

REABILITAÇÃO ESTÉTICA
EM PRÓTESE FIXA

MAURO FRADEANI
GIANCARLO BARDUCCI

TRATAMENTO PROTÉTICO

UMA ABORDAGEM SISTEMÁTICA À INTEGRAÇÃO
ESTÉTICA, BIOLÓGICA E FUNCIONAL

2

VOLUME

REABILITAÇÃO ESTÉTICA EM PRÓTESE FIXA

TRATAMENTO PROTÉTICO

UMA ABORDAGEM SISTEMÁTICA À INTEGRAÇÃO ESTÉTICA, BIOLÓGICA E FUNCIONAL

VOLUME 2

PRÓLOGO	8
PREFÁCIO	9
AGRADECIMENTOS	10
INTRODUÇÃO	26

Capítulo

1

COMUNICAÇÃO COM O LABORATÓRIO – ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO

Mauro Fradeani, Giancarlo Barducci 29

HISTÓRIA SISTÊMICA	30
HISTÓRIA DENTÁRIA	32
EXAME RADIOGRÁFICO	32
EXAME CLÍNICO	34
EXAME EXTRAORAL	34
EXAME INTRAORAL	36
DIAGNÓSTICO	38
PLANO DE TRATAMENTO – PROGNÓSTICO	40
DENTES NATURAIS OU IMPLANTES	
COM PILARES PROTÉTICOS	42
REPOSIÇÕES UNITÁRIAS	42
REPOSIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES	42
ABORDAGEM COM O PACIENTE	44
SEQUÊNCIA OPERACIONAL	44
REABILITAÇÃO NA REGIÃO ANTERIOR PREVISIBILIDADE ESTÉTICA	48
SUPORTE DIAGNÓSTICO	48
SIMULAÇÃO DIRETA	48
SIMULAÇÃO INDIRETA	52

REABILITAÇÃO EXTENSA	
PLANO DE TRATAMENTO – ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO	56
CHECKLIST DE LABORATÓRIO	58
CHECKLIST DE LABORATÓRIO INFORMAÇÃO ESTÉTICA	60
FOTOGRAFIAS	60
FACE	60
SORRISO	60
DENTES	60
PLANO OCLUSAL	62
COR	62
FORMA E POSIÇÃO	64
TRESPASSES VERTICAL E HORIZONTAL	64
CHECKLIST DE LABORATÓRIO INFORMAÇÃO FUNCIONAL	66
MODELOS DE GESSO	66
REGISTROS OCLUSAIS	66
MÁXIMA INTERCUSPIDAÇÃO	66
RELAÇÃO CÊNTRICA	66
DIMENSÃO VERTICAL DE OCLUSÃO	70
REGISTRO INTEROCLUSAL PROTRUSIVO	70
ARCO FACIAL	72
ORIENTANDO OS MODELOS	72
PONTOS DE REFERÊNCIA POSTERIORES	72
PONTO DE REFERÊNCIA ANTERIOR	72
ARCO FACIAL	
PLANOS DE REFERÊNCIA – VISTA LATERAL	74
PLANO DE FRANKFORT	74
PLANO DO EIXO ORBITAL	74
PLANO ARBITRÁRIO	74
PLANO DE CAMPER	74
IMPLICAÇÕES FUNCIONAIS E ESTÉTICAS	76
ARCO FACIAL	
PLANOS DE REFERÊNCIA – VISTA FRONTAL	80
IMPLICAÇÕES FUNCIONAIS E ESTÉTICAS	80
REFERÊNCIA DO ARCO FACIAL – HORIZONTAL	
PLANO INCISAL HORIZONTAL	82
REGISTRO CORRETO	82
REFERÊNCIA DO ARCO FACIAL – HORIZONTAL	
PLANO INCISAL HORIZONTAL	84
REGISTRO INCORRETO	84

REFERÊNCIA DO ARCO FACIAL – HORIZONTAL PLANO INCISAL INCLINADO	88
REGISTRO CORRETO	88
REFERÊNCIA DO ARCO FACIAL – HORIZONTAL PLANO INCISAL INCLINADO	90
REGISTRO INCORRETO	90
REFERÊNCIA DO ARCO FACIAL – HORIZONTAL INCLINAÇÃO FACIAL OBLÍQUA	94
REGISTRO CORRETO	94
SUGESTÕES CLÍNICAS – PRÁTICAS	96
MONTANDO OS MODELOS NO ARTICULADOR	98
ARTICULADORES TOTALMENTE AJUSTÁVEIS	98
ARTICULADORES SEMIAJUSTÁVEIS	98
AJUSTES	100
ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO	104
AJUSTE OCLUSAL NOS MODELOS DE GESSO	106
ENCERAMENTO DIAGNÓSTICO ADITIVO	112

CRIANDO E INTEGRANDO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA

Mauro Fradeani, Giancarlo Barducci	123
OBJETIVO	124
REQUISITOS	126
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS	
MATERIAIS	128
RESINAS ACRÍLICAS – METILMETACRILATO	128
RESINAS ACRÍLICAS – ETILMETACRILATO	128
RESINAS COMPOSTAS	128
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS – REABILITAÇÃO PROTÉTICA	
PREPARO DENTÁRIO	130
PLANEJANDO O PILAR PROTÉTICO	130
PREPARO PRELIMINAR	130
CONFECCIONANDO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	
TÉCNICA DIRETA	134
CONFEÇÃO NO CONSULTÓRIO	134
MATRIZ DE ACETATO	134
CONFECCIONANDO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	
TÉCNICA INDIRETA	138
CONFEÇÃO NO LABORATÓRIO	138
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA DENTES NÃO PREPARADOS	138
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA DENTES PREPARADOS	138
TÉCNICA INDIRETA	
FALHA NA INSERÇÃO – DENTES NÃO PREPARADOS – CAUSAS	140
TÉCNICA INDIRETA	
FALHA NA INSERÇÃO – DENTES PREPARADOS – SOLUÇÕES	144
TÉCNICA INDIRETA	
INSERÇÃO DIFÍCIL – DENTES PREPARADOS E	
NÃO PREPARADOS – CAUSAS	148
PRECISÃO MARGINAL INSATISFATÓRIA	150
TÉCNICA INDIRETA	
INSERÇÃO DIFÍCIL – DENTES PREPARADOS E	
NÃO PREPARADOS – SOLUÇÕES	
TÉCNICA INDIRETA MODIFICADA	154
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA COM	
INSERÇÃO FACILITADA	154
ADAPTAÇÃO	154
PRECISÃO	156

CONFEÇÃO DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA (TIM) – LABORATÓRIO REABILITAÇÃO ANTERIOR VAZANDO NA MATRIZ DE SILICONA (VMS)	160
TÉCNICA	160
CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS	162
TIM – PMG – CLÍNICA REABILITAÇÃO ANTERIOR – POSICIONANDO-A NA CAVIDADE BUCAL	166
CONFEÇÃO DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA (TIM) – LABORATÓRIO REABILITAÇÃO DE UMA OU DUAS ARCADAS – PRENSAGEM NO MODELO DE GESSO (PMG)	170
TÉCNICA	170
CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS TÉCNICAS	174
TIM – PMG – CLÍNICA REABILITAÇÃO DE UMA ARCADEA – POSICIONANDO-A NA CAVIDADE BUCAL	178
TIM – VMS – CLÍNICA REABILITAÇÃO DE DUAS ARCADAS – POSICIONANDO-AS NA CAVIDADE BUCAL	182
TIM – VMS – CLÍNICA DISPOSITIVO DE CENTRALIZAÇÃO GUIA DE INSERÇÃO FACILITADA	188
REEMBASAMENTO	192
ACABAMENTO	196
CORREÇÃO DAS MARGENS	200
TÉCNICA DO SAL E PIMENTA	200
RESINAS FLUIDAS	200
CARACTERIZAÇÃO E GLAZEAMENTO	202
CIMENTAÇÃO	206
RESTAURAÇÕES DE COBERTURA PARCIAL RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA CURTO PRAZO	210
QUADRANTES POSTERIORES	210
INLAYS PROVISÓRIAS	210
ONLAYS E OVERLAYS PROVISÓRIAS	212
QUADRANTES ANTERIORES	214
FACETAS PROVISÓRIAS	214
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA LONGO PRAZO	220
PRIMEIRA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	220
SEGUNDA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	220
SEGUNDA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA COM REFORÇO	222

REFORÇO METÁLICO FUNDIDO	224
TÉCNICA DE CONFECÇÃO	224
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA LONGO PRAZO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA NA IMPLANTOTERAPIA	226
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS CONVENCIONAIS	226
PRÓTESE REMOVÍVEL	226
PRÓTESE FIXA	226
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA DENTOSSUPORTADA	226
PRÓTESE FIXA ADESIVA	228
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA ORTODÔNTICA	230
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS PARA LONGO PRAZO – PRÓTESE FIXA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA IMPLANTOSSUPORTADA	232
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS IMPLANTOSSUPORTADAS CARREGAMENTO TARDIO – RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	236
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA SOBRE PILARES DEFINITIVOS	236
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS IMPLANTOSSUPORTADAS CARREGAMENTO TARDIO – PRIMEIRA E SEGUNDA RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS	240
REABILITAÇÕES COMPLEXAS E OS CASOS PARCIAIS ANTERIORES	240
PRIMEIRA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA SOBRE PILARES TEMPORÁRIOS	240
SEGUNDA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA SOBRE PILARES DEFINITIVOS	240
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS IMPLANTOSSUPORTADAS CARREGAMENTO IMEDIATO	248
IMPLANTE UNITÁRIO – FUNÇÃO IMEDIATA	248
REABILITANDO UMA OU DUAS ARCADAS – CARGA IMEDIATA	254
RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS – CONCLUSÕES	266
INTEGRAÇÃO ESTÉTICA	266
INTEGRAÇÃO FUNCIONAL	268

INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA E DAS RESTAURAÇÕES DEFINITIVAS

Mauro Fradeani

277

<u>TECIDOS MOLES</u>	278
BIÓTIPO PERIODONTAL	278
ESTRUTURAS ANATÔMICAS	278
SULCO GENGIVAL	278
<u>PROCEDIMENTO PROTÉTICO E</u>	
<u>RISCO BIOLÓGICO ASSOCIADO</u>	278
INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA <u>RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA</u>	280
<u>FATORES DE RISCO</u>	280
INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA – RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA <u>ESTABILIDADE DA GENGIVA MARGINAL</u>	284
<u>SELAMENTO MARGINAL</u>	284
<u>CONTORNO DA RESTAURAÇÃO</u>	286
CONTORNO INTERPROXIMAL	286
CONTORNO VESTIBULAR	288
CARACTERÍSTICAS SUPERFICIAIS DO MATERIAL RESTAURADOR	290
EXCESSO DE CIMENTO	290
INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA – PACIENTES PERIODONTALMENTE SAUDÁVEIS <u>CIRURGIA PRÉ-PROTÉTICA</u>	294
<u>INDICAÇÕES CLÍNICAS</u>	294
EXPOSIÇÃO DA ESTRUTURA DENTÁRIA SAUDÁVEL	294
AUMENTO DE COROA CLÍNICA	294
<u>TERAPIA CIRÚRGICA</u>	296
<u>MONITORAMENTO PÓS-OPERATÓRIO</u>	296
TEMPO MÉDIO DE MATURAÇÃO TECIDUAL	298
VARIÁVEIS NA RECUPERAÇÃO DO TECIDO	300
INDICADORES DA MATURAÇÃO TECIDUAL	302
REEMBASAMENTO E FINALIZAÇÃO PROTÉTICA	302
INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA – PACIENTES PERIODONTALMENTE COMPROMETIDOS <u>TERAPIA PERIODONTAL – PROTÉTICA</u>	312
<u>QUADRANTES POSTERIORES</u>	312
REEMBASAMENTO E FINALIZAÇÃO PROTÉTICA	312
<u>REGIÃO ANTERIOR</u>	316
REEMBASAMENTO E FINALIZAÇÃO PROTÉTICA	316
<u>PREPARO DENTÁRIO FINAL</u>	324

PREPARO DENTÁRIO ESPESSURA DO PREPARO	326
REGIÃO ANTERIOR	326
REGIÃO ÂNTERO-SUPERIOR	328
PREPARO DENTÁRIO CONFIGURAÇÃO MARGINAL	330
PREPARO DENTÁRIO RESPEITANDO A INTEGRIDADE BIOLÓGICA	332
PREPAROS PARCIAIS	332
PREPAROS TOTAIS	332
PREPARO DENTÁRIO – RESPEITANDO A INTEGRIDADE BIOLÓGICA INTEGRIDADE PULPAR	336
PREPARO DENTÁRIO – RESPEITANDO A INTEGRIDADE BIOLÓGICA INTEGRIDADE GENGIVAL	338
MARGEM SUPRAGENGIVAL	338
MARGEM AO NÍVEL DA CRISTA GENGIVAL	338
MARGEM SUBGENGIVAL	342
VIOLAÇÃO DA INTEGRIDADE BIOLÓGICA	342
MARGEM SUBGENGIVAL PREPARO INTRASSULCULAR	344
RESPEITO DA INTEGRIDADE BIOLÓGICA	344
ETAPAS CLÍNICAS	344
MAPEANDO O SULCO	344
PREPARO NO NÍVEL GENGIVAL	346
INSERINDO O FIO	346
PREPARO NO NOVO NÍVEL GENGIVAL	346
ACABAMENTO	348
REMOÇÃO DO FIO E REEMBASAMENTO DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	348
INTEGRAÇÃO BIOLÓGICA TERAPIA IMPLANTOPROTÉTICA	352
TECIDOS MOLES PERI-IMPLANTARES	352
IMPLICAÇÕES BIOLÓGICAS	354
COMPORTAMENTO CLÍNICO	354

DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA À PRÓTESE DEFINITIVA: MOLDAGENS E TRANSFERÊNCIA DOS DADOS

Mauro Fradeani

373

MOLDAGENS E TRANSFERÊNCIA DOS DADOS	374
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA INTEGRADA	374
OBJETIVO	374
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA VERIFICANDO A INTEGRAÇÃO	376
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA <i>IN SITU</i>	376
PARÂMETROS ESTÉTICOS	376
PARÂMETROS FONÉTICOS	378
PARÂMETROS FUNCIONAIS	378
PARÂMETROS BIOLÓGICOS	380
RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA <i>IN SITU</i> TRANSFERÊNCIA DE DADOS	382
MOLDAGEM DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA E DA ARCADA ANTAGONISTA	382
REGISTRO INTEROCLUSAL PROTRUSIVO	382
ARCO FACIAL	382
TRANSFERÊNCIA DOS DADOS MOLDAGENS FINAIS	384
REMOVENDO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA	384
MOLDAGENS FINAIS	384
POLIVINILSILOXANAS E POLIÉTERES	388
TRANSFERÊNCIA DOS DADOS – MOLDAGENS FINAIS TÉCNICA DE MOLDAGEM	390
UMA ETAPA – DUPLA MISTURA	390
RECOMENDAÇÕES	390
TRANSFERÊNCIA DOS DADOS – MOLDAGENS FINAIS VISUALIZANDO A LINHA DO TÉRMINO	392
MAPEANDO O SULCO	392
FIOS	392
FORÇA DE INSERÇÃO	392
AÇÃO MECÂNICA	394
AÇÃO QUÍMICO-MECÂNICA	394
MOLDAGENS FINAIS PREPARO AO NÍVEL GENGIVAL – TÉCNICA DO FIO ÚNICO	396
MOLDAGEM COM O FIO INSERIDO	396

