

Instalação de prótese total: uma revisão

**Débora Barros BARBOSA^a, Valentim Adelino Ricardo BARÃO^b,
Wirley Gonçalves ASSUNÇÃO^a, Humberto GENNARI FILHO^a,
Marcelo Coelho GOIATO^a**

^a*Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese,
Faculdade de Odontologia, UNESP, 16015-050 Araçatuba - SP*
^b*Aluno do Curso de Graduação, Faculdade de Odontologia, UNESP,
16015-050 Araçatuba - SP*

Barbosa DB, Barão VAR, Assunção WG, Gennari Filho H, Goiato MC. Complete denture insertion: a review. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(1): 53-60.

Resumo: Diversos procedimentos clínicos e laboratoriais são necessários durante a reabilitação com próteses totais, e a instalação de novas próteses é considerada uma etapa de significativa relevância no tratamento. O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão sobre os procedimentos clínicos para a instalação de próteses totais, entre eles: a avaliação da extensão de bordas, da oclusão, de áreas de compressão, da estética e da fonética, da retenção, da estabilidade e do suporte e as instruções de higienização ao paciente. Além disso, o ajuste e o período subsequente à instalação também foram abordados, pois podem influenciar favorável ou desfavoravelmente na aceitação das próteses pelo paciente. Ainda, um controle contínuo do paciente pelo profissional deve ser considerado, uma vez que não é possível determinar a tolerância biológica de cada indivíduo. Assim, a instalação torna-se uma importante fase para o sucesso do tratamento reabilitador com próteses totais.

Palavras-chave: *Prótese total; odontologia geriátrica; ajuste de prótese; continuidade da assistência ao paciente.*

Abstract: Several clinical and laboratory procedures are necessary during the rehabilitation with complete dentures, and the new dentures insertion is an important stage of the treatment. The purpose of this report was to review the clinical procedures for complete dentures insertion: borders adjustment, occlusion, compressive areas, esthetic, phonetic, retention, stability and support and hygiene instructions to the patient. The adjustment and the subsequent period of new dentures insertion were also related, since it may influence favorably or unfavorably on the patient acceptance. A continuous patient control must be considered, once it is not possible to determine the biological tolerance of each ones. Thus, complete dentures insertion remain an important part to success of the rehabilitation treatment.

Keywords: *Denture complete; prosthesis fitting; geriatric dentistry; continuity of patient care.*

Introdução

A reabilitação oral com próteses totais tem por função restaurar a mastigação, a fonética, a aparência e, acima de tudo, o valor próprio e a dignidade do paciente¹. Além de restaurar a auto-estima, a prótese total tem por objetivo preservar os rebordos alveolares e integrar o paciente psicologicamente na sociedade².

Vários procedimentos clínicos e laboratoriais são necessários durante o tratamento reabilitador com próteses totais,

e a instalação dessas próteses seria o ápice desse tratamento. É uma etapa crítica em que existe um duplo relacionamento entre o cirurgião-dentista, que terá a oportunidade de verificar a exatidão do trabalho executado, e o paciente, que espera ansiosamente pela prótese³.

Além disso, ela é um momento de gratificação para o profissional pela medida terapêutica desenvolvida no tratamento do paciente edêntulo. Já para o paciente, o fato

de receber novas próteses significa o retorno à normalidade dentofacial e à individualidade, condições importantes em qualquer estágio de vida em que ele se encontra⁴. Dessa forma, é necessário que as próteses possibilitem conforto e função adequados ao paciente e favoreçam o seu relacionamento e a sua participação na sociedade³.

Na instalação, a prótese total será ajustada aos tecidos de suporte, favorecendo a retenção, a estabilidade e o conforto⁵. Este último está intimamente relacionado com a cópia fiel da morfologia da área de assentamento das próteses e age positivamente na adaptação do paciente com as mesmas³.

A instalação e o período subsequente de adaptação do paciente às próteses podem influir favorável ou desfavoravelmente sobre a sua aceitação⁶. Alguns cirurgiões-dentistas acreditam que a instalação finalizaria suas responsabilidades sobre as próteses e que, a partir de então, o sucesso do tratamento estaria a cargo do paciente⁷. A maioria, no entanto, considera que essa transferência de responsabilidade deveria ocorrer depois de um curto período de ajustes das próteses. Diante disso, deveria existir uma continuidade no controle pós-instalação pelo profissional, uma vez que não se pode determinar a tolerância biológica de cada paciente com as novas próteses⁴.

Com base nessas considerações, o objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre os procedimentos relacionados com o ato de instalação de próteses totais, bem como discutí-los de maneira pertinente.

Revisão de literatura

Entre os procedimentos prévios à instalação está a instrução ao paciente para não utilizar as próteses antigas de 12 a 24 horas previamente ao ato da instalação⁸. Esse procedimento permite que as próteses recém-confeccionadas sejam assentadas sobre os tecidos de suporte não tensionados⁸.

Antes de introduzir a prótese no interior da cavidade bucal, é importante observar a presença de bolhas positivas de resina na prótese e de superfícies irregulares ou bordas cortantes que possam lesionar a mucosa⁹. Resquícios de gesso ou outros materiais estranhos podem também estar presentes nas superfícies interna e externa da prótese total e devem ser eliminados.

