

# O EXAME CLÍNICO EM PRÓTESE TOTAL

## THE CLINICAL EXAM OF COMPLETE DENTURE

Humberto GENNARI FILHO<sup>1</sup>

### RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo fazer um pequena revisão dos detalhes clínicos que devem ser observados durante a confecção de uma prótese total, com a finalidade de se estabelecer um prognóstico que tenha respaldo científico e que nos permita afirmar ao paciente suas verdadeiras condições de uso da mesma.

**UNITERMOS:** Prótese total; exame clínico; diagnóstico.

### INTRODUÇÃO

É óbvio que quando da execução de uma prótese total o objetivo maior é oferecer conforto ao nosso paciente, permitindo que ele possa falar sem impedimentos, mastigar os alimentos de forma eficiente, ter uma posição de repouso e, além disso, estar adequadamente bem construída considerando-se os fatores estéticos.

Nem sempre isto é possível se considerarmos as mais diversas situações encontradas durante o exame clínico. Às vezes, uma reabsorção muito acentuada pode comprometer a tão desejada retenção o que torna a mastigação difícil. Em outras situações, a dificuldade de adaptação do paciente à prótese recém construída pode expor esta relação tornando necessário vários retornos de ajustes, o que no final acaba por acarretar desistência e o não uso da mesma.

Muitas são as situações comprometedoras que afetam o vínculo de dependência paciente/prótese e isto, na maioria das ocasiões, está nas mãos do protesista. O que precede o sucesso é a atenção dada aos mínimos detalhes para que eles não se tornem grandes impedimentos promotores de transtornos.

O exame clínico tem a finalidade de oferecer possibilidades de tratamento ao protesista permitindo que, sob certas circunstâncias, proponha diferentes tipos de trabalho com o mais alto grau de confiabilidade. No entanto, o fato de ignorá-lo, cria situações delicadas pelo

desenvolvimento de trabalhos que o próprio paciente não confia. Esta situação, somada ao estado psicológico do paciente gera problemas que, em certas circunstâncias, são de difíceis soluções. Quando o paciente é do tipo receptivo, ou seja, aquele que esta predisposto a aceitar o tratamento proposto com todas as suas implicações, existe a possibilidade de grande sucesso. No entanto, quando a qualificação psicológica identifica um paciente negativista, que não acredita na possibilidade da odontologia e do dentista resolverem o seu problema, aí sim estamos diante de uma grave situação. Além disso, podemos citar ainda os históricos que já fizeram várias próteses totais com vários profissionais e não se deram bem com nenhuma delas, e o indiferente, representado por um indivíduo carente de interesse que não se importa com aquilo que for feito a ele.

A falta de conhecimento da área de sustentação da futura prótese é questionável. É o mesmo que realizar uma grande construção sem conhecer o terreno no qual se assentará o alicerce. Assim, o **Diagnóstico** bem estabelecido tem estreita relação com a utilização da prótese, pois representa a avaliação científica das condições existentes. SAIZAR<sup>15</sup> (1972), cita que até bem pouco tempo não era grande a preocupação dos autores pelo diagnóstico em prótese total. A falta de dentes já indicava um diagnóstico e, a indicação "Prótese total" não oferecia dúvidas. O tempo, a experiência, a repetição dos fracassos e o mistério dos êxitos é que demonstraram as grandes diferenças entre uns desdentados e outros. O autor classifica o

1 - Professor Titular da Disciplina de Prótese Total da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP

diagnóstico de forma bastante conveniente como sendo: **Diagnóstico Bucal** e **Diagnóstico protético**.

O **Diagnóstico bucal** é a síntese que se obtém do exame de um indivíduo (interrogatório, exame clínico, radiográfico, estudo dos modelos) em relação a seu estado de saúde buco-dental.

O **Diagnóstico Protético** é a síntese que se obtém do estudo das características do caso com a ajuda dos elementos que fortalecem o diagnóstico bucal agora, do ponto de vista protético.

Dessa forma, com todos os dados obtidos podemos estabelecer o **prognóstico**, que é o efeito de prever aquilo que pretendemos executar e, com confiança, relatarmos ao paciente as suposições do que é possível acontecer.

No entanto, para que isto aconteça, devemos conhecer as estruturas anatômicas que conformam a cavidade bucal, assim como todos os elementos que intervêm no funcionamento do sistema mastigatório, as técnicas atuais de procedimentos e o conhecimento dos materiais que serão utilizados na construção das próteses. O profissional deve estar ciente de que seu trabalho não deve estar vinculado exclusivamente à construção da prótese mas também, faz parte de sua responsabilidade conseguir um tratamento integral, devolvendo a função, harmonia e segurança ao desdentado total.

Devemos iniciar pela anamnese, para podermos integrar a história clínica médica e odontológica, avaliando a saúde geral do paciente. Nesta fase podemos observar as deficiências nutricionais que poderão influir na saúde da mucosa oral; diabetes que tem influência na reabsorção óssea; os estados artríticos que poderão acometer a articulação temporomandibular; a influência dos fármacos que podem gerar xerostomia e outros problemas, além do aspecto psicológico. "Compreensão e paciência por parte do examinador permitem ao paciente expressar as suas queixas de modo completo e minucioso, resultando na obtenção de importantes informações que, de outra maneira não seriam dadas voluntariamente" (HOCHSTEIN; RUBIN,<sup>7</sup> 1985)

Para compreensão do estabelecimento do diagnóstico e prognóstico em prótese total, devemos considerar além do Exame Geral do paciente, o **Exame da boca** que compreende o exame clínico visual e apalpação, exame radiográfico e exame dos modelos de estudo.

#### Exame clínico da boca

"O exame da boca é uma medida essencial e deve constituir um procedimento metódico de rotina, feito antes de se constituir qualquer forma de tratamento dentário". Quem faz bons exames aguça cada vez mais seu espírito crítico (PORTO,<sup>13</sup> 1996).

