

ROGÉRIA APARECIDA AGOS FELIPE

Plástica gengival associado à laminados cerâmicos
para resolução estética

ARAÇATUBA – SP

2013

ROGÉRIA APARECIDA AGOS FELIPE

Plástica gengival associado à laminados cerâmicos para resolução
estética

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. José Vitor
Quinelli Mazaro

ARAÇATUBA - SP

2013

Dedicatória

Aos meus pais Rubens e Terezinha, pilares da minha vida com muito amor, gratidão e admiração por todo o esforço dedicado durante minha formação, para que fosse possível a realização dessa conquista.

Agradecimentos

Aos meus pais por tudo que fizeram e fazem por mim. Não tenho palavras para expressar o quanto sou grata, pois apesar de não terem tido a oportunidade que hoje tenho, sempre entenderam o quão importante o é aprendizado. Minha gratidão e admiração por vocês serão eternas. E aos meus irmãos Rafael, Ronaldo e Rafaela com muito amor e carinho pela compreensão durante esta etapa da minha vida. Sem vocês minha vida não faz sentido.

Aos meus avós Joaquim e Isabel, Pedro e Elvira e a todos os meus familiares.

Ao meu namorado Anderson por ter me compreendido desde o início e mesmo sabendo das dificuldades que a distância poderia trazer não hesitou em me incentivar e me dar forças para seguir em frente. Obrigada pela sua compreensão, pelo seu amor, pelo companheirismo, enfim por tudo.

Aos meus amigos Andréa; Bruna; Everton(Tom); Laércio, Juliana, Maria Flávia, Matheus Brasilino, Rafael . Obrigada a todos por tudo. Pela amizade, pelas conversas, pela convivência, pelo companheirismo, etc. Em especial à Francine, minha grande parceira de todas as horas desde o início dessa caminhada, obrigada por tudo Fran.

Ao meu orientador e professor José Vitor Quinelli Mazaro, a quem tenho muita admiração por seu trabalho, pela maneira e vontade com que transmite seus conhecimentos para os alunos. À Caroline Cantieri de Mello pela ajuda, colaboração e atenção durante a realização desse trabalho.

“Embora existam constantes bem definidas, a beleza é única. Portanto, a restauração do sorriso ou a reparação de danos causados pelo tempo não pode ser apenas um ato técnico. Além de evidências científicas é necessário dom artístico aliado ao bom senso para estabelecer proporções e criar harmonia”. ***José Maria Gratone***

FELIPE, R A A. **Plástica gengival associado à laminados cerâmicos para resolução estética.** 2013. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba 2013.

Resumo

Atualmente a periodontia vem se dedicando a uma melhor condição estética e funcional, sem deixar de lado seus princípios de preservação dos elementos dentários e periodonto de sustentação e proteção saudáveis. A condição antiestética esta na maioria das vezes relacionada à quantidade de tecido gengival exposto. Em uma reabilitação estética é preciso analisar de forma dinâmica para que os componentes do sorriso se relacionem harmonicamente. Muitas vezes para que essa harmonia seja estabelecida ou devolvida ao paciente é necessário realizar um planejamento e tratamento multidisciplinar envolvendo as áreas da Periodontia e Odontologia Restauradora. O objetivo deste trabalho foi descrever um caso clínico no qual a associação entre essas duas áreas foi proposta e realizada. Através do resultado clínico obtido e satisfação do paciente, podemos entender que a associação de técnicas periodontais e protéticas em casos que exibem o comprometimento estético gengival e dental, é favorável para alcançar um resultado final agradável.

Palavras-chave: Cirurgia Periodontal. Laminados e coroas cerâmicas.

FELIPE, R A A. **Gingival plastic associated ceramic laminates for resolution aesthetics**.2013. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba 2013.

Abstract

Currently periodontics has been dedicated to a better aesthetic and functional condition, without forgetting its principles of preservation of teeth and periodontal tissues health. The unaesthetic condition is most often related to the amount of exposed gum tissue. In an esthetic rehabilitation is necessary to analyze dynamically the components of the smile and their harmonic relation. Often to this harmony is established or returned to the patient is necessary to carry out a multidisciplinary planning and treatment involving the areas of Periodontics and Restorative Dentistry. The aim of this study was to describe a case in which the association between these two areas has been proposed and achieved. Through the clinical results and patient satisfaction, we can understand that the association of periodontal and prosthetic techniques in cases that exhibit esthetic gingival and dental problems, it is favorable to achieve a pleasing end result.

Keywords: Periodontal surgery. Laminates and ceramic crowns.

