
MONTAGEM DE MODELOS DE ESTUDO EM ARTICULADOR CLASSE III SEMI-AJUSTÁVEL - ASA

Fernandes Neto, A.J., et al. Univ. Fed. Uberlândia - 2005

A montagem de modelos de estudo em articulador classe III, semi-ajustável (ASA) do tipo arcon é indispensável para, fig. 01:

- Diagnóstico - como meio auxiliar no diagnóstico de várias situações clínicas.
- Análise oclusal - para tratamento por meio de ajuste oclusal por desgaste seletivo ou acréscimo.
- Enceramento diagnóstico.
- Planejamento - para tratamento em prótese, ortodontia e cirurgias ortognáticas.

Articulação dos modelos

Para avaliar corretamente a oclusão do paciente é preciso que os modelos de estudo ou diagnóstico estejam montados em ASA, onde a relação dos modelos com os componentes do ASA seja semelhante à existente no paciente.

A primeira questão que surge inevitavelmente é em que relação os modelos devem ser montados, relação cêntrica (RC), máxima intercuspidação habitual (MIH.) ou oclusão em relação cêntrica (ORC).

Inicialmente, faz-se necessário a diferenciação entre a montagem de modelos para estudo ou diagnóstico e a montagem de modelos de trabalho.

Para isso, é importante rever alguns conceitos sobre as relações temporomandibulares e maxilomandibulares:

- Relação Cêntrica (RC), há certa controvérsia quanto à conceituação de RC, existe, no entanto, a concordância de que é uma relação temporomandibular (côndilo com a fossa mandibular do osso temporal - cavidade glenóide), estável e reproduzível.
- Máxima Intercuspidação Habitual (MIH), é posição maxilomandibular onde existe o maior número de contatos, entre os dentes, não coincidentes com a RC.
- Oclusão em Relação Cêntrica (ORC), é a posição maxilomandibular onde a RC é coincidente com a Máxima Intercuspidação (MI).



Fig. 01 - Modelos de estudo montados em relação cêntrica em Articulador Semi Ajustável - ASA.

Em se tratando de modelos de estudo, o paciente pode apresentar algum distúrbio oclusal e necessitar de análise oclusal. Para tanto, os modelos devem ser sempre montados em RC, que permite

fazer a análise oclusal funcional, visto que partindo da RC no articulador é possível observar as discrepâncias para atingir a MIH.

A montagem dos modelos de trabalho para tratamento é feita em ORC, ou em MIH na dependência do paciente não apresentar sinais e sintomas de oclusão traumática.

Montagem do modelo de estudo do arco dentário superior

O modelo superior é sempre o primeiro a ser montado. O registro do arco facial é um dos passos essenciais para uma montagem adequada.

Obtenção do registro com o arco facial

- Material e Instrumental
 - arco facial
 - garfo de mordida
 - relator nasal
 - chaves de manuseio do articulador
 - plastificador de godiva ou lâmpada a álcool.
 - godiva
 - cabo de bisturi com lâmina
 - cimento à base de óxido de zinco (sistema pasta/pasta) ou pasta zincoenólica
 - vaselina



Fig. 02 - Arco facial com garfo de mordida e relator nasal posicionados.

- Obtenção dos registros no garfo

Selecionar um ponto anterior e dois pontos posteriores no arco dentário superior do paciente. Posicionar o garfo (componente do arco facial) na boca do

paciente e marcar no garfo os três pontos, que receberão a godiva.

Plastificar a godiva e aplicá-la nas faces superior e inferior do garfo, nos pontos previamente determinados, deixando o volume em altura, numa relação do ponto anterior para os posteriores de 3:1 (ex.: 6mm de godiva no ponto anterior e 2 mm nos posteriores), fig. 03.

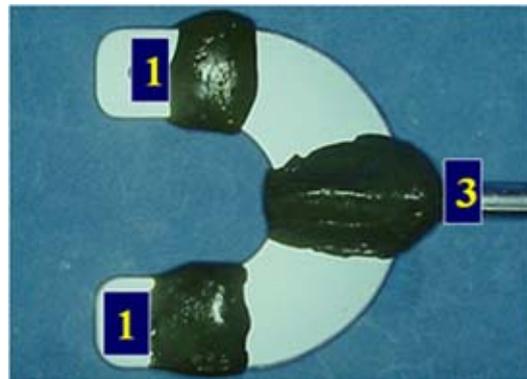


Fig. 03 - Três porções de godiva posicionadas em diferentes posições do garfo de mordida.

Com o paciente confortavelmente posicionado na cadeira odontológica e a cabeça ligeiramente inclinada para cima, posiciona-se o garfo com a godiva plastificada na boca do paciente, centralizando seu cabo com a linha média da face do mesmo. Em seguida, pressioná-lo contra os dentes superiores para obter o registro das pontas de cúspides, fig. 04.



