) DE LEBLANC

Introdução

- 1) Selecionar em cada hemiarcada 2 a 4 dentes em condições de sanidade e em oclusão com o oponente.
- 2) Nos dentes anteriores raramente se aplicam, salvo nos caninos. Quando fôr imperativa a excessão, serão tomados dois dentes contínuos em cada arco, para evitar a extrusão.

Técnica

1ª etapa: Cortar tantas porções de fio calibre 24/26, de 50 mm de comprimento, quantos forem os dentes selecionados.

2ª etapa: Contornar o colo do dente mais distal, com o fio e retorcer os cabos vestibularmente, até a fixação. Continuar a aplicação do fio nos demais dentes.

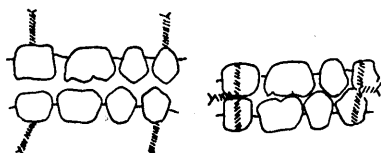


FIG. 5

3ª etapa: Mandar o paciente ocluir as arcadas e retorcer os cabos superiores aos inferiores, bloqueando o mandibular, de distal para mesial. As torceduras serão inicialmente de ajuste e posteriormente de fixação. (Fig. 5).

4ª etapa: Recortar o excesso das torceduras e dobrá-las para o espaço interdentário.

5ª etapa: Revisar o trabalho e proteger os cabos torcidos.

6ª etapa: Revisão periódica.

f) EM ROSETA

Introdução

- 1) Realizar 4 rosetas em cada hemiarcada (2 superiores e 2 inferiores).
- 2) Os dentes selecionados deverão contactar com o homólogo.

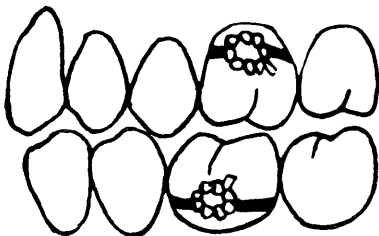


FIG. 6

3) Nos dentes monorradiculares devem ser tomados 2 em cada roseta.

4) Os dentes portadores de prótese só em casos especialíssimos poderão servir de suporte.

5) As rosetas podem ser construídas de tal forma que a ação de aproximação se faça obliquamente.

6) A união maxilo-mandibular é feita sob tração elástica (ativa), anéis de borracha, ou a fios metálicos (passiva).

Técnica

1ª etapa: Cortar secções de fio calibre 22/24, 50 mm de comprimento; contornar o dente selecionado penetrando pelo espaço distal e saindo no mesial. Igualar os cabos, retorçê-los até fixação no dente.

2ª etapa: Apreender a torcedura com o extremo do alicate bico redondo e torcer o cabo enrolando-o em espiral cuja ponta fica voltada para o plano oclusal. Cortar o excesso. (Fig. 6).

3ª etapa: Proceder a confecção das demais rosetas.

4ª etapa: Mandar o paciente ocluir em cêntrica e aplicar os meios de união — elástico ou inelástico, vertical ou oblíquo, conforme o caso.

5ª etapa: Reexame do bloqueio e proteção à mucosa.

6ª etapa: Revisão periódica.

g) MÉTODO DOS ANÉIS (Ivy, Eby, Oliver)

Introdução

1) A diferença essencial entre esses métodos reside na posição do cabo que, vindo por distal, é situado vestibularmente.

a) sustém o anel central, evitando que deslize pelo espaço interdentário — Eby; Fig. 7).

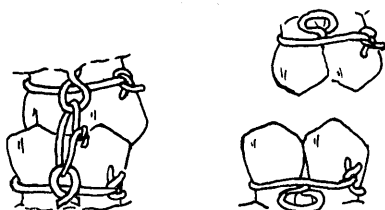


FIG. 7

b) passa por dentro do anel central permitindo maior fixação — Ivy; (Fig. 8).

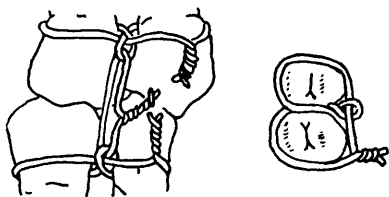


FIG. 8

c) é insinuado entre os dois cabos, imediatamente abaixo da torcedura do anel central, evitando que o mesmo penetre no espaço interproximal, danificando a mucosa.

É, a nosso ver, o mais eficiente dos três métodos, o de Oliver. (Fig. 9).

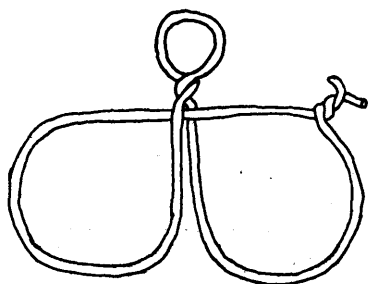


FIG. 9

- 2) São suficientes 4 pontos de ancoragem, 2 em cada hemiarca da de cada lado.
- 3) O apoio é feito em 2 dentes contínuos; preferencialmente ambos devem ocluir corretamente.
- 4) A união será vertical ou oblíqua, segundo as necessidades ou a fórmula dentária.
- 5) Nos dentes anteriores é possível empregar o método apenas para sustentação, não indicando-se esforço de tração.

Técnica

1ª etapa: Cortar secções de fio calibre 22/24, de 60 mm de comprimento. Construir no meio do fio argola de 3 mm de diâmetro, com duas torceduras de fixação, utilizando-se como matriz o corpo de uma broca para peça de mão, ficando os cabos paralelos entre si.

2ª etapa: Tomar as alças de fio e introduzir os extremos de vestibular para lingual ou palatino, de uma só vez, entre os dois últimos

dentes selecionados. Dobrar para distal um dos cabos e passá-lo para vestibular pelo espaço imediato. O outro cabo é dobrado para mesial, penetrando no espaço anterior e saindo do vestibulo. O cabo distal é voltado para mesial e retorcido com o anterior para fechamento do primeiro anel.

A situação do cabo vestibular varia segundo os métodos, como visto em parágrafo anterior, 1) a, b e c, variantes Eby, Ivy e Oliver.

3ª etapa: Continuar a aplicação dos demais anéis de sustentação.

4ª etapa: Mandar o paciente ocluir em cêntrica e realizar o bloqueio do mandibular, ação elástica ou inelástica. (Fig. 10).

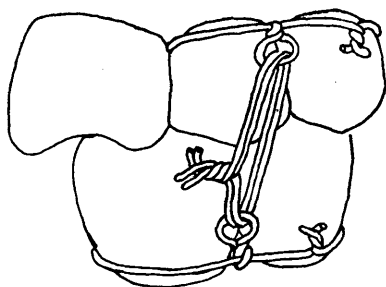


FIG. 10

5ª etapa: Revisar o trabalho e proteger a mucosa.

6ª etapa: Revisão periódica.

h) DE STOUT

Introdução

- 1) O método em essência é o dos anéis, apenas contínuos e cons-

truídos com um só fio.

- 2) E' necessária a presença de vários dentes úteis e contínuos nas arcadas.
- 3) Em média, se constroem 4 anéis em cada hemiarcada, dos dois lados.
- 4) Quando houver deficit de dentes posteriores é possível a construção de anéis, de canino a canino, evitando-se tração elástica.
- 5) A fixação será vertical ou oblíqua.
- 6) Os anéis vestibulares são armados com matriz de fio de chumbo de 1/8", ou 3 mm. (Fig. 11).

Técnica

1ª etapa: Cortar 4 secções de fio calibre 22/24, de comprimento igual a 4 vezes o do setor selecionado.

2ª etapa: Passar o fio no espaço distal da série de dentes selecionados, de uma hemiarcada, deixando o cabo vestibular mantido no espaço interdentário anterior ao primeiro dente incluído no trabalho, do mesmo lado.

3ª etapa: A matriz de chumbo, de comprimento maior que a área atingível pela amarrilha, é adocada sobre a face vestibular dos dentes.

4ª etapa: O cabo lingual livre, é passado para o vestibulo pelo espaço intermediário seguinte, por sob a matriz e o fio, dobrado sobre ambos, volta pelo mesmo espaço, formando alça frouxa. Volta ao colo do dente seguinte, por lingual ou palatino, passa pe-

lo espaço interdentário para o vestibulo, por sob o arco e a matriz, em seguida volta ao interior bucal e assim se continua até o primeiro dente da série, onde termina por vestibular. Remove-se o fio vestibular apoiado no espaço interdentário, mantendo-se presos os dois cabos. (Fig. 11-a).

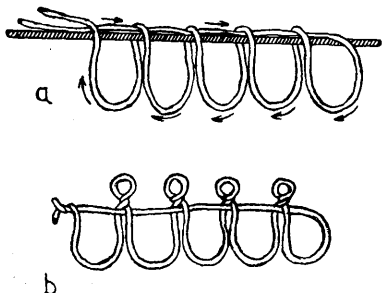


FIG. 11

5ª etapa: Remover a matriz de chumbo; em cada vão interdentário ficará pequena alça aberta. Com o alicate de bico chato tomar a alça distal e dar uma volta completa, no sentido da marcha dos ponteiros de um relógio. Seguir torcendo as demais alças. Torcer os extremos dos cabos. Recomeçar a torcedura das alças, dando mais uma volta e parando quando o maior diâmetro estiver em horizontal. Realizar a torcedura final no extremo dos cabos, dobrando-a para o espaço respectivo. (Fig. 11-b).

6ª etapa: Realizar a construção dos anéis nas demais hemiarcadas.

7ª etapa: Mandar o paciente ocluir corretamente e aplicar o sistema de bloqueio, elástico ou inelástico e nas condições planejadas.

8ª etapa: Revisar a elaboração e proteger as torceduras.

9ª etapa: Revisão periódica.

III — De trabalho indireto

1) ARCOS OU BARRAS

Introdução

- 1) A característica dominante é a presença de arco ou barra, de liga metálica, destemperada, simples ou complexo, único ou duplo, em uma ou em ambas as arcadas.
- 2) Os arcos não podem ficar distantes linearmente da face dos dentes, para evitar mobilização destes. Nos arcos elaborados é empregada tração elástica para bloqueio da mandíbula em ação vertical ou oblíqua.
- 3) A fixação dos arcos aos dentes varia apenas nos arcos duplos — a laçada inclui o arco, por lingual ou palatino.
- 4) As técnicas de enlaçar os dentes e arcos variam; apresentamos duas. (Figs. 12 e 13).

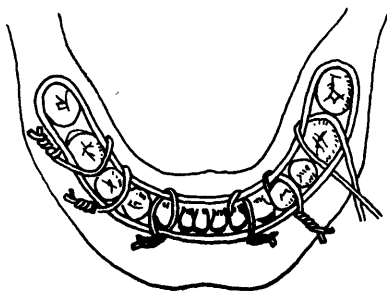


FIG. 12

Técnica

1ª etapa: Cortar 2 frações de fio redondo, calibre 18 ou 1/2 cana de 2 mm, comprimento igual ao contór. o do arco dentário. Adoçar a face vestibular com o auxílio de alicate, amolgar nos espaços interdentários. Dobrar os extremos ao arco por distal do último dente presente na arcada. Quando da aplicação de arcos elaborados, cortá-los e adaptá-los.

2ª etapa: Cortar várias porções de fio calibre 24/26, de 40 mm de comprimento. Enlaçar o dente distal de um dos lados e fazer tor-

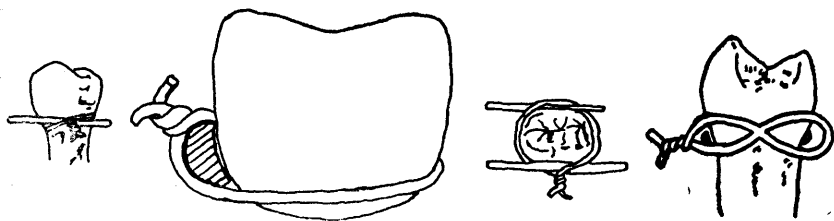


FIG. 13

cedura prévia; executar laçada de ensaio no dente do lado oposto. Proceder à fixação dos demais dentes selecionados, ao arco. Ajustar as laçadas de ensaio. Recortar os cabos, dobrá-los por sobre o arco para a borda gengival e para distal.

3ª etapa: Aplicar o arco na arcada oposta seguindo a técnica descrita ou a que se segue: tomar secção de fio 26, penetrar no espaço interdentário, acima e abaixo do arco, contornar o dente, voltar em condições idênticas ao vestíbulo onde os cabos são retorcidos passando um deles por dentro da alça anteriormente feita. Completar a fixação do arco aos demais dentes.

4ª etapa: Bloquear o mandibular, unindo os arcos por alças de fios 24/26, equilibradamente distribuídas.