Deve ficar claro que o exame clínico da boca será feito de maneira que toda área a ser analisada

seja totalmente inspecionada visualmente e através da apalpação. A avaliação do estado geral da boca é muito importante e deve ser objeto de minucioso estudo, portanto, deve-se revisar cuidadosamente cada uma das estruturas que a integram tomando muito cuidado com a tendência tão natural de realizar os exames rotineiramente.

#### Lesões:

Segundo FELTRIN et al.<sup>5</sup> (1987), as **lesões** apresentadas na Tabela 1 são as que mais acometem a cavidade bucal. Nela podemos observar que as **hiperplasias fibrosas inflamatórias** mostraram 37 ocorrências num total de 122 lesões e que elas apareceram mais nas cavidades bucais num período entre 6 a 10 anos (13 casos) e entre 11 e 15 anos (10 casos). Na seqüência aparecem as **Estomatites** (22 casos), **Úlceras traumáticas** (18 casos) e assim por diante.

TABELA 1- Lesões que mais acometem a cavidade bucal

Anos de uso	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	total
<b>Lesões</b>								
Hip. Fibrosa Inflam.	1	3	13	10	7	2	1	37
Estomatite	2	5	6	3	4	2		22
Úlcera Traumática	10	5	3					18
Rebordo Flácido			7	5	3	1		16
Hip. Papilomatosa Infl.		2	2	3	2	3		16
Candidíase	2	1	1	1				5
Área de compressibilid.	1	1	1	1				4
Rebordo reabsorvido				1	1			2
Queilite angular			1					1
Hiperqueratose					1			1

As **Hiperplasias fibrosas inflamatórias** são as lesões que mais comumente aparecem em função, especialmente da ação das bordas das dentaduras no fórnix dos vestibulos. Elas representam uma resposta frente à compressão dos tecidos moles, formando grandes massas teciduais que mesmo indolores promovem incômodo ao paciente. Uma das principais causas deste acontecimento são as moldeiras sobreextendidas cujas bordas comprimem excessivamente no ato da moldagem, e que assim, continuarão comprimindo após as próteses totais serem instaladas. Além deste fato, com a redução da tábua óssea externa, as próteses tendem a desajustar-se nestas zonas surgindo a hiperplasia compensadora. A remoção cirúrgica é a melhor solução para o caso. Na região do palato duro, as **hiperplasias inflamatórias papilomatosas**, que se caracterizam pela formação de pequenos glóbulos, são as que mais ocorrem e estão freqüentemente relacionadas à irregularidades das próteses, especialmente as antigas, higiene deficiente e baixa renovação salivar sob a prótese. Seu tratamento consiste na remoção do tecido

hiperplásico e reembasamento (TELLES et al.,<sup>16</sup> 2003).

Assim como as Hiperplasias fibrosas inflamatórias, as **Estomatites** são também uma resposta dos tecidos frente às agressões sofridas. Na grande maioria dos casos, elas provêm da falta de higiene tanto das próteses como da mucosa oral que, pela ação das bactérias presentes, respondem com inflamação dos tecidos, sendo também a presença de fungos um importante fator para o seu aparecimento (PENHA et al.,<sup>10</sup> 2000). Além disso, para OLIVEIRA et al.<sup>3</sup> 2000, sua etiologia é controversa podendo estar associada a fatores como a oclusão, dimensão vertical, retenção, estabilidade dinâmica e estática além de aspectos qualitativos relacionados às condições encontradas no desdentados. A associação da imersão em hipoclorito de sódio a 0,05% e a escovação com sabão de coco são efetivos no controle do biofilme da dentadura, reduzindo as estomatites (BARNABÉ et al.,<sup>1</sup> 2004). É muito comum observarmos também, este tipo de lesão em pacientes portadores de prótese antigas. Pelo fato da reabsorção óssea ocorrer fisiologicamente, há perda de contato da prótese com a mucosa e isto possibilita movimentos de fricção o que gera o processo inflamatório. Nestes casos, quando da confecção de novas próteses, é necessário o reembasamento ou a substituição da base da dentadura para ajustá-la à superfície de assentamento e somente após a regressão da lesão é que devem ser executadas as moldagens. Podemos observar pela tabela que estas lesões têm uma relação muito estreita com a vida útil das próteses pois, o maior número delas ocorreram entre 3 a 5 anos de uso (5 casos) e entre 6 a 10 anos (6 casos). Este é um período em que as próteses apresentam desgastes, estão impregnadas de saliva e resíduos e a superfície de contato com a mucosa esta comprometida. Todos estes fatores contribuem para o aparecimento da lesão.

Outro grupo de lesões que aparecem freqüentemente são as **Úlceras traumáticas**. Ao contrário das hiperplasias e das estomatites, estas aparecem em maior volume entre o primeiro e o segundo ano de uso. No entanto, é bastante comum seu aparecimento logo após a instalação ou no período de adaptação. Este acontecimento está vinculado também às moldagens incorretas realizadas com moldeiras que apresentam sobreextensão de borda e que acabam por comprimir áreas do fornx do vestibulo gerando feridas com sintomas dolorosos intensos. Elas aparecem também em outras áreas e estão sempre vinculadas ao excesso de compressão durante a moldagem e que são transferidas depois para a prótese concluída. A prevenção deste acontecimento é, sem dúvida, o aprimoramento da técnica de moldagem permitindo realizá-la de tal

forma a obter uma cópia que seja a verdadeira representação da boca, sem deformação alguma. No entanto quando ela aparece, podemos detectá-la e proceder ao desgaste ou ajuste da superfície interna da prótese.

