

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
DEPARTAMENTO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS E PRÓTESE

ANA CLARA DE SOUZA

**Aspectos periodontais antes, durante e após a instalação de um Prótese
Parcial Fixa.**

ARAÇATUBA - SP

2011

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA
DEPARTAMENTO DE MATERIAIS ODONTOLÓGICOS E PRÓTESE

ANA CLARA DE SOUZA

**Aspectos periodontais antes, durante e após a instalação de um Prótese
Parcial Fixa.**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador Prof. Dr. Stefan Fiúza
de Carvalho Dekon

ARAÇATUBA - SP

2011

Dedicatória

Aos meus pais, Luiz Francisco e Débora, que desde sempre me apoiaram e me incentivaram na concretização do meu sonho e que não pouparam esforços para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, Douglas e Daniel, que estiveram sempre presentes, me apoiando, rezando e torcendo por mim durante todos os anos da graduação.

Agradecimentos

A Deus, que sempre esteve ao meu lado, me dando forças pra caminhar, me fazendo acreditar em mim mesma, me levantando a cada tombo, me iluminando e guiando os meus passos.

Ao meu pai, Luiz Francisco, que em nenhum momento poupou esforços para que eu chegasse até aqui. Essa vitória só foi possível, graças a você. Eu amo você!

À minha mãe, Débora, que com suas sábias palavras sempre me apoiou, me alegrou, me corrigiu e me encorajou. Se venço hoje, é graças a você também, minha melhor amiga. Eu amo você com um amor incomparável.

Aos meus queridos irmãos, Dodô e Dani, que algumas vezes abriram mão dos seus próprios sonhos para que hoje, o meu fosse realizado. Vocês são minha proteção, e eu amo vocês.

A todos meus familiares que, mesmo indiretamente, me apoiaram e torceram para que eu chegasse onde cheguei.

Ao meu orientador Prof. Dr. Stefan Fiúza de Carvalho Dekon, pelo apoio na realização deste, pela confiança e por contribuir com seus ensinamentos para o meu crescimento científico.

A Prof^ª. Dra. Adriana Cristina Zavanelli, que por meio dela fui conduzida à Disciplina de Prótese.

Ao meu amigo pós-graduando Leonardo, por me ajudar e por sacrificar seu tempo a favor da realização deste. MUITÍSSIMO obrigada!

Aos meus amigos e amigas da graduação, os quais compartilhei maravilhosos e inesquecíveis momentos durante esses 4 anos, e que tornaram dessa caminhada muito mais fácil e divertida. Guardo vocês no coração.

Aos meus amigos e amigas que não estão aqui comigo, mas que de uma forma ou outra estavam presentes através de palavras de apoio, incentivo e confiança. Vocês são pra sempre.

À Universidade Estadual Paulista e à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, pela oportunidade da realização do curso de graduação.

Epígrafe

“Posso, tudo posso, Naquele que me fortalece, nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir. Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos, deixar-me guiar nos caminhos que Deus planejou pra mim.” (PE. Fábio de Melo)

SOUZA, A.C. **Aspectos periodontais (antes, durante e depois) da instalação de uma Prótese Parcial Fixa.** Trabalho de Conclusão de Curso. - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

RESUMO

As próteses parciais fixas são as que mais exigem uma interação entre os conhecimentos técnicos da própria prótese com a periodontia. A qualidade do periodonto tanto de sustentação como o de proteção devem ser criteriosamente analisados na fase de planejamento para que a longevidade do trabalho possa ser conseguida. Desse modo fatores biológicos e mecânicos devem ser levados em consideração a fim de termos uma prótese com uma função adequada e com estética favorável. Em regiões anteriores esses quesitos tomam proporções maiores, principalmente em pacientes que possuem linha de sorriso alta, por esses apresentarem um sorriso do tipo gengival. Muitas manobras cirúrgicas periodontais podem ser utilizadas para que o prognóstico da prótese melhore e assim consiga atingir as expectativas dos pacientes. A utilização de provisórios de qualidade auxilia a visualização prévia do trabalho e após a sua instalação podem direcionar a necessidade de manobras cirúrgicas periodontais auxiliares para termos melhores resultados. Cuidados periodontais durante os controles periódicos posteriores também podem ser exigidos para que a prótese se mantenha estável e funcional pelo maior tempo possível. Esse trabalho tem por finalidade através de uma revisão de literatura auxiliar o clínico a seguir um protocolo de atendimento para que as necessidades periodontais antes, durante e após a confecção das próteses parciais fixas sejam supridas.

Palavras - chave: Prótese parcial fixa; Falha de prótese; Prótese dentária; Periodontia

SOUZA, A.C. Periodontal aspects (before, during and after) of the installation of a Fixed Partial Denture. Trabalho de Conclusão de Curso. - Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2011.

ABSTRACT

The fixed partial dentures are the ones that require an interaction between the expertise of their own periodontal prosthesis. The quality of periodontal support as much protection should be carefully analyzed in the planning phase for the longevity of the work can be achieved. Thereby biological and mechanical factors must be considered in order to have a prosthesis with a proper function and a favorable aesthetics. In above areas, these questions take on greater proportion. Especially in patients who have a high line smile, by these present a type of smile gums. Many periodontical surgical maneuvers can be used to improve the prognosis of the prosthesis and thus can meet the expectations of patients. The use of provisional quality helps to preview the work and after can direct the need for periodontical surgical maneuvers to have better auxiliary results. Periodontal care during the subsequent periodic controls may also be required to keep the prosthesis stable and functional as long as possible. This study aims through a literature review to assist the clinician to follow a treatment protocol that needs to periodontics before, during and after manufacture of fixed partial dentures are met.

Keywords: Fixed Partial Denture, Implant Failure, Prosthodontics, Periodontics

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	9
2 - OBJETIVO.....	12
3 - REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 – Antes.....	13
3.2 – Durante.....	21
3.3 – Depois.....	28
4 - CONCLUSÃO.....	31
5 - REFERÊNCIAS.....	32

1- INTRODUÇÃO

O sucesso do tratamento com prótese fixa é determinado por meio de critérios como a longevidade da prótese, estética, saúde pulpar e gengival dos dentes envolvidos e satisfação do paciente. Para alcançar esses objetivos, o cirurgião-dentista deve saber executar todas as fases do tratamento, tais como exame, diagnóstico, planejamento, preparo e cimentação da prótese.

A coexistência saudável entre a prótese e as estruturas periodontais é uma das metas a ser alcançada pelo dentista, e é a expectativa do paciente informado (BLOCK, 1987). O sucesso de uma prótese não é medido somente no ato da cimentação, e sim ao longo do tempo, por estar integrada e em harmonia com a estética, tecidos pulpaes, tecidos periodontais, músculos e articulações têmporo-mandibulares (MEZZOMO et al., 1997). O cirurgião-dentista tem o compromisso de restabelecer a saúde no seu sentido mais amplo de estética e função (PRESTON, 1990).

O desconhecimento das estruturas periodontais, dos males causados aos tecidos, e da existência de técnicas para a manutenção das estruturas periodontais saudáveis, são os grandes causadores do insucesso no tratamento reabilitador, demonstrando a necessidade de inter-relacionar a periodontia com a reabilitação protética (BELLI, 2002).

A necessidade de procedimentos periodontais deve ser avaliada antes, durante e depois de todos os procedimentos clínicos. Uma visão multidisciplinar deve ser observada durante o diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento, a fim de proporcionar um resultado que tenha boa previsibilidade e atenda as expectativas estéticas e funcionais do paciente que vai se submeter a um tratamento de reabilitação oral (ALONSO et al., 2004; LANZA, 2003; ROSEMBERG et al., 1992).