MOLDAGENS FINAIS	
PREPARO INTRASSULCULAR – TÉCNICA DO DUPLO-FIO	398
INSERINDO O PRIMEIRO FIO	398
INSERINDO O SEGUNDO FIO IMPREGNADO	400
REMOVENDO O SEGUNDO FIO E FAZENDO A MOLDAGEM	400
MATERIAIS E TÉCNICAS DE MOLDAGEM	
FACETAS E INLAYS-ONLAYS	408
PROBLEMAS	408
FACETAS	408
INLAYS-ONLAYS	408
MATERIAIS E TÉCNICAS DE MOLDAGEM	
IMPLANTES	410
MOLDAGEM NO NÍVEL DA CABEÇA DOS IMPLANTES	410
MOLDAGEM NO NÍVEL DOS PILARES	410
TRANSFERÊNCIA DE DADOS	
REGISTRO OCLUSAL – REABILITAÇÃO ANTERIOR	412
REGISTRO OCLUSAL EM CASOS PARCIAIS	412
REABILITAÇÃO ANTERIOR	412
REGISTRO ENTRE OS PILARES E O ARCO ANTAGONISTA	412
TRANSFERÊNCIA DE DADOS	
REGISTRO OCLUSAL – REABILITAÇÃO DE UMA ARCADA	414
REGISTRO ENTRE OS DENTES PREPARADOS E O ARCO ANTAGONISTA	414
TRANSFERÊNCIA DE DADOS	
REGISTRO OCLUSAL – REABILITAÇÃO DAS DUAS ARCADAS	416
INTERCÂMBIO DOS MODELOS SUPERIOR E INFERIOR	416
REGISTRO ENTRE OS PILARES SUPERIORES E INFERIORES	416
TRANSFERÊNCIA DE DADOS	
REGISTRO E COMUNICAÇÃO DA DOR	418
REGISTRO DA COR	418
COMUNICAÇÃO DA COR	420
TRANSFERÊNCIA DE DADOS	
RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – CHECKLIST DE LABORATÓRIO	424

PRODUZINDO E FINALIZANDO A REABILITAÇÃO PROTÉTICA

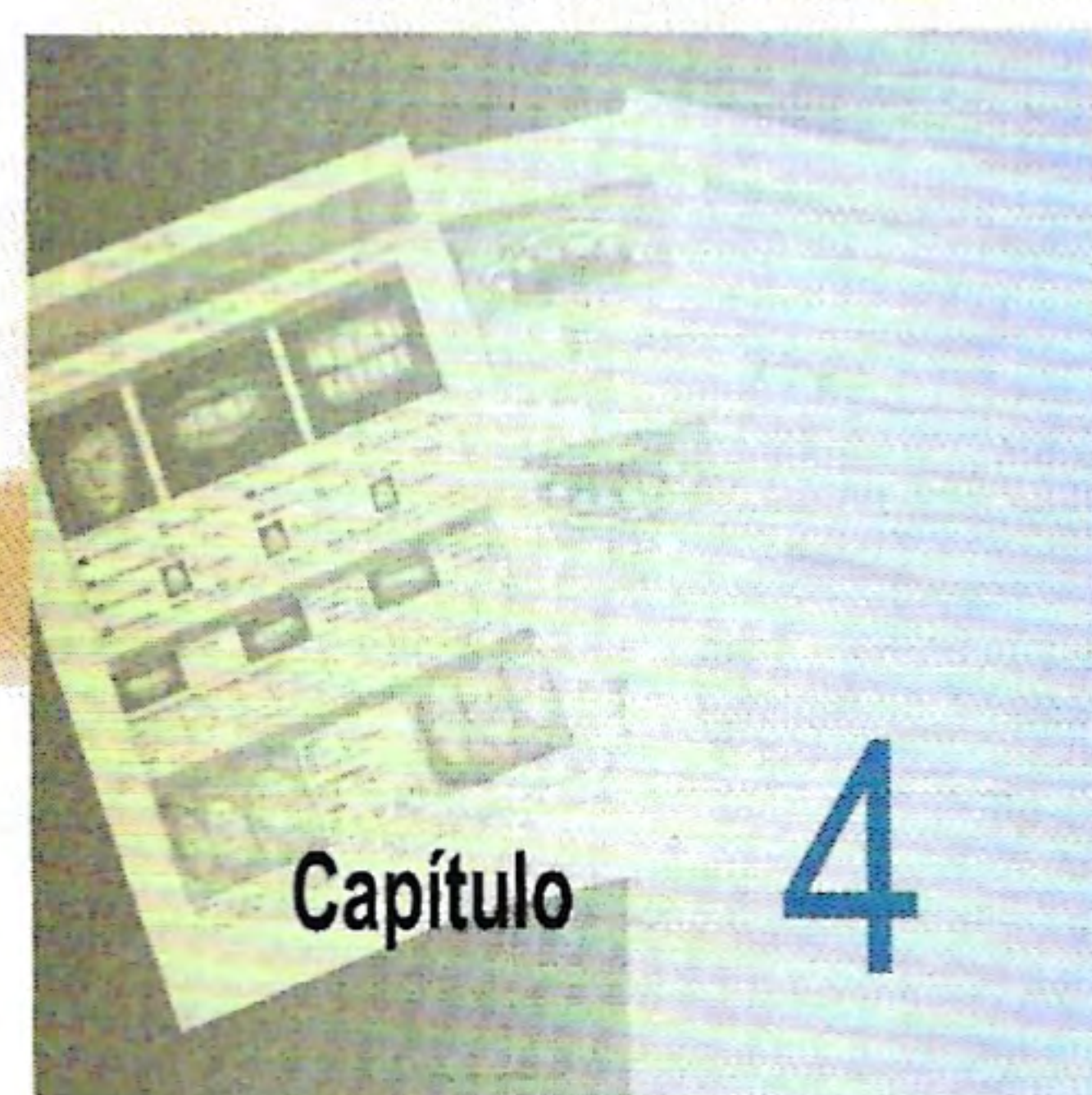
Mauro Fradeani, Giancarlo Barducci

435

PRODUZINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA	436
CLÍNICA	436
LABORATÓRIO	436
PRODUZINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – LABORATÓRIO	
MODELO MESTRE (MM)	438
TROQUÉIS	438
ESPAÇADOR	438
PRODUZINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – LABORATÓRIO	
MODELO SECUNDÁRIO (MS)	442
REPLICANDO OS TECIDOS GENGIVAIS	442
OTIMIZANDO O CONTORNO RESTAURADOR	442
DESENHO DAS ÁREAS DE CONEXÃO	442
LABORATÓRIO	
TÉCNICA DO INTERCÂMBIO – REABILITAÇÃO ANTERIOR	446
MONTANDO O MODELO DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA COM O MODELO DO ARCO ANTAGONISTA	446
MONTANDO O MODELO-MESTRE COM O MODELO DO ARCO ANTAGONISTA	446
LABORATÓRIO	
TÉCNICA DO INTERCÂMBIO – REABILITAÇÃO DE UMA ARCADA	448
MONTANDO O MODELO DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA COM O MODELO DO ARCO ANTAGONISTA	448
MONTANDO O MODELO-MESTRE COM O MODELO DO ARCO ANTAGONISTA	448
LABORATÓRIO	
TÉCNICA DO INTERCÂMBIO PARA A REABILITAÇÃO DAS DUAS ARCADAS	450
MONTANDO OS MODELOS DAS RESTAURAÇÕES PROVISÓRIAS DAS ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR	450
INTERCÂMBIO DOS MODELOS SUPERIOR E INFERIOR	450
VERIFICANDO O INTERCÂMBIO COM O MM SUPERIOR E COM O MM INFERIOR	450
PROGRAMAÇÃO DO ARTICULADOR – LABORATÓRIO	
GUIA ANTERIOR PERSONALIZADO	454

CONSTRUINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – LABORATÓRIO	
ÍNDICE DE SILICONA	458
ÍNDICE OCLUSOPALATINO	458
ÍNDICE VESTIBULAR	462
INFRAESTRUTURA	466
DESENHO	466
ESCOLHENDO O MATERIAL RESTAURADOR	466
METALOCERÂMICA	466
CERÂMICA PURA	468
CERÂMICAS À BASE DE SILICATO	468
CERÂMICAS FELDSPÁTICAS	468
CERÂMICAS VÍTREAS	468
CERÂMICAS DE ALTA RESISTÊNCIA	470
ALUMINA	470
ZIRCÔNIO	472
INFRAESTRUTURA – PRÓTESES PARCIAIS FIXAS	474
METALOCERÂMICA	474
CERÂMICA PURA	474
INFRAESTRUTURA	
METALOCERÂMICA, CERÂMICA PURA	478
CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS	478
CONSTRUINDO A INFRAESTRUTURA	
CASOS 1 A 3	480
CASO 1	480
CASO 2	480
CASO 3	480
CLÍNICA	
PROVA DA INFRAESTRUTURA	482
ADAPTAÇÃO MARGINAL: PRÓTESES PARCIAIS FIXAS	482
ADAPTAÇÃO MARGINAL: RESTAURAÇÃO UNITÁRIA	482
PROVA CLÍNICA DA MONTAGEM	
INFRAESTRUTURA – SIMULAÇÃO PREVENTIVA (SP)	484
CONSTRUINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – LABORATÓRIO	
TRATANDO A INFRAESTRUTURA	488
METALOCERÂMICA	488
CERÂMICA PURA	488
CONSTRUINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – LABORATÓRIO	
ESTRATIFICAÇÃO DA CERÂMICA	490

CONSTRUINDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA – CLÍNICA	
PROVA NA FASE DE BISCUIT	494
PARÂMETROS ESTÉTICOS	494
PARÂMETROS FUNCIONAIS	496
PARÂMETROS BIOLÓGICOS	498
GLAZEAMENTO	500
SOLDA PÓS-CERÂMICA	500
ENTREGANDO A RESTAURAÇÃO DEFINITIVA	502
CIMENTAÇÃO	504
CIMENTAÇÃO TEMPORÁRIA	504
CIMENTAÇÃO DEFINITIVA	504
MANUTENÇÃO	518
GALERIA DE CASOS CLÍNICOS	524
ÍNDICE	595



DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA À PRÓTESE DEFINITIVA: MOLDAGENS E TRANSFERÊNCIA DOS DADOS

373

A verificação final de que a restauração provisória está adequadamente integrada do ponto de vista estético, funcional e biológico deve ser o ponto de partida para transferir todos os dados necessários na finalização da reabilitação protética. Fazer o registro do arco facial e tirar os registros oclusais, as moldagens finais e finalizar com precisão o checklist de laboratório permitem ao técnico replicar na restauração definitiva o que foi obtido com sucesso na restauração provisória.

OBJETIVO – Transferir corretamente os dados necessários para replicar a restauração provisória na restauração definitiva.

Por muito tempo a restauração provisória foi relegada a um papel secundário, servindo como um dispositivo provisório enquanto o técnico criava a restauração definitiva. Por este motivo, a aparência e validade funcional da restauração provisória nunca foi um objetivo primário para muitos clínicos. Sua importância geralmente é subestimada ao ponto de, mesmo quando preencher as expectativas do paciente, frequentemente nenhuma abordagem sistemática ser usada para sua informação crucial ao laboratório de forma precisa. É comum encontrarmos pacientes que não estão satisfeitos com a restauração definitiva quando esta é entregue, interpretando-a como algo que não atende às suas expectativas porque difere completamente das restaurações provisórias que eram consideradas mais agradáveis e funcionais.

RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA INTEGRADA

A restauração provisória deve ser um instrumento clínico para testar a validade de todas as modificações estético-funcionais prescritas pelo clínico na fase de plano de tratamento e transmitidas ao técnico para criação do enceramento diagnóstico. É essencial adaptar a restauração provisória na boca usando a mesma posição que o técnico, após obtê-la do enceramento diagnóstico, construiu-a no modelo, se ela for funcionar como protótipo do trabalho definitivo.¹⁻⁷ Dependendo da complexidade do caso, a restauração provisória deve permanecer na

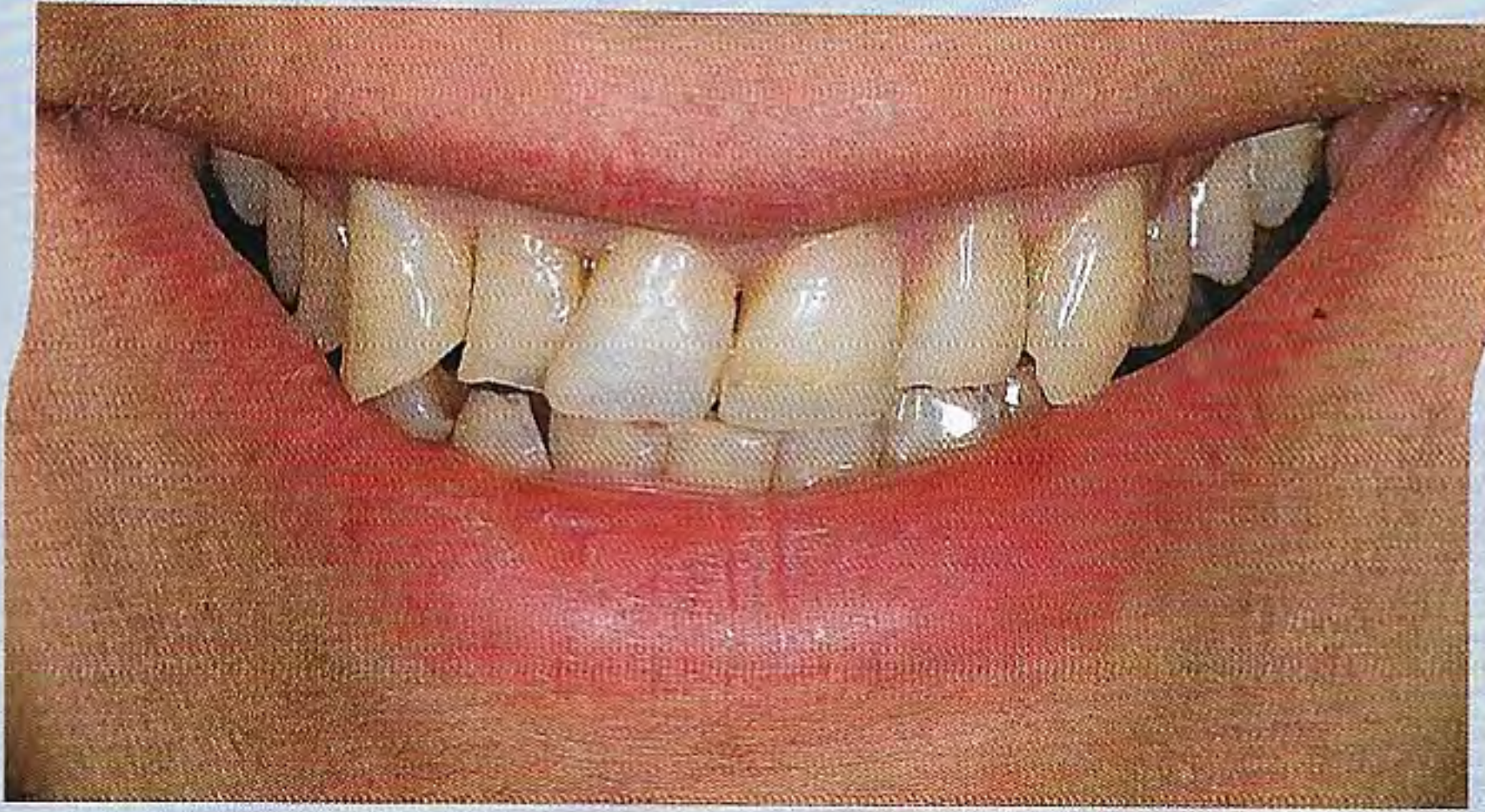
cavidade bucal por um tempo suficiente para testar a validade das modificações estético-funcionais e avaliar a integração biológica geral (Fig 4-1). Somente depois da restauração provisória ter demonstrado na boca que preenche todas as expectativas do clínico e do paciente, é possível proceder com a criação da restauração definitiva.

