

Integração orto-perio-prótese para correção de assimetria gengival - relato de caso

Glauco Rangel Zanetti*, **Roberto Carlos Bodart Brandão****,
Liliane Scheidegger Da Silva Zanetti***, **Gabriela Cassaro De Castro******,
Fausto Frizzera Borges Filho*****

RESUMO

Diante da intensa busca em se alcançar estética nos tratamentos odontológicos, é fundamental que se alcance a harmonia entre tecido gengival, arranjo dentário e o sorriso. É comum encontrarmos tratamentos restauradores protéticos que necessitam de prévia correção do contorno gengival. A literatura apresenta a possibilidade de se obter resultados bastante promissores com a aplicação de técnicas cirúrgi-

cas, ortodônticas ou combinadas. A integração entre as diferentes especialidades odontológicas permite a obtenção de resultados mais previsíveis e satisfatórios para os profissionais envolvidos e para o paciente. O propósito deste trabalho é revisar a literatura relacionada aos meios de recontorno gengival e discutir por meio de caso clínico onde procedimentos ortodônticos foram utilizados.

PALAVRAS-CHAVE: Estética gengival. Recontorno gengival. intrusão dentária. Coroa Cerâmica.

* Mestre e Doutor em Clínica Odontológica - Prótese Dental – FOP/UNICAMP. Professor Adjunto do Departamento Prótese Dentária da UFES.

** Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Doutor em Ortodontia pela UNESP/Araraquara, Diplomado pelo Board Brasileiro de Ortodontia. Professor adjunto do Departamento de Clínica Odontológica da UFES.

*** Mestre em Cirurgia Bucomaxilofacial – FOP/UNICAMP. Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – UNESP/Araçatuba.

**** Alunos do curso de Graduação em Odontologia da UFES.

INTRODUÇÃO

A integração entre diferentes especialidades da área de saúde visa otimizar os procedimentos e a previsibilidade do tratamento. Na Odontologia não é diferente, a integração das especialidades valoriza o tratamento proposto e o profissional. Deste modo, interação interdisciplinar é a chave para melhorar os resultados estéticos na região anterior da maxila³.

A estética do sorriso depende da harmonia de diversos fatores, dentre eles, destacam-se: contorno facial, cor, textura e forma dos dentes¹³, acrescentam-se a arquitetura e coloração do tecido gengival aparente. Além disso, a linha média, a linha interpupilar e a intercomissural devem ser avaliadas e também o tipo de lábio do paciente e a relação dos incisivos centrais superiores com o lábio inferior².

A íntima relação entre a periodontia e a prótese não se restringe à necessidade de saúde periodontal para a instalação do trabalho definitivo, estende-se à avaliação estética do caso. Deste modo, observa-se a exposição gengival durante o sorriso, o contorno, fenótipo do tecido, posição do zênite gengival e presença de papila interdentária^{2,12}.

Quanto à posição da margem gengival, idealmente, as dos incisivos centrais e caninos devem estar na mesma altura e acima da margem do incisivo lateral^{1,5,12}. Em pesquisa Konikoff et al (2007)⁸ relatam que 68% dos elementos estudados possuíam algum tipo de assimetria maior ou igual a 1 mm, entre o dente e seu colateral ou entre o canino superior e o central ipsilateral.

Spear, Kokich e Mathews (2006)¹⁴, afirmam ainda que, para determinar as alturas gengivais ideais é necessário estabelecer uma correta relação largura-comprimento dos dentes superiores anteriores, determinando também, a quantidade desejada de exposição gengival e estabelecendo

a simetria entre as hemi-arcadas superiores.

Em casos protéticos em áreas estéticas, nos quais o nível gengival encontra-se assimétrico ou com desenho indesejado, o profissional deve tomar algumas decisões para corrigi-lo. Entretanto, antes é necessário identificar a causa desta assimetria e estabelecer a altura gengival desejada¹⁴.