A sequência de procedimentos, sob visão periodontal, deve apresentar fundamentos biológicos relacionados com a remoção e controle de fatores etiológicos, eventual correções de deformidades, tempo suficiente para reparação tecidual e controle das condições recidivantes. Por outro lado, a sequência do procedimento reabilitador protético deve obedecer a fundamentos técnicos relacionados aos preparos dentários, confecção de coroas provisórias e com a instalação do trabalho protético finalizado (SAITO, 1999).

Sob o ponto de vista periodontal, é de fundamental importância a realização de um exame clínico minucioso, para que, a partir daí, seja elaborado um correto diagnóstico a cerca da doença periodontal e o estabelecido uma sequência de procedimentos dentro de um plano de tratamento periodontal ideal.

Fatores como mobilidade dentária, recessões gengivais, profundidade de sondagem, relação coroa-raiz, lesões periodontais e envolvimento das furcas se constituíram em questões essenciais para o estabelecimento de um correto prognóstico.

A mobilidade dentária está associada tanto a perda de inserção de um dente como ao grau de inflamação dos tecidos periodontais de suporte, trauma oclusal e lesões periapicais. Por isto a correta identificação da origem da mobilidade dentária é essencial para a definição do tratamento apropriado. Retrações gengivais podem ser causadas pela progressão da doença periodontal ou por escovação traumática da gengiva. A profundidade de sondagem tem sido o principal fundamento sustentando a terapêutica cirúrgico-restauradora na periodontia. A tradicional conceituação de sulco gengival normal como sendo de 0 a 3mm traz em si os argumentos que justificam terapias cirúrgicas radicais voltadas para a redução da profundidade de bolsa. A perda progressiva de inserção periodontal é sem dúvida nenhuma o principal fator de ordem funcional a determinar o diagnóstico e prognóstico de dentes afetados periodontalmente. Sob o ponto de vista periodontal a preocupação do profissional deve ser maior com a progressão da perda de inserção, o que denotaria a continuidade da doença periodontal, do que com a perda de inserção presente que é na verdade a expressão da experiência passada

acumulada do dente com periodontite (MEZZOMO et al., 1997). As lesões de furca são envoltimentos localizados nas regiões inter-radiculares de dentes multirradiculados. A etiologia está relacionada principalmente à evolução progressiva da doença destrutiva que determina o comprometimento das furcas em diferentes graus (GUTMANN, 1978). As extensas perdas ósseas resultam em uma relação coroa clínica/raiz clínica desfavorável onde, a esplintagem sozinha não proporciona suporte suficiente, mas, a inclusão dos pilares em prótese fixa, juntamente com os ajustes oclusais e a terapia periodontal, podem ser um bom tratamento (KRAJICEK, 1973). A grande maioria dos autores preconiza uma relação coroa clínica/raiz clínica ideal de 2:3 e uma relação mínima aceitável de 1:1 (ALONSO et al., 2004; GOLDMAN et al., 1991).

O desenho e a preparação dos dentes são governados por cinco princípios biomecânicos que são: preservação da estrutura dentária, forma de retenção e resistência, durabilidade estrutural da restauração protética, integridade marginal e preservação do periodonto (MAINIERI et al., 2003; SHILLINBURG et al., 1987). O nível do limite cervical dos preparos sob um ponto de vista ideal, deverá ser localizado supragengivalmente, o mais distante possível da margem livre da gengiva. É considerado o nível ideal, pois facilita todos os procedimentos operatórios, desde o preparo dos dentes até a cimentação definitiva dos trabalhos, propiciando procedimentos clínicos sem injúrias aos tecidos periodontais (KRAJICEK, 1973; LANZA, 2003; MEZZOMO et al., 1997; SACHS, 1985).

São de suma importância, para a confecção de um aparelho protético, a confecção de provisórios bem adaptados e polidos, pois assim, estes permitem um melhor controle de placa bacteriana, ajudando a manter o tecido gengival são e com forma, posição e perfil de emergência ideais para a instalação de uma prótese definitiva (MALONE et al., 1994; GORDON, 1996).

2- OBJETIVO

Esse trabalho tem por finalidade através de uma revisão de literatura auxiliar o clínico a seguir um protocolo de atendimento para que as necessidades periodontais antes, durante e após a confecção das próteses parciais fixas sejam supridas.

3- REVISÃO DE LITERATURA

3.1- ANTES

De acordo com CARNEIRO et al., 2000, uma das maiores incoerências na área da saúde é o emprego de alguma terapia sem que haja o estabelecimento prévio do diagnóstico correto. Na Periodontia não é diferente. As doenças periodontais precisam ser diagnosticadas considerando-se o conhecimento específicos sobre elas e a correta avaliação dos dados obtidos durante um exame clínico minucioso. Assim, dada a impotência do exame clínico periodontal, sugeriu-se neste trabalho , uma seqüência didática envolvendo o reconhecimento e a documentação dos sinais clínicos de inflamação, da presença de fatores etiológicos, dos danos causados às estruturas periodontais, de problemas muco-gengivais, bem como da avaliação da oclusão. O exame clínico e a avaliação do paciente constituem o primeiro item do plano de tratamento periodontal, cuja finalidade é estabelecer o diagnóstico da doença, registrar a extensão dos danos por ela causados e determinar os procedimentos necessários ao tratamento, o que, afinal, levará a sugestão do prognóstico do caso (Carvalho & Todescan, 1977 apud Carneiro et al., 2000). O exame não poderá ser considerado completo, a menos que a avaliação do paciente como um todo tenha sido feita. Dessa forma, justifica-se associar ao exame clínico periodontal propriamente dito a anamnese – que deverá conter tanto dados da condição sistêmica, quanto da condição bucal do paciente. Identificadas as alterações sistêmicas presente em cada caso, pode-se dar continuidade ao exame extra bucal – cabeça e pescoço -, após o qual se inicia o exame intrabucal – com a avaliação de tecidos moles, língua, bochechas, dentes e, finalmente, tecidos periodontais. O exame e a avaliação do periodonto durante o exame clínico periodontal devem incluir: reconhecimento dos sinais clínicos da inflamação; presença de fatores etiológicos e avaliação da higiene bucal; extensão dos danos causados às estruturas periodontais, problemas muco gengivais e, enfim, a avaliação oclusal. A partir daí, é necessário associar-se ao exame clínico o exame radiográfico complementar. Conclui-se que o exame clínico periodontal minucioso ainda hoje representa um valiosa fonte de informações a cerca da

condição periodontal do paciente. Essa coleta de dados é essencial para o estabelecimento de um correto diagnóstico e da melhor sequência de procedimentos dentro de um plano de tratamento periodontal. Salienta-se que, mesmo após o término da terapia proposta, quando o paciente estiver no programa de controle e manutenção, exames periodontais devem ser repetidos rotineiramente de modo a monitorar a estabilidade do paciente.

NEVES, et al., 2008, realizaram um trabalho onde o objetivo foi discorrer acerca da importância do exame radiográfico intrabucal, nos diversos aspectos relacionados ao diagnóstico da invasão do espaço biológico. O exame radiográfico é uma ferramenta imprescindível na Odontologia, porém, devido à subjetividade de interpretação, dificuldade de visualização tri-dimensional dos objetos avaliados a sobreposição de imagens, a radiografia é considerada um exame complementar. Uma função importante do exame radiográfico está na relação entre a Periodontia e os procedimentos restauradores, ou seja, está no diagnóstico de invasão do espaço biológico. Diante disso, é extremamente importante fazer o correto diagnóstico de invasão do espaço biológico, e para isso, o exame radiográfico correto precisa ser realizado. A invasão do espaço biológico gera uma reação inflamatória no periodonto, podendo levar a reabsorção óssea alveolar, desconforto, recessão gengival e formação de bolsa periodontal (TAL et al., 1989 apud NEVES et al., 2008). No final, pode-se concluir que as radiografias intrabucais são ferramentas de grande valia para o cirurgião-dentista, na definição de um diagnóstico periodontal o mais correto possível. Além disso, deve-se sempre avaliar a radiografia interproximal para, juntamente com o exame clínico, obter um diagnóstico mais conclusivo acerca da avaliação da invasão do espaço biológico.