Avaliação de freios, bridas e bordas da prótese

As regiões de freios e bridas são avaliadas após a inserção das próteses no interior da cavidade bucal. Elas podem estar sobrextendidas, impedindo um correto assentamento da base protética sobre a área de suporte. Nesse caso, é necessário um desgaste dessas áreas para uma correta acomodação dos freios e bridas a fim de que as bordas da prótese também se adaptem ao fundo de sulco originalmente moldado¹⁰.

Contudo, deve-se ter o cuidado de não desgastar excessivamente essas regiões, pois a retenção da prótese poderia ser prejudicada⁸.

As bordas da prótese também são avaliadas quanto a sua espessura e extensão. Elas não devem se apresentar afiladas e nem muito espessas. Necessitam estar arredondadas, lisas e sem sobrextensão. Vale ressaltar que, se a moldagem de borda foi realizada corretamente, pouco ou nenhum ajuste será necessário.

Para detectar-se áreas de sobrextensão de borda, deve-se orientar o paciente para ativar a musculatura mímica, falando, sorrindo e realizando movimentos como se estivesse bocejando e deglutindo¹¹. Zarb, Bolender⁸ ainda recomendaram aplicar uma camada grossa de pasta evidenciadora somente sobre a região suspeita de sobrextensão. Em seguida, a prótese deverá ser inserida com cuidado e o profissional poderá realizar movimentos como de moldagem de borda⁸. As áreas de compressão ou sobrextensão serão, então, evidenciadas.

Muitas vezes, contudo, as áreas de sobrextensão são detectadas somente nos controles após a instalação das próteses. Irritações ou lesões na região da mucosa vestibular são freqüentemente causadas por bordas muito finas ou sobrextendidas⁸. Também podemos encontrar com freqüência ferimentos na fossa hamular, ao longo da região retromiloídea e vestibular mandibular, como consequência de sobrextensão de borda.

Ainda, as bordas podem também apresentar-se subextendidas, e, segundo Sherman³, são identificadas pela palpação e pela observação visual. Um material de alta viscosidade, como cera ou godiva em bastão, pode ser aplicado na área considerada subextendida e, em seguida, avalia-se a retenção e a estabilidade da prótese, que poderiam estar comprometidas devido à subextensão da borda³.

Avaliação da oclusão

A harmonia dos contatos oclusais é um fator bastante significativo na interação das próteses totais ao sistema estomatognático¹². Negligências no ajuste oclusal, como um contato prematuro ou deslizante, podem refletir na estabilidade e na retenção das próteses, e, conseqüentemente, no desempenho da função mastigatória, no conforto e na preservação do rebordo residual¹².

Além disso, muitos cirurgiões-dentistas acreditam que os desajustes oclusais são corrigidos automaticamente devido ao deslocamento dos tecidos mucoso e submucoso de assentamento da prótese total. No entanto, o tecido ósseo subjacente apresenta maior plasticidade e, para aliviar a pressão na fibromucosa exercida por contatos prematuros, o tecido ósseo poderá sofrer reabsorção⁸.

O conceito de oclusão balanceada foi introduzido por Bonwill em 1899 com o objetivo de estabilizar as próteses

totais através de contatos simultâneos, três no mínimo, distribuídos ao longo do arco dental durante os movimentos excursivos da mandíbula^{2,13-16}. Segundo vários autores^{8,12,17,18}, a oclusão balanceada bilateral é necessária para a estabilização funcional das próteses totais, além de fornecer uma melhor eficiência mastigatória.

Para Dubojska et al.¹⁷, a oclusão balanceada bilateral é tão importante para o controle eficiente das próteses totais quanto para a sua adaptação aos tecidos, a sua extensão periférica ou a precisão do registro da relação central. Esses autores observaram que pacientes com dificuldade de controlar suas próteses apresentaram melhora significativa após o restabelecimento da oclusão balanceada bilateral das mesmas¹⁷.

Contudo, Compagnoni et al.¹⁹, ao compararem a oclusão balanceada bilateral com a desocclusão pelo canino em pacientes portadores de próteses totais duplas, observaram que o tipo de desocclusão lateral não interferiu na função mastigatória desempenhada pelo paciente. Assim, como esses autores, Peroz et al.²⁰ concluíram que a desocclusão pelo canino pode ser utilizada com sucesso na reabilitação com próteses totais duplas, fornecendo melhores resultados quanto à retenção da prótese inferior, à estética e à habilidade na mastigação.

Pomilio et al.²¹ relataram que contatos múltiplos simultâneos e bilaterais no relacionamento intermaxilar são possíveis de se obter durante a montagem dos dentes em cera, mas que, geralmente, eles são perdidos após a acrilização das próteses. De acordo com os autores, esse desajuste oclusal causaria danos à articulação temporomandibular, ao sistema neuro-muscular, à fibromucosa e ao rebordo residual.

