

CONDICIONAMENTO GENGIVAL: ESTÉTICA EM TECIDOS MOLES

GINGIVAL CONDITIONING: ESTHETICS OF SOFT TISSUE

Jonas Alves de OLIVEIRA

Estagiário da Disciplina de Prótese Parcial Fixa da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Érica Del Peloso RIBEIRO

Residente em Implantodontia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais -USP.

Paulo César Rodrigues CONTI

Professor Doutor do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Accácio Lins do VALLE

Professor Livre Docente do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Luis Fernando PEGORARO

Professor Titular do Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia de Bauru - USP.

Uma das condutas clínicas mais satisfatórias e simples de ser realizada para otimizar a estética em prótese sobre implante e em prótese parcial fixa é o condicionamento do tecido gengival para a formação da papila interdentária ou interimplantar e a reconstituição do arco côncavo gengival. Com isso, o perfil de emergência do elemento protético e do pântico assemelham-se ao dos dentes naturais, escondendo a linha cervical da coroa e eliminando os chamados “buracos negros”. Para isto, se utilizam as técnicas de pressão gradual, escarificação e eletrocirurgia, embora esta não seja mais indicada. O objetivo deste trabalho é discutir algumas técnicas de condicionamento, suas indicações e contra-indicações. Avalia-se, também, quais os requisitos básicos para o sucesso das mesmas, sendo o controle de placa o principal deles. Considerando-se que não há diferença entre as técnicas para o sucesso, existem condições individuais e limitações que devem ser avaliadas criteriosamente.

UNITERMOS: Gengiva; Prótese parcial fixa; Estética.

INTRODUÇÃO

A odontologia atual vive em constante busca da excelência estética, funcional e biológica em todos os seus segmentos, para pacientes que se tornam cada vez mais diferenciados, e que frequentemente depositam uma grande expectativa no que tange ao resultado estético final de seu tratamento.

Dentro da cultura moderna, a influência e priorização da estética tem sido marcantes na sociedade, gerando pacientes mais ansiosos e exigentes, que procuram encontrar rejuvenescimento e beleza também nos consultórios odontológicos.

Outra queixa não recente dos pacientes está relacionada aos custos dos procedimentos, questionando o profissional sobre uma redução no

valor do tratamento, porém sem diminuição na qualidade dos serviços oferecidos, como nos outros setores do mundo moderno.

Devido a estes fatores, existe a necessidade do aperfeiçoamento de técnicas e materiais para responder às expectativas dos pacientes e dos próprios profissionais, lançadas sobre empresas odontológicas e centros de referência científica.

Neste contexto, o condicionamento gengival apresenta-se como uma das condutas clínicas mais satisfatórias e simples de ser realizada para otimizar a estética em próteses sobre implantes e em prótese parcial fixa. Esse procedimento baseia-se no conceito de que o tecido gengival deve fazer parte do planejamento protético, para se atingir o sucesso reabilitador estético, funcional e biológico.

Segundo Franscichone, Vasconcelos¹ (1998), o condicionamento gengival seria o direcionamento do tecido gengival interdental ou interimplantar e a reconstituição do arco côncavo gengival, melhorando a harmonia gengivo-dental.

A literatura atual^{4,8,10,16} relata que o condicionamento gengival pode ser obtido por três técnicas: pressão gradual, escarificação e eletrocirurgia. Em todas estas a restauração provisória é estratégica para o sucesso da técnica, devendo ser uma cópia fiel da prótese definitiva que se quer alcançar.

REQUISITOS TÉCNICOS

Apesar das técnicas de condicionamento gengival serem diferentes entre si, com seus aspectos próprios, existem princípios interligados que todas devem seguir para se obter o sucesso.

Um requisito básico é a presença de tecido, para que com o condicionamento se forme a papila interdental. Dentro deste contexto, Tarnow et al.¹⁴ relatam em seu trabalho que a ausência de papila pode induzir problemas estéticos, fonéticos e de impação alimentar. Ainda neste estudo, avaliou-se o efeito da distância vertical do ponto de contato à crista óssea, observando que em distâncias até 5,0 mm a papila estava em 100% dos casos, já para distâncias de 6,0 mm a papila só estava presente em 56%. Estes dados devem ser observados no momento do planejamento da prótese parcial fixa, avaliando a necessidade de enxerto de tecido mole e/ou duro, para a adequação da distância vertical adequada do ponto de contato à crista óssea.

