

Instalação das Próteses Totais: Avaliação de Materiais Reveladores das Áreas de Compressão

Avaliação Clínica de 3 Tipos de Pastas

INTRODUÇÃO

Segundo NAGLE⁶, o tratamento de pacientes com próteses totais abrange duas fases: a fase biomecânica de confecção da prótese e a fase pós-inserção que se inicia com a instalação da prótese.

Para SHERMAN¹⁰, a instalação da prótese é uma etapa crítica a qual apresenta um duplo relacionamento: com o cirurgião-dentista que terá a oportunidade de verificar a exatidão do trabalho executado e com o paciente que espera ansiosamente pela prótese.

Com a instalação da prótese se inicia um relacionamento íntimo entre a prótese e os tecidos de suporte; JANKELSON³ considera importante que a prótese se adapte aos tecidos respeitando-se suas características morfo-funcionais para oferecer ao paciente conforto físico, psicológico e eficiência funcional.

Contudo, devido às inevitáveis alterações dimensionais porque passam as resinas acrílicas ao se polimerizarem, as bases das próteses geralmente apresentam alterações. Aliada a outros fatores como forma dos rebordos alveolares⁹, tipo e espessura da fibromucosa⁴, variações diurnas da mucosa oral¹¹, as próteses podem apresentar graus variáveis de desadaptações quando assentadas sobre os rebordos, resultando disso áreas compressivas na fibromucosa, muitas vezes responsáveis pelo aparecimento de traumas, dor, desconforto e reabsorções ósseas. Assim, a eliminação dessas áreas no ato da instalação da prótese é um procedimento indispensável e salutar.

Considerando que para a descoberta das áreas de compressão da mucosa é necessário o uso de materiais reveladores dessas áreas, decidimos investigar 3 pastas utilizadas para esta finalidade, através da avaliação quantitativa das áreas compressivas reveladas pelas mesmas.

MATERIAL E MÉTODO

Foram estudados 3 materiais a saber: a) pasta elaborada por Woelfel* (*) WOELFEL, J.B. Pasta para revelar e equalizar pressão), doravante denominada pasta A; 2) pasta fabricada pela Kerr (Pressure Relief Cream) ou pasta B e 3) pasta branca catalizadora do conjunto da pasta zincoenólica marca Lisanda ou pasta C.

Os experimentos foram feitos utilizando-se 24 próteses totais superiores, confeccionadas na clínica de Prótese Total da faculdade de Odontologia de Araraquara-UNESP.

Antes da instalação secava-se a superfície interna da base da prótese aplicando-se inicialmente álcool e depois jatos de ar.

Com um pincel aplicava-se uma camada fina e contínua da pasta A, tendo-se o cuidado de deixar bem nítidas as estrias formadas pelas cerdas do pincel, o que nos permitia avaliar as áreas de compressão que ultrapassam os limites de tolerância tecidual das que não ultrapassam.

A prótese era cuidadosamente assentada com discreta pressão manual aplicada bilateralmente na região de pré-molares. Após sua remoção anotava-se o número de áreas de compressão reveladas num gráfico próprio⁸.

Em sequência, após a completa remoção e limpeza da pasta A, aplicava-se novamente na base da prótese a pasta B, obtendo-se as áreas compressivas decorrentes, as quais foram anotadas. Finalmente, repetindo-se todos os procedimentos ante-

Sergio Russi

Francisco de Assis Mollo Junior

João Neudenir Arioli Filho

Hélio Ferraz Porciuncula

*Professores de Prótese da FO/
Araraquara/UNESP*

Os AA investigaram o desempenho clínico de três pastas reveladoras de áreas de compressão nas bases de próteses totais superiores.

riores aplicou-se a pasta C anotando-se também o número das áreas reveladas.

Portanto, numa mesma sessão para cada prótese, foram testadas as 3 pastas, dentro da mesma tecnologia e pelo mesmo investigador para se evitar variações inter-examinadores.

RESULTADO

O número de áreas de compressão, identificado de acordo com a pasta evidenciadora utilizada, se encontra descrito na Tabela 1.

Foi verificado que as médias do número de áreas de compressão nos 3 grupos avaliados foram de $15,17 \pm 3,25$ para a pasta A, $14,83 \pm 3,56$ para a pasta B, e de $10,92 \pm 3,6$ para a pasta C (Gráfico 1).