5ª etapa: Observar o comportamento da elaboração e proteger as torceduras.

6ª etapa: Revisão periódica.

3.1.1.7 — Observações

- a) O adestramento no laboratório é executado em manequim, com modelos dos arcos dentários em resina ou mesmo em gesso.
- b) Os fios empregados no adestramento são de latão destemperado, no mesmo calibre ou, na falta destes, em arame galvanizado, padrão aproximado.
- c) Os anéis de borracha, no diâmetro necessário, são os empregados em Ortodontia; na falta podem ser cortados de tubo de borracha, do tipo denominado de "latex", de diâmetros 1/8", 3/16" e 1/4" ou seja 3, 4, 5 e 6 mm.

LEITURA RECOMENDADA

- BRANDÃO, G. S. — *A terapêutica para a maioria das fraturas completas da mandíbula é a odontossíntese a fios metálicos*. Niterói, 1954. TESE.
- BRANDÃO, G. S. — A oclusão forçada das arcadas por fios metálicos no tratamento de urgência das fraturas mandibulares. *Seleções Odontológicas*. São Paulo. 11(58), 9-16, 1956.
- GRAZIANI, M. — *Fraturas mandibulares civis e de guerra*. São Paulo, Ponzini, 1954.
- IVY, R. H. & CURTIS, L. — *Fractures of the jaws*. Filadélfia, Lea & Febiger — 1945, 174p.
- KAZANJIAN, W. H. & CONVERSE, J. M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. Buenos Aires, Mundi. 1952, 595 p.
- MEAD, S. V. — *Cirurgia Bucal*. Trad. Oscar G. Garrera. Mexico. UTEHA. 1958, 2v. 1447p.
- PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique dir. Chompret v.8). 2ª ed. Paris, Masson, 1950, 535 p.

- ROWE, N. L. & KILLEY, H. C. — *Crurgia y ortopedia de cara y cabeza*. Tradução de José Yoel. Buenos Aires. Bibliográfica Argentina, 1958, 714p.
- SOUSA, I. F. — Odontossínteses indiretas (um arco elaborável) *Revista da Faculdade de Odontologia de Pôrto Alegre*. Pôrto Alegre. 4: 139-142, 1962.
- THOMA, K. H. — *Traumatic Surgery of the jaws*. St. Louis, Mosby, 1942, 315p.
- VIANNA, C. B. — As amarras interdentárias no tratamento das fraturas mandibulares. *Revista XXV de Janeiro*, S. Paulo, jan.-fev. 1946. 33-42.
- VIANNA, C. B. — Amarras interdentárias montadas. *Atualidades Odontológicas*, S. Paulo — 2(7): 27-28, 1954.

3.1.2 — GOTEIRA DE STOUT

A — SETOR CLÍNICO

3.1.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: jogo de moldeiras para hidrocolóide, superior e inferior; espátula para gesso; espátulas para cêra, n^{os} 5 e 7; cuba de borracha; proveta graduada; alicates bico chato e para cortar fios; pedra para resina; espelho bucal; pinça para algodão.

Material: alginato; cêra rosa, n^o 7 e cêra virgem, em lâminas; fio calibre 24 de liga 18/8; papel car-bono em tiras; algodão hidrófilo.

3.1.2.2 — Medidas preliminares

Exame: Proceder a completo exame dos arcos dentais e mucosas. Elaborar a ficha clínica. Verificar a possibilidade de redução manual ou espontânea para a moldagem. Quando necessário, indicar

extração de dentes ou raízes lesadas irremediavelmente.

Planejamento: Projetar o trabalho a ser realizado, partindo da moldação até a elaboração e aplicação das goteiras.

Advertência: No osso fraturado cuidados especiais devem ser observados a fim de evitar desvios dos fragmentos, hemorragias, ou reações dolorosas desnecessárias.

3.1.2.3 — Obtenção de reproduções das arcadas

Moldação: Sentado o paciente confortavelmente, escolher as moldeiras, fazer as adaptações, quando indicadas.

Preparar o hidrocolóide irreversível, preencher a moldeira e tomar a impressão segundo as normas técnicas. Revisar a moldagem, repetindo-a ou não, segundo as condições apresentadas. Executar a moldagem do arco antagônico.

Oclusão: A relação central é obtida pelos processos usuais.

3.1.2.4 — Prova clínica

Teste: O paciente posicionado na cadeira de operações, ensaiar a goteira, observando possíveis pontos de atrito ou falta de adaptação perfeita; realizar as revisões necessárias, atender detalhadamente para a interferência articular, a estabilidade do aparelho e atrição dos tecidos moles. Nas manobras de ensaio, evitar intervenções bruscas para não agravar a lesão. Renovar o polimento onde se tornar imperativo.

Colocação definitiva: Colocar o aparelho segundo as exigências e normas técnicas. Aplicar a alça de fio ao redor do botão fecho e torcer os cabos.

3.1.2.5 — Recomendações

Indicações: Instruir o paciente para a higiene oral, indicando o método de escovagem e o antisséptico a usar. Prescrever dieta compatível e a medicação geral, em detalhes, por escrito.

Revisão: Citar o paciente para as revisões periódicas.

3.1.2.6 — Observações

- Requisitar exame radiológico dentário completo, para elucidação das condições sanitárias dos dentes.
- Executar completa profilaxia bucal antes da colocação do aparelho.
- A goteira de Stout é um aparelho de imobilização usado no mandibular, nos casos desfavoráveis ao movimento dos fragmentos, sem bloquear a A.T.M.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

3.1.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para gesso e resina, para cera, nºs 5, 7, e Le Cron; faca para gesso; gral de borracha; proveta graduada; muflas nº 6 e para duplicação; placa de vidro; articulador; alicates bico redondo, chato e para cortar fios; pincel pêlo de camelo, nº 20; delineador; serra para ouro; pedras para resina; lixa; mandril para lixa; frasco para manipular resina.

Material: gessos comum e pedra; isolantes para gesso e resina; resina incolor de termopolimerização; polímero e monômero; fio de liga inox., calibre 22/24; papel celofane; cera rosa nº 7 e utilidade, em lâmina e para alívio; lápis; 160 mm de fio meia cana, de 2 mm de espessura; material para duplicação.

3.1.2.2 — Obtenção de reproduções das arcadas

Vazamento: Manipular o gesso e vazir nos moldes, sob vibração. Após a presa, remover as moldeiras e aparar os modelos.

Correção: Retificar o modelo da arcada fraturada, quando não for possível a redução da fratura antes da moldação. Serrar o modelo na direção do traço de fratura, sem lesar os dentes vizinhos. Restabelecer a oclusão e o articu-

lado corretamente, sem que haja afastamento entre as faces proximais dos dentes próximos à serra-dura, ou desequilíbrio articular. Pequenos desgastes podem ser feitos nos fragmentos do modelo para o restabelecimento do articulado.

Usando a mordida e o modelo antagonista, guiando-se ainda pelos desgastes das cúspides, montar o modelo fracionado, tomando-o em dois ou três pontos com cêra pegajosa, para fixação provisória. Cobrir com gesso pedra a fenda, construindo nova base e restabelecendo o contorno da eminência alveolar. A mordida só é levada em consideração quando um dos fragmentos morde corretamente ou não está comprometida a arcada oposta; nos demais casos a reconstrução é o mais próximo possível do natural, orientada principalmente pela experiência e senso clínico.

Duplicação: Corrigido o modelo, duplicá-lo empregando as técnicas usuais.

Montagem: Montar os modelos duplicados em articulador, técnica habitual ou adaptada, quando da inexistência da mordida em relação central.

3.1.2.3 — Ceroplastia

Desenho: Desenhar a goteira atendendo a que o enceramento deverá: a) — atingir a face mesial do último dente existente, em cada lado da arcada; b) — deixar as faces oclusais e as bordas incisais livres; c) — cobrir a gengiva, aproximadamente 5 mm, dei-

xando livres as inserções fibrosas ou musculares; d) — atingir 15 mm da porção palatina, nos casos superiores; e) — o botão central ficar situado na linha média, tendo 10 mm de diâmetro e 4 mm de altura, aproximadamente.

Fechos: Elaboração dos fechos posteriores (dois), técnica: 1) contornar distalmente o último dente da arcada com fio meia cana, a face plana voltada para o dente; 2) ajustá-lo perfeitamente às faces vestibular, lingual e distal, junto à gengiva; assentá-lo ligeiramente nos espaços interdentários, amolgando-o a alicate; 3) os extremos devem chegar até a face mesial do penúltimo dente, onde são dobrados em ângulo reto, assim deixados para facilitar a prisão no gesso, quando da inclusão.

Enceramento: Dobrar a lâmina de cêra rosa sobre si mesma, no sentido do comprimento, em largura de 10 mm para as goteiras inferiores e vestibular das superiores e 20 mm para a face palatina das superiores. Cortar as tiras nas larguras indicadas.

Adaptar as lâminas de cêra às faces vestibular, lingual e palatina, no modelo, uni-las a pontos de cêra, liberar os pontos de contacto articular, recortar o contorno na forma conveniente, livrar os freios e bridas, seguindo o esquema já assinalado.

Construir cilindro de 10 mm x 5 mm enrolando o retângulo de cêra; fixá-lo sobre a linha média, abaular a face externa. Situar os fechos posteriores incluindo-os na intimidade da cêra, cobri-los com-

pletamente. Retocar a goteira, alisar e polir a ceroplastia. (Fig. 1).

3.1.2.4 — Elaboração em resina

Inclusão: Aparar as coroas dos dentes até as bordas da cêra, para facilitar a inclusão e abertura de prova; incluir seguindo a técnica própria aos trabalhos no gênero, evitando retenções e favorecendo o entulhamento. Após a presa do gesso, plastificar a cêra em água quente e abrir a mufla; remover a cêra e tratar a mufla como usualmente, em trabalhos de dentaduras. Atentar para que os fechos metálicos não sejam isolados.

Entulhamento: Preparar a resina transparente na forma convencional, preenchendo a mufla no devido tempo. Fazer prensagem de prova. Polimerizar a resina de acordo com os cânones estabelecidos.

3.1.2.5 — Acabamento

Remoção: Após o resfriamento remover o modelo com a goteira, cortar o excesso metálico dos fechos. Abrasionar com pedras e lixas, de preferência sobre o modelo.

Serradura: Serrar o botão ao meio, no sentido vertical. Remover agora o modelo, o que será fácil. Limpar os detritos de gesso, dar acabamento interno. Fazer sulco em tórno do botão, rente à base, para facilitar a prisão do fio que fecha e imobiliza a goteira.

Prova: Testar a goteira sobre

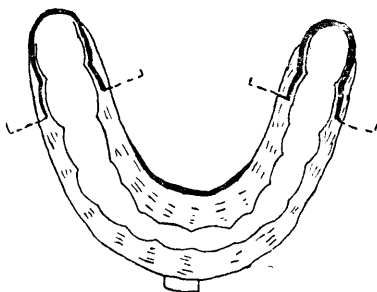


FIG. 1

o modelo de reserva (modelo mestre); retocar os pontos críticos. Dar polimento final.

3.1.2.6 — Observações

- E' recomendável a elaboração da goteira sobre modelo aliviado. A técnica empregada é a das próteses removíveis, a grampo. O alívio quando indicado, é procedido após a correção do modelo.
- E' indicado o refôrço do aparelho com fio de liga inoxidável, calibre 22/24, que será aplicado durante a ceroplastia ou no ato de atulhamento da mufla.
- A goteira fundida em ligas de prata, austenítica ou stellite, tem indicação, seguindo-se os métodos indicados na elaboração dos aparelhos removíveis, fundidos. A elaboração é mais complexa e de demorada realização.

3.1.3 — GOTEIRA DE STOUT, modificada

A — SETOR CLÍNICO

Seguir todo o roteiro discrimi-

nado em "3.1.2 — Goteira de Stout, A — setor clínico, itens 3.1.2.1, 3.1.2.3, 3.1.2.4 e 3.1.2.5."

3.1.3.1 — Observações

- a) Requisitar exame radiológico completo, (dentes e osso) para avaliação das condições sanitárias dos dentes.
- b) Executar profilaxia bucal antes de cimentar os aparelhos.
- c) Em alguns casos podem ser empregadas combinadas com arcos ou outro aparelho, na arcada oposta.
- d) A união intergoteiras será a fios metálicos ou anéis de borracha, a direção vertical ou oblíqua, segundo a indicação.
- e) Os anéis de borracha são os empregados em Ortodontia, ou tomados de tubo de borracha tipo "latex", de calibre 1/8", 3/16" ou 1/4", 3, 4, 5 e 6 mm.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

3.1.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: Vide "3.1.2.1. — Goteira de Stout, B — setor de laboratório."