Em outro estudo, avaliando o efeito da distância inter-implantar na altura da crista óssea, Tarnow et al.¹⁵ encontraram que implantes com distância de 3,0 mm ou menos entre si tiveram uma perda média de 1,04 mm na crista óssea entre eles, porém para implantes com mais de 3,0 mm de distância entre eles a perda foi de 0,45 mm. Consequentemente, o valor destas perdas podem influenciar na formação ou não de papila entre os implantes.

Segundo Tripodakis¹⁶ (1990), o principal fator para o sucesso do condicionamento gengival seria um controle de placa severo, caso contrário perde-se o controle sobre o direcionamento gengival, devido ao processo de inflamação que se instala no local. Deste modo, somente em um paciente devidamente orientado, estimulado, e que consiga atingir a eliminação da placa bacteriana, é que deve se iniciar o condicionamento.

Além disto, a área dos pânticos não deve se apresentar retentiva, com áreas côncavas, pois torna impossível a remoção de placa. Assim, deve-se estabelecer pânticos convexos^{4,8,10,16} e adequadas áreas interpapilares na provisória, como já se objetiva na prótese definitiva para que o paciente alcance esta área para limpeza.

A força de pressão^{4,15} exercida sobre a área deve também ser avaliada, pois uma pressão excessiva pode inflamar e até ulcerar o local, ou mesmo uma pressão pequena pouco pode ter influência sobre a área, aumentando a duração do prazo para se conseguir o direcionamento da gengiva.

PRESSÃO GRADUAL

Esta técnica^{4,16} (Figuras 1, 2, 3, 4 e 5) baseia-se na utilização da restauração provisória para se conseguir o condicionamento gengival. Ela está indicada para áreas pequenas, com espaços de um até dois pânticos, de modo que não se perca o controle sobre as áreas condicionadas. A provisória, feita em resina acrílica, deve pressionar o tecido gengival de modo a modelá-lo, obtendo uma correta relação entre a gengiva e a prótese. Desta maneira, a demanda funcional é atingida, promovendo acesso para higienização e garantindo estética, sendo este o objetivo da prótese definitiva.

A realização desta técnica, consiste na confecção de coroas provisórias que sigam os princípios biológicos das coroas definitivas, com pânticos convexos, perfis de emergência adequados e espaço interdental para as papilas. A área do pântico recebe uma aplicação gradual de resina acrílica, em torno de 1,0 mm, de maneira a exercer uma pressão sobre o tecido, que gera uma leve isquemia, porém sem interferir na adaptação marginal e na cimentação da restauração^{4,8}. Os excessos de resina devem ser removidos com subsequente polimento e acabamento, especialmente, nas áreas de contato tecidual. Com isso, modela-se o tecido, formando uma depressão sob o pântico e direcionando a formação das papilas no espaços interdentais.

O paciente deve retornar após uma semana para avaliação das condições da área, pois presença de ulceração é reflexo de pressão em demasia. Estando a área adequada, avalia-se a necessidade ou não de novas aplicações de resina acrílica, sendo as vezes necessário de 3 até 5 aplicações^{4,8}. Deve-se sempre remover os excessos e realizar novo polimento e acabamento, causando o mínimo de irritação ao tecido gengival.



FIGURA 1- Instalação da restauração provisória (dentes 11,12 e 13)



FIGURA 4- Condição final do tecido gengival após condicionamento com pressão gradual

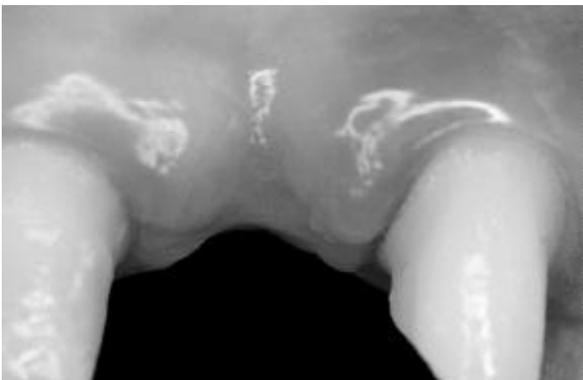


FIGURA 2- Condição inicial do tecido gengival



FIGURA 5- Adaptação do tecido gengival ao pântico convexo e polido após condicionamento com pressão gradual



