

Seleção dos dentes artificiais

INTRODUÇÃO

A seleção dos dentes artificiais é considerada um dos passos mais importantes na confecção de uma prótese total. Isto tem razão de ser, não só pela seleção dos dentes em si, mas por ser elemento intimamente ligado ao fator psicológico do paciente.

Os dentes artificiais devem cumprir com os requisitos estéticos e funcionais referentes a cada paciente e devem se aproximar o quanto mais possível dos dentes naturais:

- 1 – Cúspides: não devem ser muito altas para não prejudicarem a estabilidade do aparelho, devido ao efeito dos componentes horizontais (planos inclinados).
- 2 – Faces Oclusais: devem estar desenhadas de tal forma que permitam a trituração dos alimentos.
- 3 – Dentes Posteriores: devem permitir facilmente o balanceio, assim como orientar as forças de mastigação que incidem sobre a área de suporte principal do rebordo alveolar.
- 4 - Estética

Uma prótese estética é aquela que não se destoa das características faciais do paciente e que se harmoniza com os fatores estéticos da face.

Saizar: “Trabalho em prótese é aquele que não se reconhece”.

Young: “A dentadura deve expressar uma beleza dentofacial dinâmica, permitindo a harmonia das funções, a aparência natural dos movimentos dos lábios e dos músculos faciais, a correta coordenação dos movimentos mandibulares e a perfeita articulação dos sons, sem ferir a estética ao rir e ao falar, ou na manifestação mímica emocional”.

A seleção dos dentes não é um procedimento mecânico. Fórmulas, valores percentuais e medidas servem como ponto de partida, mas não substituem um juízo artístico adequado.

CONCEITO ATUAL PARA SELEÇÃO DOS DENTES ARTIFICIAIS:

Para que haja harmonia dos dentes com a fisionomia dos pacientes são necessárias as avaliações do seu tamanho, da sua cor, da sua forma e da sua posição com relação aos demais órgãos.

Cada um destes 5 pontos pode variar independentemente do outro. A forma, o tamanho e a cor devem ser estabelecidos a priori.

Deve-se procurar selecionar os dentes artificiais de tal modo que quando colocados na boca, não chamem a atenção (nem grandes, nem pequenos, nem claros ou escuros).

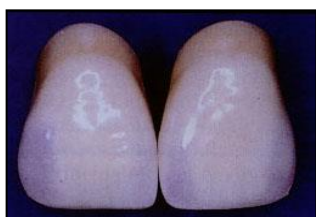
Qualquer eleição deve ser considerada como seleção preliminar até que os dentes estejam dispostos sobre as bases de prova e possam ser avaliados criticamente na boca do paciente. Aí, então, é que se pode chegar à seleção definitiva.

SELEÇÃO DOS DENTES ANTERIORES

FORMA

Para a seleção da forma dos dentes, consideramos, atualmente, a forma do rosto do paciente (Lei da Harmonia de Williams): “Num indivíduo deve existir a concordância entre a forma do rosto e do dente para se completarem os traços fisionômicos harmônicos”.

As formas dos incisivos centrais podem ser agrupadas em 3 formas principais: triangular, quadrada e ovóide, assim como a do rosto. William notou que havia correlação entre um e outro e quando isto acontecia, a correlação completava a harmonia dos traços fisionômicos do indivíduo.



