

B. ALTURA DA COROA CLÍNICA, INCLINAÇÃO E NÚMERO DE DENTES PILARES

Estes aspectos são importantes para a determinação do planejamento. Eles estão discutidos no capítulo Planejamento em prótese parcial fixa.

C. AVALIAÇÃO DA VITALIDADE PULPAR

É um exame que deve ser feito nos dentes que serão pilares de PPF para observar a resposta pulpar por meio de agentes externos (gelo ou gás).

D. AVALIAÇÃO DE PPFs EXISTENTES

A avaliação de PPFs presentes deve ser feita levando-se em consideração alguns aspectos. Primeiramente, deve-se analisar se a prótese permite ao paciente o desenvolvimento satisfatório das funções mastigatórias, fonéticas e estéticas.

Se existirem problemas biológicos instalados (como recidiva de cárie, doença periodontal, processo periapical) ou problemas relacionados com aspectos mecânicos (como pequena fratura da cerâmica de revestimento, entre outros), que estejam impedindo a realização dessas funções e que não possam ser restaurados de modo que a PPF possa continuar em função, então a prótese deve ser substituída.

Se, por outro lado, a cárie pode ser removida e a restauração pode ser feita com segurança, o tratamento periodontal pode ser realizado sem a necessidade de remoção da prótese e sem comprometer os dentes pilares, a lesão apical pode ser tratada com endodontia por meio de acesso da coroa ou cirurgia pararendodôntica ou a fratura da cerâmica de revestimento pode ser reparada com polimento ou pela adição de resina composta, a decisão de trocar a prótese deve ser de responsabilidade do paciente. Ao profissional cabe informar as vantagens, as desvantagens e a relação custo/benefício, além de estimar o tempo de sobrevida desses procedimentos.



O profissional tem de saber que **é aceitável a ocorrência de pequenas falhas em médio e em longo prazo** (mais de 5 anos), desde que estas não interfiram com as funções mastigatória, fonética e estética. Essas próteses são consideradas sobreviventes, diferentemente de uma prótese considerada como sucesso, que se manteve nas mesmas condições de quando foi cimentada. Quando a reclamação for exclusivamente estética, a decisão de trocar a prótese deve ser do paciente, com as explicações necessárias apresentadas pelo profissional (Fig. 1.17).

ANÁLISE OCLUSAL

A oclusão é definida como as relações intermaxilares estáticas e dinâmicas que ocorrem entre as superfícies oclusais dentárias e as demais estruturas do sistema estomatognático. Durante o planejamento da prótese, é importante avaliar se a oclusão apresenta sinais e sintomas de trauma oclusal (SSTO). A presença de SSTO significa que existe patologia instalada e que é preciso tratá-la antes de iniciar o tratamento.

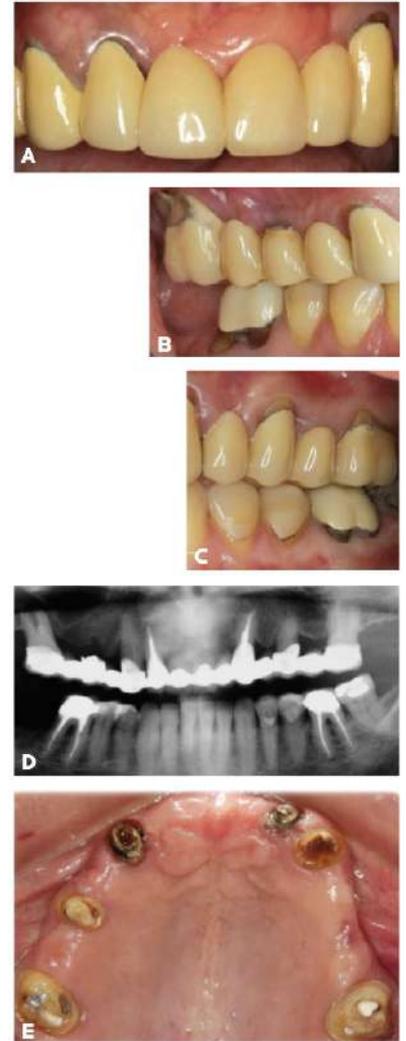


Figura 1.17 – (A-C) PPFs anterior e posteriores cimentadas há 15 anos com deficiências estéticas de cor e forma, recessões gengivais e inflamação gengival. (D) Radiografia mostrando presença de lesões periodontal (perda óssea e de furca) e periapical. (E) Vista após a remoção das próteses mostrando a presença de cáries, inflamação gengival e descimentação de núcleos intrarradiculares.

LEMBRETE

Na avaliação oclusal, a presença de sinais e sintomas de trauma oclusal aponta para uma patologia instalada que precisa ser tratada antes do início do tratamento com prótese.

