

Instalação da Prótese Parcial Fixa Cuidados e Controles Posteriores

“ Como publicado no Capítulo 18 do livro: Manual de Prótese Fixa, Bottino, M.A e Brunetti, R.F., 1ª Ed, São Paulo, Livraria Editora Santos, 1986, p.207 à 217 “

FERNANDO LUIZ BRUNETTI MONTENEGRO

Mestre e Doutor pela FOU SP

Coordenador Especialização Odontogeriatrics ABENO

Consultor em Odontogeriatrics Site Medcenter

Especialista em Prótese e Periodontia

"É gratificante ser capaz de restaurar uma boca afetada pela doença levando-a à saúde, mas certamente é melhor prevenir a doença e promover a saúde do que reparar o dano produzido por aquela “

Maynard K. Hine

1. Introdução

Na instalação de uma PPF as observações clínicas são menores, em número, do que as necessárias na entrega de uma PPR, mas não em importância. Isso se explica pelo fato de que grande parte destas atenções já foram dadas durante as fases prévias ao ato de cimentação da prótese. Este capítulo se inicia logo após a cimentação da PPF e engloba assuntos já abordados em profundidade anteriormente e aqui citados de modo resumido.

Ao entregarmos as Próteses Totais e removíveis aos pacientes sempre temos uma série de passos a considerar e que nos obrigam a fazer,

geralmente, um folheto com as dificuldades que o paciente terá e como poderá suplantá-las melhor em seu dia-a-dia.

No ato de instalação de uma Prótese Parcial Fixa, por ser esta mais "semelhante" aos dentes naturais do paciente, muitas vezes- erradamente- se julga não ter a necessidade de um "manual de instruções " como fizemos anteriormente. Isto é totalmente infundado e não é o encontrado na substancial literatura consultada para a confecção deste capítulo e por isto procuraremos listar tanto pontos importantes para o paciente(que deveriam ser explicados à ele pelos profissionais) como para o cirurgião-dentista observar nos controles dos pacientes, requisito fundamental para o sucesso com esta modalidade terapêutica protética.

2. Cuidados após a Cimentação^(4,11,25)

O uso de lubrificantes nas faces externas dos retentores não permite uma aderência do meio cimentante nestas regiões, facilitando sobremaneira a importante remoção de excessos de cimento situados dentro do sulco gengival e que podem causar sérios danos ao epitálio aí existente, iniciando assim um problema periodontal na região.

É válido citar que nos cimentos usados em nosso país – a maioria à base de fosfato de zinco – existe um gradativo aumento de resistência com o passar dos dias, que alcança seu maior índice cerca de 1 semana após o ato de cimentação, por isso o paciente não deve utilizar sua prótese com a maior plenitude mastigatória durante este período, para não romper a estrutura do cimento e tampouco o Cirurgião Dentista realizar ajustes neste trabalho nas primeiras 48 horas, no mínimo.

Como instrução ao paciente, devemos pedir que não mastigue sobre o trabalho por 24 horas, por conta do tempo necessário para um avanço no processo de presa do agente cimentante, conforme nos afirma VIEIRA(1976)²⁵.

Mas é a partir deste momento – instalação – que a PPF se torna muito mais crítica que as PPR e PTs. Em primeiro lugar por não poder ser removida da boca para sua higienização e dos dentes pilares.

Um segundo fator é que as próteses com pânticos permitem um grande acúmulo de alimentos sob estes, a despeito de sua forma propiciar condições para a higiene. Outro fator é que estes trabalhos transmitem ao paciente uma sensação de maior conforto do que outros tipos de prótese, se assemelhando muito ao contorno dos dentes naturais; se isto por um lado é bom, por outro favorece que o paciente negligencie na sua higienização, já que não percebe o trabalho como sendo tão "estranho/artificial " à sua boca.

3. Higiene Oral

A boa odontologia é de pouco valor, a menos que o paciente controle em sua boca a recidiva de cárie e doença periodontal. Sabe-se hoje que o único meio adequado de se conseguir tal objetivo é que o paciente tenha total informação do potencial de dano dos trabalhos nele instalados e que domine com perfeição técnicas de manutenção, em estado de integridade, da PPF e de seus dentes suportes. Esta conscientização se inicia desde a 1ª consulta, é mantida durante a realização da PPF e deve ser estimulada por toda a vida do paciente.