A correção dos níveis gengivais pode ser conseguida com cirurgias periodontais de gengivectomia ou gengivoplastia, ou com cirurgias ósseas ressectivas, como o aumento de coroa clínica, pode-se ainda corrigir o nível gengival por meios ortodônticos, intruindo ou extruindo os elementos envolvidos^{7,14}. São fatores determinantes para a escolha do método de correção a ser utilizado: a profundidade do sulco, a localização da junção amelocementária em relação ao nível ósseo, a relação coroa-raiz dos elementos envolvidos, a forma da raiz e ainda a estrutura coronária remanescente¹⁴, além da exposição gengival durante o sorriso.

Kokich (1996)⁵ sugere que pacientes com discrepância na margem gengival e com linha de sorriso baixa, não há necessidade de correção, pois o lábio sobrepõe toda a gengiva marginal, não considerando esta situação esteticamente relevante. Em casos com exigência de estética periodontal, mede-se o sulco gengival dos elementos discrepantes. Se o dente mais curto possui a profundidade de sulco à sondagem maior que o outro, tendo ambos saúde periodontal, uma cirurgia de gengivectomia pode resolver o problema. Entretanto, se o tamanho do sulco gengival clínico for igual nos dois elementos, observa-se a relação dos elementos com outro adjacente. Caso o dente menor possua relação de altura gengival aceitável com o adjacente, deve-se, então, extruir o elemento de maior comprimento coronário e depois, equilibrar as bordas incisais⁵. Esta extrusão lenta permitirá que o osso e o periodonto se mo-

vimentem junto com o dente¹⁰. Em alguns casos, após a extrusão ortodôntica, torna-se necessário um gengivoplastia ou uma osteotomia para regularizar o nível ósseo¹⁶.

Quando o dente mais curto encontra-se em uma relação desfavorável com o adjacente, com nível gengival mais baixo, deve-se atentar para a borda incisal deste elemento. Se houver desgaste, sugere que o dente sofreu sobre-erupção^{7,14}. Neste caso, a mecânica ortodôntica será de intrusão. Este movimento deslocará a gengiva para apical, corrigindo a discrepância. Em grandes movimentações, o tecido gengival pode-se acumular sobre o colo do dente, sendo algumas vezes necessário planejar uma gengivectomia após a intrusão. Uma restauração se fará necessária para correção do desnível incisal¹⁶.

Ao optar-se pela ortodontia para a mudança da margem de tecido mole e dimensão da gengiva, os fatores que devem ser considerados são a direção do movimento e a espessura da gengiva, a fim de prevenir a recessão gengival, ou ainda definir o aumento ou diminuição da coroa clínica¹⁷.

Outra opção em caso de sobre-erupção é a cirurgia periodontal óssea ressectiva, entretanto, esse tipo de cirurgia atinge o osso dos dentes contíguos e compromete a inserção periodontal dos elementos com proporção coroa-raiz desfavorável^{14,16}. Nos casos de raízes cônicas e curtas a intrusão é uma alternativa.

Este trabalho relata um caso clínico, no qual a técnica de intrusão ortodôntica é utilizada para manejo gengival pré-protético com finalidade estética.

RELATO DO CASO

Na avaliação inicial foram observadas as seguintes alterações:

- Plano incisal não coincidente com a linha bipupilar;

- Contorno e coloração gengival nos incisivos centrais insatisfatório;
- Exposição exagerada do tecido gengival superior ao sorrir;
- Dentes 21 e 11 apresentando coroas protéticas sobre pinos metálicos com estética comprometida e endodontia insatisfatória;
- Escurecimento moderado dos dentes remanescentes;
- Restaurações insatisfatórias em alguns dentes.

Após o planejamento conjunto entre as especialidades envolvidas, o tratamento foi conduzido alternando procedimentos ortodônticos, cirúrgicos, endodônticos e protéticos conforme a necessidade da resolução de cada alteração. Embora a paciente apresentasse múltiplas alterações, uma atenção especial foi dada a correção do desnível do plano incisal e do contorno gengival, devido à importância direta na aparência do sorriso.

