RELAÇÕES DA PRÓTESE FIXA COM A PERIODONTIA

Antônio Rosat

Catedrático de Prótese Dentária

SINOPSE

São apresentadas as vantagens dos imobilizadores em prótese dentária. Descrevem-se os melhores tipos de retentores para os diferentes casos.

Uma nova modalidade é sugerida na fundição dos retentores: o uso de revestimento de expansão térmica mas utilizando a técnica ligroscópica.

O emprêgo de cápsulas geriátricas é lembrado como tratamento coadjuvante na recuperação dos casos tratados.

A prótese fixa pode ser encarada como um tratamento coadjuvante da enfermidade paradentária, além de constituir uma modalidade de substituir dentes e ao mesmo tempo proteger a integridade dos tecidos periodentários.

Isto sendo possível, a proteção que uma prótese fixa devidamente construída pode dar, evitará a reincidência da moléstia.

Uma prótese fixa, construída por

meio de imobilizadores apresenta uma série de vantagens:

- a. correção dos pontos de contacto, evitando a formação de bolsas patológicas;
- b. os imobilizadores evitam a extrusão de dentes quando estes não tiverem antagonistas;
- c. observa-se uma melhor distribuição das forças da mastigação;
- d. melhoria na eficiência mastigatória;
- e. os splints restringem a mobilidade dos dentes neles incluídos; e
- f. finalmente, uma oclusão correta e devidamente ajustada contribuirá de uma maneira eficiente para manter os tecidos de suporte em condições biológicas favoráveis.

Alguns autores tem-se preocupado com o problema do tecido ósseo em consequência das doenças paradentárias, havendo até sugestões da extração prematura dos dentes para evitar problemas futuros relacionados com a colocação de dentaduras. Is-

to, naturalmente, na esperança de que houvesse um estacionamento da lise óssea.

No entretanto, nos parece um tanto absurda esta atitude, pois que já são conhecidas medidas terapêuticas capazes de controlar a moléstia paradentária ou estacionar a perda de tecido ósseo.

Outro sério inconveniente será privar o cliente de seus dentes prematuramente, condenando elementos que poderiam ser tratados convenientemente, dando um serviço razoável ao paciente, e além do mais, após extrações também podem ser observadas atrofias ósseas, como consequência da falta do estímulo produzindo quando dos dentes em seus alveolos. E, finalmente, mesmo uma dentadura poderá produzir perda de tecido ósseo, por compressão, se o paciente fôr sujeito à atrofias ósseas.

Antes de qualquer trabalho protético, deveremos ter a certeza de ter eliminado todos os fatores locais irritativos, como tártaro e atender problemas decorrentes de trauma occlusal. (Bolsas patológicas).

Após modelos de estudo e um exame radiográfico completo, estaremos capacitados para pensar no tipo de restauração protética a ser usada.

Deveremos considerar os dentes que apresentam ou não o órgão polpar, tratando de fazer com que os canais radiculares estejam devidamente obturados.

Os dentes que apresentam velhas obturações e principalmente restaurações com acrílico, devem ser removidas, pois, somos responsáveis por eles daqui em diante.

Poderemos restaurá-los com amálgama de prata ou de cobre.

Com os meios atuais de preparos com finalidade protética, não deveremos evitar de escolher os principais e melhores retentores usados em prótese fixa, como sejam: a corôa total, a corôa de 3/4 a MOD, além dos retentores tipo pinledge e intra-radiculares.

De capital importância será a proteção oclusal total, evitando que cuspides fiquem expostas e em mastigação de trabalho, se introduzindo o dente no alveolo, teríamos a possibilidade de desprendimento do retentor correspondente.

Os retentores tipo DO ou MO não são os mais indicados para uma prótese fixa, pois num futuro não muito remoto, uma cárie proximal invalidaria o trabalho.

O anestésico local tem uma importância capital, pois muitas vezes é quase impossível realizar uma preparação com finalidade protética, se o dente não estiver insensível.

Devemos usar e abusar do anestésico e jamais fazermos o paciente sofrer as torturas de uma preparação sem estar devidamente anestesiado.

Outro detalhe que deve ser cuidado é a proteção do dente preparado.

Com os acrílicos de auto-polimerização, torna-se uma operação fácil e de resultados extraordinários, pois evitaremos a sensibilidade posterior à preparação e o contato com os líquidos da boca, durante o período em que se constrói a ponte.

Estas proteções são presas com cimento cirúrgico.

