

Revista Odontológica do Planalto Central, v.2, n.2, p.14-22, jul./dez., 2012.

CONDICIONAMENTO GENGIVAL ATRAVÉS DE PROVISÓRIO

Maria Magna Alves **PEREIRA**¹, Maria Letícia Bucchianeri **PINHEIRO**²

¹Aluna do Curso de Graduação em Odontologia da FACIPLAC-UNIPAC. e-mail: mariamagna2009@hotmail.com

² Professora da disciplina de Periodontia da FACIPLAC-UNIPAC.

Resumo

A reabilitação protética de áreas edêntulas é, com frequência, dificultada pela presença de defeitos ósseos, como atrofia de rebordo, e mucogengivais, como a ausência de papilas. Procedimentos periodontais cirúrgicos e o condicionamento gengival com provisórios representam alternativas de manejo das áreas edêntulas a serem reabilitadas. Este artigo tem por objetivo relatar um caso clínico no qual, através da técnica de condicionamento gengival, obteve-se expressivo ganho na espessura e contorno gengival na área edêntula, melhorando a condição estética da reconstrução definitiva.

Descritores: Estética. Coroa provisória. Condicionamento gengival.

Introdução e Revisão da Literatura

A busca pela excelência estética na Odontologia trouxe à tona a importância de uma relação harmônica entre dentes e gengiva. Neste contexto, a reconstrução do arco côncavo gengival representa um dos maiores desafios aos periodontistas e protesistas^{1,2}. Pacientes com grandes áreas edêntulas são acometidos por alterações dos tecidos ósseo e gengival, resultantes de perdas dentárias³. Para reabilitá-los, é necessário um cauteloso planejamento, baseado na análise dos exames clínicos, radiográficos e modelos de estudo com enceramento de diagnóstico. Assim, será possível determinar a necessidade de eventuais cirurgias para correção de rebordos³.

Os tecidos moles e duros que suportam a restauração necessitam de saúde em vários aspectos, incluindo qualidade, espessura e quantidade de tecido ósseo e gengival, minimizando a possibilidade de inflamação e mantendo uma harmonia entre prótese e tecidos de proteção⁴. Tendo em vista que defeitos ósseos e/ou gengivais em áreas edêntulas podem comprometer o resultado estético da reabilitação protética definitiva, procedimentos periodontais

cirúrgicos são frequentemente indicados para a correção de tais defeitos. Além de terapias cirúrgicas, uma melhora na estética também tem sido alcançada com o condicionamento gengival com provisório⁵.

A literatura relata pelo menos três técnicas de condicionamento gengival: escarificação, pressão gradual e eletrocirurgia. Apesar de serem diferentes entre si, com seus aspectos próprios, existem princípios interligados que todas estas técnicas devem seguir, e em todas elas a conformação do provisório é estratégica para o sucesso da técnica, devendo ser uma cópia fiel da prótese definitiva¹.

Um requisito básico e primordial para a formação de papila é a presença de tecido. De fato, Tarnow⁶ e seus colaboradores relataram que a ausência de papila pode induzir problemas estéticos, fonéticos e de impação alimentar. Avaliando a distância vertical do ponto de contato à crista óssea, os autores observaram que em distâncias de 5.0 mm a papila estava presente em 98% dos casos. Quando a distância era de 6.0 mm, a papila estava presente em 56% dos casos, e para distâncias de 7.0 mm a papila estava presente em

apenas 27% dos casos. Estes dados devem ser considerados no momento do planejamento da prótese, já que o sucesso da técnica está relacionado com a espessura da gengiva. Podendo ser necessário, inclusive, a realização de enxertos de conjuntivo para criar espessura adequada de gengiva⁷.

Seibert⁸ estudou e classificou as deformidades de rebordo residual, visando uma melhor indicação para os tipos de tratamento: Tipo I – dimensão vestibulo-lingual diminuída com dimensão ápico-coronal do rebordo preservada; Tipo II – dimensão ápico-coronal diminuída com dimensão vestibulo-lingual do rebordo preservada; Tipo III – combinada, ambas as dimensões diminuídas, gerando desníveis de altura e espessura no rebordo residual.

