



Consertos e Rebasamentos

Consertos

Saizar¹ já registrava que as próteses fraturam com muita frequência, com a particularidade, no dizer dos pacientes, de que os acidentes quase nunca se devem a quedas ou falta de cuidados; elas correm na boca, “ao morder alguma coisa mole, sem a menor violência”.

Sharry² contou três histórias: a da senhora que, ao chamar os filhos do alto de uma janela, perdeu o controle da dentadura, que caiu lá de cima e espatifou-se; a do senhor que enviou à lavanderia seu paletó com a dentadura no bolso e, finalmente, a do cachorro que mastigou a prótese de seu amo, deixando-a em pedacinhos. Essas e outras histórias nós também temos observado no decorrer desses anos de profissão.

Os danos são variadíssimos: rachaduras, fraturas separando em dois ou mais pedaços – às vezes não resta possibilidade de conserto –, e com mais frequência, fratura de dentes, principalmente dos incisivos e caninos. No último caso, quando o dente fratura na sua base cervical, há possibilidade de se colocar o mesmo dente; mas quando a fratura se dá no meio, deve-se trocá-lo por outro.

Saizar³ dividiu os reparos para as próteses em três tipos de procedimentos:

- a) reparos simples;
- b) reparos de laboratório;
- c) moldagens para reparos.

O último item (c) é o procedimento usado quando uma prótese apresenta-se com a falta de um segmento, necessitando sua reconstrução.

As figuras apresentadas neste capítulo ilustrarão todos esses procedimentos.

Rebasamentos

Re, prefixo latino que significa de novo, repetição ou retrocesso.

Base quer dizer “assento sobre o qual repousa alguma coisa”.⁴

Embasamento, s.m. (ital. imbasamento 1. Arquit.). Parte inferior que serve de base a uma construção.⁵

Rebasamento³ é todo o procedimento que permite ajustar a base de uma prótese aos tecidos que lhe dão assento, mediante a interposição de material que passa a formar parte da base.

Os rebasamentos podem ser imediatos e mediatos, isto é, os que são feitos no consultório, com resina acrílica quimicamente ativada, e os que são executados no laboratório (após a moldagem

no consultório), com resina acrílica termicamente ativada, com ou sem troca de material da abóbada palatina.

Justificativas

Às vezes, os contornos dos tecidos mudam tão rapidamente que a construção de próteses novas representariam um aumento de gastos proibitivos ao paciente. Essas mudanças têm lugar logo após a inserção de próteses imediatas e podem acontecer, também, após uma rápida perda de peso.²

Aliás, as condições patológicas dos tecidos de suporte resultam muitas vezes de doenças sistêmicas.⁶ O tratamento dos fatores sistêmicos quase sempre são uma união de empenho entre o dentista e o médico.

O tratamento de fatores locais, desarranjos oclusais, bases das próteses inadequadas e outros fatores mecânicos que causam danos aos tecidos, são de responsabilidade do dentista e do paciente.

Não se deve reconstruir próteses totais que tenham má estética, relações maxilomandibulares inadequadas ou colocação oclusal incorreta, pois o rebasamento não pode corrigir essas deficiências.

Classificação

Os rebasamentos dividem-se inicialmente em temporários e de mais longa duração, quer diretos ou indiretos, resultando numa definição de comportamento, tanto do paciente como do profissional.

Rebasamentos Temporários

Os rebasamentos temporários são usados comumente em próteses totais

imediatas ou de transição, durante a primeira fase de reabsorção óssea alveolar, ou seja, nos primeiros três meses. Nesses casos, as resinas condicionadoras são as indicadas, finalizando com um rebasamento direto em resina acrílica mais dura, quimicamente ativada.

As resinas condicionadoras são também muito usadas como um pré-rebasamento, antes de se fazer um rebasamento indireto ou mediato. Essas substâncias são elastômeros macios e funcionam como material de rebasamento rápido, para a retenção das próteses. Eles são compostos de um pó, usualmente polietilmetacrilato e de um líquido que consistente em uma mistura de álcool aromático éster-etil. A composição e proporção exatas variam com as diferentes normas, que são consideradas secretas pelos fabricantes. Obviamente, eles determinam as instruções que devem ser estritamente seguidas.

Os materiais condicionadores são formulados para serem macios, elásticos e fluírem sob pressão. Essas propriedades capacitam o material a ser rapidamente adaptado às superfícies basais e à mucosa, formando uma almofada absorvente de forças. Conseqüentemente, a transmissão das forças mastigatórias à mucosa de suporte é equalizada e, a partir daí, são eliminadas as pressões isoladas e seus pontos típicos de frouxidão da prótese mal fixada. Enquanto o material continuar macio e elástico, ele terá um efeito reabilitante ou condicionador sobre a mucosa basal, que está traumatizada, irritada, deformada ou machucada. O efeito de reabilitação, contudo, fica limitado às mudanças dos tecidos, que são reversíveis.

A espessura mínima aceitável dos materiais condicionadores de tecidos é de cerca de 15 mm.⁶ Um dos problemas inerentes aos condicionadores de

tecido, é que sua efetividade no alívio dos tecidos reversíveis é normalmente limitada a três ou quatro dias. A porção líquida da mistura contém um plastificante que controla a plasticidade e a fluidez do material. Infelizmente, a ação da saliva causa o fim dessa ação plastificante.

Estudos histológicos têm demonstrado que os limites críticos se dão ao final de três ou quatro dias. Nesse período o material começa a manifestar a perda de elasticidade e depois de três ou quatro semanas ele gradualmente se modifica para uma camada dura. Dessa forma, o material deve ser removido e recolocado a cada três ou quatro dias. O número total de vezes dependerá da gravidade das anomalias do tecido da mucosa e da rapidez de uma resposta favorável deste.

Finalmente, durante a limpeza a superfície da camada não deve ser escovada e, sim, lavada com água morna.

Rebasamentos Diretos

Desde o início do século XIX³ tem-se tentado encontrar um material para rebasamentos diretos com pouco êxito – inclusive os usados pelo próprio paciente, como, por exemplo, o citado na figura 27-26.

Atualmente, podemos contar com materiais que melhoram dois inconvenientes da resina acrílica de rápida polimerização:

1. O ardor e o calor, desagradáveis para o paciente;
2. O pouco tempo de polimerização, o que diminui o tempo de trabalho do profissional.