A comparação entre as pastas evidenciadoras foi realizada duas a duas, por meio do teste t de Student para observações dependentes (pareado), ao nível de significância de 5%, cujos resultados são relatados na Tabela 2.

Os resultados demonstraram que as pastas A e B apresentaram maior capacidade de identificar áreas de compressão, sendo estatisticamente iguais entre si e superiores à pasta C, a qual apresentou uma menor capacidade de identificar áreas de compressão em comparação com as pastas A e B.

DISCUSSÃO

Embora a pasta C tenha apresentado, em 7 casos (29%), valores iguais ou maiores do que o das pasta A ou B, estas, na maioria dos casos (71%), foram superiores neste aspecto, apresentando um total de 364 e 356 áreas compressivas, respectivamente, contra 262 áreas da pasta C, evidenciando maior sensibilidade em registrar áreas de compressão.

Clinicamente observou-se que as pastas A e B apresentavam um escoamento maior em relação à pasta C, a qual era mais pastosa e adesiva.

Tais diferenças tanto na coesão como na capacidade evidenciadora são perfeitamente compreensíveis, pois a pasta C é fabricada para moldagens, como componente das pastas zincoenólicas e não para evidenciar áreas de compressão, ao contrário das demais pastas que são específicas como materiais reveladores.

Apesar dessa limitação, o seu uso clínico não deve ser descartado, visto que a pasta C foi incluída nesta investigação, porque tem sido de inegável utilidade na clínica de Prótese Total para detectar áreas compressivas nas bases das próteses totais e também nas próteses parciais removíveis, conforme citam DE FIORI² e RUSSI, LOMBARDO, COMPAGNONI, MENDES⁸.

A conduta clínica de se detectar e aliviar áreas de compressão na base das próteses totais é um procedimento necessário e inadiável pois favorece a adaptação da prótese, melhora a retenção, previne trauma nos tecidos moles, dando mais conforto ao paciente no período de adaptação à prótese, sendo indicado por autores como CLEARY, HUTTER, BLUNT-EMERSON, HUTTON¹; MURAOKA⁵; PLASENCIA⁷; STEVENSON-MOORE, DALY, SMITH¹².

O uso da pasta C ou outra similar, como substituta de outros materiais reveladores, encontra embasamento pelo fato de não se dispor ainda no mercado nacional produtos assim específicos e facilmente acessíveis ao cirurgião-dentista.

Tabela 1 – Frequência de áreas de compressão.

Paciente	Pasta A	Pasta B	Pasta C
1	14	11	11
2	17	15	12
3	13	12	7
4	12	15	12
5	15	19	16
6	10	15	14
7	19	15	16
8	14	9	10
9	17	14	13
10	20	23	11
11	15	18	8
12	14	13	11
13	14	14	13
14	19	15	6
15	15	20	7
16	11	13	9
17	13	10	10
18	17	13	11
19	19	14	13
20	12	15	10
21	11	9	7
22	13	15	6
23	23	20	16
24	17	19	13
TOTAL	364	356	262

Gráfico 1 – Média do número de áreas de compressão utilizando-se diferentes pastas evidenciadoras

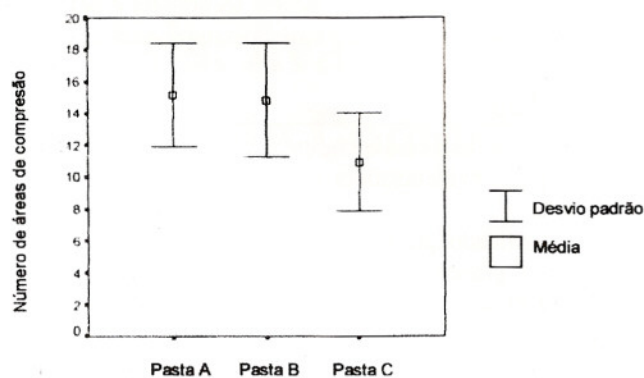


Tabela 2 – Comparação entre os grupos.

Comparação	Diferença entre as médias	Desvio padrão da diferença	Graus de liberdade	t
A x B	0,3333	3,3319	23	0,490
A x C	4,2500	3,5294	23	5,899 *
B x C	3,9167	4,0100	23	4,785 *

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

CONCLUSÃO

À vista dos resultados podemos concluir que

- as pastas A (Woelfel) e B (Kerr) detectaram maior número de áreas de compressão;
- a pasta C (Lisanda) evidenciou menor número de áreas de compressão;
- a pasta C (Lisanda) tem sido muito útil para detectar áreas compressivas na ausência de outros materiais específicos para tal finalidade;
- quando comparada com as demais pastas estudadas, a pasta C apresentou valores estatisticamente significantes a 5%.