Segundo SILVA FILHO et al., (2004), o cirurgião-dentista encontra problemas em reabilitar pacientes com histórias clínicas de doença periodontal, especialmente no momento de restaurar espaços protéticos. A contenção dos dentes remanescentes e reposição dos ausentes pode ser feita através da splintagem, principalmente quando estamos diante de um quadro em que os dentes suportes apresentam certo grau de mobilidade, o que comumente ocorre como seqüela da periodontite avançada. A splintagem fixa promove uma distribuição de forças mais favorável ao periodonto, permitindo a reabilitação protética. Durante o planejamento de uma splintagem associada à prótese fixa,

deve-se levar em consideração as condições do periodonto, os elementos a serem restabelecidos, as condições dos dentes suportes, seu número, sua posição na arcada e, principalmente, as características do arco oposto, especialmente na indicação de prótese livre de metal. Pesquisas recentes mostraram as vantagens e a eficácia das imobilizações realizadas com reforço de fibra. Com isso concluiu-se que a fibra de polietileno Ribbond é uma boa alternativa clínica, por ser de fácil elaboração, custo acessível, correspondendo, assim, às necessidades dos pacientes enquadrados neste contexto.

As recessões gengivais são entidades clínicas que provocam no paciente dor, aspecto antiestético e até o receio de perder o dente envolvido. KATO & ALVES (2005), neste estudo procuraram mostrar os fatores etiológicos da recessão, o plano de tratamento a ser seguido com as fases da terapia etiológica, a reavaliação e as opções de terapia cirúrgica. As expressões recessão gengival, desnudamento radicular e deiscência indicaram por muito tempo a mesma entidade clínica. O enxerto gengival epitélio-conjuntivo também denominado enxerto gengival livre, consiste na remoção de um fragmento do tecido do palato e o transplante para a região com deficiência de tecido queratinizado ou com desnudamento radicular. É indicado principalmente quando se quer obter um aumento de tecido queratinizado, recobrimento radicular e associação aos retalhos deslocados lateralmente. É contra-indicado em situações onde há má qualidade do tecido doador, recessões de classe 3 e 4 de Miller e quando há exigência estética. Apresenta como vantagens aumento tecidual em altura e espessura, previsibilidade do enxerto, pós-operatório do sítio receptor não doloroso, simplicidade de execução. E como desvantagens aspecto antiestético, cicatrização por segunda intenção do sítio doador, pós-operatório doloroso do sítio doador, risco de complicações. O presente estudo mostrou que o enxerto gengival epitélio- conjuntivo que foi a opção de tratamento nesse caso clínico, além de aumentar o tecido queratinizado (que era a primeira indicação) conseguiu o recobrimento radicular. Concluiu-se também que os fatores etiológicos devem ser eliminados antes do procedimento cirúrgico a fim de prevenir o agravamento e recidiva após o tratamento.

Os procedimentos de cirurgia plástica periodontal têm como objetivo a correção de defeitos mucogengivais, dentre eles, a recessão gengival. KAHN et al., 2010, descreveram em um caso clínico a utilização de um enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessão gengival Classe III de Miller em um dente pilar de prótese fixa. Neste caso clínico foi utilizado enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento de recessão gengival Classe III de Miller em um dente pilar de prótese fixa. Foi realizado um retalho de espessura parcial associado a duas incisões verticais. O enxerto de tecido conjuntivo subepitelial foi removido do palato e colocado sobre a superfície da raiz. O retalho foi reposicionado, recobrando completamente o enxerto. Seis meses após o tratamento, foi observada a cobertura total da raiz do elemento dentário. Este caso clínico mostrou que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pode ser utilizado com sucesso na cobertura de raízes de pilares de prótese. A profundidade de sondagem era de 1.0 mm, nenhum sangramento a sondagem foi observado e houve um ganho de tecido queratinizado, com contorno estético e coloração caracterizando o sucesso do tratamento. O elemento dental em questão servia como sustentação para uma prótese parcial fixa. Por fim, concluiu-se que este caso clínico abre possibilidade de tratamento de dentes restaurados previamente, sem a necessidade de colocação do preparo da prótese mais apicalmente.

MONACO et al., realizaram um estudo a cerca do sorriso gengival, onde avaliaram os parâmetros clínicos úteis para o diagnóstico e abordagem terapêutica. Na análise das características de um sorriso agradável, um sorriso gengival tem componentes negativos. Para este efeito, uma proposta de classificação baseada em critérios etiopatogênicos, como indicações úteis para uma abordagem terapêutica é dada. A natureza de uma linha de sorriso alta pode ser: dento-gengival, conectada a uma erupção anormal, que é revelada por uma coroa clínica curta. muscular, causada por hiperatividade do músculo elevador do lábio superior; dento-alveolar (esuquelético) devido a uma protuberância excessiva ou crescimento vertical da mandíbula, e por último, uma natureza mista, com a presença de mais de um dos fatores descritos acima. O diagnóstico de um sorriso gengival deve ser precoce após uma análise cuidadosa dos fatores etiopatogênicos e o grau de gravidade da alteração. Um plano de tratamento correto deve contemplar a possibilidade de

uma resolução ortopédica, ortognática e/ou cirúrgica, considerando a gravidade e complexidade das exposições gengivais (linha do sorriso alta) em conexão com a idade do sujeito.

GUSMÃO et al., (2006) realizaram um trabalho onde o objetivo foi descrever, passo a passo, uma cirurgia periodontal para correção do sorriso gengival, buscando melhorar tanto a função quanto a estética do paciente. Como se sabe, o principal objetivo da terapia periodontal é buscar a preservação da dentição do paciente. No entanto, atualmente consideram-se também as conseqüências estéticas desta terapia. Durante anos, a cirurgia periodontal foi considerada um tratamento agressivo, já que os procedimentos cirúrgicos periodontais buscavam a excisão dos tecidos doentes e eliminação de bolsas periodontais. Hoje, procura-se, durante a execução da cirurgia, diminuir ao máximo os danos promovidos pela terapia periodontal. Novas técnicas têm sido utilizadas, a fim de melhorar a estética do paciente, como por exemplo na correção do sorriso gengival. A ocorrência do sorriso gengival, também conhecido como “gummy smile”, pode ser devido a um comprimento insuficiente da coroa clínica do dente, excesso vertical de maxila, erupção passiva alterada ou uma combinação destes fatores. A paciente E.C.C.S., 29 anos, sexo feminino, casada, procurou atendimento odontológico no curso de Periodontia da Associação Brasileira de Odontologia (EAP/ABO-PE) tendo sido encaminhada por seu ortodontista para que fosse submetida à cirurgia plástica gengival. A paciente relatou sentir-se muito incomodada com o tamanho exagerado da gengiva, que encobria os dentes, o que foi agravado durante tratamento ortodôntico realizado anteriormente. Na avaliação clínica constatou-se um aumento gengival que resultava em alterações estéticas, havendo inflamação do tecido gengival. Não foi diagnosticada presença de bolsa periodontal ou perda de inserção durante o exame periodontal. A causa do sorriso gengival em questão atribuiu-se à erupção passiva alterada e hiperplasia inflamatória, esta última resultante do tratamento ortodôntico. Com o intuito de se debelar esta inflamação, realizou-se tratamento básico periodontal, quando se restabeleceu os padrões de saúde gengival da paciente. A partir desse momento, o planejamento cirúrgico para o aumento de coroa clínica foi a remoção do tecido gengival em excesso, sem necessidade