Somente a cor e a porosidade do material ainda deixam a desejar (Figs. 27-42 e 27-43).

Procedimentos

Para rebasar a prótese segue-se um processo de fases de moldagem na prótese existente, para recolocar material na base da prótese, sem mudar as relações de oclusão dos dentes.⁶

Nessas situações, faça o rebasamento da prótese superior antes da prótese inferior. A razão para fazer a superior antes é porque é mais fácil estabilizar a prótese inferior na posição original anteroposterior. Contudo, as relações dos dentes são usadas como um guia para o procedimento.

Instrua o paciente a deixar as próteses fora da boca por um período de oito horas em cada vinte e quatro horas, preferencialmente à noite, durante quatro a cinco dias. Antes de uma consulta, o paciente deve estar sem as próteses por quarenta e oito a setenta e duas horas consecutivas, dependendo da gravidade do ferimento. Essa consulta pode ser marcada em uma segunda-feira, após um fim de semana, especialmente para pacientes que não podem retirar suas próteses durante a semana.

Essas recomendações devem ser seguidas tanto para rebasamentos diretos como indiretos.

Swenson⁷ afirmou que “é impossível mudar a base de uma dentadura, sem alterar a oclusão”. Podemos contornar essa situação rebasando uma prótese de cada vez, quando se tratar de prótese total dupla, usando uma delas como referência oclusal, como se observa nas figuras 27-33 e 27-38.

Rebasamentos Indiretos

O rebasamento indireto, também chamado de dois tempos, tem a vantagem de permitir uma moldagem com

material mais facilmente controlável que a resina acrílica de rápida polimerização, e de não prejudicar a prótese, no caso de uma moldagem falha. Por outro lado, o preparo de um modelo e a técnica de laboratório permitem um melhor acabamento e, também, a troca de material, no caso de se desejar substituir a abóbada palatina por nova resina acrílica e/ou adicionar telas metálicas.

O inconveniente está no tempo do qual demora e no uso de um laboratório adicional.

As moldagens de rebasamento indireto são, por sua natureza, moldagens com boca fechada, com moldeira ajustada (a própria prótese), nas quais, se elege materiais de alta fluência, como, pasta de zincoeugenólica, silicone, mercaptana ou resina de condicionamento. Nos casos de haver necessidade em adicionar bordas, usam-se materiais pesados, como cera ou godiva.

Através das figuras a seguir pode-se acompanhar melhor os procedimentos.

Consertos



Fig. 27-1. Quando um dente desloca ou fratura próximo na base, como mostra a figura, ainda é possível reaproveitá-lo. Caso contrário, deve-se escolher um novo dente.



Fig. 27-2. Os possíveis restos do dente fraturado são removidos, preparando-se em seguida, com broca, o nicho para receber de volta o dente fraturado e/ou um novo dente, em caso de troca. Procura-se trabalhar por palatino, preservando o máximo a borda vestibular.



Fig. 27-3. Uma guia de gesso permite manter o dente em posição, enquanto ele é fixado com resina acrílica quimicamente ativada



Fig. 27-4. Outra forma de prender o dente em posição, é colocar cera pegajosa para fixá-lo.



Fig. 27-5. Fratura separando uma PT em dois pedaços.



Fig. 27-6. União de prótese fraturada com cianoacrilato.



Fig. 27-7. Manter as partes unidas até a secagem da cola.



Fig. 27-8. Riscar com lápis a região a ser consertada.

Fig. 27-9. Pode-se preencher o interior da prótese com silicone de laboratório. Em todo o interior e na parte do lado externo aplica-se vaselina sólida.



Fig. 27-10. O gesso comum para o preenchimento do interior é um processo um pouco mais demorado, porém, mais seguro. Deve-se isolar o interior e parte do lado externo com isolante para gesso.



Fig. 27-11. Abertura da fratura - A resina acrílica, na linha de fratura, será removida tomando-se cuidado para que todas as áreas que contenham cianocrilato sejam eliminadas.





Fig. 27-12. Por vestibular faz-se um biselado, de forma discreta, e alguns sulcos transversais para aumentar a área de contato.



Fig. 27-13. Com uma broca *maxi-cut* aumenta-se a área do conserto.



Fig. 27-14. Área já aumentada.



Fig. 27-15. Repete-se o procedimento (ver figura 27-14) por palatino, podendo-se ampliar mais a área de contato.

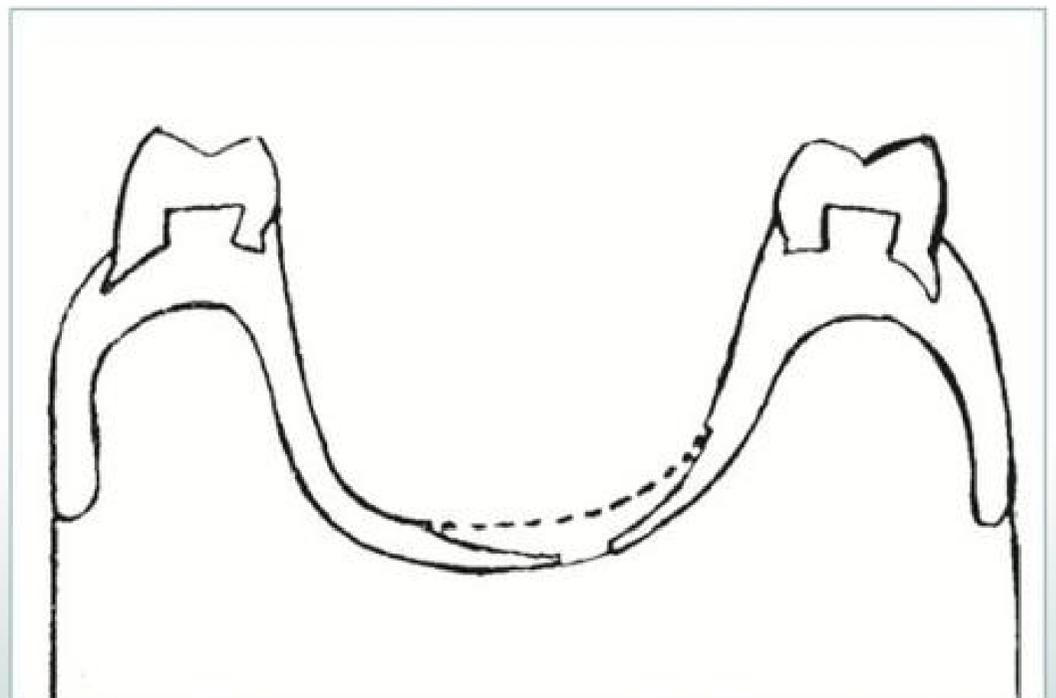


Fig. 27-16. O esquema mostra em corte frontal a sugestão do desgaste em bisel nas bordas da fratura.