Assim a remontagem das próteses totais em articulador para o ajuste oclusal é recomendável a fim de que as alterações oclusais oriundas do processamento laboratorial possam ser corrigidas^{8,22-25}. Apesar do ajuste oclusal dessas alterações, os erros oclusais provenientes da remoção do modelo da prótese ou do polimento não serão eliminados^{8,25}. Zarb, Bolenger⁸ recomendaram, então, a tomada de novos registros interocclusais no momento da instalação das próteses para que o ajuste oclusal possa ser novamente realizado em articulador semi-ajustável.

Apesar da maioria dos autores não realizar o ajuste oclusal durante o ato de instalação das próteses totais^{8,26-28}, Tamaki¹⁵ recomenda o ajuste oclusal intra-oral, pelo qual a oclusão é avaliada por meio de marcações com fitas de carbono entre as superfícies oclusais. O ajuste é realizado tanto em oclusão cêntrica como excêntrica, e o autor reforçou que, durante a lateralidade e a protrusão, a oclusão balanceada somente será caracterizada quando as próteses totais bimaxilares mantiverem três pontos de contato entre os arcos. Vê-se, portanto, a necessidade dessa avaliação da oclusão, pois os dentes posteriores de ambas as arcadas deverão tocar-se simultaneamente com distribuição uniforme dos contatos oclusais na oclusão cêntrica e na lateral^{15,27}.

Além disso, na oclusão balanceada bilateral, a protrusão deve ocorrer com contatos simultâneos entre os dentes anteriores e os posteriores de cada hemiarcada.

Avaliação da área de compressão

A detecção e o alívio das áreas de compressão que ocorrem entre a base da prótese e a fibromucosa de suporte são necessárias, pois a boa adaptação das próteses aos tecidos promove um maior conforto físico, psicológico e eficiência funcional para o paciente²⁶.

Para Russi et al.²⁹, as desadaptações das bases das próteses quando assentadas sobre os rebordos resultam em áreas compressivas, sendo responsáveis por dor, desconforto, reabsorções ósseas e lesões na fibromucosa.

As áreas de compressão podem ser detectadas com pastas evidenciadoras, específicas ou não para esse procedimento²⁵. Russi et al.³⁰ avaliaram a capacidade evidenciadora de várias pastas para detectar áreas de compressão. Em um de seus trabalhos²⁹, observaram que a pasta branca da pasta zincoenólica foi capaz de identificar as áreas de compressão da base protética, porém de maneira inferior às pastas específicas para esse procedimento.

A avaliação dessas áreas de compressão pode ser realizada tanto por meio da pressão manual como pela pressão oclusal³⁰. De acordo com Saizar¹⁴, a pressão manual evitaria a ação de possíveis cúspides deflectivas que agiriam como áreas de compressão na fibromucosa. Russi et al.³⁰ não encontraram diferença significativa na detecção de áreas de compressão entre as técnicas de pressão manual e oclusal, porém afirmaram que a técnica de assentamento com pressão oclusal só é indicada para próteses totais já providas de prévio ajuste oclusal.

As áreas de compressão são eliminadas com o auxílio de fresas do tipo mini-cut ou diamantada para não aumentar a rugosidade interna da base protética. Desgasta-se uma fina camada da superfície interna dessa base que foi exposta pela remoção da pasta, indicando uma compressão da fibromucosa. Esse procedimento é, então, repetido até o alívio das áreas de compressão.

Avaliação da estética e da fonética

De acordo com Pound³¹, a estética de uma prótese baseia-se no posicionamento natural dos dentes e na reprodução natural da forma e da cor dos tecidos intra-orais. Para ele³², as próteses devem restaurar esteticamente a aparência facial e a função, pois só assim a harmonia será estabelecida.

Já Frush, Fisher³³ mostraram acreditar que o esforço do profissional para reabilitar a estética do paciente deveria fornecer uma sensibilidade agradável aos observadores e uma sensação de bem-estar e boa estética ao paciente, ou seja, o paciente deveria alcançar uma sensação de bem-estar, os observadores notar beleza ou personalização da

prótese em seu sorriso e o profissional notar a naturalidade da prótese que confeccionou e sentir-se recompensado. Para os autores, a estética deveria, então, abranger três dimensões: a primeira é o paciente, a segunda os observadores e a terceira o cirurgião-dentista. Portanto, a associação desses três requisitos significaria a total aplicação da estética na reabilitação com próteses.

Krajicek³⁴ considerou quatro fatores que influenciam na estética de uma prótese total: a moldagem, as relações maxilo-mandibulares, o contorno da base protética e a seleção dos dentes artificiais.

Quanto à seleção dos dentes artificiais, os fatores gênero, personalidade e idade são os primeiros a serem levados em consideração³³. O estereótipo relaciona-se com o gênero masculino ou apresenta uma aparência forte quando os incisivos laterais forem tão amplos quanto os incisivos centrais. Quando os laterais apresentarem-se menores que o normal, o estereótipo passa a ser feminino ou delicado.

O alinhamento dos dentes artificiais pode ser reproduzido, segundo Krajicek³⁴, por meio de inclinações e rotações harmoniosas que os dentes naturais possuem. Além de selecionar os dentes com base no perfil e no contorno da face, é importante a adequação da forma e do contorno dos dentes de acordo com a idade do paciente. O autor concluiu que a aparência natural para o paciente desdentado pode ser um dos fatores mais recompensadores na reabilitação com prótese total.

