Estratégia
CONCURSOS

Aul

Prótese Dentária - Curso Regular para Prefeituras (Odontologia) - 2019

Professor: Letícia Andrade

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO EM PRÓTESE PARCIAL FIXA (PPF)

INTRODUÇÃO 2
AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM PRÓTESE FIXA 2
RELAÇÕES MAXILO MANDIBULARES 6
MOVIMENTOS MANDIBULARES 10
DESGASTE DENTÁRIO 12
PREPARO DE DENTES COM FINALIDADE PROTÉTICA 16
PRINCÍPIOS MECÂNICOS 16
TIPOS DE TÉRMINO CERVICAL 20
PREPARO DE DENTES COM FINALIDADE PROTÉTICA 22
COROAS METALOCERÂMICAS ANTERIORES 22
COROA METALOCERÂMICA PARA POSTERIORES 23
COROA TOTAL METÁLICA 24
COROA CERÂMICA 25
PRÓTESE FIXA ADESIVA 25
PREPARO DOS DENTES PARA PRÓTESE FIXA ADESIVA 28
COROAS PROVISÓRIAS 30
MÉTODOS DE RETRAÇÃO GENGIVAL 34
QUESTÕES 36
GABARITO 45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 46



INTRODUÇÃO

Nossa aula de hoje de Prótese Dentária é Diagnóstico, Planejamento e Tratamento em Prótese Fixa. Procurei abordar de forma abrangente, pois entrar nos mínimos detalhes de toda a prótese fixa exigiria várias aulas, e considero esse nível mais específico para provas de dentista especialista em prótese dentária.

Não é rotineiro a cobrança de prótese dentária em concursos para clínico geral, vejo que é uma disciplina que costuma cair um pouco menos quando comparada a outras como anestesiologia, endodontia, periodontia, etc. No entanto, se estiver no seu edital, é fundamental que se estude.

Feita essa explicação, vamos então dar início a nossa aula de hoje!

AVALIAÇÃO DO PACIENTE EM PRÓTESE FIXA

A avaliação do paciente já começa na anamnese, onde colheremos informações sobre o paciente, doenças sistêmicas, suas queixas a respeito de sua condição

bucal/expectativas, tratamentos protéticos posteriores, e outras informações que podem nos auxiliar no diagnóstico e planejamento.

Especificamente em prótese, devemos avaliar, por ex., a dimensão vertical (DV), que pode estar diminuída – devido à perda dos dentes posteriores ou como resultado de atrição severa -, ou pode estar aumentada, devido à um tratamento dos dentes posteriores que resultou em aumento da DV, por ex. O suporte labial também deve ser avaliado, sendo que, se houver grande perda de suporte labial, a prótese fixa pode não ajudar a resolver o problema, pois haveria necessidade de enxerto ósseo/tecido para ganho de volume, pois isso a prótese fixa não consegue devolver ao paciente.

A linha do sorriso também é algo a ser observado em pacientes que passarão por reabilitação protética, pois pacientes com linha do sorriso alta (que expõem a gengiva ao sorrirem), necessitarão, por ex., de um preparo subgengival para esconder a cinta metálica da coroa metalocerâmica a ser usada. O sorriso alto é considerado quando todos os dentes anteriores e mais uma faixa de gengiva aparecem ao sorrir, um sorriso médio é quando de 75 a 100% dos dentes anteriores aparecem e todas as papilas gengivais também, e um sorriso baixo é quando menos de 75% dos dentes aparecem (classificação considerada em prótese fixa, existe também uma classificação na periodontia).

Ao exame intra-oral devemos avaliar a presença de cárie e restaurações nos dentes pilares. A cárie é considerada um dos principais fatores de insucesso da PPF, e por isso deve ser evitada ao máximo. O paciente deve ter ciência disso e a prótese deve permitir uma correta higienização. Uma linha de cimentação sempre existirá, uma linha de até 50µm é aceitável.

Quanto ao perfil de emergência da prótese, este deve ser reto, ou seja, ela deve emergir reto do sulco gengival, tomar muito cuidado com o perfil convexo, causando sobrecontorno, e com isso, maior acúmulo de placa na região e provocando inflamação crônica gengival.

As ameias cervicais devem propiciar espaço para acomodação das papilas gengivais e facilitar a higienização. Se houver pressão exagerada na papila cervical, pode haver inflamação da mesma e todas as consequências advindas desse fato. Além disso, é necessário um espaço mínimo de 1 a 1,5mm entre os dentes que irão receber a coroa, se não houver esse espaço, pode ser necessário a movimentação ortodôntica para estabelecimento dessas medidas.

A avaliação da oclusão do paciente deve ser feita preferencialmente em articulador, conseguindo-se assim, avaliação minuciosa do caso. Por ex.: casos em que houve o colapso da oclusão, devido à perda dos dentes posteriores, pode haver mobilidade acentuada dos dentes remanescentes por eles estarem recebendo muito esforço mastigatório, as próteses feitas em MIH (máxima intercuspidação habitual) devem ser checadas também em RC (relação cêntrica), para que não haja nenhum contato prematuro.

O número e distribuição dos dentes na arcada dentária é fundamental. Idealmente, no mínimo, um dente em cada segmento deve estar presente para possibilitar uma reabilitação com prótese fixa, talvez a distribuição dos dentes seja mais importante que o número de dentes envolvidos. O sentido de movimentação no sentido vestíbulo-lingual de dentes posteriores, caninos (plano lateral) e incisivos (plano frontal) é determinante no planejamento. Uma prótese envolvendo dentes pilares em um ou mais planos reduz o efeito de mobilidade individual de cada dente. A união destes planos forma um polígono de sustentação, conhecido por polígono de Roy.

A altura da coroa é algo importante para a retenção da coroa. A altura da coroa clínica deve ser avaliada, e se necessário, fazer uma retenção adicional com canaletas ou então ver a necessidade de se fazer um aumento de coroa clínica para aumento da retenção.

Deve-se também avaliar a condição periodontal do paciente. A presença de bolsas periodontais, de sangramento gengival, gengivite, exsudato gengival, etc, todos precisam ser tratados previamente ao tratamento protético, pois podem levar o mesmo ao fracasso

futuramente. Se o paciente tiver uma faixa de gengiva ceratinizada (inserida) de menos que 2mm, pode-se ter maior propensão à recessão e inflamação.

A análise do envolvimento de furcas deve ser feito. A sonda a ser utilizada é a sonda de Nabers e radiografias. A classificação é:

- I: perda horizontal de tecido de suporte, não excedendo 1/3 de largura vestibulolingual do dente afetado;
- II: perda horizontal que excede 1/3 da largura do dente, mas não envolve toda a largura vestibulolingual;
- III: perda horizontal que envolve toda a largura do dente afetado, comunicando as faces lingual e vestibular.

