

ÁREA CHAPEÁVEL

INTRODUÇÃO

As próteses totais devem ser instaladas de maneira que funcionem em harmonia com o sistema estomatognático, cumprindo requisitos estéticos e funcionais. Para que esse objetivo seja atingido, um dos requisitos necessários é o conhecimento da correta extensão de suas bases protéticas (superfícies de assentamento). Em determinados casos clínicos, os pacientes admitem amplas extensões das bases protéticas sobre os tecidos móveis, contribuindo para a retenção, suporte e estabilidade do aparelho protético; porém, em outros casos, faz-se necessária uma redução dessas extensões, devido à intolerância do paciente. Logo, torna-se indispensável que o cirurgião-dentista conheça e domine os “**Limites Gerais da Área Chapeável**”.

O cirurgião-dentista deve ter conhecimentos básicos que forneçam condições de avaliar o envolvimento biológico das estruturas que darão suporte e que se relacionarão intimamente com a prótese total, confeccionando um aparelho biomecânico que se integre à cavidade oral do paciente, devolvendo a ele função, estética e também que preserve as estruturas orais remanescentes. Dessa forma, o tratamento terá um prognóstico favorável. Para isso, é necessário um conhecimento completo sobre a extensão correta do futuro aparelho protético. Em alguns casos, são possíveis amplas extensões das bases sobre os tecidos móveis, ajudando grandemente na retenção e estabilidade do aparelho; porém, em outros casos, parte dessas sobre-extensões necessitam ser reduzidas, porque o paciente não as tolera. Logo, torna-se indispensável que o cirurgião-dentista conheça e domine os limites gerais da área chapeável.

DEFINIÇÃO

Área chapeável é a área da mucosa bucal que é coberta pela prótese total. É aquela onde pode e deve assentar-se uma prótese, de acordo com a qualidade dos tecidos que a integram e a necessidade de satisfazer as condições de retenção, suporte e estabilidade.

OBJETIVO DO ESTUDO DA ÁREA CHAPEÁVEL

O objetivo geral do estudo da área chapeável é delimitar a superfície máxima da área desdentada que pode ser coberta pela prótese total. Uma vez que a retenção e o conforto que a prótese proporcionará ao paciente estão diretamente ligados com a extensão da base do aparelho, é necessário buscar a delimitação correta da área chapeável. Como a retenção da prótese está relacionada a fatores físicos como adesão, coesão, tensão superficial e pressão atmosférica, é possível afirmar, de um modo geral que, quanto maior a área ocupada pela prótese total, maior é a retenção; porém, deve-se respeitar os limites de tolerância da fibromucosa e inserções musculares que podem deslocar o aparelho protético quando em função, além de causar um grande desconforto ao paciente.

Vários fatores têm importante papel na delimitação das bases das próteses totais; entre eles, o recorte para o alívio muscular, deixando em liberdade músculos, inserções musculares e freios. Em alguns casos, especialmente na mandíbula, quando a prótese total é sobre-estendida para obtenção de melhor retenção, limita-se o movimento; mas, quando ela é recortada para liberar a musculatura, perde-se a retenção porque o limite foi incorretamente determinado. Logo, o objetivo do estudo da área chapeável é reconhecer as estruturas a ela relacionadas e determinar sua extensão, obtendo um diagnóstico preciso para a obtenção de um aparelho protético que recupere de forma efetiva as funções dos arcos totalmente desdentados. Este estudo vai desde o primeiro contato com o paciente durante o exame clínico, observando o tipo de mucosa e as estruturas anatômicas relacionadas a essa área, passando pela confecção de moldeira individual e placa articular, até os ajustes clínicos da prótese finalizada.

Para a correta determinação dos limites da área chapeável, é preciso estabelecer previamente a correta significação dos tecidos móveis e estacionários que se referem aos elementos anatômicos dinâmicos – tecidos móveis -, susceptíveis de facilitar ou dificultar a estabilidade da prótese, ou aos estáticos – tecidos estacionários -, que não exercem nenhum tipo de ação por estarem firmemente aderidos ao osso. Em termos gerais, a zona chapeável termina justamente onde começam os tecidos que podem alterar, com seus deslocamentos ou mudanças dimensionais, a estabilidade da prótese.

Tecidos Estacionários (Gengiva Aderida): Recobre os rebordos alveolares. Gengiva de cor rosa pálido, levemente rugosa, consistência muito firme e firmemente aderida ao periósteeo, conformando assim uma verdadeira fibromucosa. Seu epitélio estratificado é grosso, queratinizado e o córium apresenta feixes de fibras colágenas densas e numerosas, com pequena participação das fibras elásticas. A submucosa é pouco diferenciada e a quantidade de tecido glandular é escassa ou nula. Para fins protéticos, é a gengiva ideal para recobrir os rebordos alveolares residuais, uma vez que é imóvel e de firme aderência ao osso.