Inicialmente foram instalados implantes nas localizações planejadas de acordo com o planejamento ortodôntico e disponibilidade de espaço. Em virtude da espessura do rebordo remanescente, foram instalados implantes de plataforma regular na região dos dentes perdidos.

Após o período de osseointegração, foram confeccionadas coroas provisórias sobre os implantes com anatomia e dimensões semelhantes a pré-molares (Fig. 1-6). Estas coroas permitiram que a ortodontia iniciasse dando ancoragem extra ao movimento (Fig. 7-9).

Com o tratamento ortodôntico foi recuperado espaço suficiente para a instalação do implante na região do 36 e realizada a intrusão dos incisivos centrais superiores aproximadamente 2mm (Fig. 10-12). Tal procedimento foi indicado para que o recontorno gengival cirúrgico fosse



Figura 1-6 - Aspecto inicial da paciente após a instalação dos provisórios sobre implantes guiados pelo planejamento ortodôntico.



Figura 7-9 - Início do tratamento ortodôntico.



Figura 10-12 - Fase da ortodontia com implante instalado no espaço recuperado do 36 e intrusão dos incisivos centrais superiores.

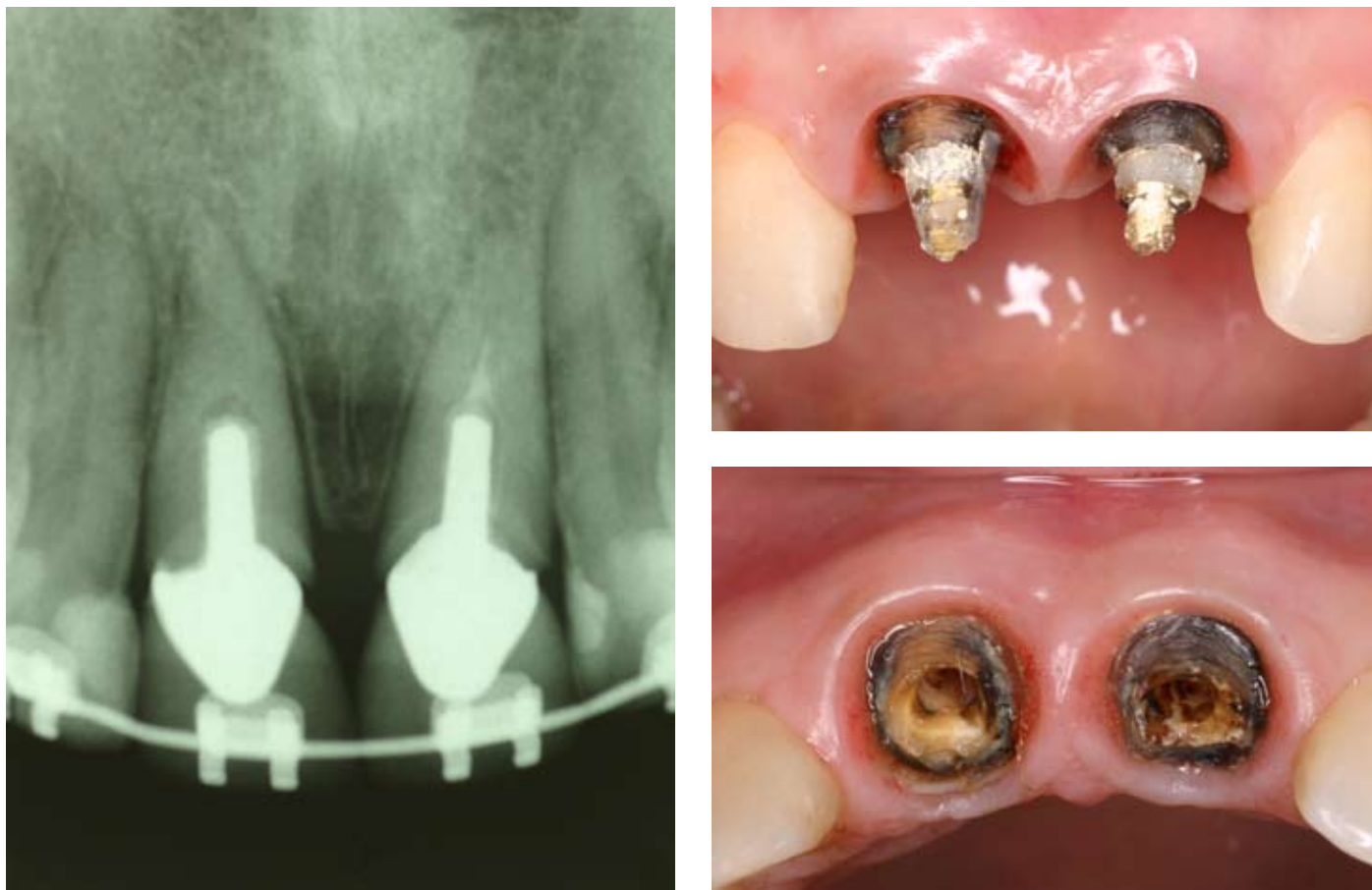


Figura 13-15 - Remoção dos pinos metálicos para retratamento endodôntico.

evitado, já que a mucosa ao redor das coroas se apresentava fina e translúcida, mostrando o escurecimento radicular ocorrido provavelmente pela presença de pinos metálicos oxidados. A cirurgia periodontal se indicada implicaria na ressecção de osso alveolar para aumento da coroa clínica, o que comprometeria a implantação radicular dos dentes envolvidos. A intercorrência de uma cardiopatia de etiologia desconhecida no transcorrer do tratamento ortodôntico, também foi considerada na rejeição de um novo procedimento cirúrgico.

O procedimento de intrusão nestes casos torna-se vantajoso também, pois como relatado na literatura o tecido se acumula⁶, o que em geral aumenta o volume diminuindo a translucidez da gengiva marginal.

