

Bruno César Parpinelli

**PRÓTESE DENTOGENGIVAL EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA –
RELATO DE CASO**

**Faculdade Sete Lagoas, FACSETE, Sete Lagoas, MG, Brasil
2019**

PRÓTESE DENTOGENGIVAL EM REGIÃO ANTERIOR DE MAXILA – RELATO DE CASO

¹Bruno César Parpinelli

²João de Paula Martins Júnior

RESUMO

A reconstrução de grandes defeitos de tecidos duro e mole tem sido amplamente estudada e utilizada na prática clínica odontológica. Diversas técnicas reconstrutivas foram desenvolvidas, com boas taxas de sucesso no tratamento. Entretanto, muitas vezes, a reabilitação por meio de cirurgias encontra limitações, uma vez que gera custo elevado, maior morbidade e nem sempre geram um resultado ideal para a reabilitação protética. Essas limitações têm sido solucionadas através de confecção de próteses dentogengivais, onde se utiliza cerâmica rosa para reconstruir o tecido gengival perdido, restabelecendo a estética vermelha. O objetivo deste estudo é relatar um caso clínico de reabilitação em região anterior de maxila, através da confecção de prótese dentogengival sobre implantes.

Palavras chave: prótese dentogengival, reabilitação, estética.

ABSTRACT

The reconstruction of soft tissue large defects has been widely studied and used in dental practice. Several reconstructive techniques have been developed, with good success rates. However, very often, rehabilitation through surgery has limitations, since it generates high cost, higher morbidity and do not always generate an ideal result for prosthetic rehabilitation. These limitations have been solved through dentogingival prostheses, where pink ceramics are used to reconstruct the lost gingival tissue, restoring red aesthetics. The aim of this study is to report a clinical case of anterior maxillary rehabilitation by making dentogingival prosthesis over implants.

Key words: dentogingival prosthesis, rehabilitation, aesthetics.

¹ Especializando em Implantodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); graduado em Odontologia pela UFMG, 2017.

² Mestre pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica; Especialista em Implantodontia pela Clínica Integrada de Odontologia (CIODONTO); graduado em Odontologia pela UNOESTE. Orientador

INTRODUÇÃO

Técnicas regenerativas para o restabelecimento da arquitetura tecidual têm sido desenvolvidas em larga escala e indicadas com elevado grau de sucesso nos últimos anos. Porém, a manipulação de tecidos duros e moles é um grande desafio na tentativa de corrigir deformidades dento-alveolares que apresentam prognóstico incerto em alguns casos, com dificuldade em restabelecer a anatomia ideal após os procedimentos (Salama, H. et al., 1998; Coachman, C. et al., 2009; Costello, F. W., 1995).

Mesmo respeitando todos os princípios cirúrgicos e biológicos, a previsibilidade do resultado estético dos procedimentos reconstrutivos depende muito mais das condições anatômicas do paciente, que pode apresentar muitas limitações (Kois, J. C., 2001). Em muitos casos, após diversas tentativas cirúrgicas reconstrutivas, o planejamento protético ainda não encontra condições ideais e se vê obrigado a realizar compensações que, apesar de funcionais, não entregam uma estética satisfatória, gerando frustrações tanto para o profissional quanto para o paciente. O insucesso nesses casos deixa de ser técnico, se tornando um erro de diagnóstico (Coachman, C.; Calamita, M.; Cabral, G., 2009).

Os profissionais devem realizar um diagnóstico preciso, o que permite determinar os limites das cirurgias reconstrutivas, devendo-se buscar alternativas de reparo dos defeitos teciduais, sendo uma delas as restaurações protéticas dentogengivais. Outras limitações são as contra-indicações cirúrgicas do paciente, sejam elas sistêmicas ou por resistência do paciente em se submeter a procedimentos cirúrgicos (Coachman, C.; Calamita, M.; Cabral, G., 2009).