Para o autor, o tipo I traz melhores resultados no condicionamento gengival, porque ainda não houve perda óssea no sentido ápico-coronal. Nos tipos II e III são contra-indicadas as técnicas de condicionamento de gengiva, devido à ausência de rebordo residual. Porém, estes casos podem ser, muitas vezes, solucionados com enxertos ósseos ou de tecido mole, ou ambos.

Para Tripodakis⁹ o principal fator para o sucesso do condicionamento gengival seria um rígido controle de biofilme, caso contrário perde-se o controle sobre o direcionamento gengival, devido ao processo de inflamação instalado no local. Sendo assim, como em qualquer outro procedimento, o condicionamento gengival somente deve ser realizado em pacientes devidamente orientados, estimulados e com os níveis de placa bacteriana controlados.

Considerando a necessidade estética na reabilitação com prótese fixa e a necessidade de manipulação de tecido gengival, foi proposta a técnica de condicionamento gengival através de provisório, visando a formação de um perfil de emergência com forma da ameia interproximal, buscando uma melhor estética gengival para futura instalação da prótese definitiva. De fato, o condicionamento de tecido gengival e interimplantar e a reconstrução de um arco côncavo gengival, melhoram a harmonia gengivo-dental¹¹.

A técnica baseia-se na utilização de restaurações provisórias para condicionar o tecido gengival e está indicada para áreas pequenas com espaços de no máximo dois pânticos, uma vez que nessas dimensões têm-se um melhor controle

sobre os tecidos a serem condicionados⁹.

Palacci¹² foi um dos primeiros a observar os problemas estéticos em relação à formação de papilas nas regiões de pré-maxila em casos de reabilitações com implantes. O autor pondera que os dentes naturais exibem uma cortical fina na face vestibular, comprometendo as futuras reparações de tecido após extrações dentárias, dado o grau de reabsorção na região vestibular apical. Em consequência disso, têm-se um modelo de reabsorção resultante em uma superfície plana de rebordo edêntulo. Consequentemente, o resultado estético tende a ser comprometido em razão desta perda, afetando a integridade da papila interproximal.

Cramer¹³, por sua vez, estudou o comportamento dos tecidos em áreas a serem condicionadas, em especial o de tecido conjuntivo fibroso e espesso, normalmente encontrado em rebordos alveolares espessos. Segundo o autor, esse tipo de tecido possui uma melhor capacidade reparadora quando comparada a faixas finas de tecido conjuntivo, isso ocorre devido ao aumento da vascularização, o que permite maior perfusão de oxigênio para os tecidos e uma melhor eliminação de produtos tóxicos, consequentemente, maior resistência a injúrias.

O objetivo deste artigo foi avaliar se em regiões edêntulas, com condições favoráveis, a técnica de condicionamento gengival propicia formação de papila interdental.

Relato do Caso

Paciente A.R.A, sexo feminino, 44 anos, procurou a Clínica Odontológica das Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central, relatando como queixa principal a deficiência estética presente nos elementos 12,11,21. A paciente não relatou qualquer distúrbio sistêmico durante a anamnese e, após avaliação clínica e radiográfica detalhada, foi observada infiltração marginal do elemento 12 e uma leve inflamação da gengiva (Figuras 1 e 2), quadro de saúde periodontal e um bom controle de biofilme dental.

Após o preenchimento do Inventário de Saúde e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a paciente recebeu instruções de higiene oral, profilaxia profissional, aplicação tópica de flúor, bem como as explicações

pertinentes ao tratamento, além de orientação, por escrito, quanto ao uso de clorexidina para evitar possíveis ulcerações provenientes do tratamento.



Figura 1. Radiografias iniciais.



Figura 2. Aspecto clínico inicial.

Na segunda sessão, foi feita moldagem em alginato e enviada ao laboratório para realização do enceramento de diagnóstico e posterior confecção dos provisórios (Figura 3).



Figura 3. Moldagem.

Na sessão seguinte, já em posse dos provisórios, foi removida a prótese mal adaptada e,

por fim, reembasado o provisório (Figuras 4 e 5). Feito isso, removidos seus excessos e realizados os ajustes oclusais, foi feito o acabamento e polimento e, em seguida, cimentação (Figuras 6 e 7).



Figura 4. Remoção da prótese.



Figura 5. Re-embasamento do provisório.



Figura 6. Acabamento do provisório.

