

# MANUAL CLÍNICO DE PRÓTESE TOTAL

**Fernanda Ferruzzi**

**Kátia Coutinho Rosa**

**Kátia Trindade**

**Henrique Müller de Quevedo**

**Ernesto Benalcázar Jalkh**

**Alberto Ataíde Saldanha**





**Órgão de divulgação científica multidisciplinar da Uninga – Centro Universitário Ingá**

**Reitor**

Prof. Me. Roberto Cezar de Oliveira

**Presidente da mantenedora**

Ricardo Benedito Oliveira

**Pró-reitora acadêmica**

Profa. Me. Gisele Colombari Gomes

**Diretora de pós-graduação**

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso

**Coordenadoria de pós-graduação**

Samile Cancian Grespan de Mello

**Editor-chefe**

Prof. Dr. Isaac Romani

Editora Uninga

PR 317, nº 6114, 87035-510, Maringá /PR

Fone: (44) 3033-5009

[editora.uninga@uninga.edu.br](mailto:editora.uninga@uninga.edu.br)

[www.uninga.br/institucional/editora-uninga/](http://www.uninga.br/institucional/editora-uninga/)



© 2022 Editora Uningá

### **Direção Editorial**

Prof. Dr. Isaac Romani

### **Assistentes Editoriais**

Aline Miyuke Miyamoto

Crislene Santana Rodrigues da Silva

### **Diagramação**

Thiago Bruno Peraro

DOI:10.46311/978-65-80328-04-8

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Manual clínico de prótese total [livro eletrônico] / Fernanda Ferruzzi...[et al.]. -- 1. ed. -- Maringá, PR : Editora Uningá, 2022. PDF.

Outros autores : Kátia Coutinho Rosa, Kátia Trindade, Henrique Müller de Quevedo, Ernesto Benalcázar Jalkh, Alberto Ataíde Saldanha.

Bibliografia.

ISBN 978-65-80328-04-8

1. Odontologia 2. Prótese dentária - Manuais de laboratório I. Ferruzzi, Fernanda. II. Rosa, Kátia Coutinho. III. Trindade, Kátia. IV. Quevedo, Henrique Müller de. V. Jalkh, Ernesto Benalcázar. VI. Saldanha, Alberto Ataíde.

22-118411

CDD-617.69

NLM-WU-500

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Prótese : Odontologia 617.69

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

## SOBRE OS AUTORES

**Fernanda Ferruzzi** 

Uningá – Centro Universitário Ingá, Maringá, PR

Endereço eletrônico: fer.ferruzzi@gmail.com

**Kátia Coutinho Rosa** 

Uningá – Centro Universitário Ingá, Maringá, PR

Endereço eletrônico: katia\_coutinho@hotmail.com

**Kátia Trindade** 

Uningá – Centro Universitário Ingá, Maringá, PR

Endereço eletrônico: katia.trindade94@gmail.com

**Henrique Müller de Quevedo** 

CPO – Centro de Pós-graduação, Bauru, SP

Endereço eletrônico: quevedohenrique@hotmail.com

**Ernesto Byron Benalcázar Jalkh** 

Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, SP

Endereço eletrônico: ernestobenalcazarj@gmail.com

**Alberto Ataíde Saldanha** 

Uningá – Centro Universitário Ingá, Maringá, PR

Endereço eletrônico: betosaldanha@gmail.com

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	6
Sessão Clínica 1 .....	7
Exame Clínico.....	7
Sessão Clínica 2 .....	12
Moldagem Anatômica.....	12
Sessão Clínica 3 .....	15
Moldagem Funcional .....	15
Sessão Clínica 4 .....	20
Ajuste dos planos de orientação .....	20
Registro das relações intermaxilares.....	20
Montagem em articulador .....	20
Seleção da cor dos dentes .....	20
Sessão Clínica 5 .....	32
Prova dos dentes .....	32
Sessão Clínica 6 .....	35
Instalação .....	35
Sessão Clínica 7 .....	40
Controle.....	40
REFERÊNCIAS .....	41

## INTRODUÇÃO

A prótese total é um aparelho que tem por objetivo substituir os dentes perdidos e recuperar o volume alveolar em uma arcada totalmente edêntula (VOLPATO *et al.*, 2005). De acordo com os dados do Ministério da Saúde, cerca de 63,1% dos brasileiros com idade entre 65 e 74 anos usam pelo menos uma prótese total (BRASIL, 2010).

Sua finalidade é restaurar mastigação, fonética, aparência e autoestima, com o intuito de conservar os rebordos alveolares. Segundo Volpato (2012), a prótese total também possui o objetivo de reconstituir a deglutição, a estética e a harmonia facial.

Para a confecção do dispositivo, devemos, primeiramente, avaliar a área basal, constituída por zona principal de resistência aos esforços mastigatórios, zona secundária de resistência aos esforços mastigatórios, regiões de alívios e selado periférico (VOLPATO *et al.*, 2005). Outro parâmetro a ser avaliado é o formato do rosto do paciente para, sucessivamente, escolher o formato dos dentes que serão utilizados na prótese (BERNAL *et al.*, 2005).

De acordo com Barbosa (2006), são necessários diversos procedimentos clínicos para a confecção da prótese total. Dentre esses, estão o exame clínico, em que será observada a sua aparência facial, buscando características como dimensão vertical, suporte labial, linha do sorriso, altura incisal, tecidos moles e rebordos (TELLES; HOLLWEG; BARBOSA, 2003).

Após a instalação da prótese total, faz-se importante que essa apresente retenção e estabilidade, a fim de trazer ao paciente conforto e segurança ao mastigar, falar e deglutir. Além disso, os requisitos da estética dentolabial devem estar satisfatórios, além da harmonia da face, por meio do restabelecimento do suporte dos tecidos moles.

Pautando-se nesses argumentos, o objetivo deste trabalho é apresentar, à Clínica Integrada Restauradora da Uningá, um manual de confecção de prótese total. Este foi desenvolvido para ser um material didático de fácil leitura, com a apresentação de técnicas e materiais que devem ser utilizados durante o tratamento. Por isso, as etapas do tratamento com prótese total são divididas em sessões clínicas, de modo a orientar o aluno nos procedimentos preconizados na Clínica Integrada Restauradora.

# Sessão Clínica 1

## Exame Clínico

Materiais:  
Jogo Clínico  
Compasso de Willis

**Objetivo da sessão:** Adquirir informações que influenciarão todo o planejamento da prótese total, tais como forma e altura do rebordo, presença de lesões e estruturas anatômicas que possam prejudicar a estabilidade e a retenção da prótese.

O exame clínico pode ser dividido em exame extra e intraoral.

- **Exame extraoral**

Neste exame, o cirurgião-dentista deve analisar a face do paciente como um todo, com as próteses em boca. Serão avaliados:

- Dimensão vertical, utilizando o compasso de Willis.
- Lábios e Suporte labial.
- Linha do sorriso.
- Altura incisal.
- Situação das próteses atuais.

Ao analisarmos a face do paciente, devemos observar a capacidade da prótese de suportar os tecidos moles e se contempla os princípios de estética, para proporcionar um aspecto facial agradável ao paciente.

Por exemplo, na Figura 1, podemos observar que, sem a prótese, o lábio superior possui suporte inadequado e, com isso, verificamos uma aparência de “lábio murcho”.

**Figura 1.** Aspecto do terço inferior da face de um paciente desdentado, sem próteses, evidenciando o colapso dos tecidos moles.



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** Observe a presença de placas leucoplásicas no lábio inferior, regiões ulceradas e perda de definição do vermelhão dos lábios, características da quelitite actínica.

**Figura 2.** Aspecto do terço inferior da face de um paciente desdentado, com próteses, evidenciando a melhora no suporte labial e no suporte aos tecidos moles.



**Fonte:** Os autores.

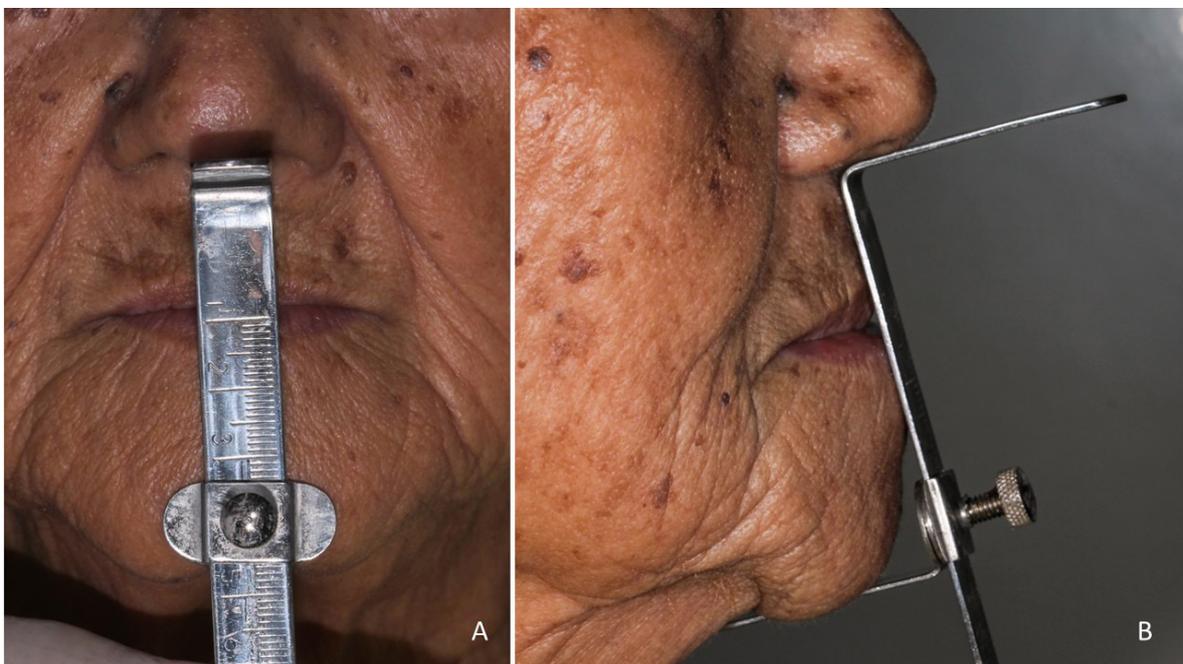
**Notas:** Evidencia-se no lábio inferior a presença de áreas ulceradas, sugerindo alterações mais atípicas no tecido. A biópsia está indicada.