Como as causas das patologias oclusais estão diretamente relacionadas com aspectos oclusais, o tratamento tem de ser feito por meio da oclusão – por exemplo, com ajuste oclusal na posição de relação cêntrica, como será discutido posteriormente.

Se não existir SSTO, o tratamento deverá ser planejado com a intenção de manter a relação oclusal existente, ou seja, preservando a máxima intercuspidação habitual.

A. RELAÇÕES INTERMAXILARES ESTÁTICAS

MÁXIMA INTERCUSPIDAÇÃO HABITUAL (MIH): É definida como uma posição maxilomandibular em que ocorre o maior número de contatos entre os dentes superiores e inferiores, independentemente da posição condilar. É guiada pelos contatos dentários e pelo mecanismo de percepção neurológica do ligamento periodontal (Fig. 1.18).

Se não existir SSTO e os dentes remanescentes propiciarem estabilidade oclusal, o tratamento deve ser feito em MIH, como pode ser observado na Figura 1.19.

Figura 1.18 – (A-B) Intercuspidação dos dentes em MIH em que ocorre o maior número de contatos entre os dentes superiores e inferiores, evidenciados após marcação com papel articular.



Figura 1.19 – (A-B) Vista oclusal dos dentes superiores e inferiores, mostrando ausência do 46. (C) Vista oclusal da PPF cimentada. Foi empregada a posição de MIH em função de não existir SSTO e os dentes remanescentes propiciarem estabilidade oclusal.

RELAÇÃO CÊNTRICA (RC): É uma posição maxilomandibular em que os côndilos estão centralizados nas fossas mandibulares, apoiados sobre as vertentes posteriores das eminências articulares, com os respectivos discos articulares devidamente interpostos.

A RC é uma posição estritamente relacionada à posição condilar e, portanto, não apresenta relação com contatos dentários. É uma posição localizada mais para posterior em relação à MIH. É considerada uma posição fisiológica, reproduzível, que não interfere com a função e que é bem aceita pelo paciente.

Na posição de RC, existem um ou mais contatos dentários localizados predominantemente na região posterior, que caracterizam os chamados contatos prematuros (Fig. 1.20). É importante salientar que **esses contatos não precisam ser eliminados por meio de ajuste oclusal**, pois são considerados fisiológicos, ou seja, fazem parte do padrão oclusal.

Interferência oclusal é uma relação de contato que interfere de alguma forma na função ou parafunção, gerando um trauma oclusal primário em situações em que o periodonto está saudável, ou um trauma oclusal secundário, quando existe ou existiu comprometimento prévio do nível da inserção óssea devido à doença periodontal inflamatória.

Dependendo da extensão da PPF e do comprometimento da estabilidade oclusal entre os dentes remanescentes, a posição de RC deve ser empregada como posição de tratamento, como será comentado posteriormente.

OCLUSÃO DE RELAÇÃO CÊNTRICA (ORC): Nessa posição, existe coincidência entre as posições de MIH e RC. É uma posição de trabalho, normalmente empregada em casos de reabilitação oral, quando não existe estabilidade oclusal entre os dentes remanescentes (Fig. 1.21).



Figura 1.20 – (A-B) Vistas do mesmo caso da Figura 1.18 com a mandíbula na posição de RC. Observe a pequena separação de alguns dos dentes posteriores, causada pelo contato prematuro evidenciando com papel articular na ponta de cúspide palatina do dente 26.



Figura 1.21 – (A-C) Vistas de diferentes situações clínicas em que a posição de RC deve ser empregada como ponto de referência para manipular a mandíbula e determinar a posição de trabalho devido à ausência de estabilidade oclusal em decorrência da ausência total ou parcial de dentes. (D) Situação clínica com perda da DVO; nesses casos, a posição de trabalho deve ser a RC. Com a confecção da prótese e a obtenção dos contatos oclusais na RC, tem-se a posição de ORC.

B. RELAÇÕES INTERMAXILARES DINÂMICAS

Nos movimentos mandibulares de abertura e fechamento, os contatos oclusais nos dentes posteriores devem ser direcionados o mais próximo possível de seu longo eixo para manter a homeostasia das estruturas periodontais. Devem ocorrer contatos bilaterais, homogêneos e simultâneos para que as forças mastigatórias sejam distribuídas entre o maior número de dentes.



Em uma oclusão funcional normal, as **cúspides de contenção cêntrica**, que são as vestibulares dos dentes posteriores inferiores e as palatinas dos superiores, entram em contato com sulcos, fossas e cristas marginais dos dentes antagonistas, sem obstruções e deslocamentos laterais. Os dentes anteriores inferiores contactam suas bordas incisais levemente nas faces palatinas dos superiores, permitindo que o papel articular passe entre os dentes sem rasgar.