Tecidos Móveis (Gengiva Não-Aderida): É a que recobre a mucosa bucal restante. Apresenta em seu córium fibras elásticas muito abundantes com poucos feixes colágenos, recobertos por uma delgada capa de epitélio paraqueratinizado; a submucosa é frouxa e abundante. A coloração é mais abundante, conferindo uma coloração avermelhada, pois a irrigação é mais abundante do que na gengiva aderida, por isso a diferença de cor. Tem consistência mole e não se adere firmemente ao periósteeo, pelo contrário, é pouco aderida, tomando características de tecido móvel.

Dois fatores se contrapõem, pois, na delimitação das bases protéticas: a necessidade de permitir uma liberdade imprescindível aos tecidos móveis e a de obter e manter um selamento periférico adequado. Na maioria dos casos, ambos os fatores podem ser obtidos sem dificuldades. Entre a extensão mínima necessária que a base deve ter para obtenção do selado e a máxima eu a movimentação da musculatura pode tolerar, estende-se uma espécie de faixa tecidual que podemos chamar de “zona de tolerância”.

LINHA NEUTRA (Linha Anatômica ou de Inserção)

A maneira mais prática de determinar o limite da superfície chapeável é a pesquisa correta da Linha Neutra, também chamada de Linha de Inserção ou Linha Anatômica, ao longo da qual estão inseridos os freios e músculos paraprotéticos. Essa linha contorna toda a periferia da superfície chapeável. Ela é delimitada entre a zona de *tecidos móveis* (dinâmicos), susceptíveis a facilitar ou dificultar a estabilidade da prótese, com a zona de *tecidos imóveis* (estacionários), que não exercem nenhum tipo de ação por estarem firmemente aderidos ao osso (figuras 1 a 3).

A posição da Linha de Inserção com relação à crista do rebordo alveolar residual determina, em boa parte, o prognóstico anatômica para a prótese: quanto mais separados, maior qualidade dos tecidos estacionários; com o avanço da atrofia, reduz-se o rebordo alveolar residual. Quando da reabsorção dos rebordos residuais, a Linha Neutra mobiliza-se, mas os músculos não mudam de posição (inserção). Os músculos deixam de inserir-se diretamente para o fazerem por meio de feixes de fibras que chegam à Linha de Inserção cada vez mais próxima à crista do rebordo.

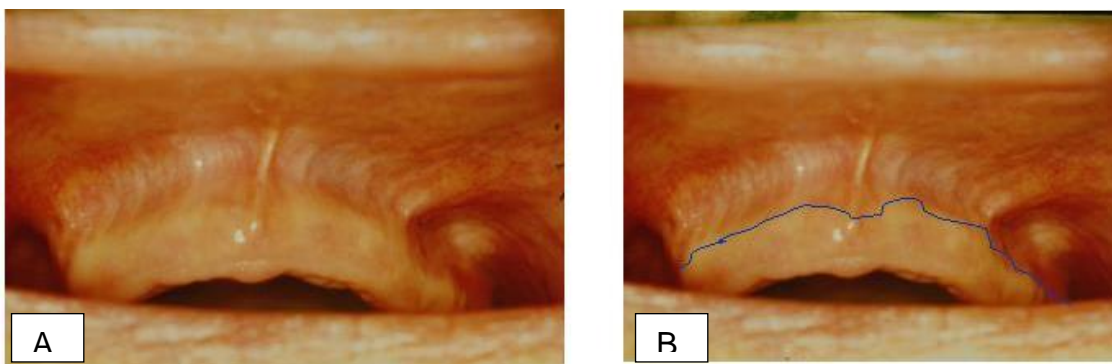


Figura 1 – A – Arcada Superior – Vista Frontal
B – Arcada Superior – Vista Frontal – Delimitação da Linha Neutra

