

TRATAMENTO DE ÁREAS PROXIMAIS RELACIONADAS COM PRÓTESE

THE TREATMENT OF THE PROXIMAL
AREAS RELATED TO PROTHESIS

Luiz Carlos SANTIAGO COSTA *

Luiz Fernando PEGORARO**

Paulo Martins FERREIRA**

RESUMO

O tratamento para as áreas proximais relacionadas com prótese foi analisado e discutido neste trabalho. Baseados na literatura, os autores mostram que dependendo da situação, podemos tratar apenas removendo os fatores locais que se tornam nichos bacterianos ou realizando procedimentos cirúrgicos para eliminação completa da bolsa periodontal ou cratera interproximal, remodelamento ósseo e o procedimento do R.A.I..

UNITERMOS

Prótese dentária; Interface alveolar, restauração.

* Prof. Titular de Oclusão - A.F.E./ UNIGRANRIO - RJ . Mestrando em Reabilitação Oral - FOB/USP.

** Profs. Departamento de Prótese FOB -USP.

INTRODUÇÃO

As áreas proximais, que compreendem: ameias gengivais, papilas, COL e dentes possuem características anatômicas e histológicas particulares.

Vários autores são unânimes quando afirmam que esta área é muito mais propensa à doença periodontal que as outras faces dos dentes, e que por esta razão, precisamos tomar cuidados especiais ao trabalharmos nela, principalmente em procedimentos protéticos restauradores.

Uma relação causa-efeito precisa ser avaliada quando realizamos procedimentos como: preparos protéticos, terminações cervicais, contornos anatômicos proximais de restaurações, localização das áreas de contato proximal e áreas de solda.

O presente estudo tem a finalidade de relatar e discutir as causas, os efeitos e as terapias encontradas na literatura para os problemas periodontais comumente encontrado nas áreas proximais relacionados com prótese.

REVISÃO DE LITERATURA

Vários autores ^{1,9,11,12,14,18,20,21,22}, estudando e analisando as áreas proximais, concluíram que estas áreas são as primeiras a desenvolver resposta inflamatória quando em presença de fatores retentivos de placa bacteriana e que, quando relacionados com prótese os contornos proximais são sempre mais críticos se comparados com as outras faces dos dentes.

Outros autores ^{4,5,7,13,15}, entre muitos, analisaram os efeitos e os tipos de tratamento que estas áreas necessitam para que a normalidade do periodonto de proteção e suporte seja restituída.

Ross et al ^{16,17}, idealizou um procedimento cirúrgico chamado Restorative Alveolar Interface (R.A.I.), no qual as inclinações, concavidades e contornos anormais das raízes eram eliminadas através do desgaste com brocas e alisadas com curetas para propiciar uma relação ideal entre a raiz e seu alvéolo. Este procedimento também serve para produzir um mínimo de espaço entre raízes, o que facilita a formação de uma área de COL mais rasa, conferindo assim maior proteção aos tecidos periodontais da região proximal.

Bonner ² descreveu a importância do desgaste adequado nas faces proximais nos procedimentos de preparo dental, enfatizando que o desgaste insuficiente destas áreas é um erro comum e que isto impede que a restauração forme um espaço interproximal com a forma triangular, adequada para os tecidos e para os instrumentos de higienização e concluiu, que esses fatores resultam em uma restauração que não é apenas funcional e estética, mas que também preserva a saúde dos tecidos da área interdental.

Kramer ⁸, mostrou a relação entre a proximidade de raízes, tipo de septo ósseo e tipo de papila que se forma nas áreas proximais. Concluindo que, quanto mais próximas são as raízes mais delgado é o septo ósseo interdental e que este, possui poucos espaços medulares facilitando sua absorção frente a processos inflamatórios, e que neste caso a papila gengival será alta e desfavorável já que o ideal seria uma papila rasa e larga que favorecesse a higienização.

Croll ⁶ e Tristão ¹⁹, estudando o perfil de emergência em dentes naturais, verificaram que em alguns dentes este perfil se torna côncavo nas faces proximais e que sua reprodução em restaurações é fundamental, já que estas superfícies podem ser colonizadas por microrganismos causadores de inflamação gengival e periodontite.

Brunsvold ², mostrou que em alguns casos, o tratamento pode se limitar apenas à remoção dos sobrecontornos e excessos nas áreas proximais para que a saúde seja restabelecida e concluiu que mais perda óssea, perda de inserção e inflamação ocorreu adjacente a restaurações com sobrecontorno se comparadas com grupo controle sem esse sobrecontorno.

DISCUSSÃO

A instalação da doença periodontal nas áreas proximais relacionadas com prótese está diretamente ligada a fatores que contribuem para um maior acúmulo de placa bacteriana e conseqüentemente, aumentam a dificuldade de higienização por parte dos pacientes.