Fig. 04 - Posicionamento do garfo de mordida na boca do paciente.

Manter o garfo em posição e solicitar ao paciente que oclua ligeiramente os dentes inferiores sobre a godiva, para

estabilizar o garfo pela impressão das pontas das cúspides destes dentes, fig. 05.



Fig. 05 - Garfo estabilizado na boca pela mordida.

Resfriar a godiva e remover o garfo da boca do paciente, verificando a precisão do registro, fig. 06. Se houver excessos de godiva (interferência com os tecidos moles), báscula ou toque de dentes na parte metálica do garfo, o registro deve ser corrigido reembasando-o, ou repetido na dependência do grau das deformações.



Fig. 06 - Garfo removido e verificação a precisão do registro.

O reembasamento poderá ser feito com pasta zincoenólica ou cimento de óxido de zinco e eugenol. Após vaselinar os dentes, coloca-se o material sobre a godiva e leva-se o garfo de mordida na boca do paciente, solicitando que oclua firmemente sobre o mesmo até a presa final do material.

Quando o paciente não possuir dentes na região anterior ou posterior, a godiva nessa região deverá moldar o

rebordo, devendo ser sempre reembasada com pasta de óxido de zinco, de forma a obter três pontos de apoio estáveis.

- Instalação do arco facial no paciente

De posse do arco facial, limpar com uma gaze embebida em álcool os suportes auriculares plásticos localizados nas extremidades do arco facial, e posicioná-los nos condutos auditivos externos do paciente, informando-o que esses suportes ampliarão os ruídos causados pelos ajustes do arco facial.

Pedir ao paciente que segure com firmeza ambos os braços do arco facial e ao mesmo tempo conecta-se a presilha localizada na haste vertical do arco facial ao cabo do garfo. Nesta operação deve-se certificar que a presilha fique por cima do cabo do garfo, de tal forma que os parafusos de ajuste, quando existirem, fiquem para baixo e o conjunto posicionado do lado direito do paciente, fig. 07.



Fig. 07 - Posicionamento dos arco facial.

Durante a colocação, deve haver um giro nos dois eixos e a presilha deverá se aproximar ao máximo dos lábios do paciente. Neste momento, o paciente deve ser orientado a exercer ligeira pressão bilateral no arco facial que está segurando, para dentro e para frente, aproximando ao máximo o suporte auricular plástico da ATM.

Apertar os três parafusos superiores do arco facial e instalar o relator nasal na barra transversal do mesmo. Ajustar o arco facial movimentando a presilha na haste vertical para cima ou para baixo até o relator nasal se apoiar no nasion (glabella)

do paciente e apertar o parafuso que o fixa, fig. 08.



Fig. 08 - Posicionamento do relator nasal.

- Fixação do garfo de mordida ao arco facial

Enquanto o paciente mantém o arco facial com firmeza, deslocar a presilha da haste horizontal do arco facial para trás, deslizando-a pelo cabo do garfo de mordida, até que fique perto dos lábios, sem tocá-los. Use a mão esquerda para estabilizar todo o conjunto durante o ajuste para evitar o efeito de torção que causa desconforto ao paciente. Com a mão direita, apertar firmemente o parafuso da presilha da haste horizontal com a chave adequada e, em seguida, o da presilha na barra vertical do arco, fig. 09.



Fig. 09 - Fixação do garfo de mordida ao arco facial

- Registro da distância intercondilar

Observar a distância intercondilar aproximada do paciente, registrada na região anterior e superior do arco facial, que pode ser pequena (P/S/1), média (M/2) ou grande (G/L/3). Esta informação deve

ser anotada na ficha do paciente para posterior ajuste do articulador, fig. 10.

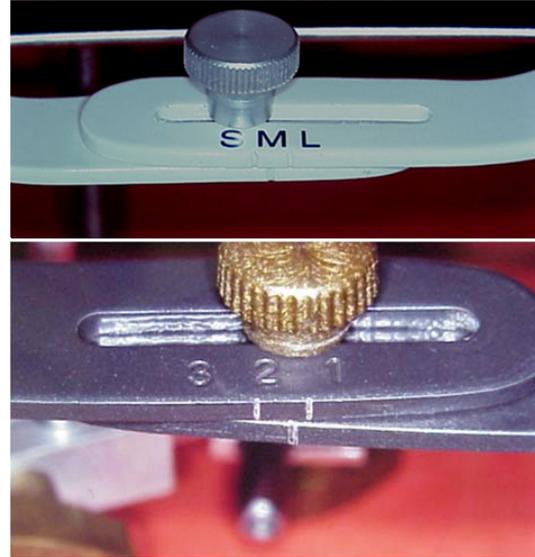


Fig. 10 - Observação da distância intercondilar aproximada do paciente, registrada na região anterior e superior do arco facial.