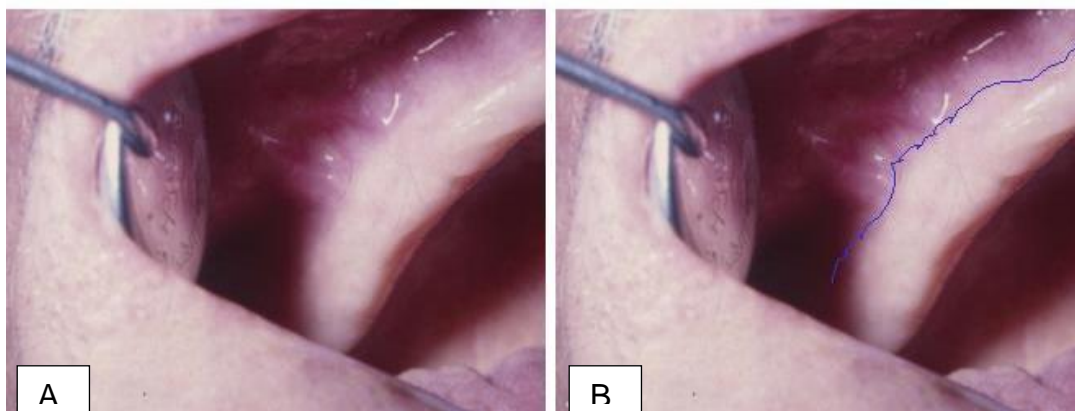


Figura 2 – A - Arcada Superior – Vista Lateral
B – Arcada Superior – Vista Lateral – Delimitação da Linha Neutra

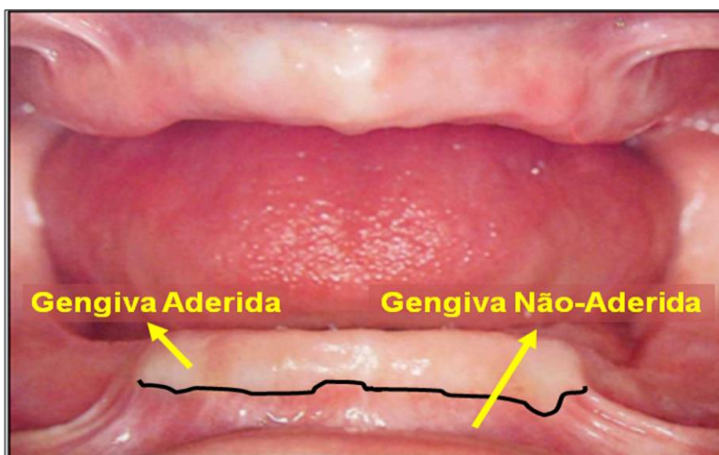


Figura 3 – A - Arcada Inferior – Vista Frontal - Delimitação da Linha Neutra

LINHA FUNCIONAL

Para que seja possível uma correta delimitação da área chapeável, também tornam-se importantes a definição e o conhecimento da **Linha Funcional**, que refere-se à linha que acompanha a Linha Neutra (anatômica) em toda a sua extensão, porém invadindo cerca de 2 a 3mm da região da mucosa móvel. Ela representa o limite da linha demarcatória da área chapeável em algumas regiões, como veremos a seguir.

DELIMITAÇÃO DA ÁREA CHAPEÁVEL

Devemos nos guiar por uma série de princípios biomecânicos e fisiológicos que nos orientarão no reconhecimento e delimitação da área chapeável. Esta delimitação sofre variações dependendo do estado bucal do desdentado, não sendo possível um estabelecimento anatômico preciso, porém existem limites importantes que devem ser observados. A área chapeável deve ser analisada clinicamente e também no modelo inicial (ou modelo de estudo).

DELIMITAÇÃO DA ÁREA CHAPEÁVEL SUPERIOR

Na área chapeável superior estão compreendidos o rebordo alveolar residual e a abóbada palatina como elementos estacionários; e o sulco vestibular e a inserção dos músculos do palato mole, como tecidos móveis.

DELIMITAÇÃO CLÍNICA

No arco superior (maxilar), podemos delimitar a área chapeável iniciando na região posterior para a anterior. Na região posterior da cavidade oral, a delimitação é dada pela LINHA VIBRATÓRIA ou LINHA DO AH, que refere-se à uma linha localizada no palato mole e que delimita os tecidos móveis dos tecidos estacionários. Como estruturas anatômicas importantes de referência para a correta localização da linha vibratória, temos as fôveas palatinas, que estão localizadas ao nível da linha limite entre o palato duro e palato mole (linha palato duro/mole), pois a Linha Vibratória dista aproximadamente 5mm das fôveas palatinas. Assim, a delimitação da área chapeável nessa região é dada por um seguimento curvo de concavidade posterior que acompanha a borda posterior do palato.