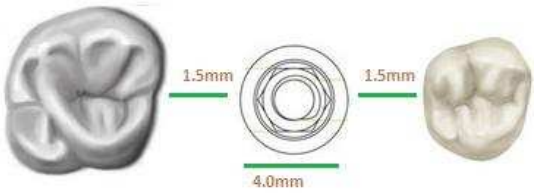
A mobilidade dental também deve ser avaliada. A classificação da mobilidade dental é a seguinte:

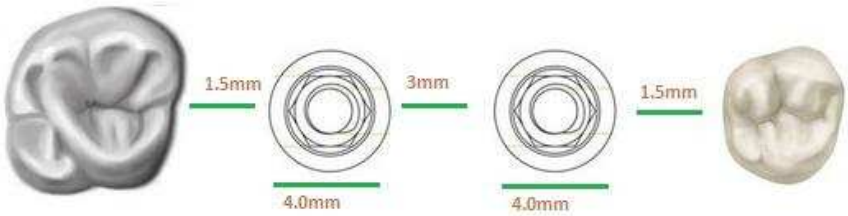
- Grau 1: quando o movimento da coroa é de 0 a 1mm no sentido horizontal;
- Grau 2: quando o movimento de amplitude é maior que 1mm no sentido horizontal;
- Grau 3: quando ocorre movimento vertical e horizontal do dente.

Ao se fazer a avaliação radiográfica dos dentes, devemos avaliar: altura da crista óssea, lesões periapicais incipientes, qualidade do tratamento endodôntico, comprimento dos núcleos, proporção coroa-raiz. As radiografias normalmente eleitas são as periapicais e a panorâmica, porém as interproximais também podem ser utilizadas e são úteis na avaliação de próteses antigas, recidivas de cáries e são mais precisas na avaliação da altura da crista óssea, devido à angulação utilizada na técnica.

Uma observação importante é quanto ao espaço necessário entre implantes e dentes. Considerando um implante de plataforma regular, é necessário um espaço de 7mm entre os dentes adjacentes, o que permite um espaço de cerca de 1,5mm entre dente e

implante para a formação da papila interproximal. Se forem instalados dois implantes adjacentes, é necessário um espaço de pelo menos 3mm entre eles.





O fator "custo" também é importante. Deve-se avaliar a relação custo benefício, e também explicar os riscos envolvidos, principalmente em casos mais extensos. A disponibilidade de tempo é outro fator importante a ser discutido com o paciente. Urgência no tratamento pode influenciar o plano de tratamento. Essas duas questões são importantes e preferencialmente, devem ser discutidas com o paciente.

RELAÇÕES MAXILO MANDIBULARES

O cirurgião-dentista, ao fazer um tratamento protético, deve saber quais são as posições/relações maxilo mandibulares, para que saiba a normalidade de oclusão e também condições patológicas.

- **Relação central/cêntrica (RC)**: por muito tempo a relação cêntrica foi definida como a relação maxilomandibular onde os côndilos estão centralizados nas fossas

mandibulares, apoiados sobre as vertentes posteriores das eminências articulares, com os respectivos discos articulares devidamente interpostos. A relação cêntrica é uma posição estritamente relacionada à posição condilar, independente dos contatos dentários (PEGORARO, 2013). Essa definição tem sido questionada, e alguns autores a descrevem como o côndilo estando em posição mais superior ou anterior (ao invés de posterior). Se a banca não indicar uma bibliografia no edital, acho complicado cobrar a definição de relação cêntrica, pois é algo que hoje, vem sendo discutido novamente, porém, por muitos anos, e até hoje, encontramos em livros a definição como a que citei primeiramente.

- **Máxima intercuspidação habitual (MIH):** é aquela em que ocorre o maior número possível de contatos entre os dentes superiores e inferiores, independente da posição condilar. A MIH é guiada totalmente pelos contatos dentários e por mecanismos de percepção neurológica de estruturas localizadas nos ligamentos periodontais. Como ela depende de contatos dentários, é uma posição que pode ser alterada, o que normalmente ocorre após o tratamento reabilitador. Quando existe coincidência entre a RC e MIH chamamos de ORC – oclusão em relação cêntrica.



Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - A Relação central também pode ser chamada de:

a) Máxima intercuspidação Habitual.

b) Posição de contato protruída.

c) Posição de estabilidade ortopédica.

d) Posição de trabalho.

GABARITO: C

Outro nome para a relação cêntrica é posição de estabilidade ortopédica. Coloquei esta questão em aula para complementar o material teórico.

2 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - “Essa posição é definida como a relação maxilo-mandibular onde os côndilos estão centralizados nas fossas mandibulares, apoiados sobre as vertentes posteriores das eminências articulares, com os respectivos discos articulares devidamente interpostos.”

O texto acima se refere à:

a) Protrusão.

b) Máxima intercuspidação Habitual.

c) Retrusão.

d) Relação cêntrica.

GABARITO: D

A banca aqui, cobrou a definição mais “tradicional” de relação cêntrica. Coloquei a questão para vocês verem como pode cair em prova. Acho mais provável, caso a banca cobre, cair dessa forma, pois é a definição mais antiga e muitos autores a definem dessa forma. Mas como citei na aula, é uma definição que vem sendo questionada, acho algo “polêmico” para se cobrar em provas, principalmente em uma de clínico geral.

3 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - Quando existe coincidência entre a Relação Cêntrica e a Máxima Intercuspidação Habitual é aplicado o termo:

a) Oclusão coincidente.

b) Oclusão em relação cêntrica.

c) Oclusão centrada na máxima intercuspidação.

d) Oclusão Perfeita.

GABARITO: B

Questão vista em aula. A coincidência entre relação cêntrica e máxima intercuspidação habitual é a oclusão em relação cêntrica (ORC).

4 - Cirurgião Dentista em Saúde Pública – Protesista – FUNDASUS – AOCP – 2015 - Referente à Relação Cêntrica, assinale a alternativa correta.

(A) É definida como aquela relação em que ocorre o maior número possível de contato entre os dentes superiores e inferiores, independentemente da posição condilar.

(B) É uma posição estritamente relacionada à posição condilar, não apresentando nenhuma relação com contatos dentários.

(C) É a relação vertical da mandíbula com a maxila, na qual os dentes se tocam.

(D) Corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, que é medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso.

(E) Refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos definidos previamente, um no terço médio da face ou no nariz, e o outro no terço inferior da face ou mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo.

GABARITO: B

Parte da definição de relação cêntrica consiste justamente em ser uma posição estritamente condilar, sem ter relação com contato dentário. A letra “A” é a definição de MIH (máxima intercuspidação intercondilar), a letra “C” não é definição completa de nenhuma relação intermaxilar, a letra “D” é a definição de DVR (dimensão vertical de repouso, veremos na aula de Prótese Total). A letra “E” é a definição de DVO (dimensão vertical de oclusão).

MOVIMENTOS MANDIBULARES

O movimento mandibular pode ser lateral ou protrusivo. No movimento de lateralidade, deve haver a desoclusão dos dentes posteriores. Essa desoclusão deve ser feita pelo canino (guia canina), ou pelo canino auxiliado pelos dentes posteriores, de uma maneira uniforme, que é chamada de desoclusão em grupo. Na reabilitação em prótese fixa, a desoclusão deve ser feita preferencialmente pela guia canina.