Além disso, o paciente apresenta uma redução na altura do terço inferior da face devido à falta dos dentes e, conseqüentemente, há ausência de uma dimensão vertical de oclusão (DVO). O mento (queixo) aparenta estar mais proeminente por causa da combinação de falta de suporte labial e de DVO adequada. Portanto a prótese deve ser planejada de modo que restabeleça correta DVO e adequado suporte labial (TELLES; HOLLWEG; BARBOSA, 2003).

Na análise extraoral, também podemos detectar lesões no lábio, como a queilite actínica, verificada na Figura 1 e também a queilite angular, que são fortes indicativos de DVO reduzida.

Dessa forma, devemos avaliar a face do paciente enquanto estiver usando as próteses atuais, para medir a DVO oferecida por essas, com o auxílio de um compasso de Willis (Figura 3) e anotar este valor no prontuário odontológico, estabelecendo-se o parâmetro inicial de oclusão do paciente e indicando a necessidade de correção ou manutenção.

**Figura 3.** Avaliação da DVO utilizando o compasso de Willis em uma vista frontal (a) e lateral (b).



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** O compasso deve tocar a base do nariz e a parte inferior do mento.

- **Exame intraoral**

Para o exame intraoral, solicitamos ao paciente que tirasse as próteses e oferecemos um guardanapo de papel.

O exame clínico intraoral se inicia pela análise dos tecidos moles, mucosa, língua e tecidos de revestimento do rebordo, que devem ser examinados e palpados à procura de alterações ou lesões. Devemos também verificar altura, espessura, formato e grau de reabsorção do rebordo residual, analisando se o mesmo será capaz de prover adequada retenção mecânica à prótese (Figura 4).

Avaliamos também o posicionamento em relação ao rebordo antagonista. É de grande importância averiguar a mucosa palatina posterior e o grau de movimentação do palato mole durante a realização do teste fonético, pois esses fatores determinam a localização da área de travamento posterior e seu término.

O tamanho, a localização e o grau de movimentação dos freios labial e lingual e das inserções musculares também devem ser avaliados (Figura 5). Caso essas inserções musculares venham a deslocar a prótese durante os movimentos fisiológicos, será preciso avaliar a necessidade de cirurgias pré-protéticas.

Se forem verificadas alterações ou lesões orais, devemos diagnosticar e indicar o tratamento adequado previamente ao início do tratamento reabilitador. Dentre as lesões, a hiperplasia fibrosa inflamatória é uma lesão frequentemente encontrada nos pacientes desdentados, que ocorrem devido ao trauma constante de próteses desadaptadas (Figura 5). Assim, a hiperplasia deve ser removida cirurgicamente e a prótese atual deve ser adequada com reembasamento ou desgaste, para uso do paciente enquanto aguarda as etapas clínicas da confecção de uma nova prótese seguindo os parâmetros corretos de adaptação. Após a cicatrização, uma nova prótese deve ser confeccionada.

**Figura 4.** (A) Rebordo superior apresenta mucosa normal, em formato oval e com altura intermediária. (B) Brida/freio lateral normal, que se insere próximo ao fundo de sulco vestibular. (C) O freio lateral se insere na vertente do rebordo e virá a reduzir a área a ser coberta pela prótese.



Fonte: Os autores.

**Figura 5.** Hiperplasia fibrosa inflamatória (A), causada por uma prótese mal adaptada (B).



Fonte: Os autores.

*Dica!*

Pergunte ao paciente:

Está satisfeito com a prótese atual?

O que gostaria que mudasse em sua nova prótese?

O que gostaria que fosse mantido em sua nova prótese?

Questione também sobre hábitos de uso do paciente e forma de higienização, podendo instruir desde o início a mudança de hábitos, caso necessário.

## Sessão Clínica 2

### Moldagem Anatômica

**Objetivo da sessão:** Conseguir um modelo que reproduza rigorosamente extensão, forma e textura da área basal, copiando a localização fisiológica das estruturas musculares. Os tecidos moldados devem ter a menor quantidade de alteração possível, gerando um molde sem tensões, que possua retenção e estabilidade em boca, para a confecção da moldeira individual.

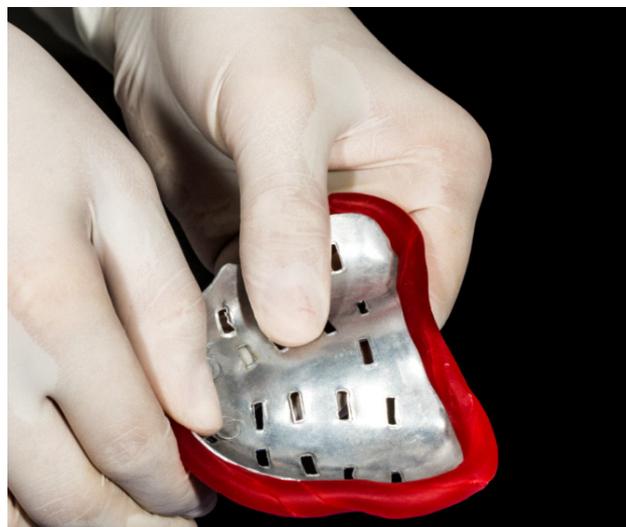
Materiais:

Jogo Clínico  
 Moldeira de estoque para desdentados  
 Cera periférica  
 Alginato  
 Espátula para alginato  
 Cuba para alginato  
 Hipoclorito de sódio 1%  
 Saco plástico

#### PASSO A PASSO:

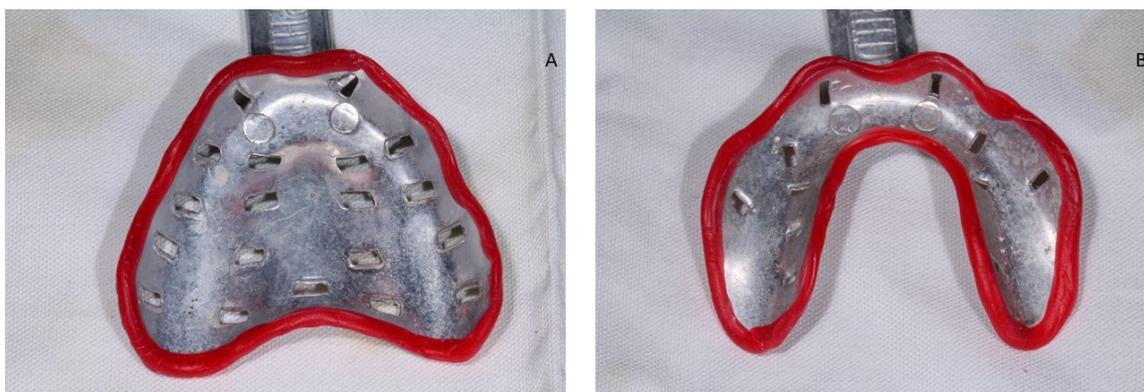
- Escolher uma moldeira adequada, capaz de cobrir toda a área de interesse (não se esqueça de deixar um espaço adicional na região vestibular).
- Individualizar moldeira com cera periférica de acordo com as Figuras 6 e 7 (iniciar pela região de freio em direção à região de sulco) para prevenir a ocorrência de bolhas e reter o material em posição até a presa final.

**Figura 6.** Individualização da moldeira de estoque com cera periférica, preparando para a realização da moldagem funcional.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 7.** Moldeiras superior (A) e inferior (B) individualizadas com cera periférica.



**Fonte:** Os autores.

- Manipular o alginato (realizando movimento de amassamento contra a parede da cuba) e depositar na moldeira.
- Levar à boca do paciente (de posterior para anterior), pressionando levemente a mucosa e tracionando os lábios e as bochechas.
- Aguardar a geleificação do alginato, observando as instruções do fabricante, o tempo médio e estabilizando a posição da moldeira sem movimentação.
- Remover a moldeira sem realizar movimento de torção, sugerindo ao CD direcionar jatos de ar para auxiliar a remoção do vácuo.
- Depois da moldagem, lavar os moldes em água corrente, borrifar hipoclorito de sódio a 1% e acondicionar em saco plástico por 10 minutos. Em seguida, lavar novamente em água corrente, colocar uma gaze úmida embaixo da moldeira e acondicionar em um saco ou pote plástico que possa ser fechado para enviar ao laboratório de prótese dentária.