Fórmula de Goldmann:

Oxido de Zn	70%	
Sterato de Zn	10%	
Resina em pó	15%	— 80%
Ácido Tânico	5%	
Fibras de asbesto		
Corante		

Líquido:

Eugenol	70%	
Óleo Mineral	29%	— 20%
Óleo de Rosas	1%	
Corante		

Impressões em prótese fixa:

1º — Hidrocolóides — Reversíveis e irreversíveis.

2º — Mercaptanos (borracha sintética)

3º — Siliconas.

4º — Anel de cobre e godiva.

5º — Gêso solúvel para a impressão com os retentores na boca.

6º — Modêlos de gêssos especiais (gêso pedra — Velmix — Duroc)

7º — Cimentos especiais para troquéis — Kriptex para modêlos.

8º — Troquéis obtidos por via eletrolítica — cobre ou prata.

9º — Montagem dos modêlos em articuladores comuns ou especiais para corôas e pontes.

As impressões totais da boca dão-nos melhores possibilidades de haver certeza da oclusão dos modêlos.

Confeção dos retentores.

Corôa total. O mais próximo do ideal de todos os tipos de retentores.

Características:

Tôda a corôa fundida deve preencher certos requisitos físicos, sob o

ponto de vista periodôntico, e são os seguintes:

Adaptação marginal correta — Reprodução anatômica da superfície oclusal. — Contornos axiais harmoniosos. — Mesa oclusal de dimensões apropriadas. — Contornos que permitam espaço interproximais corretos. — Contornos vestibulares e lingual com deflexão para os alimentos não traumatizarem o ligamento circular. — Finalmente uma localização correta da extensão cervical da corôa total.

Muitas vezes se desaconselha a extensão de uma corôa total além da gengiva marginal, pelas irritações decorrentes. Nos casos que tenha havido tratamento periodôntico, haverá exposição de certa parte da raiz que não será coberta pela corôa. A sensibilidade deverá ser tratada com Fl. Sn. 8% ou F. Na. 2%.

Técnica de fundição.

Após confeccionada a matriz e tratada com um redutor de tensão superficial, adaptaremos de preferência um pino ôco e que aquecido tocáremos em cêra pegajosa antes de prendermos à matriz.

A técnica usada pode ser térmica ou higroscópica. Tanto num caso como no outro, o cilindro metálico deve ser revestido com uma tira molhada de asbesto. Mesmo usando uma ou outra técnica, podemos usar revestimento para expansão térmica. Logo após a vibração, no caso de querermos nos beneficiar da expansão higroscópica, devemos ter um banho a 39°C, no qual será submerso o ci-

lindro com revestimento, ali permanecendo durante 20 minutos. Uma hora após poderá ir ao forno onde permanecerá meia hora a 650°C.

Após a fundição teremos a certeza de um ajuste perfeito da corôa total. Com esta técnica conseguiremos reproducibilidade das fundições. Poderemos usar o mesmo princípio para corôas de 3/4.

Fundidos os retentores iremos entrar em considerações sobre os splints ou imobilizadores, quer dizer, a união, soldagem de vários retentores, transformando-os numa peça única.

Conforme Ante num trabalho citado por Tylman, analisa as superfícies ligamentares normais dos diversos dentes e apresenta para o 1º molar superior 235 mm quadrados. Canino Superior 204. Incisivo lateral 112. Central superior 139. Primeiro molar inferior 352. Segundo molar 282. Inciso Central inferior 103 e lateral inferior 124 mm. quadrados.

Em decorrência poderemos através de radiografias analisar o ligamento e avaliar a necessidade da união dos dentes por meio de estabilizadores.

Suporte para uma prótese fixa.

Imobilizadores (splints). Reabilitação oral, reabilitação oclusal.

Os imobilizadores têm como finalidade ligar, unir, reunir periodônticamente, dentes com relativa mobilidade.

Inclue pois tôdas as fases da oclusão, mais as vantagens da união de vários dentes. Sômente a união dos dentes não soluciona o problema articular oclusal.

Finalidades e princípios usados nos imobilizadores.

A doença peridentária altera ligamentos, apresentando conseqüentemente modificações patológicas nos tecidos peridentários.

Como decorrência teremos migração e mobilidade dos dentes, iniciando-se a desintegração local. A limitação ou restrição da mobilidade dentária é indispensável para um tratamento periodôntico eficiente, com finalidades protéticas.