1) Placa Bacteriana⁽¹⁴⁾

A placa bacteriana é o maior inimigo das estruturas dentárias. Sua formação depende de condições anatômicas dos dentes, das próteses, da composição salivar do paciente, dos alimentos que ingere e de sua capacidade de higienização.

Seu acúmulo pode trazer tanto consequências em nível dental como periodontal, envolvendo também aspectos da Oclusão, Sistema Neuro-Muscular e até da Articulação Temporomandibular.

O acúmulo de placa junto aos dentes poderá causar uma descalcificação do esmalte destes; evoluindo haverá formação de cáries que do esmalte atingem a dentina; desta, através dos canalículos dentinários, alcançaria o órgão pulpar, que dependendo da severidade do ataque, poderia se necrosar obrigando a um tratamento endodôntico.

Se não houvesse dor(muitos pacientes têm alto limiar), a cárie continuaria sua evolução causando trepanações em áreas de bi ou trifurcações, que sendo de grande volume, levariam à indicação de avulsão deste elemento. Um dente removido rompe tanto o equilíbrio méso-distal dos dentes vizinhos como faz com que o dente antagônico extrua, à procura de contatos oclusais que lhe dêem estabilidade. Com estas movimentações dentais, haverá uma alteração do plano oclusal na região, que impede deslocamentos normais da mandíbula, com isso pode afetar o Sistema Neuro-Muscular, que está integrado com a ATM, que pode ter sintomatologia dolorosa por esta causa. Elemento causador: Placa Bacteriana !

No aspecto periodontal, este mesmo acúmulo de placa bacteriana junto à gengiva marginal livre pode induzir à formação de um cálculo gengival, que devido ao seu volume, ocupa um espaço que seria do epitélio interno do sulco gengival. Este epitélio, em contato com uma superfície rugosa e altamente tóxica, torna-se inflamada e tenta distanciar-se deste fator irritativo. Neste afastamento alcança a junção epitelial, que é a última barreira de proteção que as estruturas do ligamento periodontal têm, contra a ação de agentes tóxicos externos, e a inflamação se dissemina por toda a membrana periodontal. Ao mesmo tempo, através do tecido conjuntivo o processo inflamatório atinge a crista óssea cuja única defesa é a reabsorção("fuga") para buscar enfrentar os agentes tóxicos num segundo momento.. A lesão evolui e alcança a lesão da membrana periodontal e juntas acabam por envolver todo o suporte e fixação do elemento dental, que apresentará mobilidade o qual, dependendo de sua intensidade, pode indicar a avulsão do dente em questão, ato que trará as consequências oclusais, musculares e articulares já citadas acima.

Estas duas descrições têm em comum o seu fator inicial – acúmulo de restos alimentares e formação de placa bacteriana – cuja eliminação deve ser o objetivo maior do Cirurgião Dentista desde a primeira consulta do paciente, onde começa todo este processo de informação ,conscientização e participação em seu tratamento de forma ATIVA e EFICIENTE .

Este deve ser -clara e objetivamente- informado que sob as PPF, especialmente aquelas com pânticos, as possibilidades de acúmulo da placa são muito maiores de quando possuía seus dentes naturais, já que as próteses são apenas simulacros dos dentes íntegros que o paciente possuía.

Como vencer este terrível inimigo se torna questão básica para o profissional. Em primeiro lugar é preciso vê-lo – através de corantes – e depois

removê-lo – por meio de todos os agentes de limpeza bucal possíveis isto após a ingestão de qualquer alimento sólido ou líquido(exceto frutas naturais e água).

2) Substâncias Evidenciadoras de placa bacteriana^(7,14,15)

São corantes orgânicos, que nos permitem visualizar a placa bacteriana depositada sobre os dentes e gengivas. Por sua coloração contrastante verificamos a eficácia da higiene realizada pelo paciente, mostrando-lhe as regiões com falhas e criando meios para que ele consiga maior sucesso nesta tarefa.