Além das lesões constantes na tabela devemos estar atentos para aquelas que podem representar maior gravidade. Assim, pequenos pontos que parecem ser inofensivos podem ser as de maior agressividade. Pequenas lesões que nos passam despercebidas ou que não nos desperta tanto interesse podem ser precursoras de outras com intensidade maligna. O câncer oral é um dos dez mais freqüentes no mundo, sendo a grande maioria nos países em desenvolvimento. A detecção precoce do mesmo se fundamenta na identificação do que se denominam lesões pré-cancerosas, que são tecidos com morfologia alterada, mais propensas a cancerizar-se do que aqueles com aparência normal (PERES et al.,<sup>11</sup> 2002). De todas as lesões deste tipo, as mais comuns são: a **Leucoplasia**, a **Eritroplasia** e o **Liquen plano oral**, que devem ser objeto de inspeção cuidadosa e, cabe ao dentista, não o diagnóstico, mas o discernimento daquilo que é ou não uma situação de anormalidade e encaminhar o paciente para um profissional que esteja habilitado a este tipo de investigação. Os resultados do trabalho de RODRIGUES et al.<sup>14</sup> (2000), sugerem um maior cuidado no diagnóstico e controle de Leucoplasias, dada a possibilidade de transformação maligna.

O **torus palatino** é uma eminência óssea que, dependendo do seu tamanho, não convém intervir para a sua remoção. Aqueles que surgem na porção mediana do palato duro em que não se observa a interferência no eixo de inserção da prótese, não há necessidade de remoção. Em algumas situações os torus que surgem na vertente lingual da mandíbula não permitem que a prótese seja instalada, requerendo portanto remoção cirúrgica ou desgaste na porção interna da prótese para permitir a sua inserção.

A retenção das próteses sempre foi um dado de dificuldade para muitos protesistas que não dominam bem as técnicas de moldagem. No passado, para compensar esta fraqueza, eles abriam no interior da prótese verdadeiras crateras, chamadas de **câmaras de sucção**, que tinham como finalidade diminuir a pressão interna da prótese, aumentando sua retenção. No entanto, com o passar do tempo formava-se uma massa hiperplásica de tecido no interior desta câmara que a preenchia totalmente, tornando o efeito da mesma totalmente nulo, ou seja, a dentadura perdia sua retenção. É comum ainda, nestes tempos, observarmos os resquícios destas atividades. O tratamento pode ser cirúrgico ou pela compressão gradativa da lesão, preenchendo a câmara de



sucção com porções delgadas de cera, até o seu completo desaparecimento.

Outro tipo de lesão que tem se manifestado nos pacientes portadores de prótese total é a **Queilite angular** que, dependendo do grau de acometimento, promove dores intensas limitando a abertura da boca e, conseqüentemente, impedindo várias atividades do indivíduo. É comum atribuir o aparecimento desta lesão a uma diminuição do comprimento da altura da face pelo desgaste dos dentes e também pela reabsorção óssea que acontece freqüentemente expondo as comissuras labiais a um molhamento constante o que propicia a instalação de microorganismos. A conduta para o tratamento desta lesão é determinar uma correta dimensão facial, aumentada com resina acrílica na própria dentadura, nas superfícies oclusais e, após o restabelecimento do paciente, construir uma nova dentadura.

A **candidíase** é lesão que acomete também a cavidade bucal dos pacientes portadores de prótese total, produzindo dores e às vezes impedindo que o paciente as utilize. A precariedade da saúde bucal de portadores de prótese e a correlação entre a má higiene e lesões da mucosa oral levam ao aparecimento de lesões como a candidíase atrófica crônica que, segundo COELHO et al.<sup>3</sup> (2004), é a mais freqüentemente encontrada, ocorrendo mais nas mulheres, usuárias de prótese total, com período de uso entre 16-20 anos. O biofilme da prótese constitui-se em fator etiológico importante dessa patologia freqüentemente encontrada e estudos indicam que a *Cândida albicans*, assim como algumas espécies de fungos presentes no biofilme têm papel significativo no início, manutenção e exacerbação da doença (PARANHOS,<sup>9</sup> 2003). A prevenção e o tratamento estão associados ao processo de higienização e a ministração de Nistatina, respectivamente. Utiliza-se o Micostatin drágeas 500 mg de 6 em 6 horas. O processo de higienização pode ser realizado por **imersão** (peróxidos ou hipoclorito de sódio) ou pelas pastas limpadoras que, segundo HARRISON et al.<sup>6</sup> (2004), são capazes de remover quase todas as colônias de *cândida albicans*.

Além das lesões mais comuns apresentadas devemos dar enfoque também à mucosa oral que faz parte da área de sustentação da prótese analisando-a quanto a sua **resiliência** e quanto ao seu **estado de saúde**.

A **resiliência** é uma das propriedades da mucosa que, uma vez comprimida, permite sua recuperação após a anulação da força. Devido às Características de compressibilidade da fibromucosa, a incidência de cargas sobre a prótese total resulta na movimentação da mesma em direção ao rebordo, a qual pode resultar no aumento da reabsorção do rebordo residual, na falta de adaptação interna e na perda de retenção da prótese (COMPAGNONI et al.,<sup>4</sup> 2003). O ideal seria que a fibromucosa, ao receber a ação de uma força,

pudesse recuperar-se imediatamente para estar apta a receber nova compressão, absorvendo a ação da mesma, não sobrecarregando o tecido ósseo. No entanto, é sabido que a mesma apresenta rápida deformação e recuperação mais lenta e incompleta, de forma que a ação repetida da aplicação de carga reduz gradualmente a quantidade de movimentação e retorno da prótese (COMPAGNONI et al.,<sup>4</sup> 2003). Para melhor entendimento, podemos classificá-la como **mucosa muito resiliente ou flácida**, de **resiliência média**, ou **pouco resiliente que corresponde à mucosa dura**. Do ponto de vista do prognóstico, a mucosa muito resiliente ou flácida é a que traz as maiores desvantagens para o usuário de dentaduras, considerando-se que ao mastigar, a desestabilização será muito grande em virtude da grande deformação sofrida pela mucosa.

