

Sorriso gengival e diastemas anteriores: desafios constantes na clínica diária

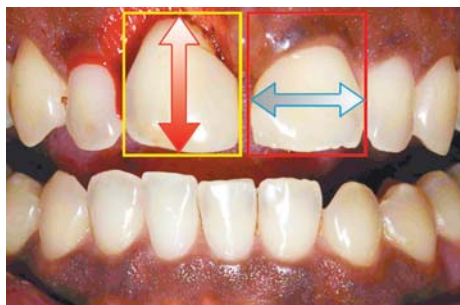
Freqüentemente nos deparamos com pacientes portadores de sorrisos gengivais em nossos consultórios e com os problemas que os acompanham. Como a parte estética é o que salta aos olhos quando o paciente fala ou sorri, poderão estar associados a este, problemas funcionais causados pela hipertrofia gengival, formando pseudobolsas gengivais que colaborarão na manutenção do processo inflamatório gengival perpetuando o problema periodontal. Em algumas situações o sorriso gengival exigirá intervenções drásticas como cirurgias ortognáticas para restabelecer um equilíbrio maxilo cranial e harmonização estética, porém, freqüentemente poderemos melhorar as condições bucais, funcionais e estéticas do paciente com técnicas cirúrgicas previsíveis e de simples execução ao alcance do clínico geral.



Jairo Pires de Oliveira: Especialista em Dentística Restauradora, Periodontia e Implantodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP. Coordenador Científico da Associação Odontológica de Ribeirão Preto (1998 a 2001). Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética - SBOE. Autor do livro "Fotografia Intraoral".

Caso Clínico

Paciente apresentando sorriso gengival com gengiva hipertrófica em toda extensão bucal, mostrando uma desproporção acentuada entre a altura e largura da coroa clínica do dente. A sondagem periodontal mostrou que a junção cimento esmalte estava abaixo da coroa clínica indicando haver tecido gengival em demasia, fazendo com que os incisivos anteriores adquirissem um formato quadrado, fugindo aos padrões estéticos que determinam uma proporção da área méso-distal (largura) de 75 a 80% da distância cérvico-incisal (altura) dos incisivos centrais superiores.



Proporção ideal entre altura e largura: 75 a 80%

Diastema

Uma tentativa de fechamento de diastema entre os incisivos centrais superiores foi feita anteriormente, porém, sem o planejamento periodontal adequado que devolvesse a morfologia correta dos dentes anteriores, levou a um fracasso estético.

Modelos de estudo e enceramento diagnóstico do caso foram confeccionados para orientação cirúrgica e fechamento de diastema que seria realizado após a cicatrização e maturação tecidual.

Optou-se pela ressecção tecidual abrangendo toda a arcada superior do dente 17 ao 27,



Após a ressecção tecidual, abrangendo toda a arcada superior, do dente 17 ao 27

usando eletrocirurgia (Bisturi Odontológico Deltronix B.O.1300) com auxílio de microscópio operatório (D.F. Vasconcellos M 900).

As vantagens na escolha deste tipo de equi-

pamento para o procedimento cirúrgico foram: Tempo (a cirurgia é rápida, o procedimento cirúrgico é realizado num período de vinte a trinta minutos); Precisão (sabe-se que o limite da ressecção gengival é a junção cimento-esmalte de todos os dentes); Facilidade (uso do bisturi odontológico é de uso corriqueiro no consultório odontológico, sendo que os procedimentos podem e devem ser realizados pelo clínico geral); Resultado previsível (através de sondagem periodontal prévia e modelos de estudo o resultado da cirurgia é previsto antecipadamente); Custo do equipamento (por se tratar de equipamento nacional de baixo custo e boa qualidade seu uso é acessível a toda a classe odontológica).

Fechamento de Diastema

Após 90 dias aguardando a cicatrização e maturação tecidual removeu-se a restauração anterior dos incisivos centrais superiores e com a ajuda do enceramento diagnóstico realizado no modelo de estudo confeccionou-se um guia de silicone dando o futuro formato dos dentes.

A técnica do fechamento de diastema

PROTÉCNICA LAB. DE PRÓTESE LTDA. 3610 7640



In-Ceram

- Implante • In-Ceram
- Metal-Free • Laminados
- Metalocerâmica
- Resina com Fibra
- Attachments • Prótese Total
- PPR Especializada
- Inlays-Onlays
- (em resina e cerâmica)

Técnico responsável: Lício Firmino Júnior - TPD/CRO: 370

Rua Capitão Salomão, 1318 - Campos Elíseos - Ribeirão Preto-SP
protecnica@ig.com.br



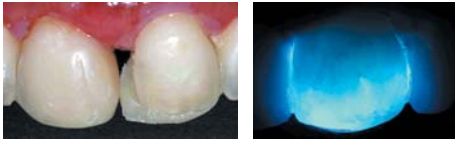
Assessoria Contábil Fiscal e Tributária S/S

Rua Amadeu Amaral, 245 - Vila Seixas
seixas@seixasassessoria.com.br

PABX: (16) 635 7997
Fax: (16) 636 3908



Remoção da restauração anterior, 90 dias após a ressecção tecidual



Técnica de restauração: reconstrução do incisivo 11

Fotopolimerização das superfícies dos dentes

também é procedimento corriqueiro na clínica diária:

Inicialmente os incisivos centrais superiores foram limpos com taça de borracha usando pedra pomes e água.