Fig. 27-17. Em próteses naturalizadas, deve-se usar pigmentos adequados e a técnica de Nealon.



Fig. 27-18. Conserto naturalizado.



Fig. 27-19. Mergulhar a prótese em água morna para agilizar a polimerização.



Fig. 27-20. Quando possível, usar uma polimerizadora: injetar 50 libras e polimerizar por 10 minutos.

Fig. 27-21. A forma de fixação varia conforme o critério profissional, desde o simples biselado das bordas até a colocação de reforços ou barras metálicas.



Fig. 27-22. Quanto ao uso de resina acrílica para completar o conserto, esta poderá ser quimicamente ativada (rápida polimerização) ou termicamente ativada (lenta polimerização). No último caso, a prótese deverá ser incluída em mufla.



Fig. 27-23. Os reparos podem variar desde a simples troca da abóbada palatina, até a colocação de tela metálica.





Fig. 27-24. Prótese total superior com fratura e perda do pedaço fraturado: é necessário sua reconstrução.



Fig. 27-25. Um dos procedimentos que julgamos mais precisos é colocar a prótese na boca do paciente e, em seguida, moldar com alginato, obtendo-se um molde com a prótese no seu interior, que será vazado em gesso, dando uma ideia do conjunto.



Fig. 27-26. Com a prótese posicionada no modelo, pode-se ter melhor orientação dos limites que circunscrevem o pedaço perdido.

Fig. 27-27. É mais seguro reconstruir o pedaço perdido em resina acrílica quimicamente ativada.



Fig. 27-28. Aconselha-se em seguida rebasar a prótese, quando a parte de resina acrílica quimicamente ativada poderá ser retirada por ocasião da inclusão da resina acrílica termicamente ativada, na mufla.

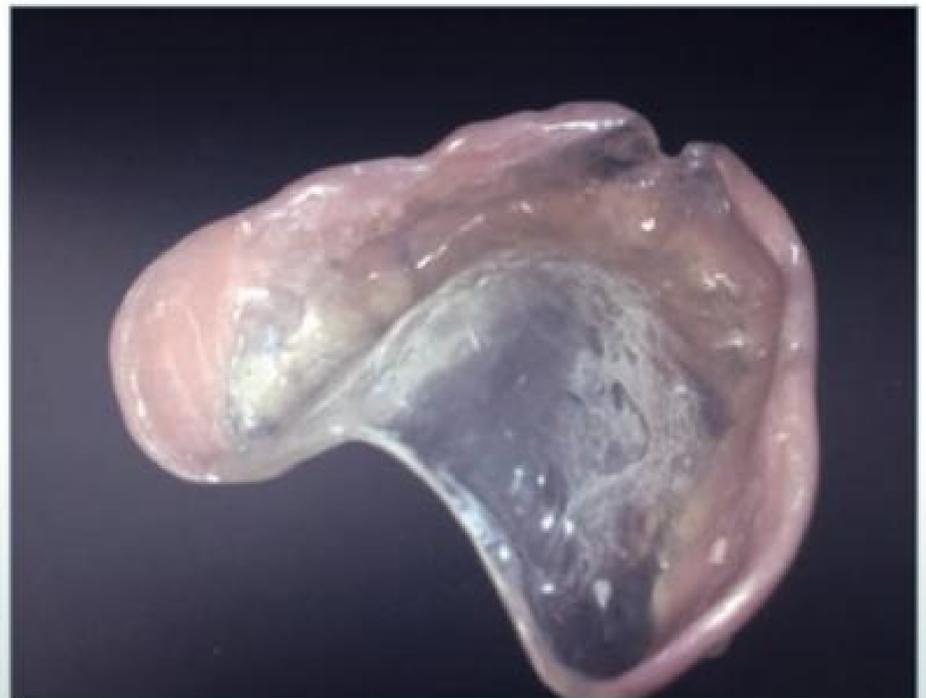


Fig. 27-29. A, o paciente usava uma prótese sem extensão de área basal, a qual foi restabelecida **(B)**. Após seis meses de uso, todo o tecido intruído acomodou-se sob a nova base, voltando para sua posição, o que resultou em perda de distância vertical.

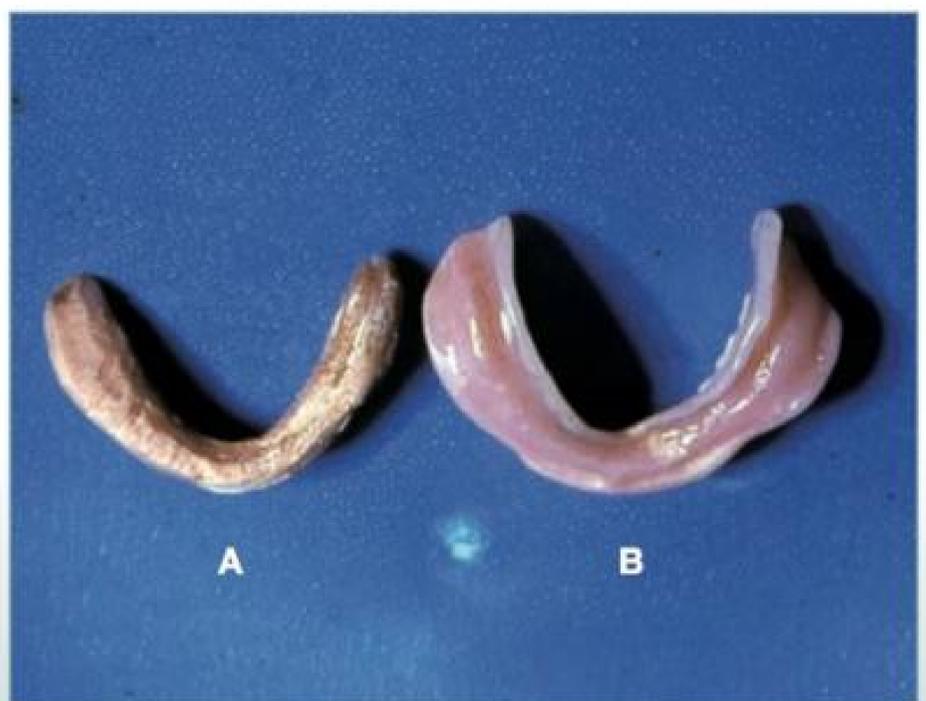




Fig. 27-30. A prótese inferior foi vazada em gesso e o modelo fixado em articulador. Foi usado um articulador para fazer somente um movimento de charneira, com um pino-guia incisal milimetrado para servir de referência. Sobre a superfície oclusal dos dentes construiu-se um muro de gesso, como guia de oclusão, o qual foi fixado na haste superior do articulador.