Prosseguindo com a linha demarcatória, encontramos o SULCO HAMULAR ou SULCO PTERIGOPALATINO, que deve ser totalmente englobado. Em seguida, a linha caminha em direção ao fundo do sulco gengivogeniano, englobando parte da região de mucosa móvel, ficando cerca de 2 a 3mm distante da LINHA NEUTRA (ou linha de inserção) em direção à mucosa móvel e englobando totalmente o TÚBER DA MAXILA. Assim, uma parte da região da mucosa móvel é englobada quando da delimitação da área chapeável.

Contornando o Túber da Maxila, a linha acompanha o ARCO ZIGOMÁTICO, também distando cerca de 2 a 3mm da linha neutra. Essa região representa a região de inserção do músculo bucinador. A linha de delimitação depara-se com a INSERÇÃO LATERAL SUPERIOR, que deve receber um alívio em forma de V com o vértice voltado para a crista do rebordo alveolar residual. Uma vez contornada a inserção lateral, a linha de demarcação continua avançando no sentido pósterio-anterior, assumindo a forma de um arco, acompanhando o fundo do sulco gengivolabial e permanecendo na mucosa móvel, distando cerca de 2 a 3mm da LINHA NEUTRA.

Em seguida, a linha alcança o FRÊNULO LABIAL SUPERIOR, que também necessita se aliviado para respeitar as inserções da fibromucosa em toda a extensão de sua mobilidade. O limite da área nesta zona também tem a forma de V, com o vértice voltado para a crista do rebordo alveolar residual. A delimitação do arco oposto é efetuada da mesma maneira. Uma vez completado o traçado em toda a volta, a área limite da prótese total superior estará demarcada, sendo caracterizada a ÁREA CHAPEÁVEL ou SUPERFÍCIE CHAPEÁVEL SUPERIOR.

DELIMITAÇÃO LABORATORIAL

Da região posterior para anterior:

1. Unir os sulcos hamulares direito ao esquerdo, invadindo o palato mole, de forma que a delimitação fique aproximadamente 3 a 5mm posteriormente às fóveas palatinas (Fig. 4);



Figura 4 – União do sulco hamular direito ao esquerdo.

2. Englobar o sulco hamular esquerdo, acompanhando-o em toda a sua extensão, até atingir o túber esquerdo da maxila;
3. Englobar totalmente o túber da maxila esquerdo, deixando a linha demarcatória distante cerca de 1 a 2mm do fundo do sulco gengivogeniano (Fig. 5);



Figura 5 – Contorno do túber esquerdo da maxila.

4. Contornar o arco zigomático, deixando a linha demarcatória distante cerca de 2 a 3mm do fundo do sulco gengivogeniano (Fig. 6);



Figura 6 – Contorno do arco zigomático – linha demarcatória de 2 a 3mm aquém do fundo do sulco gengivogeniano esquerdo.

5. Acompanhar paralelamente o fundo do sulco gengivogeniano esquerdo e contornar a inserção lateral (Fig. 7);



Figura 7 – Contorno da inserção lateral esquerda.

6. Avançar para a região anterior, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivolabial esquerdo, distando cerca de 2 a 3mm deste (Fig.8);



Figura 8 – Contorno do sulco gengivolabial esquerdo.

7. Prosseguir até o frênulo do lábio superior e contorná-lo (Fig. 9);

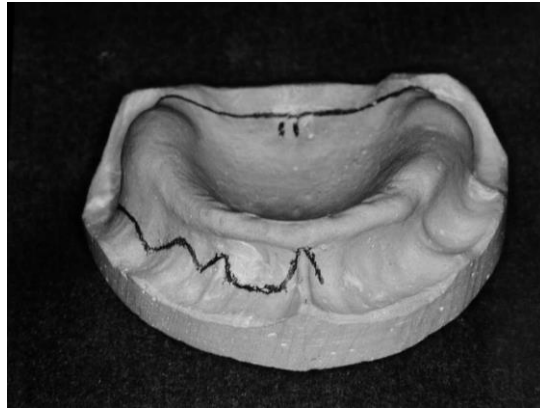


Figura 9 – Contorno do frênulo labial superior.

8. Delimitar o hemiarco do lado oposto de forma semelhante (Fig.10 a 12).

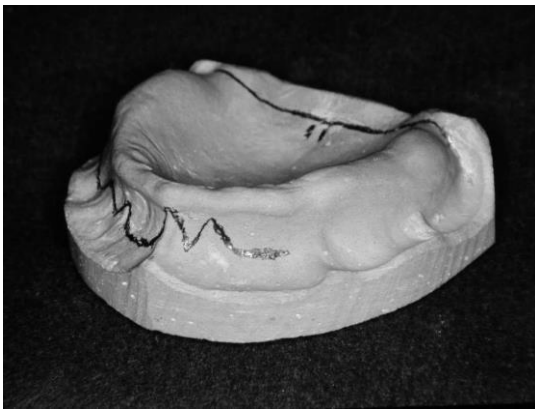


Figura 10 – Contorno do sulco gengivolabial direito.