Fig. 11 - Arco facial posicionado no paciente.

Para remoção do arco facial da face do paciente, desapertar o parafuso de fixação e retirar o relator nasal. Em seguida, desaperte somente o parafuso mais anterior da parte superior do arco facial. Os dois laterais, se afrouxados, podem bascular o garfo. Solicitar ao paciente que abra lentamente a boca e logo após retirar todo o conjunto com cuidado.

Preparo do articulador para Montagem dos modelos

- Ajustar da distância intercondilar no articulador

O corpo do articulador tem na sua parte superior bilateral três orifícios, marcados respectivamente como:

* L, G ou três.

* M ou dois.

* S, P ou um.

Tais orifícios correspondem às distâncias intercondilares grande, média e pequena. Cada um dos elementos condilares deverá ser fixo num desses orifícios, em correspondência à distância intercondilar do paciente, conforme registrado no arco facial. É importante que os elementos condilares sejam bem ajustados, fig.12.

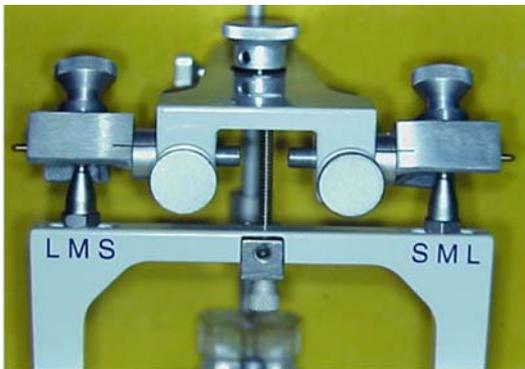


Fig. 12 - Vista posterior do ASA, registro das distancias condilares.

Se o registro da distância intercondilar no arco facial coincidir com a linha demarcatória entre duas distâncias, ajustar o articulador sempre na distância menor, o que resultará em cúspides mais baixas havendo menor possibilidade de interferências, fig. 13.



Fig. 13 - Posicionamento do cõndilo no orifício correspondente à distancia condilar determinada.

Em seguida, ajustar as guias condilares (cavidades glenóides) no ramo superior do articulador na mesma distância

dos cõndilos, colocando ou tirando espaçadores nos eixos das guias condilares. Usar dois espaçadores em cada lado para a distância grande, um para média e nenhum para pequena. Os espaçadores devem ser ajustados em contato com o ramo superior e com as guias condilares do articulador, figs. 14 e 15.



Fig. 14 - Posicionamento de um espaçador correspondente a distancia intercondilar média.



Fig. 15 - Modelo diferente de articulador - posicionamento de um espaçador correspondente a distancia intercondilar média.

Ao usar espaçadores o lado biselado deve estar voltado para as guias condilares. Isso assegurará a liberdade de se ajustar o ângulo de Bennett até sua graduação máxima. A linha horizontal demarcatória do espaçador deverá estar alinhada com a marca de referência da guia condilar.

- Controle posterior (guia condilar)

É fundamental a estabilização dos cõndilos nas paredes superior, posterior e mediana das guias condilares, ajustadas de acordo com as características das ATMs do paciente, ou nas medidas médias:

- Parede superior 30°, figs. 16 e 17.

- Parede mediana (Ângulo de Bennett) 15°, figs. 18 e 19.

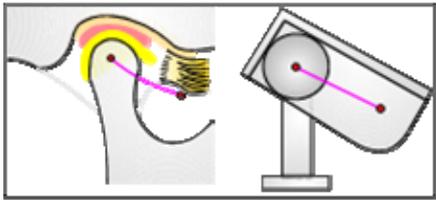


Fig. 16 guia condilar, parede superior, plano sagital.

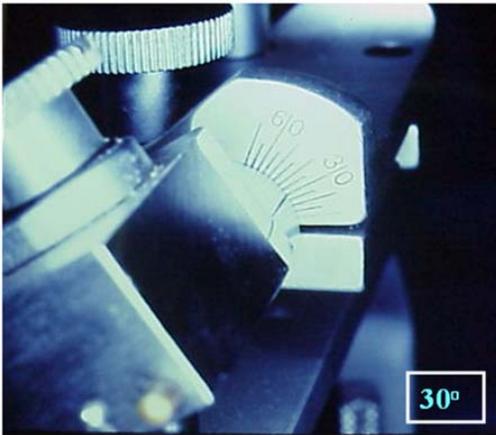


Fig. 17 - Ajuste da guia condilar no ASA.