Alguns conceitos de oclusão ideal:

- **Transmissão das forças oclusais**: deve ser preferencialmente na direção ao longo eixo dos dentes, propiciando a manutenção da homeostasia das estruturas periodontais, mantendo-se a relação osso/dente em equilíbrio.
- **Contatos dentários posteriores bilaterais e simultâneos**: na posição de fechamento mandibular, devem haver contatos bilaterais simultâneos em todos os dentes posteriores.
- **Dimensão vertical de oclusão adequada**: além de proporcionar uma estética mais adequada, proporciona equilíbrio muscular durante a fala, mastigação e deglutição.
- **Guias laterais e anterior**: durante os movimentos laterais e anteriores, idealmente, os dentes posteriores não devem participar da oclusão. Ou seja, durante o movimento

protrusivo, as bordas incisais dos incisivos superiores deslizam nas superiores palatinas dos incisivos superiores, desocluindo totalmente os posteriores. No movimento de lateralidade, ocorre o mesmo, só que com os caninos fazendo a desoclusão (guia canina). Esses conceitos são o que definem a oclusão mutuamente protegida, onde os dentes posteriores protegem os anteriores durante os movimentos excursivos e vice-versa.

PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Um dos fatores relacionados à oclusão ideal é a oclusão mutuamente protegida. Nesta,

A) ocorrem, durante as relações dinâmicas da oclusão, contatos bilaterais simultâneos posteriores e desoclusão dos dentes anteriores. Durante a relação estática, ocorre contato dos anteriores e desoclusão dos posteriores.

B) ocorrem, durante a relação estática da oclusão, contatos bilaterais simultâneos posteriores e desoclusão dos dentes anteriores. Durante as relações dinâmicas, ocorre contato dos anteriores e desoclusão dos posteriores.

C) ocorre contato dos dentes posteriores e anteriores tanto na relação estática quanto na dinâmica.

D) ocorre contato dos dentes posteriores e anteriores somente na relação estática com os côndilos posicionados em relação cêntrica.

GABARITO: B

Uma outra maneira de definir oclusão mutuamente protegida.

Contato prematuro: refere-se a qualquer contato oclusal que, prematuramente, impede o fechamento mandibular na posição de MIH, ORC ou RC ou durante os movimentos excursivos (ex: lateralidade, protrusão, retrusão).

O contato prematuro pode causar um trauma de oclusão, podendo até levar o dente à mobilidade dentária. Se houver a estabilidade deste dente em uma nova posição, o dente pode voltar a apresentar mobilidade normal.

Trauma de oclusão é uma condição de lesão que resulta do ato dos dentes entrarem em contato, causando alterações microscópicas na membrana periodontal e mobilidade dentária patológica. Tem-se em prótese fixa, o conceito de trauma oclusal primário e o trauma oclusal secundário. O primário refere-se às interferências oclusais que atuam sobre dentes com suporte periodontal sadio. O secundário é a interferência oclusal sobre dentes com suporte periodontal já previamente comprometido.

Entre os traumas de oclusão estão: mobilidade dentária progressiva, migração dentária patológica e padrões anormais de desgaste oclusal. Radiograficamente pode haver ausência da lâmina dura por toda a extensão radicular ou um aumento na sua espessura e até reabsorção óssea.

DESGASTE DENTÁRIO

O paciente pode apresentar desgaste patológico por ter algum tipo de interferência oclusal. O desgaste pode também não estar relacionado à oclusão, como no caso da erosão. São três os principais desgastes dentários:

- ABRASÃO: perda de estrutura dentária ou de restauração não relacionada com contato dentário, proveniente de fricção de objetos sobre os dentes, como escovação com força exagerada, interposição de objetos entre os dentes, etc.
- EROSÃO: perda de estrutura dentária ou de restauração por ação química não relacionada a bactérias, como excesso de ingestão de refrigerantes, frutas ácidas e

presença de fluxo gástrico, também conhecido como biocorrosão ou perimólise (esse último termo já foi abordado em provas de concurso público).

- ATRIÇÃO: é a perda de estrutura dentária ou de restaurações causada por contato direto com dentes antagonistas, incluindo função normal e hábitos parafuncionais.

Existem também as lesões cervicais não cariosas. A lesão cervical em formato de cunha normalmente está relacionada a trauma de oclusão.



Pref Apucarana/PR – UEL/COPS – 2012 Sobre o conceito de oclusão ideal, considere as afirmativas a seguir.

I. Guias laterais com desoclusão em grupo por pré-molares.

II. Dimensão vertical de oclusão adequada.

III. Relação central coincidindo com a máxima intercuspidação habitual.

IV. Contatos dentários bilaterais, posteriores e simultâneos.

Assinale a alternativa correta.

a) Somente as afirmativas I e II são corretas.

b) Somente as afirmativas I e IV são corretas.

c) Somente as afirmativas III e IV são corretas.

d) Somente as afirmativas I, II e III são corretas.

e) Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.

GABARITO: E

As guias laterais devem ser, preferencialmente, feitas pela guia canina e não em grupo.

AERONÁUTICA – 2016 -Preencha as lacunas abaixo e, e seguida, assinale a alternativa correta.

Quando a mandíbula desliza para a frente de tal modo que os dentes anteriores superiores e inferiores fiquem em relação de topo, dá-se o nome de _____. Idealmente, o segmento anterior da mandíbula se deslocará ao longo de um trajeto orientado pelos contatos entre os dentes anteriores com _____completa dos dentes posteriores.

a) protrusão / desoclusão

b) rotação / desoclusão

c) translação / oclusão

d) excursão / oclusão

GABARITO: A

A definição de guia protrusiva é essa. Os dentes anteriores ficam em relação de topo e nesse movimento, deve haver a desoclusão completa dos dentes posteriores.

PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Durante o exame clínico e de imagem de paciente com necessidade de prótese parcial fixa, é preciso saber que

A) o número de dentes pilares é mais importante que a sua distribuição.

B) a proporção ideal entre a coroa e a raiz de um dente pilar é de 1:2.

C) as disfunções temporomandibulares podem ser tratadas por meio do uso de próteses.

D) a cirurgia de enxerto gengival livre deve ser indicada em casos estéticos.

GABARITO: B

Vimos na aula que a distribuição de dentes é, muitas vezes, mais importante que a distribuição dos mesmos. A letra B veremos com maior detalhe na aula de núcleos, mas ela está correta. As DTMs não são tratadas por meio de próteses, são outros tipos de tratamento, placa miorrelaxante, fisioterapia, etc. A cirurgia de enxerto gengival livre não é indicada para áreas estéticas pois pode haver diferença na coloração do tecido, e como é área estética, não trará um bom resultado final.

PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Mulher de 28 anos busca tratamento odontológico, com queixa principal de fratura em um dente posterior. Ao exame clínico, o profissional detecta extensa fratura com limite subgengival na região distal do elemento 16. Com o exame radiográfico, foi possível observar que a fratura se estendeu até o nível da crista óssea. O tratamento proposto para o caso foi a confecção de uma coroa metalocerâmica para restaurar o elemento dentário. Porém, previamente à execução da coroa, a paciente foi encaminhada ao periodontista para realizar

cirurgia para aumento de coroa clínica com o objetivo de aumentar a faixa de gengiva queratinizada próximo à região da fratura.

B) cirurgia de cunha distal com o objetivo de expor o término da fratura e possibilitar a realização do preparo do remanescente.

C) cirurgia de cunha distal com o objetivo de se restabelecer a função estética do elemento dentário.

D) cirurgia para aumento de coroa clínica com o objetivo de se restabelecer o espaço biológico.

GABARITO: D

Vejam que a fratura foi na altura da crista óssea, o que impossibilita a restauração sem fazer um aumento de coroa clínica, para primeiro reestabelecer o espaço biológico e depois fazer a reabilitação protética.

