

Abordagem estética em casos extremos: um tratamento multidisciplinar

Leandro **CHAMBRONE***, Luiz Armando **CHAMBRONE JUNIOR***,
Luiz Armando **CHAMBRONE***

Palavras-chave

Retração gengival/cirurgia.
Estética.
Restauração dentária permanente.
Resinas compostas.

Resumo

Durante os últimos anos, diversos procedimentos cirúrgicos, técnicas restauradoras e materiais dentários vêm sendo estudados, de forma a preencher as expectativas dos pacientes por estética. Dentes amplamente restaurados ou fraturados, apresentando retrações gengivais extensas, podem causar uma deterioração no aspecto estético. O tratamento destes casos sempre requer uma abordagem multidisciplinar. Normalmente, uma combinação entre a cirurgia plástica periodontal e Odontologia Restauradora pode ser empregada no reestabelecimento da estética, mimetizando a natureza. Os principais objetivos desta modalidade de tratamento são melhorar a saúde periodontal e manter os resultados obtidos ao longo do tempo.

* Faculdade de Odontologia, disciplina de Periodontia,
Universidade Metodista, São Bernardo do Campo -
São Paulo/SP.

INTRODUÇÃO

Entre todas as modalidades de cirurgia mucogengival existentes, a cirurgia plástica periodontal apresenta-se como aquela onde o desenvolvimento e aperfeiçoamento de técnicas possibilitaram uma melhora significativa dos resultados obtidos, ao longo das últimas quatro décadas^{1,2,14}. Neste mesmo período, a partir de uma evolução dos materiais restauradores e das técnicas clínicas empregadas, especialmente no campo da Odontologia Adesiva, tornou-se mais fácil criar restaurações diretas e indiretas com um aspecto próximo ao dos dentes naturais^{4,7,8}. Esta interação de informações vem propiciando a satisfação dos anseios e expectativas, cada vez maiores, dos pacientes por estética.

Fatores individuais locais, tais como a anatomia dentária, morfologia óssea e gengival, linha do sorriso, oclusão, condições de higienização e saúde e fatores relacionados ao profissional (conhecimento técnico, destreza e experiência), quando combinados, permitem visualizar o tipo de tratamento a ser empregado e o prognóstico clínico dos resultados a serem obtidos. Restaurações, próteses unitárias ou múltiplas necessitam ser planejadas de forma a se adaptarem aos tecidos.

Em determinadas situações onde exista além de uma perda de função com alto comprometimento estético, tanto em alterações provocadas por condições patológicas quanto traumáticas, o aspecto estético dos dentes e da gengiva só poderá ser restabelecido quando houver uma inter-relação de diferentes técnicas restauradoras e cirúrgicas.

O propósito deste artigo é mostrar possibilidades viáveis de tratamento de dentes que apresentam um alto comprometimento estético, através do relato de casos clínicos tratados a partir de uma inter-relação entre a cirurgia plástica periodontal e a Odontologia Restauradora.

RELATO DOS CASOS

Caso 1

Um paciente de 18 anos de idade, não fumante, foi encaminhado ao consultório particular, com queixa principal quanto à estética dentária e gengival na região ântero-superior. Durante a anamnese, o mesmo relatou ter sofrido uma queda de bicicleta quando criança, vindo a quebrar o dente 11. Ao se realizar o exame clínico, pôde-se observar que sobre este dente existia uma coroa protética em acrílico. Esta coroa apresentava um prolongamento sobre a superfície radicular, recobrando uma retração gengival (Fig. 1A). Ao realizar-se a sondagem da área, não foi observada atividade de doença. O exame radiográfico revelou um encurtamento radicular das raízes de ambos os incisivos, sendo que um deles apresentava tratamento endodôntico, sem, contudo, apresentar perda óssea interproximal (Fig. 1B).