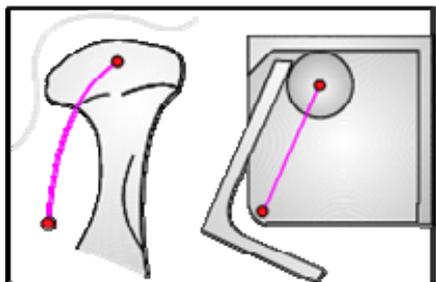


Fig. 18 guia condilar, parede mediana, plano horizontal.

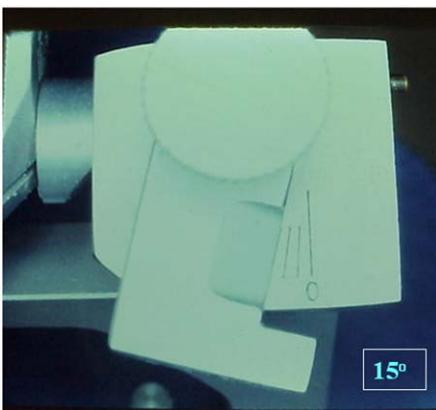


Fig. 19 - Ajuste da guia condilar no ASA.

Instalação do arco facial no articulador

Limpar, vaselinar e fixar firmemente as placas de montagem nos ramos superior e inferior do articulador, fig. 20, posicionar a mesa incisal no ramo inferior e remover o pino-guia.



Fig. 20 - Fixação da placa de montagem no ramo superior do ASA.

Para fixar o arco facial no articulador, segurá-lo com uma mão e com a outra manter o ramo superior do articulador. Acoplar os orifícios, localizados nos suportes auriculares, nos pinos localizados na porção externa posterior das guias condilares, fig. 21, enquanto um dos braços do arco facial é mantido contra o próprio corpo do operador.

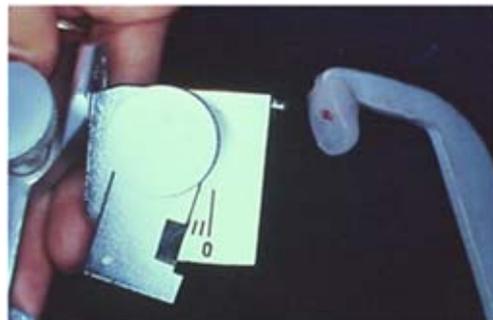


Fig. 21 - Acoplagem do arco facial no ramo superior do ASA.

Deixar que a extremidade anterior do ramo superior do articulador descanse sobre a barra transversal do arco facial. Pressionar os braços do arco facial contra as guias condilares e apertar o parafuso anterior do arco facial, fig. 22.



Fig. 22 - Instalação do arco facial no ramo superior do ASA.

Em seguida apoiar as guias condilares do ramo superior sobre os cêndilos já instalados no corpo do articulador. Ao mesmo tempo, a haste do garfo de mordida do arco facial ficará apoiada sobre a mesa incisal.

No parafuso de fixação da placa de montagem inferior fixar o suporte do garfo (acessório opcional), fig. 23, ou posicionar um rolete de cera rosa nº 7 ou nº 9, fig. 24, para sustentar o garfo evitando báscula do mesmo no momento da fixação do modelo superior ao ramo superior do articulador, com gesso.



Fig. 23 - Posicionamento do suporte do garfo de mordida no ramo inferior do ASA.

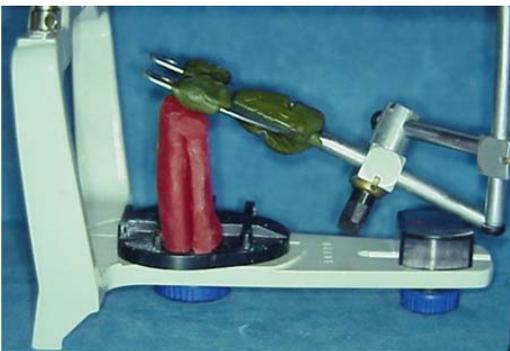


Fig. 24 - Posicionamento do rolete de cera no ramo inferior do ASA.

Fixação do modelo de estudo do arco dentário superior no ASA em laboratório.

- Material e Instrumental

- articulador
- arco facial com registro efetuado
- modelo superior recortado
- cubeta de borracha
- espátula para gesso
- cera pegajosa
- faca para gesso
- gesso pedra tipo IV
- balança para gesso
- medida de água (proveta)
- vaselina em pasta
- pincel para a vaselina.

É necessário verificar se o espaço entre o modelo, devidamente posicionado sobre o registro do garfo, e a placa de montagem é suficiente para o gesso de fixação. A distância ideal entre o modelo e a placa é de um cm (para evitar distorções), fig. 25.



Fig. 25- observação da distância ideal entre o modelo e a placa de montagem.

Fazer retenções (ranhuras) na base do modelo superior e umedecê-lo em cubeta de borracha com água, (os dentes voltados para cima sem umedecê-los) ou com algodão embebido em água, fig. 26.