Por fim, foram realizadas mensurações que seriam usadas como referências ao final do condicionamento, seguindo os mesmos protocolos indicados por Tarnow, além de ter sido feita as

mensurações da altura do ponto de contato, com uma agulha curta, um cursor endodôntico e uma régua milimetrada. A agulha foi inserida no tecido gengival 1.0 mm abaixo da linha mucogengival até tocar a crista óssea no sentido horizontal e o cursor foi, então, deslocado até tocar a gengiva. Essa manobra foi feita de forma suave para que não houvesse pressão e interferência no resultado (Figuras 8, 9, 10, e 11).



Figura 7. Cimentação do provisório.



Figura 8. Mensuração da altura do ponto de contato.



Figura 9. Mensuração da espessura da gengiva.



Figura 10. Mensuração da espessura da gengiva.



Figura 11. Provisório cimentado.

O procedimento foi repetido a cada 14 dias, sempre usando a linha mucogengival como referência, totalizando três sessões para o condicionamento (Figura 12).



Figura 12. Aspecto final.

Discussão

Na Odontologia atual, o condicionamento gengival associado a um bom planejamento

reverso otimiza a estética, a biologia e a função da prótese. O procedimento é considerado relativamente simples, e sem custo adicional para o profissional, podendo ser necessária uma associação de enxertos de tecidos mole para ganhar altura no rebordo. No entanto, no caso clínico aqui reportado, não houve necessidade de enxerto, já que a paciente apresentava um rebordo tipo I de Seibert, com preservação da crista óssea no sentido ápico-coronal.

De fato, observou-se que houve um resultado satisfatório mesmo sem a realização de enxerto, uma vez que a espessura mínima de gengiva recomendada para o condicionamento, segundo Tarnow⁴, é de 3,0 mm. A espessura média do tecido gengival prévio ao condicionamento na cervical do elemento 11 era de 4 mm, na segunda sessão 4,5 mm e, na terceira sessão, 5,0 mm. Para o elemento 21, na primeira sessão a espessura era de 2,0 mm, na segunda 2,0 mm, e na terceira sessão 2,5 mm. O elemento 12 apresentava-se com 2,0 mm, na segunda sessão manteve os 2,0 mm, e na terceira sessão a espessura medida foi de 2,5 mm. Ao final do condicionamento, o elemento 11 apresentou um ganho de 1,0 mm, o elemento 21 de 0,5 mm e o elemento 12 de 0,5 mm.

Estes resultados demonstram dois fatos importantes. O primeiro é que existe uma altura máxima para a altura do ponto de contato. E o segundo é que, em rebordos com espessura de gengiva acima de 3,0 mm, o resultado pode ser 100% superior ao igual ou menor que 2,0 mm. Sendo assim, o que se atribui um ganho maior de tecido na região do elemento 11 foi relacionada à espessura do rebordo gengival e à presença de maior quantidade de gengiva ceratinizada na área.

Apesar de terem sido relatadas outras técnicas de condicionamento, a pressão gradual conta com a vantagem de ser um procedimento não cirúrgico, minimamente invasivo e reversível, por não remover tecido, podendo ser interrompida a qualquer momento. Contudo, essa técnica tem como desvantagem o tempo para se obter o resultado, por serem necessárias três a quatro sessões. Além disso, para áreas com espaços acima de três pânticos, há um risco maior de necrose tecidual.

Ao se lançar mão da restauração provisória de resina acrílica para obtenção de um pântico convexo, o profissional proporciona um melhor acesso para higienização, como também adequa e reestrutura a forma anatômica ideal do tecido

gengival, podendo prever o resultado estético final do tratamento¹².

Os estudos demonstram que as técnicas para formar e redirecionar papila se dividem em antes e depois de Tarnow, sendo que todos os autores os citam em seus trabalhos como sendo uma descoberta importante. De fato, a variação do ponto de contato foi considerada determinante para a reconstrução da papila interproximal, lembrando que outras variações foram consideradas, como grau de inflamação gengival, e natureza fibrosa ou edemaciada do tecido.

Os autores pesquisados são unânimes na indicação do uso de provisórios para condicionar tecido, sendo que seu uso não foi contestado baseado na suposição de que há uma resposta inflamatória causada pela compressão dos tecidos^{5,6,11,12}. No entanto, Tripodakis⁹ lembra que só o condicionamento, sem um adequado controle de biofilme, pode piorar ainda mais a deficiência estética no local, o que se traduziria em um trauma psicológico para o paciente.