PREPARO DE DENTES COM FINALIDADE PROTÉTICA

Entraremos agora na parte da aula referente aos preparos dentais com finalidade protética. São os preparos dentais para coroas. Uma vez que o sucesso da prótese fixa é pautado em 3 critérios, longevidade da prótese, saúde pulpar e gengival dos dentes e satisfação do paciente, devemos observar com cuidado, além de todos os princípios já vistos até agora, os preparos protéticos.

PRINCÍPIOS MECÂNICOS

Princípios mecânicos dos preparos protéticos:

- Retenção;
- Estabilidade ou resistência;
- Rigidez estrutural;
- Integridade marginal.



Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB O preparo dental não deve ser iniciado sem que o profissional saiba quando indicá-lo e como executá-lo, buscando preencher os três princípios fundamentais para conseguir preparos corretos: mecânicos biológicos e estéticos. São princípios mecânicos necessários ao preparo, EXCETO,

a) retenção.

b) resistência.

c) rigidez estrutural.

d) preservação da saúde periodontal.

e) integridade marginal.

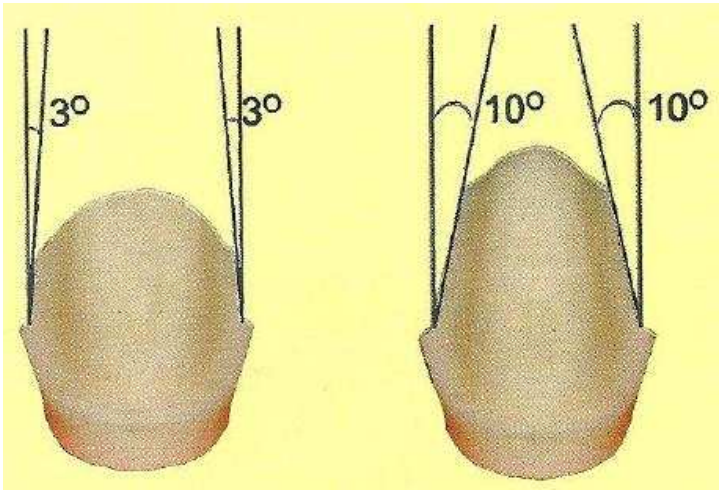
GABARITO: D

A preservação da saúde periodontal pode até ser um princípio biológico, mas não é um princípio mecânico.

RETENÇÃO

O preparo deve evitar o deslocamento axial da restauração quando submetida às forças de tração. A retenção depende basicamente do contato existente entre as superfícies internas da restauração e as externas do dente. Isso é chamado de retenção friccional, **quanto mais paralelas as paredes do preparo, mais retenção friccional haverá**. Deve-se cuidar para não exagerar, pois muita retenção friccional poderá dificultar o escoamento do cimento e com isso a adaptação da coroa. A ação conjunta da retenção friccional e a ação do cimento é que serão responsáveis pela retenção mecânica da prótese. Em dentes longos, pode-se manter a inclinação das paredes para uma convergência oclusal de 10º (PEGORARO, 2013), enquanto que em dentes curtos, as paredes do preparo dentário devem ser as mais paralelas possível, para aumentar a retenção. Se houver necessidade, pode-se fazer meios adicionais de retenção, como sulcos e canaletas.

Segundo SCHILLINGBURG, 2007, os preparos para coroas podem ter uma conicidade de até 10º em dentes anteriores e até 22º em dentes posteriores.



Desenho explicativo do grau dos preparos dentários. Mezzomo, 2006.

HORA DE praticar!

Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - EBSERH/HU-UFJF- AOCP- 2015 - Existe uma relação entre conicidade e retenção no preparo para receber coroas totais. Assinale a alternativa que apresenta corretamente esta relação.

Se a conicidade diminui, a retenção diminui.

(B) Se a conicidade aumenta, a retenção diminui.

(C) Se a conicidade aumenta, a retenção aumenta.

(D) Se a conicidade aumenta, a retenção fica estável.

(E) Se a conicidade fica estável, a retenção diminui.

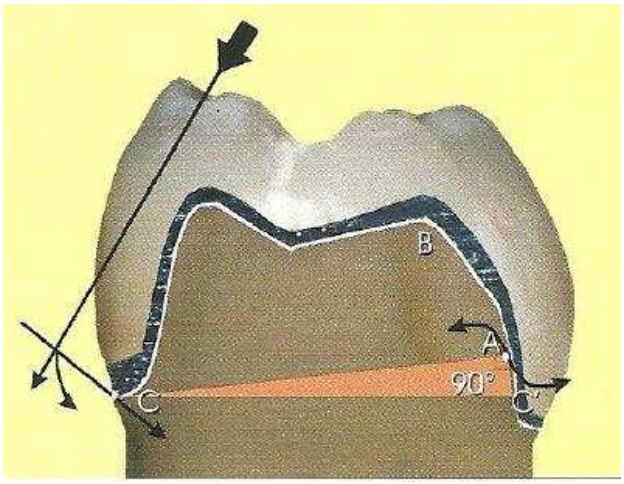
GABARITO: B

Quanto mais paralelas as paredes do preparo, ou seja, quanto menos conicidade um preparo tiver, mais a retenção aumenta. Por isso, quanto mais conicidade, menos retenção. Letra B é a correta.

RESISTÊNCIA OU ESTABILIDADE

A forma de resistência ou estabilidade previne o deslocamento da restauração quando submetida às forças oblíquas, que podem provocar a rotação da restauração. Quanto maior a altura das paredes do preparo, maior será a área de resistência do preparo que irá impedir o deslocamento da prótese quando submetida às forças laterais. Se a largura for maior que a altura, haverá maior probabilidade de rotação. Por isso, é preferível que a altura do preparo seja ao menos igual à sua largura.

Coroas íntegras, seja em estrutura dentária ou restauradas com núcleos, são mais resistentes às forças laterais.



Desenho explicativo sobre área de resistência. O dente em questão possui grande área de resistência, diminuindo as chances de rotação ou movimentação frente à forças obliquas. Mezzomo, 2006.

RIGIDEZ ESTRUTURAL

O preparo deve proporcionar espessura suficiente para o material restaurador, seja metal, metal + porcelana ou apenas porcelana.

INTEGRIDADE MARGINAL

A restauração deve estar bem adaptada e com uma linha de cimento mínima. A linha de cimentação é inevitável, e por isso, deve-se conscientizar o paciente da importância de se manter o controle de placa bacteriana, a fim de se prevenir a ocorrência de cárie dental nessa região.

TIPOS DE TÉRMINO CERVICAL

- **Ombro ou degrau**: tipo de término em que a parede axial do preparo forma um ângulo de aproximadamente 90º com a parede cervical, mantendo arredondado o encontro entre a parede axial e cervical. Indicado para preparos de coroa de porcelana pura – deve ter aproximadamente 1mm de espessura na cervical e 1,5mm de espessura nas axiais. O degrau proporciona espessura adequada para a porcelana resistir aos esforços mastigatórios, reduzindo a possibilidade de fratura. Porém, dificulta o escoamento do cimento, acentuando o desajuste oclusal e cervical com maior espessura de cimento exposto ao meio oral.
- **Ombro ou degrau biselado**: tipo de término que ocorre a formação de um ângulo de aproximadamente 90º entre a parede axial e cervical, com biselamento da aresta cavosuperficial. Está indicado para coroas metalocerâmicas com ligas áureas, nas faces vestibular e metade vestibuloproximais. Deve ser realizado apenas nas faces em que a estética é fundamental.
- **Chanfrado**: tipo de término onde a junção entre a parede axial e gengival é feita por um segmento de círculo, que deverá apresentar espessura suficiente para acomodar metal e faceta estética. Permite adequado escoamento de cimento, sendo considerado o tipo de término cervical ideal. Indicação em coroas metalocerâmicas (não áureas),

metaloplásticas e restaurações MOD, quando há a proteção de cúspides por vestibular ou lingual.