A realização de uma prótese dentogengival não deve ser utilizada como último recurso, mas considerada dentro das opções terapêuticas apresentadas ao paciente durante o planejamento, pois a estética envolve não somente o dente, mas também o componente rosa – a gengiva. Além disso, a abordagem cirúrgica pode elevar as expectativas do paciente além do alcançável se tornando um prejuízo psicológico considerável. Em contrapartida, sendo considerada a prótese dentogengival os resultados estéticos e funcionais são

mais previsíveis, controláveis e menos frustrantes (Coachman, C. et al., 2008). O presente trabalho visa relatar um caso de reabilitação protética em região anterior de maxila, em que a paciente apresenta defeito anatômico expressivo, onde as alternativas reconstrutivas foram descartadas pela mesma.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 54 anos de idade, leucoderma, compareceu à Faculdade Sete Lagoas para reabilitação com implantes em região anterior de maxila. Ao exame clínico, a paciente apresentou os elementos 12, 11, 21 e 22 ausentes e utilizava uma prótese fixa de seis elementos, com os dentes 13 e 23 sendo os pilares e os elementos 11, 21 e 22 suspensos. O dente 12 estava ausente na prótese fixa. O planejamento para esta paciente foi instalação de implantes para reabilitação dos dentes 12 ao 22 e coroas totais nos dentes 13 e 23.

Foram instalados dois implantes cone-morse (Implacil[®] - dimensões: 3,5 mm de diâmetro e 9 mm de altura, ambos) na região edêntula. Indica-se o menor número de implantes que suporte biomecanicamente uma prótese fixa ferulizada. Ao limitar o número de implantes, o técnico em prótese dentária (TPD) tem maior flexibilidade para desenvolver um perfil gengival favorável esteticamente e higienicamente (Coachman, C.; Calamita, M.; Cabral, G., 2009).

Seis meses após a instalação dos implantes, foram realizadas reabertura e colocação de cicatrizadores (Implacil[®] - cinta de 4,5 mm). Sete dias após a reabertura, os cicatrizadores foram substituídos por intermediários (Munhão Smart, altura 4 mm - Implacil[®]), para que se construa a prótese no limite subgengival adequado, promover melhor adaptação do intermediário à plataforma dos implantes e fornecer uma biomecânica favorável à distribuição de cargas oclusais. Em seguida, foi realizada uma moldagem para obtenção de modelo de estudo. No tempo decorrido desde a remoção da prótese fixa sobre dentes 13 e 23 até a instalação dos intermediários, a paciente utilizou uma prótese parcial removível.

No modelo de estudo, é possível observar uma inclinação dos implantes mais vestibularizada, inadequada para a confecção da prótese, pois o parafuso emergiria na incisal dos dentes, comprometendo a estética (figura 1). Por esse motivo, foram utilizados intermediários angulados, sendo, para o implante do lado esquerdo, um munhão com 4 mm de altura, angulação 17° e 3,5mm de cinta (Munhão Smart - Implacil[®]) e, para o implante do lado direito, optou-se pelo mini-pilar com angulação de 17° e 3,5mm de cinta (Implacil[®]) (figura 2). A escolha pelo mini-pilar se deu pelo fato de apresentar, nessa região, espaço interoclusal limitado. O fato de ser uma prótese múltipla ferulizada permite tal escolha.



Figura 1



Figura 2

Com os intermediários selecionados, um novo modelo de estudo foi obtido e realizou-se um enceramento diagnóstico (figura 3) e confecção de uma provisória (figuras 4a e 4b). A provisória dentogengival constitui etapa importante para confirmação do planejamento, permitindo a avaliação da

estética, adaptação aos tecidos subjacentes, verificando a descrição das interfaces, avaliação do acesso para higienização, fonética, condicionamento gengival e, principalmente, aceitação do paciente (Haj-Ali, R.; Walker, M. P., 2002).

