

EXTREMIDADE LIVRE: PERÍODO MÉDIO PARA REEMBASAMENTO

Alicio Rosalino GARCIA*
Valdir de SOUSA*
Eduardo Piza PELLIZZER*
Paulo Renato Junqueira ZUIM*

- RESUMO: Foi avaliada a necessidade de reembasamento de próteses parciais removíveis de extremidade livre, uni ou bilaterais inferiores, após três anos de uso. A avaliação foi feita pela pesagem e visualização da transparência e espessura de um material de moldagem *Impregum*, utilizando-se a base da prótese como moldeira, além da verificação clínica da sua movimentação. Após esse período foi constatada a necessidade de reembasamento para 73,4% dos pacientes, sendo o lado externo do rebordo alveolar inferior a área mais suscetível.
- PALAVRAS-CHAVE: Reembasamento de dentadura; rebordo alveolar; dentadura parcial removível.

Introdução

O tratamento de pacientes com rebordos alveolares reabsorvidos por meio de prótese total é um dos sérios problemas enfrentados pelos protesistas. Por isso, a manutenção dos dentes remanescentes para a sustentação e estabilização de prótese parcial removível de extremidades livres é uma alternativa que não deve ser desprezada.

Para a conservação tanto do rebordo alveolar quanto dos dentes suportes é necessário um correto planejamento e moldagem funcional, visando diminuir as forças de alavancas provenientes da mastigação.⁵

Essas forças são conseqüência, em parte, das perdas ósseas ocorridas no rebordo alveolar. A reabsorção é maior ou menor, dependendo da extensão do espaço

* Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese - Faculdade de Odontologia - UNESP - 16015-050 - Araçatuba - SP.

desdentado, do arco antagonista, da localização e amplitude da força aplicada e da secção transversal do rebordo alveolar. Além desses fatores, depende em grande parte da constituição orgânica do osso alveolar.⁶

A reabsorção é inevitável, devido às cargas mastigatórias, e o reembasamento das próteses de extremidade livre protege os dentes suportes e alterações patológicas na ATM.⁷

Alguns fatores determinam a necessidade de reembasamento, como tipo de prótese, grandes reabsorções alveolares, adaptação correta da base, oclusão dos dentes artificiais e rotação da prótese parcial removível.¹ Por outro lado, Henderson & Steffel³ indicam o reembasamento da prótese parcial removível de extremidade livre quando ocorre perda de contato oclusal e do tecido de sustentação, causando alterações na oclusão e estabilização da prótese.

Para Miller,⁴ as condições necessárias para que o reembasamento seja indicado são: 1. que a boca tenha um bom estado de saúde; 2. os dentes suportes sejam estáveis e íntegros e/ou restaurados; e 3. o suporte ósseo seja adequado.

Dado o grande número de casos clínicos com essas características, propusemos a fazer uma avaliação clínica da reabsorção no período de três anos, bem como a verificação da necessidade de reembasamento.

Material e método

Após três anos de uso da prótese parcial removível Classes I e II de Kennedy, por 15 pacientes atendidos na Clínica da Disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba – UNESP, foi feita a avaliação da perda óssea e/ou compressão permanente da mucosa alveolar e estabelecida necessidade clínica ou não de reembasamento.

As próprias próteses foram utilizadas como moldeiras e o rebordo alveolar foi moldado com poliéster *Impregum*, com e sem pressão oclusal. Efetuou-se pressão oclusal colocando-se uma lâmina de cera dobrada sobre as superfícies oclusais dos dentes artificiais, instruindo o paciente a ocluir. Por outro lado, a análise sem pressão foi realizada posicionando-se a estrutura metálica nos dentes suportes, sem que o paciente contactasse os dentes, como na técnica de moldagem do modelo alterado.

Após os recortes e separação das películas, o material de moldagem foi pesado e suas características foram analisadas. Pela espessura da película, e principalmente pela sua transparência, puderam localizar as áreas internas da base mais ou menos adaptada ao rebordo alveolar.