Material: Além do citado em "3.1.2.1 — setor de laboratório", mais: 500 mm (0,5 m) de fio inoxidável, 18/8, calibre 21/22, destemperado.

3.1.3.2 — Obtenção de reproduções das arcadas

Vide "3.1.2.2 — Goteira de Stout, B — setor de laboratório."

3.1.3.3 — Das seteiras

Construção: Com o fio inoxidável, calibre 21/22, elaborar arcos em seteira, no mínimo 4 ameias, relacionadas ao número de espaços interdentários, do incisivo lateral ao que precede o último dente existente na arcada, de cada lado. As ameias devem ter de altura 7 mm. Os arcos serão quatro, 2 para cada goteira. (Fig. 1).

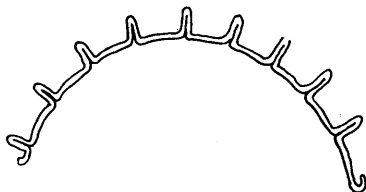


FIG. 1

3.1.3.4 — Ceroplastia

Vide "3.1.2.3 — Goteira de Stout, B — setor de laboratório."

3.1.3.5 — Aplicação das seteiras

Fixar os arcos na face vestibular, incluindo-os na cêra, com as seteiras voltadas para o fundo de saco, correspondendo aos espaços interdentários. A base do arco deve ficar na porção média da cêra, em relação a altura. O extremo anterior deve atingir o limite da periferia do botão central e o posterior a face distal do último dente existente. (Fig. 2).

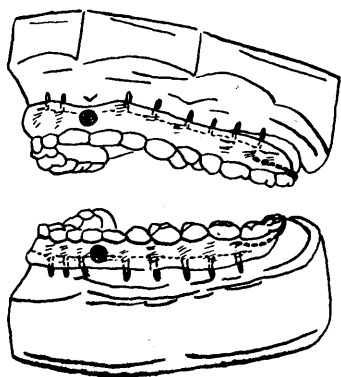


FIG. 2

3.1.3.6 — Elaboração em resina

Vide “3.1.2.4 — Goteira de Stout,
B — setor de laboratório.”

3.1.3.7 — Acabamento

Vide “3.1.2.5 — Goteira de Stout,
B — setor de laboratório.”

3.1.3.8 — Observações

- a) O aparelho pode ser elaborado em liga metálica de prata, austeítica ou stellite. As goteiras modificadas são, de ordinário, empregadas aos pares.
- b) Em substituição aos arcos em seteira podem ser construídos grampos isolados, aplicados com resina de rápida polimerização, após a elaboração das goteiras.
- c) Podem ser empregados arcos elaborados de estoque, como de Erich-Austin, em lugar de arcos em seteira elaboráveis.

LEITURA RECOMENDADA

- BEDER, O.E. — *Surgical and maxillo-facial prosthesis*. New York, Kings Crown Press. Columbia University, 1950. 51p.
- ERICH, J.B. & AUSTIN, L.T. — *Traumatic injuries of facial bones*. Philadelphia, Saunders, 1944. 600p.
- FONSECA, E.P. — Goteiras dentais — Contribuição a sistemática. *Revista XXV de Janeiro*, São Paulo, 12: 37-42, 1954.
- FONSECA E.P. — Goteiras dentais. Contribuição para o estudo da adaptabilidade. São Paulo, 1957, Tese.
- FONSECA, E.P. — Goteiras dentais. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, 11: 233-249, 1957.
- FONSECA, E.P. — Algumas modalidades de goteiras dentais. *Selecções Odontológicas*, São Paulo, 12 (68): 40-46, 1957.
- FONSECA, E.P. — Estudo comparativo da adaptabilidade entre a goteira dental de Stout e goteira dental sobre modelo aliviado. *Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia da U.S.P.*, São Paulo, 14: 147-156, 1956.
- FRY, W. K. et alii — *The dental treatment of maxillo-facial injuries*. Edição americana. Philadelphia, Lippincot. 434p.
- ROWE, N.L. & KILEY, H.C. — *Cirurgia y ortopedia de cara y*

- cabeza*. Tradução de José Yoel. Buenos Aires, Bibliográfica Argentina, 1958. 714p.
- IVY, R.H. et alii — *Manual of standard practice of plastic and maxillo surgery*. Philadelphia, Saunders, 1942. 432p.
- KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina. Buenos Aires, Mundi, 1952. 595p.
- KRUGER, G.O. — *Tratado de Cirurgia Bucal*. Traduzido para o espanhol por Rafael Loreno e Julio Soto. Mexico, Interamericana, 1960. 557p.
- PARKER, D. — *Synopsis of traumatic injuries of the face and jaws*. St. Louis, Mosby, 1942. 334p.
- PAVESE, N. — *Goterias*. Buenos Aires, Ateneo, 1949. 161p.

3.1.4 — GOTEIRA DE GUNNING

A — SETOR CLÍNICO

3.1.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: jogo de moldeiras para hidrocolóide, superior e inferior; espátula para gesso; espátulas para cêra, nºs 5 e 7; cuba de borracha; proveta graduada.

Material: alginato; cêra virgem e rosa, nº 7, em lâminas; resina de rápida polimerização, monômero e polímero.

3.1.4.2 — Moldação das arcadas

Técnica: Sentado o paciente confortavelmente, escolher as moldeiras. Manipular o hidrocolóide irreversível, carregar as moldeiras e realizar os moldes segundo as normas estabelecidas. Observar cuidados adicionais com o osso fraturado, no momento da impressão, evitando assim maiores complicações com possível agravamento da

lesão. Quando houver possibilidade de redução manual, realizá-la antes da moldagem. Criticar o molde, repetindo-o ou não.

Oclusão: Obter a relação central e a dimensão vertical, usando os métodos comuns a prótese total.

3.1.4.3 — Prova clínica

Da placa de prova: Situar as placas com os planos de orientação e prová-las. Observar recortes musculares, estabilidade e área chapeável. Conformar os planos. Demarcar chaves de orientação para montagem no articulador. Remover as placas da boca, uma de cada vez.

Da goteira: Com o paciente na cadeira de operações, introduzi-la na boca, com delicadeza, as goteiras, superior e inferior, uma após outra. Mandar cerrar o mandibular, permanecendo por alguns minutos; fazer ligeira pressão. Observar ocasionais pontos de atrito, assinalá-los, desgastar e fazer no-

va prova. Verificar a normalidade de fisiológica e a regularização de desvios. Retocar o polimento.

Montagem: Unir as goteiras pela técnica escolhida, tornando-as um só aparelho, o que pode ser feito perfeitamente na boca do paciente, com resina quimicamente ativada, levando-se em consideração as chaves de orientação.

3.1.4.4 — Imobilização

Procedimento: Colocar a goteira em posição, imobilizar as arcadas pela adição do dispositivo extra-oral, observar os resultados clínicos.

Contrôle: Radiografias na sequência clínica. Citar o paciente para consultas de revisão periódica.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

3.1.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cêra, nºs 5 e 7, para gesso e de aço inoxidável, nº 336; gral de borraça; pote para manipular resina; conformador de modelos; tesoura curva; pedra para resina; articulador; muflas nº 6.

Material: gessos pedra e comum; fixador de impressão; cêra rosa nº 7, em lâmina; ideal base, superior e inferior; isolantes para gesso e resina; resina de termopolimerização, polímero e monômero; lixa e pedras para resina.

3.1.4.2 — Obtenção de reproduções das arcadas

Vazamento nos moldes: Fixadas as impressões, manipular gesso pedra e vazar nos moldes, sob vibração. Após a cristalização, remover as moldeiras e dar forma conveniente aos modelos.

Correção: Em caso de grandes desvios que deformem o arco mandibular, executar a correção dos modelos, como já visto, e em seguida duplicá-los.

3.1.4.3 — Montagem em articulador

Seguindo os métodos usuais, montar em articulador os modelos, com o auxílio da relação central. Quando não tenha sido tomada a dimensão vertical, determiná-la arbitrariamente, por um dos métodos conhecidos.

3.1.4.4 — Ceroplastia

Enceramento: Determinar a área atingível pelas placas-base. A área chapeável é a mesma indicada para as próteses completas. Aliviar os modelos com cêra, nos traços de fratura. Adaptar e recortar perfeitamente as placas-base, deixando livres as inserções musculares; dar-lhes acabamento. Quando possível prová-las no paciente.

Planos de orientação: Construir os planos, determinar altura e contorno como nas dentaduras completas. Demarcar quatro pilares de 5 mm de largura, na altura dos planos, em relação aos caninos e se-

gundos molares. Abrir os três espaços para constituir os quatro pilares. (Figs. 1 e 2).

Referências: Executar cortes em V nas colunas, no sentido vestibulo-lingual para os pilares anteriores, e ventro-dorsal para os posteriores, proporcionando referência para a futura junção, após elaboração em resina, facilitando também a prova clínica e a inclusão. (Fig. 1).

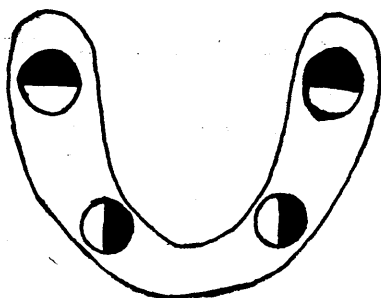


FIG. 1

3.1.4.5 — Elaboração em resina

Inclusão: As placas são incluídas em duas muflas, com os pilares para baixo, até a margem livre. Preencher a contramufla seguindo a técnica habitual. Eliminar a cêra, isolar a mufla e contramufla.

Polimerização: Entulhar a mufla após prévia manipulação; polimerizar de acordo com os métodos usuais em materiais dentários.

Acabamento: Abrir a mufla; após esfriamento remover as peças, retirar os resquícios de gesso, dar acabamento com abrasivos e

proceder ao polimento. Realizar pequenos entalhes com discos de separar, na superfície de contacto das colunas para facilitar a união das goteiras.

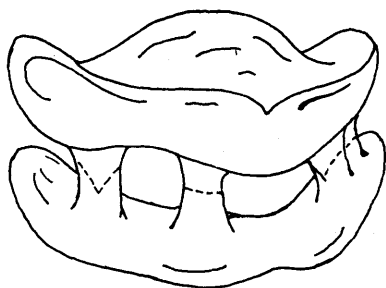


FIG. 2

3.1.4.6 — Observações

- Os postes de união das placas podem ser construídos livremente, após o registro da dimensão vertical arbitrária. Dobrar lâmina de cêra, de 10 mm de largura, no sentido do comprimento, até alcançar 5,5 mm (mais ou menos 4 vezes). Alisar as superfícies, dar contorno e cortar 4 pequenas porções — altura que medeia entre as duas arcadas. Colocar os 4 blocos em cêra, na zona dos segundos molares e caninos. Prender com cêra, disfarçando e amortecendo a união; acabar e polir. Realizar os cortes de chaves em V.
- As placas-base podem ser construídas em cêra.
- A montagem das goteiras pode ser feita no laboratório, quando não venha trazer problemas

- ao fraturado, tendo-se em conta as chaves de relação.
- d) A inclusão em mufla pode ser feita por inteiro, desde que se-ja usada mufla de injeção.
- e) Os postes de sustentação das placas podem ser substituídos por encaixes tubulares — ma-

cho e fêmea — que serão localizados nos pontos assinalados. A altura também é a representativa da dimensão vertical. Os pinos e bainhas das tomadas de corrente podem servir de guias e objetivação para a execução destes acessórios.

LEITURA RECOMENDADA

- BRUNH, C. — *La escuela odontológica Alemana. Enfermedades quirúrgicas de la boca dientes y maxilares*. Tomo 1º. 2ª reimpressão. Barcelona, Labor, 1947. 691p.
- ERICH, J.B. & AUSTIN, L.T. — *Traumatic injuries of facial bones*. Philadelphia, Saunders, 1944. 600p.
- KARANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina, Buenos Aires, Mundi, 1952. 595p.
- MAJOR, G. — *Fractures of the jaw and other facial bones*. St. Louis, Mosby, 1943. 446p.
- PAVESE, N. — *Góteras*. Buenos Aires, Ateneo, 1946. 161p.
- PONROY & PAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique — dir. Chompre. v.8) 2ª. Paris, Masson, 1950. 535p.
- THOMA, K.H. — *Traumatic surgery of the jaws*. St. Louis, Mosby, 1942. 315p.

3.2.1 — MENTONEIRA

A — SETOR CLÍNICO

3.2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátula para gesso; cuba de borracha; pincel pêlo de camelo, nº 20.