- **Chanferete**: tipo de término onde a junção entre a parede axial e gengival é feita por um segmento de círculo de pequena dimensão (aproximadamente a metade do chanfrado), devendo apresentar espessura suficiente para acomodar o metal. Indicado para coroa total metálica e como término nas faces lingual e linguoproximal, das coroas metaloplásticas e metalocerâmicas, independente da liga a ser utilizada, indicada também como término cervical das coroas ¾ e 4/5.



Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB O término cervical dos preparos pode apresentar diferentes configurações de acordo com o material a ser empregado para confecção da coroa. São tipos de preparo, EXCETO,

a) ombro.

b) ombro biselado.

c) chanfrinho.

d) chanfrado.

e) chanferete.

GABARITO: C

Chanfrinho foi invenção da banca... Todos os outros são tipos de preparo, menos a letra C.

Cirurgião Dentista em Saúde Pública – Protesista – FUNDASUS – AOCP – 2015 - Qual é o término cervical utilizado no preparo para confecção da coroa metal-free?

(A) Chanfrete.

(B) Chanfrete arredondado.

(C) Chanfrado.

(D) Ombro ou degrau.

(E) Ombro ou degrau biselado.

GABARITO: D

Ombro ou degrau são os tipos de término mais indicados para coroas metal-free.

PREPARO DE DENTES COM FINALIDADE PROTÉTICA

COROAS METALOCERÂMICAS ANTERIORES

A técnica mais recomendada é a do desgaste da silhueta, onde sulcos são confeccionados primeiro, e depois disso é feita a união dos mesmos.

As dimensões de desgaste de dentes anteriores são, segundo PEGORARO:

- 1,3mm de desgaste dentário na face vestibular até metade das proximais
- 2mm na incisal
- 2mm na palatina/lingual
- 0,6mm na linguocervical (se for feito apenas o recobrimento com metal nessa região)
- Pode ser feita uma inclinação de 2 a 5º no preparo do dente, que pode ser aumentado (5 a 10º) a partir do terço cervical, principalmente se o dente tiver coroa clínica longa.



Segundo SHILLINGBURG, as dimensões do preparo devem ser:

- 1,2mm na face vestibular até metade das proximais
- 0,7mm na linguocervical
- 1,0mm na lingual onde receberá cobertura com cerâmica
- 2,0mm na incisal.

OBS: o preparo subgengival deve ficar no máximo de 0,5 a 1,0mm de profundidade. Se ficar mais subgengival que isso, pode ter inflamação gengival, dificuldade em se higienizar e até causar uma perda óssea na região.

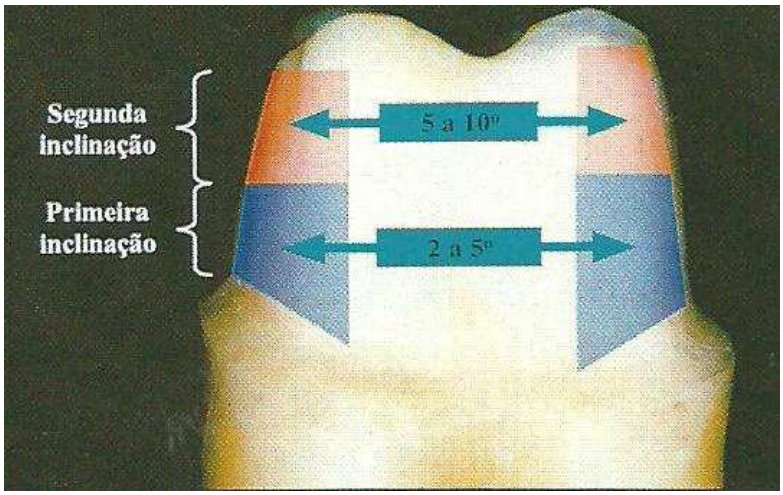
Cito a diferença entre os autores para vocês terem noção caso caia em questão de prova, pois como muitas bancas não sugerem bibliografia, prefiro comentar em aula de forma que vocês estejam preparados.

COROA METALOCERÂMICA PARA POSTERIORES

Segundo PEGORARO:

- 1,2mm na face vestibular

- Na face palatina, deve ter um desgaste de 0,6mm no terço médio-cervical (se não receber cobertura com cerâmica), e na região de terço médio-oclusal, 1,5mm (área onde receberá cerâmica).
- Na oclusal, deve ter um desgaste de 1,5mm. Se a coroa clínica for curta, 1,0mm.
- Na lingual de dentes inferiores, pode ter desgaste de 0,6mm.
- É recomendado fazer as inclinações no preparo para propiciar características de retenção e estabilidade.



Segundo SCHILINGBURG:

- 1,5mm a 2,0mm em todas as dimensões do dente (faces V, P e proximais)
- Na oclusal: 1,5mm se houver cobertura apenas de metal ou 2,0mm se for metal + cerâmica.

COROA TOTAL METÁLICA

Segundo PEGORARO:

- 0,6mm nas faces vestibular, palatina e proximais
- 1,2mm na oclusal

- O término deve ser em chanferete

COROA CERÂMICA

Segundo SCHILLINGBURG:

- O preparo para coroas cerâmicas deve ser feito em 2 planos, terço médio-gengival e terço médio-oclusal/incisal. No terço médio-gengival, o desgaste deve ser feito de 1,2 a 1,4mm, e no terço médio-oclusal deve ser feito um desgaste de 1,5 a 2,0mm.
- Na incisal/oclusal, o desgaste dever ser de 2,0mm.

Segundo PEGORARO:

- O término cervical é o de ombro, com ângulo axiogengival arredondado (ou ombro arredondado), com um desgaste uniforme de 1mm.
- Faces axiais podem ter até 1,5mm de desgaste e as faces oclusal/incisal devem ter e 1,5 a 2mm de desgaste.

PRÓTESE FIXA ADESIVA

INDICAÇÃO:

- ✓ Como retentores de prótese fixa (anterior e posterior), desde que os dentes apresentem quantidade de esmalte adequada;
- ✓ Contenção de dentes periodontalmente abalados;
- ✓ Contenção de dentes tratados ortodonticamente;
- ✓ Como elementos isolados;
- ✓ Como elemento de suporte para colocação de grampos e apoios de PPR;

- ✓ Como elemento de manutenção de contenção cêntrica e dimensão vertical de PPR;
- ✓ Como elemento de restabelecimento da guia anterior.

CONTRA-INDICAÇÃO:

- ➢ Quantidade insuficiente de esmalte devido a cáries ou restaurações extensas;
- ➢ Espaços protéticos extensos (mais de 2 pônticos);
- ➢ Dentes anteriores com deficiência estética;
- ➢ Dentes anteriores mal posicionados, nos quais a estrutura metálica possa prejudicar a estética;
- ➢ Sobre mordida profunda;
- ➢ Sensibilidade ao níquel ou outro componente da liga metálica.