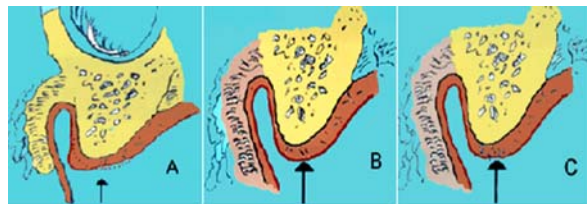


FIGURA 1 - Características da resiliência da mucosa

- A) muito resiliente ou flácida,  
B) pouco resiliente,  
C) resiliência média

Para que este problema seja sanado, convém que o paciente seja submetido à remoção cirúrgica de todo tecido flácido, pois a prótese apoiada em tecido sadio produz melhor sustentação. Isto não significa que a mucosa pouco resiliente ou dura seja satisfatória. Esta, por não ceder à ação das forças torna-se muito sensível, produzindo desconforto ao paciente que na maioria das vezes, reclama de dor. Assim, podemos afirmar que a mucosa com resiliência média é a que tem melhor comportamento pelo fato de servir como uma superfície de amortecimento das forças que agem sobre as dentaduras.

Devemos considerar ainda, que durante as moldagens, a mucosa flácida sofre alteração de posição, pela ação do material utilizado, e isto pode comprometer a fidelidade do modelo que terá sua topografia original alterada, resultando em prótese mal adaptada.

Quanto ao **estado de saúde da mucosa** devemos considerar como saudável aquela que se apresenta com a cor rosa claro, superfície lisa e aderente. Qualquer modificação destas características indica alteração de normalidade.

Devemos estar atentos **aos processos inflamatórios** que promovem, por edema, aumento volumétrico e que impossibilitam a moldagem momentânea. Sempre que a mucosa apresentar-se avermelhada, caracterizando uma inflamação, devemos reembasar a prótese, para que através

do condicionamento, possamos revertê-la a um estado de saúde que possa ser considerado satisfatório. Este reembasamento pode ser temporário e o material trocado em períodos regulares para que não perca a qualidade, e que auxilie na recuperação do tecido. O tom róseo da mucosa pode tornar-se avermelhado e em certas circunstâncias distingue-se alguns pontos mais escuros devido ao congestionamento do próprio tecido. O aspecto pode tornar-se nodular, granuloso, quase sempre no centro do palato e evoluir para uma hiperplasia inflamatória papilomatosa. Apesar de que na maioria das vezes não há sintomatologia, o paciente pode reclamar de dores, ardor ou sensação de queimadura. Na grande maioria das vezes a associação com a má higiene oral predispõe este acontecimento.

As **reações alérgicas**, causadas principalmente pelo monômero em excesso na massa da resina, podem promover os mesmos sinais. Isto se deve aos ciclos de polimerização incorretos que são praticados e ao monômero residual que é liberado após a prótese total ter sido instalada. Pela toxicidade do monômero, a mucosa responde com um certo grau de inflamação, resultando em ardência e edemaciando a região do palato. Para ambos os casos, o tratamento consiste na remoção da prótese por alguns dias, para observar a regressão. Em caso afirmativo deve-se pensar na substituição com nova prótese, ou utilizar-se dos reembasamentos definitivos com materiais resilientes.

Outros fatores do exame clínico que podem influir no prognóstico são aqueles inerentes à própria conformação dos elementos da cavidade oral e que não podem ser modificados. Assim, a **profundidade da abobada palatina** pode influir na dissipação das forças que recaem sobre a prótese superior. Na situação de maior profundidade (A), pelo fato das vertentes serem muito inclinadas, as forças recairão na região da rafe palatina e sobre os rebordos. O palato duro terá muito pouca ação de frear esta ação o que sobrecarregará as outras regiões, podendo reabsorvê-las mais intensamente. Se considerarmos um palato duro com profundidade moderada (B), as forças terão maior área para se dissiparem, não sobrecarregando as áreas da rafe palatina e a área dos rebordos alveolares, situação esta que melhora ainda mais em palato com características planas (C).



FIGURA 2 - Características da profundidade do palato

- A) muito profundo,
- B) profundidade média,
- C) pouco profundo

A **forma geral dos maxilares** pode ser classificada como quadrada, triangular e ovóide.

Apesar de não se dar tanta importância a este fato, cremos que ele merece ser analisado, pois faz parte dos itens que definirão o prognóstico.

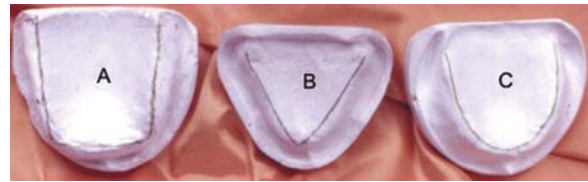


FIGURA 3 – Características da forma dos maxilares

- A) forma quadrada,
- B) forma triangular,
- C) forma oval

Assim, no maxilar quadrado e ovóide, observamos maior área se os compararmos com o triangular. Quanto maior a área, menor será a ação da força, por unidade de superfície e, quanto menor esta ação melhor a distribuição, gerando maior estabilidade da prótese. Além disso, o aspecto estético da montagem dos dentes artificiais nos maxilares triangulares, sempre será prejudicado em relação aos outros em função da própria aparência. Quando se pretende alterar esta situação mudando a forma do arco, na montagem, os dentes anteriores poderão sair fora do arco produzindo alavanca que desestabiliza a prótese. Portanto, podemos acreditar que os maxilares quadrados e ovóides desenvolvem uma situação mais favorável ao prognóstico, que os triangulares. Em relação ao **tamanho dos maxilares** podemos classificá-los em grandes, médios e pequenos. Em termos gerais, SAIZAR,<sup>15</sup> (1972) cita que quanto maiores mais favoráveis eles são para as próteses, pelos mesmos motivos já citados para a **forma dos maxilares**. Evidentemente, quanto maior o perímetro do maxilar, maior será a retenção.



FIGURA 4 – Tamanho dos maxilares

- A) maxilar grande,
- B) maxilar médio,
- C) maxilar pequeno

Temos que considerar, no entanto, que em alguns casos o tamanho grande pode ser devido às hipertrofias ósseas que, ao invés de auxiliar a retenção, pode prejudicá-la por não permitir a sua instalação de forma usual, necessitando de desgastes excessivos nas bordas da dentadura, o que possibilita a penetração de ar entre esta e a mucosa. Portanto, estas proeminências que ocorrem principalmente na região de tuberosidades devem ser consideradas com antecedência para que no momento da instalação, não representem surpresas.