Fig. 26 - confecção de retenções (ranhuras) na base do modelo superior.

- Colocação do gesso para fixação do modelo.

Adaptar com todo o cuidado o modelo de estudo no registro de godiva do garfo de mordida (podendo até uni-los com cera pegajosa). Suspender o ramo superior do articulador e colocar gesso pedra tipo III bem espatulado (consistência cremosa/espessa) sobre a base do modelo em três pontos, um anterior e dois posteriores, fig. 27.



Fig. 27 - Colocação do gesso pedra tipo III para fixação do modelo ao ramo superior do ASA.



Fig. 28 - Fechar o ramo superior do ASA.

Fechar o ramo superior do articulador até tocar a barra transversal do arco facial, fig. 28.

Mantê-lo nessa posição até a presa final do gesso, após remover o arco facial do articulador completando se necessário o gesso para uma fixação segura do modelo, deixando a superfície de gesso lisa e sem excesso, fig. 29.

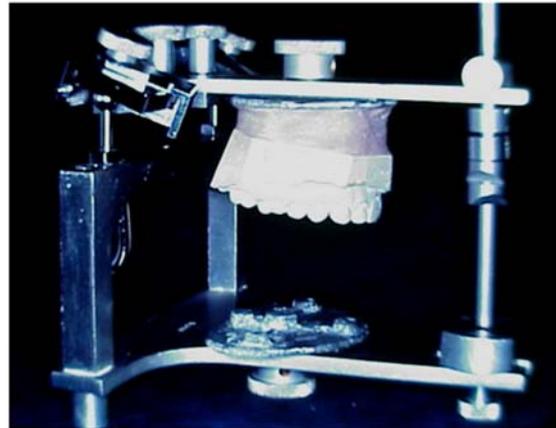


Fig. 29 - O modelo superior montado em ASA.

Montagem do modelo de estudo do arco dentário inferior

O passo fundamental na montagem do modelo de estudo inferior consiste na obtenção e registro da mordida com a mandíbula na posição de RC. Para facilitar o reposicionamento mandibular em RC, deve-se confeccionar um dispositivo sobre os incisivos centrais superiores em R.A.A.Q. denominado “jig” de Vítor O. Lúcia, fig. 30.



Fig. 30 - Vista frontal do “jig” de Vítor O. Lúcia.

Tal dispositivo tem como funções: inibir os contatos dentários posteriores, desprogramar a memória proprioceptiva do ligamento periodontal e promover o

relaxamento dos músculos da mastigação, principalmente o pterigóideo lateral, permitindo acomodação estável do côndilo na fossa mandibular do osso temporal, em uma posição reproduzível.

A técnica de confecção do “jig” e a posterior manipulação mandibular foram abordadas em capítulo anterior

Registro da posição de RC no “Jig”

- Material e Instrumental para o registro:
 - potes dappen (02)
 - R.A.A.Q.
 - pincel
 - fita marcadora para ajuste
 - pinça de Miller.

Para a obtenção segura da posição de RC quando do registro em cera deve-se:

A) Registrar com fita de marcação oclusal o ponto de contato do incisivo inferior na face palatina do “Jig” na posição de RC, figs. 31 e 32.



Fig. 31 - Manipulação frontal da mandíbula com o uso do “JIG” para o registro da RC.



Fig. 32 - Registro da RC com a fita marcadora.

B) Adicionar com o pincel uma pequena porção de R.A.A.Q. exatamente no ponto marcado anteriormente, fig. 33.

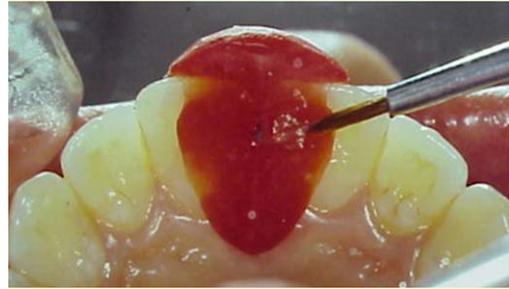


Fig. 33- Adição de resina, com o pincel, na marca do registro da RC no “JIG”.

C) Manipular a mandíbula do paciente até que o incisivo inferior toque sobre a resina adicionada. A mandíbula deve permanecer nesta posição até a presa do material, fig. 34.



Fig. 34 - Registro da RC no “GIJ”.



Fig. 35 - “JIG” em paciente desdentado anterior.

Com este procedimento obtém-se uma referência anterior estável no “Jig”, o que assegura o correto registro da posição de RC com a cera.

Registros interoclusais (diagnóstico)

- Princípios Básicos

Os registros interoclusais nos permitem relacionar as duas arcadas dentárias, possibilitando montar os respectivos modelos no articulador e realizar os estudos e ajustes necessários.