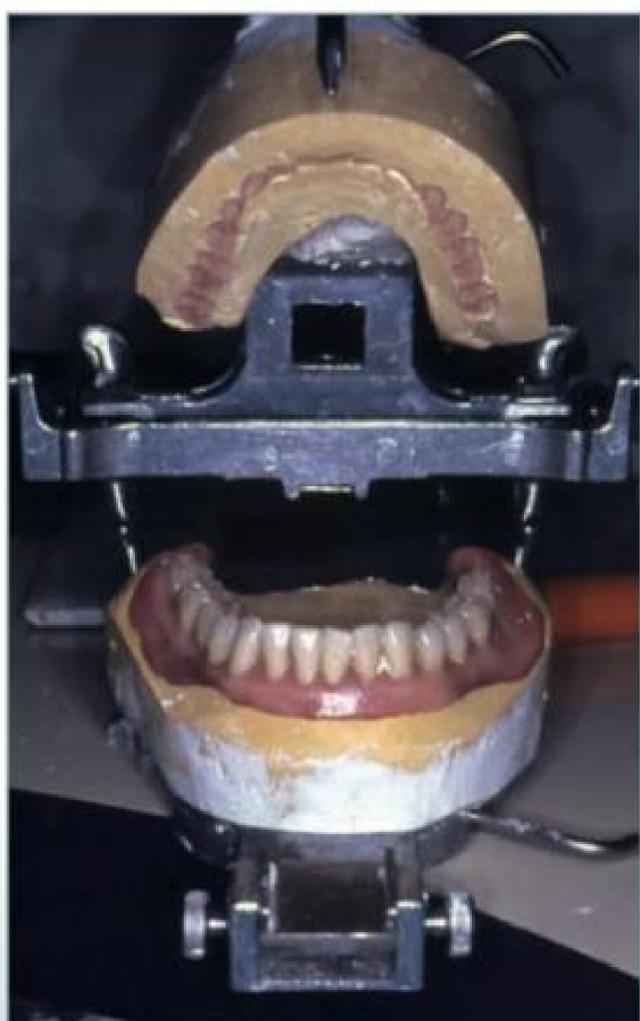


Fig. 27-31. Aberto o articulador, vê-se o muro de gesso antagonista, com todos os relevos oclusais dos dentes da prótese inferior.



Fig. 27-32. A distância vertical, que diminuiu 3 mm, foi restabelecida no pino-guia incisal.

Fig. 27-33. Todos os dentes foram separados da base e fixados com cera pegajosa nos seus respectivos relevos, no muro de gesso antagonista. O espaço resultante entre a superfície cervical dos dentes e a base foi preenchido com cera. Após ceroplastia e escultura, a prótese foi incluída em mufla, para o processamento final da resina termicamente ativada: a distância vertical foi restabelecida, sem alterar a área basal já conquistada.



Rebasamentos Temporários

Fig. 27-34. Há no mercado diversas marcas de lâminas para acolchoamento de base de próteses totais, para serem aplicadas pelo próprio paciente.



Fig. 27-35. Conjunto completo de resina condicionadora de tecido fabricada pela Coe Dental. Essa resina tem cor leitosa e sua durabilidade é menor, dura no máximo uma semana. Após esse tempo, torna-se dura e se destaca com facilidade.





Fig. 27-36. Seu uso é mais indicado para pós-cirurgias, pois sua consistência é maior e promove um acolchoamento macio e firme para os tecidos adjacentes.



Fig. 27-37. Conjunto completo de resina condicionadora de tecido fabricada pela Coe Dental. Essa resina tem a cor rosada e sua durabilidade é um pouco mais prolongada, de 15 a 20 dias. Após esse tempo torna-se dura, contrai-se e se destaca da base.



Fig. 27-38. Para uma medida de polímero, usa-se de 3 a 4 cc de monômero (o medidor faz parte do conjunto da Coe Dental).



Fig. 27-39. Após a espatulação, verifica-se a consistência fluida da mistura.



Fig. 27-40. A mistura deve ser despejada no interior da área basal e, em seguida, esparramada lentamente; aguarda-se que sua consistência se torne mais cremosa.



Fig. 27-41. Ao ocluir e apertar, a prótese será levada à sua posição correta. Somente após posicionada pela oclusão, o profissional poderá fazer alguma pressão adicional na prótese, no caso de não confiar na pressão exercida pelo paciente.



Fig. 27-42. Os excessos na borda posterior devem ser removidos com uma espátula bem aquecida.



Fig. 27-43. Remoção de excesso na borda por vestibular.



Fig. 27-44. O aspecto da espessura da resina rebasante dá uma ideia da distância entre a base da prótese e a superfície de assento.

Fig. 27-45. Após rebasar uma das próteses, seja a superior ou a inferior, procede-se o rebasamento da outra. No caso da figura, a prótese rebasada em seguida foi a inferior.