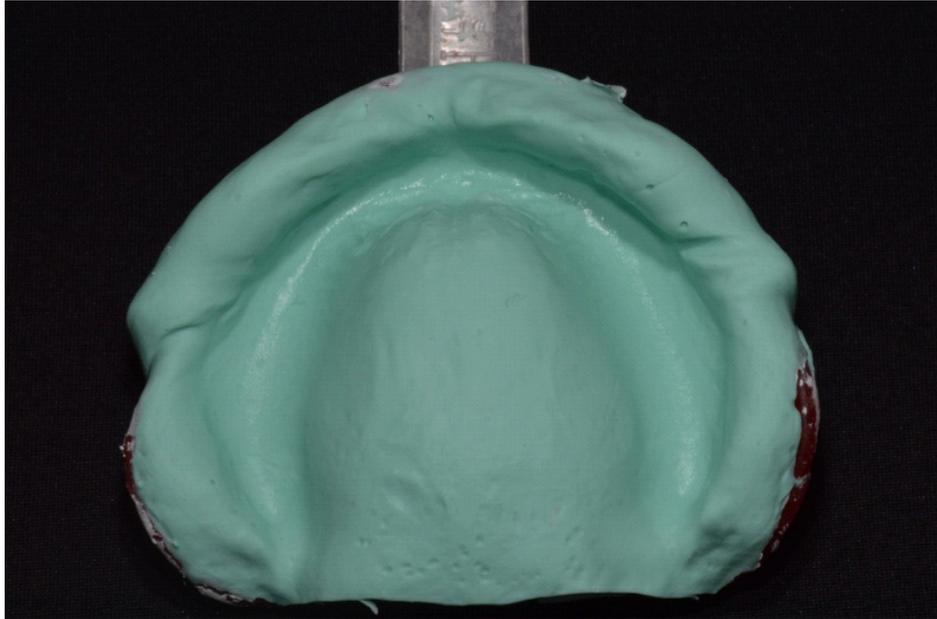


Pedir ao paciente para inspirar e expirar pelo nariz e evitar engolir a saliva durante a geleificação do alginato para evitar náuseas.

Você pode utilizar uma seringa descartável para depositar alginato no fundo de vestibulo superior e entre o rebordo e a língua nos casos da prótese inferior.

Se houver bolhas, você pode utilizar alginato fluido (com cerca de 50% a mais de água que a primeira moldagem) sobre a primeira moldagem, porém deve-se realizar alívios e secar a superfície do molde (Cuidado para não eliminar retenção), em seguida, depositar alginato por completo sobre a primeira moldagem (Figura 6) e não somente onde há defeitos, realizando uma moldagem de reembasamento. Observe nas Figuras 8 e 9b, em que o alginato se apresenta liso, brilhante e sem bolhas.

**Figura 8.** Exemplo de um molde correto. Observe que a área basal foi reproduzida por completo, sem a presença de bolhas.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 9.** (A) Moldagem de reembasamento com alginato. (B) Molde concluído.



B

**Fonte:** Os autores.

## Sessão Clínica 3

### Moldagem Funcional

Materiais:

Jogo Clínico

Peça reta

Kit de brocas e borrachas para Prótese

Godiva em bastão

Lamparina

Álcool 90°GL para lamparina

Grau de borracha com água

Moldeira individual

Espátula n.º 36

Placa de vidro

Papel sulfite

Fita crepe ou durex

Pasta zinco-enólica

Vaselina sólida

**Objetivo da sessão:** Reproduzir a área basal e obter retenção de maneira confortável para a futura prótese.

A moldagem funcional é dividida em duas fases: a primeira é o selamento periférico e a segunda, a moldagem funcional propriamente dita.

#### **Selamento Periférico**

Esse procedimento consiste em permitir que os tecidos estabeleçam suas próprias relações de contato com o material de moldagem, moldando seus requerimentos funcionais (TELLES; HOLLWEG; BARBOSA, 2003).

Antes de realizar o selamento periférico, é necessário fazer alguns alívios na moldeira individual para que haja espaços necessários para a inserção da godiva de baixa fusão, aliviando 1 a 2 mm distante do fundo de vestibulo, nos flancos e 3 mm nos freios.

O selamento periférico deve ser realizado em etapas, conforme apresentado nas Figuras 10 e 11.

**Figura 10.** O selamento periférico deve ser realizado em etapas, de posterior para anterior, por último deve ser realizado o término posterior, na região do palato mole.

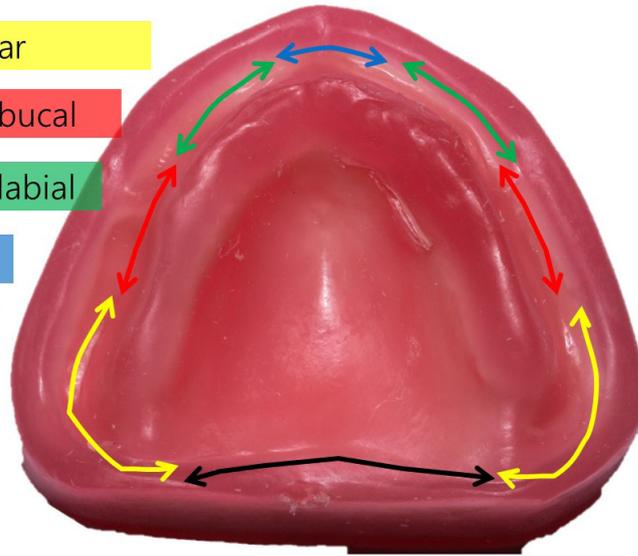
1. Espaço coronomaxilar

2. Fundo de vestibulo bucal

3. Fundo de vestibulo labial

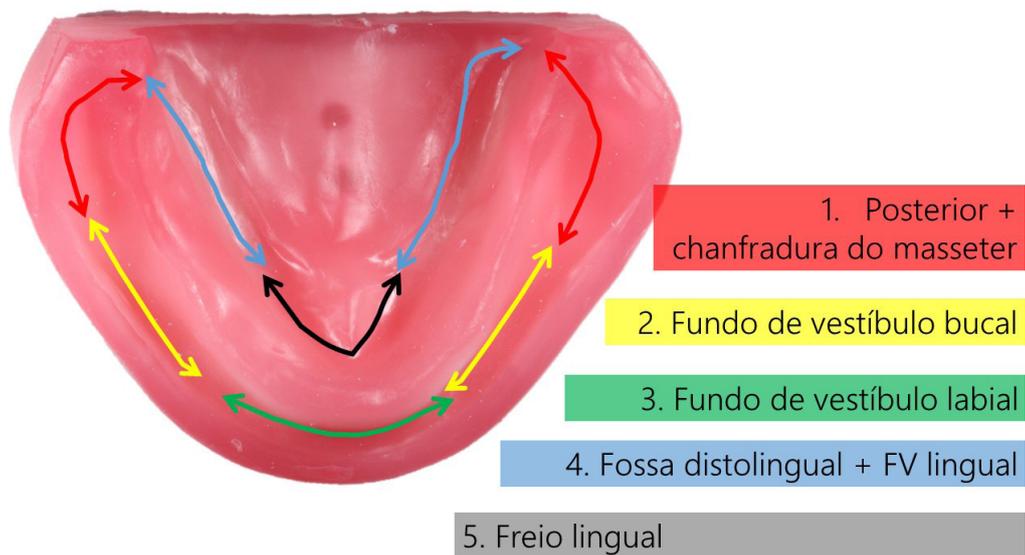
4. Freio labial

5. Término posterior



**Fonte:** Os autores.

**Figura 11.** No arco inferior, o selamento periférico deve ser iniciado na região posterior, seguindo para a área vestibular, área lingual e finalizado com o freio lingual.



**Fonte:** Os autores.

### **PASSO A PASSO:**

- Ajustar a moldeira individual, lembrando-se de fazer alívios na borda da moldeira, de 1 a 2 mm distante do fundo de vestibulo e 3 mm nos freios.
- Realizar o selamento periférico por partes, seguindo a ordem citada nas Figuras 10 e 11, de acordo com a arcada correspondente.
- Para realizar o selamento periférico com godiva em bastão, plastifique a godiva aproximando-a da lamparina e deposite sobre a borda da moldeira. Lembre-se de molhar a moldeira em uma cuba com água em temperatura ambiente, a fim de reduzir a temperatura da godiva antes de levá-la à boca do paciente.
- Com a moldeira na boca do paciente, tracione os lábios e as bochechas, peça para o paciente tentar morder, fazer movimentos de sucção e lateralidade.
- A godiva deve apresentar superfície fosca e espessura uniforme, sem dobras ou rugosidades e contorno arredondado (Figura 12).

Alternativamente, o selamento periférico pode ser realizado com silicone por condensação ou adição de consistência densa. Após o ajuste das moldeiras, devem ser realizadas endentações na borda da moldeira com um disco diamantado. O material de moldagem deve ser manipulado e posicionado em toda a borda da moldeira. A moldeira é levada à boca e o tracionamento dos tecidos moles é realizado, de forma que o selamento periférico é obtido de uma única vez.

### **Moldagem Funcional propriamente dita**

Na moldagem funcional, é utilizada uma moldeira individual para se obter um modelo que reproduza fielmente textura, forma e extensão da área basal quando os tecidos estão em movimento. Podem ser utilizados materiais de moldagem de baixa viscosidade, como a pasta zinco-enólica ou silicones de consistência leve.