Montagem dos modelos: com o auxílio do registro em RC, os modelos superior e inferior são articulados numa

posição de estabilidade dos côndilos com a fossa mandibular do osso temporal.

Ajuste do articulador: com o auxílio dos registros em protrusão e lateralidades ajusta-se o trajeto sagital e horizontal dos côndilos (por meio dos registros da guia condilar e do ângulo de Bennett) nas posições excêntricas.

- Material e Instrumental para todos os registros:
 - modelo superior recortado
 - “Jig”
 - placas de cera rosa nº 7 ou 9
 - cabo de bisturi com lâmina
 - tesoura
 - espátula Le Cron
 - lâmpada a álcool
 - cimento ou pasta à base de óxido de zinco.

Os registros mandibulares são divididos em dois grupos:

- Registro interoclusal em relação cêntrica (RC):

Aquecer uma placa de cera rosa nº 7 em lâmpada a álcool. Dobrá-la para formar camada dupla. Esta placa deverá ter espessura ligeiramente maior que o espaço interoclusal obtido com o “jig”. Posicioná-la no modelo superior, recortar os excessos de cera por vestibular e na distal dos últimos dentes com tesoura ou lâmina de bisturi.

Na porção anterior, recortar a cera em formato de “V”, criando assim espaço para o “jig” quando a placa de cera for inserida na boca, fig. 36.



Fig. 36 - Registro interoclusal em cera, recortado sobre o modelo.

Posicionar cuidadosamente o “jig” sobre os incisivos superiores. Plastificar a placa de cera e pressioná-la sobre os dentes superiores. Manipular a mandíbula, fechando-a, até que o incisivo inferior contate solidamente com o jig no ponto de registro da RC, fig. 37.



Fig. 37 - Registro interoclusal em cera

Os molares inferiores devem deixar registradas as marcas das pontas de cúspides no registro em cera. Com jato de água/ar, resfriar o registro e removê-lo em seguida. Se necessário reembasá-lo com cimento ou pasta á base de óxido de zinco. Se houver perfurações no registro de cera, isto significa contato dental, ou deve-se aumentar o “jig” até obter 1 mm de espaço posterior, repetindo o registro para corrigir esta falha, fig. 38.



Fig. 38 - Registro interoclusal em cera, obtido em RC sobre o modelo.

Após a remoção do registro, este deve ser manuseado com cuidado e, se necessário, armazenado em baixa temperatura, para evitar distorções.

- Registro interoclusal das posições laterais:

Para se verificar o movimento lateral nos casos onde o canino estiver fora da posição e não ficar topo-topo, dividi-se o incisivo central superior do lado correspondente ao movimento de trabalho em três terços. Marca-se o terço distal e ao efetuar o movimento a linha média entre os incisivos centrais inferiores deve coincidir com a marca feita no terço distal do incisivo superior.

Para registrar a posição de trabalho do lado esquerdo e a trajetória do côndilo de balanceio do lado direito, coloca-se a placa de cera, recortada com o auxílio do modelo, ligeiramente aquecida sobre os dentes superiores do paciente. Pedir ao paciente para guiar a mandíbula para a esquerda e fechá-la na posição de topo a topo dos caninos. Se o paciente tiver dificuldade em executar o movimento, colocar o dedo na face vestibular do canino superior e pedir para que ele tente mordê-lo. Resfriar o registro com jatos de ar e retirá-lo da boca.

Repetir os mesmos passos para o lado esquerdo, fig. 39.



Fig. 39 - Registro interoclusal da posição de trabalho do lado esquerdo.

- Registro interoclusal da posição de protrusão

Posiciona-se a placa de cera devidamente recortada e ligeiramente aquecida sobre os dentes superiores, sem o "jig". Neste registro, o próprio paciente executa o movimento sem ser guiado pelo operador. Para auxiliar o paciente na execução do movimento, colocar o dedo sobre a vestibular dos incisivos centrais

superiores e pedir ao mesmo que tente mordê-lo. Neste momento o paciente estará executando o movimento de protrusão, que será registrado, fig. 40.



Fig. 40 - Registro interoclusal da posição de protrusão.

Devido às limitações dos articuladores semi-ajustáveis e quando o paciente apresentar guia anterior efetiva, preconiza-se substituir os registros de lateralidade e protrusão, utilizando angulações de 30° para a guia condilar (parede superior) e 15° para o ângulo de Bennett (parede mediana), que são as medidas médias. Porém é indispensável o registro em relação cêntrica.

Fixação do modelo de estudo do arco dentário inferior no articulador (ASA) em laboratório.