VANTAGENS

- ✓ Conservação da estrutura dentária, pois o desgaste é reduzido; OBS: pode haver a necessidade de um desgaste maior em casos de prótese adesiva cerâmica (sem metal), e portanto, esse item pode ser questionável;
- ✓ Possibilidade de manter as margens supragengivais;
- ✓ O desgaste pode ser realizado sem anestesia;
- ✓ Dispensa a confecção de coroas provisórias na maioria dos casos;
- ✓ Manutenção da estética proporcionada pelos próprios dentes do paciente;
- ✓ Redução do tempo clínico;
- ✓ Redução dos custos.

DESVANTAGENS

- Desde que bem indicadas, as próteses fixas adesivas cumprem bem sua função, mas a estética pode ser prejudicada, pois a parte lingual da prótese com o metal, vai ficar aparecendo (quando não for metal free).
- Longevidade incerta
- Não há correção do espaço: se o espaço edêntulo for maior do que o espaço que o dente normalmente ocuparia, pode haver dificuldade em se instalar a prótese fixa adesiva.
- Não há correção de alinhamento: como não há desgaste das faces vestibular, proximal e incisiva, não tem como corrigir problemas de alinhamento dentário.
- Irreversibilidade (principalmente quando um preparo mais extenso for necessário).



AERONAUTICA – 2014 - Segundo Shillinburg, uma desvantagem inquestionável de prótese parcial fixa convencional com retentores de coroa total ou parcial é a grande destruição de tecido dental, por isso as próteses adesivas são bastante utilizadas para sua recuperação dental. Informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

( ) A dificuldade para temporização é quesito que se deve levar em consideração ao indicar uma prótese adesiva.

( ) A correção do alinhamento dental é facilmente corrigida pelo preparo nas áreas vestibular, proximal e incisal do dente pilar nas próteses.

( ) A presença de restaurações grandes não afetam sua retenção, pois ela é baseada na função mecânica do preparo.

( ) Nos casos de sobremordida profunda, a quantidade de material que será removida da superfície lingual dos incisivos superiores é muito grande.

a) V – F – F – V

b) F – V – V – F

c) V – F – F – F

d) V – V – F – V

GABARITO: A

A dificuldade de temporização é devido ao fato de que uma prótese parcial fixa provisória não pode ser feita com esse tipo de restauração. Se o dente perdido for substituído enquanto a prótese parcial fixa está sendo confeccionada, a reposição deve ocorrer através de uma PPR temporária mucossuportada. A segunda está errada pois o preparo é realizado apenas na superfície lingual dos dentes pilares, e por isso, não altera a forma dos dentes pilares. Restaurações grandes são contraindicações de próteses adesivas.

PREPARO DOS DENTES PARA PRÓTESE FIXA ADESIVA

Na face lingual o preparo deve abranger toda a sua extensão e na face proximal contígua ao espaço protético deve ser estendido em direção vestibular o máximo possível, sem comprometer a estética. O preparo só deve abranger os pontos de contato em caso de cárie ou de restaurações.

O objetivo do “abraçamento” da prótese, juntamente com um plano de inserção único conseguido pela inclinação entre as paredes dos dentes preparados serão responsáveis pela retenção e estabilidade.

O preparo da face lingual deve permitir a confecção do braço lingual com pelo menos 3mm de largura, que combinado com os 0,5mm de espessura, vai conferir rigidez suficiente à estrutura metálica. É aconselhável restringir o desgaste a 2mm das cúspides de contenção cêntrica.

O preparo da proximal deve terminar no máximo a 1mm do ponto de contato. O término cervical deve ser 1mm supragengival e pode ser em chanferete (PEGORARO) ou chanfro suave (SHILLINGBURG).

PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Homem de 30 anos apresentou-se para tratamento com necessidade de realização de uma coroa no elemento 15. Ao exame clínico, foi observado que o elemento aparecia durante o sorriso e, após discussão com o paciente, foi definida a confecção de uma coroa total cerâmica. Durante o preparo coronário, o profissional desgastou 0,5 mm em espessura na face vestibular do elemento. Como resultado, o trabalho final pode apresentar

A) sobrecontorno da restauração.

B) perda de retenção friccional.

C) instabilidade inicial.

D) maior suporte coronário.

GABARITO: A

O desgaste foi insuficiente para o tipo de prótese indicada. Por isso, a prótese ficará com sobrecontorno. Se ela for feita mais “fina” que o mínimo, vai perder em características de resistência e durabilidade, podendo vir a fraturar futuramente.

COROAS PROVISÓRIAS

A coroa provisória ou restauração provisória deve atender aos seguintes requisitos:

1. **Proteção da polpa**: a restauração deve ser feita de um material que evite a condução de temperaturas extremas. As margens devem sempre estar bem adaptadas para evitar a infiltração de saliva
2. **Função oclusal**: com a boa função oclusal da restauração provisória o paciente terá mais conforto, a migração do dente será prevenida, evitando-se, possivelmente, o desequilíbrio articular ou neuromuscular.
3. **Facilidade de limpeza**: a restauração deve ser feita de um material e ter um contornos que permita sua limpeza durante o tempo que estiver em uso.
4. **Margens bem delimitadas**: evitando a infiltração ou proliferação/recessão gengival.
5. **Estética**: a restauração provisória deve produzir bons resultados estéticos, principalmente nas regiões mais aparentes, como dentes anteriores e pré-molares.

HORA DE praticar!

Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - EBSERH/HU-UFJF- AOCP- 2015 - Uma adequada prótese provisória fixa deve preencher os seguintes requisitos, EXCETO

(A) facilidade de limpeza.

(B) margem atraumática.

(C) estética.

(D) boa adaptação.

(E) excesso marginal.

GABARITO: E

Excesso marginal de material não é requisito de coroa provisória, pois isso prejudicará a saúde periodontal.

Existes 2 métodos para confecção de coroas provisórias: a técnica direta e a técnica indireta. Na técnica direta, a restauração provisória é feita diretamente na boca, sendo uma técnica de mais difícil execução. Na técnica indireta, a restauração provisória é feita fora da boca, é a preferida pela precisão que oferece. Prefere-se a técnica indireta também por proteção pulpar, devido à liberação de calor pela reação exotérmica e pela liberação de monômeros, que podem irritar quimicamente a polpa.

Quanto às técnicas de confecção das coroas provisórias, elas podem ser feitas a partir de molde com alginato e/ou silicona, a partir de uma matriz (no caso de prótese parcial fixa, por ex.), a partir de coroas ocas provisórias, ou restaurações confeccionadas com resina bisacrílica sobre o molde. Não vou entrar em detalhes sobre cada técnica, pois não são complexas, e são, normalmente, utilizadas em clínica, sem maiores dificuldades. Qualquer dúvida, coloco-me à disposição pelo fórum para tirar qualquer dúvida.



Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB - Segundo Elio Mezzomo, a técnica para a confecção de próteses fixas temporárias, que as

deixam passíveis de provocar resposta pulpar pela exotermia da polimerização, se elaborada sem os devidos cuidados é a:

A) indireta.

B) híbrida.

C) direta.

D) mista.

E) combinada.

GABARITO: C

A resina acrílica – poli (metilmetacrilato), libera calor na sua reação química de presa. Na técnica direta, como é feita diretamente na boca do paciente, essa liberação de calor pode afetar a polpa dentária.

