



FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Paula Vasconcellos de Oliveira Mendes

**TÉCNICA DE MOLDAGEM COM CASQUETE COMO ALTERNATIVA PARA
AFASTAMENTO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Salvador
2017

Paula Vasconcellos de Oliveira Mendes

**TÉCNICA DE MOLDAGEM COM CASQUETE COMO ALTERNATIVA PARA
AFASTAMENTO GENGIVAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Prótese Dentária da FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária.

Orientadores: Prof. Mr. Antônio Carlos de Lacerda França
Prof. Mr. Vagner Mendes

Salvador
2017

Mendes, Paula.

Técnica de moldagem com casquete como alternativa para afastamento gengival: relato de caso clínico./ Paula Mendes. – 2017.

23 f.; il.

Orientador: Prof^o. Mr. Antônio Carlos de Lacerda França.
Prof. Mr. Vagner Mendes

Monografia (especialização) - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017.

1. Técnica de Moldagem. 2. Afastamento gengival.

I. Técnica de moldagem com casquete como alternativa para afastamento gengival: relato de caso clínico.

II. Antônio Carlos de Lacerda França.

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Técnica de moldagem com casquete como alternativa para afastamento gengival: relato de caso clínico”, de autoria da aluna Paula Vasconcellos de Oliveira Mendes, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Mr. Antônio Carlos de Lacerda França – Centro de Estudos Odontológicos
(CENO) – Orientador

Prof. Mr. Vagner Mendes – Centro de Estudos Odontológicos (CENO) –
Coorientador

Prof^a. Valba Luz Oliveira Augusto Oliveira – Centro de Estudos Odontológicos
(CENO)

RESUMO

O tratamento reabilitador protético está intimamente ligado a qualidade de vida. Assim, é importante que se estabeleça a máxima fidelidade da reprodução de detalhes, permitindo a produção de próteses impreterivelmente precisas. Este estudo apresenta o relato de um caso clínico de reabilitação oral com coroas em metalocerâmica que, como alternativa para uma moldagem com fio retrator insatisfatória, utilizou a técnica com casquete para afastamento gengival. O objetivo é analisar as técnicas de impressão com retração gengival, seus resultados e indicações, avaliando os materiais envolvidos e suas características. Pôde-se verificar a eficácia da moldagem com casquetes em evidenciar o término de dentes preparados subgengivalmente, com periodonto recém operado e envoltos à gengiva flácida, diante de resultados insatisfatórios da moldagem com fio. Assim, a escolha da técnica deve ser realizada mediante análise das peculiaridades de cada caso, com base nos conhecimentos do profissional sobre as técnicas e materiais envolvidos e suas preferências.

Palavras-chave: Prótese fixa. Técnicas de moldagem odontológicas. Afastamento gengival.

ABSTRACT

The prosthetic rehabilitation treatment is closely linked to quality of life. Therefore, it is important to establish the maximum fidelity of reproduction of details, allowing the production of prosthetics increasingly accurate. This study presents the report of a clinical case of oral rehabilitation with metal-ceramic crowns that, as an alternative to an unsatisfactory impression with retractor cord, uses the technique with individual custom tray for gingival clearance. The objective is to analyze the techniques of impression with gingival clearance, their results and indications, evaluating the materials involved and their characteristics. It was possible to verify the effectiveness of the impression with individual custom tray in evidencing the termination of teeth with subgingival margins, with recently operated periodontal and surrounded of a flaccid gum, in front of unsatisfactory results of the impression with retractor cord. Thus, the choice of technique must be made by analyzing the peculiarities of each case, based on the knowledge of the professional about the techniques and materials involved and their preferences.

Keywords: Prosthesis. Techniques of dental molding. Gingival clearance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 RELATO DE CASO.....	11
3 DISCUSSÃO.....	18
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

A cavidade bucal influencia de forma significativa a qualidade de vida de um indivíduo, tanto no âmbito biológico e funcional como no psicológico e social, tendo em vista que está diretamente ligada as questões de auto expressão, autoestima, estética e comunicação. ^{1,2}

Uma vez estabelecida esta íntima relação, podemos destacar a importância do tratamento reabilitador protético, que nos remete à questão de se aprimorar, cada vez mais, as próteses dentárias, tornando-as mais acessíveis e precisas. ³