Triangular



Quadrado



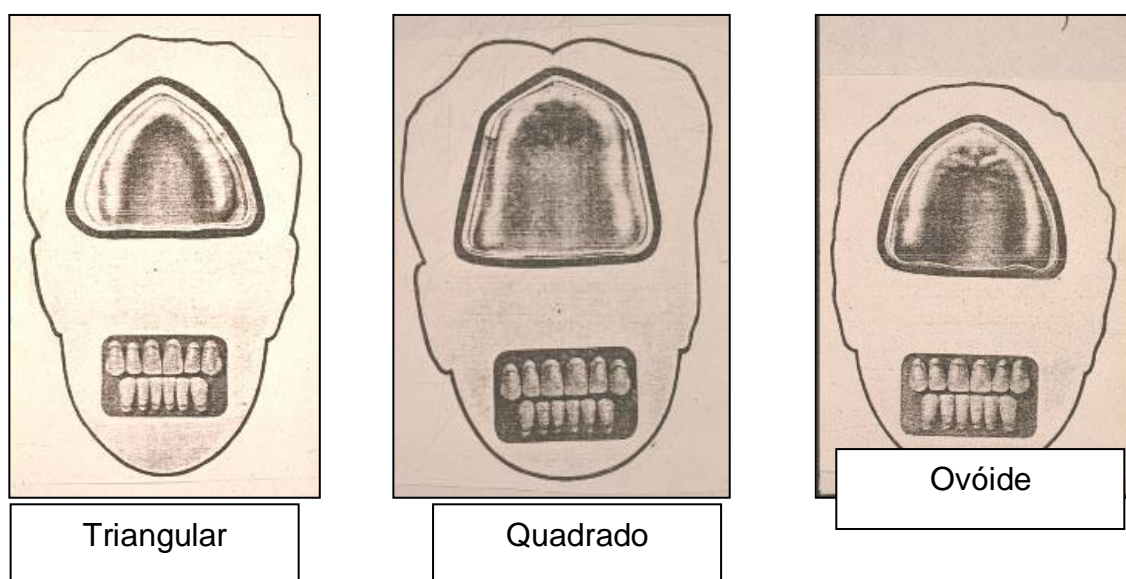
Ovóide

Os pacientes com face quadrada, têm seus lados (do arco zigomático ao ângulo da mandíbula) mais ou menos paralelos, ângulos maxilares marcados, mento proeminente.

Os de forma triangular são de faces laterais convergentes. As linhas e planos das bochechas e da borda do maxilar são retas e côncavos.

Os ovais apresentam as superfícies da face arredondadas e as linhas são segmentos de círculos, contrariamente ao que se sucede com os outros tipos em que os pontos laterais mais proeminentes são os arcos zigomáticos.

Além disso, pode-se, quando necessário, associar a forma do rosto com a forma do arco e dos dentes. Nelson (1925): A forma do arco dental também pode ser dividida em triangular, quadrada e ovóide e essa forma acompanha a forma do rosto e do incisivo central superior. “Triângulo Estético de Nelson”.



A primeira observação natural a aplicar a cada caso, sempre que possível, é a dos próprios dentes do paciente por meio de fotografias do paciente em época dentada. Em situações em que o paciente já utiliza uma prótese e os dentes ainda apresentem formato possível de ser identificado, deve-se considerar a reprodução destes, se o paciente mostrar-se satisfeito. Por último, quando não existem pontos de referência, a eleição das formas dentárias pode converter-se em verdadeiro ato de criação, numa busca de uma máxima aproximação.

TAMANHO

O tamanho do dente deve ser proporcional ao tamanho da face e da cabeça.

O tamanho dos dentes artificiais é medido segundo 3 dimensões: altura, largura e espessura. Do ponto de vista estético, a espessura conta pouco e as medidas fundamentais são a largura e altura.

Fazemos a seleção, levando em consideração a altura e largura dos 6 dentes anteriores superiores.

ALTURA: O melhor elemento para se estabelecer uma medida inicial da altura dos incisivos superiores é a posição e mobilidade do lábio superior.

Devemos determinar a altura dos dentes pela posição do lábio superior com sorriso forçado. No plano de cera ou de orientação, marcamos com um traço horizontal a altura do tubérculo do lábio no ato do sorriso. Essa linha recebe o nome de Linha Alta ou Linha do Sorriso Forçado.

Assim, obtemos a altura do incisivo central superior pela distância da linha alta ao plano oclusal do rodete de cera e a largura dos 6 dentes anteriores e superiores, pelas linhas dos caninos.

LARGURA:

É importante estabelecer uma distinção entre a largura dos dentes e a largura do arco dentário. Quando se produzem anomalias por apinhamentos dos dentes, as quais se devem à falta de tamanho dos maxilares, os dentes aparecem proporcionalmente mais largos que o arco. E, pelo contrário, quando existem diastemas ou em certos alinhamentos em que pré-molares e molares se abrem muito para vestibular, os dentes parecem proporcionalmente pequenos. Sempre existirá um efeito desagradável dos dentes pequenos em uma boca grande, seja qual for o tamanho da face.

Não devemos selecionar o tamanho dos dentes anteriores pelo tamanho dos modelos. Os dentes selecionados de acordo com este procedimento serão demasiadamente pequenos devido à reabsorção dos rebordos residuais. As marcações devem ser feitas no rodete.