### **PASSO A PASSO:**

- Aplicar vaselina sólida nos lábios e no terço inferior do paciente.
- Manusear a pasta zinco-enólica sobre a placa de vidro com a espátula 36 até obter uma mistura homogênea.
- Carregar a moldeira individual de modo que a pasta zinco-enólica cubra o selamento periférico, representado na Figura 13.

**Figura 12.** Selamento periférico superior (A) e inferior (B).



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** Observe o aspecto da godiva, fosca, uniforme e arredondada. Quando a godiva apresenta estes aspectos, o selamento foi realizado com sucesso.

**Figura 13.** Aplicação da pasta zinco enólica na moldeira individual.



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** Observe que a aplicação é realizada em toda a moldeira (A) e acima do selamento periférico (B). Desta forma, reproduzirá fielmente a área basal e inserções musculares.

**Figura 14.** Moldagem funcional concluída.



**Fonte:** Os autores.

- Na maxila, peça para o paciente fechar um pouco a boca e tracione lábios e bochechas contra o fundo de sulco.
- Na mandíbula, peça para paciente pôr a língua para fora e mexer para direita e esquerda, em seguida, tracione os lábios e a bochecha.
- Espere a presa do material, que deve ficar uniforme sobre a moldeira, recobrir todo o selamento periférico (Figura 14).
- Após a moldagem, lavar o molde em água corrente, borrifar hipoclorito de sódio a 1% e acondicionar em saco plástico por 10 minutos. Em seguida, lavar novamente em água corrente, colocar uma gaze úmida embaixo da moldeira e acondicionar em um saco ou pote plástico que possa ser fechado para enviar ao laboratório de prótese dentária.



Ao final do selamento periférico, antes de realizar a moldagem funcional propriamente dita, faça um teste de retenção, tentando retirar a moldeira pelo cabo para se certificar que o selamento periférico foi obtido.

Encapar a placa de vidro com papel sulfite antes da manipulação da pasta zinco-enólica facilita a limpeza.

**Sessão Clínica 4**  
**Ajuste dos planos de orientação**  
**Registro das relações intermaxilares**  
**Montagem em articulador**  
**Seleção da cor dos dentes**

Materiais:

Cera 7

Espátula Lecron

Espátula 31

Espátula 36

Espátula para gesso

Lamparina

Régua de Fox

Compasso de Willis

Régua flexível

Pasta zinco-enólica

Placa de vidro encapada

Escala de cores de dentes artificiais

Grampos metálicos de grampeador

Vaselina

Gesso

Cuba para gesso

Mesa de Camper

Articulador

Nesta sessão, realizamos uma série de procedimentos para orientar o Técnico em Prótese Dentária (TPD) na montagem dos dentes artificiais da futura prótese total.

### Os objetivos da sessão são:

- Determinar os parâmetros estéticos para a futura prótese total.
- Realizar a reconstrução fisionômica da face.
- Determinar a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO).
- Registrar o relacionamento intermaxilar, utilizando a Relação Cêntrica (RC) como referência.
- Selecionar a cor dos dentes artificiais.
- Montar em articulador semiajustável (ASA).

#### 4.1. Ajustar os planos de orientação superior de acordo com os parâmetros estéticos estudados:

O ajuste dos planos de orientação tem por objetivo restabelecer contorno do plano de orientação e a sustentação dos tecidos do terço inferior da face, que foi perdida com as extrações dos dentes naturais (Figura 15 A e C). Além disso, utilizamos o plano de orientação como referência para parâmetros estéticos, posicionamento dentário e relações intermaxilares.

Dessa forma, para o ajuste do plano de cera superior, determinamos algumas etapas:

1. O suporte labial promovendo o reposicionamento dos músculos orbiculares (Figura 15).

**Figura 15.** Paciente sem prótese, sem suporte labial em vista frontal (A) e lateral (C). Paciente com prótese, apresentando suporte labial adequado, em vista frontal (B) e lateral (D). Observe que, antes da utilização da prótese, o paciente apresentava “lábio murcho”, ou seja, suporte inadequado dos tecidos moles.



**Fonte:** Os autores.

2. A altura incisal (Figura 16) demarcando a porção visível do dente com os lábios em repouso (em média 3,4 mm para mulheres e 1,9 mm para homens).

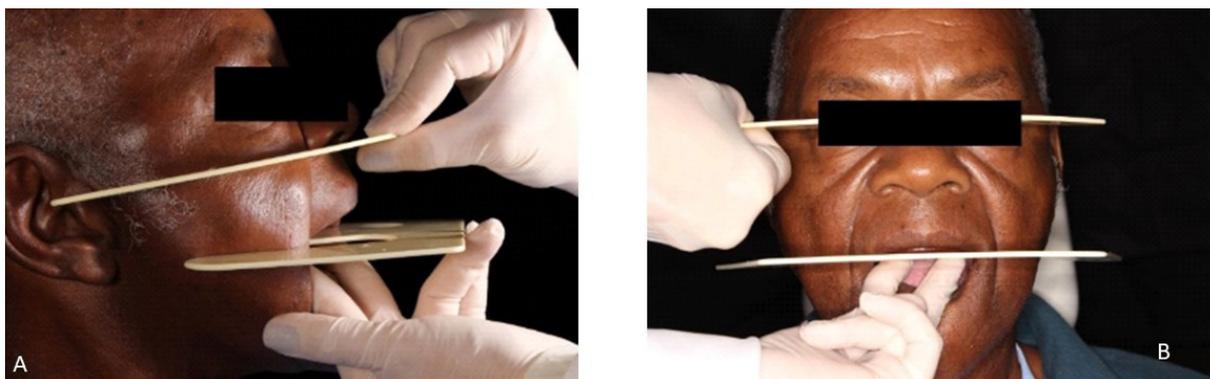
**Figura 16.** Plano de cera aparente quando o lábio está em repouso, determinando a altura incisal (A). Após a montagem dos dentes, os dentes anteriores apresentam incisais aparentes segundo estabelecido pelo plano de orientação (B).



**Fonte:** Os autores.

3. A Linha do sorriso, de forma que o plano oclusal forme uma curva ascendente, acompanhando o lábio inferior.
  - O plano oclusal, ou seja, o plano de cera, deve ser paralelo ao plano de Camper (que é determinado da asa do nariz até o meato acústico externo) em uma vista lateral. Em uma vista frontal, o plano de cera deve ser paralelo à linha bipupilar.
  - O plano de cera pode ser ajustado utilizando a régua de Fox. Uma das régua deve ficar em contato com a superfície do plano de cera e a outra deve ser utilizada para facilitar a visualização das inclinações. As régua devem ficar paralelas entre si em visão frontal e paralelas entre si ou ligeiramente convergentes para distal em uma visão lateral conforme demonstrado na figura 17. Se não ocorrer esse paralelismo, remova a cera na região em que o rolete está muito longo ou acrescente-o na região em que está faltando. Após ajustado, regularize o rolete com uma espátula aquecida.

**Figura 17.** Utilização da régua de Fox em vista lateral (A) e frontal (B).



**Fonte:** Os autores.

4. O Corredor bucal, com base na posição e na inclinação dos caninos (Figura 18).

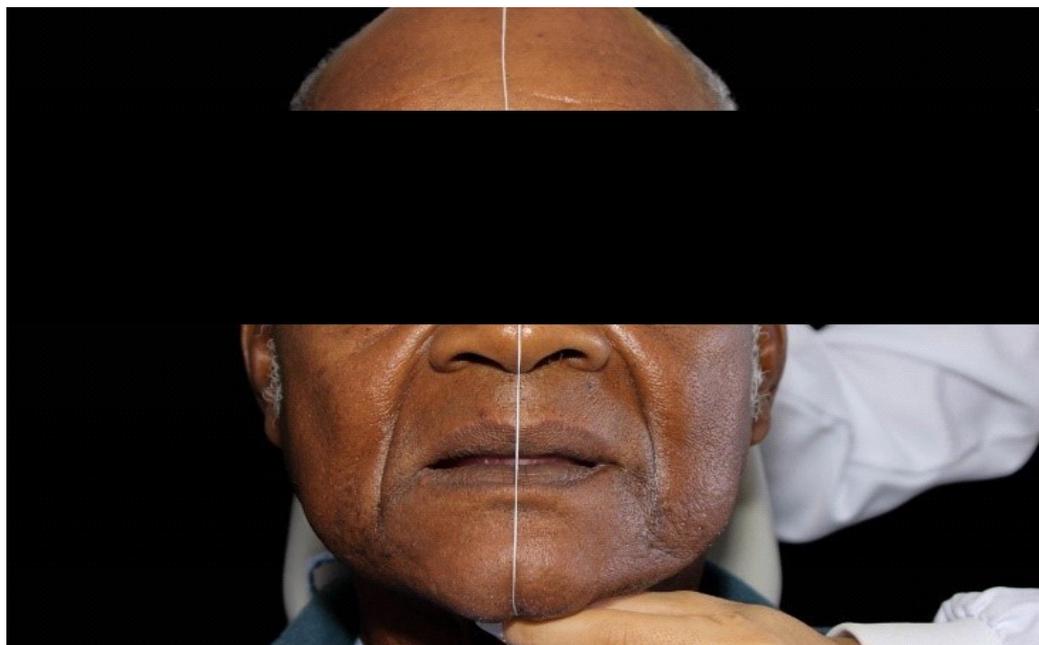
**Figura 18.** (A) Plano de orientação, a linha do sorriso segue a borda do lábio inferior e o corredor bucal está determinado. (B) Após a montagem dos dentes artificiais, a linha do sorriso segue a borda do lábio inferior e o corredor bucal está presente.