Fatores como: desgaste dental para preparos protéticos, terminação cervical dos preparos além dos limites biológicos do sulco gengival, ausência de contatos proximais provocando impacção alimentar, explintagens e soldas invadindo as áreas de ameia gengival impossibilitando a higiene e os contornos exagerados das restaurações proximais, que segundo Lewis ¹⁰, 50 a 80 %

das restaurações proximais analisadas tinham sobrecontorno e que estes, apareciam associados significativamente com inflamação gengival, perda de inserção conjuntiva e perda óssea.

Uma vez encontrada a resposta inflamatória, temos que planejar uma terapia adequada para o caso, levando em consideração fatores como: grau de destruição dos tecidos gengivais e ósseos, estética, econômico, etc... .

Básicamente temos dois tipos de terapia: uma Conservadora e outra Cirúrgica. O objetivo das duas é o mesmo, isto é, remoção dos fatores etiológicos, permitir um controle de placa efetivo por parte do paciente e a eliminação completa da bolsa periodontal, caso ela exista.

TERAPIA CONSERVADORA OU NÃO-CIRÚRGICA

Na terapia Conservadora são removidos os sobrecontornos e excessos das restaurações que estejam invadindo as áreas de ameia gengival, formando assim, nichos bacterianos. Esta terapia fica portanto, restrita a processos inflamatórios que não comprometeram ainda os tecidos de suporte. Esta remoção pode ser feita com curetas, ultra-som, brocas diamantadas de acabamento, cinzéis e alguns aparelhos sem muito uso clínico como o Sistema E.V.A.* e o Sistema Roto-Pro**³.

TERAPIA CIRÚRGICA

A terapia Cirúrgica é escolhida quando temos a presença de bolsa periodontal, principalmente a do tipo infra óssea, que se caracteriza pela formação de crateras proximais, que segundo Ochsenein¹³ são classificadas de acordo com sua forma e profundidade em: crateras rasas, médias e profundas e propõe um tipo de terapia para cada uma delas, que por sua vez dependem da distância entre a união cimento-esmalte e furca. Estas distâncias são classificadas em curta, média e longa.

A eliminação da bolsa nestes casos, provoca uma remoção de osso de suporte (osteotomia) e também remoção de osso de não-suporte (osteoplastia), para que a arquitetura óssea da região permita a formação dos tecidos de proteção e suporte saudáveis. Nem sempre é possível eliminar totalmente a cratera. Quando esta está presente, formam-se dois picos ósseos: um vestibular e outro lingual.

CRATERA NOS MOLARES SUPERIORES

Nos molares superiores, o pico lingual ou palatino deve ser o primeiro a ser removido formando uma rampa de aproximadamente 10° de inclinação. Com isso, eliminamos completamente a cratera pelo lado lingual.

Para a remoção do pico vestibular, temos que avaliar a distância da união cimento-esmalte à furca. Se esta distância permitir a total remoção do pico, eliminaremos totalmente a cratera, se não, teremos a presença de uma anatomia reversa, que é melhor do que a exposição da furca por vestibular.

CRATERA NOS MOLARES INFERIORES

Nos molares inferiores, por sua inclinação para lingual em relação ao rebordo, a furca que deve ser levada em consideração é a lingual. Isto ocorre porque a base da cratera se localiza verticalmente abaixo do ponto de contato, logo, fica mais próxima da porção lingual dos dentes.

Nestes casos uma osteoplastia vertical deve ser feita antes da osteotomia para que menos osso de suporte seja removido¹³.

Dentre os retalhos cirúrgicos usados, o que propicia melhor resultado é o Retalho Dividido de Espessura Parcial Deslocado Apicalmente, pois dessa forma mantemos a faixa de mucosa ceratinizada pré-existente é mantida. Associado a todos esses procedimentos deve estar o procedimento do R.A.I., pois assim estaremos criando uma superfície radicular saudável, já que este: (1) elimina todo cimento necrótico que por ventura esteja recobrimdo a raiz, possibilitando a reinserção das fibras gengivais supracristais, (2) elimina os contornos exagerados e concavidades das raízes, facilitando com isso o preparo do dente pós-cirurgia e a moldagem, causando assim, menos distorção do material de moldagem, (3) elimina a necessidade de procedimentos como: ortodontia, hemissecação, amputação de raízes e até extrações estratégicas para resolver um problema particularmente sério que é a proximidade de raízes, (4) elimina a lesão incipiente de bi e trifurcação.

Todos esses fatores segundo Ross¹⁶, servem para aumentar a previsibilidade, sucesso e longevidade da prótese periodontal.

* Yong Dental - Maryland Heights.