FIGURA 3- Relação da restauração provisória (dentes 11,12 e 13) com o tecido gengival após condicionamento com pressão gradual

Nos implantes, segundo Francischone, Vasconcelos¹ (1998), esse direcionamento gengival é conseguido somente com a utilização de restauração provisória, a partir da segunda fase de cicatrização, com os pilares de cicatrização^{6,9}. Deste modo, estrutura-se a forma anatômica ideal do tecido gengival, como também pode-se prever o resultado estético final. Os autores ainda citam que pode-se

utilizar a técnica de Palacci⁷ (1995), com incisões semi-lunares no retalho gengival para a formação das papilas gengivais.

ESCARIFICAÇÃO

Esta técnica^{8,11} (Figuras 6, 7, 8, 9, e 10) baseia-se, também, nos princípios biológicos e funcionais da prótese definitiva. Ela está indicada para áreas de mais de um pântico, pois permite um maior controle sobre áreas extensas, proporcionando maior estética.

A escarificação^{3,5} é desenvolvida adaptando-se a restauração provisória nos pilares, delimitando com um lápis o desenho gengival que se é esperado, tomando cuidado para que a tinta do lápis não pigmente o tecido conjuntivo que será exposto. Logo após, faz-se a aplicação de anestesia terminal infiltrativa na área a ser esculpida. O tecido gengival é então esculpido por brocas diamantadas em forma de pêra, em alta rotação com irrigação, criando



FIGURA 6- Condição inicial do tecido gengival com marcação guiada pela restauração provisória para realização da escarificação.



FIGURA 7- Início da escarificação em alta rotação com broca em pêra sob irrigação sobre tecido gengival.

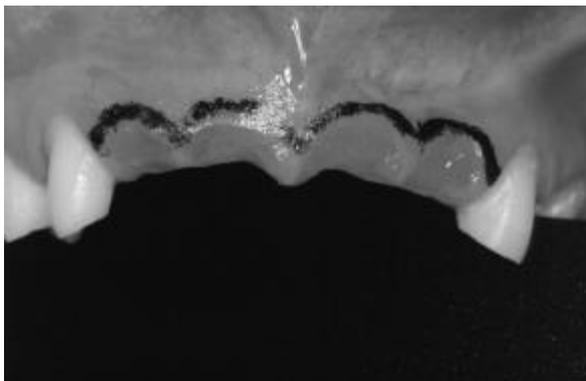


FIGURA 8- Condição do tecido gengival escarificado segundo a marcação guiada pela restauração provisória.

papilas interdentais, um arco côncavo regular e as concavidades que receberão os pânticos ⁶.

Gera-se, assim, uma área cruenta sobre a qual é assentada a restauração provisória, que é reembasada e polida de modo a não fazer nenhuma



FIGURA 9- Condição de adaptação da restauração provisória reembasada com o tecido gengival escarificado.



FIGURA 10- Condição final do tecido gengival condicionado pela escarificação.

pressão sobre a área esculpida, somente justapondo-se, servindo como uma proteção e um guia cicatricial, para complementar a escarificação. Após 12 dias o tecido estará reparado⁵. É feita assim, a escultura da arquitetura gengival.

ELETROCIRURGIA

Na técnica de eletrocirurgia seguem-se todos os padrões de técnicas da escarificação, porém, utiliza-se das pontas do eletrobisturi ao invés das brocas diamantadas para se conseguir a “escultura” da arquitetura gengival. Contudo, seu controle não é tão preciso como na escarificação e o odor nas operações eletrocirúrgicas é ofensivo para muitas pessoas. Além disso, é uma técnica traumática para o paciente, por ter um período cicatricial mais longo, devido a uma necrose tecidual gerada pelo calor⁸, havendo até a possibilidade de reabsorção óssea. Deste modo, esta técnica tem sido pouco utilizada. Esta também é contra-indicada para pacientes portadores de marcapasso cardíaco⁵.