Material: gesso solúvel ou comum; guardanapos (papel ou pano); alfinetes de segurança; vaselina pastosa; algodão; eliminador de tensão superficial ou álcool etílico.

3.2.1.2 — Obtenção de modelo do segmento inferior da face

Seguir as instruções contidas em "1.3.4 — Moldação, setor clínico."

3.2.1.3 — Prova clínica

Teste: Após a mentoneira em posição, verificar a liberdade de movimentação do lábio, dos músculos supra-oidêos e a posição dos colchetes. Executar recortes, se necessário. Montar o dispositivo de ancoragem pericraneana e verificar o funcionamento do aparelho.

3.2.1.4 — Recomendações

Instruir o paciente para os cuidados a serem dispensados ao aparelho. Prescrever dieta alimentar e a medicação que se fizer necessária. Mandar executar as verificações radiográficas. Determinar a oportunidade das revisões periódicas.

3.2.1.5 — Observações

- a) Em caso de urgência pode ser empregada mentoneira de estoque, adaptada, forrando-se-a com esponja plástica ou de borracha, ou ainda, improvisando como meio de fortuna — moldeira inferior, para godiva, da qual se retira o cabo e se acrescentam os grampos ou colchetes.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

3.2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para gesso, para cêra n^{os} 5 e 7, e inox., n^o 336; cuba de borracha; tesouras para gesso e comum; pincel pêlo de camelo, n^o 20; potes para manipular resina; mufla.

Material: cêra rosa n^o 7, em lâminas; gessos pedra e comum; colchetes de gancho, tamanho grande ou fio de aço inoxidável, calibre 20; alicates bico chato, redondo e corta-fios; isolantes para gesso e resina; resina rosa ou translúcida, de termopolimerização, monômero e polímero; papel celofane.

3.2.1.2 — Obtenção de modelo do segmento inferior da face

Proceder como prescrito em "1.3-B — Vazamento no molde."

3.2.1.3 — Ceroplastia

Desenho: Determinar a área atingível pelo enceramento, limites: superior — sulco mentolabial, prolongado para ambos os lados, paralelamente a borda do osso; até a metade do corpo do mandibular; inferior — 15 mm da borda infero-interna da mandíbula, acompanhando a curvatura e até a altura do limite superior; posterior — metade do ramo horizontal, onde o contorno é arredondado. Os músculos supra-oidéus têm de ficar livres de interferência do aparelho.

Enceramento: Hidratar o modelo, sobrepor-lhe duas folhas de cêra, fazendo-as tomar o perfeito contorno da região. Recortar nos limites traçados, arredondar as bordas, aplicar filete meia cana de cêra em toda a borda do aparelho.

Grampos: De cada lado da mentoneira, próximo aos extremos, colocar um ou dois colchetes de gancho, em posição oblíqua, em direção ao vertex, afastados entre si de 10 a 15 mm. Incluí-los na cêra, mais ou menos na metade da altura. Retocar e polir o trabalho. (Fig. 1).

3.2.1.4 — Elaboração em resina

Inclusão: Havendo mufla que comporte, incluir com o modelo,

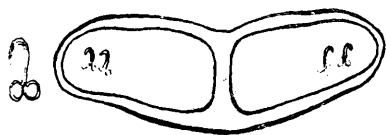


FIG. 1

caso contrário sem o modelo. Divide-se a mentoneira ao centro, verticalmente, em recortes desenhados de 5 mm, por fora e por dentro, de tal sorte que fiquem dois degraus, um em cada metade, para facilitar a união após a polimerização. Eliminar a cera pelos processos conhecidos, isolar mufla e contramufla.

Manipulação: Trabalhar a resina de acordo com as exigências técnicas, proceder ao entulhamento, executar prensagem de ensaio com celofane. Fazer revisão da prensagem, tomar as providências indicadas. Executar a polimerização, segundo as regras.

Acabamento: Após o resfriamento remover o aparelho da mufla, proceder ao acabamento, deixando as bordas bem arredondadas e os

extremos dos colchetes completamente livres. Fazer bom polimento.

Quando executada a mentoneira em duas metades, uni-las com resina de rápida polimerização, fazendo ligeiro reforço, na zona de união.

3.2.1.5 — Observações

- a) Em casos de urgência o aparelho pode ser feito em resina de polimerização espontânea, sem prensagem, técnica das moldadeiras individuais.
- b) A mentoneira é construída ainda em lâmina de alumínio, latão ou cobre, pela técnica de estampagem.
- c) Os grampos laterais podem ser construídos em forma retangular, de 20 mm de espaço, em fio de liga inox., ou latão, calibre 18 ou grampos pequenos, em fio calibre 20, de liga austenítica.
- d) A aplicação dos grampos poderá ser feita após a polimerização, com resina de rápida polimerização.

LEITURA RECOMENDADA

- BRUNH, C. — *La escuela odontológica Alemana. Enfermedades quirúrgicas de la boca dientes y maxilares*. Tomo 1º. 2ª reimpressão. Barcelona, Labor, 1947. 691 p.
- MAJOR, G. — *Fractures of the jaws and other facial bones*. St. Louis, Mosby, 1943. 446p.
- PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique — dir. Chompre. v.8) 2ª ed. Paris, Masson, 1950. 535 p.

RUIVO, W.F. — Mentoneiras. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, S. Paulo 12 (3): 158-160, 1958.

3.2.2 — ENFAIXAMENTOS A 4 E 6 PONTAS

A — SETOR CLÍNICO

3.2.2.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum.

Material: cretone de boa qualidade, 1.200 mm.

3.2.2.2 — Elaboração das faixas

4 pontas: Cortar tiras de cretone de 60 mm de largura, dividi-las longitudinalmente, em duas tiras de 30 mm de largura, até 250 mm do centro, de cada lado. Teremos assim uma faixa de 4 pontas, também chamada de faixa em H.

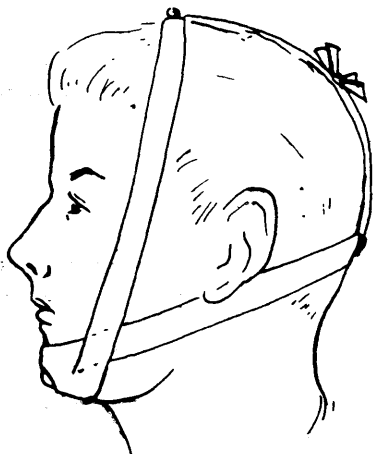


FIG. 1

6 pontas: A variante em 6 pontas é, basicamente, construída de igual forma, aumentando-se a largura para 80 mm e dividindo-se-á em 3 faixas. Para maior estabilidade pode-se cortar abertura oval no centro da faixa, de 50 mm.

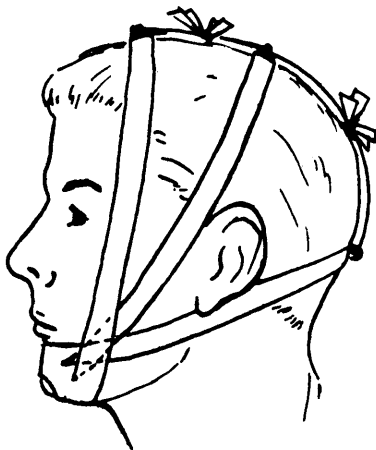


FIG. 2

3.2.2.3 — Aplicação

Técnica — **4 pontas**: Sentado o paciente em posição ereta, manter as arcadas em oclusão central. Colocar a faixa em posição, sob o mento, atando-se às pontas inferiores à altura das suturas frontoparietais, e as superiores debaixo da bossa occipital. Os cabos deverão ser apertados de forma a evitar os movimentos, mas sem causar incômodo maior ao pacien-

te. Os extremos das faixas são interligados no vertex, fortemente, evitando deslizamento. (Fig. 1).

6 pontas: Nos enfaixamentos a 6 pontas as manobras se assemelham, variando a presença de dois cabos centrais, que são atados sobre o vertex, estando os inferiores sobre as suturas frontoparietais e os superiores sob a eminência occipital. A união intercabos é feita atando-se-os dois a dois, tendo os medianos por centro. (Fig. 2).

3.2.2.4 — Observações

- Em havendo possibilidade, podem ser executadas bainhas simples nas faixas, em todos os cortes, para que não desfiem.
- Em centros de atendimentos especializados estas faixas devem existir já elaboradas, como material de urgência em estoque.
- Outros materiais como couro, plástico ou brim podem ser empregados, para a confecção das faixas.

3.2.3 — BANDAGEM DE BARTON

A — SETOR CLÍNICO

3.2.3.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum.

Material: gaze elástica ou atadura de gaze, de 30, 40 ou 50 mm de largura, rôlo de 10 metros; esparadrapo ou alfinetes de segurança.

3.2.3.2 — Aplicação

Técnica: Sentado o paciente em posição ereta, mandar ocluir as arcadas em relação central ou colocar aparelho intra-oral, apropriado.

Colocar o extremo da faixa sobre a bossa occipital, dirigi-la obliquamente para a frente e para cima, por trás da orelha, para o vertex, descer pelo lado oposto, por diante do pavilhão até a borda da mandíbula; contornar o submento, voltar por diante da orelha até o vertex, descer por trás da orelha contornando por baixo a bossa occipital, até o ponto de partida. Horizontalizar a faixa e dirigi-la anteriormente até contornar o mento, voltando ao ponto inicial. Continuar o enfaixamento, sempre na mesma seqüência, até o término do rôlo. (Figs. 1 e 2).

Fecho: A extremidade deve ser presa com esparadrapo, alfinete de segurança ou costurada.

3.2.3.3 — Observações

- As faixas podem ser elaboradas em cretone de boa qualidade, de largura igual a 30, 40 ou 50 mm e 8 a 10 metros de comprimento ou em gaze elástica.

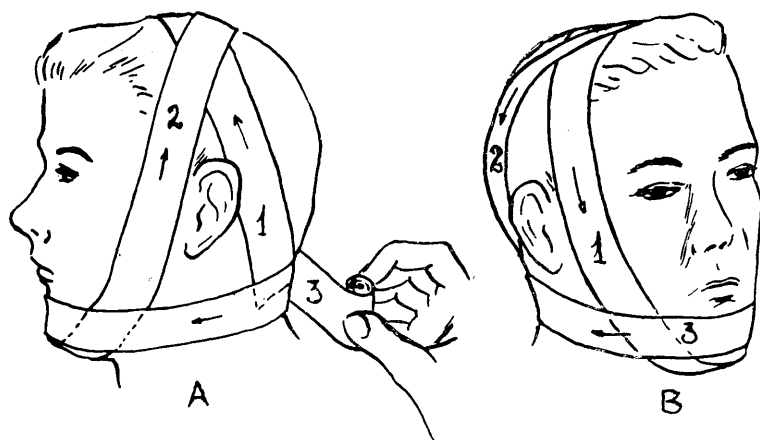


FIG. 1

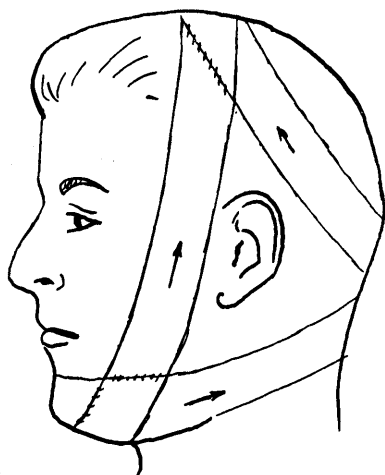


FIG. 2

3.2.4 — BANDAGEM DE GIBSON

A — SETOR CLÍNICO

3.2.4.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum.

Material: gaze elástica ou atadura de gaze de 30, 40 ou 50 mm de largura, rôlo de 10 metros; esparadrapo ou alfinetes de segurança.

3.2.4.2 — Aplicação

Técnica: Sentado o paciente em posição ereta, mandar ocluir as arcadas em relação central ou colocar aparelho intra-oral, apropriado.

Colocar a ponta da faixa no vertex, descer verticalmente do lado direito, por diante da orelha até a borda da mandíbula; contornar o submento e voltar, pelo lado esquerdo, por diante da orelha até o vertex; completar duas voltas. Iniciar uma terceira volta parando no equador do crânio, na altura da orelha direita, dirigir a faixa horizontalmente para a frente, contornar a fronte, dirigindo-se para trás, por cima da orelha es-

querda, contornar o occipital, chegando por cima e adiante da orelha direita; fazer dois círculos nessa posição. Iniciar um terceiro círculo que, ao chegar na orelha esquerda passa por cima dela, dirige-se obliquamente para a bos-

sa occipital, contorna-a e continua, passando por baixo da orelha direita e indo até o mento e contornando-o volta até o occipital. Continuar por mais duas voltas; na terceira a faixa sobe por trás e por cima da orelha direita, até o círculo frontomentoniano onde tem início nova seqüência com a mesma orientação. Repete-se este procedimento até o término do rôlo.