OBJETIVO

É essencial usar um sistema que permite que todas as características da restauração provisória funcional sejam replicadas de uma forma simples e efetiva. Somente desta forma podemos evitar o risco dos erros serem revelados apenas no trabalho finalizado, o que inevitavelmente causa frustração no clínico e no paciente no que tange à falta de sucesso terapêutico.

A prótese definitiva deve ser uma cópia fiel da restauração provisória para estar igualmente integrada do ponto de vista biológico, estético e funcional, diferindo apenas no material restaurador usado. É dever do clínico transmitir adequadamente toda a informação necessária contida na restauração provisória por meio do checklist de laboratório. É dever do clínico usar esta informação e replicá-la fielmente na restauração definitiva, otimizando, em relação aos espaços desenvolvidos com a casca de acrílico, a anatomia individual dos dentes para dar-lhes um aspecto natural e de vitalidade.

CASO 1



› Fig. 4-1a



› Fig. 4-1b



› Fig. 4-1c



› Fig. 4-1d



› Fig. 4-1e



› Fig. 4-1f

FIG 1 (a a c) As fotos pré-operatórias mostram as bordas incisais abrasionadas, com uma redução marcante nos comprimentos dentários. Observe o espaço anterior com uma curvatura negativa (a), a falta de visibilidade dos dentes superiores (b) e o overbite limitado (c). (d e e) A verificação final das restaurações provisórias mostra uma integração estética ideal alcançada tanto durante o sorriso como nos lábios em repouso. (f) O overbite aumentado vai encorajar o desenvolvimento do guia anterior.

■ VERIFICANDO A INTEGRAÇÃO ■ RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA *IN SITU*

A integração estética, funcional e biológica é verificada com a restauração provisória na boca. Se modificações forem necessárias mais tarde, estas podem ser feitas durante as consultas regulares, particularmente durante a consulta quando os preparos finais são realizados.

O reembasamento realizado após o preparo dentário final não deveria alterar a posição da restauração provisória, mesmo se algumas vezes ocorrem pequenos movimentos que requerem a correção dos contatos oclusais, mas são tão minúsculos que não requerem qualquer verificação futura.

É realizada uma consulta 3 a 4 semanas depois do preparo final dos abutments, com o objetivo de conduzir a verificação final da integração geral da restauração provisória. Neste momento, a restauração provisória é examinada novamente para verificação da integração estético-funcional e para observar como os tecidos gengivais respondem aos novos contornos das coroas após o aprofundamento intrassulcular já realizado (Figs 4-2 a 4-4).

Se o teste mostra resultados positivos, as moldagens para a restauração final podem ser feitas na mesma sessão. Em conjunto

com as moldagens finais dos preparos e os registros oclusais, estas moldagens permitem que os modelos sejam intercambiados no articulador para finalização da restauração.

PARÂMETROS ESTÉTICOS

Os parâmetros que guiam o clínico na análise inicial facial e dentolabial,^{7,8-19} e foram incorporados pelo técnico no enceramento e construção da restauração provisória, agora deveriam ser reavaliados. Estes parâmetros incluem:

- a visibilidade dentária em repouso;
- a posição da borda incisal;
- linha do sorriso;
- largura do sorriso;
- corredor labial;
- linha interincisal;
- plano inciso-oclusal x plano horizontal.

Geralmente não é necessário alterar o comprimento e a posição dentária ou a posição da borda incisal e a inclinação do plano oclusal nesta fase. Estes parâmetros deveriam ser verificados exhaustivamente na fase da adaptação e nas análises subsequentes.

FIGS 2 3 4 As fotografias dos três casos mostram uma integração geral satisfatória. Uma homeostasia tecidual é essencial para as moldagens finais que reproduzam com precisão todos os detalhes dos preparos dentários.

CASO 1



› Fig. 4-2

CASO 2



› Fig. 4-3

CASO 3



› Fig. 4-4

PARÂMETROS FONÉTICOS

Os testes fonéticos são úteis para confirmar a posição e o comprimento dentário adequados – e para verificar a estabilidade da DVO na restauração provisória^{1,3,20,21} (veja o volume 1, capítulo 4) (Figs 4-5, 4-6a e 4-6b).

Som do M Deixar o paciente pronunciar este som por completo relaxa os lábios. Uma visibilidade dentária apropriada em repouso e a presença de um espaço livre suficiente entre os arcos pode ser confirmada.^{16,22-31}

Som do E Quando o paciente pronuncia este som, o comprimento dentário é avaliado novamente, em relação à idade do paciente, pela quantidade do espaço interlabial ocupado pelos dentes superiores.³²

Som do F O clínico testa a adequação do perfil incisal novamente, onde a borda incisal da restauração provisória superior permanece dentro do vermelhão do lábio inferior.^{8,33-35}

Som do S Este som é usado para testar a posição vestibulolingual dos dentes anteriores³⁶⁻³⁸ e para verificar a aceitabilidade da

DVO,^{36,37,39-42} especialmente nos pacientes cuja distância intermaxilar variou significativamente durante a colocação da restauração provisória.^{38,43,44}

PARÂMETROS FUNCIONAIS

Os modelos das restaurações provisórias são determinantes na transmissão da informação funcional que eles possuem.^{5,45-47}

Overjet-overbite Esses valores devem ser verificados cuidadosamente. Se estiverem adequados, o guia anterior será desenvolvido corretamente.^{38,48,49}

Guia anterior A facilidade de movimentação da mandíbula durante os movimentos excursivos (guia incisal e guia canino) deve ser verificada^{50,51} (Figs 4-6c e 4-6d). Os episódios de fraturas ou soltura da restauração provisória geralmente indicam que os movimentos excursivos estão muito íngremes. Os controles periódicos deveriam identificar qualquer necessidade de ajustes na trajetória desoclusiva para impedir a ocorrência destes problemas e as fraturas da cerâmica de recobrimento na restauração definitiva.³⁸

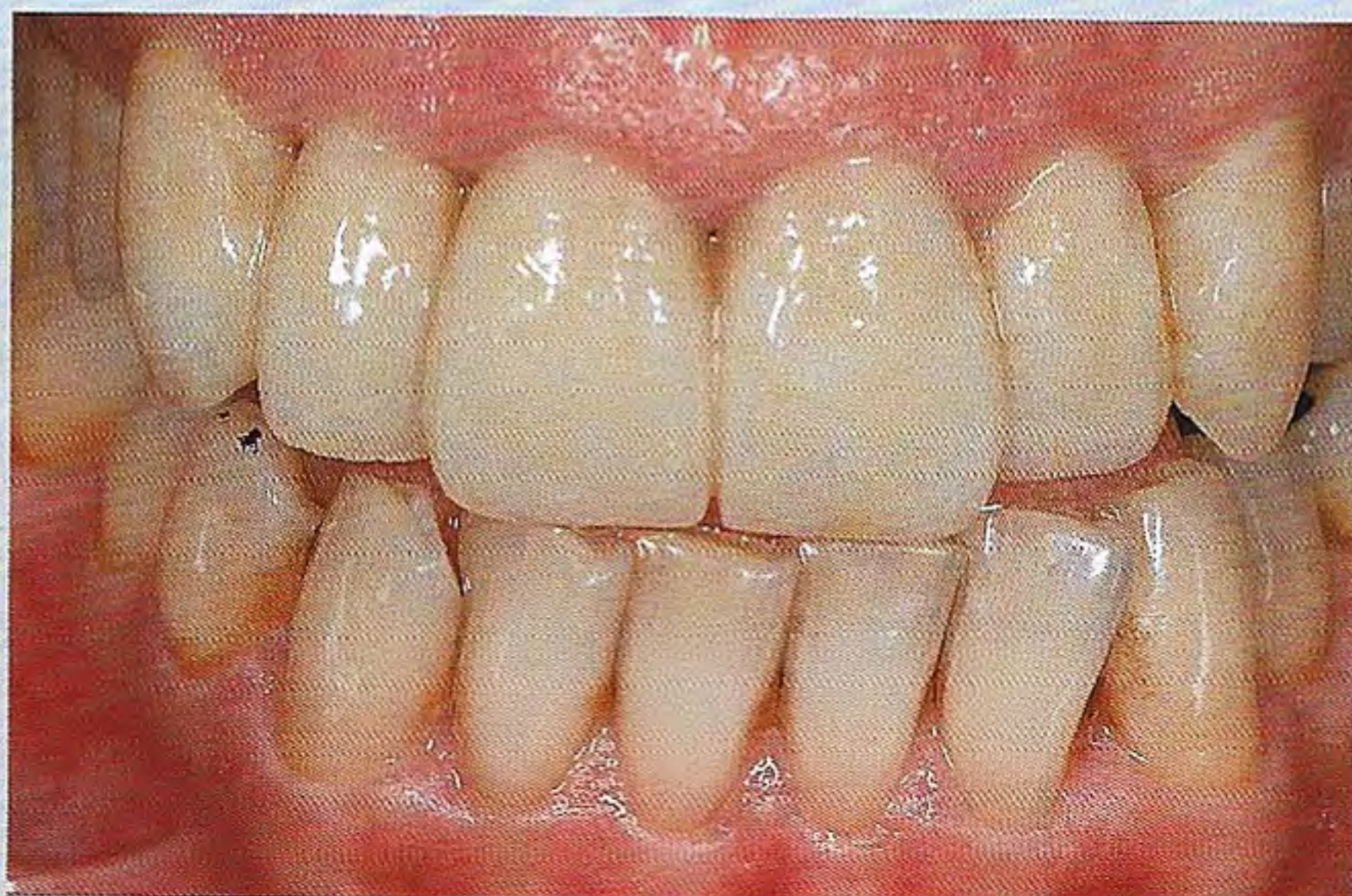
FIG 5 (a) A fotografia do sorriso mostra a harmonia restaurada entre a curvatura incisal e a curvatura do lábio inferior. (b) Nesta fase, o comprimento e posição das bordas incisais, que devem permitir ao paciente movimentos excursivos facilitados, são verificados novamente.

FIG 6 (a e b) As análises dentolabial e fonética mostram uma integração geral apropriada. (c e d) As excursões laterais nos lados direito e esquerdo ressaltam a presença de um guia canino que, mesmo com uma inclinação rasa, permite a desocclusão dos quadrantes posteriores neste paciente periodontal.