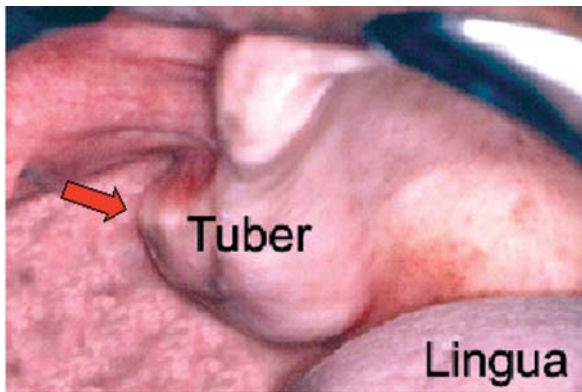


FIGURA 5 – Aumento volumétrico do Tuber da maxila

A **relação das Tuberosidades maxilares com as papilas piriformes** também é um fator de preocupação. Quando os pacientes permanecem desdentados por períodos prolongados, sem a utilização de próteses, os seios maxilares podem sofrer um abaixamento e o espaço entre este e a papila piriforme torna-se restrito inviabilizando a montagem dos dentes artificiais neste espaço. Em situações extremas o paciente deve ser submetido à cirurgia para o levantamento do seio maxilar para dessa forma criar o espaço suficiente.



FIGURA 6 - Relação da tuberosidade palatina com a papila piriforme

A **desarmonia do tamanho dos arcos** superior e inferior também é um fato que pode repercutir no prognóstico por gerar problemas mecânicos da articulação dos dentes. Em algumas situações podemos observar grandes arcos inferiores que se contrapõem a pequenos arcos superiores ou vice versa e, com estas configurações, trazerem problemas para a montagem dos dentes e mais especificamente para o estabelecimento de uma oclusão e articulação dental padronizada. Devemos estar cientes de que após as extrações dentais, o arco superior segue um padrão de reabsorção óssea que contempla mais a tabua óssea externa do que a interna. Podemos dizer que a reabsorção do rebordo maxilar acontece de fora para dentro e do inferior, de cima para baixo. Desta forma, maxilares dentados do mesmo tamanho, podem ser diferentes após as extrações dentais com o decorrer dos anos.

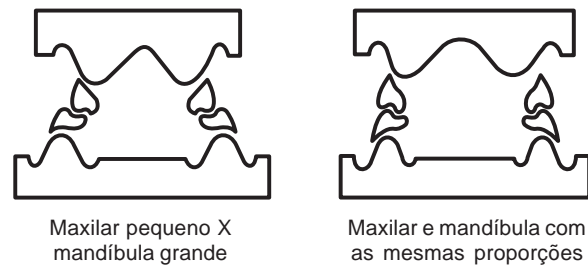


FIGURA 7 - Desarmonia do tamanho dos arcos

Um dos aspectos importantes relacionados à retenção das próteses está vinculado ao **tamanho e forma dos rebordos residuais** pelo fato desta situação promover ou não ancoragem suficiente para as dentaduras, dependendo do seu grau de reabsorção. Basicamente podemos dizer que os rebordos residuais classificam-se **quanto ao tamanho** em: **proeminentes, médios e atróficos** e esta relação esta na dependência do volume ósseo. Fica evidente que os proeminentes são os maiores e os atróficos, os menores e que a retenção decresce respectivamente. Isto não significa que os rebordos com pouco volume ósseo são insuficientes para prover retenção a uma dentadura. A associação de boas técnicas de moldagem, do aproveitamento dos fenômenos físicos inerentes a ela e a não intervenção de fatores, como a resiliência, a falta de saliva, etc, possibilitam retenção satisfatória. Por outro lado, nem sempre o que é mais volumoso tem que ser melhor. Às vezes, como já foi dito, os rebordos muito proeminentes não permitem a instalação das próteses, principalmente a superior, sem antes ter que efetuar um grande desgaste da borda em virtude do seu eixo de inserção, e isto identifica os rebordos considerados de tamanho médio, como altamente favoráveis.

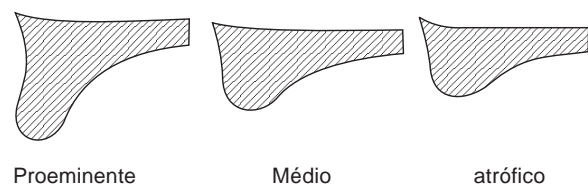


FIGURA 8 – Tamanho dos rebordos residuais

**Quanto à forma**, classificamos os rebordos residuais como sendo **arredondados, triangulares e estrangulados**. Os rebordos arredondados são aqueles oriundos de extrações dentais realizadas de forma adequada, com uma cicatrização definida em tempo normal, sem a presença de espículas ósseas ou patologias. Assim, sua arquitetura é definida de tal forma que possibilite sustentar adequadamente as forças compressivas, e que, recebendo estímulos mecânicos que retardam a reabsorção, se mantêm indefinidamente.

O mesmo não pode ser dito das outras formas. Tanto a triangular quanto a estrangulada são determinadas por perda óssea geradas por algum problema físico (externo) ou fisiológico (internos) e que se caracterizam por apresentarem em forma de lâmina (triangulares) e em forma constrictiva (estrangulada), e que sendo frágeis, não oferecem o suporte necessário às próteses permitindo que as mesmas comprimam inadequadamente os tecidos dando origem ao desconforto e às reclamações.