Fecho: A extremidade deve ser presa com esparadrapo, alfinete de segurança ou costurada. (Fig. 1).

3.2.4.3 — Observações

- a) As faixas podem ser elaboradas em cretone de boa qualidade, de largura igual a 30, 40 ou 50 mm e 8 a 10 metros de comprimento, ou gaze elástica.

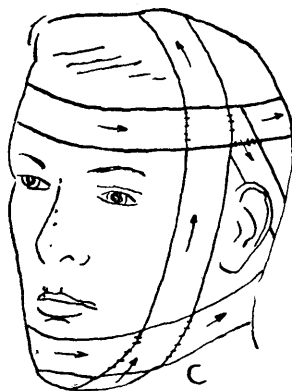
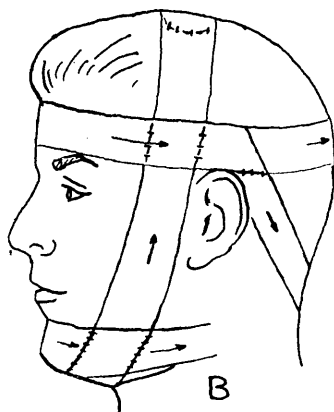
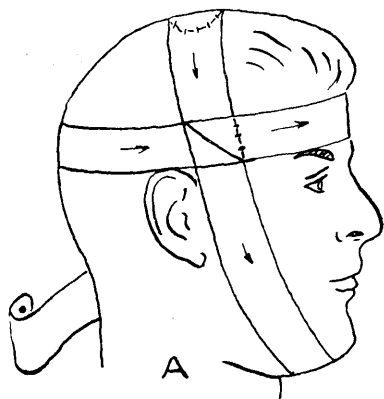


FIG. 1

3.2.5 — ENFAIXAMENTO GESSADO

A — SETOR CLÍNICO

3.2.5.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesouras comum e para gesso.

Material: gaze gessada de 40/50 mm, 2 róis; gôrrô cirúrgico ou gaze tubular, de 100 mm; vaselina pastosa; bacia ou cuba apropriada.

3.2.5.2 — Confecção

Preliminares: Cobrir os cabelos com gaze tubular ou gôrrô cirúrgico, até a altura das sobrancelhas; lateralmente cobrir os cabelos com gaze envaselinada.

1ª etapa: O paciente sentado na cadeira de operações ou banco, em posição ereta, recobrir-lhe as vestes com avental ou pano de campo. Mandar ocluir as arcadas ou aplicar aparelho intra-oral.

2ª etapa: Hidratar em água tépida, a gaze gessada, situar-se o operador do lado direito do paciente, tomar o rôlo de gaze na palma da mão esquerda. Com o extremo da gaze colo-

cado no vertex deslizar para baixo, pelo lado esquerdo, por diante do pavilhão auricular, até a borda do mandibular. Contornar a mandíbula subindo pelo lado direito em direção ao ponto inicial. Completar duas voltas.

3ª etapa: Iniciar uma terceira volta na altura do equador do crânio, horizontalizar a gaze e contornar o crânio ao redor, por sobre os pavilhões auriculares, completando duas voltas. Retomar a posição inicial e proceder a novas voltas alternadas, até o término do rôlo de gaze. A gaze não deve ser apertada, nem ficar enrugada ou retorcida.

4ª etapa: Alisar o gessado polvilhando com gesso e passando a mão molhada.

3.2.5.3 — Observações

- a) O paciente deve ser instruído para não falar nem tentar mastigar ou deglutir, durante a presa do gesso.
- b) A gaze gessada está sendo substituída por gazes especiais impregnadas de material sintético, que não têm as desvantagens e problemas do gesso.

LEITURA RECOMENDADA

- BRUNH, C. — *La escuela odontológica Alemana. Enfermedades quirúrgicas de la boca dientes y maxilares*. Tomo 1º. 2ª reimpressão. Barcelona, Labor, 1947. 691p.
- CARRÊA, J.U. — *Las fracturas de los maxilares*. Buenos Aires. Pedro A. Danubie, 1915. 196p.
- ROWE, N.L. & KILEY, H.C. — *Cirurgia y ortopedia de cara y cabeza*. Tradução de José Yoel. Buenos Aires. Bibliográfica Argentina, 1958. 714p.

MAJOR, G. — *Fractures of the jaws other facial bones*. St. Louis, Mosby, 1943. 446p.

MEAD, S.V. — *Cirurgia Bucal*. Trad. Oscar G. Garrera. México. UTHER. 2 v, 1447p.

PARKER, D.B. — *Synopsis of traumatic injuries of the face and jaws*. St. Louis, Mosby. 1942. 334p.

3.2.6 — GESSADO CRANIOMENTO- NIANO

A — SETOR CLÍNICO

3.2.6.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura para gesso; alicates bico chato e corta fios; bacia ou cuba apropriada.

Material: gaze gessada, de 50 mm de largura, 3 róis; lápis comum; fio de latão ou ferro galvanizado, calibre 18; touca de gaze tubular ou gorro cirúrgico; tubo de borracha de 1/4" ou 6 mm, de boa qualidade; fios de latão, calibre 24/26.

3.2.6.2 — Construção do aparelho

1ª etapa: O paciente sentado na cadeira em posição ereta, proteger-lhe o vestuário de maneira apropriada. Colocar na cabeça, cobrindo os cabelos, touca de gaze ou gorro cirúrgico que atinja as sobrancelhas. Isolar com vaselina as sobrancelhas, se a touca não as cobrir.

2ª etapa: Hidratar em água tépida, a gaze gessada, segundo as indicações do fabricante; após eliminação do excesso de água, aplicá-la ao redor do crânio, parte da face e todo o mento, em movimento contínuo e

circular da faixa, ficando a descoberto os pavilhões auriculares, a face — anteriormente, das sobrancelhas até o sulco mentolabial, e lateralmente a partir do malar. Aplicar várias camadas de gaze, sucessivamente, 6 a 8 aproximadamente.

3ª etapa: Após a presa inicial do gesso, demarcar o contorno do aparelho: anteriormente — por sobre as sobrancelhas, à altura da borda superior da orelha; posteriormente — contorno, afastado de 10 mm, dos pavilhões auriculares, até ao limite inferior da bossa occipital, de um lado a outro; lateralmente — duas paralelas, a partir do limite superior: a 1ª, da borda anterior das orelhas, prolongada à borda posterior da mandíbula, até ao gônio, seguindo em curva que acompanha o arco mandibular, até ao lado oposto; a 2ª, 10 mm do ângulo externo da órbita, descendo por fora da comissura labial e se continuando pelo sulco mentolabial ao outro lado. Determinar a altura da A.T.M. adiante do tragus. (Fig. 1).

4ª etapa: Cortar o gesso no limite superior da A.T.M., removê-lo. Recortar as duas peças, segundo o contorno assinalado, formando capacete e mentoneira. Provar no paciente, verificando a li-

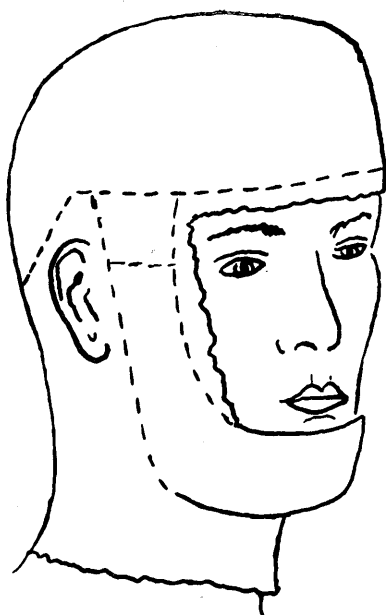


FIG. 1

beração dos lábios, da musculatura supra ioidéa e dos pavilhões auriculares. Marcar a posição das alças de sustentação, duas em cada lado, situadas em relação pré e pós auricular, no capacete, e anterior e posterior na mentoneira, na mesma direção das do capacete. (Fig. 2).

5ª etapa: Com o fio calibre 18 construir as alças, aos pares, ou contínuas circundando o aparelho de um lado a outro. Localizá-las nos pontos pre-determinados, de tal modo que os tirantes elásticos fiquem situados em direção algo paralela à tração das fibras do músculo temporal. Cobrir as alças de fio com gaze ges-

sada, imobilizando-as. Aplicar fina camada de gesso na periferia da mentoneira e do capacete, uniformizando e reforçando as bordas.

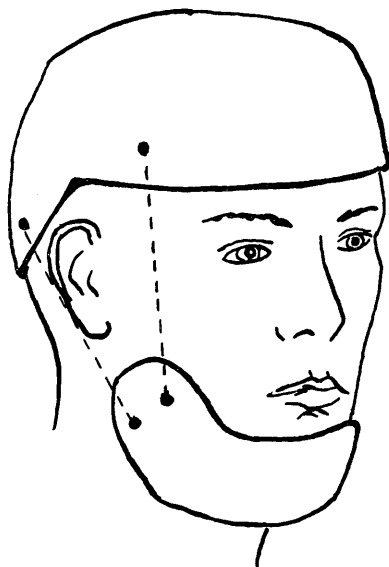


FIG. 2

3.2.6.3 — Aplicação do aparelho

Colocação: Após a prêsas do gesso, colocar o capacete e a mentoneira, recomendando ao paciente cerrar as arcadas em oclusão cêntrica ou colocar dispositivo intra-oral apropriado. Tomar cânulas de borracha e construir quatro anéis capazes de manter em tensão o mandibular, na oclusão desejada. As pontas dos tubos são presas por ligaduras de fio fino. Provar o aparelho verificando a perfeita distribuição e equilíbrio de forças entre os quatro tiran-

tes. Proceder a revisões para evitar desvios ou incômodos ao paciente. Citação para revisão periódica.

LEITURA RECOMENDADA

- ERICH, J.B. & AUSTIN, L.T. — *Traumatic injuries of facial bones*. Philadelphia, Saunders, 1944. 600p.
- KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina. Buenos Aires, Mundi. 1952. 595p.
- MAJOR, G. — *Fractures of the jaws and other facial bones*. St. Louis, Mosby, 1943. 446p.
- PARKER, D.B. — *Synopsis of traumatic injuries of the face and jaws*. St. Louis, Mosby, 1942. 334p.
- SCNECK, F.G. — *Técnica del vendaje enyesado inalmahodillado*. Barcelona. Labor, 1942. 225p.

3.2.7 — CAPACETE ERICH-AUSTIN

A — SETOR CLÍNICO

3.2.7.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum; tesoura para gesso; acessórios de aplicação craniana; bacia ou cuba apropriada.

Material: gaze gessada, de 100 mm de largura, 2 rôlos; 500 mm de gaze tubular de 100/120 mm de diâmetro; esponja plástica de 5 mm de espessura; atadura de gaze de 50 mm; esparadrapo; algodão em rama; lápis indelével.

3.2.7.2 — Medidas preliminares

Exame: Observar a integridade do pericrânio e fronte; a presença de lesões do couro cabeludo, fraturas, contusão ou comção cerebral contraindicam o capacete.

Planejamento: Escolher ou ela-

borar os dispositivos de ancoragem ou acessórios a serem utilizados; assinalar a situação que devem ocupar, relativamente à indicação clínica.

3.2.7.3 — Confecção

1ª etapa: Mandar o paciente sentar em cadeira ou banco, recobrir-lhe as vestes com avental ou pano de campo. Nos pacientes do sexo feminino mandar levantar os cabelos, fazendo coque no vertex. Ordinariamente tanto nos homens, como nas mulheres, é desnecessária a tonsura. A gaze tubular é enfiada na cabeça, ultrapassando o mento; é puxada para cima para elevar os cabelos.

2ª etapa: Passar em volta do tubo de gaze, rente ao crânio, tira de gaze frouxa. No ponto de cruzamento dos cabos fazer pequeno corte no casquete e por ele introduzir as pontas da gaze; amarrar por dentro, restando pequeno

espaço, como se fôra uma coroa, no vertex.

3ª etapa: Cortar quatro tiras de esponja plástica, de 50 mm de largura e de comprimento igual à calota craniana. Colocar as faixas de esponja a partir do meio da frente, de um lado, à apófise mastóide do lado oposto, cruzando-se no vertex. Prender as tiras com esparadrapo, adiante e atrás; recortá-las no alto da cabeça, deixando em aberto a luz da gaze. Dobrar o tubo de gaze de cima para baixo, cobrindo a esponja, restando a abertura central limitada pela atadura.