O paciente foi, inicialmente, submetido aos procedimentos de raspagem e alisamento radicular. Após os procedimentos básicos, o paciente apresentava um aspecto clínico periodontal com ausência de processo inflamatório e uma higiene bucal aceitável. A correção do defeito mucogengival (retração Classe II de Miller¹²) foi obtida através de um retalho



Figura 1A - Retração gengival (dente 11).



Figura 1B - Radiografia inicial.



Figura 1C - Retalho elevado e exposição apical (após debridamento).



Figura 1D - Obturação retrógrada com cimento de ionômero de vidro.

deslocado lateralmente associado à obturação retrógrada com cimento de ionômero de vidro (Fig. 1C-F). A escolha desta técnica ocorreu devido à ampla faixa de gengiva queratinizada existente no dente vizinho²¹.

Após a cicatrização da região (Fig. 1G) foram confeccionados um núcleo fundido em ouro no dente¹¹ e duas coroas Procera AllCe-

ram (*metal free*) (Nobel Biocare, Gotemburgo, Suécia) sobre ambos incisivos centrais. Os resultados finais, obtidos 3 anos após o procedimento cirúrgico, demonstraram a obtenção de uma área de estética satisfatória (Fig. 1H), não sendo melhor devido ao não alinhamento preliminar dos dentes com Ortodontia, o qual não nos pareceu indicado.



Figura 1E - Desenho da incisão (retalho deslocado lateralmente).



Figura 1F - Retalho deslocado e suturado sobre a raiz do dente 11.



Figura 1G - Pós-operatório de 3 anos.



Figura 1H - Resultado final.

Caso 2

Uma paciente de 42 anos de idade, não fumante, foi encaminhada para tratamento periodontal. Esta se apresentava com boas condições gerais de saúde. Durante o exame clínico, foi observado, sobre as superfícies vestibulares dos dentes 14, 15 e 16, a presença de retrações gengivais Classe II (dente

14) e III (dente 16)¹². Além destas alterações na margem gengival, o primeiro molar apresentava uma lesão não cariiosa, diagnosticada como abfração e vestibularização das raízes vestibulares, de forma que estas se encontravam proeminentes em relação aos demais dentes e ao rebordo alveolar (Fig. 2A, B). Radiograficamente, não foi observada perda



Figura 2A - Exatão das raízes vestibulares (dente 16).



Figura 2B - Vista aproximada da retração gengival e abfração.

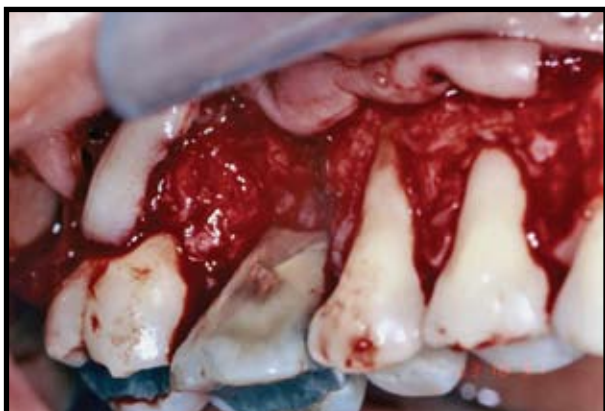


Figura 2C - Leito cirúrgico após amputação radicular.



Figura 2D - Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado ao retalho deslocado coronalmente suturado.



Figura 2E - Pós-operatório após 4 meses (prévio à restauração do dente 16).



Figura 2F - Pós-operatório após 4 meses (após restauração).



Figura 2G - Pós-operatório após 18 meses.

óssea interproximal.

Após instrução de higiene bucal, a paciente foi submetida aos procedimentos básicos periodontais, ajuste oclusal dos dentes 14, 15 e 16, remoção das raízes vestibulares do dente 16 e a uma cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, associada a um retalho deslocado coronalmente, para o re-

cobrimento das retrações gengivais (Fig. 2C, D). Após 4 meses da cirurgia, sobre a superfície do dente 16, foi confeccionada uma restauração em resina composta (Fig. 2E, F). Após 18 meses do tratamento, o nível gengival apresentou-se semelhante e esteticamente satisfatório entre o conjunto de dentes tratados (Fig. 2G).