Próteses fixas permitem o restabelecimento integral da função, contribuindo para um maior conforto, melhorando a estética e a capacidade de mastigação, devolvendo a saúde e integridade dos arcos dentais. Podendo ainda estar relacionada com trabalhos de correção a longo prazo de tratamento relativos a articulação temporomandibular e seus componentes neuro-musculares. ⁴

Seu sucesso é determinado pela satisfação do paciente e longevidade da prótese, além da saúde gengival dos dentes envolvidos. Para isso, o cirurgião-dentista deve saber executar corretamente todas as fases do tratamento, desde o diagnóstico e plano de tratamento corretos, a execução do tratamento proposto, até as instruções de higiene oral, respeitando sempre os princípios mecânicos, biológicos e estéticos. ^{3,5}

Uma das fases mais relevantes, no processo de confecção de uma prótese, é a da moldagem, onde a partir de uma impressão negativa, faz-se uma réplica positiva dos dentes preparados e das estruturas adjacentes. É através dela que conseguimos transferir com detalhes informações contidas na cavidade bucal e nos dentes trabalhados, permitindo assim, uma correta adaptação da peça ao dente. ^{4,6}

Os materiais e técnicas de moldagem utilizados em prótese fixa, tem por finalidade a máxima precisão, adquirida com o adequado afastamento gengival, com conseguinte escoamento do material moldador pela área correspondente ao sulco gengival e, assim, evidenciando com nitidez o término cervical do preparo. ^{7,8}

O conhecimento sobre os materiais de moldagem e suas propriedades é de vital importância, tendo em vista que, nenhum deles possui todas as características ideais, como: ser atóxico, hidrofílico, possuir tempo de trabalho satisfatório, estabilidade dimensional, consistência adequada, não sofrer distorção no vazamento

ou manuseio em boca, ser passível de desinfecção, ter boa adesão a moldeira e não ter cheiro ou gosto desagradável. Assim, o profissional deve saber selecioná-lo de acordo com a técnica empregada, melhor relação custo/benefício e preferência.³

Quando falamos de moldagem em prótese fixa, os materiais que se destacam são os elastômeros, que se dividem em: poliéter, polissulfeto ou mercaptana, silicona de condensação e silicona por adição.^{3, 4, 6}

O poliéter é o material de moldagem mais antigo, possui fácil manipulação, excelente capacidade de cópia e tempos de trabalho e de presa curtos. É um dos materiais com maior estabilidade dimensional e possui uma maior rigidez, dificultando assim, as moldagens dentárias de arcada total. É mais indicado em moldagens unitárias, utilizando casquetes, permitindo um excelente rendimento, favorecendo o seu uso, uma vez que seu custo é relativamente alto. Porém, rasgam-se facilmente e são difíceis de desinfectar.^{3, 9}

O polissulfeto, também conhecido como mercaptana, é o material menos rígido dos elastômeros e possui a menor estabilidade dimensional, alta resistência ao rasgamento, memória elástica deficiente e, como maior desvantagem, um odor desagradável pela presença de enxofre. Seu custo é baixo, quando comparado com outros elastômeros, possui um bom tempo de trabalho e boa reprodução de detalhes.^{3, 9}

A silicona de condensação é o material de moldagem mais utilizado devido a facilidade de trabalho e ao seu custo moderado. Apresenta boa estabilidade dimensional, moderada rigidez e dificuldade em remover o molde da arcada dentária. Porém, a necessidade de vazamento imediato, baixa resistência ao rasgamento, são vistas como grandes desvantagens pelos profissionais atuais.^{3, 9}

A silicona polimerizada por adição é o material que apresenta melhor estabilidade dimensional em relação aos outros materiais de moldagem. Possui um tempo de vazamento de até 75 dias, maior facilidade de trabalho, uma capacidade de cópia excelente e um tempo de trabalho de médio a longo. Este material apresenta como desvantagem o alto custo.^{3, 9}

As técnicas de moldagem mais comumente empregadas são as de reembasamento (ou dupla impressão), de dupla mistura (ou de um único tempo), e a técnica com casquete. Estas necessitam do afastamento gengival, uma vez que os materiais e técnicas de moldagem, por si só, não possuem essa capacidade.^{3, 7, 8, 9,}