Em princípio a imobilização cria uma situação semelhante a dentes multiradiculares, amplia-se a área de resistência radicular e modifica-se o centro de rotação que até então estava localizado no terço médio da porção radicular do dente.

Conseqüentemente se dois dentes monoradiculares, cada um com seu centro de rotação, os imobilizadores evitariam a migração dos dentes e possibilitam de unir um dente de pouca inserção com um outro em melhores condições ligamentares, somando-se então às superfícies ligamentares dos dois.

Se unidos por meio de um «splint», criar-se-á um novo centro de rotação na área inter-septal entre os dentes ligados, surgindo desta maneira uma maior resistência a esforços mesio-distais.

Quanto maior fôr o número de dentes envolvidos no splint, proporcionalmente maior será o suporte radicular decorrente. A mesma situação não se obtém quanto à mobilidade buco-lingual, que sômente será obti-

da se fizermos a ligação com todos os dentes da hemi-arcada oposta.

Torna-se importante que os dentes e seu suporte periodôntico sejam examinados partindo da necessidade de splints, de ação tanto mesio-distal, como buco-lingual. Dependendo a extensão do splint, da posição e número dos dentes que apresenta mobilidade.

Naturalmente não existem regras fixas e determinadas que estipulem o número de dentes com boa estabilidade, necessários para estabilizar dentes com mobilidade.

Os splints proporcionam vantagens que dificilmente poderiam ser obtidas por outros meios, como por exemplo casos que até então pareciam perdidos; apesar de todo tratamento periodôntico.

Em casos de ausência dos molares e havendo um número suficiente de dentes, surge a possibilidade de união de todos os dentes por meio de um splint e pânticos em cantilever, com redução buco-lingual evitando as vezes o uso de aparelhos parciais removíveis.

Quando existir um molar superior sem antagonista inferior, devemos construir um splint, unindo-o ao pré-molar para evitar sua extrusão.

Nos splints devemos observar certas características bio-mecânicas, como por exemplo a soldadura das corôas deve ser no terço coronário da área inter-proximal, criando simultaneamente áreas de proteção para a papila inter-proximal.

E' evidente a importância que devemos dar ao contorno dos dentes que proporcionarão deflexão dos ali-

mentos, protegendo o ligamento. Cuidado deve ser dado às margens das corôas e ao seu acabamento, para evitar irritações gengivais traumáticas.

Os splints podem ser classificados em provisórios e definitivos.

Os provisórios podem ser cimentados com cimento cirúrgico, até que a cura periodôntica se evidencie. O tratamento periodôntico poderá ser realizado com o splint no lugar, e sempre comparando as radiografias tiradas em intervalos determinados.

Tomaremos cuidados com a inserção ligamentar, verificaremos mobilidade, teste de vitalidade pulpar, até que se observe a cura da situação periodôntica. Finalmente poderemos cimentar o splint definitivamente.

Fatores que estão relacionados com o prognóstico de dentes imobilizados por splints utilizados em prótese fixa:

1° — Tamanho e comprimento das raízes.

2° — Implantação da raiz.

3° — Número de dentes unidos no splint.

4° — Espaço existente entre os dentes suporte.

Teremos um prognóstico mais favorável se as raízes forem longas e de bom diâmetro em vez de curtas e finas. Assim como a relação entre a corôa e a raiz está relacionada com a maior quantidade de tecido ósseo por cm² existente. Será melhor o prognóstico quanto maior for o número de dentes incluídos na ponte fixa (splint).

No caso de existirem bifurcações ou trifurcações também deveremos

usar os fluoretos e insistir na higienização da boca.

Um outro aspecto também de importância capital é o relacionado com os pontos de contacto das próteses fixas e dentes visinhos.

Quando estes cuidados não forem observados, teremos acúmulo de alimentos entre os dentes, destruição do tecido ósseo interdentário e formação de bolsas patológicas.

Não deveremos descuidar os conhecimentos de oclusão e ajuste oclusal, assim como as fases mecânicas da construção do aparelho protético, tudo isto acompanhado de um perfeito conhecimento dos tecidos que circundam os dentes.

No prognóstico das próteses e recidência da moléstia paradentária, não deveremos esquecer o abuso dos dentes de acrílico que sofrendo desgaste, produzem alterações na dimensão vertical e, principalmente em próteses de extremidade livre inferior, traria como consequência trauma nos dentes remanescentes anteriores.