A quantidade exposta dos dentes abaixo do lábio superior durante o sorriso relaciona-se com a idade do paciente, como chamou a atenção Maier³⁵. Nos pacientes idosos, os músculos da face perdem sua tonicidade e os tecidos faciais cedem, fazendo com que a exposição desses dentes seja reduzida.

Outros autores³⁶ também constataram que o comprimento do lábio superior em adultos aumenta com a idade e que a instalação de novas próteses restaura a altura e o contorno dos lábios. Além disso, Murphy³⁷ observou que o suporte dado pelos dentes anteriores superiores influencia consideravelmente a forma e a posição ântero-posterior do lábio em pacientes idosos.

O posicionamento dos dentes artificiais em relação à língua também interfere significativamente sobre a fonética³¹. A reprodução protética correspondente à área do palato assim como a face palatina dos dentes superiores são importantes sob o ponto de vista fonético³⁸.

Russi et al.²⁹ afirmaram que, ao se realizar um tratamento com prótese total deve-se restabelecer condições satisfatórias para que o sistema estomatognático cumpra suas funções básicas, entre as quais a produção da voz. Para Tamaki¹⁵, a avaliação fonética consiste em exercitar o paciente na pronúncia, orientando-o quanto às corretas movimentação e localização da língua e dos lábios. O exercício fonético consta da pronúncia de palavras com fonemas dentais

(t, d, n), labiais (f, v), linguais (r, s, z, l), guturais (c, q, g) e com fonemas palatais (j, lh, nh, x).

A fonética pode ser também avaliada por meio do teste de palatografia durante as provas funcionais. Nesse teste, o contato da língua com o palato é avaliado por meio da articulação fonética, e o contorno adequado da base da prótese total superior na região palatina, o posicionamento dos dentes anteriores superiores e a dimensão vertical são confirmados durante a pronúncia de diferentes fonemas⁸.

Realização de testes de retenção, estabilidade e suporte

Segundo Georgetti et al.², o sucesso das próteses totais relaciona-se, fundamentalmente, com o aproveitamento total da área basal, com a adaptação adequada das bases a essa área e das bordas ao fórnix, fornecendo, com isso, um correto suporte e retenção a essas próteses.

Diversos autores relacionaram a estabilidade diretamente com a retenção das próteses e com princípios oclusais obtidos por meio da oclusão balanceada bilateral^{2,8,12-18}.

Alguns testes são realizados durante o ato de instalação para que a retenção, a estabilidade e o suporte das próteses totais sejam avaliados. A análise é realizada após a inserção das próteses totais superior e inferior individualmente.

A retenção é definida como a resistência às forças no sentido vertical e de torção ou a força necessária e contrária à direção de assentamento da prótese^{8,39}. O teste de retenção avalia o selamento periférico da prótese, e são realizados testes de retenção posterior da prótese total superior e de retenção global de ambas as próteses. Para o teste de retenção posterior, o dedo indicador é posicionado na região palatina dos incisivos superiores e um movimento ântero-superior é realizado contra essa região^{8,15,26}. Dessa forma, será observada a efetividade do selamento palatino posterior^{8,15,26}.

Na prótese total inferior, para o teste de retenção, Neill, Nairn⁹ recomendaram a aplicação de uma força para cima, mas ressaltaram que a retenção dessa prótese é inferior quando comparada a da prótese total superior.

Já a estabilidade é a resistência da prótese contra forças no sentido horizontal e nela é observado o comportamento da área de suporte da prótese quanto à adaptação¹⁵. Ainda, a estabilidade pode ser definida como a qualidade da prótese de permanecer em posição de assentamento ante a ação de forças horizontais e rotacionais. Assim, a prótese total que se movimenta na mastigação apresenta falta de estabilidade, mesmo que se apresente com retenção^{8,15}.

Segundo Goldstein et al.²⁶, a estabilidade da prótese é testada por meio de pressões digitais na superfície oclusal dos dentes posteriores e sobre as bordas incisais dos dentes anteriores. Contudo, outros testes também são citados na literatura⁸, na qual se verifica a estabilidade por meio de movimentos da prótese no sentido horizontal.

O suporte estaria relacionado com a área de assentamento da base protética na cavidade bucal, e, de acordo com Turano, Turano¹⁶, ele seria condição para a estabilidade da prótese. O teste pode ser realizado aplicando-se uma força de intrusão da prótese total contra a sua área basal de assentamento. O suporte seria, então, verificado pelo grau de intrusão da base protética na mucosa alveolar de recobrimento⁸.

Instruções ao paciente

Panzzini et al.⁴⁰ afirmaram que a instalação das próteses totais não significa apenas o ato de inseri-las na boca do paciente, mas também de orientá-lo e motivá-lo quanto ao uso e à higienização das mesmas e dos tecidos da cavidade bucal.