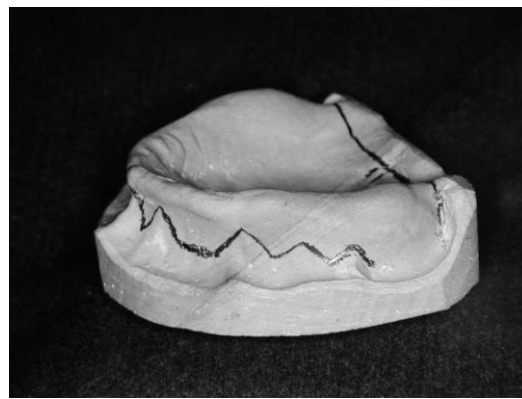


Figura 11 – Contorno das inserções laterais e do arco zigomático direito.

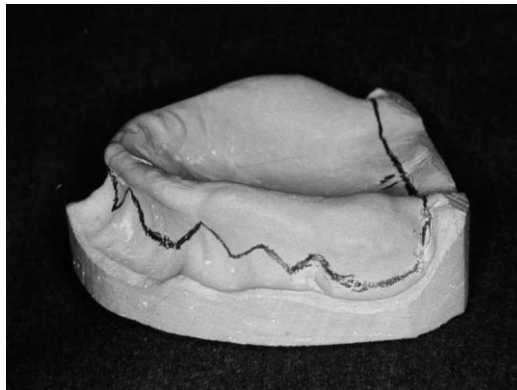


Figura 12 – Contorno do túber direito da maxila.

DELIMITAÇÃO DA ÁREA CHAPEÁVEL INFERIOR

Na área chapeável inferior estão compreendidos o rebordo alveolar residual como elemento estacionário; e os sulcos vestibular e lingual, como tecidos móveis.

DELIMITAÇÃO CLÍNICA

Na delimitação da área chapeável mandibular, da região posterior para anterior, começamos pela PAPILA PIRIFORME ou RETROMOLAR que recobre o triângulo retromolar, que deve ser englobada totalmente e constitui-se o limite posterior da área chapeável mandibular. Uma vez contornada a papila, a linha segue o ÂNGULO DISTO-BUCAL e caminha em direção à LINHA OBLÍQUA, que está localizada aproximadamente ao nível do fundo do sulco, acompanhando toda a sua extensão.

Em seguida, desce em sentido ao fundo do sulco gengivogeniano, acompanhando-o, distando cerca de 2 a 3mm da mucosa imóvel (estacionária), isto é, da mesma maneira que para o arco superior, a linha demarcatória fica cerca de 2 a 3mm da LINHA DE INSERÇÃO ou LINHA NEUTRA. Desse ponto, ela caminha anteriormente até atingir a INSERÇÃO LATERAL INFERIOR, que também deve receber um alívio em forma de V com o vértice voltado para a crista do rebordo alveolar residual.

Uma vez contornada a inserção, a linha demarcatória acompanha o fundo do sulco gengivolabial, paralelamente, distando novamente cerca de 2 a 3mm da LINHA DE INSERÇÃO ou LINHA NEUTRA em direção ao tecido móvel até atingir o FRÊNULO MEDIANO LABIAL INFERIOR, que deve ser amplamente contornado, também em forma de V, com o vértice voltado para a crista do rebordo alveolar residual. A delimitação do hemi-arco oposto por vestibular é feita da mesma maneira até alcançarmos a PAPILA PIRIFORME do lado oposto.

Na parte interna, a delimitação inicia-se pelo ÂNGULO DISTO-LINGUAL e, em seguida é orientada pela LINHA MILO-HIÓIDEA, ficando cerca de 2 a 3mm além desta, até a sua porção inicial, que fica aproximadamente à altura da região dos pré-molares.

Dessa região, a linha demarcatória acompanha paralelamente o fundo do SULCO ALVÉOLO-LINGUAL, ficando cerca de 2 a 3mm além da LINHA NEUTRA em direção ao tecido móvel. A delimitação do hemi-arco se completa ao atingir o FRÊNULO LINGUAL que deve ser amplamente contornado em forma de V com o vértice voltado para a crista do rebordo alveolar residual. A delimitação do hemi-arco lingual oposto é realizada de maneira semelhante.