Após a finalização do tratamento ortodôntico, as coroas protéticas e pinos metálicos dos incisivos centrais superiores foram removidos para que o retratamento endodôntico fosse executado (Fig. 13-15). Nesta fase as coroas provisórias foram confeccionadas restaurando o trespassse incisal em relação aos incisivos laterais, já que com a intrusão os centrais tornaram-se curtos afetando o plano incisal¹¹ (Fig 16-18).

Em seguida ao retratamento endodôntico, pinos de fibra de vidro (Ivoclarvivadent®) foram cimentados para que não interferissem na estética das coroas de cerâmica pura. Estes pinos, embora sejam prudentemente indicados em dentes com remanescente cervical, foram utilizados nesta condição por ter sido possível



Figura 16-21 - Conclusão do tratamento ortodôntico e substituição das coroas metalo-cerâmicas dos incisivos centrais superiores por coroas provisórias.

a seleção de pinos cônicos com base de diâmetro largo. A necessidade de se iluminar o tecido gengival por intermédio de restaurações protéticas translúcidas foi decisiva na escolha do material, já que uma das principais queixas da paciente estava relacionada à coloração escurecida da gengiva marginal.

Procedimentos estéticos e restauradores como clareamento dental externo (dentes remanescentes), clareamento dental interno (dente 13), restaurações em resina composta foram executados ajudando no resultado do tratamento.

O tratamento protético prosseguiu com procedimentos de moldagem dos preparos dos dentes naturais e dos implantes instalados.

Em laboratório, foram confeccionadas co-

roas metalo-cerâmicas parafusadas sobre os implantes e coroas de cerâmica pura (Procera®/ Nobel Rondo) nos incisivos centrais superiores (Fig. 22-27).

As coroas anteriores foram provadas e ajustadas previamente à cimentação, que foi realizada com o cimento resinoso Panavia F® (Kuraray).

As coroas sobre implante foram instaladas com o torque recomendado e os orifícios do parafuso restaurados com resina composta (Fig. 32).