Sumário

1 Introdução	08
2 Revisão de Literatura	09
3 Relato do Caso	14
4 Discussão	17
5 Conclusão	19
Referências	20
Figuras	23

Introdução

Atualmente a periodontia, designada aos cuidados do sistema de suporte dos elementos dentários, não se dedica apenas a preservação dos dentes e a busca por um periodonto saudável, mas concomitantemente busca unir a estes objetivos, um equilíbrio funcional e estético (Sans; Teughels, 2008).

Para que os componentes do sorriso se relacionem harmonicamente com as estruturas da face, se faz necessária uma observação dinâmica e minuciosa das características faciais visando determinar uma adequada simetria. Muitas vezes para que isso ocorra, faz-se necessário realizar um tratamento multidisciplinar, entre as áreas da Periodontia e Odontologia Restauradora, valendo ainda ressaltar que, em grandes alterações do equilíbrio facial, também poderá fazer parte do plano de tratamento a integração com a área Cirúrgico-odontológica, que está sendo cada vez mais utilizada em reabilitações estéticas.

Dentre os vários tipos de cirurgias periodontais descritas na literatura, estão as de aumento de coroa clínica, que podem ser executadas para a remoção de cárie sub-gengival, preservação e manutenção das restaurações, facilitar a higiene bucal (Bragger et al., 1992), permitir o tratamento restaurador sem interferência do espaço biológico (Gargiulo et al., 1995) e melhorar a estética (Bragger et al., 1992).

Além disso, os excelentes aspectos biológicos e biofísicos das restaurações fixas de porcelana, sendo elas coroas totais, facetas ou laminados, permitem um sucesso na associação destas especialidades principalmente em reabilitações muito extensas, tornando o planejamento multidisciplinar uma escolha de extrema importância para um resultado satisfatório esteticamente e funcionalmente mantendo os tecidos periodontais em condições de saúde.

Revisão de Literatura

Mas o que seria belo? Estético? Acreditamos que ser belo é ser harmônico, ter equilíbrio, porém sempre levando em consideração que a percepção do belo é própria de cada um, e esta mais relacionada aos olhos do observador do que propriamente ao objeto observado. Por esse fator em um planejamento de reabilitação estética devemos sempre levar em consideração as referências de beleza do paciente (Januário; Duarte; Gratone, 2010). Para um sorriso agradável é importante que haja um equilíbrio entre a forma e a simetria dos dentes, lábios e gengiva, e como esses se relacionam com a face (Garber; Salama, 2000).

Em uma análise estética começamos da porção mais externa para a mais interna, da porção extrabucal para intrabucal. Analisando na face as referências verticais e horizontais como o T da estética (linha bipupilar e linha mediana da face); o sorriso em relação a face através das linhas do plano incisal, da comissura labial e da margem gengival (Januário; Duarte; Gratone, 2010). Nessa análise os lábios são um ponto de transição. Estes podem ser finos, regulares e espessos (Garber; Salama, 2000).

Com o passar do tempo existe uma perda natural de tonicidade dos músculos perilabiais, mas essa motricidade também pode ser alterada devido ao fato do paciente considerar seu sorriso antiestético, dessa maneira a linha da comissura labial se inclina para o lado que deseja-se esconder (Fradeani, 2004). Este problema é facilmente resolvido quando o tratamento estético é realizado. A quantidade de exposição dentária sofre influência do comprimento e curvatura dos lábios seja em repouso ou em função (Chiche; Pinault, 1996). Podemos classificar o sorriso quanto a exposição dos dentes superiores e tecido gengival, de maneira que sorriso baixo com até 75% dos dentes superiores anteriores aparentes e sem exposição gengival; médio com 75 a 100% dentes anteriores visíveis e pontos de papilas aparentes; alto com dentes anteriores superiores completamente aparentes e gengiva visível (Tjan; Miller, 1984).

Analisando a relação dos dentes com o sorriso avalia-se vários pontos de referência como a largura do sorriso; linha mediana dental quando possível deve coincidir com a linha mediana da face; plano incisal que é determinado

através da quantidade de exposição dos incisivos centrais e ainda as proporções dentais (largura x altura) (Januário; Duarte; Gratone, 2010).

Na avaliação do plano gengival dos incisivos centrais superiores, o lábio superior pode ser usado aqui como uma referência. Esse plano gengival deve ser paralelo à linha bipupilar. Assim durante o sorriso a quantidade de gengiva é avaliada para realizar o planejamento cirúrgico e restaurador. Quando temos uma exposição excessiva de tecido gengival, mas ao mesmo tempo as bordas incisais estão num posicionamento correto é possível considerar apenas uma cirurgia de aumento do sorriso. Agora se a borda incisal estiver posicionada de forma incorreta e também tiver o sorriso gengival, deve-se avaliar a possibilidade do tratamento cirúrgico associado ao restaurador. A linha que une a margem gengival dos incisivos laterais não necessita necessariamente ser paralela à linha bipupilar; quando o paciente tem, por exemplo, maior quantidade de gengiva de um lado em relação ao outro durante o sorriso pode ser feito apenas algumas compensações durante uma cirurgia, removendo tecido gengival e ósseo de um lado para compensar e, assim a exposição de gengiva no sorriso torna-se equilibrada de ambos os lados. Esse tipo de procedimento também pode ser feito com caninos e pré-molares, mas não nos incisivos centrais, devido aos princípios estéticos (Januário; Duarte; Gratone, 2010).