O estabelecimento de uma boa comunicação entre o profissional e o paciente desde o início do tratamento auxiliará na fase de instalação das próteses. Para se obter uma comunicação favorável, o profissional deve saber escutar e transmitir opiniões, possibilitando assim uma aproximação positiva entre ele e o paciente³. Uma comunicação deficiente pode refletir em falta de cooperação do paciente e, deste modo, o tratamento poderá ser conduzido ao insucesso³. Sendo assim, além de instruções verbais, é importante que o profissional as reforce de maneira escrita.

O paciente deve ser instruído quanto a sua responsabilidade na utilização das novas próteses e deve ser particularmente orientado quanto às limitações funcionais que as próteses totais podem impor. Zarb, Bolenger⁸ comentaram que o paciente necessita estar ciente de que as próteses são substitutos mecânicos de tecidos vivos e essa instrução deve ser fornecida pelo profissional continuamente, desde o contato inicial com o paciente até os ajustes finais da prótese. Contudo, dificuldades podem ocorrer com as novas próteses e as informações relatadas quanto aos cuidados com as mesmas devem ser reforçadas no momento da instalação.

A comparação com experiências de outras pessoas portadoras de próteses totais também deve ser evitada pelo paciente e cabe ao profissional alertá-lo sobre a individualidade dos casos⁸. De imediato, os pacientes devem evitar a exibição das novas próteses para amigos curiosos. Isso deveria ser realizado, segundo Zarb, Bolenger⁸, no momento em que os pacientes estivessem mais aptos e confiantes com suas próteses.

Inicialmente, o paciente pode ter uma sensação desagradável de aumento do volume dos lábios e bochechas^{8,16} e é necessário informá-lo de que suas próteses novas irão se tornar mais naturais com o passar do tempo.

Após a instalação das próteses, aconselha-se ao paciente comer alimentos macios, cortados em pedaços pequenos e mastigá-los bilateralmente⁸. Os alimentos duros podem fazer com que o paciente, ao morder, realize movimentos inadequados, gerando sobrecarga nos rebordos e possíveis ferimentos na mucosa alveolar¹⁵.

De acordo com Zarb, Bolenger⁸, para aprender a mastigar satisfatoriamente com as novas próteses, o paciente leva, geralmente, um período de 6 à 8 semanas, período no qual os músculos faciais da mastigação estabelecem novos padrões de memória.

No início do uso das próteses, o excesso de saliva também pode dificultar o processo mastigatório. Contudo, após um curto período de tempo, as glândulas salivares se adaptam à presença das novas próteses e passam a produzir uma quantidade menor de saliva⁸.

O posicionamento da língua também exerce um papel na estabilização da prótese total inferior, especialmente durante a mastigação, devendo repousar sobre a porção lingual de toda a prótese⁸.

Falar com as novas próteses não é tão difícil como poderia se esperar. A adaptação da língua é tão grande que a maioria dos pacientes é capaz de falar normalmente em poucas semanas⁸. Ainda, para uma fonética adequada, é necessário, muitas vezes, que o paciente leia em voz alta e repita palavras e frases que são de difíceis pronúncias.

Os pacientes devem ser alertados também da importância de uma boa higiene bucal para a manutenção da saúde dos tecidos. A falta de higienização das próteses leva ao acúmulo de placa, cálculo, e manchas. Sabe-se, ainda, que a placa é um dos fatores etiológicos da estomatite protética, da hiperplasia papilar inflamatória e da candidose crônica, resultando, ainda, em odores desagradáveis. Portanto, a higienização das próteses deve ser realizada sempre após as refeições^{8,15,16}.

Pietrokovski et al.⁴¹ relataram que a maioria dos pacientes idosos institucionalizados portadores de prótese total não realizam a higiene corretamente e, que tanto os internos dessas instituições quanto os não internos demonstraram uma grande carência de informações em relação à higienização bucal.

É importante que o paciente higienize não só as próteses totais, mas a mucosa de recobrimento e a superfície dorsal da língua^{8,42}. Para isso, é importante utilizar escova dental macia e pastas dentais de baixa abrasividade, já que os abrasivos podem acarretar ranhuras e perda do brilho da prótese^{8,15,16}, favorecendo o acúmulo de placa e dificultando a higienização. O procedimento de limpeza da língua e da mucosa além de remover a placa, favorecerá a circulação sanguínea desses tecidos⁸.

A higienização das próteses totais também pode ser realizada com agentes químicos^{43,44}. A higienização com agentes químicos consiste em imergi-la em soluções que possuam ação solvente, detergente, bactericida e fungicida⁴⁴. Entre os agentes químicos, destacam-se os hipocloritos alcalinos, os peróxidos alcalinos, os ácidos diluídos, a clorexidina e as enzimas, tais como a mutanase, a protease e a dextranase⁴⁴. Para uma efetiva limpeza, alguns autores^{43,44} recomendaram a associação dos métodos mecânicos e químicos. Estudos

recentes⁴⁵ também confirmam a necessidade da utilização de agentes químicos de limpeza por reduzirem a patogenicidade de microorganismos presentes na superfície da prótese total.