Técnica: Preparados convenientemente os planos de orientação superior e inferior e obtida a dimensão vertical de oclusão, colocamos os planos de orientação na boca do paciente.

Levantamos o lábio superior do paciente, com um Le Cron, demarcamos a linha mediana no plano de cera superior até atingir também a inferior. Essa linha geralmente se localiza na direção do freio do lábio e acompanha a linha mediana do rosto do paciente.

A linha do canino é demarcada traçando uma linha vertical na comissura dos lábios atingindo os dois planos. Essa demarcação geralmente corresponde à face distal

dos caninos e divide ao meio o ângulo que formam os sulcos naso-labial e o lábio-geniano. A distância entre as linhas dos caninos é a que nos indica a largura dos 6 dentes anteriores.

Outros procedimentos para a determinação da largura dos dentes:

1) Obtenção da posição dos caninos pela bissetriz do ângulo nasogeniano (ângulo formado pelo sulco geniano e a asa do nariz).

2) Cálculo da posição do ápice do canino natural superior estendendo-se linhas paralelas desde as superfícies laterais da asa do nariz até a face vestibular do rodete de cera superior: tamanho dos 6 dentes anteriores superiores.

3) Medições antropométricas: a largura bizigomática maior dividida por 16 dá uma aproximação da largura do incisivo central superior. E esta dividida por 3,3 dá uma aproximação da largura total dos 6 dentes anteriores superiores.

COR

Devemos levar em consideração basicamente a idade, a cor e o fator sexo do paciente. Quanto mais velho o paciente, mais escuro. Quanto mais escura a pele, mais escuro deve ser o dente. Para o homem, devemos selecionar tons mais escuros.

Esta escolha é feita através de uma escala de cor própria de cada fabricante.

Cuidados que o profissional deve ter no ato da seleção da cor:

- 1) Sempre que possível, ver a escala com a luz natural indireta;
- 2) Evitar a interferência da luz direta ou refletida;
- 3) Desviar-se da possível interferência da cor dos objetos que estiverem próximos no momento. É preferível uma sala pintada com cores mais suaves.
- 4) Colocar 2 ou 3 cores sobre a pele do paciente e observá-los a uma distância de 50cm. A cor que primeiro desaparecer na visão é geralmente a apropriada para esse paciente.
- 5) Quando não for possível fazer a seleção à luz diurna, há de se buscar a luz artificial que mais se aproxime desta.
- 6) Umedecer os dentes da escala no ato da comparação;
- 7) Não ficar olhando muito tempo sobre a cor. Não fixar por mais de 5 a 10 segundos e deixar descansar a vista.

Com a escala de cor de dentes em mãos, colocamos a mesma perto da face do paciente e confrontamos a cor da pele com os dentes.

Podemos selecionar a cor, colocando o dente artificial da escala de seleção de cor em 3 posições:

- 1) Fora da boca ao lado do nariz: estabelecemos a matriz básica e a saturação da cor;
- 2) Debaixo do lábio deixando exposto unicamente a borda incisal: revelará a cor dos dentes quando a boca do paciente está em repouso.
- 3) Debaixo dos lábios unicamente com o extremo cervical coberto e a boca aberta: reproduzirá a exposição dos dentes ao sorrir.

Nogueira et al. (1996) investigaram a cor dos dentes naturais em pacientes dentados, com o objetivo verificar a correlação preconizada entre a cor dos dentes e a cor da pele; e a cor dos dentes, da pele e dos cabelos, para a seleção da cor dos dentes artificiais das dentaduras. Eles utilizaram 240 pacientes dentados naturais, com idades variando entre 15 e 25 anos, divididos conforme suas características físicas em 6 grupos: G1-negros; G2-mulatos; G3-amarelos; G4-brancos de cabelos pretos; G5-brancos de cabelos castanhos e G6-brancos de cabelos loiros. Concluíram que a cor da pele e dos cabelos não é indicador válido para se determinar a cor dos dentes artificiais para dentaduras, caso se queira reproduzir o que ocorre na natureza.