DELIMITAÇÃO LABORATORIAL

Da região posterior para anterior :

1. Contornar posteriormente a papila piriforme esquerda, englobando-a totalmente (Fig. 13);



Figura 13 – Contorno da papila piriforme esquerda.

1. Prosseguir com a delimitação, acompanhando o ângulo disto-bucal e, em seguida, toda a extensão da linha oblíqua esquerda (Fig. 14);



Figura 14 – Delimitação acompanhando ângulo disto-bucal e linha oblíqua.

2. Avançar para a região anterior, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivogeniano esquerdo, distando cerca de 2 a 3mm deste, até a(s) inserção(ões) lateral(is) e contorná-la(s) totalmente (Fig.15);

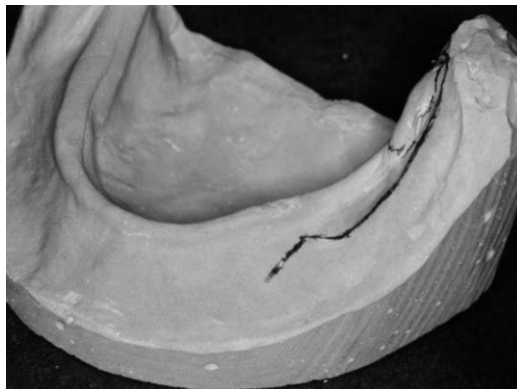


Figura 15 – Contorno da inserção lateral esquerda.

3. Prosseguir com a delimitação, mantendo a linha demarcatória paralela ao fundo do sulco gengivolabial esquerdo, distando cerca de 2 a 3mm deste (Fig. 16);

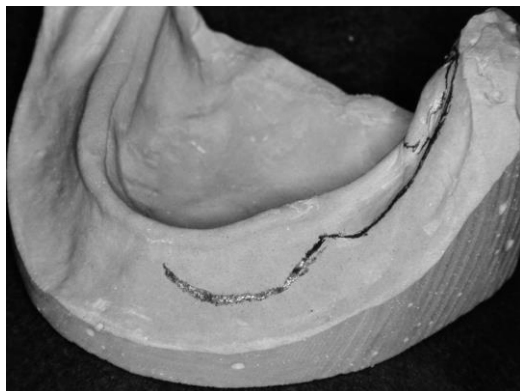


Figura 16 – Delimitação acompanhando o sulco gengivolabial esquerdo.

4. Prosseguir até o frênulo mediano labial inferior e contorná-lo (Fig.17).



Figura 17 – Contorno do frênulo mediano labial inferior.

5. Delimitar o hemiarco mandibular oposto de forma semelhante até atingir o lado interno (Fig. 18 a 21).

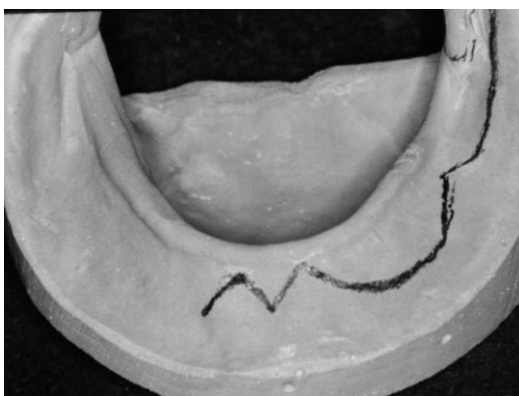


Figura 18 – Contorno da inserção lateral no sulco gengivolabial direito.



Figura 19 – Contorno da inserção lateral no sulco gengivolabial direito.

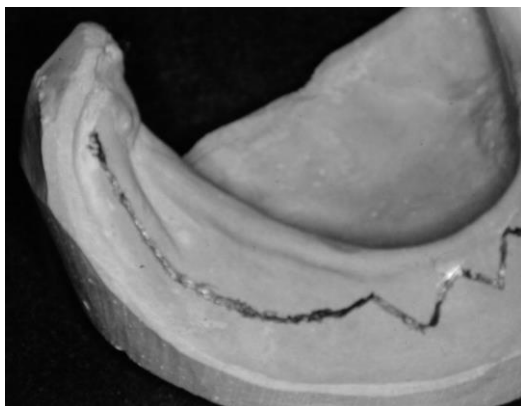


Figura 20 – Contorno do sulco gengivogeniano direito – delimitação de 2 a 3mm aquém do sulco.



Figura 21 – Contorno da linha oblíqua, do ângulo disto-bucal e da papila piriforme direita.