**Fonte:** Os autores.

5. A Linha média é demarcada verticalmente, no centro da face (Figura 19), sobre o plano de cera utilizando uma espátula Lecron e com o auxílio de um fio dental. É utilizada para orientar o posicionamento das faces mesiais dos incisivos centrais superiores.

**Figura 19.** Demarcação da linha média com o auxílio de um fio dental.



**Fonte:** Os autores.

6. A Linha alta do sorriso que determina a máxima contração do lábio superior. Deve-se pedir ao paciente que dê um sorriso forçado com o propósito de fazer com o que o lábio superior mostre a maior quantidade possível do plano de cera. Demarcar o limite que o lábio chegou (Figura 20).

**Figura 20.** Demarcação da linha alta do sorriso na máxima contração do lábio superior.

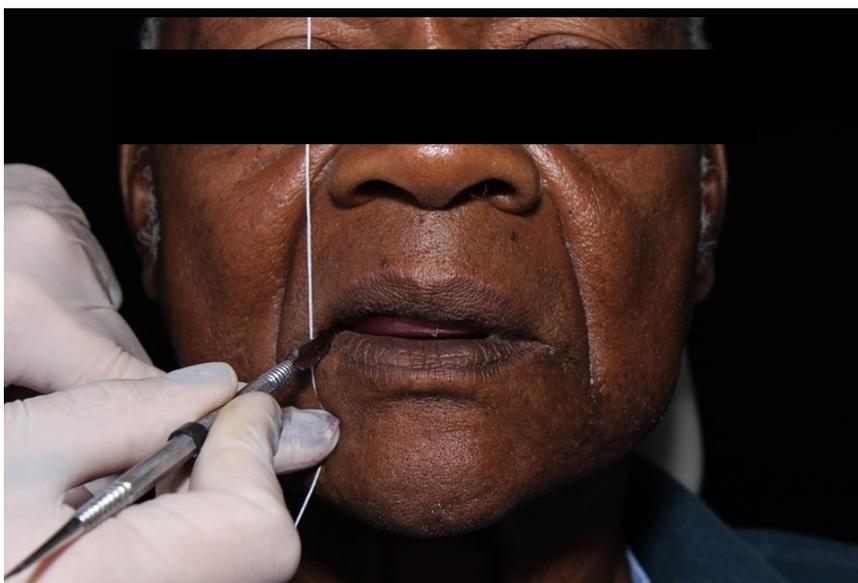


**Fonte:** Os autores.

**Notas:** Os dentes serão posicionados de forma que fiquem aparentes até este ponto para que o paciente não apresente “sorriso gengival”.

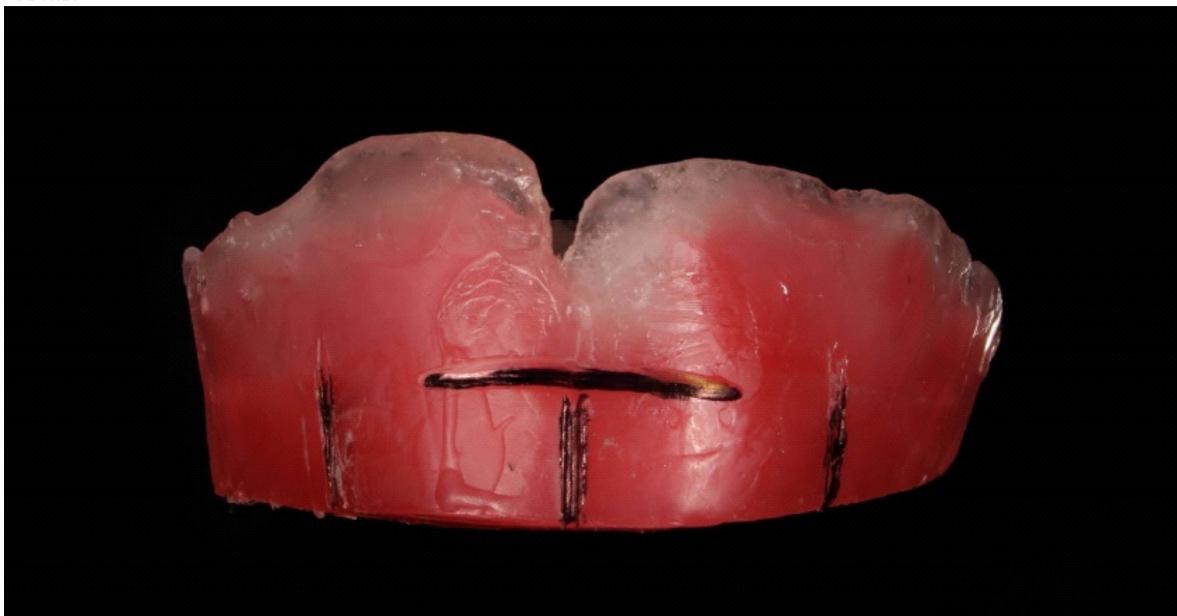
7. A Linha dos caninos que determina a posição da face distal dos caninos, ou seja, determina a largura dos seis dentes anteriores em conjunto. Deve ser demarcada próximo às comissuras labiais (Figura 21). Recomenda-se usar como referência a parte externa da íris ou a asa do nariz.
8. O plano de orientação superior deve estar parecido ao da Figura 22 após o ajuste.

**Figura 21.** Demarcação da linha dos caninos utilizando o íris como referência, com o auxílio de um fio dental.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 22.** Plano de cera demarcado com linha média, em que serão posicionados os incisivos. Na linha dos caninos, serão posicionados os incisivos que determinarão corredor bucal. E também linha alta do sorriso que auxiliará quanto à altura em que os dentes devem estar.



Fonte: Os autores.

#### **4.2. Ajustar o plano de orientação inferior de acordo com o superior, determinando o corredor bucal, curva de Spee e as relações intermaxilares (RC e DVO).**

Segundo Telles, Hollweg e Barbosa (2003), a DVO pode ser estabelecida utilizando os seguintes métodos:

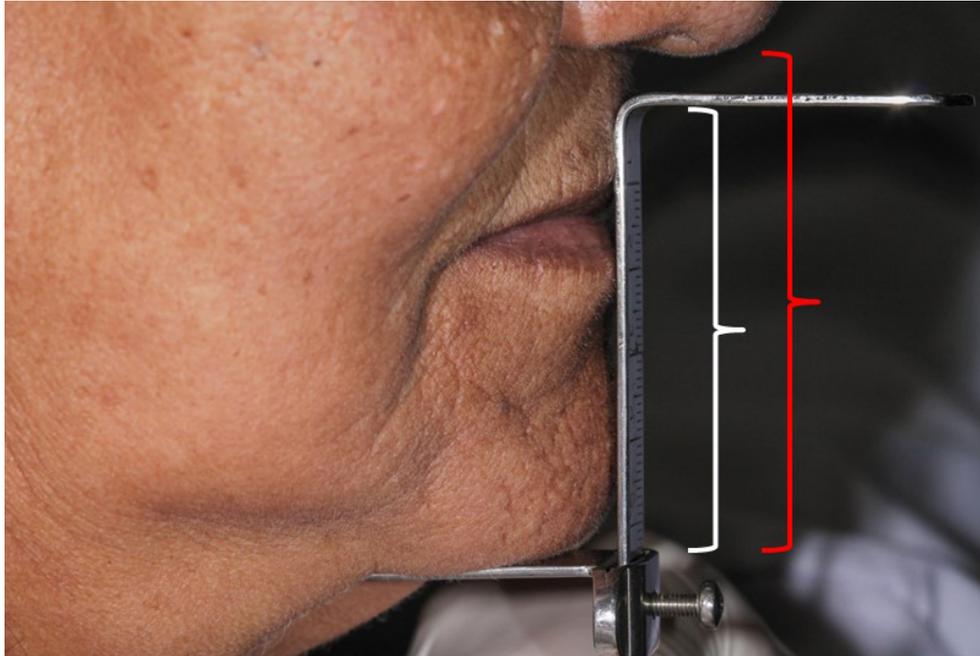
- **MÉTODO MÉTRICO:** Com o compasso de Willis, mede-se a distância do canto externo do olho até a comissura labial e se subtrai aleatoriamente de 3 a 4 mm, correspondente ao espaço funcional livre (EFL), para determinar a altura em que o plano de cera inferior deve ser ajustado para se chegar à DVO, posição na qual a reabilitação será realizada.
- **MÉTODO FISIOLÓGICO:** Esse método é utilizado para registrar a altura do terço inferior da face com a mandíbula em repouso. Utilizando o compasso de Willis, diminui-se de 3 a 4 mm (referentes ao EFL) para se chegar à DVO por acréscimo ou diminuição de cera no plano de orientação inferior. Sem os planos de cera em boca, faça a medição da altura do terço inferior da face com a mandíbula em repouso, utilizando o compasso de Willis.
- **MÉTODO ESTÉTICO:** A DVO é determinada visualmente, avaliando a estética e simetria facial. Esse método é aconselhável apenas para profissionais experientes ou como uma reavaliação dos métodos anteriores.

A partir disso, determine a DVO da futura prótese utilizando um dos métodos acima ou uma combinação deles. A combinação de métodos, principalmente nas fases iniciais de treinamento, é fundamental para minimizar possíveis erros.