Resultado e discussão

Os resultados obtidos, bem como as características principais dos casos avaliados, encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados obtidos e características dos 15 pacientes submetidos ao estudo de necessidade de reembasamento de extremidade livre após três anos

Casos	Peso após 3 anos s/pressão	Peso após 3 anos c/pressão	Diferença	Tipo de modelo	Extensão da base	Arco antagonista	Nº de dentes	Secção transv. do rebordo	Presença de mobilidade	Dentes artif. grau de desgaste	Classe
1	0,2489	0,2191	0,0298	Alterado	2 x 1	P.P.R e P. F.	3	Oval	Sim	Pouco	II-1
2	D- 0,2385 E- 0,2331	D- 0,1862 E- 0,2209	D-0,0523 E-0,0122	Alterado	1 x 1	P.T.	4	Triangular	Sim	Pouco	I-1
3	0,1914	0,0779	0,1135	Alterado	4 x 1	P.P.R.	2	Triangular	Sim	Gastos	II-1
4	D- 0,2512 E- 0,2532	D- 0,2114 E- 0,2114	D-0,0398 E-0,0418	Alterado	3 x 1	P.T.	6	Oval	Sim	Pouco	I-1
5	D- 0,2390 E- 0,2373	D- 0,2208 E- 0,2248	D-0,0182 E-0,0125	Alterado	5 x 1	P.F.	8	Triangular	Sim	Pouco	I
6	0,1743	0,1488	0,0225	Anatômico	1 x 1	P.P.R.	2	Oval	Sem mobilid.	Gastos	II-1
7	0,2563	0,2127	0,0426	Alterado	3 x 1	P.T.	3	Oval	Sim	Gastos	II-1
8	D- 0,2548 E- 0,2482	D- 0,1472 E- 0,1220	D-0,1076 E-0,1262	Alterado	3 x 1	Dentes naturais	4	Triangular	Sim	Pouco	I
9	D- 0,2330 E- 0,2231	D- 0,0696 E- 0,1053	D-0,1634 E-0,1178	Alterado	2 x 1	P.F.	6	Triangular	Sim	Gastos	I
10	0,2392	0,1267	0,1025	Alterado	3 x 1	Dentes naturais	3	Oval	Sem mobilid.	Gastos	I-1
11	D- 0,2269 E- 0,2289	D- 0,2352 E- 0,2363	D-0,0083 E-0,0074	Alterado	3 x 1	P.T.	6	Oval	Sem mobilid.	Pouco	I
12	D- 0,2112 E- 0,2112	D- 0,1163 E- 0,1851	D-0,0649 E-0,0261	Alterado	4 x 1	P.P.R.	5	Oval	Sim	Pouco	I
13	D- 0,2265 E- 0,2069	D- 0,1196 E- 0,1390	D-0,1069 E-0,0679	Alterado	1 x 1	P.T.	4	Oval	Sim	Gastos	I
14	0,2306	0,1448	0,0858	Alterado	5 x 1	P.P.R.	3	Oval	Sem mobilid.	Gastos	II-1
15	0,2418	0,1239	0,0179	Alterado	3 x 1	P.P.R.	3	Oval	Sim	Pouco	II-1

A diferença em peso da película do material de moldagem *Impregum* é coerente e ocorreu em todos os casos. Há autores que preferem utilizar alginato para a verificação da necessidade ou não de reembasamento.⁸ Independentemente do