- Material e Instrumental:
 - articulador com modelo superior montado
 - registro em cera da RC
 - modelo inferior recortado (com retenções na base)
 - palitos de madeira para fixação dos modelos
 - lâmpada a álcool
 - cera pegajosa ou cola a base de cianoacrilato - Bond
 - espátula 31
 - cubeta de borracha
 - espátula para gesso
 - vaselina
 - pincel
 - gesso pedra tipo IV

A partir do registro em cera obtido com espessura tal que altera a dimensão vertical de oclusão do paciente nos modelos, utiliza-se um artifício prático para compensar esta espessura. Para calcular a espessura do registro e compensá-la no pino guia devemos:

- Articular manualmente os modelos em MIH e com um lápis de ponta fina marcar no incisivo central inferior o trespasse vertical do incisivo central superior sobre a sua face vestibular, fig. 41.

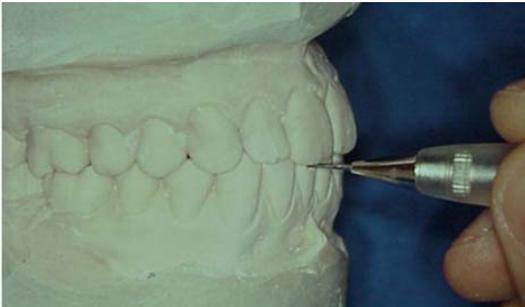


Fig. 41 - Registro da dimensão vertical em MIH

- Posteriormente, posiciona-se o registro em cera da RC no modelo superior, articula-se manualmente os modelos e marca-se com lápis o novo trespasse vertical anterior, fig. 42.



Fig. 42 - Registro da dimensão vertical em RC com o registro em posicionado.

A seguir, mede-se a diferença entre as duas marcas. Sabendo-se que a relação na abertura bucal entre o último molar e os incisivos é de 1:3, quando a diferença entre as duas marcações obtidas for de 2 mm por exemplo, significa que a distância interoclusal do últimos molares é 3 vezes menor, ou seja, aproximadamente de 0,7 mm. Considerando que a relação de abertura entre os incisivos e o pino guia do

articulador é em média de 1:1,5, a diferença de 2 mm multiplicada por 1,5 será igual a 3 mm, valor este que deve ser aumentado na dimensão vertical do articulador através do pino guia. Isso se consegue, erguendo-se o ramo superior 3 mm em relação à marca zero do pino guia (linha contínua), figs 43 e 44.

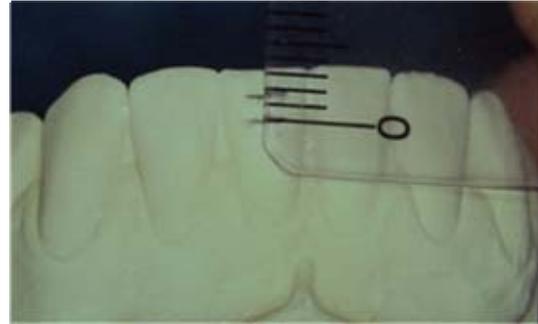


Fig. 43 - Registro da diferença da dimensão vertical em MIH e RC com o registro em cera.

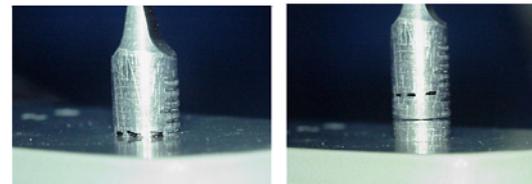


Fig. 44 - Ajuste do pino guia do ASA.

Ajusta-se a mesa incisal com o pino guia apoiado em seu centro, fig. 45.



Fig. 45- Ajuste do pino guia e mesa incisal do ASA.

Coloca-se o ramo superior do articulador invertido, com o respectivo modelo já montado sobre a bancada de trabalho (com o extremo do pino guia incisal se estendendo para fora da bancada). Fazer ranhuras na base do modelo inferior e utilizar o registro interoclusal em cêntrica para relacioná-lo com o modelo superior já montado. Prendê-los com 3 palitos de madeira e cera pegajosa ou cola. Umedecer a base do modelo inferior e fixá-lo ao articulador, utilizando-se o mínimo de gesso pedra para evitar possíveis distorções, fig. 46.



Fig. 46 - Fixação do modelo inferior no superior por meio do registro cêntrico e palitos e cera pegajosa.

Após a aplicação do gesso pedra no modelo, posiciona-se o ramo inferior do articulador também invertido, colocando os côndilos em sua posição de retrusão nas guias condilares. Fecha-se o ramo inferior contra o gesso de consistência cremosa/espessa, até que o pino guia toque a mesa incisal. Mantém-se o modelo nesta posição até a presa final do gesso.