Após a definição da DVO ser obtida, prove os dois planos de orientação e verifique com o compasso de Willis qual é a distância da base do nariz até o mento fornecida pelos planos de orientação. Se a DVO obtida estiver maior do que aquela estabelecida no plano de tratamento, como na Figura 23, reduza-a removendo cera do plano inferior, com o auxílio de uma espátula Lecron aquecida.

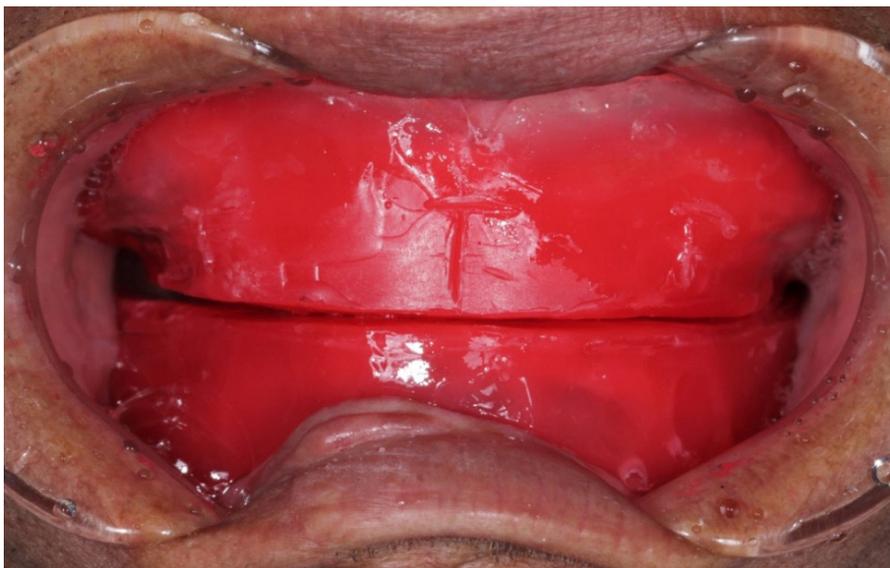
Se a DVO obtida estiver menor que aquela estabelecida no plano de tratamento, aumente a altura do plano de cera inferior acrescentando lâminas de cera sete, com o auxílio de uma lamparina e espátula Lecron.

**Figura 23.** Quando a DVO obtida com os planos de cera for maior do que aquela estabelecida no plano de tratamento, verificamos que o compasso de Willis, já ajustado na altura desejada, não toca o nariz. Para ajustar a DVO, devemos remover cera da porção oclusal do plano de orientação inferior.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 24.** Planos de orientação superior e inferior ajustados, após o estabelecimento da DVO adequada.



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** As superfícies “oclusais” dos planos superior e inferior devem ser coincidentes, estarem justapostas e oferecer um relacionamento intermaxilar estável.

Quando a DVO determinada no plano de tratamento for obtida, regularize a superfície dos planos de orientação com uma espátula para gesso aquecida. As superfícies “oclusais” dos planos de cera superior e inferior devem estar justapostas e estáveis, consoante à Figura 24. O contorno dos planos de orientação deve respeitar a linha do sorriso, estabelecida no plano superior, e a curva de Spee, estabelecida no inferior.

De posse dos planos de cera ajustados e a posição vertical mandibular estabelecida, é necessário que o registro da posição horizontal mandibular seja realizado. Para reabilitações em pacientes edêntulos totais, preconiza-se a utilização da posição de relação cêntrica por ser reprodutível.

A Relação Cêntrica (RC) pode ser estabelecida por três métodos:

- **RETRUSÃO RÍGIDA:** Segure a base de prova com os dedos indicadores e posicione os polegares sobre o queixo do paciente para auxiliar na retrusão suave da mandíbula.
- **RETRUSÃO AUTÔNOMA:** O paciente leva a mandíbula em RC sem a intervenção física do cirurgião-dentista. Ensine o paciente a “tentar morder somente com os pré-molares e molares” ou “morder com a língua posicionada no palato mole”.
- **DEGLUTIÇÃO** Peça ao paciente que engula a saliva de três a quatro vezes com as bases de prova em posição.

Após guiar o paciente para a posição de RC, verificamos se os planos de orientação se relacionam de maneira estável ou se será necessário realizar acréscimo ou remoção de cera. Em seguida, registra-se as relações intermaxilares.

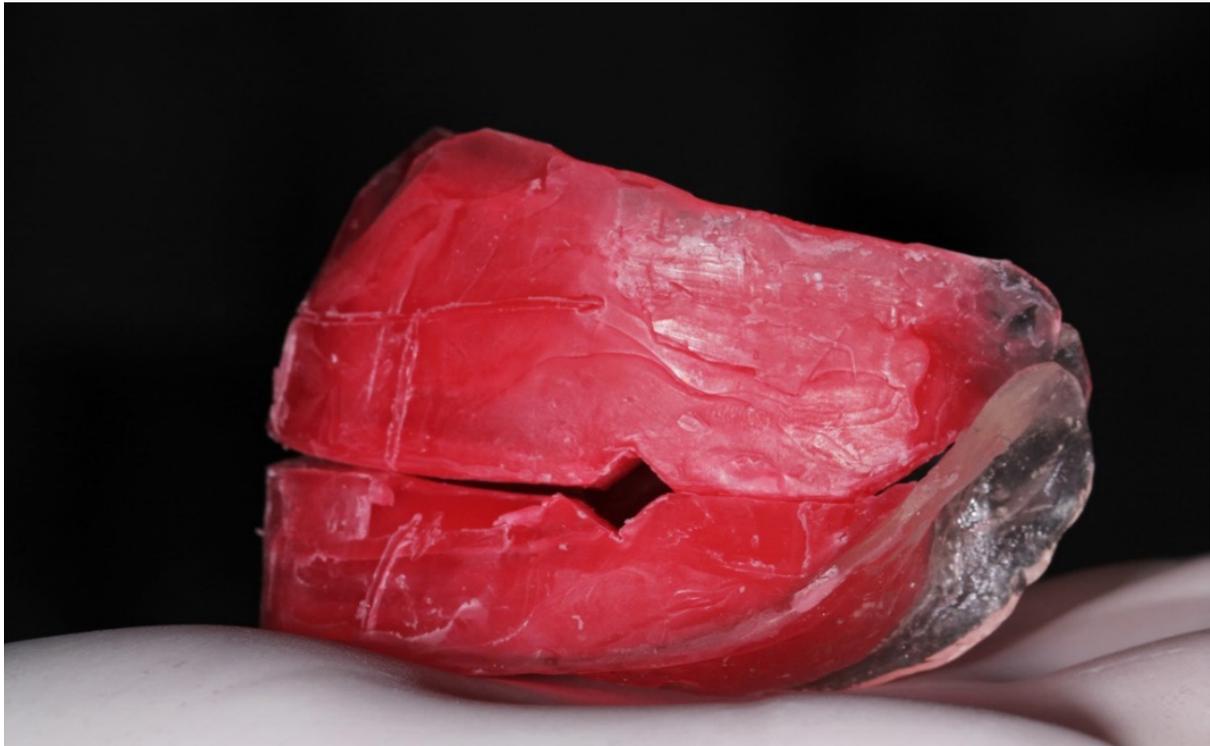
### 4.3 Registro das relações intermaxilares

Para que a relação entre o arco superior e inferior do paciente seja comunicada ao técnico em prótese dentária, deve ser registrada e transferida ao ASA.

#### PASSO A PASSO:

- Faça sulcos rasos nos dois lados, tanto no plano de orientação superior quanto no inferior (Figura 25).
- Lubrifique toda a face oclusal do plano de cera superior com pasta vaselina.
- Manipule uma pequena quantidade de pasta zinco-enólica ou silicone de consistência leve e coloque sobre as endentações, em ambos os planos.
- Leve os planos até a boca do paciente e execute os movimentos de retrusão dirigida, retrusão autônoma e deglutição para estabelecer a relação cêntrica.
- Após a presa, retire o conjunto da boca do paciente (Figura 26).

**Figura 25.** Endentações realizadas nos planos de cera superior e inferior.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 26.** Registro das relações intermaxilares com pasta zinco-enólica.



**Fonte:** Os autores.

### 4.3. Seleção da cor dos dentes e do tecido gengival

#### PASSO A PASSO:

A escala deve ser aproximada da boca do paciente e as cores que mais se assemelhem ao caso devem ser escolhidas.

Para pacientes dentados, escolha uma cor que mimetize os dentes remanescentes.

Para pacientes desdentados, solicite ao paciente que escolha uma das cores selecionadas. A cor dos dentes utilizados na prótese já existente pode ser utilizada como um referencial, escolhendo cores mais claras ou mais escuras, de acordo com o desejo do paciente.

Utilize a escala específica do fabricante dos dentes artificiais que serão utilizados para o caso (ex.: Biotone, Trilux, Biolux, Vipi).

**Figura 27.** Escala de cor.



**Fonte:** Americanas.com.br. Escala de cores Biotone 8 cores. Disponível em: [https://www.americanas.com.br/produto/3948306039?epar=bp\\_pl\\_00\\_go\\_pap\\_pmax\\_geral&opn=YSMESP&WT.srch=1&offerId=614a26f-409c351890df1e377&gclid=CjwKCAjwk\\_WVBhB-ZEiwAUHQcmXM--bv85mWuQJs4J0dsvp5ukvxuUy\\_ThaLuVV40jtheBT-ZvXp36hoCdJUAvD\\_BwE](https://www.americanas.com.br/produto/3948306039?epar=bp_pl_00_go_pap_pmax_geral&opn=YSMESP&WT.srch=1&offerId=614a26f-409c351890df1e377&gclid=CjwKCAjwk_WVBhB-ZEiwAUHQcmXM--bv85mWuQJs4J0dsvp5ukvxuUy_ThaLuVV40jtheBT-ZvXp36hoCdJUAvD_BwE)

Para a seleção do tecido gengival, uma alternativa é utilizar o lábio como referência ou selecionar a gengiva de acordo com a gengiva do paciente.