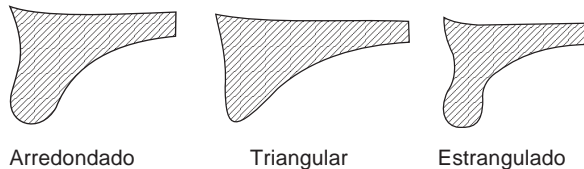


FIGURA 9 – Forma dos rebordos residuais

A relação angular entre o palato duro e o palato mole, chamada de **Forma posterior** é um fator significativo no estabelecimento do limite posterior da dentadura. Esta relação pode ter inclinações variáveis e isto deve influir na determinação deste limite. Podemos defini-las como sendo uma **relação suave, média ou abrupta**. Assim, para pequenas inclinações, o limite posterior da dentadura pode estender-se ligeiramente para o palato mole enquanto para as abruptas este limite deve ser definido exatamente na área de transição, sem a invasão do palato mole. Isto se deve ao fato de que na fala ocorre movimentação do palato mole e uma sobreextensão da base da dentadura, neste local, poderia provocar ulcerações. A observação deste fato deve ser feita em um momento anterior à moldagem final, durante o ajuste da moldeira individual superior.



FIGURA 10 - Relação angular entre palato mole e duro  
1 - Suave / 2 - Média / 3 - Abrupta.

O **domínio muscular** voluntário do paciente é um detalhe que pode influir poderosamente no resultado final de uma prótese. Assim, para a análise deste fato, devemos considerar a facilidade que o paciente tem para: projetar a língua para fora

movimentá-la lateralmente (nas comissuras), movimentar os lábios e a mandíbula para frente e para os lados. Aqueles que não conseguirem executar tais atividades, provavelmente terão dificuldades para aprender a usar as próteses e se adaptarão menos aos seus defeitos. Devemos considerar ainda, que todos os registros referentes à determinação das relações entre a maxila e a mandíbula, tanto as executadas no plano horizontal quanto no vertical carecem de bom domínio muscular e, quando não determinadas corretamente, refletirão em desajustes que comprometerão o prognóstico.

A **relação entre os arcos** (classe I, II e III de Angle) é um fator interessante, e deve ser observado nos pacientes para a definição do seu enquadramento nesta classificação. A situação em que os arcos estão nivelados (classe I) oferece um posicionamento mandibular em relação à maxila que tem favorecimentos funcional e estético por possibilitar a reposição dos dentes através de uma oclusão normal sem alteração de suas posições, disposições e alinhamento e que permitirá, sobretudo, o estabelecimento da articulação requerida através da qual as próteses exercerão suas funções. Fica justificado que a não alteração do posicionamento dental reforça o aspecto estético. Por outro lado, quando se tem uma classe II ou III de relacionamento entre a mandíbula com a maxila pode-se ter prejuízos tanto funcional quanto estético. Uma classe II requererá a supressão de dentes ou a permanência de grandes diastemas o que implicara na perda de qualidade estética. Pelo fato do trespassse horizontal permanecer grande o paciente terá dificuldades no momento de incisar ou cortar um alimento o que causara prejuízo funcional, acarretando reclamações. Isto pode ser contornado, às vezes, vestibularizando-se os dentes superiores e inferiores desde que o trespassse não seja muito grande, caso contrário, será criada uma alavanca que desestabilizará a prótese. Já na classe III verifica-se o contrário, onde a mandíbula sendo maior do que a maxila requererá a colocação de mais dentes (normalmente os pré-molares) para fechar o espaço ou então, também aparecerão grandes diastemas. Nestas situações, o paciente deverá estar ciente destes problemas para, no momento da prova das próteses, não criar situações de discórdia.

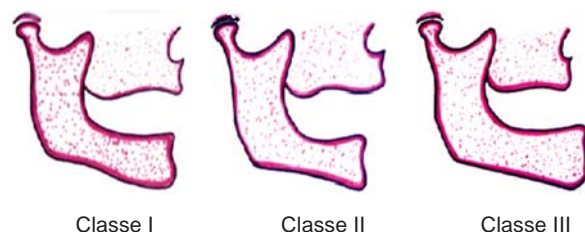


FIGURA 11 – Relação entre os arcos na classificação de Angle

A **Relação Lábio-alveolar** é um fator de diagnóstico que tem poder decisivo no aspecto estético. Se classificarmos os lábios em curtos, médios e longos e o rebordo alveolar em curto, médio e alto, podemos imaginar que a inter-relação entre eles pode gerar fatores antiestéticos. Assim, um lábio curto com um rebordo alto irá expor uma quantidade de gengiva artificial na dentadura que em determinadas circunstâncias torna-se altamente insatisfatória, do ponto de vista estético. Certamente, quando este tipo de paciente tinha seus dentes naturais, isto já ocorria, mas agora, provavelmente, ele não aceitará pelo fato de ser algo artificial. Para podermos contornar esta situação podemos optar pela caracterização da base da dentadura oferecendo menor artificialismo da gengiva vestibular ou então, optar pela cirurgia, com a remoção em volume e altura do rebordo alveolar. As outras associações certamente, não trarão tantos problemas estéticos.



FIGURA 12 – Relação lábio-alveolar

Quando estamos procedendo à moldagem final, o ajuste da moldeira individual é um fator determinante na obtenção de modelos representativos daquilo que estamos pretendendo. No entanto, quando não observamos convenientemente os limites da área de sustentação, podemos incorrer em erros de moldagem que trazem péssimas conseqüências para o paciente, do ponto de vista funcional. As próteses, de reabilitadoras passam a aparelhos iatrogênicos promovendo ulcerações constantes e, inibindo assim, o conforto prometido.

O **deslocamento da Fossa Retroalveolar** é uma dessas situações que devem ser muito bem observadas para não promover a falta de adaptação da prótese inferior, que já não conta com uma retenção tão adequada quanto a superior. Quando o paciente projeta sua língua para frente, os tecidos que formam esta fossa também são projetados e, se a borda da prótese inferior comprimi-los neste momento duas situações podem ocorrer: ou a prótese é deslocada para frente ou o tecido sofre ulceração, sujeitando-o a incômodos. Para identificarmos a fossa retroalveolar podemos, com o dedo indicador, tocá-la, sentindo sua elasticidade e a sua profundidade e com isto determinarmos o comprimento da borda da moldeira no ato da moldagem ou da dentadura no momento da instalação.