de acesso ao tecido ósseo. Após a anestesia local, inicialmente foi realizada a marcação do fundo do sulco gengival clínico, com o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada. Posteriormente, realizou-se uma leve incisão com lâmina de bisturi nº15, a cerca de 0,5 a 1,0 mm apical ao ponto sangrante, Utilizando-se do gengivótomo de Orban foi realizada a remoção do excesso de tecido gengival. Após a excisão de todo o tecido gengival em excesso, foi realizada uma plastia com o gengivótomo de Kirkland. Posteriormente, fez-se o acabamento final do recontorno com alicate de tecido mole, quando se obteve um adelgaçamento do tecido e a conformação fisiológica das papilas, dos zênites e do término gengival, criando assim uma margem gengival biselada e os sulcos de escape entre os dentes. Foi possível concluir que a exposição excessiva da gengiva é uma das queixas mais relatadas pelos pacientes nos consultórios odontológicos, fato comprovado na presente situação. Apesar de existirem várias técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas para correção do sorriso gengival, neste caso clínico, optou-se pela gengivectomia/gengivoplastia, por se tratar de um sorriso gengival cuja causa era a erupção passiva alterada, havendo uma quantidade considerável de tecido dentário recoberto por tecido gengival. Neste caso, tal técnica cirúrgica ofereceu um resultado satisfatório, levando à melhoria da estética da paciente. Observa-se que através de um diagnóstico correto e da terapia apropriada pode-se ter um tratamento bem sucedido, o que foi demonstrado no caso apresentado.

O tratamento de dentes com lesão de furca é considerado um dos procedimentos mais complexos dentro da clínica periodontal. Além dos aspectos técnicos, envolve o estabelecimento de um prognóstico para o elemento dental em questão, o que influencia diretamente o plano de tratamento. NETO et al., no Capítulo “Lesões de furca/Modalidades de tratamento” fizeram uma revisão de literatura sobre os tratamentos disponíveis para lesões de furca, enfatizando os aspectos anatômicos e clínicos de interesse. Além disso, levantou-se as principais evidências para uma tomada de decisão segura e com altos índices de sucesso. Diversos fatores influenciam a resposta dos dentes multirradiculares ao tratamento periodontal, mas, sem dúvida, a presença das bifurcações tem um grande peso para seu insucesso. Uma vez que a lesão está estabelecida, existe uma imensa dificuldade para manter a entrada da furca livre do biofilme dental, tanto pela

questão da localização distal dos dentes multirradiculares, pela questão da anatomia interna da furca e suas raízes, quanto pela impossibilidade de acesso do profissional e do paciente para a devida higienização. Clinicamente, a maneira mais efetiva para a detecção das furcas é por meio da sondagem periodontal. A classificação de envolvimento de furca sugerida pela Academia Americana de Periodontologia é a de Hamp *et al.* (1975), que consiste em: Grau I (Perda horizontal dos tecidos de suporte não excedendo 1/3 da largura do dente), Grau II (Perda horizontal dos tecidos de suporte excedendo 1/3 da largura do dente, mas não envolvendo toda a largura da área de furca) e Grau III (Destrução horizontal que atravessa de lado a lado a bifurcação). O tratamento das áreas com envolvimento de furca seguem os mesmos objetivos do tratamento periodontal de outras áreas, porém, a complexidade anatômica da região dificulta a remoção mecânica do biofilme durante a instrumentação radicular. Para isso, existem diversos métodos de tratamento indicados para cada severidade de envolvimento da lesão. De maneira geral, podemos realizar procedimentos conservadores, ressectivos ou regenerativos. Em furcas de Grau I, o tratamento recomendado é raspagem, alisamento e polimento coronoradicular, e, caso necessário, a realização de plastia de furca. Para as furcas de Grau II, podem ser realizadas plastia de furca, ressecção radicular, tunelização e regeneração tecidual guiada. No caso de furcas de Grau III, é possível a tunelização, ressecção radicular e extração dentária (Cattabriga *et al.*, 2000 apud NETO *et al.*). É importante o conhecimento de todo o arsenal terapêutico disponível, as vantagens e desvantagens de cada técnica, além de uma análise individual de cada caso para identificar em cada paciente fatores que favoreçam ou limitem cada abordagem. Dentro desse complexo contexto, um ponto é comum: independente da abordagem terapêutica empregada, o paciente periodontal deve ser mantido em controle e manutenção, pois, se esses cuidados não forem empregados, todos os tratamentos não alcançarão sucesso clínico em longo prazo.

A integração clínica entre diferentes especialidades da Odontologia deve obedecer a uma sistematização ordenada e racional. A sequência do procedimento reabilitador protético deve obedecer fundamentos técnicos relacionados aos preparos dentários, confecção de coroas provisórias e com a instalação do trabalho protético finalizado (SAITO, 1999).

PAVANELLI et al., 2000, realizaram um estudo a respeito das considerações clínicas sobre os princípios biomecânicos que orientam os preparos coronários em prótese parcial fixa, onde conhecer os princípios mecânicos e biológicos que devem orientar a execução dos preparos coronários em Prótese Parcial Fixa (PPF) é de extrema importância para a preservação das estruturas de suporte e longevidade dos tratamentos reabilitadores. O clínico, ao estudá-los deveria ser capaz de determinar as áreas dos dentes a serem envolvidas, assim como a altura e tipo de acabamento das paredes dentárias, a melhor geometria dos preparos coronários, visando assegurar estabilidade e retenção adequadas. É consenso que a estrutura dentária sadia deve ser preservada. Assim, o equilíbrio entre redução "necessária" de tecido dentário sadio e o mínimo de agressão ao tecido pulpar e periodontal deve ser alcançado. Quaisquer tipos de agressão gerados pelos procedimentos operatórios devem ser minimizados: o desenvolvimento de calor pelos instrumentos rotatórios, a desidratação e o contato da dentina desprotegida com substâncias agressivas devem ser evitados ou controlados. Ao planejarmos um preparo coronário, devemos saber qual a real necessidade de retenção, pois essa necessidade varia conforme a extensão do espaço edêntulo ou das exigências impostas pela oclusão. A estabilidade é auxiliar direta da retenção, pois mantém a integridade do relacionamento entre restauração e dente preparado e principalmente, da adaptação marginal. Foi concluído que o bom senso, as evidências científicas e a correta aplicação dos princípios preservadores e biologicamente protetores dos tecidos devem nortear os profissionais que se dedicam à prótese dentária.

PIGOZZO et al., 2009, realizaram um trabalho a respeito da importância dos preparos dentais com finalidade protética. O preparo dental para uma prótese é um dos fatores críticos, que deve ser cuidadosamente planejado e executado para permitir a longevidade do tratamento. Esse deve restabelecer função, mastigatória e fonética, além de estética, requisitos estes fundamentais para a satisfação do paciente perante os resultados finais de uma reabilitação. Em PPF a quantidade de desgaste das paredes dentais preparadas, angulação e localização do término cervical influenciam muito a longevidade e a estética da restauração final. O preparo dental, nesse tipo de prótese, deve permitir uma espessura adequada de material restaurador, ao mesmo tempo em que

deve preservar a integridade pulpar e periodontal. Assim, as 4 etapas de preparo de um dente para receber uma PPF seria: redução da incisal ou oclusal, desgaste das paredes axiais, término cervical e forma de resistência e retenção. Segundo o mesmo autor, o melhor formato de desgaste oclusal é aquele que segue a anatomia dos dentes, pois permite uma adequada espessura de material restaurador, promove uma melhor distribuição de formas ao dente pilar, preserva a integridade pulpar, além de evitar o deslocamento da prótese. Em relação à redução axial também se deve seguir a anatomia dental com convergência de 2° a 5° (aproximadamente 0,5 a 0,7mm na vestibular, 1,5mm na lingual e 2mm na incisal). Em relação aos terminos cervicais, o autor se classifica em: ângulo reto, ombro, ombro biselado e chamfrado. Para melhorar a resistência e retenção, o autor sugere a criação de sulcos, caixas e uso de pinos (GUYER, 1970 apud PIGOZZO et al., 2009). Pode-se concluir que o sucesso de uma reabilitação deve levar em consideração a longevidade da prótese, a saúde bucal e a satisfação do paciente. No caso de próteses fixas, o objetivo é preservar a biologia pulpar e periodontal, sem prejudicar a estética, realizando-se desgastes adequados para prevenir sobrecontornos.