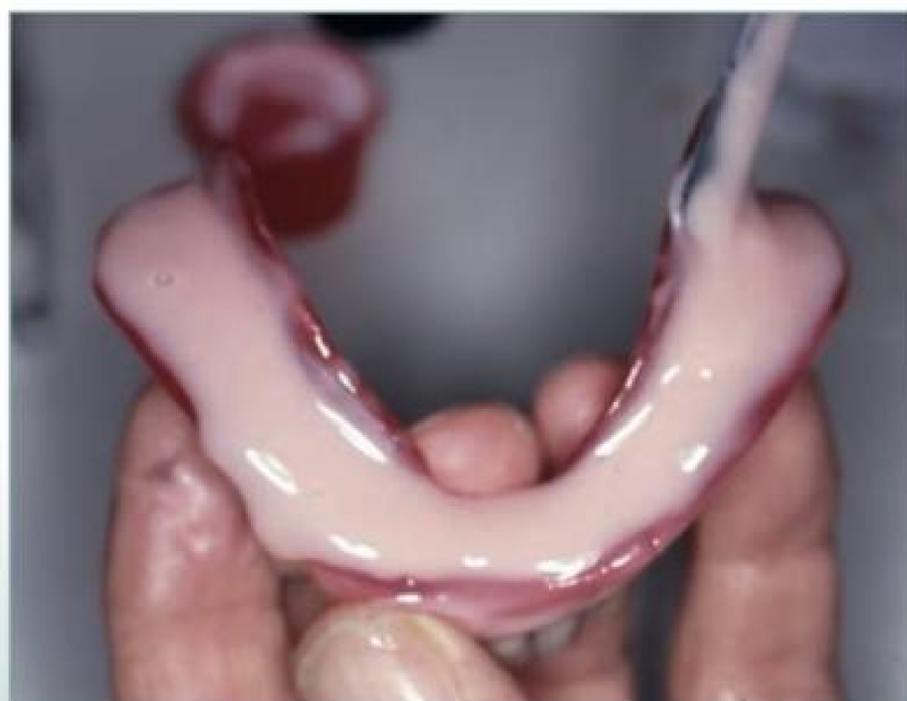


Fig. 27-46. Como na figura 27-33, o paciente oclui e aperta para dar a posição central da prótese. Após posicionada a prótese pela oclusão, pede-se ao paciente para abrir a boca e, segurando a prótese inferior, como nos casos de moldagem secundária, o paciente põe a língua para fora, para de soerguer o assoalho da boca para conformar a borda por lingual. Logo em seguida o paciente oclui novamente; o profissional aproveita o tempo de rebasamento do material para fazer movimentos com os lábios e bochechas do paciente, para conformar a borda vestibular da prótese.



Fig. 27-47. Para esse tipo de resina, os excessos serão sempre removidos com uma espátula bem aquecida.

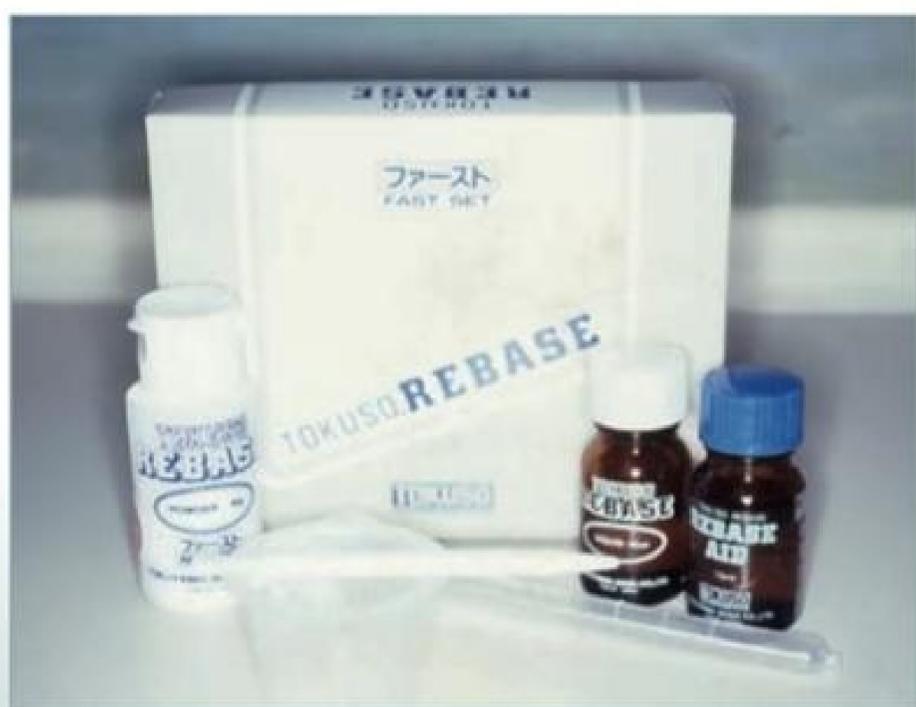




Fig. 27-48. Exceto em casos em que se deseja propositalmente aumentar as bordas, estas deverão obedecer a borda existente da prótese.



Fig. 27-49. Após duas semanas, a resina começa a endurecer e se destacar, e deverá ser substituída.



Rebasamento Direto

Fig. 27-50. Resina acrílica quimicamente ativada para rebasamentos diretos, Tokuso Rebase, fabricada no Japão.

Fig. 27-51. Resina acrílica quimicamente ativada para rebasamentos diretos, fabricada na América do Norte, marca Kooliner, fornecida pela Coe Dental.



Fig. 27-52. Não é necessário desgastar a superfície da área basal, faz-se apenas uma escariação com a broca, para melhor adesão do material rebasante.



Fig. 27-53. Para a resina não grudar na superfície polida, aplica-se o líquido isolante que acompanha o conjunto com a ajuda de um pincel.





Fig. 27-54. Proporcionada a resina, a consistência ideal é quando escoar e está pastosa.



Fig. 27-55. Nessa consistência, a resina já não se presta para rebasamento, pois ela não será escoada para o interior da área basal, dificultando sua adaptação e aumentando a distância vertical.



Fig. 27-56. A consistência pastosa não muito liquefeita e não muito consistente é ideal para preencher a área basal da prótese.



Fig. 27-57. A prótese levada a boca com o mesmo procedimento das moldagens secundárias.



Fig. 27-58. Nos rebasamentos sempre os antagonistas guiam a prótese que está sendo rebasada, em oclusão central.