Russi et al. (1990) realizaram uma avaliação clínica do comportamento de dois métodos de seleção de cor dos dentes artificiais (método pela cor da pele e método intra-oral) frente a dois grupos de examinadores (professores e alunos). Utilizaram 15 pacientes desdentados totais bi-maxilares e concluíram, basicamente, que: 1) Os métodos estudados orientaram para uma faixa de cores, mas a decisão definitiva tem um forte componente subjetivo de cada examinador; 2) Existe uma tendência das cores escolhidas pelos dois métodos, para um mesmo paciente, serem iguais entre si, ou estarem localizadas numa mesma faixa de cores; 3) A experiência clínica tem influência na seleção da cor dos dentes artificiais.

Pode-se verificar pelo descrito, que o ato de seleção dos dentes artificiais, quanto a forma, tamanho e cor, embora existam muitas descrições de guias, é ainda, nos dias atuais, um assunto bastante contraditório, sendo realizado com base em situações empíricas nas quais o bom senso do profissional e a participação do paciente são fatores fundamentais para o resultado satisfatório do tratamento, no que diz respeito à estética.

SELEÇÃO DOS DENTES POSTERIORES

Com o modelo dos dentes anteriores selecionados, a tabela do fabricante nos fornece os correspondentes posteriores. Mesmo assim, é importante saber que eles são eleitos de acordo com:

- 1) Cor;
- 2) Largura vestibulo-lingual;
- 3) Comprimento méso-distal total;
- 4) Altura;
- 5) Inclinação Cuspídea;
- 6) Material.

Além disso, devem estar em harmonia com o tamanho e forma do rebordo residual.

Não é somente a eficiência mastigatória o fator que deve ser levado em consideração na seleção dos dentes posteriores artificiais. A comodidade, a estética e a preservação do osso subjacente e dos tecidos moles são fatores também muito importantes a serem considerados.

- 1) Cor

Segue aquela selecionada para os dentes anteriores.

- 2) Largura Vestíbulo-Lingual:

É fornecida, por correspondência aos anteriores, pela tabela do fabricante. É importante frisar que é necessário reduzir consideravelmente a largura vestibulo lingual dos dentes artificiais em relação aos dentes naturais que são substituídos. A forma oclusal permite que as forças da língua e das bochechas ajudem a manter a estabilidade das dentaduras sobre seus rebordos residuais. Por outro lado, os dentes posteriores devem ter uma largura suficiente para atuar como suporte sobre o qual se mantenha o alimento durante a mastigação.

- 3) Comprimento Méso-Distal Total

Também fornecido pela tabela do fabricante. Geralmente é aproveitável, para os dentes artificiais posteriores, o espaço compreendido entre a superfície distal do canino inferior até o começo da papila piriforme (triângulo retromolar).

Com uma régua medimos a distância da superfície distal do canino inferior até o ponto que foi marcado em relação ao fim do espaço disponível. Os dentes não devem ser colocados sobre a papila retromolar. Devido à sua natureza histológica, ela é muito mole e causaria a movimentação da prótese durante a mastigação.

Podemos medir também a distância da ponta do canino superior até 1cm adiante do sulco hamular.

4) Altura das Superfícies Vestibulares dos Dentes Posteriores

O melhor é eleger dentes posteriores que correspondam ao espaço intermaxilar e à altura dos dentes anteriores. A altura dos primeiros molares deve ser igual a dos caninos superiores com a finalidade de obter o efeito estético desejado. A forma do arco dentário deve copiar tão exatamente quanto possível a forma dos dentes naturais que são substituídos.

O comprimento méso-distal dos 4 dentes posteriores, vem marcado na cartela do jogo de dentes, por exemplo, modelo 32L da Dentron significa que os 4 dentes posteriores têm um comprimento méso-distal total de 32mm e são Longos ocluso cervicalmente.

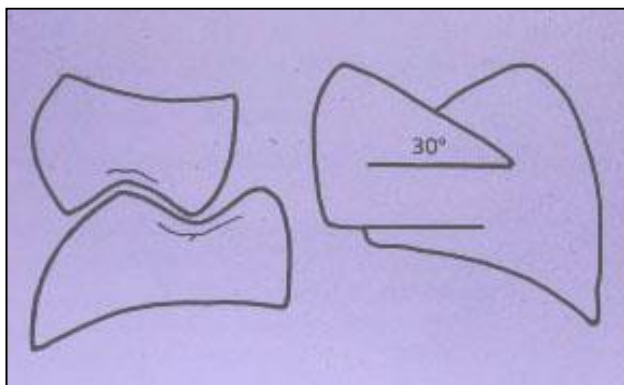
5) Inclinação Cuspídea

A inclinação cuspídea se mede segundo o ângulo formado pela vertente da cúspide méso-vestibular o primeiro molar inferior com o plano horizontal.