FIGURA 13 – deslocamento da fossa retroalveolar

Outro fator coadjuvante na retenção das próteses é a **saliva** que pode ser classificada como **serosa** e **mucosa**, dependendo de sua viscosidade. Assim, a **saliva serosa** é aquela que se apresenta mais fluida ou mais aquosa e que gera uma película bem fina entre a superfície da mucosa e da base interna da dentadura permitindo maior adesividade, pelo aumento do efeito da capilaridade. O mesmo não acontece com a **saliva mucosa** que por ser muito espessa promove uma película grossa reduzindo o bom contato entre a base da dentadura e a fibromucosa, permitindo um deslizamento entre ambas o que até certo ponto, pode não representar problemas quando a força exercida sobre a prótese for de pequena intensidade (TELLES et al.,<sup>16</sup> 2003). No entanto, temos que considerar que a pior situação é aquela em que a saliva está ausente ou o seu volume tornou-se insatisfatório a ponto de não permitir uma retenção moderada. Vários são os fatores que podem contribuir para o estabelecimento da xerostomia entre eles: o desequilíbrio hormonal, ansiedade, o uso de medicações como os antidepressivos, anti-histamínicos, anti-hipertensivos e outros. Em algumas situações os pacientes não podem suspender a medicação o que torna um fator complicador. Nestas situações pode-se recomendar o uso de saliva artificial que reproduz a retenção com eficiência, permitindo as funções básicas como a fala e a mastigação. Os estudos de BONAN et al.,<sup>2</sup> (2003), enfatizam que há redução significativa do fluxo salivar durante e após a radioterapia em pacientes portadores de carcinomas da cabeça e pescoço.

Se compreendermos a importância da saliva na retenção de uma dentadura daremos o devido valor ao diagnóstico bem estabelecido da hipossalivação, definido através da anamnese e da sialometria, se necessária, o que nos proporciona a detecção de pacientes que tenham alta probabilidade de apresentar redução do fluxo salivar (TORRES et al.,<sup>17</sup> 2002).

Se por um lado a falta de saliva é um fator complicador especialmente para a prótese superior, em função da gravidade, por outro lado a **língua** representa uma dificuldade para a estabilização e retenção da prótese inferior. Devemos estar cientes de que sua mobilidade, até mesmo na fala, expõe o soalho da boca constantemente, o que promove a entrada de ar, quebrando o vedamento periférico

que já é débil e assim, enfraquecendo ainda mais a retenção. Uma **língua** que tenha uma **posição normal** deve ocupar todo soalho da boca, suas porções laterais tocar a face lingual dos dentes posteriores e a ponta da língua tocando a superfície lingual dos dentes anteriores próximos à superfície incisal. Quando os dentes são perdidos, a língua sofre um espriamento ocupando um espaço maior, sem, contudo perder suas características de posição. Na **classe I de retrusão**, a língua assume outro posicionamento cuja característica principal é a sua ponta voltada para baixo e ligeiramente retruída expondo o soalho da boca. Nesta posição o vedamento pode ser quebrado e a dentadura incapaz de se manter retida, pelas forças físicas. A situação piora ainda mais numa situação de **classe II de retrusão**, onde a ponta da língua está voltada para cima, como se estivesse intruída no corpo, expondo o soalho da boca em demasia. Além de possibilitar a entrada de ar, pela sua posição, promove a instabilidade da prótese, pelo levantamento da musculatura constituinte do soalho bucal. Do ponto de vista do prognóstico a posição normal é mais favorável pois, é a que apresenta a menor possibilidade de movimentar a dentadura, durante a sua função. Outra situação que afeta terrivelmente o prognóstico são as macroglossias, representadas por línguas muito volumosas, que ocupam exageradamente o espaço bucal, interferindo significativamente na estabilidade da prótese.

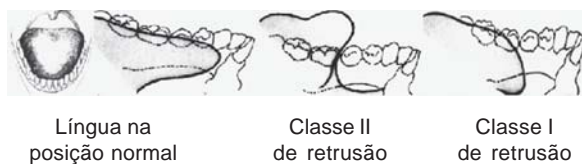


FIGURA 14 – Classificação da posição da língua

### Exame Radiográfico

SAIZAR<sup>15</sup> (1972), cita que o número de circunstâncias desfavoráveis encobertas por mucosas aparentemente são é suficientemente elevado para justificar o Exame Radiográfico. Muitos profissionais acreditam que uma boca desdentada mostra-se pronta para receber uma prótese, sem considerar os atos executados anteriormente que fazem da edentação uma situação real ou somente aparente.

As radiografias oclusais representam uma das formas mais objetiva de se mapear as áreas que servirão de alicerce para as dentaduras. Mediante este estudo se comprova a ausência ou existência de raízes fraturadas, de corpos estranhos, dentes inclusos, cistos e todo tipo de má formação que pode comprometer o prognóstico. Uma vez diagnosticada qualquer alteração da normalidade, pode-se complementá-la com radiografias periapicais específicas dos locais indicados, para melhor visualização da área. Outra forma complementar do exame clínico são as

radiografias panorâmicas que possibilitam uma visão total do complexo maxilo-mandibular dando suporte à interpretação das estruturas ósseas. O **Exame do modelo de estudo** integraliza esta visão, por nos permitir analisar a topografia da área que pretendemos atuar de forma mais objetiva mostrando com clareza os aspectos de partes da boca difíceis de serem observados clinicamente.

### Plano de Tratamento

Com base no diagnóstico e prognóstico estabelecidos, iremos informar o paciente a respeito das possibilidades da nova prótese e certificar-lo a respeito das conquistas de suas expectativas.