3.2 - DURANTE

REBELO, 2010, realizou um estudo que teve como objetivo compreender a importância clínica do uso de restaurações provisórias durante o tratamento fixo protético, atendendo a critérios mecânicos, biológicos e estéticos; alertar e conscientizar o profissional do papel relevante que as restaurações provisórias assumem no sucesso do tratamento protético definitivo; listar os diferentes tipos de materiais e cimentos provisórios disponíveis no mercado e esclarecer as vantagens e desvantagens de cada um. Com o aumento dos procedimentos restauradores estéticos, as restaurações provisórias deixaram de ser vistas apenas como simples meios para “preencher espaços”, passando a ser encaradas como uma útil ferramenta de diagnóstico. Restaurações provisórias bem confeccionadas e adaptadas, constituem um auxiliar importante na manutenção da saúde gengival, protegendo os dentes preparados, e servindo como um modelo para a restauração final. E para que estas restaurações sejam consideradas ideais,

têm que atender a determinados requisitos, sendo eles: boa adaptação ao dente preparado e adequada adaptação marginal; resistência ao deslocamento durante a função; devem ser resistentes e permanecer em boas condições durante o tempo requerido, não podem conter materiais tóxicos para a polpa e para outros tecidos; não devem apresentar porosidades e devem ter estabilidade dimensional; devem ser confortáveis e apresentar uma estética aceitável; devem apresentar cor estável e contornos fisiológicos corretos; devem ser fáceis de reparar se assim for necessário; devem proporcionar uma oclusão fisiológica e uma correta higiene oral e por último, devem apresentar superfícies polidas e facilidade de remoção (Malone et al., 1991; Shillingburg, 1995; Rhoads et al., 1998 e Burns et al., 2003 apud Rebelo, 2010). Concluiu-se portanto que as restaurações provisórias não só orientam a confecção da prótese definitiva, como também oferecem um período experimental para avaliar corretamente a função, estética e fonética, a fim de garantir que a restauração final satisfaça as expectativas do profissional e do paciente. Não existem ainda no mercado, materiais nem agentes cimentantes provisórios ideais. Cada um apresenta vantagens e desvantagens, sendo que a sua escolha deve atender às características inerentes e individuais de cada caso clínico.

As restaurações protéticas apresentam um grupo de características críticas para sua longevidade (KOIDIS et al., 1987). Sua morfologia e textura de superfície tem um papel relevante na saúde periodontal relacionado especificamente ao controle de placa e a proteção dos tecidos gengivais (BOTTINO & BRUNETTI, 1986, BRAL, 1989, CARRANZA, 1983, CHIAPINOTTO et al., 1989, CROLL, 1990, JAMESON & MALONE, 1982, KOIDIS et al., 1987, LOE, 1968, OPPERMANN, 1992, PALOMO, 1976, RAMFJORD, 1985, ROMANELLI, 1957, SILVER & JOHNSON, 1985, STEIN & KUWATA, 1977, WAGMAN, 1977, WUNDERLICH & CALLESSE, 1985, YUODELIS et al., 1973).

É um requisito primário para a obtenção de coroas com forma e volume nas dimensões corretas, o conhecimento da anatomia dos dentes naturais (KUWATA, 1986). Porém, muito mais do que reproduzir a anatomia natural, são necessárias próteses com contornos de conveniência, principalmente no

seu terço cervical, para que haja a proteção dos tecidos gengivais e a higiene fique facilitada. Se os contornos das coroas parecem bem e estão em harmonia com os tecidos circundantes, isso indica que as prótese estão corretas (DAWSON, 1980, KAY, 1985).

Em uma coroa protética, um perfil de emergência palmo deve ser desenvolvido na sua área marginal (BOTTINO & BRUNETTI, 1986, CROLL, 1990, JAMESON & MALONE, 1982, KOIDIS et al., 1987, RAMFJORD, 1985, WUNDERLICH & CALLESSE, 1985, YUODELIS et al., 1973). Embora o dente natural não erupcione com essa morfologia, as limitações da prótese e a dificuldade de evitar a formação da placa requerem que a restauração protética tenha esse perfil de emergência (CARVALHO et al., 1989). Uma suave continuação da superfície do dente localizada apicalmente à margem cervical da prótese pode ser melhor alcançada se a região da interface dessas duas estrutura for plana (KUWATA, 1986) . Essa morfologia do terço cervical é uma forma de conveniência que melhora a efetividade dos procedimentos de higiene para remover a placa das superfícies dos dentes restaurados junto ao sulco (CROLL, 1990), sem violar a integridade e o conforto dos tecidos gengivais (CROLL, 1990, GOODCARE, 1990, JAMESON & MALONE, 1982, WUNDERLICH & CALLESSE, 1985, YUODELIS et al., 1973).

Em qualquer restauração protética, temporária ou definitiva, o subcontorno e, principalmente, o sobrecontorno, dêem ser evitados. O sobrecontorno, além de não proteger a gengiva (CARRANZA, 1983, KOIDIS et al., 1987, RAMFJORD, 1985, WUNDERLICH & CALLESSE, 1985, YUODELIS et al., 1973) dos “traumáticos efeitos da mastigação” (WELLER, 1961), clinicamente se evidencia como um fator de retenção da placa em regiões críticas quanto ao acesso, que são as áreas proximais e intra-suculares das superfícies livres (CARRANZA, 1983, KAY, 1985, RAMFJORD, 1985, YUODELIS et al., 1973).

O subcontorno é preferível ao sobrecontorno em termos de saúde periodontal (BOTTINO & BRUNETTI, 1986, WAGMAN, 1977, YUODELIS et al., 1973) uma vez que a leve hiperplasia gengival decorrente é controlada clinicamente (LOE, 1968), mas também deve ser evitado porque induz a impacção alimentar no sulco gengival (BOTTINO & BRUNETTI, 1986).

A relação do contato proximal é estabelecida como forma de proteger a papila da impacção alimentar (CARRANZA, 1983). Sua correta disposição permite, juntamente com as fibras transeptais, o equilíbrio do dente no sentido mesiodistal, conferindo estabilidade, impedindo a migração dentária e o estabelecimento de contatos oclusais indesejáveis (CARRANZA, 1983, RONANELLI, 1957).

Como regra, a relação de contato proximal situa-se no terço oclusal das paredes proximais e na metade vestibular do dente, no sentido vestibular-lingual logo abaixo do vértice das cristas marginais (KOIDIS et al., 1987).

Tais parâmetros servem como um referencial anatômico que facilita os procedimentos para se conseguir contatos proximais adequados. Porém, mais importante é sua localização, relacionada com a proteção de papila nas suas três dimensões: altura, largura mesiodistal e largura vestibulo-lingual (CARRANZA, 1983). Sob qualquer hipótese, a relação de contato e as superfícies proximais das coroas podem invadir o espaço da papila, comprimindo-a ou deslocando-a. A invasão provoca a ruptura do col gengival e os tecidos tomam a forma onde as papilas vestibular e lingual estão separadas. O tecido interproximal é menos capaz de manter-se saudável, devido a sua forma e inacessibilidade para a higiene adequada. Uma relação de contato inadequada ou ausência deste traz resultados muito semelhantes sobre a gengiva. O efeito de cunha da impacção alimentar provoca a destruição da papila e dor. O paciente dificilmente consegue remover alimentos fibrosos impactados no espaço proximal. Se a placa formada não for removida, pode gerar o estabelecimento de doença periodontal infecciosa. Portanto, a localização dos contatos tem como referencial a anatomia e a dimensão da papila (CARRANZA, 1983, RAMFJORD, 1985, WAGMAN, 1977). As superfícies proximais em suas áreas gengivais ao contato, são planas ou levemente côncavas (BECKER & KALDAHL, 1981, CARRANZA, 1983, CROLL, 1990, KOIDIS et al., 1987, MORRIS, 1962, PALOMO, 1976, RAMFJORD, 1985, WAGMAN, 1977).