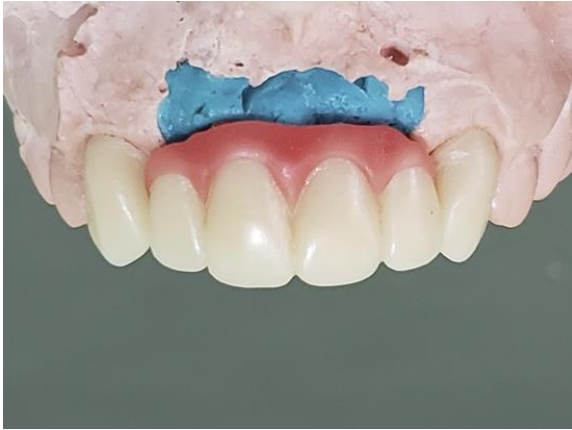


Figura 3



Figura 4a



Figura 4b

Uma nova moldagem foi realizada para obtenção do modelo de trabalho. Foram confeccionados copings de duralay nos preparos para coroa total dos dentes 13 e 23 (figuras 5a e 5b). Os copings foram utilizados para moldagem de transferência.



Figura 5a

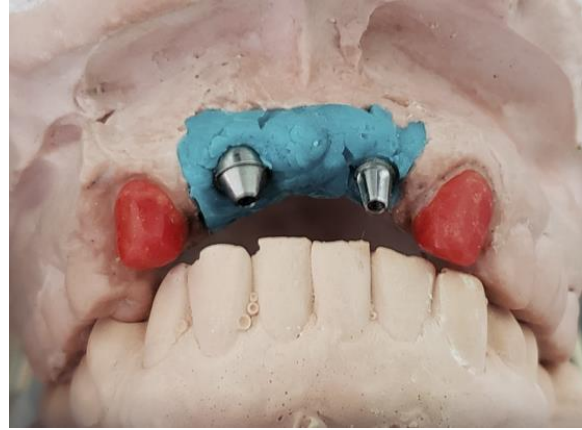


Figura 5b

Para obtenção do modelo de trabalho, foi confeccionada uma moldeira individual, em acrílico, sendo utilizada para moldagem em dois tempos com silicona de adição (Yller[®]). Previamente à colocação dos transferentes do munhão e do mini-pilar e copings dos dentes, foi realizada uma primeira moldagem com a silicona de adição densa. Em seguida, foi feito um alívio nessa moldagem, com broca maxicut, na região dos dentes presentes e dos implantes (figura 6). Por fim, os transferentes são posicionados em boca e unidos com resina acrílica (Duralay[®]) para maior estabilidade e retenção na moldagem de transferência (figura 7). O material fluido da silicona é inserido, com auxílio de ponta misturadora, na periferia dos dentes e intermediários a serem moldados e na moldeira que, logo em seguida, é levada em boca. Após a presa do material de moldagem, a moldeira é removida, obtendo-se, então, o molde de transferência (figura 8). A partir deste molde, o modelo de trabalho foi confeccionado e montado em articulador semi-ajustável (ASA) (figura 9a e 9b).