### 4.4 Montagem em articulador

Após o registro e a seleção da cor dos dentes, o paciente é dispensado e procedemos à montagem em ASA, utilizando a mesa de Camper.

O articulador deve ser ajustado, antes da montagem dos modelos, da seguinte forma:

- Determinar distância entre os côndilos como média (M ou 2).
- Os guias condilares devem ser ajustados com o ângulo de lateralidade (também chamado ângulo de Bennet) em 15° e o ângulo de protrusão (também chamado ângulo da eminência articular ou ângulo de Fisher) em 30°.
- A mesa de Camper deve ser parafusada ou fixada com o auxílio de um imã no local destinado à placa de montagem inferior e o rolete de cera deve ser posicionado sobre a mesa, conforme à relação esquelética (Classe I: na linha central, Classe II: na linha mais anterior e Classe III: na linha mais posterior). A linha média deve coincidir com a linha do centro da mesa e a região posterior paralela às linhas laterais.

- Com uma faca para gesso ou broca Maxicut, faça retenções na base do modelo de gesso. Deixe-o imerso em uma cuba com água para permitir a hidratação e união a uma nova porção de gesso. Coloque o modelo já hidratado com o plano de cera apoiado na mesa de Camper (Figura 28) e adicione gesso tipo IV sobre a base do modelo até que o mesmo toque na placa de montagem superior.
- Após a montagem do modelo superior, remova a mesa de Camper e instale a placa de montagem inferior.
- Hidrate o modelo inferior.
- Vire o articulador para baixo e encaixe o modelo inferior no superior, usando as endentações demarcadas no material de moldagem.
- Coloque gesso sobre a base do modelo até que esse toque a placa de montagem.

**Figura 28.** Modelo superior com plano de cera posicionado sobre a mesa de Camper.



**Fonte:** Os autores.

Escaneie o QR code abaixo e veja um vídeo passo a passo da montagem em articulador semiajustável.



*Dica!*

Se as bases de prova não apresentarem retenção, utilize um adesivo/fixador de próteses.

Utilize um fio dental para fazer a marcação da linha média e linhas dos caninos.

Para demarcação da DVO pelo MÉTODO FISIOLÓGICO, faça a medição com o compasso de Willis da altura do terço inferior da face com a mandíbula em repouso e sem os planos de cera na boca.

Lembre-se: A seleção da cor dos dentes artificiais deve ser escolhida pelo paciente, porém devemos orientá-lo quanto à cor que ficará mais harmoniosa para cada paciente (individualize seu atendimento).

Peça ao paciente que lhe traga uma fotografia de quando ainda possuía os dentes naturais.

## Sessão Clínica 5

### Prova dos dentes

**Objetivo da sessão:** Constatar se os parâmetros determinados na sessão anterior foram atingidos e se o paciente aprova o projeto da prótese total em cera.

Materiais:

Jogo Clínico

Lamparina

Espátula Lecron

Espátula 7

Micromotor

Maxicut

Cera 7

Nesta sessão, você terá em mãos uma base de prova com os dentes montados em cera (Figura 29). Peça ao paciente que prove essas bases e analise os seguintes parâmetros:

- Verifique se a RC e a DVO determinadas no plano de orientação correspondem em boca.
- Verifique a oclusão, os dentes devem se relacionar como nas Figuras 30. Se os dentes não se tocarem adequadamente, pequenas alterações podem ser realizadas, como reposicionar os dentes com o auxílio de uma espátula aquecida. Caso haja discrepância oclusal severa, por exemplo, mordida aberta ou cruzada, um novo registro das relações intermaxilares deve ser realizado e encaminhado ao Técnico em Prótese Dentária para a confecção de uma nova montagem dos dentes. Assim sendo, uma nova consulta para prova dos dentes deve ser agendada.

**Figura 29.** Bases de prova com os dentes montados em cera.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 30.** Relações oclusais adequadas na rodada de prova dos dentes, vista intra



**Fonte:** Os autores.

- Verifique se a reconstrução fisionômica ocorreu; se há sustentação labial e equilíbrio do terço inferior da face com os demais terços, se a linha média e a linha alta do sorriso estão correspondentes àquilo marcado no plano de cera e se os demais parâmetros determinados no plano de orientação estão adequadamente representados pela montagem dos dentes (Figuras 31 e 32).
- Analise a estética do sorriso, avaliando o tamanho e a cor dos dentes, a posição e o alinhamento (Figura 32).
- Confirme que o paciente consegue falar sem dificuldade. Para realizar um teste fonético, peça para o paciente pronunciar palavras com [s], [f], e [v]. Se houver dificuldade ao fazê-lo, averigue o alinhamento dental. A presença de “chiado” na fala pode ser causada por falta de cera na região das rugas palatinas, então contorne essa área e repita o teste.
- Selecione a cor da gengiva por meio da Escala de Cores de Gengiva STG (Tomaz Gomes), pois esse procedimento será necessário nos casos em que se realiza a acrilização com caracterização gengival.

*Dica!*

Frequentemente, a base de prova não apresenta retenção adequada e, sendo assim, fica se soltando durante a consulta. Se necessário, utilize fixador para próteses nessa etapa para facilitar a adaptação do paciente e a conferência durante os testes fonéticos.

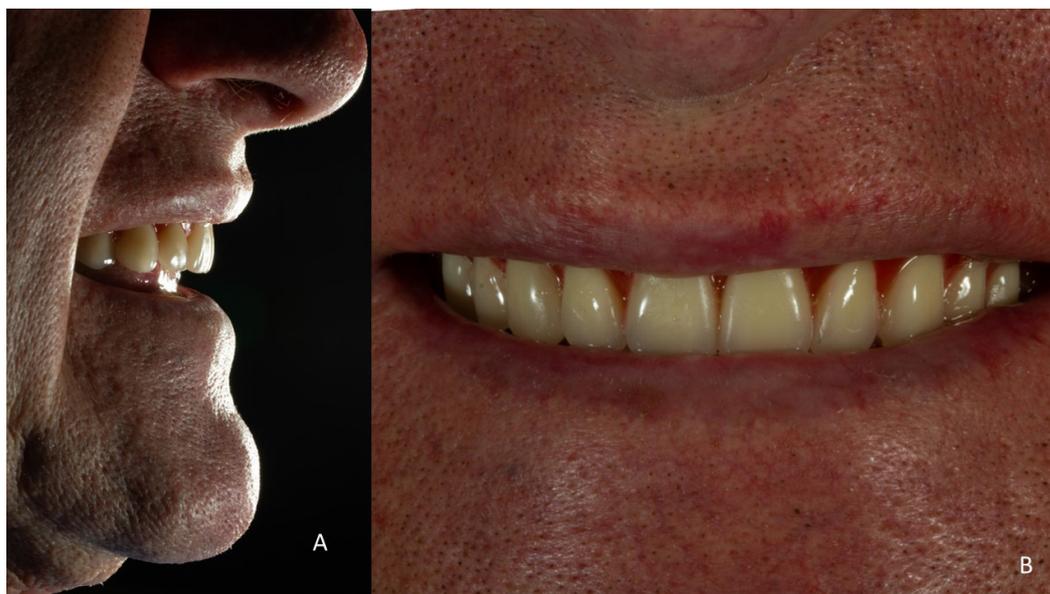
Peça ao paciente para trazer alguém de confiança com o intuito de ajudar na avaliação.

Ofereça ao paciente a oportunidade de se olhar em um espelho grande ou de parede, ou fazer fotos com o próprio celular, após autorização do professor, para uma melhor autoavaliação da estética.

Explique ao paciente que a gengiva não terá a mesma cor da cera, uma vez que esse pode ser um fator que causa confundimento durante a avaliação.

Só encaminhe para acrilização após o paciente estar totalmente satisfeito com a estética. Ao enviar para acrilização, anote em prontuário que o paciente aprovou a montagem dos dentes e peça para o paciente assinar.

**Figura 31.** Avaliação da reconstrução fisionômica e reprodução do sorriso em vistas lateral e frontal.



**Fonte:** Os autores.

**Notas:** Na prova dos dentes, verificamos a contribuição da forma, do tamanho, da inclinação e da posição dos dentes para a estética do sorriso e da face. Observe nessa imagem que a linha média se encontra desviada e está inclinada para o lado direito do paciente.

## Sessão Clínica 6

### Instalação

**Objetivo da sessão:** Certificar-se se deve ser feito algum ajuste na prova para promover maior conforto ao paciente, bem como orientá-lo na higienização bucal e da prótese.

Materiais:

Kit Clínico

Peça reta

Kit de brocas e borrachas para  
Prótese

Papel Carbono para articulação

Pinça Müller

Pasta zinco enólica

Pincel chato grande

Nesta sessão, exporemos sobre os ajustes necessários para prover conforto e retenção à prótese total.

Procure por rugosidades, áreas cortantes na base da prótese e repare se o paciente refere algum trauma ao provar a prótese. Analise se a prótese recobre adequadamente a área basal, estendendo-a até o fundo de sulco, porém sem invadir o espaço de movimentação dos tecidos moles. Freios e bridas não devem ser comprimidos pela prótese (Figura 32). Se necessário, realize desgastes para aliviar a região (Figura 33).