O paciente necessita ser orientado quanto à remoção das próteses durante o sono, já que o uso contínuo nesse período está associado com a presença e a prevalência de estomatite protética^{33,46}. Além disso, em caso de injúrias teciduais, o paciente deve procurar o profissional para que os ajustes necessários possam ser realizados^{23,47}.

Controle posterior

A falta de informações sobre o uso e a manutenção das próteses totais ainda é observada entre os usuários desse tipo de prótese. As lesões causadas pela presença de microorganismos acumulados nas superfícies protéticas em função da deficiência na higienização ou por traumatismos gerados pela desadaptação das próteses são as mais comumente encontradas na prática odontológica diária, segundo Kulak et al.⁴⁸.

Entre as lesões, a estomatite protética, a hiperplasia fibrosa inflamatória e a lesão periférica de células gigantes foram citadas por Nevalainen et al.⁴⁹, enfatizando suas etiologias, características clínicas e tratamentos. Os autores ressaltaram a importância da conscientização do cirurgião-dentista sobre o assunto, visando não somente a confecção correta das próteses, mas também a instrução ao paciente quanto a sua manutenção ou à necessidade de substituição das mesmas.

Arendorf, Walker⁴⁶, citaram o uso de próteses totais como sendo um fator favorecedor da presença e do desenvolvimento de várias espécies de *Candida*, cujas colônias se mostraram mais intensas nos indivíduos com hábito de dormir com as próteses. Kulak et al.⁴⁸ avaliaram a presença de *Candida albicans* e outros microorganismos em indivíduos portadores de próteses totais, com e sem o quadro de estomatite protética, e concluíram que a associação desses microorganismos seria provavelmente a maior responsável pelo quadro de estomatite protética.

O uso noturno de próteses totais foi relacionado por Marra et al.⁵⁰ com grande impacto à presença de *Candida ssp.* oral na cavidade bucal de indivíduos edentados. Logo no primeiro dia após realizar-se a modificação do hábito de uso noturno das próteses por esses pacientes, ocorreu uma alteração significativa na quantificação de unidades formadoras de colônias de *Candida ssp.*

Em muitos casos, o tempo crucial para o sucesso ou falha das próteses é o período de ajuste pós-instalação⁸. É de responsabilidade do profissional o cuidado com o paciente durante todo esse período, que requer certo número de retornos, muitas vezes específico para cada paciente⁸.

Compagnoni, Martins⁵¹ relataram que muitos pacientes

não ficam satisfeitos com a nova prótese total logo após a instalação, sendo o período de adaptação da prótese inferior quatro vezes maior que o da superior. Entretanto, alguns pacientes são capazes de usar próteses totais com mais facilidade desde o momento da instalação, o que muitas vezes não acontece com outros⁵¹. De acordo com esses autores⁵¹, o número de retornos para o ajuste das próteses totais após sua instalação foi, em média três vezes, e observou-se que os pacientes mais idosos necessitam de um maior número de retornos. Os retornos não se relacionaram com o gênero e o tipo psicológico do paciente, com o fato do mesmo já ser ou não portador de alguma prótese total e com a utilização constante de algum medicamento pelo paciente⁵¹. Entretanto, Carr et al.³⁶ observaram que pacientes usuários de drogas com efeito xerostômico requerem mais retornos pós-instalação.

Ainda em relação aos retornos, Sant'Anna et al.⁴³ comentaram que, inicialmente, o paciente deveria retornar ao consultório de 6 em 6 meses para uma avaliação do estado da prótese e da cavidade bucal, e os demais retornos poderiam ser anuais. Com o controle regular, o cirurgião-dentista atenderia as necessidades específicas de cada paciente e, se necessário, promoveria modificações no método de higienização, enfatizando os benefícios da correta higienização das próteses.

Segundo Tamaki¹⁵, a retenção da prótese total geralmente tende a diminuir nos primeiros dias de uso, porém, após aproximadamente 3 dias, ela tende a aumentar, voltando à retenção inicial que apresentava no momento da instalação. Portanto, o reembasamento não deveria ser indicado logo após a instalação em caso de retenção insuficiente da prótese, devendo-se aguardar mais alguns dias, já que a retenção pode retornar normalmente¹⁵.

Além disso, a fibromucosa sofre variação em seu volume e espessura nos períodos diurnos^{15,52,53}. De acordo com Stephens et al.⁵³, diversos pacientes relataram melhor adaptação de suas próteses durante o período da manhã quando comparado com o período noturno. Essas discrepâncias na adaptação podem ser explicadas pela variação na forma e no volume dos tecidos que ocorre em função da distribuição dos fluidos no seu interior⁵³.

Garrett et al.⁴⁷ estudaram 21 pacientes com próteses mal adaptadas e observaram que, após o ajuste, os pacientes mostraram-se satisfeitos em relação à mastigação, à retenção e à fonética, pois, antes do ajuste ser executado, eles se queixavam de instabilidade da prótese, acarretando mastigação e fonética ineficazes. Ao acompanharem durante 18 meses 60 pacientes após a instalação de próteses totais, Diehl et al.⁵⁴ concluíram que o sucesso do tratamento não se relacionou significativamente com a idade, o gênero, a raça, o nível sócio-econômico, o estado civil e a anatomia maxilar e mandibular. No entanto, variáveis psicossociais, como expectativas prévias ao tratamento, satisfação com os

cuidados recebidos e saúde mental, mostraram uma relação mais forte com o sucesso do tratamento.