Em ambas as técnicas de reembasamento e de dupla mistura, temos a utilização de um ou mais fios retratores para afastamento gengival. Na dupla mistura, as pastas densa e leve são levadas em boca ao mesmo tempo, em moldeira de estoque ou individual. Na técnica de reembasamento, é realizado um molde apenas com a pasta densa, em moldeira de estoque ou individual, para posteriormente, realizar desgastes/alívios nas áreas interdentais e, em seguida, introduzir a pasta leve tanto no molde como nos dentes a serem moldados. A impressão com casquete promove o afastamento da gengiva de forma mecânica, através de um dispositivo em resina acrílica, confeccionado individualmente para cada unidade a ser moldada. ^{3, 4, 6, 7}

Este estudo busca relatar um caso clínico de reabilitação oral com coroas em metalocerâmica onde, como solução para uma moldagem com fio retrator insatisfatória, foi utilizada a técnica de moldagem com casquete.

2 RELATO DE CASO

Paciente ICS, gênero feminino, 24 anos de idade, compareceu ao Centro de Estudo Odontológicos – CENO, encaminhada após aumento de coroa clínica das unidades 12, 11, 21 e 22, relatando insatisfação com a estética dental das unidades anteriores. Ao exame clínico intraoral foi observado que haviam pinos metálico fundido e coroas provisórias mal adaptadas nas unidades, bem como gengiva flácida e edemaciada na mesma região. Após esclarecimento das opções de tratamento com a paciente, que poderia ser a reabilitação com coroas metal free, metalocerâmica ou cerômero, e levando em consideração a condição financeira e estética da paciente, foi optado por realizar o tratamento com coroas totais fixa em metalocerâmica. A paciente foi encaminhada para novo aumento de coroa clínica das unidades relatadas e após duas semanas retornou para dar início ao tratamento reabilitador.

Preparo dentário: Após a remoção das coroas provisórias com o saca prótese, as unidades foram repreparadas para atender os requisitos mecânicos de um preparo de dente com finalidade protética. Na face proximal e vestibular foi utilizada uma broca diamantada tronco cônica de ponta arredondada número 3216 (Diâmetro de 1,2 mm), buscando as inclinações indicadas, paralelas entre si e levemente convergente, respectivamente. Na face palatina, com a mesma broca 3216, no terço cervical, foi dada a relação de paralelismo à face vestibular, e com a broca 3118 que possui forma de pera, a concavidade seguindo a anatomia da área. Para o acabamento e regularização do término dos preparos, foi utilizada a mesma broca 3216.

Foto 1 – Visão ocluso-frontal dos preparos das unidades 12, 11, 21 e 22.



Fonte: Autora.

Provisórios: Posterior ao reparo das unidades, os dentes foram devidamente isolados com vaselina sólida (Farmax, Minas Gerais, Brasil), e os provisórios já existentes foram devidamente reembasados com resina acrílica pó e líquido autopolimerizante Dencor (Clássico Ltda., São Paulo, Brasil) cor 66. Os excessos foram removidos com uma fresa de tungstênio para baixa rotação de corte fino e o acabamento e polimento foram finalizados na sequência de borrachas de granulação, da mais grossa para a mais fina, de acordo com indicação do fabricante. Por fim os provisórios foram cimentados com cimento provisório a base de óxido de zinco e eugenol Provy (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil).

Foto 2 – Visão frontal após reembasamento e cimentação provisória dos provisórios das unidades 12, 11, 21 e 22.



Fonte: Autora.

Na segunda sessão, após a remoção dos provisórios, foi observado que a gengiva ao redor das unidades ainda se encontrava levemente edemaciada, porém sem sangramento, então, optou-se por realizar a moldagem com fio retrator. Após anestesia de toda área gengival envolvida, foi inserido no sulco gengival o fio retrator Ultrapak (Ultradent, São Paulo, Brasil) número 000, seguido do número 00, ambos embebidos na solução hemostática Hemostop (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil). Seguindo a técnica da dupla mistura, três medidas da pasta densa da silicona de condensação Perfil (Coltene, Brasil) foi manipulada com a pasta catalizadora Perfil (Coltene, Brasil) de acordo com as instruções do fabricante: a cada colher medidora, uma medida do catalizador equivalente ao diâmetro da colher. Ao mesmo tempo, as

pastas fluida e catalizadora foram manipuladas em uma placa de vidro, em medidas equivalentes como indicado pelo fabricante, a mistura foi inserida em uma seringa para elastômero e injetada sobre os dentes preparados a medida que o primeiro fio retrator 1 ia sendo removido. O restante do material fluido, foi inserido na moldeira de estoque selecionada, sobre a pasta densa e levados em boca para a impressão. O segundo fio foi removido e os provisórios novamente cimentados com cimento provisório a base de óxido de zinco e eugenol Provy (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil). Após o vazamento do modelo com gesso especial Durone IV (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil), constatou-se que a impressão e os detalhes dos términos estavam insatisfatórios. Como solução, optou-se por realizar a moldagem com casquetes.