Uma placa de uso noturno foi confeccionada em resina acrílica e recomendada à paciente com a finalidade de se proteger o tratamento restaurador contra hábitos parafuncionais e concomitantemente manter estável o resultado do tratamento ortodôntico.

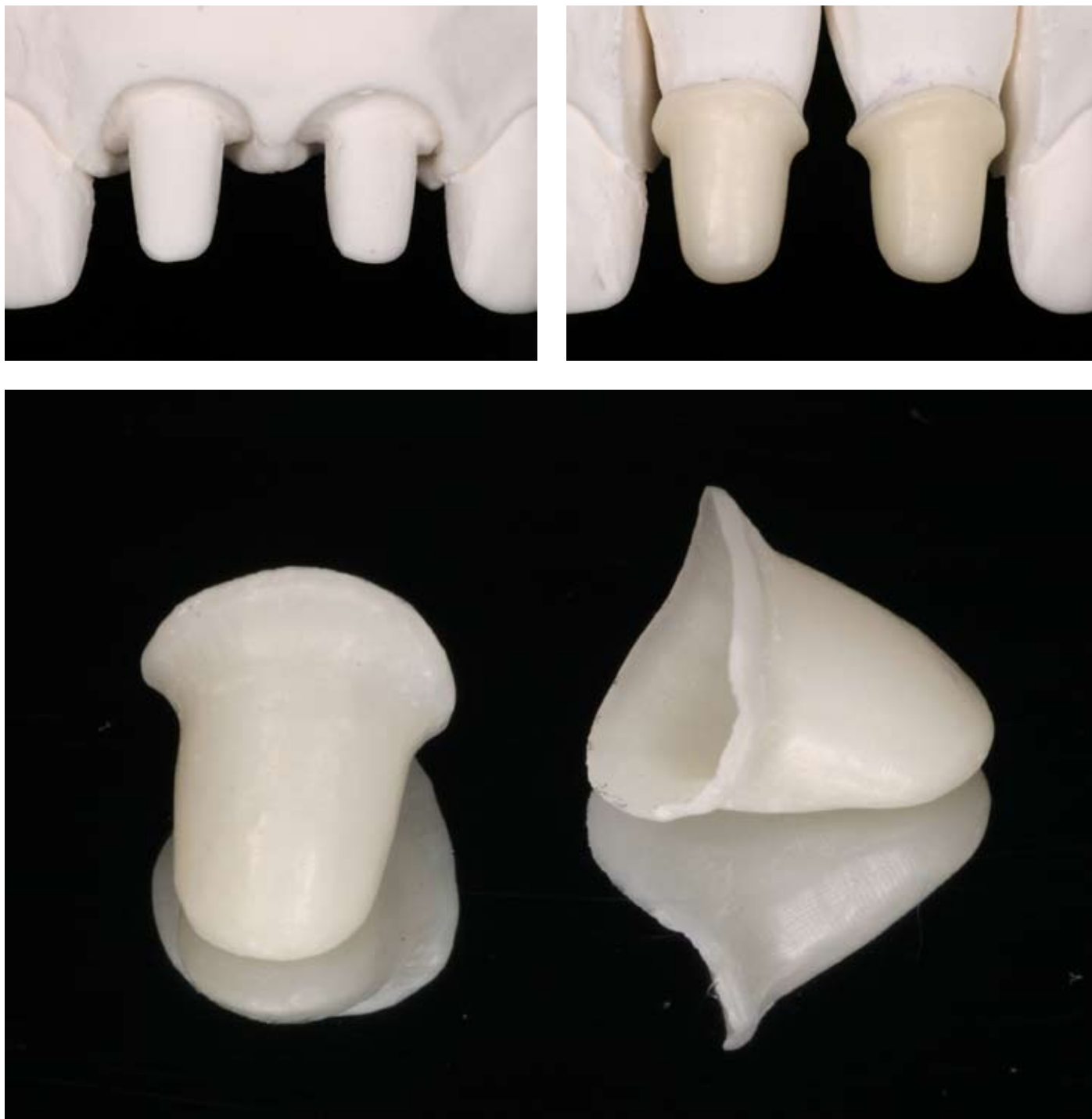


Figura 22-24 - Modelos dos preparos e coopings em alumina (Procera).