É claro que o diagnóstico bem estabelecido nos proporciona determinar esta situação com bastante franqueza e segurança, bastando apenas confrontar os resultados obtidos do exame clínico, exame radiográfico e o exame geral do paciente, sendo a resposta dada instantaneamente pelo fiel da balança virtual que pesa os prós e os contras. A informação daquilo que pretendemos realizar deve ser compartilhada com o paciente e a aceitação, pelo mesmo, registrada na ficha clínica através de sua assinatura, para que no momento da instalação não haja discordância. Todos os motivos que possam determinar a postergação do tratamento imediato devem ser discutidos e realizados com antecedência para que os mesmos não interfiram no desenvolvimento do trabalho. Uma raiz residual, uma hiperplasia inflamatória, uma queilite que provoque dores intensas, ou mesmo tecidos flácidos que promovam instabilidade da prótese são fatores que devem frear o ímpeto de se iniciar o trabalho protético, e resolvê-los antecipadamente. Só assim conseguiremos propor a resolução dos problemas estéticos e funcionais do paciente, deixando-o satisfeito e nos permitindo executar um orçamento que nos dê êxito profissional.

“É preciso que a classe odontológica se empenhe em dignificar a profissão, uma vez que, para a elaboração de um diagnóstico, não é necessário ser orçamentista, mas são imprescindíveis capacitação técnica, sensibilidade, intuição e, sobretudo, a realização de um minucioso exame clínico” (POI et al.,<sup>12</sup> 2003).

Assim, para entendermos um prognóstico favorável devemos considerar:

#### Condições anatômicas e funcionais

- bom domínio muscular
- posição normal da língua
- reabsorção não excessiva
- saliva serosa
- relação normal entre os rebordos
- mucosa isenta de lesões e patologias
- mucosa com resiliência média
- relação angular do palato não abrupta
- boa relação lábio-alveolar
- rebordos superiores com inserção alta e os inferiores, baixa

**Habilidades técnicas**

- O dentista e seu protético deverão conhecer profundamente as fases de construção de uma prótese e estarem habilitados para tal.

**Psicologia do paciente**

- que seja receptivo ou que, pelo menos, possamos transformá-lo em um.

**ABSTRACT**

*The present work has with objective make a small revision of the clinical details that would be observed during manufacture of the complete denture, with the intention to set up a prognosis that has science based and that permit us to affirm to patient your realy conditions of use the same.*

**UNITERMS:** *Complete denture; clinical exam; diagnosis*

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 - BARNABÉ, W. et al. Efficacy of sodium hypochlorite and coconut soap used as disinfecting agents in the reduction of denture stomatitis *Streptococcus mutans* and *Candida albicans*. **J Oral Rehabil**, v. 31, n. 5, p. 453-459, May 2004.
- 2 - BONAN, P.R.F. et al. Evaluation of salivary flow in patients during heat and neck radioterapy. **Pesqui Odontol Bras**, v.17, n.2, p.156-160, Apr/June 2003.
- 3 - COELHO, C.M.P.; SOUSA, Y.T.C.S.; DARÉ, A.M.Z. Denture related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. **J Oral Rehabil**, v.31, n.2, p.135-139, Feb. 2004.
- 4 - COMPAGNONI, M.A.; SOUSA, R.F.; LELES, C.R. Kinesiografic study of complete denture movement related to mucosa displacement in edentulous patients. **Pesqui Odontol Bras**, v.17, n.4, p.356-361, Oct.-Dec. 2003.
- 5 - FELTRIN, P.P. et al. Prótese total muco-suportada: lesões da mucosa bucal. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.41, n.3, p.150-159, mai.-jun 1987.
- 6 - HARRISON, Z.; JOHNSON, A.; DOUGLAS, C.M.I. An in vitro study into the effect of a limited range denture cleanners on surface roughness and removal of *Candida albicans* from conventional heat-cured acrylic resin denture base material. **J Oral Rehabil**, v.31, n.5, p.460-467, May 2004
- 7 - HOCHSTEIN, E.; RUBIN, A. **Manual de exame do paciente para o estudante de medicina**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985.
- 8 - OLIVEIRA, T. R. C. et al. Avaliação da estomatite protética em portadores de proteses totais. **Pesqui Odontol Bras**, v.14, n.3, p.219-224, jul.-set 2000
- 9 - PARANHOS, H.F.O. **Estudo comparativo de método de quantificação do biofilme de próteses totais**. 2003. 211f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- 10 - PENHA, S.S.; BIRMAN, E.G.; SILVEIRA, F.R.X. Frequency and enzymatic activity (proteinase and phospholipase) of *Candida albicans* from edentulous patients with and without denture stomatitis. **Pesqui Odontol Bras**, v.14, n.2, p.119-122, abr.- jun. 2000.
- 11 - PERES, L.M.; BACIERO, G.R.; URDINGUIO, P.L. Lesões orales precancerosas en los ancianos. **RCOE**, v.7, n.2, p.153-162, Mar.-Abr. 2002.
- 12 - POI, W.R. et al. Considerações sobre o exame clínico integrado. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.57, n.1, p.19-22, jan. -fev. 2003.
- 13 - PORTO, C.C. **Exame Clínico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- 14 - RODRIGUES, T. L. C. et al. Leucoplasias bucais: relações clínico-histopatológica. **Pesqui Odontol Bras**, v.14, n.4, p.357-361, out.-dez. 2000.
- 15 - SAIZAR, P. **Prosthodontia total**. Buenos Aires: Ed Mundi, 1972.
- 16 - TELLES, D.; HOLLOWEG, H.; CASTELUCCI, L. **Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Ed. Santos, 2003.
- 17 - TORRES, S.R. et al. Eficácia de um questionário sobre xerostomia para detecção de hipossalivação. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.56, n.3, p.227-231, maio-jun. 2002.

**Endereço para correspondência:**

Humberto Gennari Filho  
Rua José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça  
CEP 16015-050 - Araçatuba - SP  
Fone: (18) 3636-3245  
E-mail: gennari@foa.unesp.br

Recebido para publicação em 10/08/2004  
Enviado para análise em 13/08/2004  
Aprovado para publicação em 25/11/2004