No mercado temos evidenciadores sob a forma de pastilhas e soluções , sendo que suas colorações podem ser vermelha, bordeaux, roxa ou amarelas, dependendo do produto empregado.Ainda temos disponíveis evidenciadores que mostram tanto depósitos mais antigos como mais recentes,facilitando no ensino e motivação dos pacientes.

Sua utilização deve ser diária inicialmente, para que o paciente se familiarize com suas marcações, e com o tempo, vão se tornando semanais.

3) Escovação^(7,10,13)

Visa a eliminar os depósitos alimentares nas faces V e L/P, especialmente nas regiões da união esmalte/gengiva e no sulco gengival.Isto equivale a 60% dos restos alimentares que permanecem aderidos aos dentes após as refeições.

Propicia também uma massagem gengival, que ao nível mucoso, causa uma estimulação arterial, uma hiperemia ativa e uma queratinização da cobertura epitelial com aumento da resistência aos traumatismos.

O ideal é que usemos escovas de cerdas macias com pontas arredondadas. Conforme a técnica de escovação usada pelo profissional,escovas com o perfil plano ,propiciam melhores resultados na escovação das faces linguais e palatinas.As escovas elétricas,usam cerdas mais duras(para que durem mais tempo até trocar o refill), o que as contra-indica para a média dos pacientes,ficando mais aplicáveis para aqueles com grande falta de habilidade/coordenação motora ou que tenham passado por AVC ou tenham artrite nas mãos.

Porém não é adequado considerar que uma boa técnica de escovação(ou escovas com pontas de altura diferente das demais) faça uma limpeza adequada sob os ponticos(elementos suspensos) que é onde se acumulam muitos restos de alimentos e que só por outros meios complementares(fio dental com passador e escovas interdentais-básicamente) conseguiremos remover.

Devido ao grande número de técnicas de escovação descritas na literatura, o mais indicado é que se procure adequar à cada caso clínico as boas vantagens das várias técnicas com o objetivo de remoção da placa bacteriana.

Diversos autores consultados não recomendam o uso de qualquer tipo de pasta de dente-pois a sensação de refrescância que produzem,podem gerar ineficiência do paciente ,quando se pensa que a escovação deve atingir todos os dentes com a maior remoção de detritos possível.Quando isto fôr necessário, devemos dar preferência àquelas que sejam o menos abrasivas possíveis, inclusive para não desgastarmos as facetas acrílicas de coroas metaloplásticas(por exemplo), ou induzirmos à abrasão no esmalte.

4) Fios e Fitas Dentais^(9,26)

O fio dental é o único meio que limpa os 40% de detritos que restaram **entre** os dentes, mesmo após uma adequada escovação. É o fio dental que permite uma desagregação da placa bacteriana que fica presa aos dentes nas regiões inter-proximais.

Sempre devemos usar o fio dental DEPOIS da escovação, pois uma escovação bem realizada, sempre dirige alguns detritos para o espaço interproximal.

O fio deve ser cortado com aproximadamente 30 cm, e utilizaremos sempre ambas as mãos. As extremidades devem ser enroladas nos dedos médios de cada mão (permanecendo uma distância de 10 cm entre ambas) Com o uso dos dedos indicadores e polegares, iremos inserir o fio, sempre contra a parede do dente, e com movimentos de cervical para oclusal conseguiremos deslocar os detritos acumulados entre os dentes. Repetimos estes procedimentos entre todos os espaços interdentais.

Existem fios dentais encerados e não encerados. Os não encerados traumatizam menos a papila gengival quando houver um toque acidental e ajudam a reter restos alimentares em seu interior por sua própria textura.

Quando o paciente tiver uma deficiência motora para uso do fio dental-momentânea (acidentes/cortes nas mãos/braços) ou permanente (AVC, artrite, Alzheimer, Parkinson, etc..) deve nos indicar os suportes para fio dental para ele ou seu cuidador, já que a limpeza interdental é IMPRESCINDÍVEL para a longevidade dos trabalhos de Prótese Parcial Fixa.