Por fim, na maioria desses estudos, o foco principal foi avaliar a estimulação mecânica e os materiais utilizados, havendo a necessidade de mais trabalhos a fim de verificar o grau de agressão sofrida pelos tecidos e eventuais consequências em longo prazo.

Conclusão

O resultado alcançado no caso clínico reportado permite concluir que a técnica de condicionamento gengival com provisórios, obedecendo os princípios biomecânicos e de controle do biofilme dental, proporciona uma significativa melhora estética no resultado final da reconstrução definitiva.

Abstract

Gingival conditioning through interim.

The prosthetic rehabilitation of edentulous areas is often hindered by the presence of bone defects, such as atrophy, lip, and mucogengival, as the absence of papillae. Periodontal surgical procedures and conditioning gingival provisional represent alternative management of edentulous areas to be rehabilitated. This article aims at

reporting a case where, by gum conditioning technique, we obtained significant gains in thickness and contour in gingival edentulous area, improving the aesthetic condition of the final reconstruction.

Descriptors: Aesthetics. Temporary crown. Conditioning gum.

Referências

1. OLIVEIRA, J.A.; RIBEIRO, E.P. Condicionamento Gingival: Estética em Tecidos Moles. **Rev.Fac.Odontol. Bauru.** v.10, n.2, p.99-104, 2002.
2. MORAIS, J.A.N.D.; BROSCO, H.B. Condicionamento Gingival Prévio ao Segundo Tempo Cirúrgico em Implantes Osseointegrados. **Rev. Brás. Implantodontia e Prótese sobre Implantes.** v.12, n.2, p.47-52, n.2, 2005.
3. BÁRBARA, A.B. Sultura de Contenção de Papilas: Uma nova abordagem cirúrgica em prótese unitária imediata sobre implante. **ImplantNews.** v.3, n.1, p.49-54, 2006.
4. PEGORARO, L.F. Coroas Provisórias. In: PEGORARO, L.F, VALLE, A.I.; ARAÚJO, C.R.P.; BONFANTE, G.; CCONTI, P.C.R.; BONACHELA, V. **Prótese Fixa.** São Paulo: Artes Médicas. Cap.6, p.111-148, 2002.
5. JACQUES, L.B. et al. Tissue Sculpturin: An alternative Method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. **Journal Prosthet Dent.** v.81, n.5, p.630-633, 1999.
6. TARNOW, D.P.; CHO, S.C.; WALLACE, S.S. The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest. **Journal Periodontol.** v.71, p. 546-549, n.4, 2000.
7. TARNOW, D.P.; MAGNER, A.W.; 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. **Journal periodontal.** v.63, p.995-996, 1992.
8. SEIBERT, J.S. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges using full thickness onlay grafts. Technique and wound healing. **Compedium of Continuing Educacion in Dentistry,** v.4, p.437-453, 1988.
9. TRIPODAKIS, A.P.; CONSTANTINIDES, A. Tissue response under hiperpressure from convex pontics. **Int J Periodontics Restorative Dent.,** v.10, n.5, p.408-414, 1990.
10. GONZALEZ, M. K. S. et al. Regeneração da Papila Interdentária após Cirurgia de Aumento de Coroa. **Rev. Dental Press Period. Implant.,** v.1, n.1, p.60-67, 2007.
11. FRANCISCHONE, C.E.; VASCONCELOS, L.W. Otimização estética das próteses unitárias sobre implantes. In: FRANCISCHONE, C.E.; VASCONCELOS, L.W. **Próteses Unitárias e a Osseointegração.** São Paulo: Artes Medicas. Cap.8, p.79-103, 1998.
12. PALACCI, P. Peri-implat soft tissue management: Papilla regeneration technique. In: PALACCI, P.; ERICSON, I.; ENGSTRAND, P.; RANGERT, B.; (eds). **Optimal Implant Positioning and Soft Tissue Management for the Branemark Sistem.** Chicago: Quintessence. Cap.1, p.59-70, 1995.
13. KRAMER, G. Rationale of Periodontal Threrapy. In: GOLDMAN, H.M.; COHEN, D.M (eds). **Periodontal therapy,** 6.ed. St. Louis: CV Mosby. p.378-402, 1980.