Procedeu-se ao ataque ácido utilizando o ácido fosfórico a 37% durante 15 segundos, usou-se o adesivo "Optibond Solo Plus" (Kerr, Orange, Califórnia, EUA) e procedeu-se ao início da restauração com um novo material restaurador levando como carga, vidro de boro silicato nano particulado.

Para que tenhamos uma noção concreta desta nova fronteira da odontologia que está sendo desbravada lembramos que: 1 nanômetro equivale a 1 bilionésimo métrico; o túbulo dentinário mede cerca de 500 nanômetros; a carga inorgânica da resina Point 4 (Kerr, Orange, Califórnia, EUA) mede 400 nanômetros; o cristal de esmalte mede cerca de 30 nanômetros, sendo que a carga da resina composta "Premise" (Kerr, Orange, Califórnia, EUA) mede 20 nanômetros.

Uma nova tecnologia foi usada na polimerização do material usando um aparelho fotopolimerizador de Diodo emissor de Luz, LED Demetron (Danbury, Connecticut, EUA).

Este aparelho emite luz com comprimento de onda variando entre 450 a 470 nm e polimeriza apenas materiais fotossensíveis a base de canforquinona que é o composto fotoiniciador usado pela maioria das resinas compostas utilizadas no consultório odontológico. Para efeito de comparação, a luz halógena que estamos habituados a usar no consultório possui comprimento de onda de 400 a 515 nm e polimeriza todos os materiais fotossensíveis.

Este LED apresenta potência luminosa similar às lâmpadas halógenas, superando algumas delas. Nesta avaliação o aparelho apresentou uma potência de polimerização de 900 mw/cm².

Técnica de restauração

Após a aplicação do adesivo opta-se por reconstruir o primeiro incisivo central de número 11, esta reconstrução é feita utilizando o guia de silicone que, reproduzindo a forma ideal do enceramento diagnóstico, nos facilitará o trabalho restaurador.

Primeiro reconstrói-se o incisivo central 11, adicionando o esmalte palatino. Em seguida, o corpo, finalizando com o esmalte vestibular, procede-se a um acabamento inicial com brocas multilaminadas, broca diamantada dourada de granulação fina KG Sorensen número 2135, discos Sof Lex (3M) e tiras de lixa Epitex (GC América), finalizando com pasta de polimento Enamelize (Cosmedent) e disco de feltro Flexi Buff (Cosmedent). Em seguida, inicia-se a reconstrução do segundo incisivo central neste caso o dente 21.

Após o término do dente 21, fotopolimeriza-se cada superfície durante 60 segundos usando glicerina em estado gel (KY, Johnson & Johnson) para evitar a camada de resina composta não polimerizada devido ao contato com o oxigênio. Após 7 dias do término da restauração e com ajuda de fotografias digitais (máquina fotográfica Canon EOS 300 D de 6,3 Mega pixel, lente macro 100 mm Canon e flash circular MR-14EX Canon), é feito o acerto final da forma e polimento definitivo das restaurações.

Notar também que a pigmentação escura de melanina que habitava as camadas basais e supra basais do epitélio foi removida originando uma nova camada celular com coloração rósea isenta de células de melanina.

Conclusão

O correto diagnóstico de pacientes portadores de sorriso gengival, associado à terapia periodontal adequada, juntamente com procedimento restaurador auxiliado pelo uso rotineiro de fotografia digital em nossa profissão, permite que tratemos dos pacientes de uma forma completa devolvendo a estes o direito à saúde bucal e à felicidade de se possuir um belo sorriso. ☺



Trabalho finalizado

Referências Bibliográficas:

- 1) Barateri LN, Araujo Jr EM, Monteiro Jr S, Vieira LC. Caderno de Dentística: restaurações adesivas diretas com resinas compostas em dentes anteriores. São Paulo: Livraria Editora Santos; 2002. p. 131.
- 2) Conceição EN e cols. Restaurações Estéticas Compósitos, Cerâmicas e Implantes. Porto Alegre: Artmed; 2004. p 145-173
- 3) Dietschi D. Free hand composite resin restorations: a key to anterior esthetics. Pract Periodont Aesthet Dent 1995;7:15-25
- 4) Portalier L. Diagnostic use of composite in anterior aesthetics. Pract Periodont Aesthet Dent 1996;8:643-52
- 5) Vanini L. Light and color in anterior composite restorations. Pract Periodont Aesthet Dent 1996;8:673-82
- 6) Chiche GJ, Pinault A. Estética em prótese fixa anteriores. São Paulo: Quintessence; 1996
- 7) Rufenacht C. Fundamentals of esthetics. Chicago: Quintessence 1990
- 8) Magne P, Belser U. Bonded porcelain restorations in the anterior dentition: a biomimetic approach. Berlin. Quintessence; 2002
- 9) Henriques PG. Estética em periodontia e cirurgia plástica periodontal. São Paulo, Livraria e editora Santos 2004. p245-260
- 10) Oliveira JP. Fotografia Intra Oral. São Paulo, Livraria e editora Santos 2004.

Refletores

Para piso ou teto Acoplado ou parede

Cabeçotes

Adaptável em qualquer tipo de refletor, antigo ou novo

Ligth System

Espelho multifacetado de 20.000 lux

Evolution II

Espelho multifacetado de 20.000 lux

Evolution

Espelho multifacetado de 20.000 lux

Refletor de Bancada Multidisciplinar

Fotopolimerizador Led / Clareador