Figura 1 -Alguns Suportes para Fio Dental disponíveis no mercado brasileiro.

Nos casos de pânticos, onde o conector (ponto de solda) impede a passagem do fio, devemos nos utilizar de passadores de fio dental, que podem ser confeccionados com fio metálico, 0,2 trançado, com uma alça para o fio em sua extremidade ou adquiri-los no comércio.

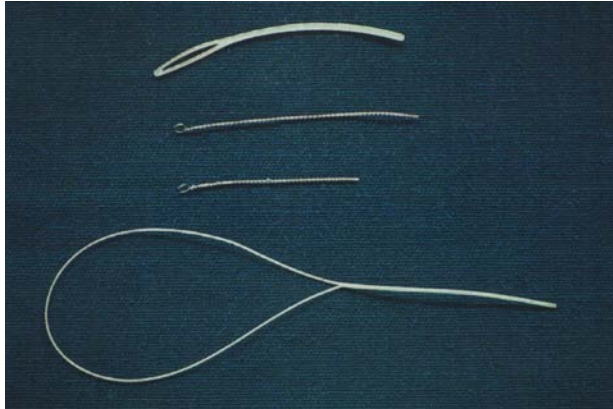


Figura 2- Alças ou Passadores de Fio-dental disponíveis no Brasil.

A fita dental é de aplicação semelhante ao fio dental e, por ser mais fina e achatada, cobre maior área do espaço interproximal. Por não ser encerada, retém em seu interior restos alimentares, mas seu uso deve ser cuidadoso pois sua maior superfície possibilita maior risco de lesar a gengiva. Deve ser indicada para pacientes que dominem com destreza o uso do fio dental tradicional..

5) Escovas Interdentais ^(3,4,9,10,15,16,26)

Nos pacientes que têm ameias avantajadas ou áreas de "col" muito pronunciadas, a utilização do fio/fita dental se mostra insatisfatória, já que as possibilidades de acúmulo de detritos são muito maiores. Nestes casos uma solução, de grande valia, seriam as escovas interdentais(ou interproximais).

À estes pacientes se somam os que possuem PPF com pânticos onde estas escovas encontram sua maior indicação, mesmo se considerando o uso de fios dentais com passadores(ou alças dentais).

Possuem 2 formatos básicos: cilíndricas (para os pânticos higiênicos) e cônicas (para espaços normais). O tamanho da haste pode variar de longo (espaços anteriores,de canino a canino) à curtas com cabo/haste, para os espaços posteriores,onde são de facilidade de posicionamento e eficiência de limpeza maiores que o fio dental.

O movimento é de V para LP e vice-versa nos espaços, sempre seguido de limpeza da escova interdental para o próximo espaço, já que sua conformação retém grande quantidade de restos alimentares.Normamente devemos começar pelas faces linguais/palatinas dos dentes e depois passar nas vestibulares.

Após sua utilização, que desagrega, com grande eficiência os detritos, é prudente que o paciente realize um bochecho vigoroso para remoção de restos menores que tenham ficado sob as próteses ou gengivas.



Figura 3- Escova Interdental agindo em uma PPF superior(a mais posterior no sentido Palatino para Vestibular e a mais anterior de V para P).O cabo foi removido por motivo fotográfico apenas, mas é de grande valia na sua utilização,especialmente na região posterior superior e inferior.



Figura 4 - Diversas escovas Interdentais recém-introduzidas no mercado Brasileiro.

6) Massageadores Gengivais^(8,26)

Nos tratamentos periodontais extensos onde geralmente ocorre uma grande exposição da área radicular, a gengiva marginal livre não sofre, durante a mastigação, a ação massageadora benéfica do bolo alimentar. Para ativar a circulação nesta área o profissional pode indicar os massageadores gengivais,especialmente nos pacientes que sofreram AVC(metade afetada) ou com maior dificuldade motora(artrite)

Estes podem ser rígidos – na forma de palito ou mais flexíveis – na forma de pontas de borracha ou plástico .

São aplicados de V para LP e vice-versa, suprimindo assim as deficiências apresentadas nestes casos.