CASO 1

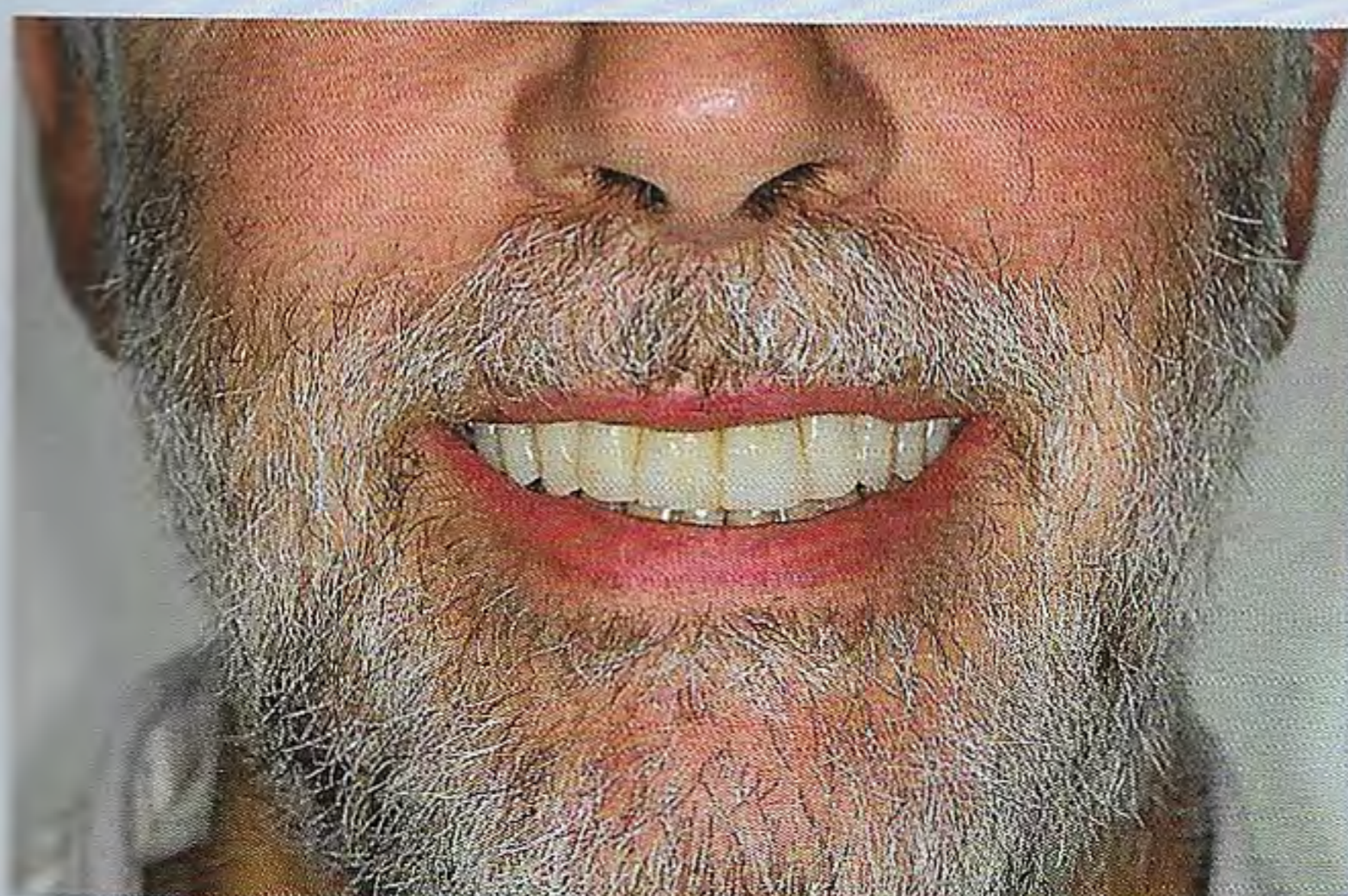


› Fig. 4-5a

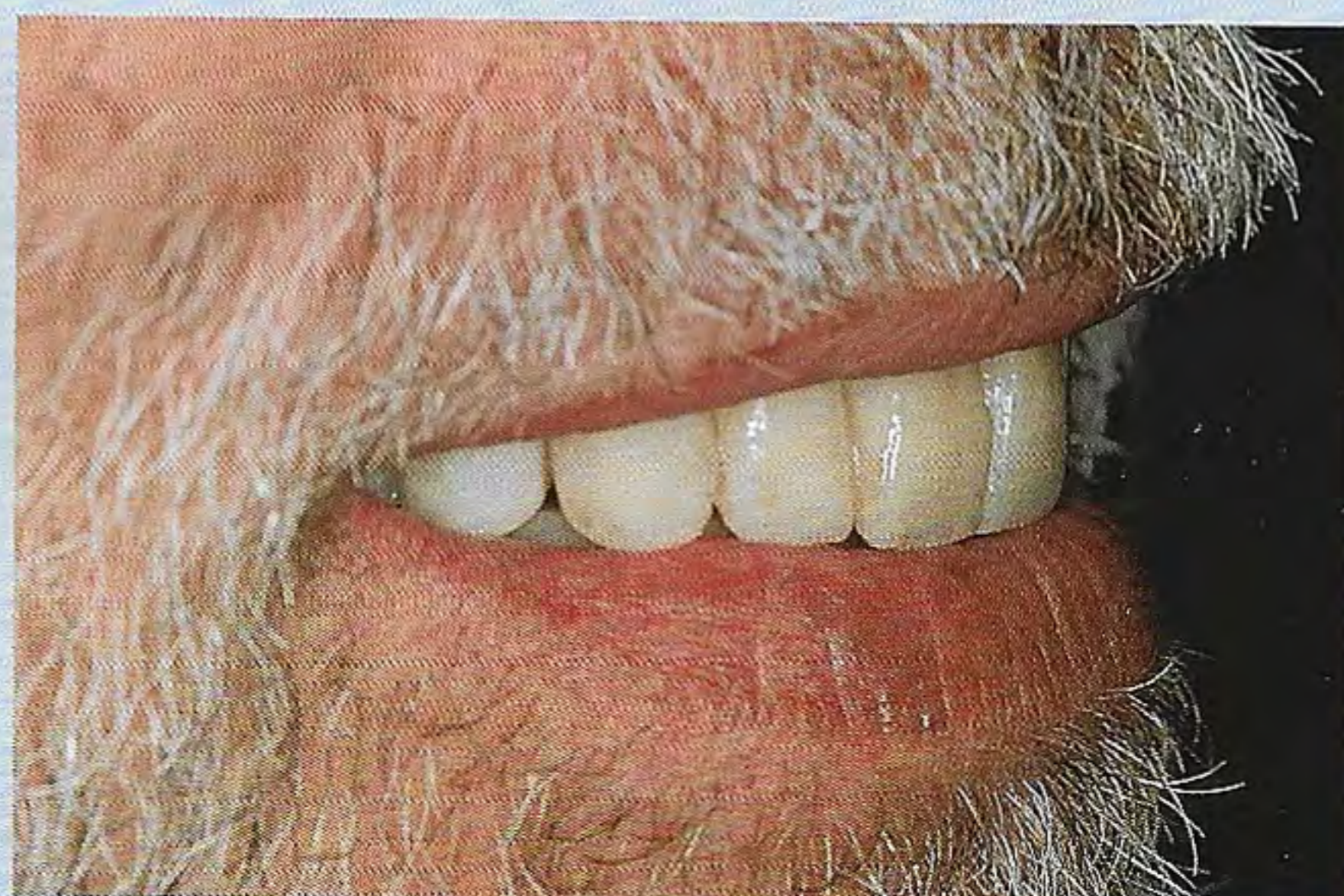


› Fig. 4-5b

CASO 2



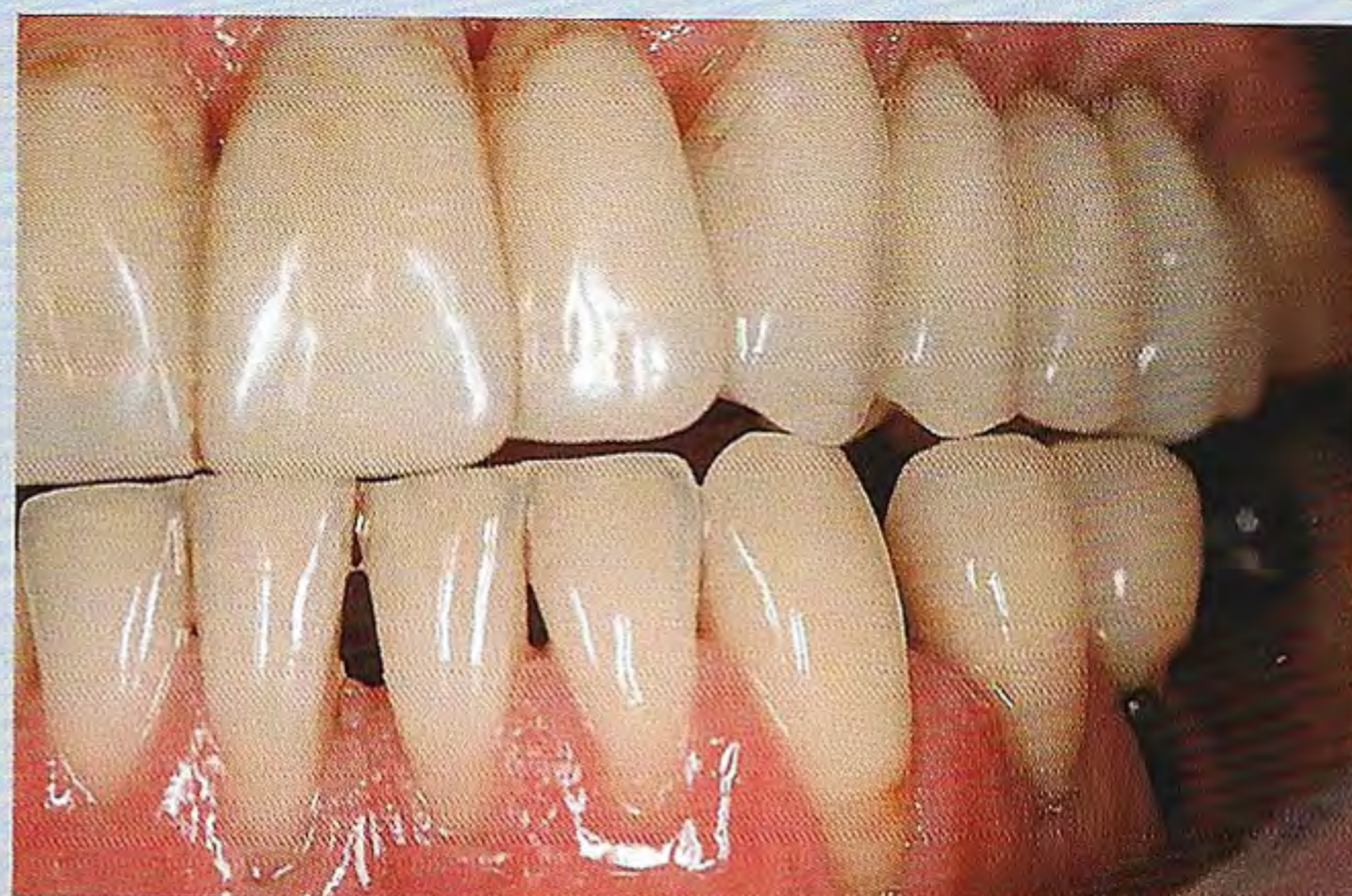
› Fig. 4-6a



› Fig. 4-6b



› Fig. 4-6c



› Fig. 4-6d

Dimensão vertical de oclusão O valor da DVO durante o posicionamento e reembasamento da restauração provisória deveria permanecer constante em todo o tratamento. Isto pode ser reconfirmado pela verificação de que o valor encontrado entre dois pontos de referência na margem dentogengival (ex., canino superior direito e canino inferior direito) permanece constante com o tempo. Nos casos em que a DVO foi modificada intencionalmente pelo clínico, a adaptação desta variação deveria ser verificada. A nova situação clínica, que geralmente requer um período de 3 a 4 semanas, é analisada novamente para garantir que o paciente está numa posição confortável.^{38,43,44} Se a contração e fadiga muscular ainda estiverem presentes, são feitos ajustes que deveriam ser testados por algumas semanas antes das fases finais.

Estabilidade oclusal Quer seja o caso finalizado em MI, quer em RC, deve ser verificado se existem contatos puntiformes simultâneos e bem distribuídos⁵²⁻⁵⁶ (Figs 4-7a e 4-7b). Na região anterior, um contato leve entre os dentes superiores e inferiores, além de garantir a estabilidade necessária, permite que qualquer interferência nos dentes posteriores durante os movimentos excursivos seja evitada⁵⁷ (Figs 4-7c a 4-7f).

Relação cêntrica-oclusão cêntrica O clínico deve garantir que o paciente, durante o fechamento, com ou sem manipulação, atinja a OC com extrema facilidade.⁵⁸⁻⁶⁰ A definição exata desta posição é crucial para que os modelos da restauração provisória sejam montados e intercambiados corretamente no articulador.

PARÂMETROS BIOLÓGICOS

A integração biológica da casca de acrílico é um fator determinante na realização correta das moldagens. É essencial garantir que os tecidos gengivais sejam sustentados adequadamente pelos contornos da restauração provisória e que não haja sinais de inflamação gengival.^{2,61-63} Também deveria ser verificado que o paciente pode higienizar corretamente as áreas afetadas pelo tratamento protético, especialmente nas áreas interproximais.⁶⁴⁻⁷⁰ Nas restaurações unitárias, o uso do fio dental é aconselhado. Nos quadrantes posteriores com próteses parciais fixas, a escova interproximal é necessária. Por outro lado, na região anterior, para não comprometer a altura das papilas, o uso do superfloss é recomendado. Ele é muito menos invasivo do que a escova interproximal, que muitas vezes é efetiva mas traumatiza os tecidos.

MOLDAGEM DA RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA E DA ARCADA ANTAGONISTA

Após verificar cuidadosamente a integração correta da restauração provisória, o clínico faz um molde dela e do arco antagonista. Geralmente, usa-se alginato. Apesar de não ter a precisão típica dos elastômeros, o alginato pode ser considerado um material confiável quando vazado imediatamente usando-se um espatulador a vácuo. Infelizmente, nem todos os clínicos estão adequadamente equipados para fazer o molde e obter modelos precisos no consultório. Neste caso é preferível usar um material elastomérico, que em virtude de sua estabilidade dimensional, permite ao clínico enviar os moldes para o laboratório sem qualquer risco de distorção.

Para transferir corretamente a informação contida na restauração provisória, os dois modelos de gesso devem ser precisos. Qualquer defeito ou distorção nos modelos, quando estiverem no articulador, podem alterar a relação oclusal que existe na boca, e assim impedir a replicação das características estético-funcionais da restauração provisória.

REGISTRO INTEROCLUSAL PROTRUSIVO

Como já mostrado (veja o capítulo 1, página 70), o registro interoclusal protrusivo é realizado pedindo-se ao paciente para colocar os dentes em posição topo-a-topo. No espaço conseguido entre os dentes posteriores (Classes I e II de Angle), o registro oclusal deve ser mantido até endurecer ou polimerizar completamente (Fig 4-8). O registro interoclusal protrusivo feito desta forma permite ao técnico determinar a inclinação condilar no articulador para que ela não seja programada arbitrariamente em 20 graus⁷¹ (veja o capítulo 1, página 100).

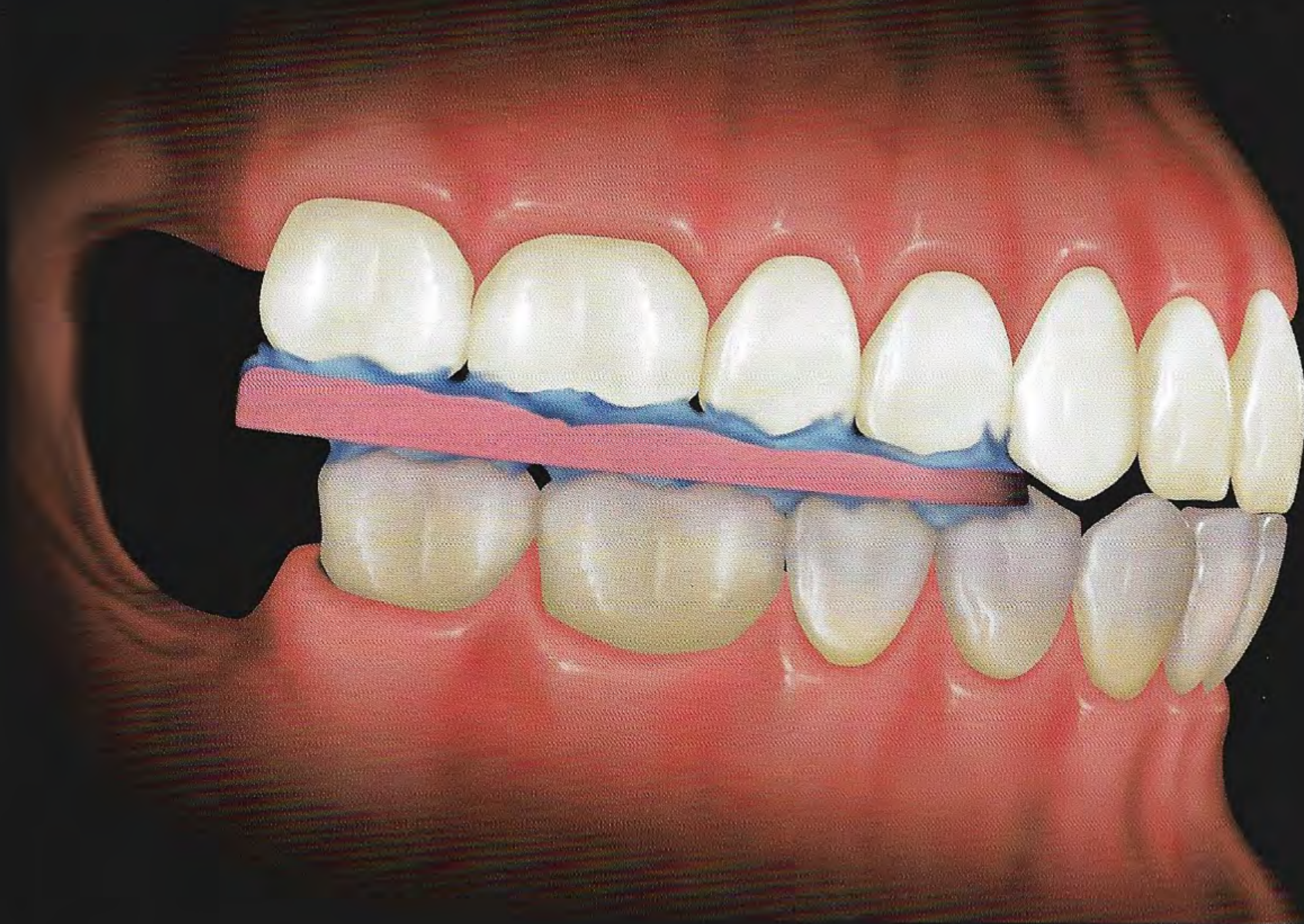
ARCO FACIAL

Para montar o modelo superior no articulador e orientá-lo corretamente, o registro com o arco facial tem um papel decisivo. O uso de um arco facial arbitrário é confiável na prática diária.⁷⁶⁻⁸¹ Como já ilustrado (veja o capítulo 1, página 80), para reproduzir a situação clínica no articulador, o clínico fica de frente para o paciente, orientando as hastes do arco facial paralelas ao horizonte^{17,72-75} (Fig 4-9). Esta etapa pode ser registrada idênticamente tanto com as restaurações provisórias *in situ* quanto pelo posicionamento do garfo do arco facial nos preparos definitivos, porque, como mostrado depois, o uso de uma abordagem sistemática permite o intercâmbio dos modelos pelos registros interocclusais com cera.