Ainda analisando a relação dos dentes com o sorriso temos que avaliar eixo dental, zênite gengival, e corredor bucal. Para alterar o eixo dental (sentido mesio/distal) e a inclinação axial (vestíbulo – palatino/lingual) (Vieira, 2006) temos a opção do tratamento ortodôntico ou por meio de materiais restauradores. O zênite gengival é o ponto mais alto (apical) do contorno gengival, é muito importante para a determinação do contorno cervical dos dentes. Nos dentes anteriores superiores se encontra localizado ligeiramente distal ao longo eixo do dente (Januário; Duarte; Gratone, 2010).

Em uma análise gengival para uma reabilitação estética devemos primeiramente observar a saúde tecidual, pois jamais se realiza tratamento estético em uma gengiva doente. É importante também analisar o tipo de tecido gengival (plano e espesso ou fino e festonado), extensão de gengiva livre, inserida, a textura e a cor. Nos incisivos centrais a margem gengival e a borda

incisal são paralelas entre si e ambas paralelas à linha bipupilar. Os incisivos laterais, caninos e premolares devem ter sua margem gengival paralela à borda incisal dos incisivos centrais. Desta maneira a altura das margens gengivais devem ser simétricas bilateralmente, isto é a margem gengival paralela ao seu contralateral. Em alguns casos o zênite gengival não se encontra na posição ideal, que é ligeiramente distal ao longo eixo do dente, o importante é que haja simetria entre os lados e assim harmonia.

A margem gengival do incisivo lateral é diferente da posição da margem dos incisivos centrais e caninos, ela esta posicionada um pouco mais coronal enquanto a dos incisivos e caninos esta mais apical, assim formando um triangulo gengival. Esse triângulo é considerado antiestético quando a margem do incisivo lateral esta mais apical em relação a margem do incisivo central e canino (Chiche; Pinault, 1996).

Quando analisamos a papila interdental o ideal seria que preenchesse o espaço interdental completamente. Entretanto, esse preenchimento não esta presente em 100 % dos casos, devido à necrose da papila em indivíduos com periodonto fino causada provavelmente pela higienização interdental ou inflamação gengival (Zucchelli; Testori; De Sanctis, 2006). Ou ainda devido a perda óssea interproximal, distância da crista óssea ao ponto de contato e também o posicionamento desse ponto.

De um modo geral todos os elementos que podem interferir na estética do sorriso, como as referências faciais, lábios, dentes, saúde e biótipo do tecido gengival, a anatomia e contorno gengival, são fundamentais numa análise estética.

Os procedimentos cirúrgicos são cada vez mais utilizados na busca de estética e função e dessa forma é importante a interação entre a odontologia restauradora e a periodontia. Entretanto, tudo deve ser feito respeitando os princípios biológicos, pois existem limitações biológicas e funcionais e/ou anatômicas que podem influenciar nos resultados finais de uma reabilitação (Januário; Duarte; Gratone, 2010).

O procedimento cirúrgico plástico é proposto e realizado para correção de problemas anatômicos, de desenvolvimento, por trauma, para aumentar coroa de dentes acometidos por cárie que invadiu o espaço biológico, ou ainda

aqueles defeitos que tem como fator etiológico o biofilme na gengiva, mucosa e osso (American Academy of Periodontology, 2000). Entretanto, esses tipos de procedimento cirúrgicos exigem um planejamento bem realizado e que respeite vários critérios como avaliação do estado geral de saúde do paciente, através da anamnese; observar se há fatores risco como cigarro, que diminuem o sucesso do procedimento; a saúde periodontal; protocolo farmacológico; saber indicar o tipo de cirurgia adequada obedecendo os princípios biológicos, como por exemplo o espaço biológico (Silva et al., 2010).

Esses procedimentos são capazes de dar uma melhor estética, possibilitando ao indivíduo que não está feliz com a aparência do seu sorriso, um novo sorriso mais estético e, contudo aumentando sua confiança e auto-estima (Prabhakar Rao; Reddy; Anitha, 2010).