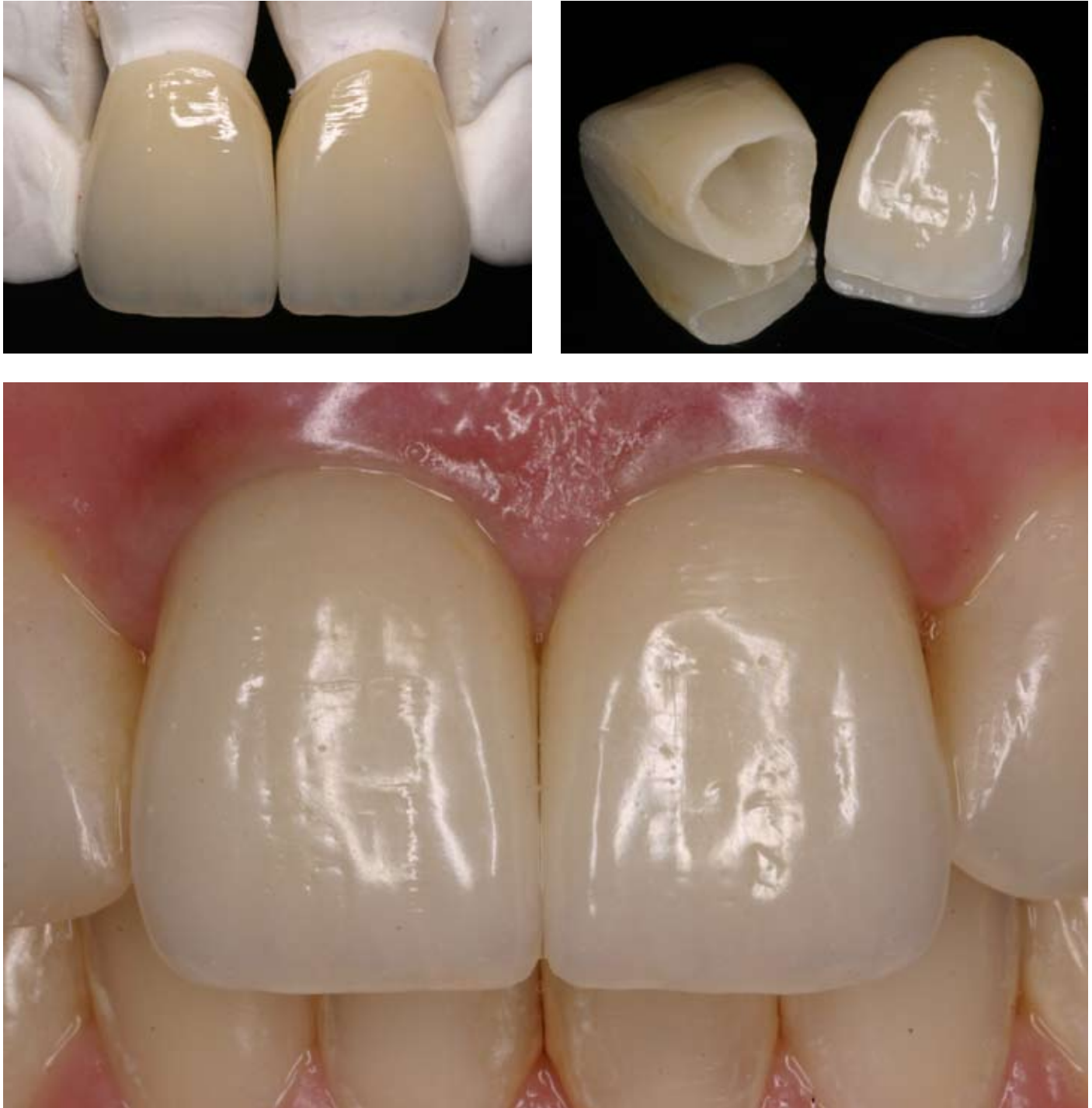


Figura 25-27 - Coroas de cerâmica pura concluídas em laboratório e prova na boca.