Foto 3 - Modelo de gesso inicial, adquirido a partir da moldagem com fio retrator.



Fonte: Autora.

A confecção dos casquetes se deu a partir do modelo de gesso já obtido, após alívio com cera das paredes dos dentes preparados, devidamente isolados com vaselina sólida (Farmax, Minas Gerais, Brasil) e recobertos com resina acrílica incolor, pó e líquido autopolimerizante Dencor (Clássico Ltda., São Paulo, Brasil). Os excessos foram removidos com uma fresa de tungstênio para baixa rotação de corte fino.

Foto 4 – Confeção dos casquetes a partir do modelo inicial de trabalho.



Fonte: Autora.

Em uma terceira sessão, após a remoção dos provisórios e limpeza das unidades trabalhadas, os casquetes foram unidos e reembasados aos dentes vaselinados com resina acrílica vermelha Patterns (Kota, São Paulo, Brasil).

Foto 5 – Visão frontal dos casquetes em boca, devidamente reembasados e unidos com resina acrílica vermelha.



Fonte: Autora.

Após remoção dos excessos internos e externos com fresa de tungstênio para baixa rotação de corte fino, o adesivo para moldeiras do Impregum (3M ESPE, São Paulo, Brasil) foi aplicado na parte interna e cervical externa dos casquetes, esperando secar por 5 minutos como recomenda o fabricante. O material de

impressão a base de poliéter Impregum (3M ESPE, São Paulo, Brasil) foi devidamente manipulado, na proporção 1:1 base e catalizador, preenchendo os casquetes que imediatamente foram posicionados nas unidades.

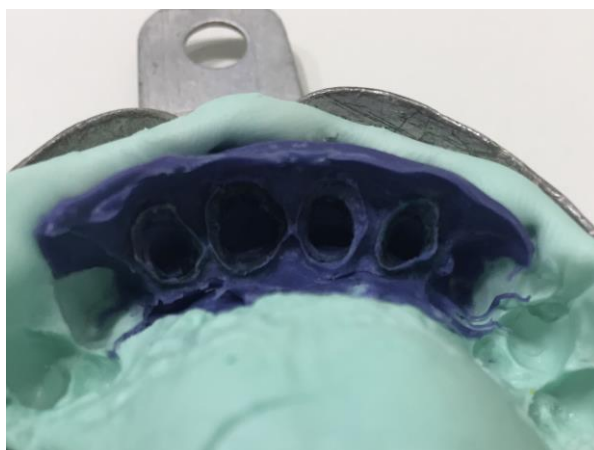
Foto 6 – Visão frontal da moldagem com os casquetes e Impregum, antes da captura dos mesmos com silicona de condensação.



Fonte: Autora.

Usando uma moldeira de estoque, a pasta densa e o catalizador da silicona de condensação Perfil (Coltene, Brasil) foram manipulados de acordo com as instruções do fabricante: a cada colher medidora, uma medida do catalizador equivalente ao diâmetro da colher, e assim, levados em boca e removendo os casquetes.

Foto 7 – Ampliação do molde da arcada superior após a captura dos casquetes com silicona de condensação, evidenciando a linha de terminação cervical.



Fonte: Autora.

A cor a ser enviada para o laboratório foi selecionada: 3M 1.5 da escala 3D-Master Vita (Vitapan). Os provisórios limpos e recimentados com cimento provisório a base de óxido de zinco e eugenol Provy (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil). O vazamento do modelo se deu com o gesso especial Durone IV (Dentsply, Rio de Janeiro, Brasil), apresentando uma cópia dos preparos e terminos satisfatória.

Foto 8 – Modelo de gesso adquirido a partir da moldagem com casquetes.