- 7 Iniciar a delimitação da parte interna pelo ângulo disto-lingual direito e prosseguir com a linha demarcatória paralela à linha milo-hióidea direita até a sua parte inicial, que fica aproximadamente à altura da região dos pré-molares, distando cerca de 2 a 3mm do fundo do sulco alvéolo-lingual (Fig. 22);



Figura 22 – Linha demarcatória contornando ângulo disto-lingual direito e prosseguindo pela linha milo-hióidea.

- 8 Prosseguir para região anterior, acompanhando a linha de flexão do assoalho bucal, distando cerca de 2 a 3mm do fundo do sulco alvéolo-lingual (Fig.23);

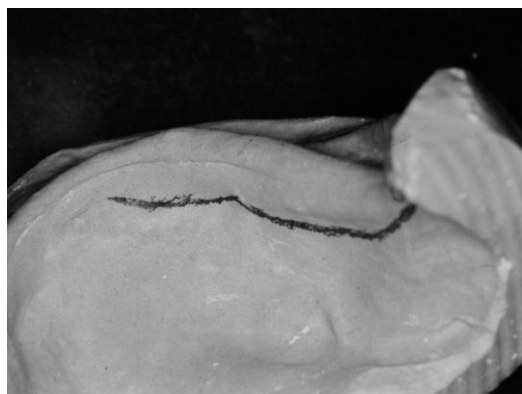


Figura 23 – Contorno da área chapeável na região de frênulo lingual. Observe que nesse caso o frênulo não apresenta forma de V.

- 9 Completar a delimitação do hemiarco direito, contornando o frênulo lingual (Fig. 24);

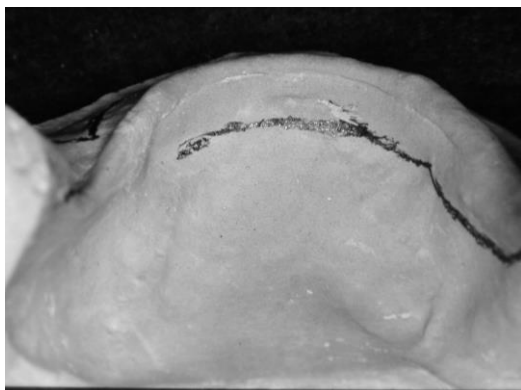


Figura 24 – Delimitação da área chapeável anterior, seguindo linha de flexão do assoalho bucal.

- 10 Completar a delimitação do hemi arco lingual oposto de forma semelhante (Fig. 25).



Figura 25 - Delimitação da área chapeável inferior finalizada.

CONSEQÜÊNCIAS DA ÁREA CHAPEÁVEL INADEQUADA

Uma área chapeável inadequada pode estar relacionada à sobre-extensão e à sub-extensão. Quando houver sobre-extensão, haverá perda de retenção e estabilidade da prótese, porque esta irá interferir nos movimentos musculares durante a fala, mastigação e deglutição, e esses movimentos irão deslocar a prótese de posição; além de provocar grande desconforto ao paciente, causando áreas ulceradas que, a longo prazo, podem se transformar em hiperplasias ou até mesmo tumores. Quando houver subextensão, haverá perda de retenção e estabilidade, porque haverá diminuição dos fenômenos físicos de adesão, coesão, pressão atmosférica e tensão superficial.

ZONAS DA ÁREA CHAPEÁVEL

Pendleton (1928) estudando a área chapeável, verificou que havia 5 zonas diferentes na forma, consistência e localização, cada uma desempenhando funções distintas sob a ação da dentadura. O reconhecimento das zonas da área chapeável no modelo é importante a fim de favorecer uma boa retenção, estabilidade e conforto para o paciente.

Tal classificação é bastante didática, facilitando o estudo e a compreensão. Assim, a área chapeável foi subdividida, pelo autor, em 5 partes (figura 26) e denominadas da seguinte maneira:

- 1 – Zona de Suporte Principal
- 2 – Zona de Suporte Secundário
- 3 – Zona de Selado Periférico
- 4 – Zona de Slado Posterior
- 5 – Zona de Alívio

Cada zona possui características próprias, como diferentes formas, consistências de fibromucosa, situações topográficas e funções, como suporte da carga mastigatória, imobilização do aparelho no sentido horizontal, resistência ao deslocamento, impedindo a entrada de ar entre a base da prótese e a mucosa, compressão adequada sobre regiões com inervação e vascularização mais abundantes, entre outras.

1 – ZONA DE SUPORTE PRINCIPAL

Como o próprio nome indica, é a região destinada a suportar a carga mastigatória.

Superior: Ocupa toda a extensão da crista do rebordo alveolar de uma extremidade a outra, indo de uma tuberosidade à outra.