Figura 5- Massageadores plásticos recém introduzidos no Brasil

7) Hidroterapia

Os jatos de água intermitentes devem ser vistos apenas como meios secundários de limpeza das PPF, já que permitem apenas uma remoção grosseira de detritos acumulados, não desagregando a placa já aderida. Sua aplicação em pacientes com a gengiva em posição normal não propiciam resultados notáveis.

Naqueles casos de tratamento periodontal com solução de "compromise" (bolsas profundas parcialmente resolvidas cirurgicamente) a limpeza das bolsas mantidas deve ter na sua porção mais interna com o uso de hidrolimpadores e na mais externa com as técnicas convencionais de higienização¹⁴.

Os jatos de água micropulverizada com bicarbonato de sódio devido ao seu custo têm sua aplicação somente em consultórios dentários. São válidos nas profilaxias realizadas durante os controles posteriores dos casos¹⁰.

Os bochechos com soluções antissépticas disponíveis no mercado, não parecem ser úteis já que não tem a condição mecânica de remover os restos alimentares interdentais. Seu uso continuado pode mascarar processos inflamatórios da gengiva, o que pode não ser adequado à longo prazo. O uso de produtos à base de clorexidina – difundido em nosso país nos últimos anos, pareceria ser uma solução mais adequada na utilização de bochechos como inibidores de formação de placa, mas entre seus efeitos colaterais temos o manchamento dos dentes (semelhante ao dos fumantes) e alterações na percepção do gosto dos alimentos, esta última também comum à maioria dos demais bochechos à venda no comércio.

Assim posto, os bochechos seriam apenas considerados como meios adicionais de limpeza, não substituindo o uso de escovas, fios e escovas interdentais na higienização dos portadores de PPF^{4, 8, 9, 15, 23, 26}.

4. Nutrição^(3,4,23,26)

A nutrição é o processo pelo qual os organismos vivos obtêm e usam os nutrientes da alimentação para a manutenção da função e para o crescimento e reparação dos tecidos.

Um aspecto muito importante dos tratamentos por PPF que têm sido negligenciado são os efeitos da nutrição sobre o periodonto e uma boa análise nutricional e orientação são indispensáveis para a prevenção efetiva das doenças bucais .

A nutrição irá ajudar ao paciente a manter a PPF em função e estando no meio de tecidos moles sadios. Até a saúde pulpar dos dentes pilares pode ser influenciada pela nutrição adequada do organismo. Um dos mais atuais significados do papel de uma nutrição balanceada é na diminuição da formação de placa bacteriana ao redor ou nas circunvizinhanças das coroas e pontes. Isto é importantíssimo na preservação da dentição existente, assim como na durabilidade do trabalho realizado.

O objetivo para o dentista é de influenciar o paciente na redução da ingestão de sacarose cariogênica, especialmente entre as refeições. Esta sacarose nociva existe em aperitivos, biscoitos, balas e doces(e na maioria dos produtos industrializados, pois é útil na conservação dos alimentos) e ajuda o rápido crescimento da colonização bacteriana sobre as superfícies dentárias. A substituição desta sacarose industrial deve ser vista como fundamental ao sucesso das terapias protéticas e é geralmente encontrada nas frutas naturais, legumes e cereais puros.

Os refrigerantes contém grandes quantidades de açúcar refinado (em uma proporção de 5 colheres de açúcar artificial por 300 ml) e dos ácidos cítrico e fosfórico, que atacam e erosionam o esmalte dos dentes, além de alterarem a solubilidade da linha de cimento e diminuírem a resistência às cáries nos trabalhos sub ou supra-gengivais.

Devemos também evitar as gomas de mascar (mesmo as que tenham Xilitol - adoçante não cariogênico), pois seus efeitos de massageamento da gengiva e limpeza do dente são muito abaixo dos índices conseguidos com as técnicas convencionais de higienização.

Os doces ou alimentos pegajosos apresentam um potencial muito grande de remoção dos trabalhos cimentados nos dentes pilares, e devem ser evitados, tanto pela razão citada como pela dificuldade de sua remoção das superfícies dentárias.