DISCUSSÃO

O tratamento estético dos tecidos gengivais e dentários vem sofrendo uma evolução durante os últimos anos, devido a uma grande quantidade de pesquisas clínicas realizadas e pelo desenvolvimento de novas técnicas e materiais^{3,7,8,10,14}. Desta maneira, o foco principal de uma intervenção odontológica, além de procurar corrigir alterações de função, passa a ser a busca por uma melhoria das condições estéticas locais.

Em áreas onde existe uma preocupação com a estética, a presença de uma faixa de gengiva inserida pode favorecer a mesma, além de reduzir a possibilidade de retração gengival após o preparo dentário e simplificar os procedimentos restauradores⁷.

Dentro da cirurgia plástica periodontal, a escolha de um procedimento a ser empregado baseia-se em 4 princípios básicos, inerentes a qualquer cirurgia: percentual de sucesso, a reprodutibilidade da técnica, a ausência de doença e custo¹. Nos dois casos apresentados aqui, observa-se que estes princípios foram seguidos. Além disso, a obtenção de previsibilidade e o percentual de sucesso só poderão ser esperados se um diagnóstico acurado for realizado, de forma a permitir que o plano de tratamento integrado proposto venha a fornecer um bom resultado em longo tempo.

O relacionamento entre a margem cervical das restaurações e o tecido gengival pode manter-se estável durante muito tempo, quando o espaço biológico for respeitado. Além disso, outros fatores também devem ser observados, tais

como a presença de uma gengiva clinicamente saudável antes da confecção dos preparos e da moldagem, minimizar o trauma sobre a gengiva durante o preparo marginal, uma correta seleção da técnica restauradora a ser empregada, uma correta adaptação das restaurações provisórias, a eliminação de quaisquer excessos de cimento provisório e o respeito ao período de tempo adequado para a cicatrização gengival, em procedimentos que envolvam terapia periodontal cirúrgica prévia ao preparo^{4,8}.

Normalmente, sobre as superfícies radiculares tratadas com cirurgia periodontal, a adesão do tecido gengival sobre os tecidos dentários (cimento ou dentina radicular) ocorre através de um epitélio juncional longo^{6,13}. Em condições de saúde, a sondagem destas áreas não permite que uma sonda periodontal penetre mais que 1 ou 2mm. O epitélio, em geral, possui a função ativa de uma barreira física e biológica, que é eficiente na proteção dos tecidos periodontais e na manutenção da saúde periodontal, evidenciada pela produção de peptídeos antimicrobianos e pelo seu papel na expressão de citocinas, em resposta a estímulos ambientais³.

Dentes com um tecido gengival delgado, anatomicamente, estão mais suscetíveis à formação de retrações gengivais, quando da colocação de coroas protéticas¹⁵. Restaurações intrasulculares e subgengivais apresentam maior suscetibilidade à inflamação gengival, muitas vezes devido a margens defeituosas, adaptação incorreta, rugosidade da interface dente-restauração, contorno inadequado da coroa ou restauração, violação da inserção de tecido con-

juntivo e epitélio juncional (espaço biológico) e por albergar a placa patogênica subgengival^{5,11}. Porém, na prática clínica, alguns fatores levam o profissional a optar pela confecção de margens intra-sulculares, tais como a necessidade de melhorar a resistência e forma de retenção de uma coroa clínica curta, presença de cáries ou restaurações que se estendam em direção apical à margem gengival, mudança no perfil de emergência e, o principal, obter um melhor resultado estético⁸.