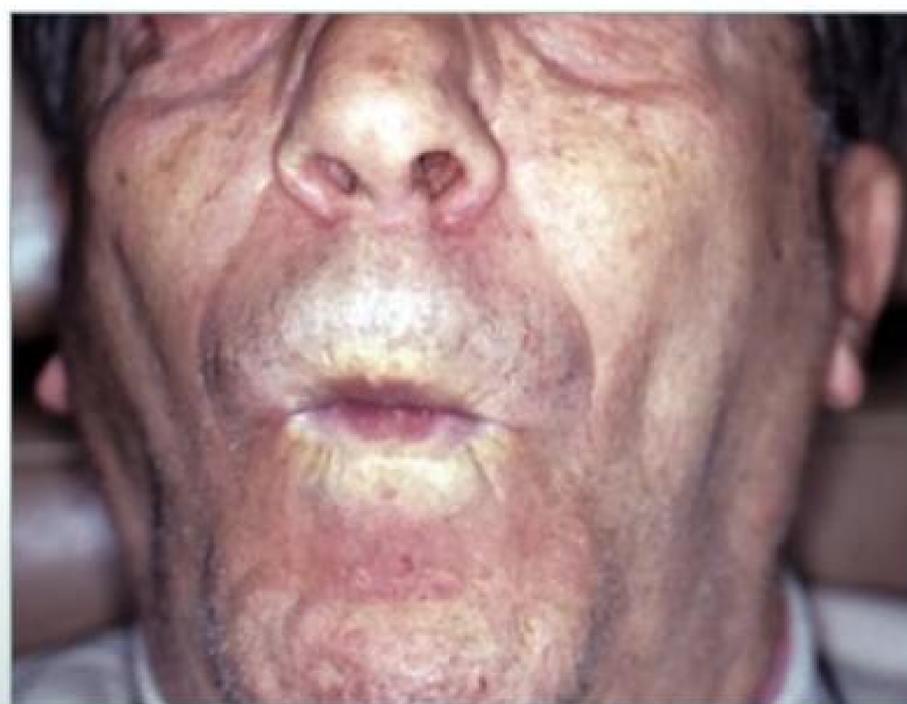


Fig. 27-59. Com a prótese ocluída, o paciente fará gestos mímicos para conformar a borda da prótese em relação ao sulco gengivovestibular.

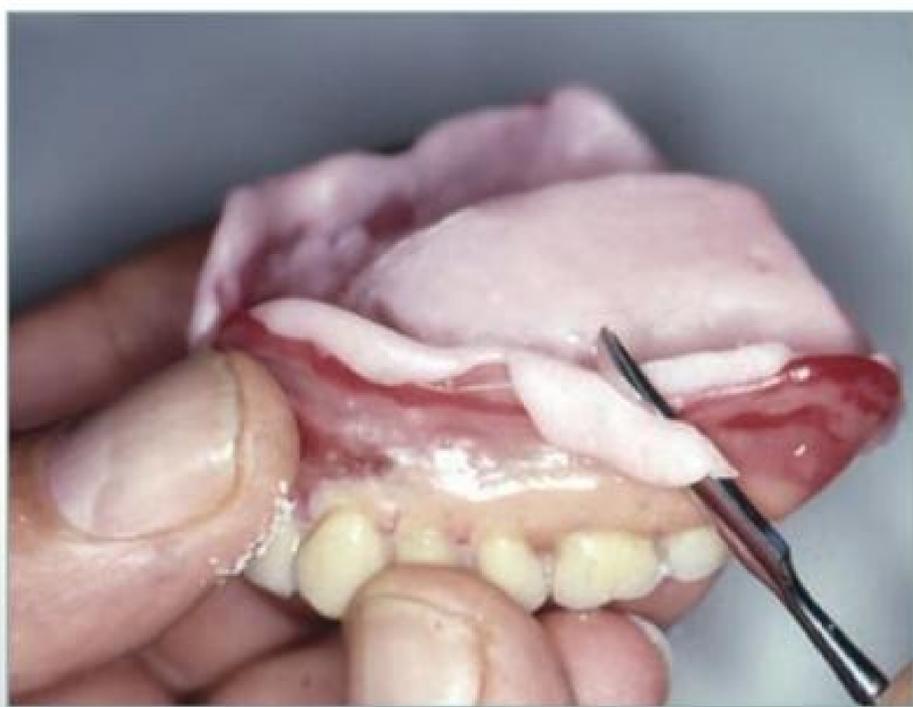


Fig. 27-60. Não se espera a polimerização final na boca do paciente; deve-se controlá-la e retirar a prótese com a resina ainda em fase plástica, para se remover os maiores excessos com uma espátula.

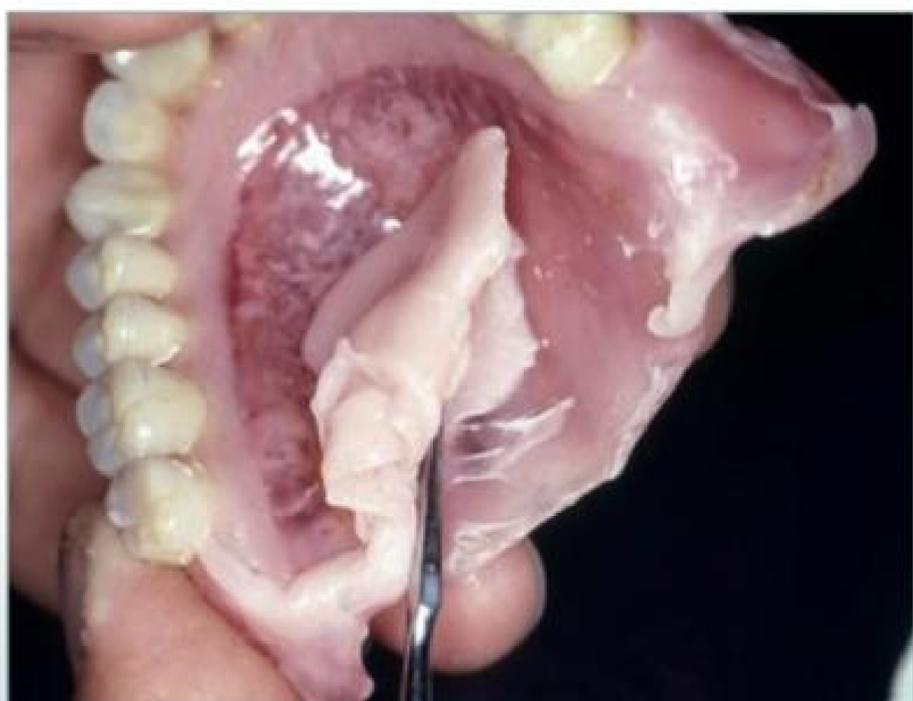


Fig. 27-61. Deixando atingir a polimerização final, essa operação não será mais possível, sendo necessário o uso de broca.



Fig. 27-62. O uso de brocas deverá ser reservado para o acabamento final das bordas.