Os materiais empregados em restaurações protéticas têm a propriedade de reter placa, diferente do esmalte e da dentina. Geralmente acumulam mais depósitos e são mais difíceis de serem mantidos limpos (BLOCK, 1987). Dada essas características de porosidade e aspereza inerentes, é importante que o

terço cervical das próteses receba um tratamento que deixe a superfície extremamente lisa e polida, para dificultar a aderência da placa sobre a mesma (GOODACRE, 1990 PALOMO, 1976, WUNDERLICH & CALLESSE, 1985).

As qualidades desejadas em um pântico são de que seja de fácil limpeza, que seja estético, que seja confortável e que restabeleça a oclusão. BOTTINO & BRUNETTI, 1986, CARRANZA, 1983, HESBI 1990, JOHNSTON et al., 1964, LEHNER, 1986, RAMFJORD, 1985, SHILLINGBURG et al., 1983 apud MEZZOMO et al., 1997).

Assim, chegou-se as seguintes conclusões sobre pânticos: a conformação básica da superfície gengival é convexa em todos os sentidos; os contornos e espaços de conveniência são necessários para permitir o controle mecânico da placa; o contato com o rebordo deve ser evitado, quando necessário, que seja suave, sem pressão e de extensão mínima; as superfícies, principalmente a cervical, devem ser altamente lisas e polidas, sem concavidades, principalmente no sentido mesiodistal; a superfície oclusal é restabelecida, tendo como referência a dimensão vestibulo-lingual do dente que está substituindo, e por último, a prótese definitiva só é executada a partir do momento em que a prótese temporária satisfazer todos os quesitos, e serve de referência quanto à forma e espaços (MEZZOMO et al., 1997).

Segundo PINTO (2005), o pântico, ou dente artificial, tem o seu desenho decretado pela estética, função, facilidade de limpeza, manutenção do tecido e conforto do paciente. Numa prótese fixa, o pântico deve ser biologicamente aceitável para os tecidos contíguos, de modo que impeça ou minimize a inflamação, preenchendo requisitos de rigidez, funcionalidade, durabilidade e estética com as suas superfícies convexas e lisas. Antes da sua confecção, deve-se proceder à correção do rebordo edêntulo. Dos defeitos de rebordos, os mais comuns são aqueles causados pela perda de tecido, como consequência da doença periodontal avançada, problemas periapicais graves, ausência de tábuas ósseas por exodontias traumáticas, fraturas verticais de dentes com pinos ou acidentes. Com a cirurgia, pode-se restaurar a forma do rebordo antes da colocação da reconstrução protética. Este trabalho, baseado em revisão de literatura pertinente, objetivou relatar as pesquisas sobre a relação pântico-rebordo, bem como algumas conclusões a respeito dos vários aspectos

morfofuncionais, materiais empregados na confecção dos diversos tipos de pânticos e suas implicações com os tecidos subjacentes. Nas áreas visíveis da maxila, o pântico em plano inclinado é a forma indicada. Nas regiões posteriores, quando o rebordo se apresentar com configuração normal, indica-se o pântico em forma de bala. Nas regiões posteriores da mandíbula, acometidas por grandes reabsorções e rebordos em lâmina de faca, o tipo indicado é o higiênico. Em qualquer situação, o formato em sela é totalmente contra-indicado e jamais deve ser usado. Deve-se considerar no entanto, que em muitas situações o rebordo deverá ser alterado cirurgicamente, a fim de criar condições favoráveis para o pântico. O contorno do rebordo para um pântico deve ser ligeiramente convexo em direção buco-lingual e suavemente côncavo na direção mesiodistal (JOHNSON & LEARY, 1992 apud PINTO, 2005). Com base nas informações obtidas, foram estabelecidas as seguintes conclusões: a forma do pântico deve permitir fácil higienização, evitar a retenção de alimentos, propiciar o massageamento dos tecidos moles e possuir uma forma funcional e estética adequada; deve existir uma relação entre os tecidos e o pântico, levando-se sempre em conta a necessidade de espaços livres suficientes para facilitar a higienização; em muitas situações, a configuração de um rebordo deverá ser alterada cirurgicamente, criando condições favoráveis para o pântico, a fim de elaborar um formato mais estético e mais fácil de higienizar.

O condicionamento gengival objetiva melhorar o formato do rebordo residual, em altura e espessura, proporcionando espaço e desenho adequado para o perfil de emergência do pântico que será instalado naquele sítio. A obtenção de um rebordo em arco côncavo e de papilas interdentais possibilita a confecção de Próteses Parciais Fixas estéticas, funcionais e biocompatíveis. ZAVANELLI et al., 2004, apresentam um caso clínico em que foi realizado condicionamento gengival através de procedimento cirúrgico associado à utilização de provisórios, alcançando-se os objetivos estéticos, funcionais e de biocompatibilidade desejados. Paciente do sexo feminino, V. G. S., 30 anos, apresentou-se à clínica de Prótese Parcial Fixa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Campus Araçatuba, apresentando um pântico provisório correspondente ao dente 12, unido aos dentes adjacentes com resina composta, denotando também grande hiperemia

da papila mesial ao elemento 13. Insatisfeita com a estética, a paciente contestava também a cor amarelada de seus dentes. Como plano de tratamento, após exames clínico e radiográfico, indicou-se inicialmente clareamento de ambas as arcadas dentárias e Prótese Parcial Fixa livre de metal do tipo *In-Ceram* de três elementos, utilizando como retentores os dentes 11 e 13; além do condicionamento gengival do rebordo desdentado, para favorecer a estética. Realizados os preparos dentais dos elementos 11 e 13, foram instalados os provisórios prensados. Em seguida, procedeu-se à raspagem e alisamento corono-radicular, em especial na região anterior superior, e, após manutenção da saúde do tecido gengival, foi realizada a cirurgia com bisturi elétrico, visando à formação do arco côncavo gengival e posterior condicionamento do rebordo. Após o preparo do leito cirúrgico, o pântico foi reembasado com resina acrílica ativada quimicamente (Duralay, Reliance, Dental Mfg. Co.) na cor 62, de forma a manter o tecido gengival na posição preestabelecida. Ao pântico, foi dado um formato convexo, tanto no sentido bucolingual como mesiodistal, para facilitar a higienização pelo paciente, sendo essa prática intensamente reforçada. Foram realizados dois reembasamentos do pântico, para melhor delimitação do tecido condicionado. Uma vez obtido o contorno gengival desejado e estando montado o modelo inferior em articulador semi-ajustável, realizou-se a moldagem da arcada superior com material elastomérico do tipo poliéter (Impregum F, ESPE) para obtenção do modelo de trabalho. O modelo foi enviado ao laboratório de prótese dental para confecção dos *copings* em *In-Ceram* e, após a prova e registro intermaxilar com os *copings* em posição todo o conjunto foi removido da boca através da moldagem com hidrocolóide irreversível (Hidrogum, Zhermack) em moldeira de estoque, possibilitando a remontagem do modelo no articulador semi-ajustável. Após a aplicação da cerâmica feldspática sobre os *copings* de alumina, prova e ajustes na boca da paciente, seguiu-se a cimentação da peça protética. O comprometimento estético, fonético e funcional determinado pelo formato inadequado do pântico pode ser contornado pelo condicionamento gengival do rebordo residual. Procedimentos cirúrgicos associados à utilização de provisórios convexos e bem polidos restabelecem o contorno do arco côncavo gengival, propiciando a confecção e instalação de Próteses Parciais Fixas estéticas, funcionais e biocompatíveis. O

paciente é reabilitado com procedimentos simples e seguros, tendo restabelecido o bem-estar pessoal e interpessoal.