FIG 8 O paciente abre e fecha a mandíbula na posição topo a topo. O material para registro interoclusal protrusivo é inserido entre os dentes posteriores.

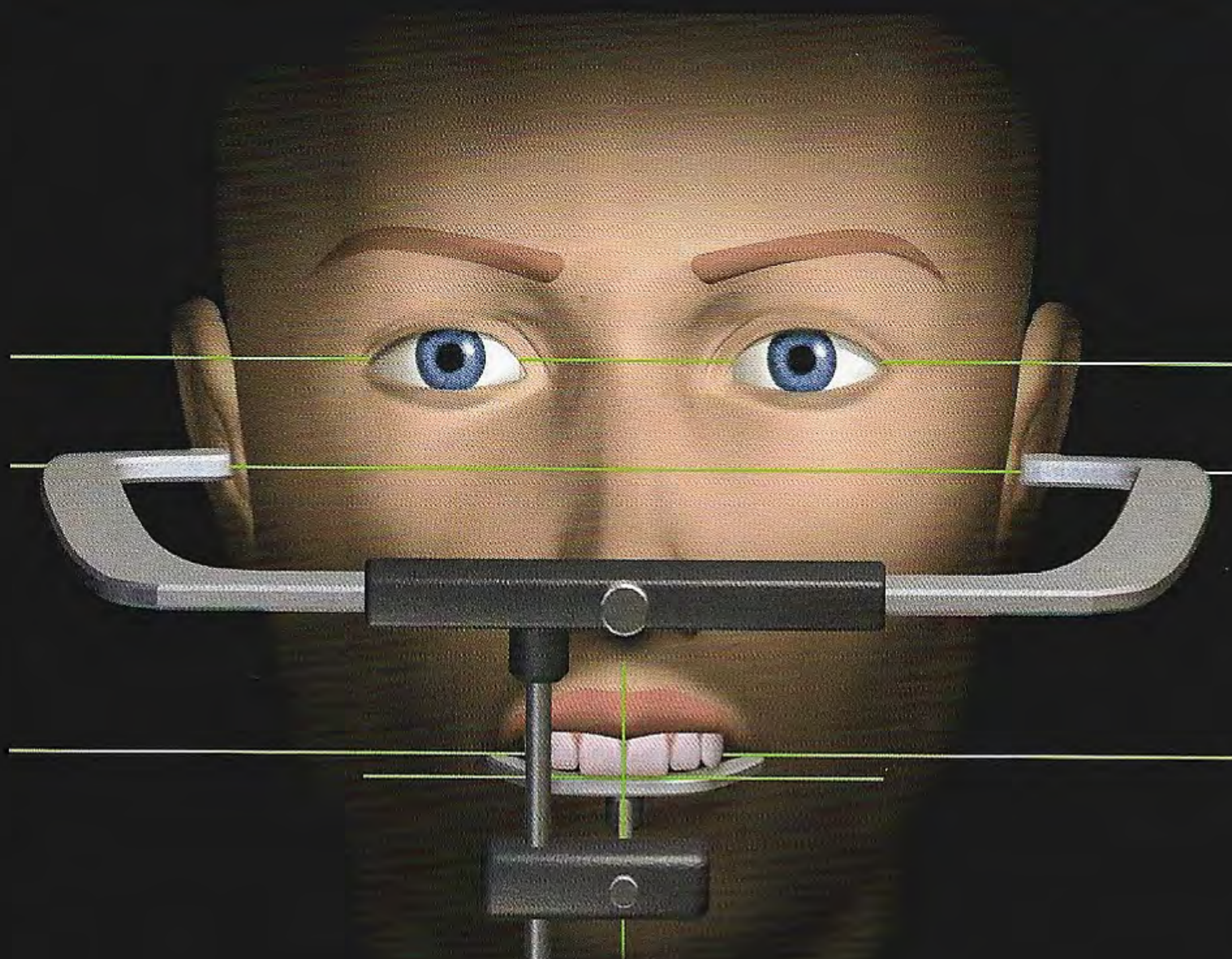
FIG 9 Antes da restauração provisória ser removida para as moldagens finais, o arco facial é registrado para orientar corretamente o modelo superior no articulador.

REGISTRO INTEROCCLUSAL PROTRUSIVO



› Fig. 4-8

ARCO FACIAL



› Fig. 4-9

MOLDAGENS FINAIS

REMOVENDO A RESTAURAÇÃO PROVISÓRIA

Uma vez registrado o arco facial, feita a moldagem das restaurações provisórias e registro do arco antagonista com a restauração provisória em posição, e finalizado o registro interoclusal protrusivo, a restauração provisória é removida para outra verificação de sua espessura em diversas áreas.

A posição das margens protéticas em relação aos níveis gengivais também deve ser avaliada, especialmente nos casos em que o aprofundamento intrassulcular foi realizado durante a consulta de preparo final dos pilares (veja o capítulo 3, página 324). Se o clínico decidir aprofundar ainda mais o preparo, uma leve discrepância que seria causada na margem provisória poderia ser compensada pela simples correção da resina acrílica sem causar qualquer variação na posição da restauração provisória.

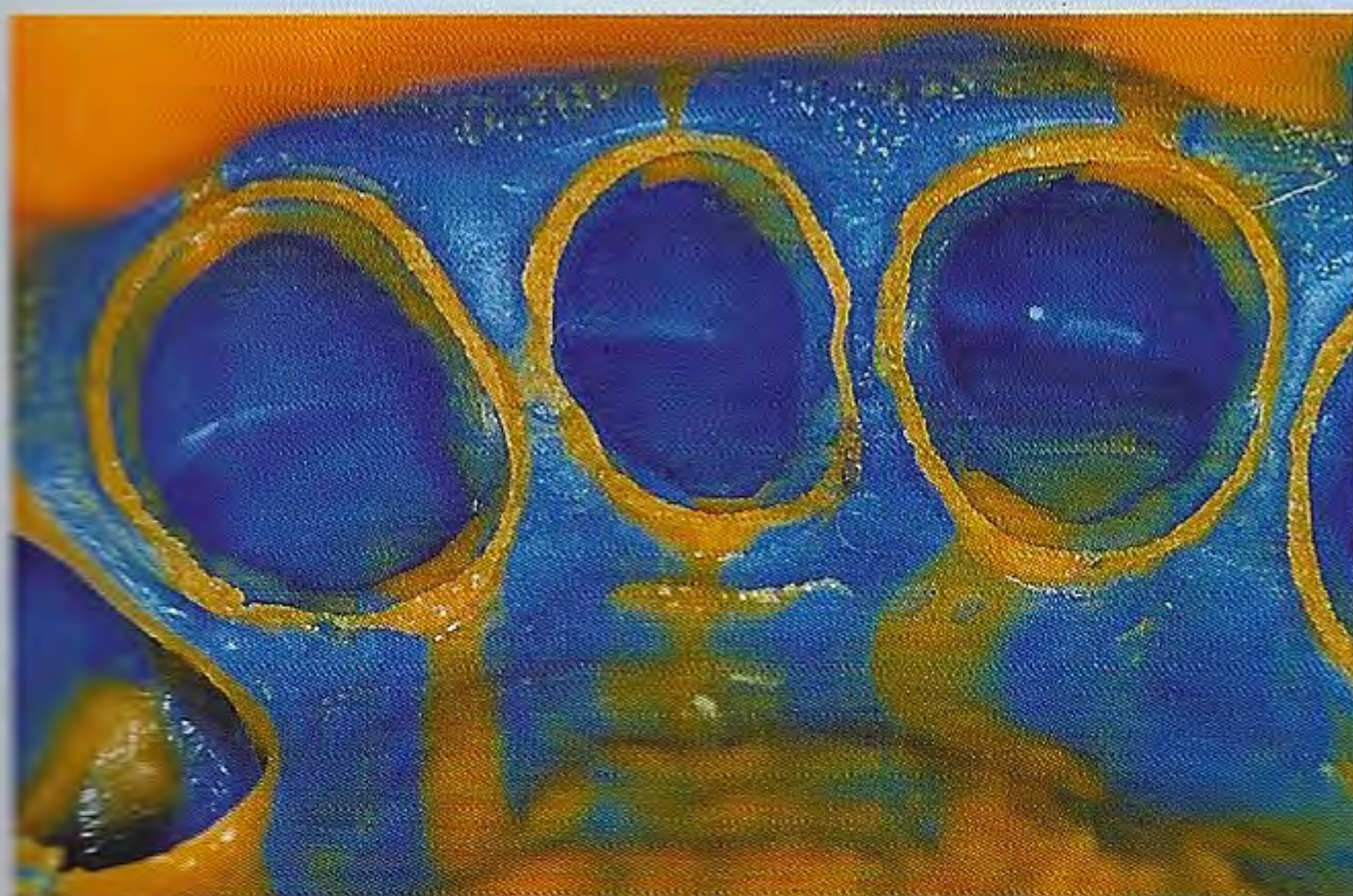
A precisão da adaptação marginal no momento do reembasamento e o cuidado meticuloso tomado quando o excesso de cimento é removido, permitem aos tecidos a manutenção de uma homeostasia gengival adequada,⁶⁴⁻⁷⁰ um pré-requisito essencial para as moldagens. Se

a saúde gengival for regular, é necessário verificar a causa da inflamação e postergar as moldagens finais.

MOLDAGENS FINAIS

A moldagem representa um dos meios de comunicação mais importante com o laboratório, permitindo que a reprodução das estruturas dentogengivais envolvidas na reabilitação protética seja transmitida em negativo. Para obtenção de uma estabilidade tecidual ideal, as moldagens são realizadas 3 a 4 semanas depois dos preparos finais serem conduzidos.^{2,82,83} Uma boa "leitura" do molde é essencial para confeccionar a prótese definitiva no laboratório (Figs 4-10 e 4-11). Para cada pilar, é necessário moldar o dente além da linha do término, o que permite ao clínico ler o término perfeitamente e obter informação sobre a anatomia radicular, que pode ser útil na criação do contorno da restauração.⁸⁴ A precisão da reprodução depende significativamente das características físico-químicas do material usado⁸⁵, assim como da técnica de confecção escolhida. Especialmente nos casos de reabilitação extensa, é importante fazer duas moldagens do mesmo arco para garantir que todos os detalhes os pilares foram capturados (Fig 4-12).