AERONÁUTICA - As restaurações provisórias podem ser classificadas, de acordo com o método utilizado para adaptá-las aos dentes, em técnica direta ou indireta. Nesse sentido, sobre tais técnicas, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo e, em seguida, assinale a sequência correta.

( ) A técnica indireta elimina a moldagem de alginato e o modelo de gesso.

( ) A técnica indireta oferece mais precisão e proteção à polpa, sobretudo se for usado o polimetilmetacrilato.

( ) Através da técnica direta, a restauração é feita fora da boca, sobre um modelo de gesso de presa rápida.

( ) Pela técnica indireta, a restauração é feita na boca, sobre o dente preparado.

a) F – V – F – F

b) V – F – V – V

c) V – V – F – F

d) F – F – V – V

GABARITO: A

A técnica indireta é aquela em que moldamos o paciente e a coroa provisória é feita fora da boca, em laboratório, por isso, não elimina a moldagem. A restauração direta é feita diretamente na boca, enquanto que na técnica indireta, a restauração é feita sobre um modelo de gesso.

PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Durante a etapa de restaurações provisórias em prótese parcial fixa, pode surgir inflamação na gengiva marginal devido à presença de

A) polimento superficial da restauração.

B) adaptação ideal da restauração.

C) rugosidade superficial da restauração.

D) mucosa queratinizada ao redor do elemento dentário.

GABARITO: C

O polimento é fundamental não só na coroa definitiva, mas também na coroa provisória. Uma superfície rugosa é mais suscetível ao acúmulo de placa bacteriana e portanto, pode causar inflamação gengival com maior facilidade.

MÉTODOS DE RETRAÇÃO GENGIVAL

Para conseguir a correta reprodução do término gengival, torna-se necessário o afastamento gengival na região cervical do dente. O afastamento gengival pode ser feito pelos métodos químicos, mecanoquímicos e por meios cirúrgicos.

- **Mecânicos**: casquetes e fios retratores.
- **Químicos**: cloreto de zinco de 2 a 40%, alúmen, e até ácido sulfúrico diluído. Mostram-se ser técnicas tão traumáticos quanto os métodos mecânicos.
- **Mecanoquímicos**: fios retratores com sais de adrenalina, como a epinefrina – disponível em soluções de 0,1 a 8%. Esses fios impregnados com adrenalina podem trazer riscos de sobredose de anestésico, principalmente em pacientes cardíacos. O tempo de um fio retrator com adrenalina no interior do sulco não deve ultrapassar os 8 min. Soluções adstringentes como sulfato de alumínio, cloreto de alumínio e sulfato férrico também são utilizadas no fio retrator, eles têm como vantagem: podem ser utilizados em tecidos ulcerados, são melhores hemostáticos e não causam distúrbios em pacientes com problemas sistêmicos. Porém, podem deixar resíduos presos aos dentes ao serem removidos e não afastam tão bem quanto os fios impregnados com adrenalina.

  Fios impregnados com sulfato de alumínio não devem ficar mais que 10 min no interior do sulco e por possuírem enxofre, não devem ser utilizados com a silicona de adição para não alterar a reação de presa das mesmas. O cloreto de alumínio não deve permanecer mais que 10 min. no interior do sulco. O sulfato férrico é utilizado também nos fios retratores, não devendo exceder a concentração de 15% e a permanência ideal dentro do sulco varia de 1 a 3 min.



Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - Assinale a alternativa incorreta com relação aos adstringentes usados em fios de retração gengival:

a) Podem ser usados em tecidos ulcerados.

b) São melhores hemostáticos.

c) Não deixam resíduos presos aos dentes.

d) Não afastam a gengiva tão bem quanto os fios impregnados com epinefrina.

GABARITO: C

As soluções adstringentes podem deixar resíduos presos aos dentes. Todas as outras alternativas estão corretas.

QUESTÕES

1 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - A Relação central também pode ser chamada de:

a) Máxima intercuspidação Habitual.

b) Posição de contato protruída.

c) Posição de estabilidade ortopédica.

d) Posição de trabalho.

2 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - “Essa posição é definida como a relação maxilo-mandibular onde os côndilos estão centralizados nas fossas mandibulares, apoiados sobre as vertentes posteriores das eminências articulares, com os respectivos discos articulares devidamente interpostos.”

O texto acima se refere à:

a) Protrusão.

b) Máxima intercuspidação Habitual.

c) Retrusão.

d) Relação cêntrica.

3 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - Pref. Guarapuava/PR – EXATUS – 2012 - Quando existe coincidência entre a Relação Cêntrica e a Máxima Intercuspidação Habitual é aplicado o termo:

a) Oclusão coincidente.

b) Oclusão em relação cêntrica.

c) Oclusão centrada na máxima intercuspidação.

d) Oclusão Perfeita.

4 - Cirurgião Dentista em Saúde Pública – Protesista – FUNDASUS – AOCP – 2015 - Referente à Relação Cêntrica, assinale a alternativa correta.

(A) É definida como aquela relação em que ocorre o maior número possível de contato entre os dentes superiores e inferiores, independentemente da posição condilar.

(B) É uma posição estritamente relacionada à posição condilar, não apresentando nenhuma relação com contatos dentários.

(C) É a relação vertical da mandíbula com a maxila, na qual os dentes se tocam.

(D) Corresponde à distância entre os dois pontos selecionados, que é medida quando a mandíbula está em posição fisiológica de repouso.

(E) Refere-se à posição vertical da mandíbula em relação à maxila, medida entre dois pontos definidos previamente, um no terço médio da face ou no nariz, e o outro no terço inferior da face ou mento, quando os dentes superiores e inferiores estão em contato intercuspídeo na posição de fechamento máximo.

5 - Pref Apucarana/PR – UEL/COPS – 2012 Sobre o conceito de oclusão ideal, considere as afirmativas a seguir.

I. Guias laterais com desoclusão em grupo por pré-molares.

II. Dimensão vertical de oclusão adequada.

III. Relação central coincidindo com a máxima intercuspidação habitual.

IV. Contatos dentários bilaterais, posteriores e simultâneos.

Assinale a alternativa correta.

a) Somente as afirmativas I e II são corretas.

b) Somente as afirmativas I e IV são corretas.

c) Somente as afirmativas III e IV são corretas.

d) Somente as afirmativas I, II e III são corretas.

e) Somente as afirmativas II, III e IV são corretas.

6 - AERONÁUTICA – 2016 -Preencha as lacunas abaixo e, e seguida, assinale a alternativa correta.

Quando a mandíbula desliza para a frente de tal modo que os dentes anteriores superiores e inferiores fiquem em relação de topo, dá-se o nome de _____. Idealmente, o segmento anterior da mandíbula se deslocará ao longo de um trajeto orientado pelos contatos entre os dentes anteriores com _____completa dos dentes posteriores.

a) protrusão / desoclusão

b) rotação / desoclusão

c) translação / oclusão

d) excursão / oclusão

7 - Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB
O preparo dental não deve ser iniciado sem que o profissional saiba quando indicá-lo e como executá-lo, buscando preencher os três princípios fundamentais para conseguir preparos

corretos: mecânicos biológicos e estéticos. São princípios mecânicos necessários ao preparo, EXCETO,

a) retenção.

b) resistência.

c) rigidez estrutural.

d) preservação da saúde periodontal.

e) integridade marginal.