Fonte: Autora.

A adaptação das coroas definitivas foi verificada em boca, realizando pequenos ajustes, antes da cimentação definitiva, nas proximais para melhor acomodação das mesmas com broca diamantada tronco cônica de ponta arredondada para peça reta PM 720. O polimento das áreas ajustadas se deu com as pontas de borracha para polimento de cerâmica na sequência de granulação, da mais grossa para a mais fina, de acordo com indicação do fabricante. Para a cimentação final das peças foi utilizado o cimento a base de oxifosfato de zinco LS pó e líquido (Coltene, Brasil), dispensado em uma placa de vidro na proporção de uma medida de pó, fracionada em quatro partes, para três gotas do líquido, manipulados em intervalos de 10 segundos, adicionando as frações uma a uma, como indica o fabricante.

Foto 9 – Coroas em metalocerâmica das unidades 12, 11, 21 e 22.



Fonte: Autora.

Ao final do tratamento, obtivemos um resultado estético e funcional satisfatório. Por se tratar de uma paciente bastante introvertida, pode-se observar uma melhora da autoestima da mesma desde a instalação dos provisórios, porém ao final do tratamento, ela se mostrou mais comunicativa e relatou melhora na relação familiar e social.

3 DISCUSSÃO

Tendo em vista que o periodonto é composto por osso alveolar, ligamento periodontal, cemento, gengiva inserida e sulco gengival, a localização mais favorável para o término de um preparo dentário é a posição supragengival, acima do sulco gengival, buscando a preservação da saúde dessas estruturas. Mas devido as exigências estéticas e a necessidade de maior retenção das próteses fixas, a principal indicação para o término do preparo dentário é o subgengival. Busca-se então, em áreas estéticas, manter as faces vestibulo-proximais, subgengivais, e a face palatina, na margem gengival.^{7, 8} No caso apresentado, os termos já se encontravam subgengivais em toda extensão, favorecendo a estética, porém dificultando o acesso e moldagem dos mesmos.

A dificuldade dos procedimentos de moldagem aumenta nos casos de preparo subgengival, pois pode ser observado a presença de fluido intrasulcular e potencial sangramento da gengiva, ambos incompatíveis com a característica hidrofóbica presente na maioria dos materiais de impressão utilizados, impossibilitando o acesso do mesmo ao interior do sulco gengival. Tais moldagens exigem então, técnicas de afastamento gengival, uma vez que não foram desenvolvidos materiais e/ou técnicas capazes de deslocar espontaneamente os tecidos do sulco. Esta etapa busca deslocar lateral e verticalmente os tecidos do sulco, sem comprometer a saúde do periodonto, e assim, permitir o correto escoamento do material e seu acesso aos limites do preparo.^{7, 8, 10} A manipulação gengival para a moldagem da paciente ICS se fazia imprescindível diante das características gengivais e dos preparos. A eleição da técnica, inicialmente, se deu pela praticidade da mesma, a moldagem com fio demanda menos tempo clínico, quando comparada as outras, e apresenta bons resultados.

O método para afastamento gengival mais utilizado na prótese fixa é o químico-mecânico que combina um ou mais fios retratores, inserido no sulco, embebido em uma substância química vasoconstritora ou adstringente, que geram isquemia temporária contraindo o tecido. Sua principal vantagem é o controle do sangramento e exsudato sulcular no momento da moldagem, uma vez que os materiais utilizados para copiar a linha de terminação cervical possuem característica hidrofóbica. Porém, a depender do tempo de permanência do fio (não

recomendado por mais de 15 minutos), da pressão aplicada pelo profissional no fio na hora da inserção e da substância utilizada, este método pode causar traumas irreversíveis ao epitélio do sulco. Ainda, é necessário um tempo de sessão maior para realizar a anestesia e inserção do fio, que causa desconforto ao paciente.^{3, 8}

Após observar a delimitação insatisfatória dos terminos no primeiro modelo de trabalho obtido, foi analisado cautelosamente cada etapa do processo, desde a habilidade dos profissionais envolvidos, a técnica e materiais utilizados, até a condição gengival que se apresentava. O protocolo de moldagem e materiais utilizadas nessa etapa, foram seguidos e respeitados, como a técnica, fabricantes e literatura preconizam. Levando em consideração que o periodonto havia sido recentemente operado e a gengiva ainda se mostrava flácida e delgada, foi descartada a hipótese de nova tentativa com fio retrator de maior calibre, com receio de injúrias por pressão ao periodonto. Questionou-se ainda a influência da substância hemostática em relação ao material de moldagem e ao periodonto.