Dentre os vários tipos de cirurgias periodontais descritas na literatura, estão as de aumento de coroa clínica e para isso algumas técnicas podem ser utilizadas, como por exemplo, a gengivectomia, nessa técnica esse aumento é feito a custo de eliminação de gengiva (Novaes; Novaes Jr, 1999), para isso usa-se a incisão de bisel externo, nessa existe a formação de uma área cruenta e dessa forma cicatrização se faz por segunda intenção (Silva et al., 2010). Também há a possibilidade de fazer retalho total posicionado apicalmente, que preserva a gengiva inserida, porém com exposição da tábua óssea (Novaes; Novaes Jr., 1999). Existe certa facilidade na execução do retalho total, bom tempo cirúrgico e pós-operatório com pouco edema e dor (Silva et al., 2010). Já na técnica do retalho dividido posicionado apicalmente, que é muito apropriada para o aumento de coroa clínica, preservando gengiva inserida e mantendo o osso alveolar protegido por perióstio (Novaes; Novaes Jr., 1999), existe um maior tempo clínico e pós-operatório com mais edema e dor. Esse tipo de procedimento exige uma maior experiência clínica do profissional (Silva et al., 2010), devido a maior complexidade. Quando para esse aumento de coroa houver a necessidade de remoção de tecido ósseo, para restabelecimento do espaço biológico é necessário a remoção apicalmente, sempre mantendo a distância de 3,0 mm aproximadamente, entre a margem da gengiva e a crista óssea (Novaes, Novaes Jr., 1999). E como em todo tipo de procedimento também existe algumas contra-indicações e fatores

limitantes como, relação coroa/raiz inadequada, não restaurabilidade de cárie ou fratura de raiz, previsibilidade inadequada ou relação inadequada entre os arcos dentários, comprometimento de periodonto adjacente ou da estética, não-manutenção (Prabhakar Rao; Reddy; Anitha, 2010).

No tratamento cirúrgico periodontal com o objetivo estético, as principais reclamações dos pacientes ao as raízes expostas, gengiva pigmentada, “buracos negros” presentes, sorriso gengival ou linha gengival desigual (Allen, 1993). Essa questão das queixas e anseios do paciente faz parte do diagnóstico do procedimento de aumento de coroa clínica, seguido por outras etapas como a avaliação do estado médico do paciente, preparando, adequando-o e identificando precauções a serem tomadas durante o tratamento. O cirurgião para o diagnóstico deve analisar simetria facial, altura facial, comprimento e espessura labial, linha do sorriso, etc. (Prabhakar Rao; Reddy; Anitha, 2010). Também se deve avaliar as condições dos dentes quanto a presença de cáries, fraturas e patologias pulpares (Becker; Ochsenein; Becker,1998) e, condições dos tecidos periodontais como largura e espessura de gengiva inserida, profundidade de sondagem, níveis de inserção, nível da crista óssea alveolar, assim como níveis de osso interproximal. Em casos onde existe a necessidade de tratamento de múltiplos tratamentos faz-se uma abordagem multidisciplinar abordando perio-prótese (Prabhakar Rao; Reddy; Anitha, 2010).

Em dentes anteriores com problemas estéticos como alterações de forma e cor, com necessidade de tratamento cujo planejamento pode ser feito com a utilização de técnicas diretas, facilmente transformados por meio de resinas compostas, tendo como vantagem o menor número de sessões clínicas e baixo custo (Simões et al., 2009). Entretanto, para dentes escurecidos ou que necessitam de restaurações extensas, os laminados e coroas cerâmicas são mais indicados, visto que apresentam maior resistência ao desgaste e às forças mastigatórias quando cimentados, além de estabilidade de cor. Como as restaurações são produzidas indiretamente, apresentam ainda a vantagem de se obter maior estética pela melhor facilidade de escultura pelo técnico em prótese, que pode trabalhar ainda com a opacidade e translucidez da cerâmica odontológica (Fradeani; Redemagni;

Corrado, 2005; Valenti; Valenti, 2009), uma vez que diretamente torna-se muito mais difícil de se obter uma estética agradável.

A demanda por resoluções estéticas faz dos laminados cerâmicos uma opção de tratamento essencial, com elevado grau de previsibilidade estética. Permitindo dentre outros resultados, a harmonização entre as partes envolvidas no tratamento (Miyashita; Fonseca, 2004). Cada vez mais a literatura vem preconizando tratamentos mais conservadores que são capazes de devolver a estética e a função. Assim, a utilização dos laminados cerâmicos vem se tornando uma técnica muito utilizada (Menezes Filho et al.,2012).