Podemos indicar como bons alimentos os cereais, pepinos, maçãs, laranjas, pêras, queijo, leite puro, legumes e carnes.

5. Cuidados na Mastigação^(2,5,6,12,18,19,24)

Todas as próteses são substitutivos artificiais de estruturas perdidas, por isso é necessário, aos pacientes que não as possuíam anteriormente, criar uma adaptação local e geral a elas.

Esta adaptação engloba aspectos vários como posição da língua, musculatura da bochecha e lábios, gengiva e readequação da memória proprioceptiva

do ligamento periodontal às novas cargas exercidas sobre os dentes e sua transmissão ao Sistema Neuro-Muscular.

Nos pacientes que estão substituindo trabalhos insatisfatórios de igual extensão, isto não é tão crítico, porém nos casos que estão recebendo próteses pela primeira vez, esta integração ao Sistema ocorre – ou deve ocorrer – de modo paulatino, para que nenhum elo do conjunto se rompa.

Basicamente devemos pedir ao paciente que nas 24-48 horas iniciais se alimente com produtos líquidos e pastosos, tanto pelas características do elemento cimentante abordadas anteriormente, como para fazer um condicionamento gradativo das estruturas envolvidas da Prótese Parcial Fixa. Com o passar dos dias a dieta vai se tornando mais sólida, sempre com alimentos mais consistentes sendo fraccionados em pequenas porções, até que alcance sua dieta normal sem percações (apenas orientada pelos critérios de nutrição considerados no item 3).

Quando instalamos PPF bilaterais em pacientes que anteriormente só realizavam sua mastigação de um lado, é esperado uma sobrecarga neste arco; o que é ainda mais crítico pela prótese envolver os dois arcos. Estes indivíduos devem ser reeducados muscularmente para alcançar a utilização dos dois arcos durante a mastigação, inicialmente através de mastigação forçada do lado não empregado antes e, uma vez rompida a memória muscular, chegar ao uso dos dois lados para cumprir esta tarefa. Este problema poderia ter sido resolvido anteriormente através de placas de relaxamento e treino com os provisórios.

6. Controles Posteriores

Introdução

Devemos sempre conscientizar o paciente da importância do trabalho que está recebendo e também de seu grande papel na manutenção da PPF e criando condições de preservação das fundações em que ela se suporta.

O portador destes trabalhos deve ser também informado da interação destes com o todo do Sistema Estomatognático, já que é apenas um elo deste e deve viver em harmonia com os demais.

A higienização, o controle efetivo de placa bacteriana em sua casa, a correta nutrição e o retornar dentro dos períodos determinados é o que de melhor pode se esperar de um paciente sensibilizado com os problemas das Próteses Parciais Fixas.

Todos os próximos retornos devem ser pré-fixados entre o portador, o profissional e a higienista dental. O papel da higienista nestes momentos é fundamental pois libera o Dentista de despender seu tempo clínico com controle de placa e escovação, sessão que pode ser executada, com mais folga e até eficiência, por uma pessoa voltada somente para estes aspectos¹⁴.

Basicamente os procedimentos durante os controles são:

Queixa do Paciente – quando existir, deve ser resolvida em primeiro lugar e pode abranger:

- a) Sintomatologia dolorosa: – nos dentes suportes, na musculatura ou na ATM, nos tecidos circunvizinhos ou sob o pântico.
- b) Lesões em tecidos moles – nas bochechas, lábios ou língua.
- c) Sangramentos gengivais – iatrogênicos ou por escovação deficiente.
- d) Retrações gengivais – por fatores iatrogênicos ou escovação traumática, ou por fatores oclusais.
- e) Fraturas da Prótese – no conector ou de coroas ocas de porcelana ou metalocerâmica.
- f) Desgaste ou descoloração de Facetas Acrílicas, oclusais ou porcelanas

Exame Clínico – Deve incluir:

- a) Grau de higiene oral – (reforço por meios de dados fornecidos pela higienista oral – ou por sua própria observação).
- b) Dentes suportes e remanescentes – à procura de cáries ou infiltrações sob os trabalhos.
- c) Análise do término cervical – linha de cimento – à procura de cáries, infiltrações e desajustes.
- d) Sondagem do sulco gengival – para controle de bolsas, ou indicação de problema periodontal.
- e) Estado da gengiva marginal livre, aderida e mucosa.
- f) Estado da papila interdental.
- g) Mucosa sob os pânticos.
- h) Freios e inserções musculares altas – se não estão causando problemas gengivais nos dentes.
- i) Ponto de contato – se mantém a justeza esperada para o caso.
- j) Procura de facetas de desgaste – dentes naturais e na PPF.