Sabe-se que soluções hemostáticas com a presença do sulfato de ferro ou sulfato de alumínio, podem inibir a reação de polimerização do silicone de adição, podendo causar imperfeição na reprodução da linha do término. Mas não foram encontrados relatos na literatura da influência direta de substâncias hemostáticas na silicose de condensação. No entanto, as substâncias adstringentes (Sulfato de alumínio, cloreto de alumínio, sulfato férrico) podem deixar resíduos durante a remoção do fio e não são tão eficazes quanto aos fios embebidos em epinefrina, o vasoconstritor mais comumente usado nos casos de moldagem com fio. Mas apresentam como vantagens o uso em tecidos ulcerados, seu alto poder hemostático e a aceitação do uso em pacientes com problemas sistêmicos, contra indicação esta, da epinefrina. Além disso, em quantidades elevadas, a epinefrina, pode resultar em taquicardia, no aumento da respiração e da pressão sanguínea. Constatando, diante de tais riscos, que a qualidade do afastamento gengival e da moldagem, está mais relacionada à qualidade, consistência do fio e à técnica de inserção do que à substância hemostática utilizada.^{3, 12}

Os obstáculos encontrados na etapa da moldagem do caso relatado, foram além do esperado, uma vez que a paciente possuía gengiva flácida, terminos em toda extensão subgengival, e mesmo após repetição da cirurgia para aumento de coroa clínica das unidades, a moldagem feita com fio retrator ainda se mostrava insatisfatória, necessitando assim, de uma melhor avaliação da técnica de escolha.

Assim, após uma análise dos custos/tempo clínico/resultados de cada técnica, constatou-se que: apesar da moldagem com fio retrator ser menos trabalhosa e de menor custo (uma vez que, é realizada em uma única sessão, resultando em apenas um modelo de trabalho), a moldagem com casquete se mostraria mais efetiva e menos prejudicial ao periodonto. Como já havia sido feita a obtenção de um modelo com delimitação dos termos insatisfatória e uma segunda sessão para moldagem seria inevitável, optou-se pela técnica de moldagem com casquete.

Uma alternativa muito utilizada pelos profissionais para afastamento gengival é a moldagem com casquete, um método mecânico, onde um dispositivo, em resina acrílica é confeccionado individualmente para cada unidade a ser moldada, sendo considerado uma moldeira individual unitária. Tem um potencial traumático menor ao periodonto, isso ocorre pelo fato de a força exercida pela resina acrílica fluida dentro do sulco gengival não ser suficiente para romper o epitélio juncional e a inserção conjuntiva, diferente dos fios afastadores que, se inseridos com forte pressão pelo operador, podem lesionar o periodonto. Além disso, permite uma redução do material elastomérico usado, ao mesmo tempo que só permitem materiais que possam ser aderidos ao acrílico por meio de adesivos, como os polissulfetos e poliéteres. Apesar do uso do casquete ser considerada uma técnica segura, o reembasamento convencional do casquete é realizado com resina acrílica não polimerizada e os monômeros acrílicos no interior do sulco podem causar irritação química ao epitélio sulcular, podendo causar reações alérgicas em pacientes sensíveis à resina acrílica.^{7, 12}

Embora a técnica com casquete seja considerada econômica, pois demanda uma menor quantidade de elastômero, optou-se por fazer a moldagem total e captura dos casquetes, ao invés do alginato, como preconiza a literatura, que possui baixa estabilidade dimensional e resistência ao rasgamento, com silicóna de condensação, aumentando o custo da mesma. Desta forma, pode-se obter maior precisão não só dos preparos, mas também da relação espacial entre os pilares.