Objetivo: o objetivo deste trabalho é descrever um caso clínico no qual a associação entre as áreas de periodontia e prótese foi proposta, uma vez que o paciente apresentava uma extensão de tecido gengival comprometedor da harmonia do sorriso, assim como coroas clínicas curtas e desarmônicas.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 47 anos de idade, apresentou-se à clínica de prótese da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP para tratamento estético. Após a anamnese, exame clínico e radiográfico, verificou-se que o paciente apresentava uma extensão de tecido gengival comprometedor da harmonia do sorriso, assim como coroas clínicas curtas e desarmônicas (figura 1), além de apresentar inclinação desfavorável dos dentes anteriores superiores (figuras 2 e 3), e grande desarmonia entre as restaurações e as coroas (figura 4 e 5).

Mediante planejamento estético, haveria necessidade cirúrgica periodontal para recontorno do perfil gengival com gengivoplastia e osteotomia, além de recuo incisal dos dentes anteriores no sentido lingual e apical.

Após anestesia por bloqueio regional do nervo alveolar superior anterior e médio de ambos os lados, terminal infiltrativa nas papilas interdentárias e nervo nasopalatino, utilizando citocaína 3% (Cloridrato de Prilocaína 3% + Felipressina 0,03 UI/ml), foi realizada a sondagem e a demarcação do novo contorno da margem gengival desejado (figura 6) e a incisão foi realizada com

lâmina para bisturi 15C em bisel invertido sendo posicionada de apical para coronal em relação ao longo eixo do dente. Após incisão, foi removido o colar gengival com auxílio de um gengivotomo de Kirland nº11 (figura 7, 8 e 9). Em seguida, um retalho de espessura total foi obtido para exposição da crista óssea alveolar, permitindo a osteotomia e reestabelecimento do espaço biológico (figura 10). Fez-se então o recontorno da crista óssea marginal com cinzeis periodontais, aferindo com sonda milimetrada. Após esse procedimento o retalho foi posicionado e suturado por pontos interrompidos nas papilas interdentárias (figura 11) com fio de sutura de nylon 6.0 (Shalon Suturas).

Aguardou-se 90 dias para maturação e estabilização do tecido gengival (figura 12), onde foi realizada uma moldagem preliminar para confeccionar um modelo de estudo para enceramento diagnóstico. A partir do modelo encerado foi feito um guia de desgaste (figura 13) com silicona de condensação (Zetaplus - Zhermack) para controle de desgaste vestibular (figura 14) e redução incisal (figura 15). Os preparos com finalidade protética foram realizados respeitando o guia de desgaste de forma a controlar o desgaste, sendo preparado coroa total nos dentes 22, 24 e 25 com ponta diamantada nº 3145 (KG Sorensen) definindo término em ombro arredondado e preparo nos dentes 13, 12, 11, 21, e 23 para laminados cerâmicos com ponta diamantada nº 4138 (KG Sorensen). Respeitou-se os três planos de inclinação da face vestibular para o preparo para laminados e a redução incisal foi em 45° com espaço de 2mm referenciado a partir do guia de desgaste. Tal espaço é importante para estratificação da cerâmica.

Após os preparos serem concluídos (figura 16) foi iniciado o processo de moldagem que começa com a inserção do primeiro fio retrator nº 000 (Ultrapack-Ultradent) embebido em solução hemostática (Hemostop Dentsply) com auxílio de uma espátula para inserção de fio, lembrando que esse primeiro fio deve ficar totalmente acomodado no interior do sulco, já que não será removido no ato da moldagem. O segundo fio colocado foi o nº 00 (Ultrapack-Ultradent), não embebido em solução hemostática, sendo mantido um excesso para facilitar sua remoção antes do ato da moldagem. Depois dos dois fios em posição nos elementos preparados, o segundo fio é removido lenta e

suavemente para que o primeiro e mais fino não seja removido.

Em seguida começa-se a moldagem propriamente dita onde a pasta leve da silicona de adição (Honigum light - DMG) dispensada em volta dos preparos e simultaneamente a pasta densa (Honigum Heavy - DMG) é manipulada com auxílio da máquina para espatulação (Mixstar – DMG), carregando-se a moldeira e levada em posição. Aguardou-se a polimerização do material de moldagem (4 minutos) para então fazer a remoção do molde (figura 17). Após a leitura do molde e checagem de possíveis falhas, o molde foi enviado ao laboratório.

Os provisórios foram confeccionados com resina Bis-acryl (Luxatemp – DMG) seguindo o formato do enceramento diagnóstico. Através de um guia de silicone de condensação obtido como cópia do enceramento e recortado acompanhando a gengiva marginal, injetou-se a resina nos dentes correspondentes as preparados em boca, levando-se o conjunto em posição. Cabe ressaltar que os dentes foram isolados previamente. Os excessos foram removidos e o provisório devidamente recortado, ajustado e acabado com borrachas e discos específicos para seu polimento.