Fig. 27-63. A borda posterior deverá ser respeitada como a que se apresenta na prótese, salvo o caso em que se deseja aumentá-la.



Fig. 27-64. Após o rebasamento da prótese total superior, inicia-se o rebasamento da inferior, procedendo-se uma escariação com em superfície basal com a broca.



Fig. 27-65. Na prótese total inferior é preciso isolar na superfície vestibular, onde sempre haverá maior escoamento de material.

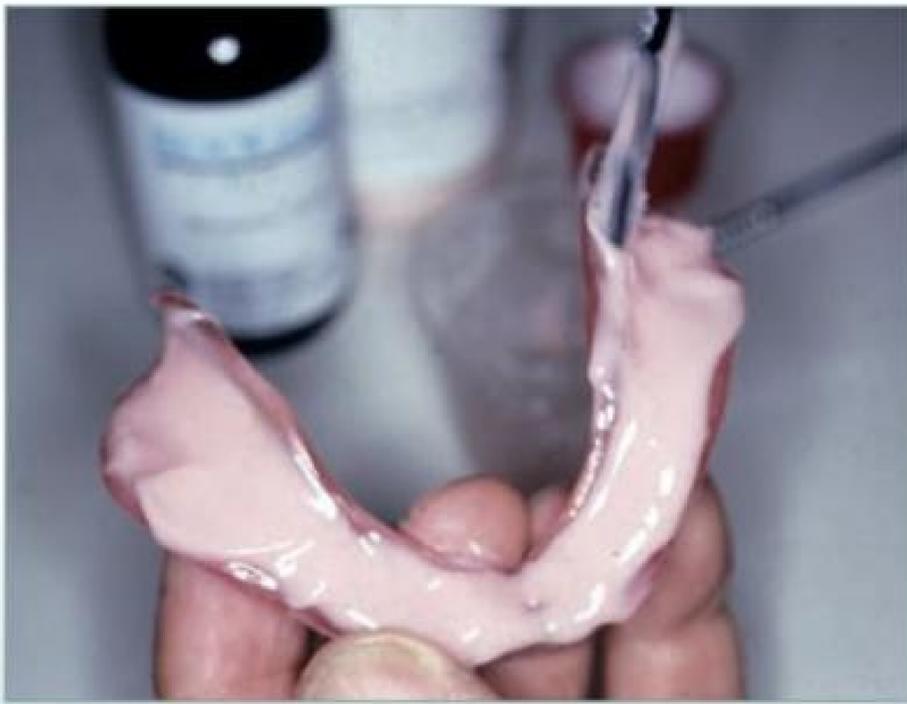


Fig. 27-66. O preenchimento segue o mesmo procedimento explicado na figura 27-46.



Fig. 27-67. Aqui foram seguidas as recomendações descritas na figura 27-38.



Fig. 27-68. Aproveitando-se a fase plástica da resina, pode-se usar uma espátula para remoção da maior parte do excesso, caso contrário será necessário usar a broca.



Fig. 27-69. A remoção dos excessos vistos por lingual é mais crítica, por isso recomendamos aproveitar a fase plástica da resina.



Fig. 27-70. O acabamento final é feito com a broca.

Rebasamento Indireto



Fig. 27-71. As próteses finalizadas.

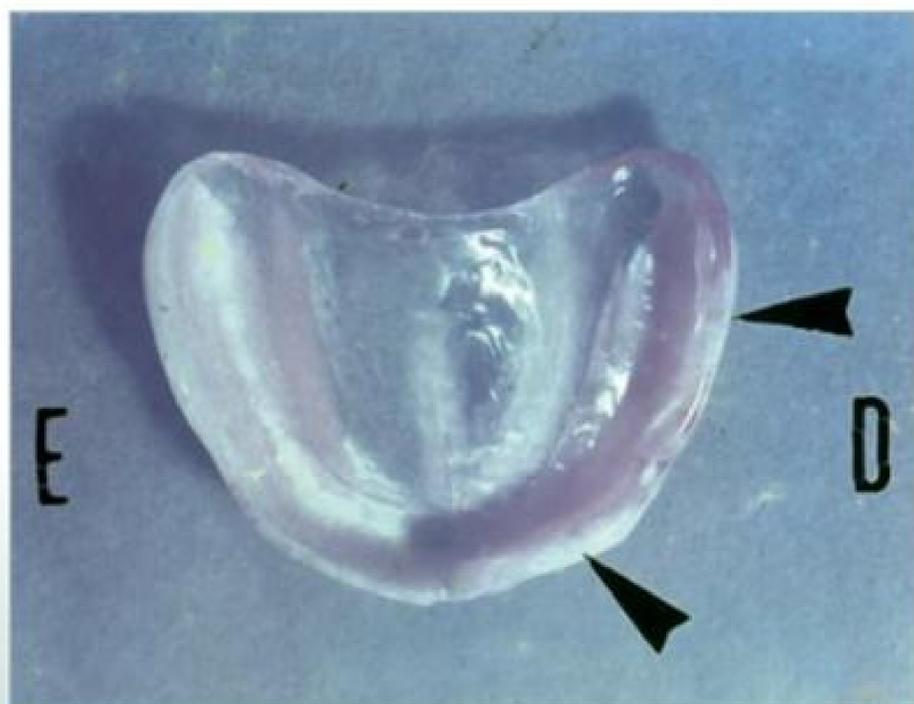


Fig. 27-72. A figura mostra uma prótese total superior com o lado esquerdo desgastado e as retenções das bordas removidas; o lado direito, sem desgaste e sem remoção das retenções das bordas, como mostram as setas.



Fig. 27-73. As retenções mais críticas de bordas estão na prótese total inferior, na região da fossa retromilo-hióidea, como mostram as setas.



Fig. 27-74. As retenções de bordas removidas, devem ser preenchidas com cera, antes da moldagem.



Fig. 27-75. Alguns profissionais preferem preencher as bordas retentivas fazendo um vedamento periférico com godiva.



Fig. 27-76. Para facilitar a remoção da pasta zinco-eugenólica, na abertura da mufla, a qual costuma ficar aderida à resina acrílica da prótese, aconselha-se pincelar a superfície basal com cera fundida.



Fig. 27-77. A prótese em rebasamento posicionada na boca em oclusão central com a prótese antagonista.