3.3 – DEPOIS

A concepção de que a manutenção da saúde periodontal do paciente tratado depende da intervenção do profissional em consultas periódicas é corroborada por inúmeros autores. Já estão hoje superadas aquelas concepções cirúrgico-restauradoras de que o papel do dentista seria o de “arrumar” a boca do paciente e que a saúde do paciente era de sua inteira responsabilidade. A observação de que a saúde periodontal de um paciente pode ser mantida apesar dos níveis de cuidados por ele executados coloca a questão em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada pelo paciente e profissional. É claro que o paciente deve assumir suas responsabilidades na promoção de saúde bucal. Disto ele não só deve estar consciente como a ele deve ser dado o apoio e motivação para que assuma essa responsabilidade executando cuidados adequados. Compartilhar com o paciente da manutenção de sua saúde não é só uma obrigação do profissional mas é a expressão máxima de uma odontologia de promoção de saúde, antagônica aquela administradora da doença, postura esta que por muitos anos caracterizou a prática odontológica.

A manutenção periódica preventiva não é uma exclusividade do paciente periodontais. O processo saúde/doença cárie e periodontal, pela sua própria natureza determinam que a todos os pacientes devem ser dada a oportunidade de receber os benefícios desta postura profissional.

A despeito da melhor qualidade no trabalho reabilitador seja periodontal, restaurador ou protético, ou talvez por causa dele, a manutenção periódica preventiva é necessária e essencial para criar condições de longevidade dos trabalhos que com muito sacrifício e de dificuldades de várias ordens o paciente obteve. A recomendação de consultas com o dentista a cada 6 meses é empírica e não tem fundamento científico. A periodicidade das visitas dentro da perspectiva de promoção da saúde se baseia na correta avaliação da dinâmica dos processos saúde/doença em cada paciente. Essa dinâmica é

determinada por fatores sócio-econômicos e culturais bem como pelos níveis de atividade da doença presente no paciente.

Na consulta de manutenção o diálogo com o paciente não é só necessário como muitas vezes é o aspecto mais importante da visita. O paciente precisa expressar suas dúvidas e suas certezas a fim de que a eventual necessidade de correções de rumo na relação paciente-profissional sejam identificadas. Na medida em que o paciente assuma proporções cada vez maiores do seu cuidado com a boca, traduzido por uma melhoria ou manutenção da saúde bucal, as consultas devem ser espaçadas pois quanto mais o paciente cuidar de si, menor é a necessidade de intervenção profissional. Sob qualquer circunstância o paciente deve estar consciente de que a intervenção profissional é limitada às consultas e, portanto, o abandono total do paciente de suas responsabilidades não pode significar a transferência destas para o profissional.

Difícilmente o profissional pode estipular um período fixo entre consultas para um ou para todos os seus pacientes. Embora na literatura sejam descritos esquemas bem sucedidos baseados em periodicidades de 14 a 90 dias entre consultas, o clínico deve traduzir estes achados científicos para a realidade de sua prática (MEZZOMO et al., 1997)

Condições individuais relacionadas com a interação hóspede/hospedeiro podem determinar diferentes condições de reação tecidual relacionada, tanto com intervalos de tempo necessários para a detecção clínica quanto para a gravidade do processo. Assim, um controle periódico é que irá determinar a necessidade de instituição da manutenção ativa. Nos controles é que iremos detectar a presença de sinais clínicos relacionados com a atividade de doença e determinar o nível de risco individual em relação à doença periodontal e à cárie dentária (SAITO, 1999).

PEREIRA et al., 2011, em seu estudo relatou que através da manutenção, é possível atingir os objetivos de prevenir ou reduzir a recorrência e a progressão da doença periodontal, diminuir a incidência de perda de dentes e aumentar a probabilidade de diagnosticar e tratar outras doenças ou

condições sistêmicas encontradas na cavidade bucal. Contudo, apenas uma pequena parcela da população pratica corretamente seus autocuidados e retorna para as sessões de manutenção na frequência estabelecida. O aumento da cooperação está intrinsecamente relacionado ao empenho do profissional em identificar, logo de início, pacientes não-colaboradores, adotando métodos individualizados. Considerando que a manutenção é parte essencial do tratamento periodontal, esta revisão de literatura tem o propósito de avaliar a saúde do periodonto após tratamento ativo, traçar o perfil dos pacientes colaboradores, identificar os fatores dificultosos e estabelecer as condutas para obtenção da cooperação consciente, de modo a fornecer subsídios para o sucesso da relação profissional-paciente. Acredita-se que os fundamentos da motivação à terapia de manutenção periodontal devem ser o diálogo entre o paciente e o profissional, a identificação de pacientes colaboradores para obter saúde do periodonto após tratamento ativo bem como a participação do dentista exercendo seu papel de promotor de saúde para proporcionar uma cooperação consciente do paciente. Com isso conclui-se que: os efeitos em longo prazo dos tratamentos periodontais têm demonstrado claramente que cuidados profissionais, em intervalos regulares, são essenciais à terapia, constituindo-se no único meio de garantir a manutenção da saúde periodontal; e que a fase de manutenção deve ser planejada e ajustada a cada nova consulta, com base na estabilidade clínica e nas necessidades individuais dos pacientes.

4- CONCLUSÃO

Através da presente revisão de literatura, foi possível concluir que os procedimentos restauradores e a saúde periodontal estão intimamente relacionados, desempenhando papel significativo na integridade biológica dos tecidos, bem como a manutenção de restaurações com maior longevidade. É fundamental que as restaurações sejam ajustadas cuidadosamente, para que se mantenham em equilíbrio com os tecidos periodontais adjacentes. E que orientações sobre higiene bucal para os pacientes depois de reabilitados são de suma importância para que possam preservar a saúde periodontal e maximizar o tempo de uso das coroas.

5- REFERÊNCIAS

ALONSO, A.A., ALBERTINE, J.S., BECHELLI A.H. Oclusion y diagnóstico em reabilitacion oral. **Buenos Aires: Panamericana**; p. 437-439, 2004.

BECKER, C.M., KALDAHL, W.B. Current theories od crown contour margin placement, and pontic design. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 45, n. 3, p. 268-277, mar. 1981.

BELLI, G. Inter-relação entre Periodontia e Odontologia Restauradora. Disponível em: [HTTP://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=323&idesp=15&ler=s](http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=323&idesp=15&ler=s) Acesso em 03 de Setembro de 2006.

BLOCK, P.L. Restorative margins and periodontal health: a new look at an old perspective. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 57, n. 6, p. 683-689, june 1987.

BOTTINO, M.A., BRUNETTI, R.F. **Manual de prótese fixa. São Paulo: Ed. Santos**, 1986.

BRAL, M. Periodontal considerations for provisional restorations. **Dent. Clin. North. Am.**, Philadelphia, v. 33, n. 3, p. 457-477, july 1989.

BURNS, D.R., BEC, D.A., NELSON, S.K. A review of selected dental literature on contemporary provisional fixed prosthodontic treatment: report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the Academy of Fixed Prosthodontics. **J Prosthet Dent.**, v. 90, n. 5, p. 474-497, 2003.

CARNEIRO, S.R.S. et al. Bases fundamentais do plano de tratamento periodontal: Exame e avaliação. **Rev. Period.** jan/jun. 2000.

CARRANZA, F.A. **Periodontia clínica de Glickmann. 5ª Ed.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.

CARVALHO, J.C.M.; TODESCAN, J.H. Plano de tratamento periodontal. **Ars. Curandi**, v. 4, p. 3-7, 1977.

CARVALHO, J.C.M., TRISTÃO, G.C., POSTIGLIANI, F.E. A periodontia e a prótese em preparos dentais funcionais e prótese fixa. In: SAITO, T. **Preparos dentais funcionais em prótese fixa**. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989. p. 47-81.