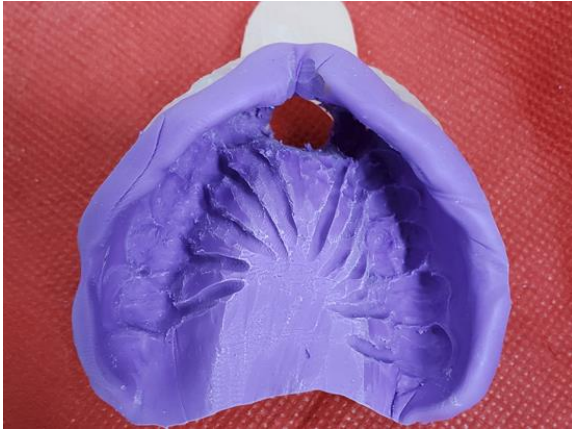


Figura 6

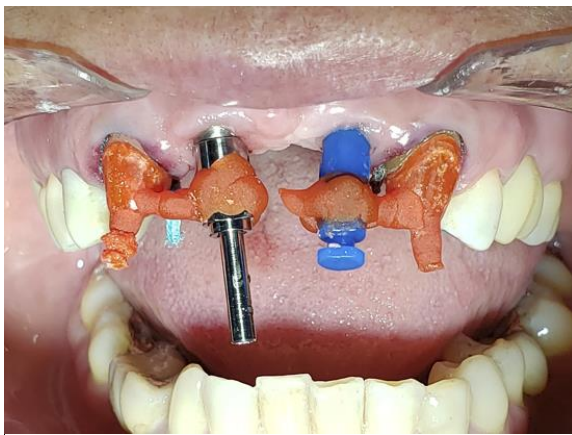


Figura 7

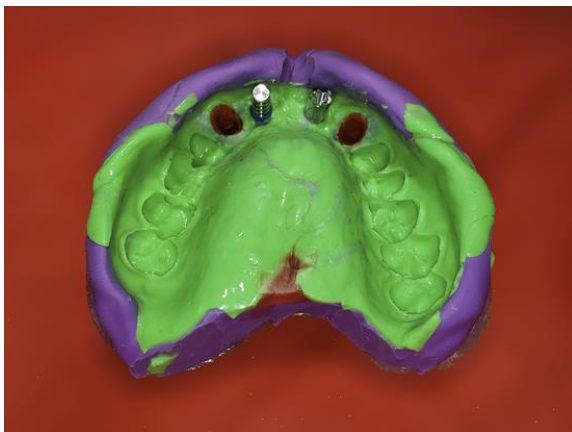


Figura 8

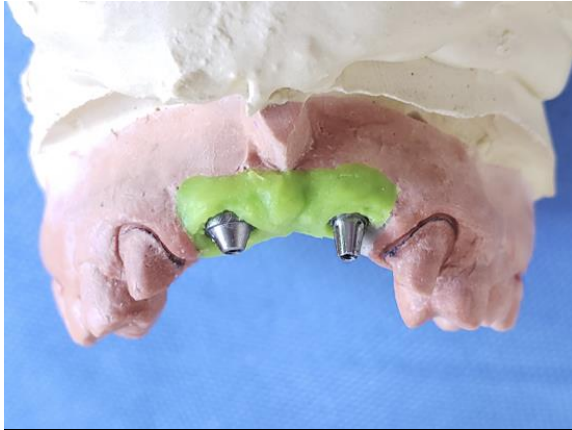


Figura 9b

No modelo de trabalho, realizou-se uma estrutura em resina acrílica (Duralay[®]) sobre os implantes, e os copings confeccionados em boca foram adaptados no modelo (figuras 10a e 10b). Em cima dessas estruturas de resina, o técnico em prótese dentária (TPD) realizou um enceramento da prótese dentogengival sobre implantes e das coroas totais dos caninos (figura 11). Foi feita a prova do enceramento em boca para teste de estética, fonética e adaptação nos intermediários. A partir do enceramento, foi confeccionada uma estrutura metálica, a qual apresentou boa adaptação em boca. Por fim, foi realizada a aplicação da porcelana na estrutura metálica e confecção de coroas e-max nos caninos. Na figura 12 observa-se o trabalho finalizado em boca.



Figura 10a



Figura 10b



Figura 11



Figura 12

DISCUSSÃO

Peterson et al. (2000) afirmaram que o edentulismo parcial ou total era um dos problemas mais complexos e desafiadores há alguns anos. Entretanto, os avanços científicos e tecnológicos permitiram que esses pacientes fossem reabilitados com implantes osseointegrados, constituindo um grande avanço na odontologia atual. Pacientes vítimas de lesões patológicas, condições genéticas ou traumatismo, como no caso relatado, podem ser reabilitados com sucesso com próteses implanto-suportadas.

Francischone, em 2005, disse que os objetivos estéticos podem ser alcançados se alguns princípios forem respeitados, destacando entre eles, a relação de altura e largura dos dentes anteriores superiores, individualmente e no conjunto

do sorriso. Este princípio pode ser testado com provisórias. As próteses provisórias sobre implantes executam importante papel na reabilitação do paciente, como: condicionamento de tecido mole, restabelecer contatos interproximais, melhorar função mastigatória, fornecer mais conforto e estética, sendo um guia para a confecção da prótese definitiva (Cardoso, 2005). Foi pensando nisso que, no caso relatado, realizou-se uma prótese dentogengival provisória que, além de executar as funções supracitadas, favoreceu a análise e aprovação da estética pela paciente e seus familiares.