** Ellman International - NY

CONCLUSÕES

Com base na literatura consultada, podemos concluir que:

- O sobrecontorno é o maior responsável pela inflamação gengival da área proximal.
- Nos tratamentos cirúrgicos, a remodelação da arquitetura óssea permite o restabelecimento e manutenção da saúde periodontal.
- O procedimento do R.A.I. deve ser realizado junto com os procedimentos cirúrgicos periodontais relacionados com prótese.
- Em prótese, a área de COL ideal é larga e rasa para permitir higienização com escovas interproximais, o que possibilitará a ceratinização desta região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ABRANS,K.; CATON,J.; POLSON,H. Histologic comparisons of interproximal gingival tissue related to the presence or absence of bleeding. *J. periodont.*, v.55, p.629-32, Nov. 1984.
- 2- BONER,C.; BONER,N. Restoration of the interdental space. *Int. J. Periodont. Restorat. Dent.*, v.2, p.31-45, 1983.
- 3- BRUNSVOLD,M.A.; LANE,J.J.. The prevalence of overhangig dental restoration and their relationship to periodontal disease. *J. clin. periodont.*, v.17, n.2, p.67-71, 1990.
- 4- CARRANZA JR.,F.A. Periodontia Clínica de Glikman, 5ª edição, Rio de Janeiro, Interamericana, 1983.
- 5- COHEN,E.S. Osseous Surgery. In: _____. *Atlas of Periodontal Surgery*. Filadelfia. Lea & Febiger, 1988. cap.6, p.161-98.
- 6- CROLL,B.M. Emergence profiles in natural tooth contour. Part I: Photographic observation. *J. prosth. Dent.*, v.62, n.1, p.4-10, July 1989.
- 7- GOLDMAN,H.M. Periodontia. 6. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983.
- 8- KRAMER,G.M. A consideration of root proximity. *Int. J. Periodont. Restorat. Dent.*, v.6, p.9-32, 1987.
- 9- LARATO,D.C. Influence of composite resin restorations on the gingiva. *J. prosth. Dent.*, v.28, p.402-4, Oct. 1972.
- 10- LEWIS,J.C.; PETROS,T.; KOIDIS,J.G. Proximal tooth surface quality and periodontal probing depth. *J. Amer. dent. Ass.*, v.13, p.590-93, Dec. 1986.
- 11- LÖE,H. Reactions of marginal periodontal tissues to restorative procedures. *Int. dent. J.*, v.18, p.759-78, 1968.
- 12- MORRIS,M.L. Artificial crown contours and gingival health. *J. prosth. Dent.*, v.12, n.6, p.1146-56, Nov/Dec. 1962.
- 13- OCHSENBEIN,C. A primer for osseous surgery. *Int. J. Periodont. Restorat. Dent.*, v.1, p.9-47, 1986.
- 14- RAMFJORD,S.P. Local factors in periodontal diseases. *J. Amer. dent. Ass.*, v.4, p.647-55, June 1952.
- 15- _____. Periodontal aspects of restorative dentistry. *J. oral Rehab.*, v.1, n.4, p.109-26, Apr. 1974.
- 16- ROSS,S.E.; GARGUILO,A. The surgical management of the restorative alveolar interfase. *Int. J. Periodont. Restorat. Dent.*, v.3, p.9-31, 1982.
- 17- ROSS,S.E. et al. The surgical management of the restorative alveolar interfase II. *Int. J. Periodont. Restorat. Dent.*, v.4, p.9-19, 1983.
- 18- TAKEI,H.H. The interdental space. *Dent. clin. N. Amer.*, v.24, n.2, p.169-76, Apr. 1980.
- 19- TRISTÃO,G.; et al. Prótese - Controle da placa bacteriana. *Rev. Ass. paul. cirurg. Dent.*, v.43, n.4, p.179-82, Jul/Ago. 1989.
- 20- WAERHANG,J. Effects of rough surfaces upon gingival tissue. *J. dent. Res.*, v.35, p.323-25, Apr. 1956.
- 21- _____. The interdental brush and its place in operative and crown and bridge dentistry. *J. oral Rehab.*, v.3, n.2, p.107-13, Apr. 1976.
- 22- YOUDELIS,R.A.; WEAVER,J.D.; SAPKOS,S. Facial and lingual contours of artificial complete crown restoration and their effects on the periodontum. *J. prosth. Dent.*, v.29, n.1, p.61-6, Jan. 1973.

UNITERMS

Dental prothesis; alveolar interface, restoration.

ABSTRACT

The treatment for the proximal areas relationed with prothesis, was analysed and discussioned in this study.

Based on the literature the author shows that, on depending of the situation, it can be treated only by the removal of the local factors that becomes in bacterial sites or by surgery proceedings for the completely pocket elimination or interproximal craters, a new modelling of the bone and the R.A.I. proceedings.