Fig. 27-78. O encaixe da prótese se fará como nos casos das moldagens secundárias.



Fig. 27-79. Os excessos de pasta serão retirados após a presa do gesso.



Fig. 27-80. Com a prótese posicionada no modelo, e retirados os excessos de pasta, ela será incluída diretamente em mufla.

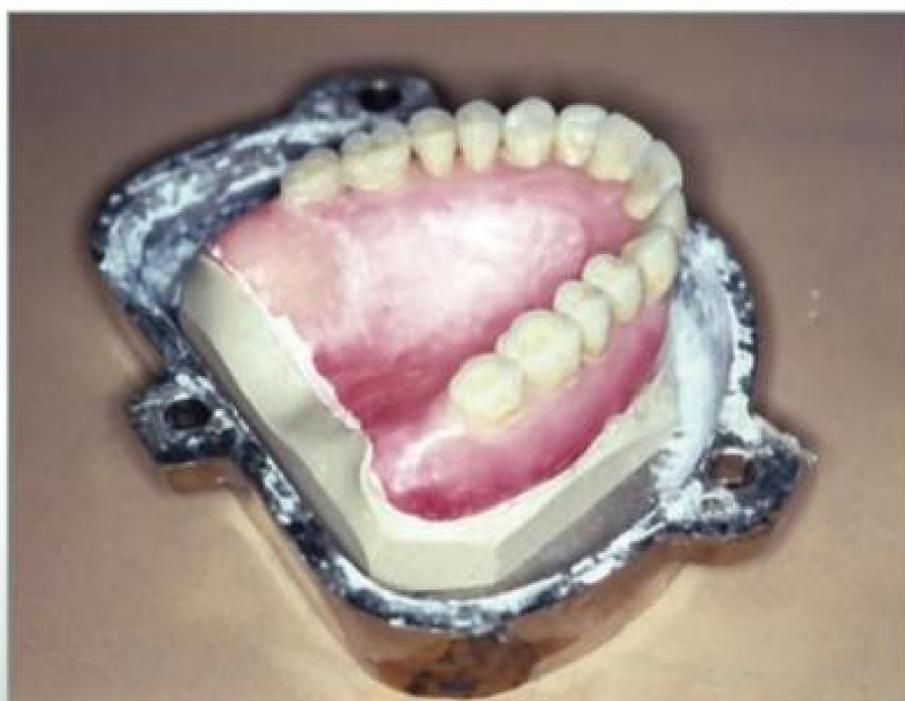


Fig. 27-81. Inclusão da prótese em mufla.

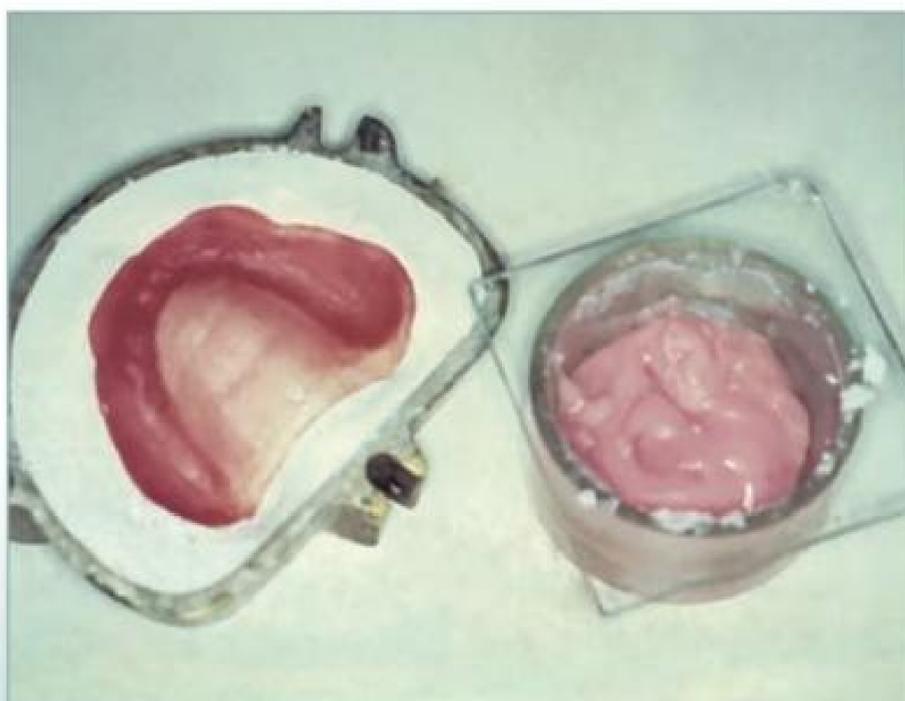


Fig. 27-82. Inclusão da resina acrílica.



Fig. 27-83. Prótese terminada.

Resina Resiliente Termicamente Ativada



Fig. 27-84. Resina resiliente termopolimerizável Molloplaste®, Alemanha.



Fig. 27-85. Resina resiliente termopolimerizável Coe Soft®, EUA.



Fig. 27-86. Após aberta a mufla, coloca-se na área basal uma ou duas lâminas de cera, dependendo da espessura que se quer dar à resina resiliente; cuida-se para deixar livres as bordas, tanto por vestibular quanto por lingual, para facilitar os ajustes de borda.



Fig. 27-87. Após a prensagem da resina acrílica, isolando-se com papel-celofane, retira-se a lâmina de cera e finalmente prensa-se com a resina resiliente.



Fig. 27-88. A prótese terminada: notar as bordas livres da resina resiliente, para maior facilidade em seus ajustes.

Referências

1. SAIZAR, P. *Protesis a placa*. 6 ed. Buenos Aires: Progental, 1958.
2. SHARRY, J. J. *Prostodoncia dental completa*. Barcelona: Ed. Toray S.A., 1977.
3. SAIZAR, P. *Prostodoncia total*. Buenos Aires: Ed. Mundi, 1972.
4. Dicionário terminológico de Odontologia. São Paulo: E.B.O. Ed. Ltda, 1986.
5. Novo dicionário brasileiro. 2 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1964.
6. HEARTWELL Jr., C. M.; RAHN, A. O. *Syllabus em dentaduras completas*. 3 ed. Trad. São Paulo: Livraria Santos Editora, 1990.
7. SWENSON, M. G. *Dentaduras completas*. Trad. México: Ed. Hispano Americana, 1955.