Figura 28-30 - Coroas ajustadas e cimentadas com cimento resinoso Panavia F® (Kuraray).



Figura 31-36 - Resultado estético final alcançado pelo tratamento integrado.

DISCUSSÃO

O planejamento proposto atente às necessidades funcionais da paciente, posto ao restabelecimento da região posterior, corrigindo ausências e má posições dentárias; e atende à exigência estética do caso, adequando os dentes anteriores superiores a um conceito estético aceitável.

O tratamento ortodôntico deve levar em consideração a relação entre higiene oral, movimento a ser realizado, posição do dente e quantidade de gengiva e osso alveolar. Na presença de placa bacteriana o movimento de intrusão levaria maior risco periodontal, pois carrearia bactérias para o interior do sulco gengival, o que aumenta a preocupação com a colaboração da paciente para a higiene oral. Além disto, o movimento de intrusão gera risco maior de reabsorção radicular^{4,9}, pela menor área periodontal a ser pressionada, o que demanda maior controle na magnitude das forças ortodônticas. No entanto, desde que respeitada à

biologia, não há dano permanente no periodonto resultante de tratamento ortodôntico⁹.

Ao término do tratamento ortodôntico foram estabelecidos contatos oclusais bilaterais, sem sobrecarga oclusal, conseguido pela movimentação dos dentes, instalação de implantes osseointegrados com coroas provisórias e ajuste oclusal. No mais, a intrusão do 11 e 21 foi determinante para o resultado estético conseguido, permitindo o alinhamento das margens gengivais dos incisivos centrais, além do ganho de espessura gengival e espaço para confecção de coroa cerâmicas de dimensões mais estéticas.

Konikoff et al. (2007)⁸, constataram ao comparar as medidas dos dentes anteriores superiores antes e depois do tratamento ortodôntico, que os Incisivos laterais encontravam-se significativamente mais longos após o tratamento. Os incisivos centrais também apresentavam-se mais longos, entretanto, não significativo. En-

tretanto, Wennström (1996)¹⁷, sobre considerações mucogengivais na ortodontia afirma que pode-se aumentar ou diminuir a coroa clínica de um elemento, movimentando-o para vestibular ou para palatino respectivamente, todavia, é importante observar a implantação óssea do dente, sob o risco de provocar recessão gengival.

Atualmente a utilização dos pinos pré-fabricados de fibra de vidro aumentou principalmente por apresentarem melhores resultados em regiões de maior demanda estética¹⁵. A remoção dos pinos metálicos e a utilização dos pinos de fibra de vidro permitiu também a otimização da estética gengival, posto que o fenótipo gengival da paciente é de tecido fino.

CONCLUSÃO

No caso relatado o resultado estético alcança-

do foi possível graças à utilização de procedimentos inerentes às áreas de cirurgia, ortodontia e prótese. Embora não tenham sido utilizados procedimentos de Periodontia na resolução do caso, o conhecimento na especialidade foi fundamental para a indicação da abordagem ortodôntica e exclusão de cirurgias periodontais.

A instalação cirúrgica de implantes e subsequente confecção de coroas provisórias sobre os mesmos permitiram que o tratamento ortodôntico tivesse orientação e ancoragem necessárias à finalização. Além disso, o resultado demonstrou que a correção ortodôntica do plano incisal e do contorno gengival foi eficiente e fundamental para o resultado estético final.

O tratamento estético restaurador finalizou o tratamento harmonizando a forma e a cor dos dentes aos tecidos gengivais, lábios e face.