Após a presa final remove-se o registro de RC, retorna-se o pino guia em zero, obtendo-se o paralelismo entre os ramos do articulador e observa-se a discrepância oclusal entre a RC e a MIH na dimensão vertical de oclusão dos modelos. Essa discrepância deve coincidir com a situação clínica do paciente, figs 47, 48 e 49.



Fig. 47 - Colocação do gesso de fixação do modelo inferior ao ASA.



Fig. 48 - Modelo montado ainda com o registro em RC.



Fig. 49 - Modelo montado no ASA em RC.

Ajuste das guias do articulador

- Guias Condilares

A configuração da articulação temporomandibular tem grande influência nos movimentos da mandíbula. A morfologia oclusal de qualquer restauração deve estar em harmonia com os movimentos da mandíbula para evitar desarmonia oclusal e trauma.

Para tirar o máximo rendimento do articulador, suas guias condilares têm que se aproximar dos limites anatômicos das articulações temporomandibulares. Isto facilitará a confecção de restaurações com alto grau de precisão reduzindo o tempo gasto nos ajustes intra-bucais. Com a finalidade de se ajustar as guias condilares é que são feitos os registros das posições excêntricas da mandíbula.

- Material e Instrumental

- articulador com modelos superior e inferior montados - chave de manuseio do articulador

- registros em cera de lateralidade e protrusão

- tira de celofane

Depois da presa do gesso de montagem e a remoção do registro em cêntrica, colocar as guias condilares (parede superior) em zero (0) e os controles de lateralidade (parede mediana) em sua posição mais aberta (45°). Liberar o pino guia da mesa incisal para prevenir qualquer interferência.

- Parede Superior (Guia condilar)

Com o ramo superior e seu respectivo modelo invertido, coloca-se o registro protrusivo sobre os dentes do modelo superior. Ocluir com cuidado os dentes do modelo inferior nas marcas do registro em cera (registro de posição protrusiva), observar o distanciamento para baixo dos côndilos do articulador da parede superior da guia condilar. Proceder então o ajuste da inclinação da parede superior da guia condilar do articulador, afrouxando os parafusos de fixação e girando as guias condilares para baixo, fazendo com que a parede superior da guia condilar toque o elemento condilar de cada lado do articulador.

Coloca-se uma tira de papel celofane sobre o côndilo tracionando-a até se verificar contato entre esse e a parede superior da guia condilar, bilateralmente. Neste momento, aperta-se os parafusos de fixação das guias condilares.

- Parede Mediana (Ângulo de Bennett)

É o ângulo formado pelo plano sagital e a trajetória do côndilo de balanceio durante o movimento lateral, visto do plano horizontal.

Ajusta-se com o ramo superior e seu respectivo modelo invertido. Adapta-se o registro de lateralidade direita sobre os dentes do modelo superior, ocluindo o modelo inferior sobre o registro. Soltar do lado oposto o parafuso de fixação da guia lateral (ângulo de Bennett) e girar a guia até que toque a superfície medial do côndilo. Observa-se a existência do toque com o uso da fita de papel celofane e aperta-se o parafuso de fixação. Fica assim registrado o ângulo de Bennett esquerdo.

Seguindo-se os mesmos passos, ajusta-se o ângulo de Bennett direito usando o registro de lateralidade esquerda.

Obtêm-se assim os modelos de estudo do paciente corretamente montados em articulador semi-ajustável e aptos para o uso.

Bibliografia consultada:

ASH, M. M., RAMFJORD, S. P. Introdução à oclusão funcional. Traduzido por José dos Santos Jr. Guarulhos S.P.: Parma, 1987. 276 p.

DAWSON, P. E. Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais. 2. edição, Traduzido por Silas Cunha Ribeiro. São Paulo: Artes Médicas, 1993. 686 p.

HOWAT, A. P. et. al. Atlas colorido de oclusão e maloclusão. São Paulo: Artes Médicas, 1992. 240 p.

LUCIA V.O A technique for recording centric relation. J Prosthet Dent 14:492, 1964.

OKESON, J. P. Fundamentos de oclusão e distúrbios temporomandibulares. 2. ed. traduzido por Milton Edson Miranda. São Paulo: Artes Médicas, 1992. 449 p.

PAIVA, H. J. et al. Oclusão: Noções e Conceitos Básicos. São Paulo: Liv. Ed. Santos, 1997. 336 p.

RAMFJORD, S. P. & ASH, M. M. Oclusão. 3. edição, Trad. Dioracy Fonterrada Vieira. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.

SCHLUGER, S., YUODELIS, R. R., PAGE, R. C., Periodontia: fenômenos básicos, tratamento e inter-relação oclusais

e restauradores. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981. 701 p.

SENCHEMAN, G. et. al. Manual sobre neurofisiologia de la oclusion. Bogota, Pontificia Universidad Javeriana, 1975. 66 p.