Portanto, é importante que o profissional se conscientize e advirta seu paciente sobre a importância dos controles pós-instalação, pois a ausência de acompanhamento e reavaliação profissional das próteses contribuiria significativamente para a ineficiência das próteses a longo prazo⁵⁵.

Conclusão

A instalação das próteses totais deve ser realizada de maneira criteriosa pelo profissional, observando a sua retenção, sua estabilidade e seu suporte, assim como a oclusão, as áreas de compressão, a estética e a fonética fornecidas pelas mesmas. O paciente deve ser estimulado a utilizar as novas próteses e educado quanto as suas limitações. Além disso, as informações quanto aos cuidados e à higienização devem ser fornecidas no ato da instalação das próteses.

Ainda, o tratamento reabilitador com próteses totais será concluído somente após a realização dos controles posteriores. Esse período pós-instalação é considerado crucial, pois, na maioria das vezes, a percepção do paciente quanto ao sucesso de suas próteses ocorre durante essa fase de adaptação.

Referências

- Levin B. The status and practice of complete dentures – a personal view. *J Calif Dent Assoc.* 1991; 19 (8): 40-3.
- Georgetti MP, Georgetti BA, Corrêa GA, Magalhães Filho O. Aspectos fundamentais para a estabilidade das próteses totais. *Rev Odontol Univ Santo Amaro.* 2000; 5 (2): 71-5.
- Sherman H. Denture insertion. *Dent Clin North Am.* 1977; 21: 339-57.
- Young HA. Denture insertion. *J Am Dent Assoc.* 1962; 64: 505-11.
- Jankelson B. Adjustment of dentures at time of insertion and alterations to compensate for tissue change. *J Am Dent Assoc.* 1962; 64: 522-31.
- Langer A, Michigan J, Seifert I. Factors influencing satisfaction with complete dentures in geriatric patients. *J Prosthet Dent.* 1961; 11: 1019-34.
- Young HA. Denture insertion. *J Am Dent Assoc.* 1962; 64: 505-11.
- Zarb GA, Bolender CL. Prosthodontic treatment for edentulous patients. Complete dentures and implant-supported prostheses. 20th ed. St. Louis: Mosby; 2004.
- Neill DJ, Nairn RI. *Prótesis completa: manual clínico y de laboratorio.* Buenos Aires, Mundi; 1984.
- Boucher CO. Swenson's complete dentures. St. Louis: Mosby; 1970.
- Heartwell Jr CM, Rahn AO. *Syllabus em dentaduras completas.* São Paulo: Ed. Santos; 1990.
- Tamaki ST, Gomes MAO, Tamaki T. Número de contatos em oclusão e articulação em prótese total. *Rev Bras Odontol.* 1991; 48 (1): 40-6.
- Ruffino AR. Improved occlusion anatomy of acrylic resin denture teeth. *J Prosthet Dent.* 1984; 52: 300-2.
- Saizar P. *Prostodoncia total.* 2^a ed. Buenos Aires: Editora Mundi; 1972.
- Tamaki T. *Dentaduras completas.* 4^a ed. São Paulo: Editora Sarvier; 1983.
- Turano LM, Turano JC. *Fundamentos de prótese total.* 6^aed. São Paulo: Ed. Santos; 1998.
- Dubojska AM, White GE, Pasiak S. The importance of occlusal balance in the control of complete dentures. *Quintessence Int.* 1998; 29: 389-94.
- Souza HR. Três sugestões para se obter equilíbrio oclusal em prótese total dupla. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2002; 56: 358-63.
- Compagnoni MA, Leles CR, Barbosa DB, Valverde GB. Oclusão em dentaduras completas. Estudo comparativo entre oclusão balanceada bilateral e desocclusão pelo canino. *Rev CROMG.* 2002; 8 (2): 92-7.
- Peroz I, Leuenberg A, Hausteim I, Lange KP. A comparison between balanced occlusion and canine guidance in complete dentures wearers – a clinical, randomized trial. *Quintessence Int.* 2003; 34: 607-12.
- Pomilio A, Campos Júnior WM, Tedesco AC. Alterações dimensionais da prótese total na base e nos dentes de dentaduras inferiores. *RGO.* 1996; 44 (2): 77-9.
- Barbosa DB, Compagnoni MA, Leles CR. Changes in occlusal vertical dimension in microwave processing of complete denture. *Braz Dent J.* 2002; 13: 197-200.
- Compagnoni MA, Barbosa DB, Leles CR, Brogna Júnior CA. Influência da remontagem na alteração da dimensão vertical de oclusão em próteses totais. *PGR: Pós-Graduação em Revista.* 2001; 4 (2): 65-70.
- Leary JM, Diaz-Arnoldi M, Aquilino AS. The complete denture remount procedure. *Quintessence Int.* 1988; 19: 623-9.
- Young Jr, Johnson C. Adjusting complete denture occlusion with an intraoral balancer. *Compendium.* 1987; 8 (1): 54-8.
- Goldstein GR, Soni A, Broner A. Insertion procedures for complete dentures. *N Y State Dent J.* 1982; 48: 371-3.
- McCord JF, Grant AA. Trial dentures, insertion of procedure dentures and review of complete dentures. *Br Dent J.* 2000; 189: 4-8.
- Swenson, MG. Remounting finished dentures. In: Swenson, M.G. Complete dentures. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1947. p. 456-63.
- Russi S, Mollo Júnior FA, Arioli Filho JN, Porciúncula HF. Instalação das próteses totais: avaliação dos materiais reveladores de áreas de compressão. *RGO.* 2001; 49 (2): 76-8.