Interdisciplinary integration to correct gingival asymmetry - case report

Abstract

Due to the intense search to achieve esthetics in dental treatments, it's fundamental to create harmony between gingival tissue, dental arrangement and the smile. Commonly the prosthetic treatment requires a correction in the gingival contour. The literature shows the possibility to obtain promising results with the use of surgical procedures, orthodontic movements or the

combination of both. The integration between the different dental specialties permits higher predictability and more satisfactory results for the patient and the professionals involved. The aim of this paper was to revise the literature related to the recontouring of the gingival margin and to discuss by means of a case report where orthodontic procedures were used.

KEY WORDS: Gingival Esthetics. Gingival Margin. Orthodontic Intrusion. Porcelain Crown.

REFERÊNCIAS

1. CÂMARA, C.A.L.P. Estética em Ortodontia: Parte I. Diagrama de Referências Estéticas Dentais (DRED). R Dental Press Estét. 2006; 1:40-57.
2. CARRILHO, E.V.P.; PAULA, A. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2007; 48:43-53.
3. CLAMAN, L.; ALFARO, M.A.; MERCADO, A. An interdisciplinary approach for improved esthetic results in the anterior maxilla. J Prosthet Dent. 2003; 89:1-5.
4. FABER, J.; BERTO, P.M.; ANCHIETA, M.; SALLES, F. Tratamento de mordida aberta anterior com ancoragem em miniplacas de titânio. R Dental Press Estét. V.1, n.1, p.87-100, out/nov/dez. 2004.
5. KOKICH, V.G. Esthetics: the orthodontic-periodontic restorative connection. Semin Orthod. 1996; 2:21-30.
6. KOKICH, V.G.; SPEAR, F.M.; MATHEWS, D.P. Interdisziplinäre Behandlungsplanung: Am Anfang steht die Ästhetik. Inf Orthod Kieferorthop. 2006; 38: 211– 220.
7. KOKICH, V.O.; KOKICH, V.G.; KIYAK, H.A. Perceptions of dental professionals and laypersons to altered dental esthetics: Asymmetric and symmetric situations. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006; 130:141-51.
8. KONIKOFF, B.M. et al. Clinical Crown Length of the Maxillary Anterior Teeth Preorthodontics and Postorthodontics. J Periodontol. 2007; 78:645-653.
9. KORNHAUSER, S.; SCHWARTZ, Z.; BIMSTEIN, E. Changes in the gingival structure of maxillary permanent teeth related to the orthodontic correction of simple anterior crossbite. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1996; 110:263-8.
10. LINDHE J. et al. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. Ed. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro. 2003.
11. MCINTYRE, F. Restoring esthetics and anterior guidance in worn anterior teeth: a conservative multidisciplinary approach. JADA. 2000; 131:1279-1283.
12. OTTONI J. et al. Cirurgia plástica periodontal e periimplantar – Beleza com harmonia e proporção. Ed. Artes médicas, São Paulo. 2006.
13. SOARES, G.P. et al. Prevalência da proporção áurea em indivíduos adultos-jovens. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS. 2006; 21:346-350.
14. SPEAR, F.M.; KOKICH, V.G.; MATHEWS, D.P. A abordagem multidisciplinar de reabilitações dentárias estéticas anteriores. JADA. 2006; 6:15-25.
15. TEIXEIRA, C.N. et al. An in vitro assessment of prefabricated fiber post systems. JADA. 2006; 137:1006-1012.
16. TEIXEIRA, R.O. et al. Tracionamento dentário com finalidade periodontal: caso clínico. RGO. 2007; 55:407-411.
17. WENNSTRÖM, J.L. Mucogingival Considerations in Orthodontic Treatment. Seminars in Orthodontics. 1996; 2:46-54.



Endereço para correspondência

Glauco Rangel Zanetti

Av. Nossa Senhora da Penha, 699/709A Ed. Century Towers

CEP: 29.055-131 - Praia do Canto - Vitória / ES

E-mail: glaucozanetti@yahoo.com.br