RESUMO

Nesta pesquisa foi investigado o desempenho clínico de três materiais usados para revelar áreas de compressão nas bases de vinte e quatro próteses totais superiores durante a instalação das mesmas. Foram utilizadas: 1) pasta de Woelfel (pasta A); 2) a pasta da Kerr (pasta B) e 3) a pasta branca catalizadora da pasta zincoenólica para moldagem Lisanda (pasta C). As duas primeiras (pastas A e B) são específicas para esta finalidade. Pelos resultados notou-se que as pastas A e B apresentaram, pelo total de áreas reveladas, praticamente o mesmo desempenho, detectando maior número de áreas compressivas em relação à pasta C. As diferenças observadas entre a pasta C e as demais foram estatisticamente significantes ao nível de 5%. Os autores recomendam não só o alívio das áreas compressivas bem como, na ausência de materiais reveladores específicos, o uso da pasta branca catalizadora disponível, como substituto clínico para revelar áreas de compressão nas próteses totais.

Palavra-chave: Prótese total, instalação, pastas reveladoras, áreas de compressão.

SUMMARY

In this research was investigated the clinical performance

of 3 materials used to disclose pressure areas in the bases of 24 complete upper dentures during the insertion of them. Were utilized: 1) Woelfel's paste (paste A); Kerr's paste (paste B) and 3) the Lisanda's white catalyst paste of the zinc-eugenol impressiom paste (paste C). By the results was noted that the pastes A and B presented, by the total number of pressure areas revealed, practically the same performance, detecting a greater number of pressure spots in relation to the paste C. The differences observed between the paste C and the others were statistically significant at a level of 5%. The authors recommend not only the relief of the pressure areas as well as, in the absence of specific disclosing materials, the use of white catalyst past disposable as clinical substitute to reveal pressure areas in full denture prosthesis.

Keywords: Full denture prosthesis, insertion, disclosing pastes, pressure areas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CLEARY, T.J.; HUTTER, L., BLUNT-EMERSON, M.; HUTTON, J.E. The effect of bearing mucosa during adjustment to new complete dentures. A pilot study. *J.Prosthet.Dent.*, v. 78, n.5, p. 479-485, Nov.1997.
2. DE FIORI, S.R. Atlas de prótese parcial removível. São Paulo: Panamed, 1983. p. 395.
3. JANKELSON, B. Adjustment of dentures at time of insertion and alterations to compensate for tissue change. *J.Am.Dent.Assoc.*, v. 64, n. 4, p. 521-530, Apr. 1962.
4. LEATHERS, L.L. Accurate aids in the adjustment of dentures. *J.Am.Dent.Assoc.*, v. 68, n.4, p. 509-516, Apr. 1964.
5. MURAOKA, H. A color atlas of complete denture fabrication. Tokyo: Quintessence Publ., 1989. p. 193.
6. NAGLE, R.J. Post insertion problems in complete denture prosthesis. *J.Am.Dent.Assoc.*, v. 57, n.1, p. 183-187, Aug. 1958.
7. PLASENCIA, J.M.L. Prótesis completa. Barcelona: Ed. Labor, 1988. p. 177-178.
8. RUSSI, S., LOMBARDO, J.G., COMPAGNONI, M.A., MENDES, A.J.D. Estudo das zonas de compressão nas dentaduras completas superiores. *Rev.Assoc.Paul. Cir.Dent.*, v. 31, n.2, mar.abr., 1977.
9. SAIZAR, P. Prostodoncia total. Buenos Aires: Mundi, 1972. p. 401.
10. SHERMAN, H. Denture insertion. *Dent.Clin.North.Am.*, v. 21, n.2, p. 339-357, Apr. 1977.
11. STEPHENS, A.P., COS, C.M., SHARRY, J.J. Diurnal variations in palatal tissue thickness. *J. Prosthet.Dent.*, v. 16, n.4, p. 661-674, July/Aug. 1966.
12. STEVENSON-MOORE, P., DALY, C.H., smith, d.e. Indicator pastes: their behavior and use. *J.Prosthet.Dent.*, v. 41, n.3, p. 258-265, Mar.1979.