Examine contatos oclusais com carbono, guiando o paciente em RC para a verificação da oclusão em MIH, uma vez que, em próteses totais, a oclusão é planejada para que a MIH seja coincidente com a RC. Faça os ajustes necessários, em seguida, procure os contatos durante os movimentos de protrusão e lateralidade, buscando contatos, de acordo com a descrição no Quadro 1.

A pasta zinco-enólica (somente a pasta branca) pode ser utilizada como um evidenciador de pressão. Com o auxílio de um pincel chato, passe uma fina camada da pasta branca na superfície interna da prótese (Figura 34 - A), leve à boca do paciente e peça para ocluir. Retire e avalie a superfície interna, áreas em que o material foi totalmente retirado indica excesso de pressão (Figura 34-B). Assim, será preciso fazer ajustes nesses locais (Figura 34 - C). Espalhe novamente a pasta sobre a região desgastada e realize nova avaliação.

*Dica!*

Oriente o paciente quanto à higienização de sua prótese e às consultas de controle que devem ser realizadas posteriormente.

**Figura 32.** O freio labial está sendo comprimido pela prótese, isso resultará em trauma local.



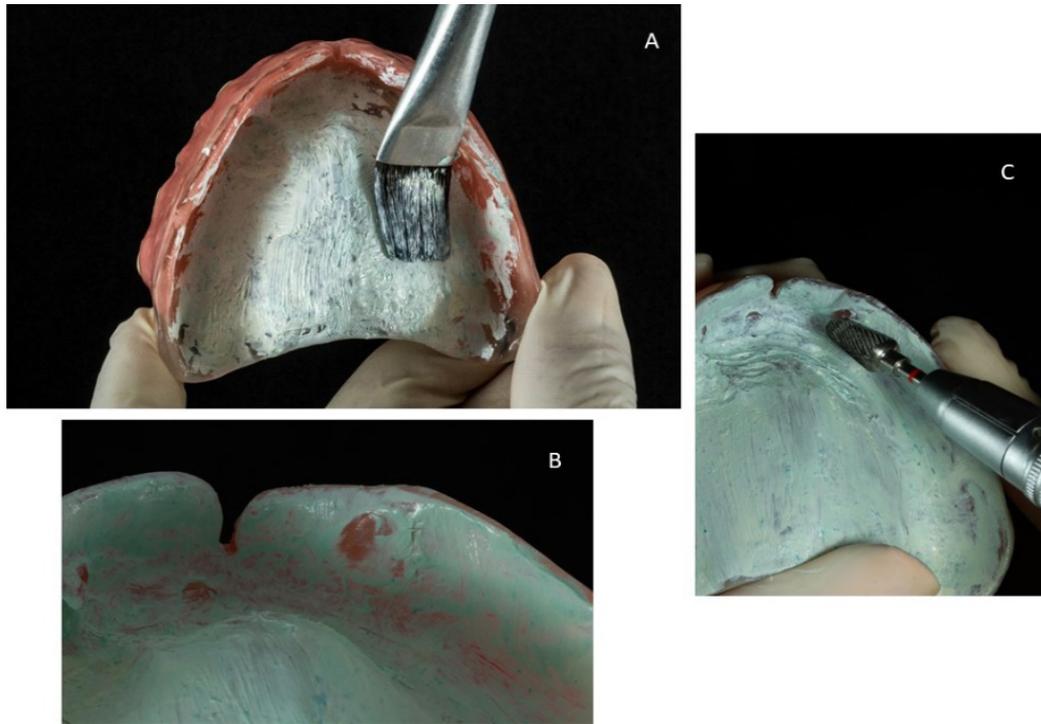
**Fonte:** Os autores.

**Figura 33.** Após desgaste, a prótese não tem mais contato com o freio, ficando mais confortável para o paciente.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 34.** Aplicação da pasta branca da pasta zinco-enólica em toda a parte interna da prótese com um pincel (A). Após a prova em boca, a pasta evidenciará áreas de pressão excessiva (B), que devem ser desgastadas para evitar úlceras traumáticas(C).



**Fonte:** Os autores.

Verifique a oclusão com papel carbono e pinça Müller, conforme indicado no Quadro 1 e nas Figuras 35 e 36.

**Figura 35.** Averigue contatos em MIH, protrusão e lateralidade, se necessário, realize ajuste oclusal.



**Fonte:** Os autores.

**Figura 36.** Distribuição dos contatos oclusais, bilaterais e presentes em todos os dentes posteriores, com menor intensidade nos dentes anteriores.



Fonte: Os autores.

**Quadro 1.** Avaliação em Oclusão de Relação Cêntrica.

Avaliação em ORC (MIH=RC)
Utilizando um papel carbono (lado azul, por exemplo), pedir para o paciente ocluir normalmente para verificar os contatos em MIH.
Em uma oclusão adequada, teremos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatos homogêneos e simultâneos bilaterais.</li> <li>• Preferencialmente, esses contatos devem estar localizados nas vertentes ou nas pontas das cúspides de contenção cêntrica, que realizam efetivamente a mastigação.</li> <li>• Nos dentes anteriores, os contatos devem apresentar menor intensidade.</li> <li>• Contatos prematuros devem ser removidos totalmente com a Maxicut.</li> <li>• Contatos mais intensos devem ter sua área reduzida.</li> </ul>
Avaliação em Lateralidade
Lado de trabalho
Primeiramente, pedir ao paciente para ocluir normalmente. Depois, utilizando o lado oposto do carbono (vermelho, por exemplo), solicitar que o paciente deslize a mandíbula para o lado.
Na oclusão com guia canino, o inferior deve deslizar sobre o superior e os demais dentes devem desocluir, sem se distanciarem demasiadamente. Caninos longos, com fossas palatinas muito “íngremes”, podem dificultar o movimento de lateralidade. Dessa maneira, esses devem ser desgastados para promover um movimento mais suave.
Em prótese total, aceitamos desoclusão em grupo e contatos no lado de não trabalho também, pois podem auxiliar na estabilização da prótese durante a fase de adaptação.
Avaliação em Protrusão
Após a oclusão em MIH, usar o carbono do lado oposto (vermelho) para analisar os contatos que ocorrem durante o movimento de protrusão.
Peça para o paciente movimentar a mandíbula para frente, deslizando os dentes inferiores pelos superiores. Traços vermelhos deverão estar presentes e devem representar trajetórias semelhantes em dentes contralaterais.

Fonte: Os autores.

Oriente o paciente a realizar a higienização por escovação e imersão. A escovação deve ser realizada sem creme dental, pois os abrasivos presentes em sua composição podem causar danos à prótese e favorecer a aderência de micro-organismos. A prótese deve ser imersa diariamente em uma solução de água com hipoclorito de sódio em uma proporção de 1:3 durante 10 minutos. O paciente deve ser orientado a remover as próteses durante a noite e mantê-las em um copo com água nesse período. Utilize o QR code abaixo para baixar e imprimir um material de apoio contendo essas orientações.



## Sessão Clínica 7

### Controle

Materiais:

Jogo Clínico

Peça reta

Kit de brocas e borrachas  
para Prótese

Papel Carbono

Pinça Müller

Na primeira consulta após a instalação, verifique a oclusão novamente e a mucosa em busca de ferimentos que acusem atrito com a prótese. Áreas avermelhadas ou com úlceras podem ser delimitadas com lápis-cópia, de modo que, ao posicionar a prótese, a delimitação será “copiada” para a base da prótese. Se o cirurgião-dentista tiver dúvidas sobre áreas de pressão, o procedimento de evidenciação poderá ser repetido. Após o desgaste, o polimento deve ser realizado com borrachas abrasivas para acrílico, nas sequências cinza, verde e amarela. Repita as consultas até que a prótese esteja funcional e confortável para o paciente.

Em consultas de acompanhamento, avalie os aspectos oclusais (Figuras 32 e 33), os aspectos estéticos, a adaptação da base, a saúde dos tecidos, a normalidade muscular e articular e se o paciente possui alguma queixa.

Oriente o paciente quanto à importância de controles semestrais para avaliação da saúde oral e verifique se precisa de reembasamentos. Deixe-o seguro para entrar em contato e agendar uma consulta de acompanhamento sempre que sentir necessidade.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, D. B. *et al.* Instalação de prótese total: uma revisão. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n. 1, p. 53-60, 2013.

BERNAL, E. C. D. *et al.* Estética em prótese total. **Revista Uningá**, v. 5, n. 1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GENNARI FILHO, H. Moldagens em prótese total. **Revista Odontológica de Araçatuba**, p. 50-55, 2013.

TELLES, D. M.; HOLLWEG, H.; BARBOSA, L. C. **Prótese total convencional e sobre implantes**. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2003.

VOLPATO, C. A. M. *et al.* **Próteses odontológicas: uma visão contemporânea: Fundamentos e procedimentos**. São Paulo: Editora Santos, 2012.

# MANUAL CLÍNICO DE PROTÉSE TOTAL



Editora Uningá  
PR 317, n.º 6114, 87035-510, Maringá /PR  
Fone: (44) 3033-5009  
[editora.uninga@uninga.edu.br](mailto:editora.uninga@uninga.edu.br)  
[www.uninga.br/institucional/editora-uninga/](http://www.uninga.br/institucional/editora-uninga/)