Nos movimentos excursivos, de protrusão e lateralidade, a mandíbula é movimentada pelo guia anterior, ou seja, pelo movimento que as faces incisais dos dentes anteriores inferiores realizam na concavidade palatina dos dentes anteriores superiores (Fig. 1.22).

Nos movimentos de lateralidade, os caninos devem exercer a função de guia canino ou ter a participação parcial ou total dos dentes posteriores (função em grupo). O lado para o qual a mandíbula se movimenta é chamado de lado de trabalho. O lado oposto recebe o nome de lado de balanceio ou não trabalho. No movimento de lateralidade para o lado de trabalho, somente os caninos devem apresentar contatos se a desocclusão for feita por esses dentes, ou pelos caninos e dentes posteriores, se a desocclusão for do tipo função em grupo. Em ambos os casos, no lado de balanceio os demais dentes não devem apresentar contatos.

No movimento protrusivo, as bordas incisais dos incisivos inferiores devem deslizar na concavidade palatina dos incisivos centrais superiores. Assim, durante os movimentos laterais e protrusivos, os dentes anteriores desocluem os posteriores, protegendo-os de contatos direcionados para fora do longo eixo. Da mesma forma,

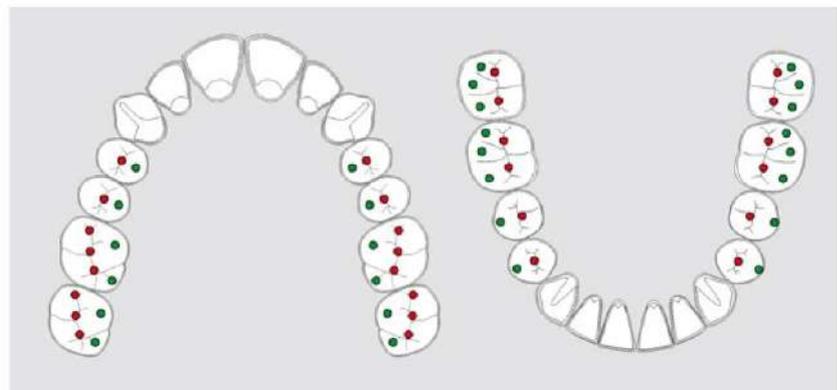


Figura 1.22 – As cúspides de contenção cêntrica (verde), palatinas superiores e vestibulares inferiores, devem ocluir nas fossas e cristas marginais (vermelho) dos dentes antagonistas.



os dentes posteriores protegem os anteriores na posição final de fechamento mandibular. Esse padrão é conhecido como **oclusão mutuamente protegida** (Fig. 1.23).



Figura 1.23 – (A) Vista lateral mostrando a desoclusão dos dentes posteriores pelos caninos. (B) Vista mostrando função em grupo com contatos entre caninos, pré-molares e molares. (C) Vista do movimento protrusivo com contato nos incisivos centrais superiores.

C. PLANO OCLUSAL, CURVAS DE SPEE E CURVA DE WILSON

No plano sagital, a curva de Spee é uma curvatura anatômica anteroposterior formada pelas pontas das cúspides dos caninos inferiores e das cúspides vestibulares dos dentes posteriores até o último molar. No plano frontal, a curva de Wilson é uma curvatura no sentido lateral formada no sentido vestibulolingual, passando pelas cúspides vestibulares e linguais dos dentes posteriores, resultando na inclinação axial desses dentes (Fig. 1.24). Essas duas curvaturas são importantes na função, na desoclusão e na estética.

O plano oclusal é uma superfície imaginária que envolve as bordas incisais e as pontas de cúspides. Esse plano é importante quando há a necessidade de restaurar toda a oclusão, pois, como é paralelo à linha bipupilar, torna-se uma referência estética. Esse plano é alterado em situações em que ocorre migração dentária (Fig. 1.25).

EXAME PERIODONTAL

O periodonto é constituído por tecidos de proteção (gengiva e mucosa alveolar) e de sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) do dente. Os parâmetros clínicos mais importantes a serem avaliados no exame periodontal, os quais serão detalhados a seguir, são gengiva queratinizada (largura e espessura), profundidade de sondagem, distâncias biológicas, nível de inserção clínica, índice de placa bacteriana, índice de sangramento gengival, recessão gengival e mobilidade dentária.



Figura 1.24 – Vista mostrando as curvas de Spee (linha vermelha) no sentido anteroposterior e de Wilson (linha amarela) no sentido lateral.



Figura 1.25 – (A-B) Imagens antes e depois da conclusão do tratamento com próteses fixas na maxila e prótese sobre implante na mandíbula. Observe a correção da curva de Spee e do plano oclusal nas próteses novas.