CESAR NETO, J.B. Lesões de furca / Modalidades de tratamento. In: **Periodontia e Implantodontia**.

CHIAPINOTTO, G.A., BARATIERI, L.N., CARDOSO, A.C. Interrelação periodonia/dentística. In: BARATIERI, L.N. et al. **Dentística: procedimentos preventivos e restauradores**. Rio de Janeiro: Quintessence, 1989. p. 69-116.

CROLL, B.M. Emergence profiles in natural tooth contour: part II: clinical considerations. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 63, n. 4, p. 374-379, apr. 1990.

DAWSON, P.E. **Avaliação, diagnóstico tratamento dos problemas oclusais**. São Paulo: Artes Médicas. 1980.

GOLDMAN, H.M., SHUMAN, A.M., ISENBERG, G.A. **Atlas cirúrgico do tratamento da doença periodontal**. São Paulo: Editora Quintessence; 1991. p.11-14.

GOODACRE, C.J. Gingival esthetics. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 64, n. 1, p. 1-12, july 1990.

GORDON, J.C. Provisional restorations for fixed prosthodontics. **J. Am. Dent. Assoc.**, v.127, n. 2, p. 249-252.

GUSMÃO, E. S., et al. Cirurgia plástica periodontal para correção de sorriso. **Odontol. Clín.-Científ.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 345-348, out/dez., 2006.

GUTMANN, J.L. Prevalence, location and patency of accessory canals in the furcation region of permanent molars. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 49, n. 1, p. 21-26, jan. 1978.

GUYER, S.E. Multiple preparations for fixed prosthodontics. **J. Prosthet. Dent.**, v. 23, n.5, p. 529-553, May 1970.

JAMESON, L.M., MALONE, W.F.P. Crown contours and gingival response. **J. Prosthe. Dent.**, St. Louis, v. 47, n. 6, p. 620-624, june 1982.

JOHNSON, G. K., LEARY, J. M. Pontic design and localized ridge augmentation in fixed partial denture design. **Dental. Clin. North. Am.**, v. 36, n. 3, p. 591-605, 1992.

JOHNSTON, J.F., OHILLIPS, R.W., DYKEMA, R.W. **A prótese de coroas e pontes na prática atual.** São Paulo: Atheneu, 1964.

KAHN, S., EGREJA, A. M. C., MENEZES, C. C. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à recessão gengival em pilares de prótese parcial fixa: relato de caso clínico. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, p.199-202, jul./dez. 2010.

KATO, T., ALVES, R., Emprego do Enxerto Gengival Epitélio-Conjuntivo no Recobrimento Radicular. **RGO**, P. Alegre, v. 54, n. 1, p. 81-83, jan./mar. 2005.

KAY, H.B. Criteria for restorative contours in the altered periodontal environment. **In. J. Peridontics Restorative Dent.**, Chicago, v.5, n. 3, p. 43-62, may/june 1985.

KOIDIS, P., BURCH, J.G., MELFRI, R.C. Clinical crown contours: contemporary view. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 114, n. 6, p. 792-795, june 1987.

KRAJICEK, D.D. Periodontal considerations for prosthetic patients. **J. Prosthet. Dent.**, v. 30, n. 1 p. 15-18, July 1973.

KUWATA, M. **Atlas de metalocerâmica.** São Paulo: Ed. Santos, 1986.

LANZA M.D. Ref. Apud HENRIQUES, S.E.F. Reabilitação **oral – Filosofia, planejamento e oclusão.** Editora Santos; 2003. p. 233-262.

LEHNER, C.R. Estética na formação do espaço interproximal e dos pânticos em normas estéticas para reabilitação bucal. In: SCHARER, P., RINN, L.A., KOPP, F.R. **Normas estéticas para reabilitação bucal**. Rio de Janeiro: Quintessence, 1986. p. 55-69.

LOE, H. Reactions to marginal periodontal tissues to restorative procedures. **Int. Dent. J.**, Bristol, v. 18, n. 4, p. 759-778, dec. 1968.

MAINIERI E.T. et al. Considerações morfológicas sobre a preparação de dentes pilares em prótese fixa. 2003. Disponível em: <http://www.sobracursos.com.br>.

MALONE, W.F.P., KOYH, D.L. **Tylman's Teoría y Práctica en Prostodoncia Fija**. 8ªed, C.A., Actualidades Médico Odonológicas Latinoamérica.

MORRIS, M.L. Artificial crown contours and gingival healyh. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 12, n. 6, p. 1146-1156, nov./dec. 1962.

NEVES, F.S. et al. Importância do exame radiográfico intrabucal no diagnóstico de invasão do espaço biológico. **Int. J.Dent.**, Recife, v. 7, n. 3, p. 173-177, jul./set., 2008.

OPPERMANN, R., **Comunicação pessoal**. Porto Alegre, 1992.

PALOMO, F. Periodontal considerations of restorative procedures. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 36, n. 4, p. 387-394, oct. 1976.

PAVANELLI, C.A. et al. Considerações clínicas sobre os princípios biomecânicos que orientam os preparos coronários em prótese parcial fixa. **JBC j. bras. clin. estet. odontol**, v. 4, n. 24, p. 72-76, nov.-dez. 2000.

PEREIRA, A.F.V., et al. Visão crítica da fase de manutenção no contexto da terapia periodontal. **Odontol. Clín.-Cient. (Online)**, Recife, v.10, n. 1, jan./mar. 2011.

PIGOZZO, M.N. et al. Preparos dentais com finalidade protética: uma revisão de literatura. **Rev.Odont. da Univ. Cidade de SP.**, v. 21, n. 1, p. 48-55, jan-abr 2009.

PINTO, T. M. S., NEVES, A. C. C. Relação pântico-rebordo: uma Revisão de Lieratura. **PCL**, v. 7, n. 36, p. 173-182, 2005.

PRESTON, J.D. **Comunicação Pessoal**. São Paulo, 1990.

RAMFJORD, S.P. A esthetics, periodontology and restorarive dentistry. **Quintessence Int.**, Berlim, v. 16, n. 9, p. 581-588, sept. 1985.

REBELO, P.M.C. **Restaurações provisórias em Prótese Fixa**. 2010. 45 f. Grau de Licenciado em Medicina Dentária. Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2010.

RHOADS, J.E., RUDD, K.D., MORROW, R.M. **Procedimientos en el laboratorio dental**. 1º Ed, S.A., Salvat Editores, 1998.

ROMANELLI, J.H. Periodoncia y operatoria dental. **Ver. Asoc. odontol. Argent.**, v.45, n.6, p. 195-201, jun. 1957.

ROSENBERG, M.M., KAY, KEOUGH, HOLT. **Tratamento periodontal e protético para casos avançados**. Quintessence Books; 1992. p. 61-113.

SACHS, R.I. Restorative dentistry and the periodontium. **Dent. Clin. North. Am.**, v. 29, n. 2, p. 261-278, 1985.

SAITO, T. **Preparos dentais funcionais em prótese fixa – princípios mecânicos, biológicos e de oclusão**. 2ª Edição. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999, p. 47-75.

SHILLINGBURG, H.T. et al. **Fundamenos de Prótese Fixa**. 3ª Ed, São Paulo, Quintessence books.

SILVA FILHO, C.E., et al. Splintage associada a prótese metal-free na contenção de dentes com mobilidade: relato de caso clínico. **PCL Rev. ibervam. prótese clín. lab.**, v. 6, n. 29, p. 55-62, jan.-fev. 2004.

TAL, H. et al. Periodontal Response to Long-Term Abuse of the Gingival Attachment by Supracrestal Amalgam Restorations. **J.Clin Periodontol.**, v. 16, n. 10, p. 654-659, 1989.

ZAVANELLI, A.C. et al. Condicionamento gengival. **PCL**, v. 6, n. 32, p. 357-363, 2004.