Inferior: Ocupa toda a extensão da crista do rebordo, indo de uma papila piriforme à outra.

É importante a inspeção visual e tátil desta zona, observando sua configuração, condição da espessura da fibromucosa que a reveste, da superfície, verificando a existência de anormalidades.

2 – ZONA DE SUPORTE SECUNDÁRIO

É a zona que ajuda a absorver a carga mastigatória, desempenhando uma outra função importante que é a de imobilização do aparelho no sentido horizontal, às custas das vertentes do rebordo alveolar residual. O aparelho fica retido ao rebordo, como uma sela sobre o dorso de um cavalo.

Superior: Estende-se ao longo das vertentes vestibular e palatina do rebordo alveolar, indo de uma tuberosidade à outra.

Inferior: Formada pelas vertentes vestibular e lingual do rebordo alveolar, indo de uma papila piriforme à outra.

3 - ZONA DE SELADO PERIFÉRICO

É uma faixa de 2 a 3 mm de largura, que contorna a área chapeável em toda a sua sinuosidade, exceto na parte posterior. Esta faixa inicia-se em continuação à zona secundária de suporte, onde termina a mucosa imóvel e avança cerca de 2 a 4mm na direção do fundo do sulco. A função primordial desta zona é manter o vedamento periférico para impedir que se quebrem as forças de adesão, de coesão e de pressão atmosférica que estão atuantes entre a base da prótese total e a mucosa bucal.

Superior: Inicia-se em continuação à zona secundária de suporte pelo lado vestibular na direção do fundo do sulco.

Inferior: Inicia-se em continuação à zona e suporte secundário pelo lado vestibular e lingual na direção do fundo do sulco.

4 - ZONA DE SELADO POSTERIOR

Como o próprio nome indica, é uma zona que fica na parte posterior da área chapeável.

- a) Superior: Estende-se do início do sulco hamular de um lado ao término do sulco hamular do lado oposto, passando pela linha vibratória.
- b) Inferior: Está localizado atrás de ambas as papilas piriformes, iniciando-se ao nível do término do ângulo disto-bucal de um lado e finalizando-se ao nível do término do ângulo disto-lingual do lado oposto.

5 - ZONA DE ALÍVIO

A zona de alívio, como o nome indica, é a região que deve ser aliviada durante a moldagem para que a mucosa não receba os esforços mastigatórios. Pode ser classificada em obrigatória ou não.

Zona de Alívio Obrigatória:

Superior: Forame Incisivo, Rugosidades palatinas e Rafe Mediana.

Inferior: Não existe.

Zona de Alívio Não Obrigatória:

Superior e Inferior: Apenas em casos específicos, como proeminências ósseas, forame mentoniano; porção posterior da linha milohioidea; torus mandibular; rebordo alveolar em forma e “lâmina de faca”, torus mandibular, etc.



- Zona de Suporte Principal
- Zona de Suporte Secundário
- Zona de Selado Periférico
- Zona de Travamento Posterior
- Zona de Alívio

Figura 26

FLANCOS

De acordo com a localização, são estabelecidas regiões específicas com denominações próprias:

- c) **FLANCO LABIAL:** Região correspondente à parte anterior, relacionada com o lábio do paciente, indo de uma inserção lateral à outra, passando pelo freio mediano labial. Temos o direito e o esquerdo.
- d) **FLANCO BUCAL:** Região correspondente à parte lateral, relacionada com a parte lateral da bochecha, indo da inserção lateral até o início da zona de travamento posterior. Temos o direito e o esquerdo.
- e) **ZONA DE SELADO POSTERIOR:** Região relacionada com a parte posterior da área chapeável. Para o arco superior, estende-se do início do sulco hamular de um lado ao término do sulco hamular do lado oposto, passando pela linha vibratória. Para o arco inferior, está localizado atrás de ambas papilas piriformes, iniciando-se ao nível do término do ângulo disto-bucal de um lado e finalizando-se ao nível do término do ângulo disto-lingual do lado oposto.
- f) **FLANCO LINGUAL:** Somente para o arco inferior. Região correspondente à parte interna e posterior, relacionando-se com a porção lateral e posterior da língua. Estende-se do final do ângulo disto-lingual até a região correspondente aos pré-molares pelo lado interno. Temos o direito e o esquerdo.
- g) **FLANCO SUBLINGUAL:** Somente para o arco inferior. Região correspondente à parte interna e anterior, relacionando-se com a porção anterior da língua. Estende-se da região correspondente aos pré-molares pelo lado interno até a região similar do lado oposto, passando pelo freio lingual.