30. Russi S, Loffredo LCM, Nogueira CM, Aquino EB. Instalação das próteses totais: efeito de técnicas de assentamento. *RGO*. 2003; 51 (1): 54-6.
31. Pound E. Esthetic dentures and their phonetic values. *J Prosthet Dent*. 1951; 1: 98-111.
32. Pound E. Conditioning of denture patients. *J Am Dent Assoc*. 1962; 64: 461-8.
33. Frunsh JP, Fisher DR. How dentogenics interprets the personality factor. *J Prosthet Dent*. 1956; 6: 441-9.
34. Krajcicek DD. Achieving realism with complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1963; 13: 229-35.
35. Maier HJ. Natural dentures... natural smiles. *J Can Dent Assoc*. 1991; 57: 289-90.
36. Carr L, Lucas VS, Becker PJ. Diseases, medication, and postinsertion visits in complete denture wearers. *J Prosthet Dent*. 1993; 70: 257-60.
37. Murphy WM. Replacement of malposed maxillary incisor teeth by immediate partial dentures. *Br Dent J*. 1966; 120: 185-9.
38. Nogueira SS, Compagnoni MA, Russi S, Lombardo JG, Mollo Jr FA. Fonética em prótese total – aplicação clínica da palatografia. *RGO*. 1991; 39: 333-5.
39. Marton K, Boros I, Fejerdy P, Madlena M. Evaluation of unstimulated flow rates of whole and palatal saliva in healthy patients wearing complete dentures and in patients with Sjogren's syndrome. *J Prosthet Dent*. 2004; 91: 577-81.
40. Panzzini NA, Mutti NM, Panzini LT. Higienizadores para dentaduras artificiais. *RGO*. 1972; 20: 282-7.
41. Pietrokovski J, Azuelos J, Tau S, Mostavoy R. Oral findings in elderly nursing home residents in selected countries: oral hygiene conditions and plaque accumulation on denture surfaces. *J Prosthet Dent*. 1995; 73: 136-41.
42. Paranhos HFO, Pardini LC, Panzeri H. Hábitos de higienização de portadores de prótese total. *Rev Paul Odontol*. 1991; 13 (1): 11-21.
43. Sant'Anna AT, Paranhos HFO, Wilson A, Malachias A, Pardini LC. Higienização de prótese total pelo método mecânico. *Odonto* 9. 1992; 2: 280-5.
44. Polyzois GL. Denture cleaning habits: a survey. *Aust Dent J*. 1983; 2:171-3.
45. Barnabe W, de Mendonça Neto T, Pimenta FC, Pegoraro LF, Scolaro JM. 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*. 2004; 31: 453-9.
46. Arendorf TM, Walker DM. Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehabil*. 1987; 14: 217- 27.
47. Garrett NR, Kappur KK, Perez P. Effects of improvements of poorly fitting dentures and new dentures on patient satisfaction. *J Prosthet Dent*. 1996; 76: 402-13.
48. Kulak Y, Arikan A, Kazazoglu E. Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients. *J Oral Rehabil*. 1997; 24:788-90.
49. Nevalainen MJ, Narhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. *J Oral Rehabil*. 1997; 24: 332-7.
50. Marra J, Pero AC, Souza RF, Barbosa DB, Compagnoni MA. Relação entre *Candida* ssp. e o uso noturno de próteses totais. In: Anais da 22ª Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica – SBPqO; 2005 set.3-7; Águas de Lindóia (SP). São Paulo: SBPqO; 2005. p.190.
51. Compagnoni MA, Martins MC. Avaliação sobre o número de retornos e as causas que os acarretam após a instalação das próteses totais. *Rev CROMG*. 1998; 4: 108-14.
52. Cleary TJ, Hutter L, Blunt-Emerson M, Hutton JE. The effect of diet on the bearing mucosa during adjustment to new complete dentures: a pilot study. *J Prosthet Dent*. 1997; 78: 479-85.
53. Stephens AP, Cox CM, Sharry JJ. Dial variation in palatal tissue thickness. *J Prosthet Dent*. 1966; 16: 661-74.
54. Diehl RL, Foerster U, Sposetti VJ, Dollan TA. Factors associated with successful denture therapy. *J Prosthodont*. 1996; 5: 84-90.
55. Langer A, Michiman J. Occlusal perception after placement of complete dentures. *J Prosthet Dent*. 1968; 19: 61-3.