4ª etapa: Delimitar a traço de lápis indelével os limites do capacete: frontal — 10 mm acima das sobrancelhas; lateral — contornando a zona de implantação dos pavilhões auriculares; posterior — abaixo da bossa occipital, na altura e em continuação à linha inferior da implantação da orelha; superior — cobertura da gaze tubular. O espaço vazio no alto da cabeça será coberto com algodão em rama.

5ª etapa: Hidratar dois ou três róis de gaze gessada e aplicar três camadas ao redor do equador do crânio, da borda da orelha ao limite superior, sem baixar, até as mastóides.

6ª etapa: Com um rôlo de gaze construir telha gessada, comprimento igual ao contorno da porção posterior do capacete, distância que vai de mastóide a mastóide, em média 300 mm. São suficientes 8 a 10 tiras de gaze, superpostas.

7ª etapa: Aplicar a telha de gaze sobre o occipital, respeitando os limites inferior e posterior (até as mastóides), a fim de não lesar a orelha. Recortar os excessos da telha com tesoura para gesso; alisar a telha com a mão molhada, eliminando as rugas e fazendo-a aderir à base.

8ª etapa: Está pronta a base para receber os acessórios ou estruturas. O acessório pericraniano deverá ficar incrustado a meia altura da frente, 25 mm das sobrancelhas, o apóio central diretamente sobre a linha média. Para facilitar a localização, a haste central deverá estar colocada, indicando a relação com o plano sagital. O assistente manterá a armadura, para aplicação de duas camadas de gaze sobre a estrutura metálica, para imobilizá-la. Durante a aplicação a gaze deverá ser mantida perfeitamente esticada, sem dobras, sendo alisada com as mãos molhadas.

9ª etapa: Levantar o extremo inferior do casquete tubular (gaze), dobrando-o sobre o capacete. Recortar a gaze nos pontos de interferência com a estrutura. Cobrir a dobradura com nova camada de gaze, sem atingir, todavia, os limites do aparelho para que a dobra sirva como acolchoado, tornando o aparelho mais confortável para o paciente. Alisar o gesso, polvilhando gesso, para reforço e um bom acabamento.

10ª etapa: Aguardar a presa final do gesso — 12 a 18 horas. Os movimentos do paciente podem deformar o capacete; para evitá-lo

aplica-se pasta de algodão sobre as mastóides, mantendo-a in loco por meio de ataduras de gaze simples que permanecem até a prêsa final.

11ª etapa: Decorrido o prazo de cristalização, remover a gaze de proteção, o algodão em pasta e o algodão aplicado no vertex. Observar toda a periferia do aparelho, atendendo a possíveis pontos de atrição dos tegumentos. Na ocorrência de dobraduras incômodas na porção frontal, levantá-las e cortá-las com tesoura apropriada. Está pronto o capacete para a fase de aplicação dos meios pro-

jetados — trações elásticas, sustentação rígida, para imobilização de fraturas, tirantes transjugais, etc.

3.2.7.4 — Observações

- a) Em alguns casos, quando o esforço de tração se aproximar da horizontal, as faixas de esponja poderão ser colocadas linearmente, sobre a fronte e de mastóide a mastóide, fixando-se-as.
- b) As tiras de esponja plástica podem ser substituídas por feltro ou borracha esponjosa.

LEITURA RECOMENDADA

BRANDÃO, G.S. — Construção de acessórios de ancoragem pericraniana. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio, 14(8) 97-103. 1959.

ERICH, J.B. & AUSTIN, L.T. — *Traumatic injuries of facial bones*. Philadelphia, Saunders, 1944. 660p.

3.2.8 — CAPACETE DE PAPELÃO ESPARADRAPO

A — SETOR CLÍNICO

3.2.8.1 — Instrumental — Material

Instrumental: tesoura comum; alicates bico chato e redondo; tesoura para fios metálicos.

Material: esparadrapo de 70 mm de largura, de boa qualidade; tiras de cartão de 25 mm de largura e, no mínimo 700 mm de comprimento; fio de aço inox., calibre 20/22.

3.2.8.2 — Preparo do campo

Técnica: O paciente sentado na cadeira de operações, em posição ereta, cobrir-lhe os cabelos com gaze tubular, até a altura das orelhas.

1ª etapa: a) — Colocar tira de tela adesiva, 45 mm de largura, com a face gomada para fora, ao redor do crânio, 10 mm acima da borda livre dos pavilhões auriculares; b) — Aplicar duas tiras da mesma largura, a face gomada voltada para o exterior, no sentido dos diâmetros frontal e transversal do crânio. Os extremos devem ul-

trapassar a tira horizontal em 20 mm de cada lado. (Fig. 1).

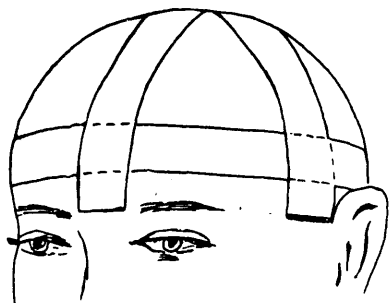


FIG. 1

2ª etapa: Tomar a faixa de papelão de 25 mm e sobrepô-la às tiras dos diâmetros; dividir o espaço na largura, terminando no limite inferior da tira, horizontal. Aplicar o papelão em tórno do crânio, horizontalmente, fazendo coincidir com o meio da fita gomada. O fecho deve ser situado no meio de uma das tiras transversais. Reforçar no entrecruzamento das tiras com fita gomada. (Fig. 2).

3ª etapa: Remover o conjunto da cabeça e dobrar os excessos da tela para cima do papelão, nos diâmetros, e no contórno, cortando-se pequenos entalhes nos ângulos internos. Recolocar o capacete e cobrir todo o papelão com esparadrapo de 25 mm de largura, partindo dos diâmetros e terminando na faixa circular. Sempre justapostas as margens da confecção.

4ª etapa: Com o fio 20/22, construir 6 colchetes de gancho, em U. Os extremos do fio devem terminar em anel para facilitar a prisão no capacete.

5ª etapa: Marcar, a partir da



FIG. 2

borda anterior da orelha, os pontos de situação dos colchetes, três de cada lado, a meio da altura e distando 10 a 15 mm entre si. Removido o capacete, furar nos pontos assinalados e prender os colchetes ou ganchos com laçadas de fio duplo, retorcidos. Cobrir os fios no interior do capacete com tela adesiva. (Figs. 3 e 4).

3.2.8.3 — Observações

- a) A cobertura dos pêlos poderá ser efetuada por meio de gorro cirúrgico, touca de meia, papel celofane ou material plástico.
- b) É possível usar outro material de refôrço que não seja papelão.
- c) Os grampos elaboráveis podem

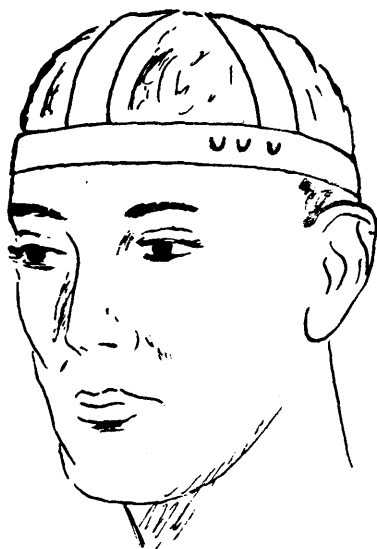


FIG. 3

ser substituídos por colchetes de gancho, grandes.

d) Aparelho semelhante pode ser

elaborado em tiras de couro ou cadarço espesso e reforçado, de 25 mm de largura; naturalmente a prisão nas pontas de entrecruzamento será adequada ao material empregado — rebite ou costura.

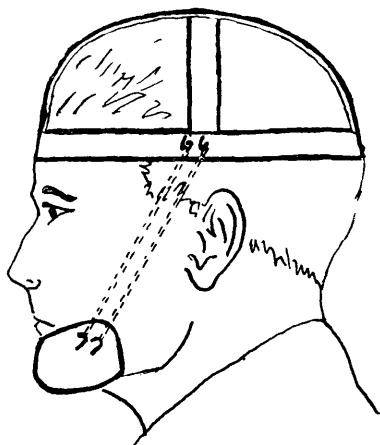


FIG. 4

3.3 — APARELHOS DE LOCALIZAÇÃO INTRA-EXTRA-ORAL

3.3.1 — GOTEIRA DE KINGSLEY

A — SETOR CLÍNICO

Ação semelhante a desenvolvida nas goteiras de Stout e Gunning. Recomendamos a consulta aos itens 3.1.2 e 3.1.4, do capítulo III.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

3.3.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cêra de n^{os} 5 e 7, de aço inox., n^o 336

e para gesso; tesoura curva pequena; tesoura para fôlha de metal; gral de borracha; conformador de modelos; martelo; lima mursa; serra para ferro; ferro de soldar; potes para manipulação de resina.

Material: gessos comum e pedra; fixador de impressão; resina translúcida monômero e polímero de termo polimerização; isolante para resina; cêra rosa n^o 7, em lâmina; placas de ideal base; 100 mm de latão em chapa de 0,25 mm de espessura; 1.000 mm (1 metro) de latão de secção quadrada, 1/8" ou 3,1 mm de lado; solda branca; fio calibre 19/20, 200 mm; pasta para soldar.

3.3.1.2 — Obtenção de reprodução das arcadas

Fixar os moldes. Manipular e verter o gesso, sob vibração, de acordo com a técnica recomendada. Quando o modelo da arcada fraturada necessitar de correção, executá-la como ensinado em Goteira de Stout, 3.1.4. Conformar os modelos.

3.3.1.3 — Montagem em articulador

Montar em articulador os modelos, com o auxílio da relação central, seguindo os métodos usuais.

3.3.1.4 — Encaixe para os braços

Construir tubo de secção quadrada, de 40 mm de comprimento, tomando como matriz fração do vergalhão quadrado, mais ou menos 60 mm de comprimento. Prender em torno de bancada o extremo da chapa, rasante a uma das arestas da matriz, dobrar a chapa e ajustá-la com leves batidas a martelo. Seguir a mesma técnica nas três faces restantes. Fazer as correções necessárias; cortar o excesso. Pontear à solda, autôgena ou não, a linha de união, para reforço. Serrar ao meio com serra para ouro, aparelhar os dois tubos com lima mursa. Provar o deslizamento uniforme da matriz.

3.3.1.5 — Ceroplastia

Enceramento — a) — *dentados*: elaborar goteira em cera, com face oclusal livre — como prescrito

para a Goteira de Stout, 3.1.4 — sem os fechos posteriores metálicos, alcançando o enceramento o último dente existente de cada lado. b) *desdentados*: construir placa-base como de uso em prótese total.

Refôrço: Quando todos os dentes estão presentes é aplicado, nos espaços interdentários entre os caninos e 1º premolar, 2º premolares e 1ªs molares, fio calibre 22, de liga inox., aprisionado por vestibular e palatino, para refôrço e estabilização da estrutura. Verificar que os reforços não provoquem movimentos nos dentes nem impeçam a correta articulação.

Encaixes: Incluir os dois tubos quadrados, longitudinalmente, na cera ou na placa-base, face vestibular da goteira, a meia altura. O tópo mesial deve estar em relação com a face mesial dos caninos ou nessa situação, nos desdentados. Cobrir os tubos com cera, em todo o comprimento. Dar acabamento ao enceramento e polir. (Fig. 1).

3.3.1.6 — Elaboração em resina

Inclusão: Colocar nos tubos laterais os vergalhões que serviram de matriz, para facilitar a prisão no gesso, quando da inclusão e para evitar o entupimento dos tubos.

O aparelho em cera é incluído na bacia da mufla, fazendo com que o gesso cubra as vergas metálicas. O restante da área vestibular, bem como a porção superior do tubo, ficam livres. Iso-

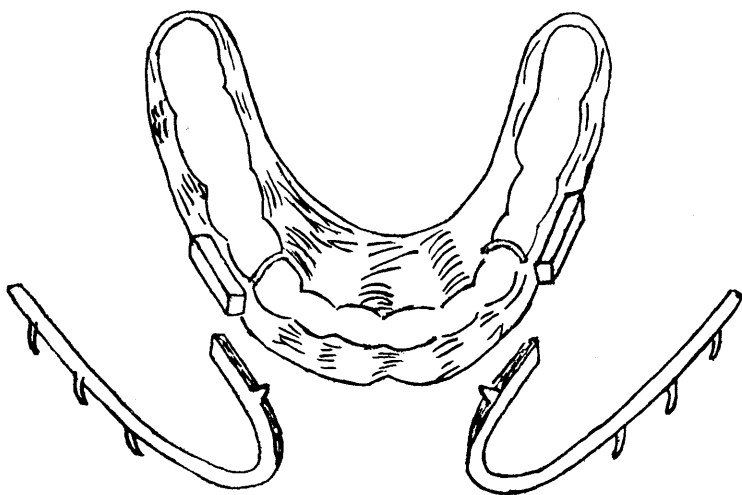


FIG. 1

lar e vazar a contramufra, como habitualmente.