RESULTADOS

O condicionamento gengival proporciona um excelente resultado estético^{1,4,8,11,16}, com procedimentos simples e de curta duração, garantindo melhor biologia e função à prótese.

Com uma pressão controlada, pântico convexo e rígido controle de placa, o tecido gengival sofre apenas um afinamento do epitélio, com diminuição de suas cristas no tecido conjuntivo, sem a presença de inflamação^{4,16}. Enquanto isto, proporciona-se a recuperação da papila interdental, a reconstituição do arco côncavo gengival e a eliminação de “buracos negros”. Cria-se, então, uma eminência sulcular que leva o pântico a ter um perfil de emergência semelhante ao natural.

Estabelece-se assim, a harmonia gengivo-dental¹, com a altura da margem em posição adequada em relação aos dentes adjacentes, obtendo sucesso estético da prótese, com uma relação harmônica com os dentes e tecidos adjacentes.

Além disso, a área do pântico apresenta-se côncava e com tecido ceratinizado, contrapondo a um pântico convexo, ou seja, com uma anatomia adequada, que facilita a higienização e manutenção da saúde local, proporcionando alto controle de placa.

Tem-se ainda a vantagem de conseguir um paciente mais consciente da manutenção de sua prótese definitiva, por ter sido orientado e estimulado quanto a saúde bucal durante a fase de restauração provisória, para se atingir o condicionamento gengival.

CONTRA-INDICAÇÕES

O trauma da extração, doença periodontal ou avulsão dental geralmente resulta em defeitos de rebordo⁹. Nessas situações, as técnicas de condicionamento gengival estão contra-indicadas.

As deformidades no rebordo residual estão classificadas de acordo com Seibert^{12,13} (1983) em: tipo I - dimensão vestibulo-lingual diminuída com dimensão ápico-coronal do rebordo preservada; tipo II - dimensão ápico-coronal diminuída com dimensão vestibulo-lingual preservada; e, tipo III - combinada, ou seja, ambas dimensões diminuídas, gerando desníveis de altura e espessura no rebordo residual. Porém estes casos podem ser muitas vezes solucionados com enxertos ósseos ou tecido mole, ou combinados. Assim, essas contra-indicações ou dificuldades são contornáveis e até mesmo temporárias.

DISCUSSÃO

O condicionamento gengival, quando enquadrado e utilizado no planejamento reabilitador, otimiza a estética, a biologia e a função da prótese, sendo um procedimento simples, sem custo adicional para o profissional.

O cirurgião-dentista deve estar atento para a execução deste procedimento, escolhendo uma técnica adequada, avaliando vantagens e desvantagens, como também suas indicações. Deste modo, opta-se ou pela pressão gradual ou pela escarificação, excluindo a eletrocirurgia.

A pressão gradual tem entre suas vantagens em relação a escarificação, o fato de ser um procedimento não cirúrgico, sendo considerado minimamente invasivo e reversível⁸, por não remover tecido. Em função disso, elimina-se o risco de uma complicação pós-cirúrgica, tornando a pressão gradual uma técnica mais segura.

A escarificação leva a uma sensibilidade pós-operatória, devido a criação de uma área cruenta, tornando mais difícil a higienização e a remoção de placa bacteriana, que é imprescindível para o resultado ideal do procedimento. Além disso, o reembasamento da restauração provisória após a “escultura” com brocas diamantadas é dificultada pela presença do sangue.

Porém, a escarificação é uma técnica que atinge mais rápido o objetivo de condicionar o tecido gengival, utilizando somente uma sessão para isto. Esta técnica possibilita um maior controle sobre grandes áreas a serem condicionadas, e possibilita maior liberdade e facilidade para o profissional adequar o tecido gengival à necessidade.

Por sua vez, a pressão gradual é mais indicada para áreas que necessitam de coroas unitárias para dentes ou implantes e em prótese parcial fixa de um ou dois pânticos, para uma melhor precisão.

Independente da técnica de condicionamento escolhida, existe a preocupação da resposta do tecido gengival aos materiais utilizados, especificamente quanto a resina acrílica, embora sejam observadas apenas pequenas alterações epiteliais^{2,10,16}. A resina acrílica prensada, cozida e polida, mesmo quando comparada à outros materiais em pânticos, como porcelana glazeada, porcelana polida ou ouro polido, gera a mesma resposta tecidual^{2,10}.