Após 20 dias foi realizada a cimentação definitiva das peças protéticas (figura 18 e 20). As peças foram confeccionadas com sistema IPS e-max (Ivoclar – Vivadent). Os coppings de dissilicato de lítio foram obtidos pela tecnologia de injeção dos ingots IPS e.max press que foram estratificados com o IPS e.max ceram (figura 19).

As restaurações cerâmicas foram provadas, devidamente ajustadas, selecionado a cor do agente cimentante através das pastas try-in, onde seguiu-se o protocolo de cimentação de cerâmicas ácido-sensíveis. As peças foram tratadas com ácido fluorídrico a 10% durante 20 segundos, lavado e secado abundantemente, levadas em banho ultrassônico por 3 minutos, lavado e secado para então proceder a aplicação do silano. A limpeza dos preparos foi feita com pedra pomes e água onde na sequência procedeu-se o condicionamento com ácido fosfórico 37% por 15 segundos da dentina e 30 segundos em esmalte, lavou-se abundantemente e a secagem foi executada

com papel absorvente para não desidratar a dentina. Realizou-se a hibridização com sistema adesivo dual (Excite F DSC – Ivoclar) e evaporação do solvente. Em seguida o cimento resinoso dual cor A1 (Variolink II – Ivoclar) foi manipulado conforme instruções do fabricante, dispensado no interior das peças para a cimentação propriamente dita. Com as peças em posição os excessos do cimento foram removidos com auxílio de pincel e microbush, fio dental e polimerizado 40 segundos por face. O aspecto final está evidenciado nas figuras 21, 22, 23, 24, 25, e 26, onde podemos observar excelente condição gengival após a instalação das cerâmicas e a harmonia dentogengival e correção da inclinação vestibularizada dos dentes anteriores (figuras 24,25 e 26).

Os ajustes oclusais em MIH e movimentos excursivos foram refinados e nos pequenos pontos de desgaste realizou-se o polimento com borrachas impregnadas com diamante para polimento de cerâmicas. Os controles foram feitos regularmente por um período de dois meses.

Discussão

Para se realizar uma reabilitação estética através de peças protéticas como laminados cerâmicos e coroas totais em alguns casos há a necessidade de cirurgias periodontais antes da reabilitação protética. Essas sendo realizadas nesses casos na busca de equilíbrio funcional e estético (Sans; Teughels, 2008). Dentre os vários tipos de cirurgias periodontais descritas na literatura, estão as de aumento de coroa clínica, que podem ser realizadas com vários objetivos. No caso relatado foi usada com intuito de melhorar a estética (Bragger; Lauchenauer; Lang, 1992), para que o resultado final fosse o mais agradável possível, diante de uma grande extensão de tecido gengival e coroas clínicas curtas. Para o aumento de coroa clínica, utilizou-se a incisão em bisel invertido para que fosse possível a remoção de um colarinho gengival, uma vez que existia uma grande quantidade de tecido gengival. Realizou-se o descolamento de retalho total, pois houve a necessidade de remoção de tecido ósseo para recontorno da crista óssea e restabelecimento do espaço biológico sendo necessária a remoção de tecido apicalmente, sempre mantendo a distância de 3,0 mm aproximadamente, entre a margem da gengiva e a crista

óssea (Novaes; Novaes Júnior, 1999).

Laminados e coroas cerâmicas apresentam resistência ao desgaste e às forças mastigatórias, além de estabilidade de cor (Fradeani; Redemagni; Corrado., 2005; Valenti; Valenti, 2009). Peças confeccionadas com sistema IPS e-max dentre os sistemas disponíveis tem se destacado, apresentado-se como uma excelente alternativa, devido à possibilidade de reproduzir a naturalidade da estrutura dentária, justificando a escolha para o caso. Tal sistema apresenta quatro materiais altamente estéticos e resistentes para as duas tecnologias disponíveis: injeção e CAD/CAM (Clavijo; Souza; Andrade, 2007). O cimento resinoso dual garante a polimerização nas regiões onde não se tenha certeza da passagem da luz e pela rápida polimerização após a exposição à luz, permitindo maior controle do tempo de trabalho (Anusavice, 2005). Permitem cimentação adesiva e estética.

A cimentação adesiva com cimentos resinosos proporciona uma alta retenção das restaurações ao dente preparado, devido à adesão que essa cimentação pode oferecer por se aderir aos substratos envolvidos (dente e restauração). Ela otimiza a retenção, porém sem sobrepor-se aos princípios mecânicos dos preparos protéticos. Facetas laminadas apresentam pouca retenção mecânica devido as características do preparo, o que as torna dependentes de procedimentos adesivos (Valandro; Botino, 2009). Para procedimentos estéticos, prioriza-se cerâmicas vítreas devido á sua estética favorável sensibilidade de superfície possibilitando maior adesividade ao substrato dentário.