Deve-se ressaltar que qualquer trauma no epitélio do sulco pode levar a uma recessão gengival, prejudicando o resultado estético final, de modo que o sucesso do tratamento reabilitador protético depende da saúde das estruturas periodontais, visto que o dente é funcional e esteticamente inseparável da gengiva adjacente. Segundo Zanetti et al 2011, para se obter uma moldagem com maior precisão da

área subgengival, é preciso ter saúde periodontal. Condição adquirida, principalmente, a partir do adequado posicionamento do término cervical do preparo, respeitando o espaço biológico da inserção periodontal, e de uma restauração provisória com contornos anatômicos e corretamente adaptadas às margens do preparo, bem como dotada de superfícies polidas e regulares que dificultem a fixação da placa bacteriana. Próteses sem adaptação marginal ou com sobrecontorno podem interferir na saúde do periodonto, de forma quantitativa, por um excesso de material no sulco que provoca lesão mecânica, e qualitativa por facilitar o acúmulo de placa dental e de microorganismos. Como consequência há inflamação, perda óssea na crista interproximal, migração do epitélio juncional e bolsa periodontal.^{7, 8, 10, 12}

Assim, levando em consideração todas as variáveis relativas aos preparos dos terminos e condições periodontais das unidades tratadas, bem como as técnicas e materiais utilizados, estima-se também que o período de duas semanas para o reembasamento dos provisórios após a cirurgia de aumento de coroa das unidades influenciou nos resultados de forma significativa. A inadaptação das restaurações durante esse tempo, pode ter facilitado a agressão microbiana ao periodonto, interferindo no edema, prejudicando a cicatrização e consequentemente dificultando a penetração do material de moldagem.

Embora não haja evidências científicas que comprovem diferença significativa entre as técnicas de moldagem com fio retrator e a do casquete, este estudo mostra que, em casos de terminos subgengivais associados com edema gengival, a técnica do casquete se destaca com uma moldagem mais precisa, permitindo a correta reabilitação oral, resultado mais estético e satisfatório.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O afastamento gengival é uma etapa indispensável na confecção de próteses fixas com linha de terminação cervical subgengival. Quando essas são circundadas por gengiva flácida e edemaciada, a técnica de moldagem com casquete mostra superioridade à técnica com fio retrator, resultando em um modelo mais detalhado, permitindo a correta reabilitação oral e preservação do periodonto, com resultado mais estético e satisfatório. Portanto, a escolha da técnica deve se dar de forma cautelosa, analisando as condições gengivais, indicações dos materiais e técnicas, e preferência do profissional.

REFERÊNCIAS

1. VARGAS AMD, PAIXÃO HH. **Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte.** *Ciência & Saúde Coletiva* 10(4): 1015-1024, 2005.
2. GIFT HC, REDFORD M. **Oral health and the quality of life.** *Clinic Geriatric Medicine* 8(53):673-683, 1992.
3. PEGORARO LF et al. **Prótese Fixa - Bases para o planejamento em Reabilitação Oral.** São Paulo: Artes Médicas, 2004. 2ª edição.
4. SHILLINGBURG HTJ, et al. **Fundamento de Prótese Fixa.** São Paulo: Quintessence Book, 1998. 3ª edição.
5. AMARAL PCA. **Sequência protética para confecção de coroa total.** Rio de Janeiro - 2008. 58f. Monografia (especialização) – Clínica Integrada de Odontologia.
6. DIAS AM et al. **Materiais e técnicas de moldagem em prótese fixa: revisão de literatura.** *Saber Científico Odontológico* 2(1) 45-54, 2012.
7. RIBEIRO JCR et al. **Técnica alternativa para afastamento gengival e moldagem com casquete individual.** *Revista de Odontologia da UNESP* 34(4): 179-183, 2005.
8. LINARES L. **Análise comparativa da presença de mediadores inflamatórios no sulco gengival resultantes das técnicas de moldagem em prótese fixa.** Bauru - 2013. 83f. Dissertação (mestrado) – Faculdade Odontológica de Bauru USP.
9. MEZZOMO E, SUZUKI RM. **Reabilitação Oral Contemporânea.** Livraria Santos Editora, 2009. 1ª edição.
10. GUEDES CG, MACHADO CEP. **Afastamento gengival: uma visão atual dos especialistas em prótese dentária do Distrito Federal.** *Revista Gaúcha de Odontologia* 55(4): 381-388, 2007.
11. DONOVAN TE, CHEE WW. **Current concepts in gingival displacement.** *Dent Clin North AM.* 48(2): 433-44, 2004.
12. ZANETTI GR et al. **Moldagem de precisão em prótese fixa.** *Revista Denta Press Estética* 8(1):46-54, 2011.