CASO 1



› Fig. 4-10a

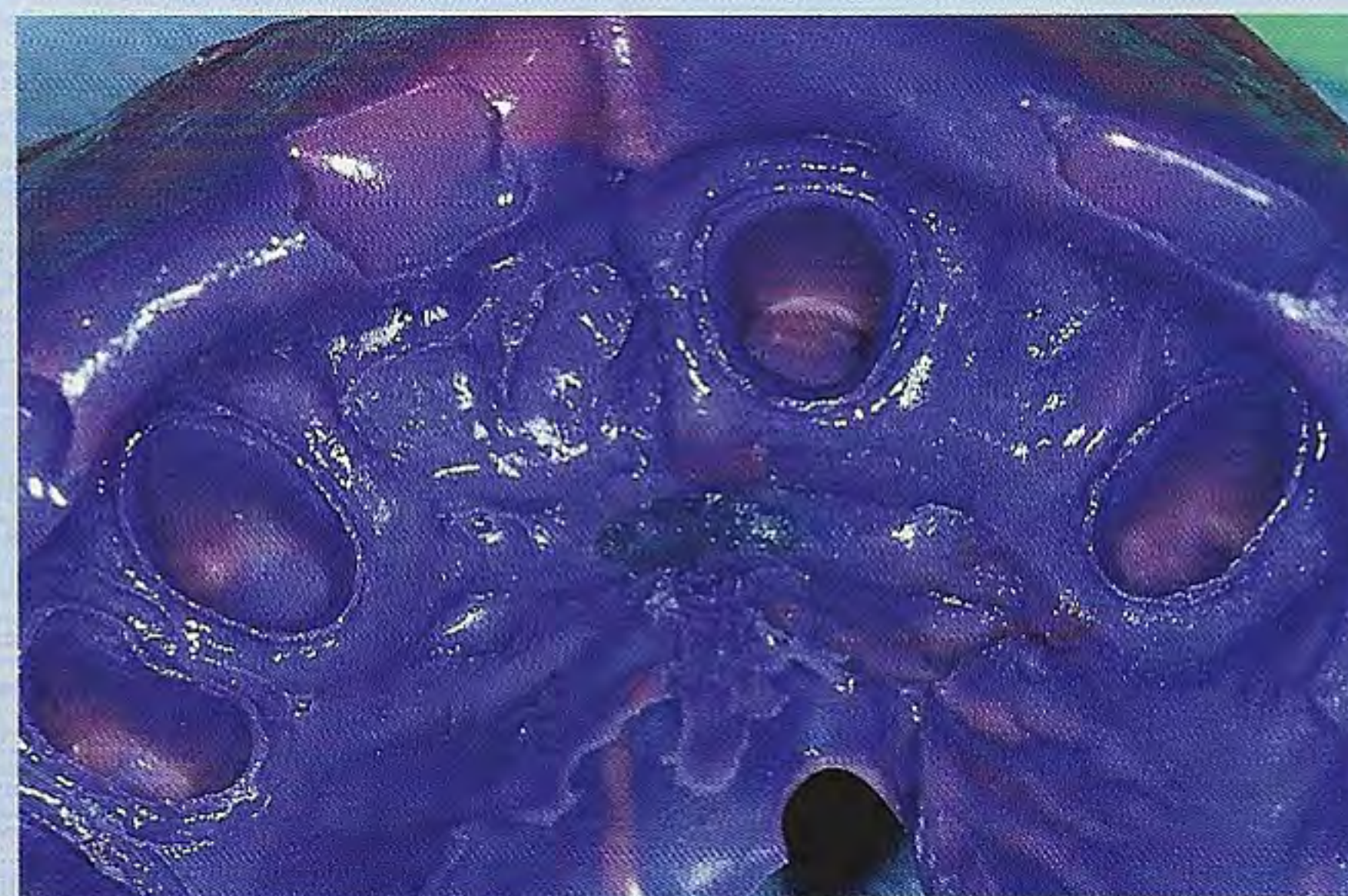


› Fig. 4-10b

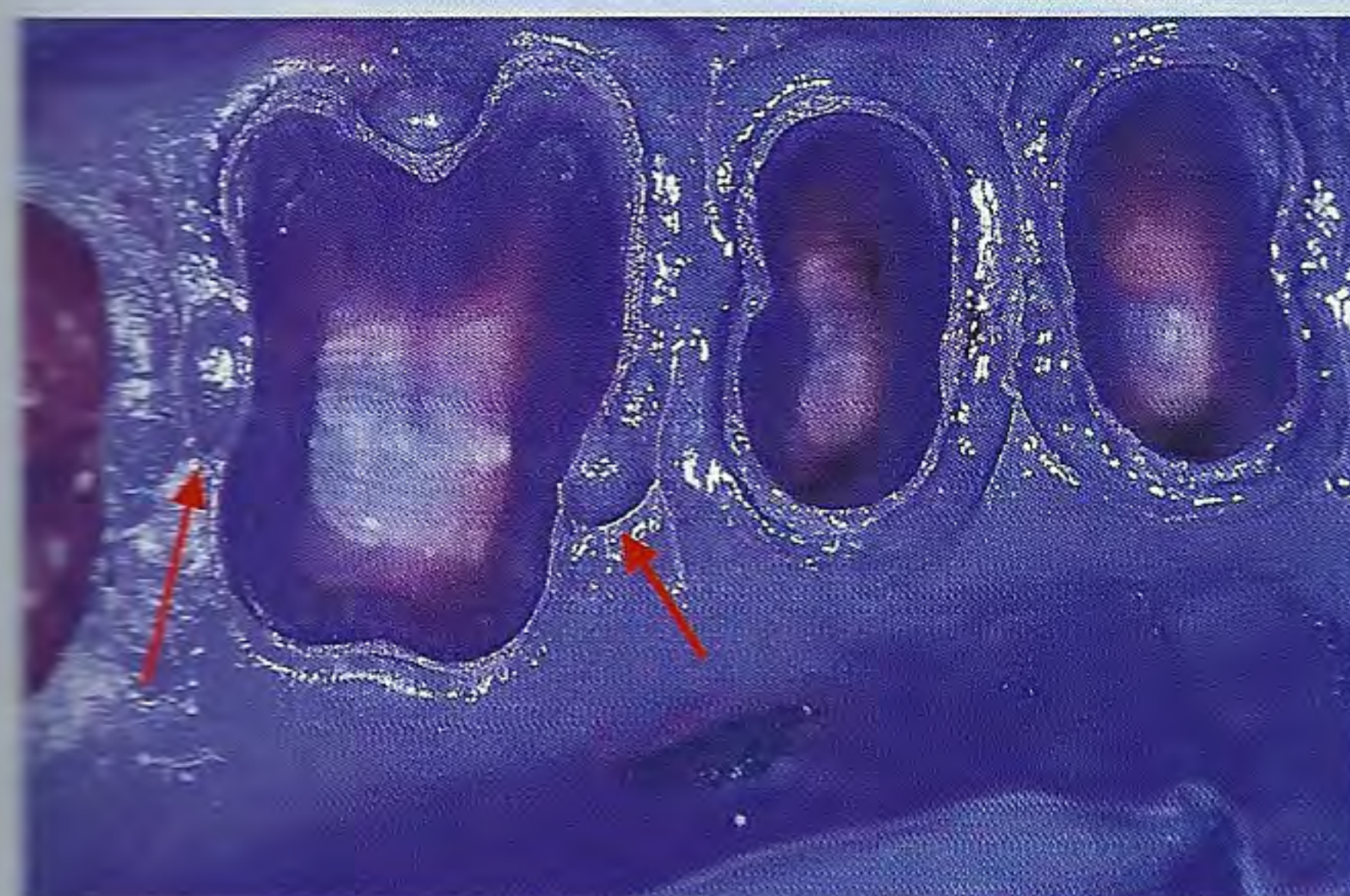
CASO 2



› Fig. 4-11a



› Fig. 4-11b



› Fig. 4-11c



› Fig. 4-11d

FIG 10 (a e b) O molde final evidencia com precisão as margens dos seis pilares protéticos.

FIG 11 (a) Na reabilitação de todo arco, uma boa leitura do molde de todos os pilares é essencial para a fabricação correta do trabalho definitivo. (b a d) As fotografias em maior aumento mostram os detalhes bem registrados. Exceções são as áreas interproximais do primeiro molar direito, onde duas bolhas de ar (setas) são visíveis. Entretanto, é preciso dizer que as bolhas de ar não comprometem a leitura marginal porque os preparos são tipo lâmina de faca nestas áreas, e os defeitos estão localizados abaixo da margem gengival.