Contudo, as cerâmicas podem ser classificadas quanto à sensibilidade ao ácido fluorídrico em ácido sensíveis ou ácido resistentes. Este tipo de cerâmica geralmente é a mais indicada e utilizada para confecção de restauração parciais do tipo faceta laminada, inlay/onlay/overlay e coroas totais anteriores (Mesquita; Souza; Miyashita, 2008). Os laminados cerâmicos necessitam de um processo de adesão ao elemento dentário preparado para maior longevidade, assim as cerâmicas ácido sensíveis são mais indicadas para essa finalidade (Mazaro et al., 2009), devido a possibilidade de cimentação adesiva assim podendo ser compreendida sua utilização no caso relatado.

Conclusão

Diante do resultado clínico obtido pode-se concluir que a associação de tratamentos periodontais cirúrgicos e protéticos constitui uma alternativa para excelentes resultados estéticos. Contudo sempre respeitando um rigoroso plano de tratamento.

Referências

ALLEN, E. P. Surgical crown lengthening for function and esthetics. **Dent Clin North Am**, 1993; 37: 163–179. PMID:8477863

American Academy of Periodontology. Parameter on Mucogingival Conditions. **J Periodontol**, 2000; 71(5 S-suppl):861-62.

ANUSAVICE, K.J. **Phillips: Materiais dentários**. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. 11 Edição, 824p.

BECKER, W.; OCHSENBEIN, C.; BECKER, B.E. Crown lengthening: the periodontal-restorative connection. *Compendium Contin Educ Dent* 1998; 19: 239–240, 242, 244–246.

BRAGGER, U.; LAUCHENAUER, D.; LANG, N. P. Surgical lengthening of the clinical crown. **J Clin Periodontol** 1992; 19: 58–63.

CHICHE, G. J.; PINAULT, A. **Estética em prótese fixa anterior**. 1a ed. São Paulo: Quintessence; 1996.

CLAVIJO, V. G. R.; SOUZA, N. C.; ANDRADE, M. F. IPS e.Max: harmonização do sorriso. **R Dental Press Estét.**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 33-49, jan./fev./mar. 2007.

FRADEANI, M. **Esthetic analysis: a systematic approach to prosthetic treatment**. Hanover Park: Quintessence Books; 2004.

FRADEANI, M.; REDEMAGNI, M, CORRADO, M. Porcelain laminate veneers: 6- to 12-year clinical evaluation--a retrospective study. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 2005 Feb;25(1):9-17.

GARBER, D.A.; SALAMA, M.A. The aesthetic smile: diagnosis and treatment. **Periodontology** 2000. 1996; 11:18-28.

GARGIULO, A.; KRAJEWSKI, J.; GARGIULO, M. Defining biologic width in crown lengthening. **CDS Rev** 1995; 88: 20–23.

JANUÁRIO, A. L.; DUARTE, W. R; GRATONE J. M. Princípios estéticos e planejamento reverso. In: JOLY, J. C.; CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C. **Reconstrução Tecidual Estética: procedimentos plásticos e regenerativos peri-implantares**. São Paulo: Artes Médicas, 2010. p. 63-114.

JOLY, J. C.; CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C. Perioimplantodontia: um novo conceito filosófico. In: JOLY, J. C.; CARVALHO, P. F. M.; SILVA, R. C. **Reconstrução Tecidual Estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontaise peri-implantares**. São Paulo: Artes Médicas, 2010. p. 23-61.

MAZARO, J. V. Q. et al. Considerações clínicas para a restauração da região anterior com facetas laminadas. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.30, n.1, p. 51-54, Jan./Jun., 2009.

MENEZES FILHO, P. F.; ANDRADE, A. K.; RODRIGUES, S.; MORAIS, M.; SILCA, C. H. V. Transformação estética do sorriso – relato de caso clínico. **Int J Dent**, Recife, 11(1):83-87, jan/mar ,2012.

MESQUITA, A. M. M.; SOUZA, R. O. A.; MIYASHITA, E. Restaurações cerâmicas metal free. In: **APCD - Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas. (Org.). Atualização em clínica Odontológica - Clínica do Dia-a-Dia**. São Paulo: Artes Médicas, 2008, v., p. 679-719.

MIYASHITA E.; FONSECA A.S. **Odontologia Estética-O Estado da Arte**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.768p.

NOVAES, A. B; NOVAES JÚNIOR, A. B. Aumento da Coroa Clínica. In: NOVAES, As. B NOVAES JÚNIOR, A. B. **Cirurgia periodontal com finalidade protética**. 1ª edição. São Paulo: Arte Médicas, 1999. p. 6-33.