8 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - EBSERH/HU-UFJF- AOCP- 2015 - Existe uma relação entre conicidade e retenção no preparo para receber coroas totais. Assinale a alternativa que apresenta corretamente esta relação.

(A) Se a conicidade diminui, a retenção diminui.

(B) Se a conicidade aumenta, a retenção diminui.

(C) Se a conicidade aumenta, a retenção aumenta.

(D) Se a conicidade aumenta, a retenção fica estável.

(E) Se a conicidade fica estável, a retenção diminui.

9 - Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB
O término cervical dos preparos pode apresentar diferentes configurações de acordo com o material a ser empregado para confecção da coroa. São tipos de preparo, EXCETO,

a) ombro.

b) ombro biselado.

c) chanfrinho.

d) chanfrado.

e) chanferete.

10 - Cirurgião Dentista em Saúde Pública – Protesista – FUNDASUS – AOCP – 2015 - Qual é o término cervical utilizado no preparo para confecção da coroa metal-free?

(A) Chanfrete.

(B) Chanfrete arredondado.

(C) Chanfrado.

(D) Ombro ou degrau.

(E) Ombro ou degrau biselado.

11 - AERONAUTICA – 2014 - Segundo Shillinburg, uma desvantagem inquestionável de prótese parcial fixa convencional com retentores de coroa total ou parcial é a grande destruição de tecido dental, por isso as próteses adesivas são bastante utilizadas para sua recuperação dental. Informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

( ) A dificuldade para temporização é quesito que se deve levar em consideração ao indicar uma prótese adesiva.

( ) A correção do alinhamento dental é facilmente corrigida pelo preparo nas áreas vestibular, proximal e incisal do dente pilar nas próteses.

( ) A presença de restaurações grandes não afetam sua retenção, pois ela é baseada na função mecânica do preparo.

( ) Nos casos de sobremordida profunda, a quantidade de material que será removida da superfície lingual dos incisivos superiores é muito grande.

a) V – F – F – V

b) F – V – V – F

c) V – F – F – F

d) V – V – F – V

12 - Cirurgião Dentista - Prótese Dentária - EBSERH/HU-UFJF- AOCP- 2015 - Uma adequada prótese provisória fixa deve preencher os seguintes requisitos, EXCETO

(A) facilidade de limpeza.

(B) margem atraumática.

(C) estética.

(D) boa adaptação.

(E) excesso marginal.

13 - Cirurgião Dentista - Especialista em Prótese Dentária - Pref. Vassouras/RJ – 2014 – FUNCAB - Segundo Elio Mezzomo, a técnica para a confecção de próteses fixas temporárias, que as deixam passíveis de provocar resposta pulpar pela exotermia da polimerização, se elaborada sem os devidos cuidados é a:

A) indireta.

B) híbrida.

C) direta.

D) mista.

E) combinada.

14- AERONÁUTICA - As restaurações provisórias podem ser classificadas, de acordo com o método utilizado para adaptá-las aos dentes, em técnica direta ou indireta. Nesse sentido, sobre tais técnicas, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo e, em seguida, assinale a sequência correta.

( ) A técnica indireta elimina a moldagem de alginato e o modelo de gesso.

( ) A técnica indireta oferece mais precisão e proteção à polpa, sobretudo se for usado o polimetilmetacrilato.

( ) Através da técnica direta, a restauração é feita fora da boca, sobre um modelo de gesso de presa rápida.

( ) Pela técnica indireta, a restauração é feita na boca, sobre o dente preparado.

a) F – V – F – F

b) V – F – V – V

c) V – V – F – F

d) F – F – V – V

15 - PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Durante o exame clínico e de imagem de paciente com necessidade de prótese parcial fixa, é preciso saber que

A) o número de dentes pilares é mais importante que a sua distribuição.

B) a proporção ideal entre a coroa e a raiz de um dente pilar é de 1:2.

C) as disfunções temporomandibulares podem ser tratadas por meio do uso de próteses.

D) a cirurgia de enxerto gengival livre deve ser indicada em casos estéticos.

16 - PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Mulher de 28 anos busca tratamento odontológico, com queixa principal de fratura em um dente posterior. Ao exame clínico, o profissional detecta extensa fratura com limite subgengival na região distal do elemento 16. Com o exame radiográfico, foi possível observar

que a fratura se estendeu até o nível da crista óssea. O tratamento proposto para o caso foi a confecção de uma coroa metalocerâmica para restaurar o elemento dentário. Porém, previamente à execução da coroa, a paciente foi encaminhada ao periodontista para realizar

A) cirurgia para aumento de coroa clínica com o objetivo de aumentar a faixa de gengiva queratinizada próximo à região da fratura.

B) cirurgia de cunha distal com o objetivo de expor o término da fratura e possibilitar a realização do preparo do remanescente.

C) cirurgia de cunha distal com o objetivo de se restabelecer a função estética do elemento dentário.

D) cirurgia para aumento de coroa clínica com o objetivo de se restabelecer o espaço biológico.

17 - PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Um dos fatores relacionados à oclusão ideal é a oclusão mutuamente protegida. Nesta,

A) ocorrem, durante as relações dinâmicas da oclusão, contatos bilaterais simultâneos posteriores e desoclusão dos dentes anteriores. Durante a relação estática, ocorre contato dos anteriores e desoclusão dos posteriores.

B) ocorrem, durante a relação estática da oclusão, contatos bilaterais simultâneos posteriores e desoclusão dos dentes anteriores. Durante as relações dinâmicas, ocorre contato dos anteriores e desoclusão dos posteriores.

C) ocorre contato dos dentes posteriores e anteriores tanto na relação estática quanto na dinâmica.

D) ocorre contato dos dentes posteriores e anteriores somente na relação estática com os côndilos posicionados em relação cêntrica.

18 - PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Homem de 30 anos apresentou-se para tratamento com necessidade de realização de uma coroa no elemento 15. Ao exame clínico, foi observado que o elemento aparecia durante o sorriso e, após discussão com o paciente, foi definida a confecção de uma coroa total cerâmica. Durante o preparo coronário, o profissional desgastou 0,5 mm em espessura na face vestibular do elemento. Como resultado, o trabalho final pode apresentar

A) sobrecontorno da restauração.

B) perda de retenção friccional.

C) instabilidade inicial.

D) maior suporte coronário.

19 - PREFEITURA NATAL/RN – 2018 – PRÓTESE DENTÁRIA

Durante a etapa de restaurações provisórias em prótese parcial fixa, pode surgir inflamação na gengiva marginal devido à presença de

A) polimento superficial da restauração.

B) adaptação ideal da restauração.

C) rugosidade superficial da restauração.

D) mucosa queratinizada ao redor do elemento dentário.

GABARITO

QUESTÃO	GABARITO
1	C
2	D
3	B
4	B
5	E
6	A
7	D
8	B
9	C
10	D
11	A
12	E
13	C
14	A
15	C
16	D
17	B
18	A
19	C

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MEZZOMO, E. Reabilitação oral contemporânea, 1ª edição, 2006.

PEGORARO, L. F. Prótese fixa, 2ª edição, 2013.

SHILLINGBURG, H. T.J. Fundamentos de prótese fixa, 4ª edição, 2007.

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. 

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. 

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. 

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. 

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. 

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. 

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. 

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. 

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.