Os dentes artificiais posteriores são fabricados com vertentes cuspídeas que variam desde planos relativamente inclinados até quase planos. Dependendo da inclinação cuspídea, são classificados em Anatômicos (33° de inclinação cuspídea), Semi-Anatômicos (20° de inclinação cuspídea) ou Não Anatômicos (0° de inclinação cuspídea).

Dentes de 33°: Apresentam o desenho da face oclusal semelhante ao do dente natural. Estética favorável. São os mais favoráveis para a articulação completamente balanceada. Eficiência mastigatória. Necessidade de técnica precisa durante os registros maxilomandibulares.

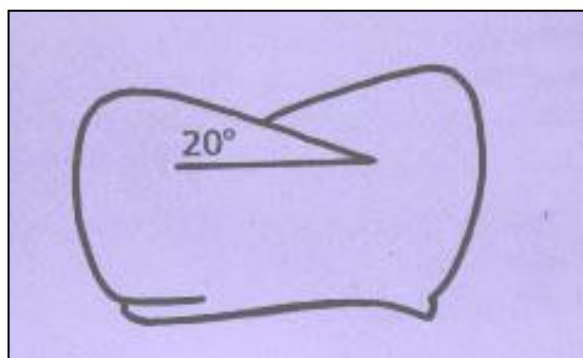
Os dentes anatômicos são indicados, principalmente, para pacientes com relacionamento de rebordos ortognático (classe I), rebordo residual bem formado, quantidade de espaço inter-rebordos moderada e para os pacientes onde a estética é fundamental.



Dente 33°

Dentes de 20°: São de forma semi-anatômica e sua dimensão vestibulo-lingual é mais ampla que a correspondente de 33°. Cúspides mais baixas. Promovem menor altura cuspeída para realizar os contatos em balanceio em posições excêntricas dos maxilares que os dentes de 33°.

São indicados quando se transfere ao articulador os registro de relação cêntrica sem tratar de estabelecer os registros de lateralidade e a articulação balanceada de arco oposto. São efetivos quando é difícil ou impossível registrar com exatidão a relação cêntrica do paciente ou quando há uma relação anormal entre os maxilares.

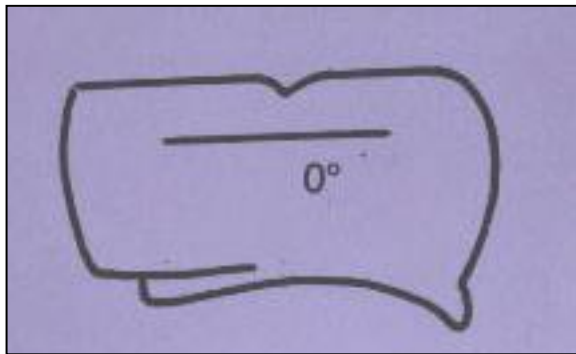


Dente 20°

Dentes de 0°: Monoplanos.

Os dentes não anatômicos são indicados principalmente para aqueles pacientes de mau relacionamento dos rebordos, rebordos extremamente reabsorvidos, grande quantidade de tecido flácido recobrindo os rebordos, espaço inter-rebordos desfavorável e aqueles onde a relação cêntrica não é facilmente reproduzida. Útil para pacientes com coordenação neuromuscular pobre e quando há a dificuldade de obter registro neuromuscular precisamente e repetidamente. Indicados também para pacientes com mordida cruzada ou em relação Classe III e particularmente para pacientes

relacionamento Classe II que movem a mandíbula muito à frente no relacionamento funcional. Bruxismo: os dentes estão contatando em movimentos mandibulares não mastigatórios. As superfícies planas oferecem menor resistência. Menor tempo laboratorial, Menor custo. Permitem construção de próteses totais com técnicas e articuladores simples. Estética inferior. Alguns pacientes reclamam da eficiência mastigatória



Dente 0°