Exame Radiográfico

Deve ser realizado quando o paciente apresenta queixas não

detectáveis clinicamente. Como norma deve ser feita uma inspeção de rotina a cada 12 meses, com radiografias periapicais de todos os dentes do paciente.

Basicamente, devemos observar:

- a) Área periapical.
- b) Ligamento periodontal.
- c) Conduto e câmara pulpar.
- d) Estado do osso de suporte.
- e) Adaptação dos trabalhos realizados (para confirmação de dados clínicos).
- f) Cáries interproximais.
- g) Estado do tratamento endodôntico (quando existir).
- h) Controle de áreas de bi-trifurcações

Análise Oclusal ^(2,5,6,12,18,19,22)

Por meio de indicadores de contatos oclusais – ceras, tintas e papéis carbono – observaremos se a articulação da prótese está condizente com a programada para o caso, nas posições de:

- Abertura e Fechamento (RC-OC-MIH).
- Lateralidades
- Balaceios correspondentes.
- Movimento Protrusivo.

Os contatos atípicos devem ser desgastados para que não interfiram com os movimentos mandibulares. Nos casos de grande complexidade devemos, através de modelos montados em Articuladores Semi-Ajustáveis, fazer uma análise oclusal adequada, que será posteriormente transportada para os dentes do paciente.

Após termos realizado qualquer ajuste na boca do paciente, em posições excêntricas da mandíbula, ao final, recomendam os autores, devemos voltar à posição de relação Central ou de Máxima intercuspidação, para verificar se os contatos continuam como se esperava para o caso e, em caso negativo, realizar os ajustes necessários.

Os desgastes realizados deverão receber acabamento e polimento baseados no tipo de superfície desgastada:

- Dentes naturais – com pedras e borrachas com granulação decrescente e aplicação de Flúor com taças de borracha.
- Superfícies metálicas – Pontas de borracha siliconizada de granulação decrescente.

– Superfícies plásticas (facetadas) – Pedras para RAAT, e taças de borracha com pedra pomes e brilho com branco de espanha.

– Superfícies cerâmicas – em alta rotação, com pedras de óxido de alumínio (brancas) e pontas de borracha de granulação decrescente.

Frequência ^(1,4,6,8,13,17,20,21,22,24)

É muito difícil estabelecermos prazos que se apliquem para os retornos de todos os casos de PPF, mas o acompanhamento do caso ("Follow-Up") deve constar no mínimo de:

1a Sessão – 1 semana (após a instalação)

2a Sessão – 2 semanas

3a Sessão – 1 mês

4a Sessão – 4 meses

5a Sessão – 8 meses

6a Sessão – 1 ano (seguida de controles anuais)

Apesar do obtido com a maioria dos autores de que sejam realizados controles anuais após a 6a Sessão, acreditamos que controles semestrais – com ou sem higienistas bucais – seja o mais indicado, pois poderemos interceptar problemas ainda em formação ou aconselhar pacientes com deficiências na higienização.

Considerações Finais

Este é um capítulo de livro voltado ao ensino de Estudantes de Graduação em Odontologia. Os conceitos aqui expressos envolvem a filosofia de trabalho de nossa Disciplina e de como enfocamos estes importantes tópicos, seja na Faculdade, seja em nossos consultórios.