Somado aos fatores anteriormente descritos, há uma necessidade de que os dentes tratados apresentem um correto ajuste oclusal (integração funcional). Embora o trauma oclu-

sal não cause doença periodontal, este pode contribuir para o aumento de mobilidade e alteração na posição dentária, aparecimento de facetas de desgaste, fraturas e abfração, aumento de sensibilidade dentária, reabsorção radicular e perda óssea ao redor de dentes onde exista a presença de processo inflamatório⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo em dentes que apresentam diagnóstico desfavorável, quando o paciente tem um forte desejo de mantê-los, somado a um correto diagnóstico, planejamento e tratamento integrado, bons resultados funcionais e estéticos poderão ser alcançados.

Aesthetics approach in advanced cases: a multidisciplinary treatment

ABSTRACT

Over the last years several surgical procedures, restorative techniques and dental materials have been studied in an attempt to fulfill patients' aesthetic expectations. Extensive wide gingival recessions involving heavily restored or fractured teeth can deteriorate the esthetic appearance. Usually, the treatment of these cases needs a multidisciplinary approach. The main goals of this treatment modality are to improve periodontal health and to maintain long-term results. Often a combination of periodontal plastic surgery and restorative dentistry can be employed to re-establish aesthetics and mimic nature.

KEY WORDS: Gingival recession/surgery, Aesthetics, Permanent dental restoration, Composite resins.

REFERÊNCIAS

- BOUCHARD, P.; MALET, J.; BORGHETTI, A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 27, p. 97-120, 2001.
- CHAMBRONE, L. A.; CHAMBRONE, L. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of multiple recession-type defects. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 77, no. 5, p. 909-916, 2006.
- DALE, B. A. Periodontal epithelium: a newly recognized role in health and disease. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 30, p. 70-78, 2002.
- DONAVAN, T. E.; CHO, G. C. Predictable aesthetics with metal-ceramic and all-ceramic crowns: the critical importance of soft-tissue management. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 27, p. 121-130, 2001.
- FLORES DE JACOBY, L.; ZAFINOPOULOS, G. G.; CIANCIO, S. The effect of crown margins location on plaque and periodontal health. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, Chicago, v. 9, no. 3, p.197-205, 1989.
- FRANK, R.; FIORE-DONNO, G.; CIMASONI, G.; MATTER, J. Ultrastructural study of epithelial and connective gingival reattachment in man. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 45, no. 8, p. 626-635, 1974.
- GOLDBERG, P. V.; HIGGINBOTTOM, F. L.; WILSON JR., T. G. Periodontal considerations in restorative and implant therapy. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 25, p. 100-109, 2001.
- GRACIS, S.; FRADEANI, M.; CELLETTI, R.; BRACCHETTI, G. Biological integration of aesthetic restorations: factors influencing appearance and long-term success. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 27, p. 29-44, 2001.
- HALLMON, W. W. Occlusal trauma: effect and impact on the periodontium. **Ann. Periodontol.**, Chicago, v. 4, no. 1, p. 102-107, 1999.
- JORGENSEN, M. G.; NOWZARI, H. Aesthetic crown lengthening. **Periodontol.** 2000, Oxford, v. 27, p. 45-58, 2001.
- LANG, N. P.; KIEL, R. A.; ANDERHALDEN, K. Clinical and microbiological effects of subgingival restorations with overhanging or clinically perfect margins. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 10, no. 6, p. 563-578, 1982.
- MILLER JR., P. D. A classification of marginal tissue recession. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, Chicago, v. 5, no. 1, p. 9-13, 1985.
- PFEIFER, J. S.; HELLER, R. Histologic evaluation of full and partial thickness lateral positioned flaps: a pilot study. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 42, no. 6, p. 331-337, 1971.
- ROCCUZZO, M. et al. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 29, p. 178-194, 2002. Suppl. 3.
- TARNOW, D. et al. Human gingival attachment responses to subgingival crown placement. Marginal remodeling. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 13, no. 6, p. 563-569, 1986.

Endereço para correspondência

Leandro Chambrone
 Rua Cristianópolis, 200 Moóca
 CEP: 03.128-030 - São Paulo/SP
 E-mail: chambrone@usp.br