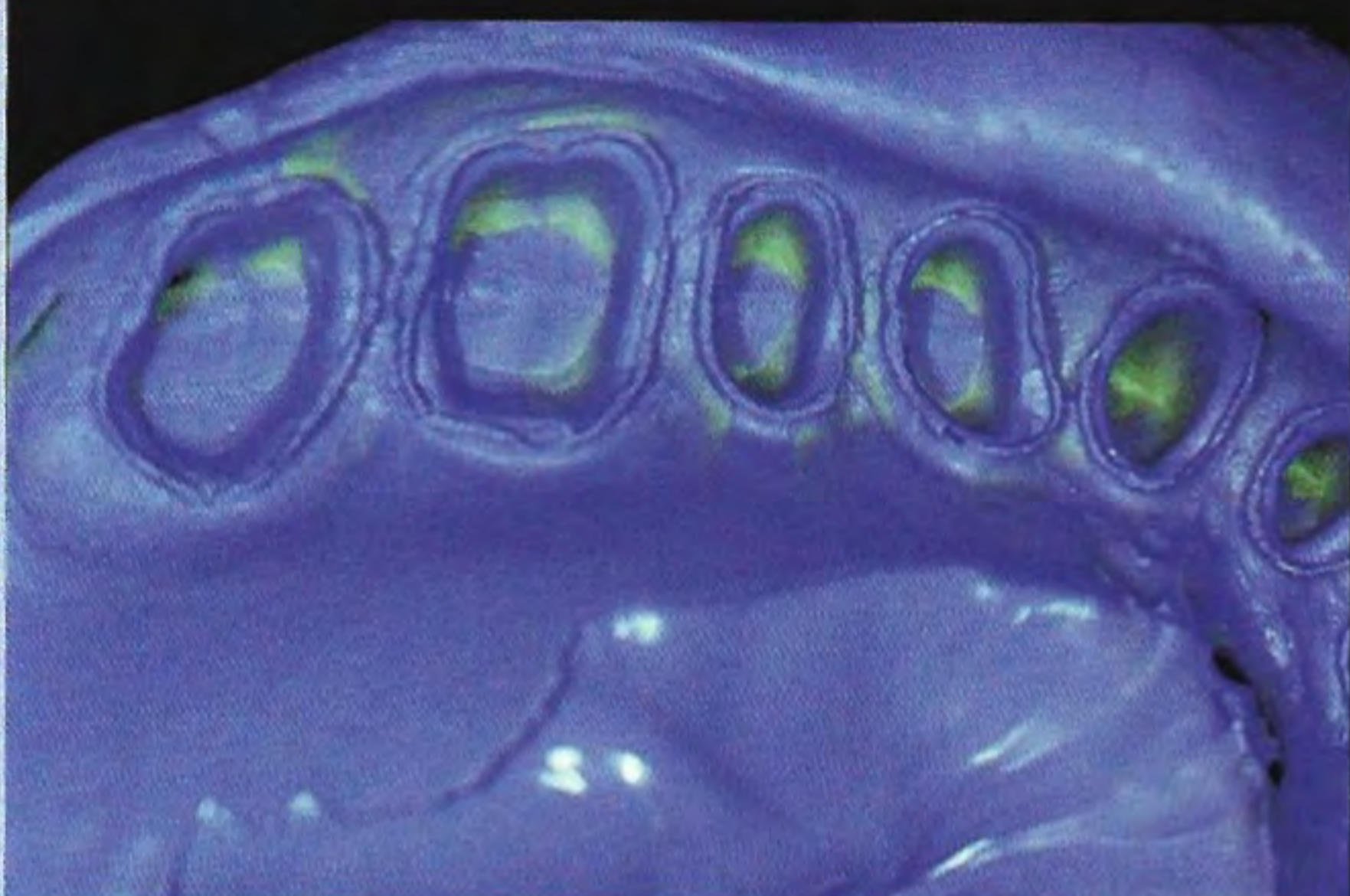
CASO 3



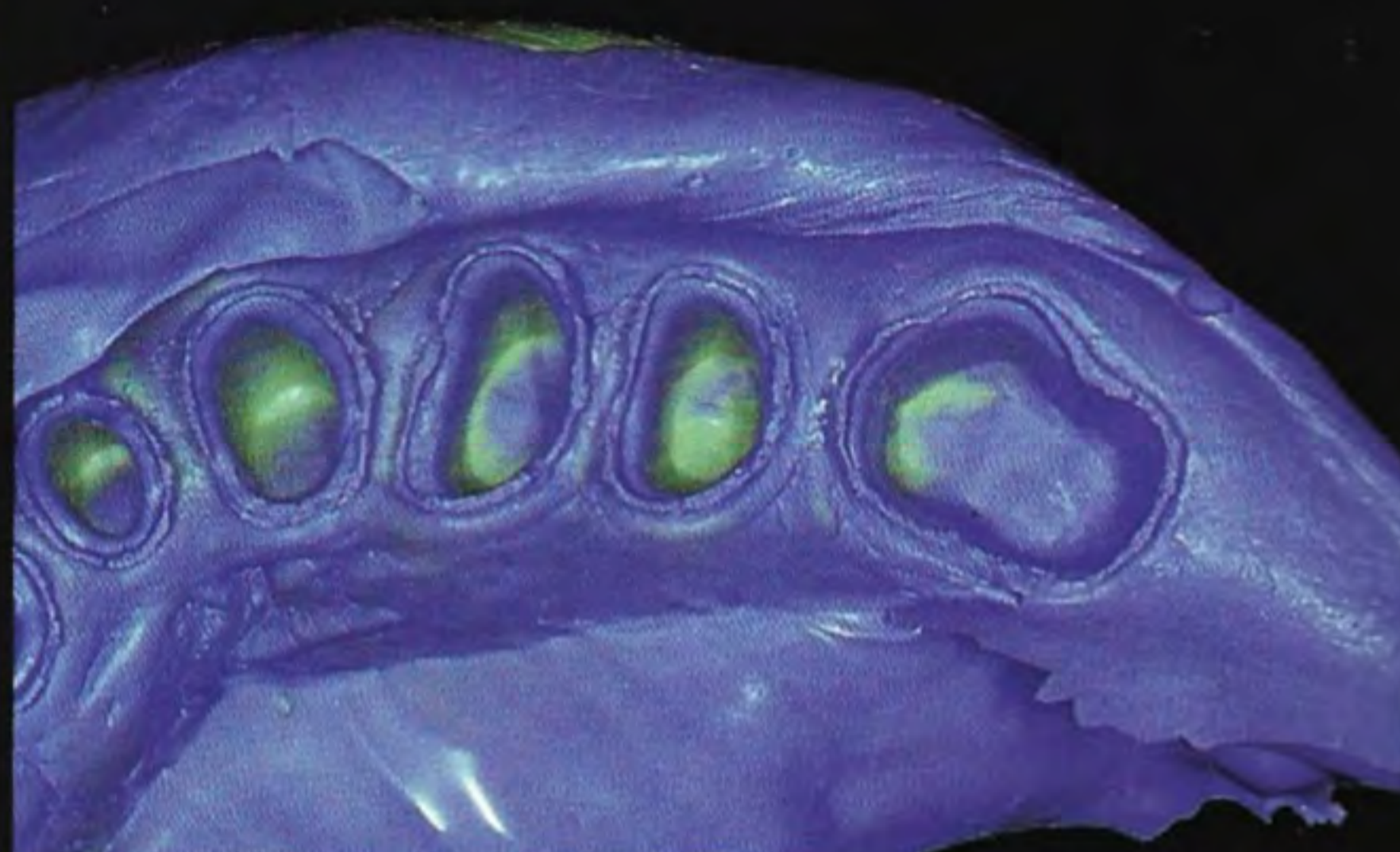
› Fig. 4-12a



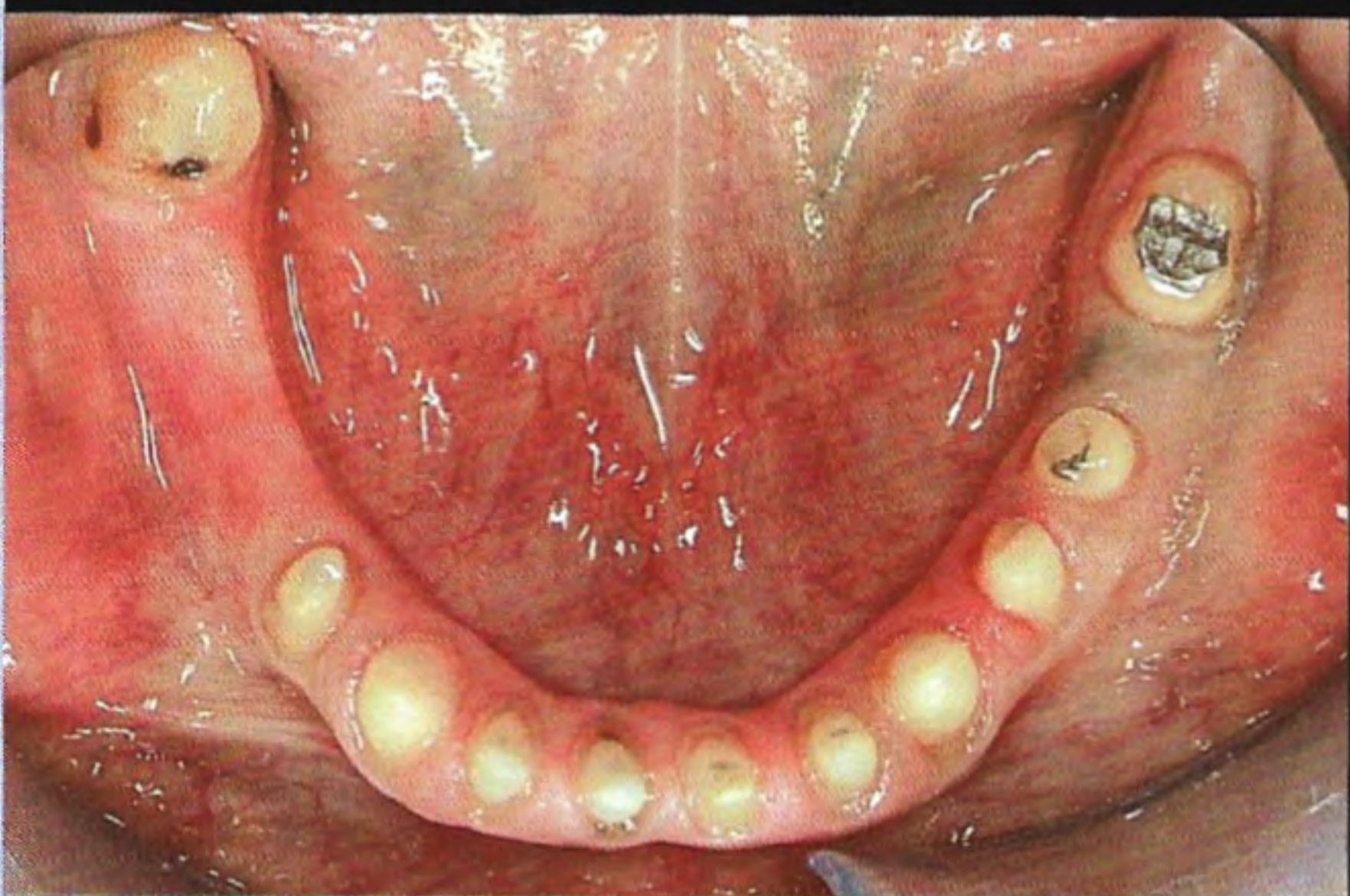
› Fig. 4-12b



› Fig. 4-12c



› Fig. 4-12d



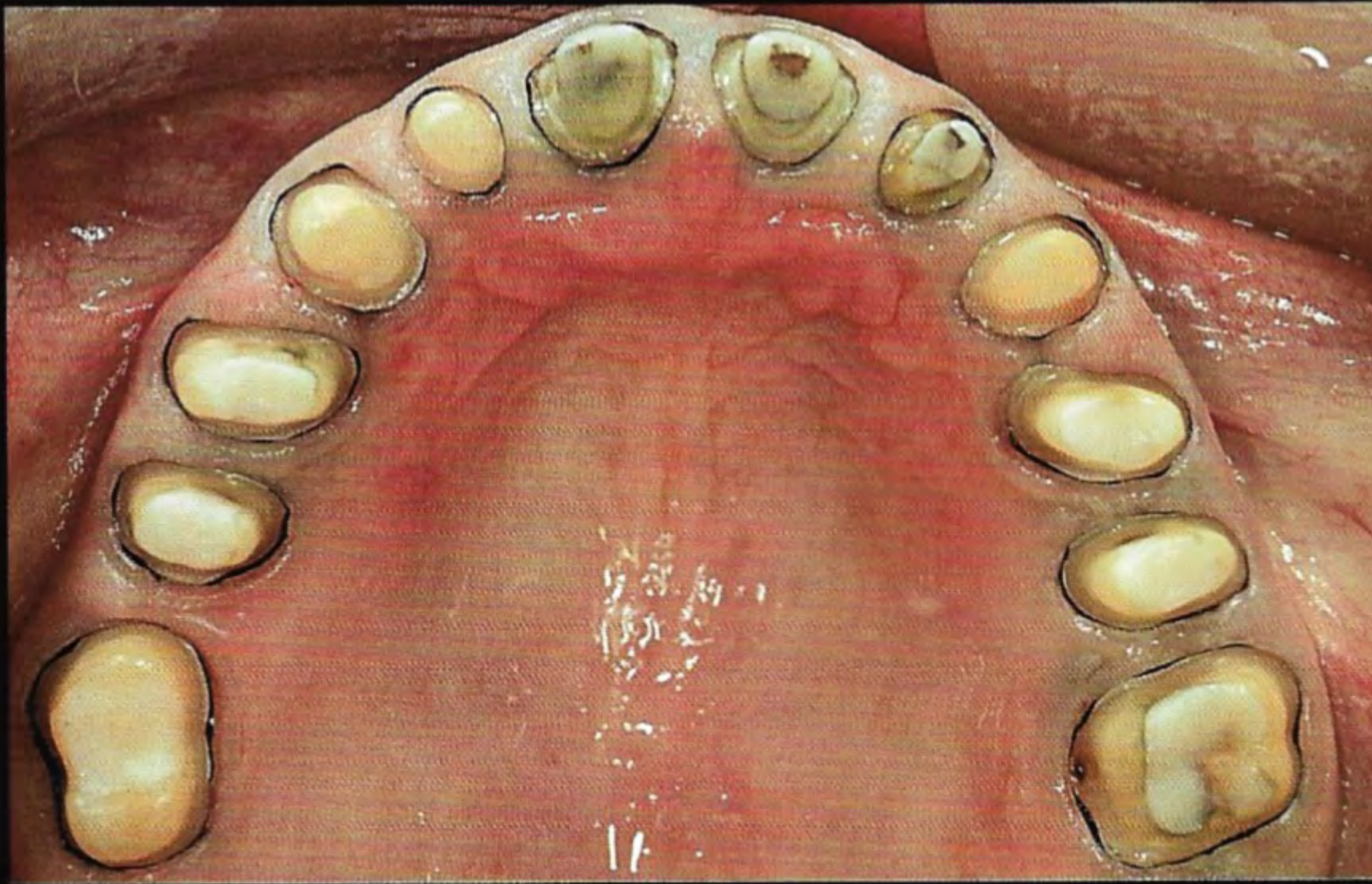
› Fig. 4-12e



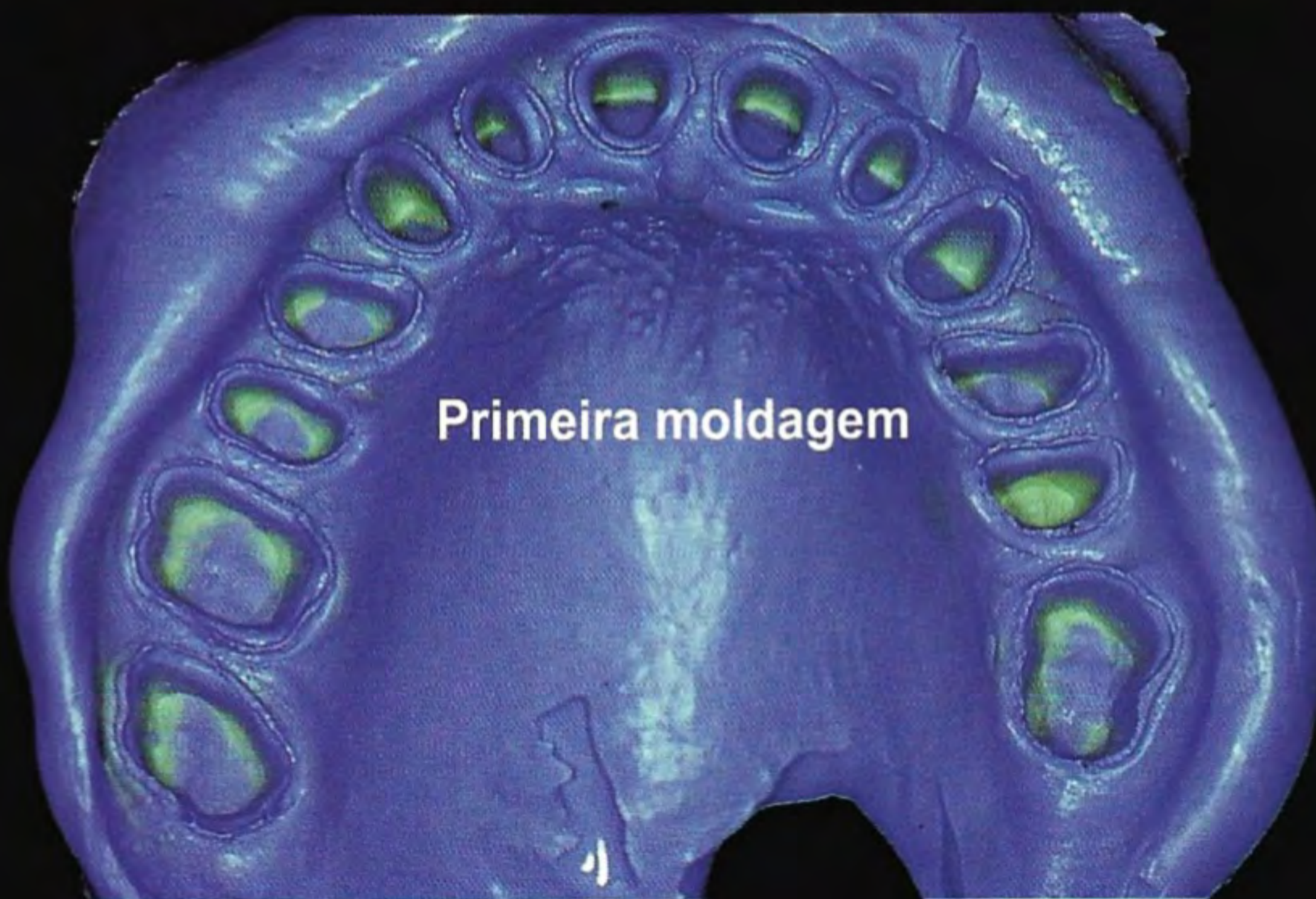
› Fig. 4-12f

FIG 12 (a a d) A inserção do fio ao redor dos pilares permite que uma moldagem detalhada seja feita nas áreas marginais de todos os pilares da arcada superior. (e e f) Os fios são inseridos ao redor dos dentes preparados em toda a arcada mandibular para obtenção de uma moldagem correta. (g a i) Nos casos mais complexos, é aconselhável fazer pelo menos duas moldagens finais para garantir que todos os detalhes necessários ao sucesso adequado sejam capturados.

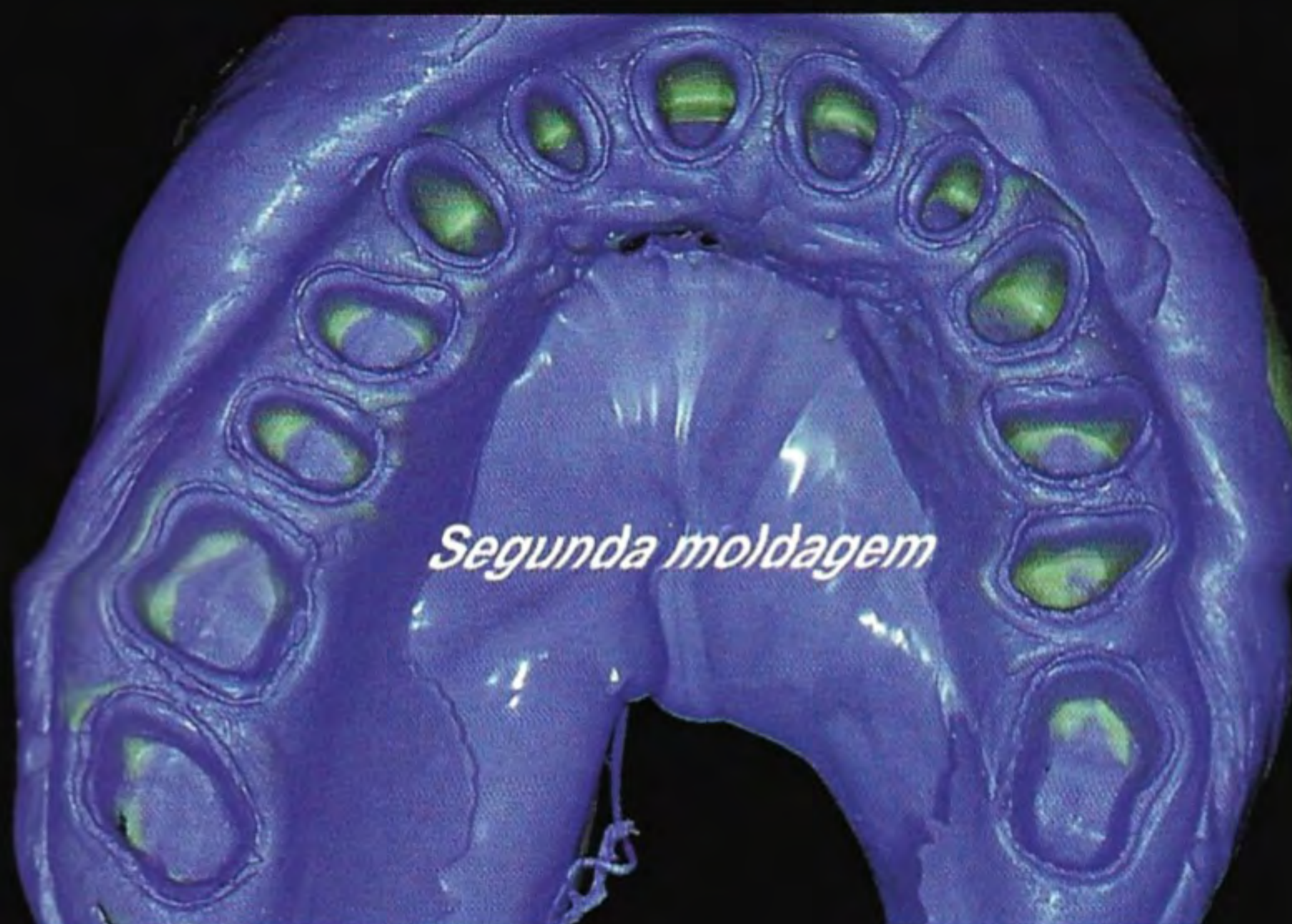
CASO 3



› Fig. 4-12g



› Fig. 4-12h



› Fig. 4-12i

Materiais elastoméricos são usados para fazer a moldagem final. Entre estes, os mais comumente usados são as polivinilsiloxanas (PVS) e os poliéteres (PE). Em virtude da resistência à deformação, excelente reprodução de detalhes e boa estabilidade dimensional, sem dúvida podem ser considerados os materiais de escolha⁸⁶⁻⁸⁹ (Figs 4-13a e 4-13b). A estabilidade dimensional, entre outros fatores, permite que o vazamento do molde seja postergado em alguns dias, atendendo às necessidades de muitos clínicos que enviam os moldes aos laboratórios externos.