Tratamento supletivo com cápsulas geriátricas. (vitaminas e sais minerais).

Como pode ser muito bem observado, todos os autores de livros de Periodontia e Nutricionistas, são unânimes em afirmar da necessidade de vitaminas e sais minerais.

CONCLUSÕES

1a. Antes de qualquer trabalho protético é necessário um tratamento periodôntico completo.

2a. Tipos de retentores indicados:

- a) corôas totais;
- b) corôas 3/4;
- c) MOD;
- d) Pinledges;
- (e) Retentores intrarradiculares.

3a. As preparações com finalidades protéticas devem apresentar convergência das paredes axiais de 5° para obter o máximo possível de retenção friccional e naturalmente menores possibilidades de deslocamento dos retentores.

4a. Todos os retentores devem dar proteção total oclusal.

5a. Ponto de contacto: sua importância sob o ponto de vista periodôntico é indiscutível.

6a. Imobilizadores ou splints: são indicados onde fôr necessário restringir a mobilidade e aumentar a superfície ligamentar de suporte.

7a. Dentes de acrílico em próteses parciais acarretam a perda da dimensão vertical e oclusão traumática. Usar dentes de porcelana ou superfícies oclusais fundidas.

8a. Ponticos com redução buco-lingual.

9a. Os modelos sempre devem ser montados no articulador.

10a. Tratamento supletivo com cápsulas geriátricas.

11a. Ajuste oclusal e verificação de contactos prematuros na boca do paciente.

12a. Bolsas periodontais proximais são mais favoráveis sob o ponto de vista do prognóstico do que bolsas circunferenciais.

13a. Em casos duvidosos deveremos usar em primeiro lugar imobilizadores ou splints provisórios, observando as reações regenerativas para posteriormente colocar o prótese definitiva.

SUMMARY

1. It is a necessary a complete preiodontal treatment before any prosthetic appliance is placed in the patient mouth.

2. Types of retainers indicated speccially:

- a. Full crowns.
- b. 3/4 crowns.
- c. MOD restaurations.
- d. Piledges.
- e. Intra-radicolars retainers.

3. All preparations should have a 5° convergence of the axial walls to get the maximum of friccional retention and less chances om dislodging the appliance.

4. All retainers should give total oclusal protection.

5. The contact point is something very important to consider.

6. Splints are indicate where immobilisation is necessary.

7. Acrilic teeth should not be used in partial dentures for considering the wearing off, they do not maintain vertical dimension.

8. All pontics should have buccolingual reduction.

9. The models should always be mounted on articulators.

10. Geriatric capsules should be be administred to the patients.

11. Occlusal adjustment and all interference should be taken care of.

12. The proximal periodontal pockets are more favorable than cricunferential, considering the prognosis.

13. In special cases we should use temporary splints first, waiting for regeneration before placing the final fixed appliance.

SYNOPSIS

The use of dental splints is studied. The best types of retainers are suggested. A new approach in casting technic is used: thermal expansion investment used with the higrscopic investing technic.

The use of geriatric capsules is stressed as a complement in the complet recovery of the case.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — COOLIDGE, E. D. & HINE, M. K. — **Periodontia**. Versão portuguesa da 2. ed. norteamericana. Rio de Janeiro, Científica, 1957. 470p.
- 2 — FISH, E. W. — **Parodontal disease**. 2. ed. Philadelphia, Lippincott [1952] 252 p.
- 3 — GOLDMAN, H. M. et alii — **Periodontia: paradontologia**. México, Interamericana [1960] 342p.
- 4 — MERRIT, A. H. — **Afeções periodontais e lesões dos tecidos moles da cavidade bucal**. Rio de Janeiro, 1956. 224p.
- 5 — MILLER, S. C. — **Textbook of periodontia**. 3. ed. Philadelphia, Blakiston, 1950. 700p.
- 6 — NOGUÉ et alii — **Enfermedades parodontarias, higiene y profilaxia de la boca y de los dientes**. Barcelona, Pubul, 1925. 493p.
- 7 — ORBAN, B. et alii — **Periodontia: paradontologia**. México, Interamericana [1960] 519 p.
- 8 — PUCCI, F. M. — **El Paradêncio: su patologia y tratamiento**. Montevideo, Barreiro [1951] 260p.
- 9 — TYLMAN, S. D. & TYLMAN, S. G. — **Theory and practice of crown and bridge prosthodontics**. 4. ed. St. Louis, Mosby, 1960. 1063p.