Eliminar a cêra, isolar a mufla e contramufra, na forma costumeira.

Entulhamento: Manipular a resina na forma indicada e entulhar. Polimerizar de acôrdo com os métodos ensinados em Prótese.

Acabamento: Aberta a mufla depois de fria, remover a peça, retirar os resquícios de gesso, retirar com cuidado as barras metálicas contidas nos caixilhos; dar acabamento com abrasivos. Verificar a fácil movimentação das barras nos encaixes, fazer retoques se necessário. Proceder ao polimento final.

3.3.1.7 — Construção dos braços laterais

Cortar o vergalhão em duas por-

ções de comprimento igual à distância que vai da borda distal do tubo à comissura labial e daí ao ângulo do mandibular, em média 150 mm. Assinalar o comprimento da porção correspondente ao encaixe. Prender em tórno de bancada, na altura do ponto de marcado, dobrar a barra suave e lentamente, para evitar o esmagamento, até que os extremos fiquem paralelos no plano horizontal e ligeiramente divergentes entre si. (Fig. 1).

Montar os braços na goteira e observar os pontos em que se devem determinar movimentos adicionais — quebraduras — dos braços externos, para conformá-los ao contórno dos tegumentos.

Tomar o fio de latão calibre 20 e construir ganchos em U, com as pontas dobradas em anel, altura aproximada de 20 mm, que se-

rão soldados lateralmente nos braços externos, em pontos previamente situados e em número de 2 ou 3, para prisão das alças de união crâniobucal — capacete-goteira. A fixação é feita com solda branca ou de funileiro.

Limar e polir os braços extra-orais, visando de preferência os pontos de solda dos ganchos. Fazer ensaio final no paciente para revisão e correções que se tornem necessárias. (Fig. 1).

3.3.1.8 — Observações

- a) A goteira é possível de ser construída em liga metálica, por fundição, em material compatível, naturalmente seguindo-se a técnica empregada na elaboração de estruturas metálicas.
- b) Os ganchos fixos podem ser substituídos por cursores metálicos providos de ganchos.
- c) O método das goteiras alivias tem pleno emprego, particularmente em se tratando de aparelhos fundidos.
- d) Alguns autores recomendam o aparelho para fraturas do mandibular com apoio em mentoneira ou enfaixamento.
- e) Os meios de união ao suporte craniano podem ser hastes metálicas verticais unidas por juntas universais.
- f) Ao em vez de latão pode ser empregado aço inoxidável, liga 18/8, nas bainhas e braços laterais, em espessuras mais delgadas por ser material mais tenaz.

LEITURA RECOMENDADA

- BRUNH, C. — *La escuela odontológica Alemana. Enfermedades quirúrgicas de la boca y maxilares*. Tomo 1º. 2ª reimpressão. Barcelona, Labor, 1947. 691 p.
- KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina. Buenos Aires, Mundi, 1952, 595p.
- MAJOR, G. — *Fractures of the jaws other facial bones*. St. Louis, Mosby, 1943, 446p.
- PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique — dir. Chompre, v. 8) 2ª ed. Paris, Masson, 1950. 535 p.
- PARKER, D.B. — *Synopsis of traumatic injuries of the face and jaws*. St. Louis, Mosby, 1942. 334p.
- PAVESE, N. — *Goterias*. Buenos Aires, Ateneo, 1949. 161p.

CAPÍTULO IV

4. ORTOPEDIA

- 4.1 — Orientadores sagitais
- 4.1.1 — Guia sagital
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 4.2 — Ativadores
- 4.2.1 — Eby, modificado
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.
- 4.2.2 — Darcissac
 - A - setor clínico.
 - B - setor de laboratório.

CAPÍTULO IV

4 — ORTOPEDIA

4.1 — Orientadores sagitais

4.1.1 — Guia sagital

A — SETOR CLÍNICO

4.1.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: moldeiras inferiores e superiores; abaixa-língua; espátulas para cêra nº 7, para gesso e inox., nº 336; gral de borracha; proveta graduada; pote de vidro para manipular resina; pedras abrasivas; pinça para algodão.

Material: alginato; cêra rosa nº 7 e cêra virgem, em lâmina; rôlos absorventes; resina de rápida polimerização, monômero e polímero.

4.1.1.2 — Medidas preliminares

Entrevista com o cirurgião pa-

ra estudo e discussão da área atingível pela ressecção e as condições previsíveis pós intervenção.

Exame: Exame bucal completo, levantamento da ficha clínica; estudo das condições dos dentes. Mandar executar o atendimento clínico, ablação de indutos e tártaro, extrações, obturações e restaurações em coroas.

4.1.1.3 — Obtenção de reproduções das arcadas

Técnica: O paciente posicionado, realizar as moldagens segundo a técnica própria, adaptando-a às possibilidades materiais do caso. Moldar ambos os arcos dentais. Tomar a relação central, técnica usual. Fazer a mensuração da abertura máxima da boca. Após revisão das moldagens, se satisfatórias, dispensar o paciente, citando-o para nova consulta.

4.1.1.4 — Prova clínica e colocação

Teste: Ensaiai o aparelho em ambas as arcadas. Verificar os pontos de atrição da mucosa ou papilas, contactos prematuros ou interferência na oclusão. Observar o deslizamento dos planos e o comportamento em relação ao fornix vestibular. Fazer os retoques necessários. Renovar o polimento.

Cimentação: Isolar o campo — arcada superior — limpar os dentes, secá-los ligeiramente, manipular resina e aplicá-la à face interna da goteira. Situar a mesma na arcada, na posição pré determinada. Aguardar a polimeriza-

ção, podendo-se apressá-la com ar quente e completá-la com abluções de água morna. Proceder de igual modo em relação ao aparelho inferior. Observar, após a polimerização, o funcionamento do guia sagital. Citar o paciente a nova visita para revisão. Executar os retoques necessários.

4.1.1.5 — Observações

- a) Com variações em cada caso, o limite da goteira inferior deve coincidir com o dente mais próximo à ressecção, podendo, em alguns casos, ser feita a extração do elemento que o precede para facilitar a colocação do aparelho como prótese antepartória.
- b) O aparelho pode ser colocado no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, este sempre próximo para evitar os desvios e luxações conseqüentes a cicatrização ou bridos cicatriciais.
- c) Como aparelho definitivo, deve ser construído em liga metálica e ter por base coroas ou anéis ligados por barras metálicas, cimentadas aos dentes remanescentes.
- d) Nos casos de fraturas dos condilos ou nas condilectomias, o aparelho tem emprêgo como meio profilático ou curativo.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

4.1.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para cê-

ra nºs 5 e 7, para gesso e inox., nº 336; cuba de borracha; oclutor; proveta graduada; muflas; alicate corta fios; pote para manipulação de resina; mandris para lixa; pedras para resina.

Material: gessos pedra e comum; cêra rosa nº 7, em lâmina; fixador para material de impressão; placas de vidro; vaselina pastosa; resina rosa, monômero e polímero, de termo e rápida polimerização; fio de aço inox., calibre 24/26; isolantes para gesso e resina; lixa de vários números.

4.1.1.2 — Obtenção dos modelos

Vazamento nos moldes: Após a fixação, manipular o gesso pedra, segundo as recomendações técnicas e vertê-lo, sob vibração, nas impressões. Aguardar a prêsa. Cristalizado, remover as moldeiras e o material de moldagem. Revisar os modelos; aparar os excessos, dar forma de conveniência.

Montagem: Prontos os modelos, montá-los no oclutor, em relação central, segundo os ditames técnicos.

4.1.1.3 — Ceroplastia

Goteiras: Em lâmina de cêra, dupla, construir goteiras nas arcadas superior e inferior. O desenho das goteiras e a técnica de enceramento é semelhante a de Stout, vide 3.1.4.3, salvo na zona posterior que abrange o último dente presente e não tem fecho metálico. A inferior é limitada na porção mesial ao primeiro dente antes da ressecção que, se não foi

extraído previamente, será cortado no modelo. Observar a liberdade de engrenamento intercuspídico. Nos espaços desdentados unir com cêra as lâminas vestibular e lingual ou palatina. Verificar cuidadosamente o contorno dos limites medial e distal.

Plano de deslizamento: Os guias se compõem de duas partes: na arcada superior será sobre os premolares, com cêra de 10 mm de largura e comprimento igual à distância que vai da borda cervical à metade da largura da face vestibular da goteira inferior; no arco inferior a lingueta será de espessura dupla, de 10 mm de largura, sobre os premolares inferiores, superposta e paralela à superior; o comprimento será igual à distância que vai do fundo de saco gengivojugal superior ao limite inferior da goteira. No desceramento do mandibular o guia deve deslizar sem afastamento na plataforma superior. O extremo superior do plano deslizante será arredondado, curvatura anteroposterior. (Figs. 1 e 2).

Nos casos de ampla abertura de boca o plano pode ser deslocado ligeiramente para trás, sobre o segundo pré e primeiro molar. Assim também, na falta de apoio posterior, será mobilizado para frente, até o canino ou incisivo lateral, conforme o caso, para melhor apoio. Aplicar fio de reforço que inclui também a lingueta deslizante.

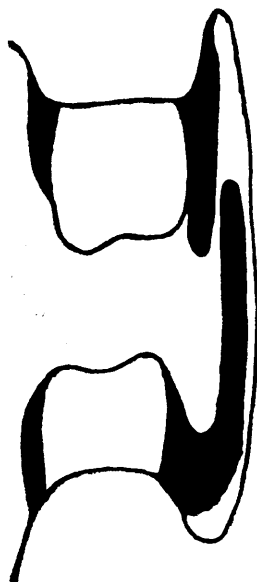


FIG. 1

4.1.1.4 — Elaboração em resina

Inclusão: Desmontar cuidadosamente do oclusor os modelos, incluí-los nas muflas, segundo a técnica recomendada. Eliminar a cêra e executar o isolamento das muflas e contramuflas.

Entulhamento: Manipulada a resina, de acordo com as normas usuais, entulhar as muflas, incluir na resina fio de reforço, se não foi incluído na cêra, entre as duas camadas. Cuidados especiais com o plano de deslizamento. Prensar. Polimerizar a resina de acordo com as recomendações específicas.

Acabamento: Abrir as muflas após resfriamento; remover os modelos com os aparelhos. Eliminar os restos de gesso, cortar as aparas, desgastar com pedras abrasivas.

vas, dando acabamento conveniente. Remover os aparelhos dos modelos e dar acabamento na face interna. Ensaiai sobre o modelo mestre, quando se tenha feito duplicação, retocando os pontos críticos.

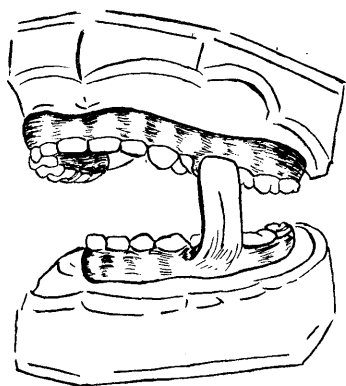


FIG. 2

Alças de reforço: Cortar alças de fio e localizá-la entre os espaços dentários de dentes com bom ponto de contacto, em média 4,

unindo as lâminas vestibular e lingual ou palatina. Fazer entalhes com brocas. Prender as alças com resina de autopolimerização. Polir corretamente.

4.1.1.5 — Observações

- a) Será sempre interessante duplicar os modelos originais.
- b) Quando existam falhas dentárias extensas, o prolongamento em forma de sela oferece o apoio necessário para o plano de deslizamento, dispensando também as alças previstas em 4.1.1.4.
- c) O aparelho poderá ser feito em liga metálica fundida, empregando-se técnica própria, ou ainda, misto — os planos de chapa metálica e as goteiras de resina.
- d) Em casos de aparelhos permanentes os guias são soldados à coroas metálicas de ouro ou liga inoxidável, ou montados em aparelhos removíveis.

LEITURA RECOMENDADA

- BEDER, O.E. — *Surgical and maxillo-facial prosthesis*. New York, Kings Crown Press. Columbia University, 1950. 51p.
- BRUNH, C. — *La escuela odontológica Alemana*. Enfermidades quirúrgicas de la boca y maxilares. Tomo 1. 2ª reimpressão. Barcelona, Labor, 1947. 691 p.
- KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina. Buenos Aires, Mundi, 1952. 595p.
- PONROY & PSAUME — *Restauration et prothèse maxillo-faciales*. (La pratique stomatologique — dir. Chompre, v.8) 2ª ed. Paris, 1950. 535 p.
- VIANNA, C.B. & FONSECA, E.P. — A prótese ante-operatória e

as ressecções mandibulares. *Revista da Associação Paulista de Cirurgições Dentistas*, São Paulo, 5 (1): 49-51, 1951.