POLIVINILSILOXANAS E POLIÉTERES

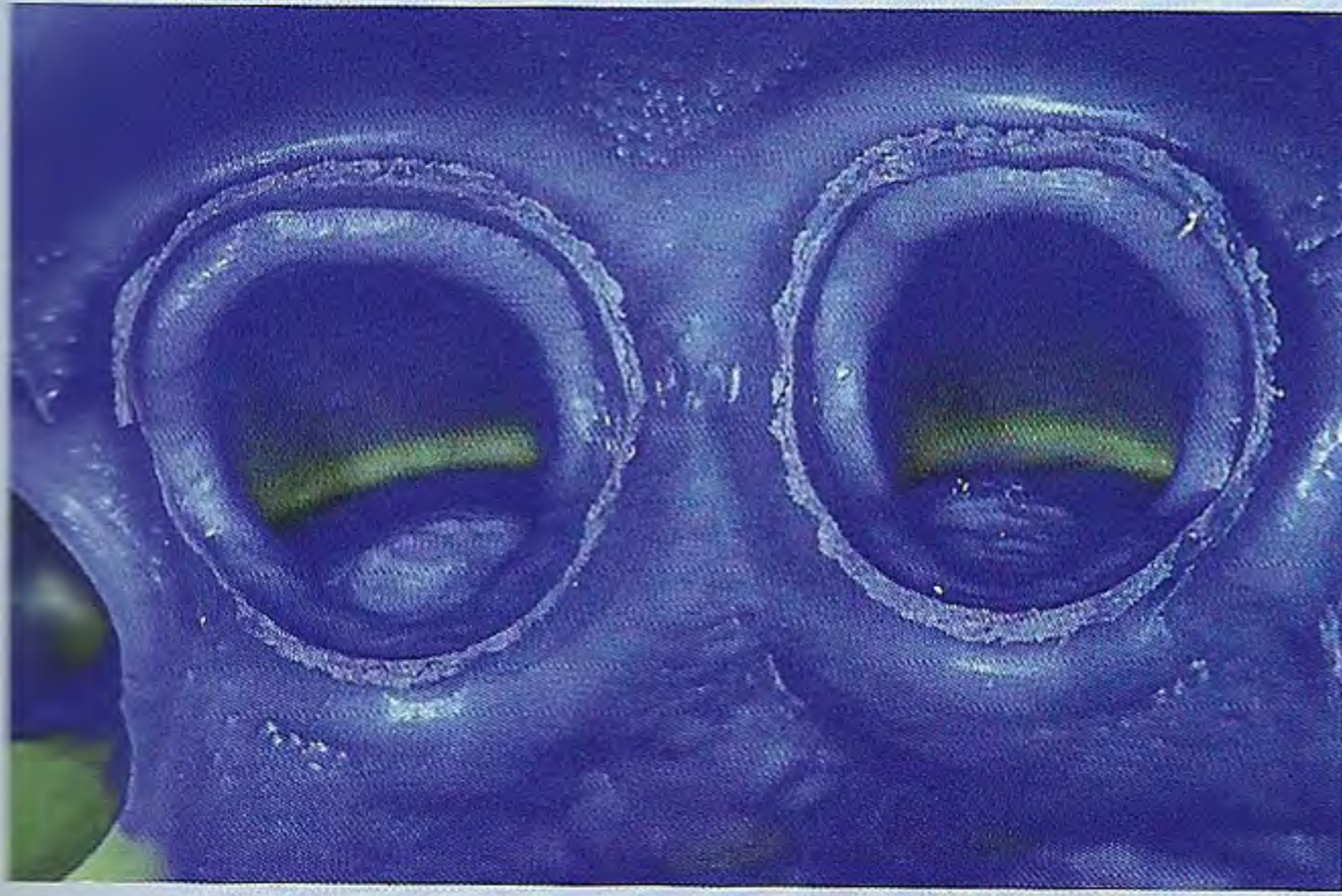
Aspectos clínicos Sob condições secas, ambos os materiais permitem que uma moldagem excelente seja realizada. Entretanto, em virtude de serem ligeiramente hidrofílicos, os PE se comportam melhor sob condições úmidas do que as PVS durante as fases de polimerização, incluindo as hidrofílicas de última geração.⁹⁰⁻⁹³ Ainda, em razão da viscoelasticidade, os PE parecem se manter na fase plástica por um tempo maior,⁹⁴⁻⁹⁵ penetrando mais no sulco e registrando melhor os detalhes. Entretanto, sua rigidez extrema (duas vezes maior do que nas PVS) pode criar dificuldades consideráveis quando o molde foi removido da boca. O clínico precisa algumas vezes fazer movimentos oblíquos para remover o molde, resultando na deformação permanente do material.⁹⁶ Para evitar este risco, antes de fazer a moldagem com PE, é aconselhável colocar

cera nas áreas de retenção dentogengivais. Recentemente, para reduzir a rigidez destes materiais, PEs de consistência soft (Impregum Penta DuoSoft, 3M ESPE) surgiram no mercado. Possuindo uma elasticidade maior, estes PEs soft permitem que o molde seja removido da cavidade bucal mais facilmente e numa direção axial, reduzindo assim o risco de deformação permanente.⁹⁷

O uso dos PEs é apropriado nos casos de reabilitação total (Figs 4-13c e 4-13d). A ausência de retenções interdentárias e a necessidade frequente de esplintagem dentária requerem um material rígido. Entretanto, pode ser preferível usar as PVS onde o trabalho é menos extenso e coroas unitárias serão realizadas, especialmente na maxila onde é mais fácil controlar a umidade (Figs 4-13e e 4-13f).

Em virtude das características comuns das PVS e PEs, a escolha do elastômero depende muito da confiança do clínico em cada material.

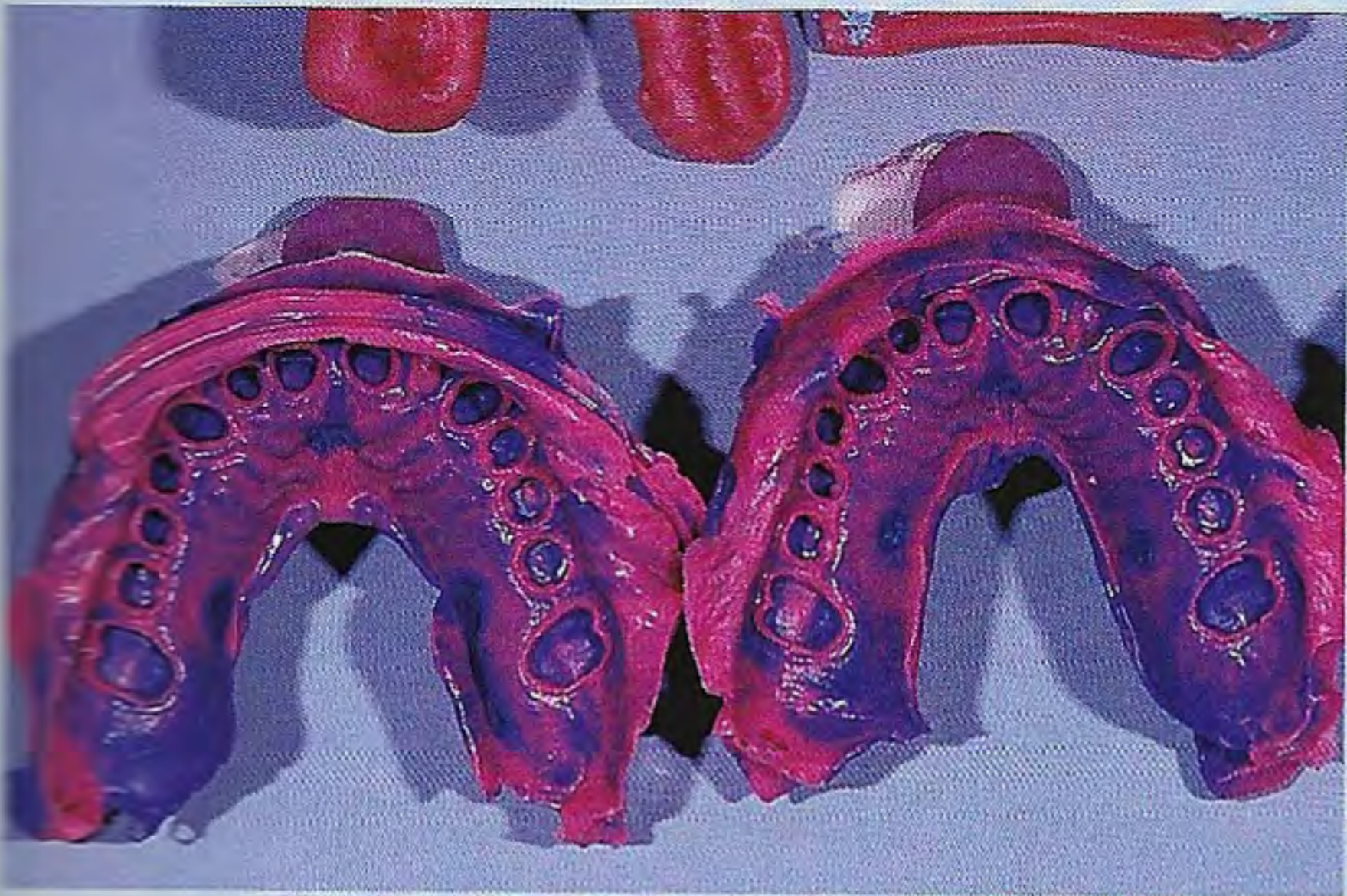
Aspectos laboratoriais A inclusão de um surfactante nas PVS hidrofílicas para melhorar sua "molhabilidade" certamente ajuda o técnico no vazamento do modelo, mesmo se este procedimento for mais fácil com os PEs por causa de sua leve hidrofília. Entretanto, a rigidez deste material pode colocar em risco a integridade dos pilares do modelo de gesso, especialmente nos pacientes com preparos longos e delgados (ex.: incisivos inferiores); nestes casos, o técnico é forçado a vazar os modelos com resina epóxica ou de poliuretano.



› Fig. 4-13a



› Fig. 4-13b



› Fig. 4-13c



› Fig. 4-13d



› Fig. 4-13e



› Fig. 4-13f

FIG 13 (a e b) As PVS e PEs permitem que detalhes excelentes sejam obtidos. (c e d) Nos casos de reabilitação completa, a ausência de retenções interdentárias permite que materiais mais rígidos como os PEs sejam removidos da boca. (e e f) Nas restaurações unitárias, as PVS podem ser usadas, já que não é necessário que o material de moldagem seja extremamente rígido. Para cada paciente, é aconselhável fazer pelo menos duas moldagens precisas para garantir que todos os detalhes sejam capturados.

TÉCNICA DE MOLDAGEM

UMA ETAPA – DUPLA MISTURA

As técnicas de moldagem são baseadas no número de fases e na viscosidade dos materiais usados. Entre estas, aquela que indiscutivelmente se mostrou a mais valiosa nos últimos 20 anos, na opinião dos autores, é a de “uma etapa, dupla mistura”. Esta técnica consiste na polimerização simultânea de duas pastas com viscosidades diferentes. Primeiro, uma seringa especial é usada para aplicar o material leve nas margens dos preparos; para dirigi-lo dentro do sulco, usam-se pequenos jatos de ar. Depois uma camada adicional de material leve foi aplicada no restante dos preparos, a moldeira individual é assentada. O material na moldeira possui uma viscosidade maior (denso), e seu efeito compressivo ajuda o material leve a penetrar no sulco.

RECOMENDAÇÕES

As seguintes recomendações são úteis para registrar a moldagem final.

Moldeira É conveniente, especialmente nos casos complexos, usar uma moldeira individual

que, em virtude de sua espessura uniforme, minimize a contração do material.⁹⁸ Uma moldeira equipada com cabos laterais ajuda numa remoção rápida em direção axial, impedindo assim a deformação permanente do material de moldagem. O uso de um adesivo para cada material de moldagem também evita qualquer destacamento e/ou contração.⁹⁹

Espatulação Para minimizar o risco de imprecisões causadas pela espatulação manual, é aconselhável usar dispensadores manuais (Fig 4-14a) ou misturadores automáticos a vácuo (Fig 4-14b), que garantem consistência e união adequada entre a pasta-base e a catalisadora.¹⁰⁰⁻¹⁰³

Luvas No uso das PVS, as luvas de vinil e não as de látex deveriam ser usadas durante o preparo e as fases de moldagem, em virtude da possível interação do látex com a sílica de adição, o que pode inibir a polimerização completa.¹⁰⁴⁻¹⁰⁸

Desinfecção Recentemente, a capacidade dos desinfetantes em reduzir o risco de contaminação oriundo dos moldes foi analisada.¹⁰⁹⁻¹¹⁷ A desinfecção com substâncias apropriadas (glutaraldeído 2% ou hipoclorito 5% por 10-15 minutos) não parece comprometer significativamente as propriedades físico-químicas das PVS ou PEs.¹¹⁸



> Fig. 4-14a



> Fig. 4-14b

POLIÉTERES

VANTAGENS

- Excelente reprodução de detalhes
- Resistência considerável à deformação
- Boa resistência ao rasgamento
- Comportamento hidrofílico favorável
- Possibilidade de vazamento do molde mesmo depois de 1 semana
- Modelo de gesso obtido facilmente

DESVANTAGENS

- Rigidez excessiva
- Molde difícil de se remover
- Possível fratura dos pilares no gesso

POLIVINILSILOXANAS

VANTAGENS

- Excelente reprodução de detalhes
- Resistência considerável à deformação
- Discreta resistência ao rasgamento
- Remoção facilitada da cavidade bucal
- Possibilidade de vazamento do molde mesmo depois de 1 semana
- Melhores características de "molhabilidade" (PVS hidrofílicas)

DESVANTAGENS

- Captura da margem crítica em áreas úmidas
- Interação com as luvas de látex
- Dificuldade de vazamento do molde

FIG 14 (a e b) O uso dos sistemas de automistura e a vácuo garante união perfeita entre a pasta-base e a catalisadora.

VISUALIZANDO A LINHA DO TÉRMINO

Sem dúvida, fazer as moldagens é indiscutivelmente mais fácil quando a linha do término é supragengival, comparada às técnicas específicas que precisam ser usadas quando a margem está no nível gengival ou subgengival. No último caso, a saúde do tecido gengival é essencial para obtenção de uma moldagem final efetiva; a condição gengival deve ser verificada 1 a 2 semanas antes de fazer as moldagens finais, especialmente na consulta de manutenção da higienização.

MAPEANDO O SULCO

Na realização das moldagens finais, é necessário mapear cuidadosamente o sulco gengival para verificar a condição dos tecidos. Além de verificar a ausência de sangramento, o mapeamento também serve para avaliar a tonicidade e profundidade do sulco, permitindo assim ao clínico selecionar o fio mais adequado (Figs 4-15a a 4-15d).

FIOS

Técnicas mecânicas, químico-mecânicas,¹¹⁹⁻¹³² técnicas cirúrgicas com instrumentos rotatórios,¹³³ ou a eletrocirurgia,¹³⁴ podem ser usadas para obtenção do afastamento adequado do sulco. Para evitar o perigo de provocar

uma recessão gengival,¹³⁶ a técnica escolhida não deve causar dano irreversível às estruturas de suporte.^{82,120,123,129,135} O método ainda considerado mais prático e efetivo consiste no uso dos fios que, quando inseridos no sulco, afastam os tecidos tanto horizontal quanto verticalmente (Figs 4-15e e 4-15f).^{123,127-129,137,138}

O deslocamento horizontal resultante deve manter, até que a polimerização esteja completa, uma espessura do material de moldagem dentro do sulco que é suficiente para impedir qualquer rasgamento durante a remoção do molde.¹³¹ A retração vertical dos tecidos e um registro nítido do pilar também permitem que uma porção mais apical à margem do término e não preparada do dente seja incluída na moldagem.

FORÇA DE INSERÇÃO

A pressão usada para inserir os fios dentro do sulco pode ser crucial para manter a saúde periodontal. O clínico deveria exercer uma força delicada o bastante para evitar qualquer dano à inserção conjuntiva.¹³⁹ A presença de sangramento causada pela pressão excessiva usada na inserção dos fios, além de uma moldagem incorreta, não garante a manutenção da estabilidade da margem gengival, podendo este nível estar alterado na consulta seguinte.