Pelo que observamos na prática diária com Próteses fixas há mais de 25 anos, o ora descrito seria o desideratum do que os profissionais formados deveriam realizar em seus consultórios, para melhor servir aos seus pacientes, dando longevidade aos trabalhos, às suas estruturas de suporte e de boa convivência dentro da cavidade bucal com os demais componentes do Sistema Estomatognático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALSHI, T.J.; MIGLEDORF, E.B. - Maintenance procedures for patient after complete fixed prosthodontics J. Prosthet. Dent. 37(40):420-31, Apr 1977
2. BESHINILIAN, V. Oclusión & rehabilitación, 2ed. Mundi, Montivideo, 1974

3. BIBBY,B.G.-The cariogenicity of snack foods and sweeties J.AMER.dent.assoc. 90:121-32,Jan.1975
4. BRUNETTI,R.F. Prótese dentária e periodontia in: LASCALA,N.T. & MOSSALLI,N.H. Periodontia Clínica,São Paulo, Arte4s Médicas,1980,p.625-43.
5. CELENZA,F.V. Oclusión:situación actual,Chicago, Quintessence,1981
6. DAWSON,P.E.-Avaliação,diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais,São Paulo, Artes Médicas,1980
7. DOTTO,C. A & SENDYK,W.R.Atlas de higienização bucal,São Paulo,Panamed,1982
8. DRAGOO,M.R. & WILLIAMS,G.B. Periodontal tissues reactions to restorative procedures Int.Per.Rest.Dent.1(1):8-23,Apr. 1981
9. GJERMO,P. & FLOTRA,L. The effect of different methods of interdental cleaning,J.Per.Res.5:14-20,Jan/Feb 1970
10. GLICKMAN,I.Clinical periodontology,5th ed.,Philadelphia,W.B. Saunders,1979
11. HORN,H.R. Practical considerations for successful crown and bridge therapy,Philadelphia,W.B. Saunders,1976.
12. JANSON,W.A. Ajuste oclusal in: Atualização na clínica Odontológica,São Paulo, Medisa,1980,p.256-82
13. JOHNSTO,J.F.;PHILIPS,R.W.DYKEMA,R.W. A prótese de coroas e pontes na prática atual,São Paulo, Atheneu,1964.
14. LASCALA,N.T. & MOUSSALLI,N.H. Periodontia Clínica, São Paulo, Artes Médicas,1981.
15. MACEDO,N.L. & LACAZ NETTO,R. Manual de higienização bucal,3^a.Ed. São Paulo, Epume,1985
16. MIRANDA,C.C. Atlas de Prótese parcial Fixa e Removível,São Paulo, Ed. Santos,1981
17. PHILIPS,R. W. Materiais dentários de Skinner,8^a ed.,Rio de Janeiro, Interamericana,1984
18. POSSELT,U. Fisiologia de la oclusión y rehabilitación,Barceloma, JIMS,1973
19. RAMFJORD,S.P. & ASH,JR,M.M. Oclusón,Mexico, Interamericana,1980
20. SAITO,T. Pontico:forma e função,Ars Cur.Odontol 2(1):13-28,Mai/Jun 1975
21. SHILLINGBURG,H.T.HOBO,S. & WHITSETT,L.D. Fundamentos de Prótese Fixa,São Paulo, ed. Santos,1983
22. TAMAKI,T. Prótese parcial fixa e removível,2^a Ed.São Paulo,Sarvier,1979
23. TOUATI,B. La protection du parodonte marginal dans lês protheses conjointes,Paris,1973,Tese de Doutorado,Université du Paris V)
24. TYLMAN,S.D. & MALONE,W.F.P. Teoria y practica de la prostodoncia fija,7^a ed. Buenos Aires,Intermedica,1981
25. VIEIRA,D.F. Cimentação de incrustações,coroas e próteses fixas,São Paulo, Sarvier,1976.
26. WAERHAUG,J, The interdental brush and its place in operative and crown & bridge dentistry,J.Oral Reahabil.3(2):107-13,Apr.1976.

Este livro foi um trabalho conjunto de todos os professores da Cadeira de Prótese Dentária da UNIP-Bacelar,dele convidados a participar. Seu texto exprime a filosofia daquela Disciplina .

Agradecemos ao Sr. Ruy Matheus dos Santos que tornou possível a realização deste Livro,um antigo sonho de todos os Professores de Prótese Dentária desta Escola.