CONCLUSÃO

O condicionamento gengival é um procedimento de simples execução e com excelente ganho em estética, biologia e função.

Respeitando os requisitos básicos, as técnicas de pressão gradual e escarificação garantem melhores resultados, sendo que o principal fator para isto é um rígido controle de placa, e as contra-indicações por defeitos de rebordo, geralmente, são contornáveis.

As duas técnicas, pressão gradual e escarificação são bem sucedidas, devendo-se avaliar, em cada caso, quais suas vantagens e desvantagens.

ABSTRACT

One of the most satisfactory and simple clinical managements to be achieved in order to optimize the esthetics of a prosthesis on an implant and a fixed partial denture is gingival tissue conditioning to the formation of interdental or interimplant papilla and the reconstitution of gingival concave arch. Thus, the prosthetic element and pontic emergence profile is similar to that in the natural dentition, concealing the crown cervical line and eliminating the so-called "black holes". For this, techniques of gradual pressure, scarification and electrosurgery are used, in despite the last one is not indicated anymore. The aim of this paper is to discuss several techniques of conditioning, their indications and contraindications. It is also evaluated the primary requirements to these techniques to be successful, being plaque control the principal one. Considering that there is no difference between the techniques in being successful, there are individual conditions and limitations that must be evaluated discerningly.

UNITERMS: Gingiva; Denture partial fixed; Esthetics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Francischone CE, Vasconcelos LW. Otimização estética das próteses unitárias sobre implantes. In: Francischone CE, Vasconcelos LW. Próteses Unitárias e a Osseointegração. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p.79-103.

2- Henry PJ. An investigation into changes occurring in the oral mucos beneath bridge pontics. Indiana; 1961. [Thesis - University of Indiana School of Dentistry].

3- Howard WW, Ueno H, Pruitt CO. Standards of pontic design. J Prosthet Dent 1982 May; 47(5): 493-5.

4- Jacques LB, Coelho AB, Hooweg H, Conti PCR. Tissue sculpturing: An alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. J Prosthet Dent 1999 May; 81(5): 630-3.

5- Mainieri ET, Rivaldo EG. Conduta eletrocirúrgica nos tecidos moles aplicada às restaurações protéticas. Odont Mod 1991 Jul/Ago; 18(4): 16-24.

6- Neale D, Chee WWL. Development of implant soft tissue emergence profile: A technique. J Prosthet Dent 1994 April; 71(4): 364-8.

7- Palacci P. Optmal implants positioning of soft tissue managment: for the Branemark system. Berlin: Quintessence; 1995.

8- Pegoraro LF. Coroas provisórias. In: Pegoraro LF, Valle AL, Araújo CRP, Bonfante G, Conti PCR, Bonachela V. Prótese Fixa. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 111-48.

9- Phillips K, Kois JC. A esthetic peri-implant site development. Dent Impl 1998 Jan; 12(1): 57-69.

10- Podshadley AG. Gingival response to pontics. J Prosthet Dent 1968 Jan; 19(1): 51-7.

11- Sanseverino CAM. Manipulação do tecido gengival para um melhor resultado protético. Rev APCD 1998 Mai/Jun; 52(3): 203-4.

12- Seibert JS. Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part I. Technique and wound healing. Compend Contin Educ Dent 1983 Sep/Oct; 4(5): 437-53.

13- Seibert JS. Reconstruction of deformed partially edentulous ridges, using full thickness onlay grafts. Part II. Prosthetic/ Periodontal/ Interrelationships. Compend Contin Educ Dent 1983 Nov/Dec; 4(6): 549-62.

14- Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. J Periodontol 1992 Dec; 63: 995-6.

15- Tarnow DP, Cho SC, Wallace SS. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. J Periodontol 2000 April; 71(4): 546-9.

16- Tripodakis A, Constantinides A. Tissue response under hyperpressure from convex pontics. Int J Periodontics Restorative Dent 1990; 10(5): 409-14.

Endereço do autor correspondente:

Jonas Alves de Oliveira

Rua: José Ferreira Marques, 10-41

Apto 609 Vila Universitária

17044-570 Bauru – SP

Jonas_Alves@yahoo.com