VIANNA, C.B. & FONSECA, E.P. & RUIVO, W.F. — Prótese mandibular e guia sagital, *Revista da Associação Paulista de Cirurgições Dentistas*, São Paulo, 11 (6): 371-375, 1957.

4.2 — ATIVADORES

4.2.1 — EBY, MODIFICADO

A — SETOR CLÍNICO

4.2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para gesso, para cêra, nºs 5 e 7; espelho bucal; moldeiras inferiores e superiores; abaixa-língua; gral de borracha; proveta graduada; pedras de carborundum e para resina; alicates bico chato e redondo.

Material: alginato; cêra virgem, em lâminas e rosa, nº 7; fios de aço inox., calibre 20/22.

4.2.1.2 — Medidas preliminares

Exame completo e detalhado do caso. Documentação clínica e fotográfica. Conseguir abertura de boca que permita a moldagem. Executar as intervenções clínicas necessárias à colocação do aparelho; profilaxia dentária, extrações, obturações.

4.2.1.3 — Obtenção de reproduções das arcadas

Moldação: Sentado o paciente em posição, escolher as moldeiras apropriadas. Fazer anestesia quando o paciente tiver dificuldades em abrir a boca. Manipular o algi-

nato segundo as instruções, carregar a moldeira e efetuar a tomada de impressão de acordo com a técnica, adaptando-a as possibilidades materiais do caso. Moldar as duas arcadas.

Tomar a relação central por método corrente.

Após revisão das moldagens dispensar o paciente, citando-o a nova consulta.

4.2.1.4 — Ensaio e colocação

Teste: O paciente sentado convenientemente, colocar as goteiras em posição. Observar pontos de atrito ou movimentos de balanço. Retocar nos pontos necessários. Livrar completamente os contactos em oclusão. Colocar as molas em posição. Verificar o funcionamento do aparelho, sem molestar o paciente; instruí-lo na colocação e remoção do aparelho. Salientar, nos casos indicados, o uso alternado de molas de forças diferentes. Assinalar novas consultas para revisão periódica.

4.2.1.5 — Observações

a) A primeira medida a ser considerada é o descerramento das arcadas, a fim de possibilitar, no mínimo, a moldagem e as intervenções clínicas.

B — SETOR DE LABORATÓRIO

4.2.1.1 — Instrumental — Material

Instrumental: espátulas para gesso, para cêra, nºs 5 e 7, e inox., nº 336; proveta graduada; oclisor; delineador; articulador; muflas nº 6 e para duplicação; potes para manipular resina; pedras para resina; broca esférica 1/2.

Material: fixador para material de impressão; placas de vidro; gessos de Paris e pedra; cêra rosa, nº 7 em lâmina e para alívio dos modelos; material para duplicação; vaselina pastosa; resina translúcida, polímero e monômero; fio calibre 20/22; isolantes para gesso e resina.

4.2.1.2 — Vazamentos nos moldes

Após a fixação, manipular o gesso pedra segundo as recomendações técnicas e vertê-lo, sob vibração, nas impressões. Deixar tomar prês. Após a cristalização, remover as moldeiras e o material de moldagem. Revisar os modelos, aparar os excessos, dar forma conveniente.

4.2.1.3 — Preparo dos modelos — montagem em oclisor

Alívio: Aliviar os modelos, tomando com cêra apropriada os pontos retentivos nos arcos inferior e superior. Levar ao delineador, recortar a cêra com a faca adequada.

Duplicação: Executar a duplicação dos modelos aliviados pela téc-

nica corrente. Vazar em gesso pedra os negativos obtidos; aparar e regularizar os modelos.

Montagem: Montar em articulador, usando a mordida em relação central, já obtida, observando os requisitos próprios.

4.2.1.4 — Ceroplastia

Desenho: Desenhar a goteira atendendo aos detalhes atingíveis pelo enceramento: a) — face mesial do último dente presente de cada lado; b) — deixar as faces oclusais e as bordas incisais livres; c) — nas faces linguais e palatinas dos dentes anteriores a cêra chega próximo as bordas cortantes, sem interferir no intercruzamento cuspídiano; d) — cobrir a margem gengival, lingual e vestibular, aproximadamente 5 mm; e) — nas superiores dispensar a cobertura da abóbada palatina, bastando atingi-la em 15 mm; f) — deixar livres as bridas ou freios.

Enceramento: Dobrar a lâmina de cêra rosa sobre si mesma, no sentido do comprimento, cortando 4 tiras de 10 e 15 mm de largura. Adaptar as lâminas de cêra as faces vestibular, lingual e palatina, no modelo, uni-las a pontos de cêra. Liberar os pontos de contacto articulares. Retocar o contorno de forma conveniente, liberando bridas ou freios, segundo o desenho feito. (Fig. 1).

No espaço entre o canino e o 1º premolar, no meio das faces vestibulares, são feitas aplicações de cêra, de forma arredondada, de mais ou menos 5 mm de área, para suporte das molas.

4.2.1.5 — Elaboração em resina

Inclusão: Desmontar do oclisor os modelos, incluí-los nas muflas, segundo a técnica recomendada. Eliminar a cêra e executar o isolamento das muflas.

Entulhamento: Manipular a resina translúcida, seguindo as normas usuais; entulhar as muflas. Incluir na resina o fio de liga inoxidável para refôrço das goteiras. Prensar. Polimerizar a resina de acôrdo com as recomendações específicas.

Acabamento: Abrir as muflas após resfriamento e retirar os modelos com os aparelhos. Remover os restos de gêsso, cortar as aparas, abrasionar com pedras, dando acabamento conveniente. Retirar as goteiras dos modelos e prepará-las na área relativa aos dentes. Ensaaiar sôbre o modelo mestre, retocando os pontos necessários.

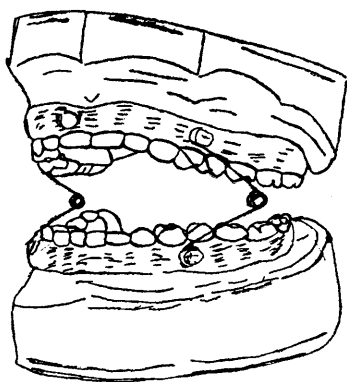


FIG. 1

Alças suporte: Cortar alças de fio inoxidável, calibre 20/22, e lo-

calizá-las entre os espaços dentários, em média 4, unindo as lâminas vestibular à lingual ou palatina. Fazer entalhes com brocas; prender as alças com resina de autopolimerização.

Localização das molas: Fazer no centro dos crescentes laterais perfurações centrais com broca esférica nº 1/2. Executar sulcos longitudinais, paralelos à superfície vestibular, para sede e assento das molas. (Fig. 1).

4.2.1.6 — Confecção das molas

Cortar duas porções de fio calibre 20, de 70 mm de comprimento; tomá-las pelo centro e executar no alicate de bico redondo, torcedura de 360°, em ambas as pontas, formando no centro pequena alça elástica; as pontas terminam voltadas para o mesmo lado. Caso haja necessidade, uma segunda volta poderá ser feita, para maior pressão da mola. (Fig. 3).

Com o alicate de bico chato dobrar a 10 mm dos extremos os braços da mola, para baixo e para cima, de forma divergente. Os braços das duas molas variam, segundo a conveniência, assim também o comprimento e a força de uma ou de outra podem variar, alterando-se o calibre do fio. Provar o conjunto no modelo mestre.

4.2.1.7 — Observações

- a) Nos desdentados constroem-se placas como se fossem moldadeiras individuais, com os acréscimos vestibulares para as molas.



FIG. 3

- b) Na falta de fio podem ser empregados alfinetes de segurança, inoxidáveis, que são cortados e dobrados em ângulo, para prisão nas goteiras.
- c) As goteiras podem ser elaboradas em liga metálica fundida, seguindo a técnica peculiar a esse tipo de execução.
- d) O fio de reforço pode ser incluído na ceroplastia, em vez de ser aplicado na oportunidade do entulhamento.

4.2.2 — DE DARCISSAC

A — SETOR CLÍNICO

Seguir as instruções recomendadas em "Excitador de Eby, modificado — 4.2.1 — A — Setor clínico".

B — SETOR DE LABORATÓRIO

4.2.2.1 — Goteiras

Seguir as etapas sugeridas na construção da "Goteira de Kings-

ley, 3.3.1.1 à 3.3.1.6 — B — Setor laboratório.", construindo-se duas goteiras, superior e inferior, com as mesmas características. (Fig. 1 e 2).

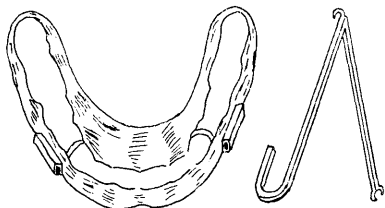


FIG. 1.

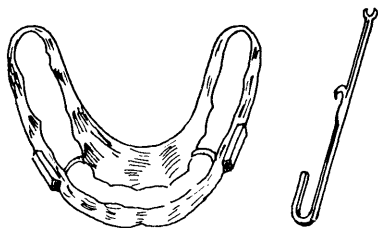


FIG. 2

4.2.2.2 — Braços extra-orais

Instrumental: alicates bico chato, redondo e para cortar fios; serra para ferro; lima mursa, paralela; ferro de soldar elétrico; martelo de bola.

Material: fio de latão, calibre 19/20, 200 mm; 1.000 mm (1 metro) de vergalhão quadrado de 3,1 mm ou 1/8"; solda branca; pasta para soldar.

Construção

1ª etapa: Cortar 2 porções de vergalhão quadrado, de comprimento igual a 2 1/2 vezes a distância comissura-gônio e 2 porções de

comprimento 1 1/2 vez comissura-gônio.

2ª etapa: Executar as primeiras dobraduras relativas aos encaixes nos dois braços menores, prendendo a porção que baste no tórno, dobrando-a lentamente sobre matriz redonda, evitando o esmagamento.

3ª etapa: Elaborar as duas dobraduras nos braços maiores: a) — relativa ao encaixe, idêntica ao braço menor; e b) — em ângulo reto, para baixo, considerando-se o plano articular a meio do espaço comissura-extremo do vergalhão. O comprimento dos dois segmentos será: 1) — extremo distal do encaixe à comissura; 2) — comissura à 3ª molar; 3) 3ª molar, até um pouco além da borda inferior do mandibular (comprimento mais ou menos igual ao 2). (Fig. 1 e 2).

4ª etapa: Com alicate bico redondo construir 4 ganchos simples, em J e quatro em crescente, 3/4 de círculo.

5ª etapa: Soldar os ganchos em J, sobre os braços horizontais, próximo ao ângulo; os em arco no

extremo dos quatro braços livres. (Figs. 1 e 2).

6ª etapa: Ensaiar nos modelos e revisar a estabilidade e dinâmica do conjunto, sempre que possível em articulador.

7ª etapa: Revisão do conjunto e acabamento final.

4.2.2.3 — Observações

- a) As goteiras podem ser elaboradas em liga metálica, compatível.
- b) Os fios a serem colocados nos espaços intermediários podem ser aplicados após a elaboração da goteira em resina.
- c) Os braços extra-orais são elaboráveis em aço inox. 18/8, redondo; nesse caso deverão ser executados rebaixos quadrados para encaixe. As matrizes para os encaixes devem ser selecionadas após o rebaixo.
- d) Os braços extra-orais podem ser em ângulo reto: para cranial o inferior e podálico o superior, ambos paralelos aos tegumentos.
- e) As goteiras não são cimentadas; apenas se apoiam e têm estabilidade nos dentes.

LEITURA RECOMENDADA

- FONSECA, E.P. — A mecanoterapia na anquilose fibrosa têmporo-mandibular. Modificação do automobilizador de Eby. *Anais da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo*. São Paulo, 15: 57-67 — 1957-1958.
- IVY, R.H. et alii — *Manual of standard practice of plastic and maxillo surgery*. Philadelphia, Saunders, 1942. 432p.
- KAZANJIAN, V.H. & CONVERSE, J.M. — *Tratamiento quirúrgico de los traumatismos de la cara*. 1ª ed. Argentina, Buenos Aires, Mundi, 1952. 595p.
- PARKER, D.B. — *Synopsis of traumatic injuries of the face and jaws*. St. Louis, Mosby, 1942. 334p.