material utilizado, a inspeção visual é indispensável para a avaliação clínica, e se a espessura da película atingir 2 mm, o paciente é candidato ao reembasamento.⁸ Quando se executa pressão sobre a base, o espaço entre esta e o rebordo alveolar é menor, e, portanto, a película se torna mais transparente. Quanto mais transparente for a película, melhor a adaptação da base do rebordo e menor o movimento de báscula. Apenas um caso (paciente 6) foi terminado em modelo mestre obtido apenas da moldagem com alginato, porque o extremo do rebordo alveolar era pequeno (1 : 1). A proporção entre os braços de alavanca formados é dada, para a potência, pela distância entre o fulcro principal e a extremidade da base; para a resistência, pela distância do fulcro principal à retenção indireta. A resistência é constante. O número de dentes artificiais necessários para o referido espaço determina a necessidade ou não da técnica do modelo alterado, bem como a extensão da base permite, pela pressão aplicada sobre ela, visualizar e avaliar clinicamente a amplitude do movimento.⁸ Nos casos em que o paciente necessitou, como antagonista, de uma prótese total superior (pacientes 2, 4, 7, 11 e 13), notou-se a maior frequência de extremidades livres bilaterais; dos cinco casos enquadrados nesta situação, quatro pertenciam à Classe I de Kennedy, e apenas um não necessitava de reembasamento; isso é evidenciado pela presença da mobilidade.

Dos quatro casos que não evidenciaram necessidade clínica de reembasamento, três apresentaram os dentes artificiais plásticos desgastados; é possível que este desgaste determinado pela função mastigatória do paciente tenha aumentado a estabilidade da prótese pelo estabelecimento de contatos bilaterais. Notou-se que dois desses casos pertencem à Classe II de Kennedy, na qual a movimentação é diagonal em torno do fulcro.

O resultado evidenciou que a forma do rebordo, apesar de importante na estabilização da prótese contra as forças laterais,⁴ não teve influência direta na necessidade de reembasamento após três anos de uso da prótese.

Em trabalho anterior,² notamos que até um ano após a instalação o reembasamento não é necessário para a maioria dos casos; entretanto, esta necessidade evidenciou-se após três anos, atingindo 73,4% dos casos.

Conclusão

Mediante os resultados obtidos, podemos concluir que:

1. o reembasamento de próteses parciais removíveis de extremidade livre, uni ou bilaterais inferiores é necessário a 3/4 dos pacientes após três anos de uso;
2. a área mais suscetível de reabsorção é a lateral externa do rebordo alveolar inferior.

GARCIA, A. R., SOUSA, V. de, PELLIZER, E. P., ZUIM, P. R. J., Average period for relining distal extension partial dentures. *Rev. Odontol. UNESP*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 307-311, 1994.

- **ABSTRACT:** *The need for relining distal extension removable partial dentures, Kennedy classification I and II, was evaluated three years after delivering the appliance. The evaluation was made by weighting and inspecting the thickness of an impression material Impregum used for fitting evaluation. Based on our results, it can be concluded that 73.4% of the patients studied were in need of relining after this period.*
- **KEYWORDS:** *Denture rebasing; alveolar ridge; denture, partial, removable.*

Referências bibliográficas

1. BLATTERFEIN, L. Rebasing procedures for removable partial dentures. *J. Prosthet. Dent.*, v. 8, p. 441-7, 1958.
2. GARCIA, A. R., SOUSA, V. Verificação da necessidade de reembasamento da prótese parcial removível de extremidade livre. *Rev. Odontol. UNESP*, v. 21, p. 333-8, 1992.
3. HENDERSON, D., STEFFEL, V. L. *Prótese parcial removível de McCracken*. 5. ed. Saint Louis: Mosby, 1979. p. 405-11.
4. MILLER, E. L. *Prótesis parcial removible*. México: Interamericana, 1975. p. 257-67.
5. NAIRN, R. I. The problem of free-end denture bases. *J. Prosthet. Dent.*, v. 16, p. 522-32, 1966.
6. PAGE, M. E. Systemic and prosthodontic treatment to prevent bone resorption in edentulous patients. *J. Prosthet. Dent.*, n. 34, p. 483-7, 1975.
7. STEFFEL, V. L. Relining removable partial dentures for fit and function. *J. Prosthet. Dent.*, v. 4, p. 496-506, 1954.
8. STEWART, K. L., RUDD, K. D., KUEBKER, W. A. *Clinical removable partial prosthodontics*. 2. ed. Saint Louis: Ishiyaki Euro América, 1992. cap. 21, p. 609-26.

Recebido em 9.2.1994.