PRABHAKAR RAO, K. V.; REDDY, NARENDRANATH; ANITHA, B. Journal of Conservative Dentistry. **Annals and Essences of Dentistry.**, v. 2, n. 3, p. 124-128, 2010.

SANS, M.; TEUGHEL, W. Innovations in non-surgical periodontal therapy: Consensus report of the sixth European Workshop on Periodontology. **J Clin Periodontol**. 2008; 35:3-7

SILVA, R. C. et al. Princípios cirúrgicos em plastica periodontal e peri-implantar. In: Joly, J. C.; Carvalho, P. F. M. De; Silva, R. C. Da. **Reconstrução Tecidual Estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontaise peri-implantares**. São Paulo: Artes Médicas, 2010. p. 153-187.

SIMÕES M. P; ALBINO L.G.B; REIS A.F; RODRIGUES J.A. Restaurações estéticas conservadoras em dentes anteriores. **Dental Press Estética**. 2009;6:90-101.

VALANDRO, L. F.; BOTTINO, M. A. Cimentação Adesiva de Restaurações Cerâmicas. In: BOTTINO, M. A.; FARIA, R.; VALANDRO, L. F. **Percepção – Estética em Próteses Livres de Metal em Dentes Naturais e Implantados**. São Paulo: Artes Médicas, 2009. P. 469-542.

VALENTI, M.; VALENTI, A. Retrospective survival analysis of 261 lithium disilicate crowns in a private general practice. **Quintessence Int.** 2009 Jul-Aug;40(7):573-9

ZUCCHELLI, G.; TESTORI, T.; DE SANCTIS, M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. **J Periodontol.** 2006; 77(4): 714-21.

Figuras



Fig 1: Caso Clínico Inicial



Fig 2 e 3: Vista em perfil. Inclinação desfavorável dos dentes anteriores superiores.



Fig 4e 5: Aspecto intra-oral inicial evidenciando desarmonia entre restaurações e coroas.



Fig 6: Demarcação do novo contorno da margem gengival.



Fig 7, 8 e 9: Incisão na área demarcada em bisel invertido e remoção do colar gengival.

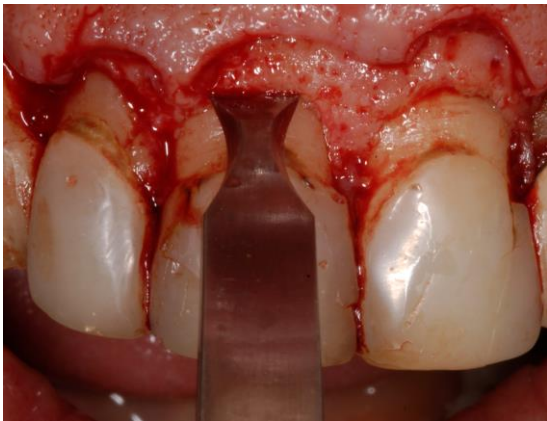


Fig 10: Deslocamento do retalho total e recontorno da crista óssea marginal.



Fig 11: Reposicionamento do retalho e sutura das papilas.



Fig 12: Harmonia e recuperação tecidual no pós-operatório de 90 dias.



Fig 13: Modelo encerado e guias de desgaste confeccionados a partir do enceramento.



Fig 14: Guia em posição para controle de desgaste vestibular.



Fig 15: Guia em posição para controle da redução incisal.



Fig 16: Preparos finalizados.

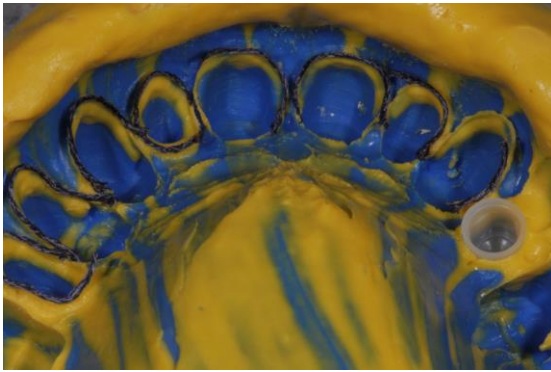


Fig 17: Moldagem simultânea pela técnica do duplo fio.



Fig 18: Restaurações cerâmicas em posição sobre o modelo.



Fig 19: Laminados e coroas em IPS e.max: Dissilicato de Lítio.



Fig 20: Vista frontal após a cimentação das restaurações cerâmicas.





Fig 21, 22 e 23: Close up denotando a saúde gengival após a instalação das cerâmicas.



Fig 24, 25 e 26: Aspecto final do caso clínico mostrando harmonia dentogengival e correção da inclinação vestibularizada dos dentes anteriores.