Conceição, em 2007, destacou a importância da estética vermelha em uma reabilitação protética, onde se cobra um contorno gengival regular e contínuo e papilas interdentais posicionadas adequadamente, promovendo um correto fechamento do espaço interdental, o que contribui para o equilíbrio do sorriso. A utilização de um protocolo clínico criterioso deve ser considerada durante e após procedimentos restauradores, alcançando maior efetividade e previsibilidade quando se trata de estética (Conceição, 2007). Pensando nesses princípios, o planejamento do caso demandou a execução de um protocolo onde foram realizados: obtenção de modelo de estudo, enceramento diagnóstico, confecção de prótese provisória, obtenção de modelo em trabalho e enceramento da anatomia definitiva.

A reabilitação de estruturas perdidas por próteses implantossuportadas foi um avanço significativo na Odontologia. A manutenção da osseointegração e a harmonia entre implante e tecido mole depende do conhecimento do funcionamento biológico do reparo tecidual, bem como das suas limitações (Colombini, 1991). Seguindo esse avanço constante da Odontologia, a implantodontia evoluiu de uma abordagem exclusivamente cirúrgica para uma abordagem direcionada à terapia restauradora previsível do complexo dentogengival².

CONCLUSÃO

A reabilitação protética em região anterior é sempre um desafio de grande complexidade devido à exigência estética. Um correto diagnóstico e

planejamento devem ser realizados, garantindo sucesso no tratamento e a satisfação do paciente. O uso de cerâmica gengival, para estabelecimento da estética vermelha, vem ganhando espaço na Odontologia, sendo uma excelente alternativa para correção de grandes defeitos de tecido duro e mole, onde a realização de cirurgias reconstrutivas está contraindicada devido ao custo, maior morbidade e limitações das técnicas regenerativas. Como foi observado no caso clínico relatado, as próteses dentogengivais conseguem entregar função e estética satisfatória, promovendo bom selamento do ar, melhora no quadro de fonação e eliminando os espaços negros presentes devido à ausência de papilas.

REFERÊNCIAS

Cardoso, A.C.; O Passo-a-Passo da Prótese sobre Implante: da 2º etapa cirúrgica à reabilitação final. 1ed. São Paulo: Ed. Santos. 2005. cap.3, p.76-101;

Coachman C, Garber D , Salama, M, Salama H, Cabral G, Calamita MA. The incorporation of tissue colored composite and a zirconium abutment to solve an esthetic soft tissue asymmetry. *Inside Rest Dent* 2008;4(9):2-5;

Coachman C, Salama M, Salama H, Garber D, Cabral G, Calamita MA. Prosthetic gingival reconstruction in the fixed partial restoration – Part 1. *Int J Perio Restor Dent – In Press*, 2009, v. 29 (5), p. 471-477;

Coachman, C.; Calamita, M.; Cabral, G. Restauração protética dentogengival: uma alternativa à reconstrução tecidual. In: JOLY, Júlio César; SILVA, Robert Carvalho da; CARVALHO, Paulo Fernando Mesquita. *Reconstrução Tecidual Estética – procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e periimplantares*. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2009. p. 04-31;

Colombini, N.E.P.; *Cirurgia Maxilofacial: Cirurgia do terço inferior da face*. Pancast editorial. SP, 1991. p. 783-800;

Conceição, E.N.; Dentística: Saúde e Estética. 2ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007. p.320-355;

Costello FW. Real teeth wear pink. Dent Today 1995;14(4):52-5;

Francischone, A.C.; Prevalência das proporções áurea e estética dos dentes antero-superiores e respectivos segmentos dentários relacionadas com a largura do sorriso em indivíduos com oclusão normal. 81p, Dissertação de Mestrado.FOB/USP. 2005;

Haj-Ali R., Walker M. P. A provisional fixed partial denture that simulates gingival tissue at the pontic-site defect. J Prosthodont 2002;11(1):46-8;

Kois J. C. Predictable single tooth peri-implant esthetics: Five diagnostic keys. Compend Contin Educ Dent 2001;22(3):199-206;

Peterson, L. J.; Ellis, E.; Hupp, J. R.; Tucker, M. R.; Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2000;

Salama H., Salama M. A., Garber D., Rosenberg E. S. 50 years of site development: Lessons and guidelines from periodontal prosthesis. J Esthet Dent 1998;10(3):149-56.