

Epítese gengival removível: alternativa estética e de rápida resolução para repor tecidos periodontais anteriores

Removable gingival epithesis: esthetic and quick alternative resolution for anterior periodontal tissue replacement

Adriana da Fonte Porto CARREIRO¹
Sandra MORAES²
Niara BRANCO³
Cátia Maria Fonseca GUERRAL²
Bruna Aguiar do AMARAL¹

RESUMO

A gengiva, parte da mucosa mastigatória que cobre o processo alveolar e circunda a porção cervical dos dentes, assume forma e textura definitivas em associação com a erupção dos dentes e deve fazer parte do planejamento reabilitador, pois a ausência da papila induz problemas estéticos, fonéticos e de impacção alimentar. Este trabalho propôs-se abordar as indicações, limitações e técnica de confecção de gengiva artificial removível elaborada em resina acrílica por meio do relato de um caso clínico. Paciente do sexo feminino, 29 anos, com seqüelas de doença periodontal, apresentava perda da papila interdental com "buracos negros". A paciente estava insatisfeita com a estética e queixava-se de dentes longos e escape de ar ao falar. Como tratamento, foi proposta a reconstrução protética com gengiva artificial removível (epítese gengival) por simular a presença da papila interdental, proporcionando melhor estética e fonética. A epítese gengival confere uma alternativa simples e segura para casos de limitação de técnicas cirúrgicas por ser de fácil confecção, instalação e higienização.

Termos de indexação: prótese periodontal; gengiva; estética dentária.

ABSTRACT

The gingiva, part of the masticatory mucosa tissue that covers the alveolar process and surrounds the cervical portion of teeth, has a definitive shape and texture associated with the eruption of teeth. Therefore, it must be included in rehabilitative planning, as the absence of papillae induces problems with esthetics, phonetics and food-impaction. The purpose of the present study was to approach the indications, limitations and techniques for making a removable artificial gingiva made of acrylic resin, by reporting on a clinical case. The patient, a 29-year-old woman, with the sequelae of periodontal disease, presented loss of interdental papilla causing "black holes". She was dissatisfied with the esthetic appearance of her teeth, and also complained of long teeth and air escaping when she spoke. As treatment, prosthetic reconstruction was proposed, by means of a removable artificial gingiva (gingival epithesis) to simulate the presence of interdental papillae, providing better esthetics and phonetics. Gingival epithesis is an easily made, inserted and hygienically cleaned appliance that provides a simple and safe alternative solution for cases in which surgical techniques are limited.

Indexing terms: periodontal prosthesis; gingival; esthetics dental.

INTRODUÇÃO

A gengiva, parte da mucosa mastigatória que cobre o processo alveolar e circunda a porção cervical dos dentes, assume sua forma e textura definitivas em associação com a erupção dos dentes¹. O contorno do tecido gengival normal sem inflamação ou hiperplasia tem detalhes interessantes a serem evidenciados². Em direção à coroa, a gengiva de cor rósea termina na margem gengival livre, que possui um contorno festonado. No sentido apical, a gengiva continua

com a mucosa alveolar. A forma da gengiva interdentária (papila interdental) é determinada pelas relações de contato entre os dentes, pela largura da superfície proximal destes e pelo contato da junção cimento-esmalte¹. A papila gengival deve ocupar totalmente o espaço limitado pela área de contato dos dentes e a crista óssea interdentária. Tanto a hiperplasia quanto a retração da papila, conseqüências da doença periodontal, alteram dramaticamente a estética do sorriso².

O tecido gengival deve fazer parte do planejamento reabilitador para se atingir sucesso estético, funcional e biológico. Deve-se procurar uma harmonia gengivo-dental

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Odontologia. Av. Salgado Filho, 1787, Lagoa Nova, 59056-000, Natal, RN, Brasil. Correspondência para / Correspondence to: AFP CARREIRO (adrianadafonte@hotmail.com).

² Universidade de Pernambuco. Camaragibe, PE, Brasil.

³ Associação Brasileira de Odontologia de Pernambuco, Departamento de Prótese Dentária. Recife, PE, Brasil.

com a altura da margem em posição adequada em relação aos dentes adjacentes, com reconstituição do tecido interdental e arco côncavo gengival. A ausência de papila pode induzir problemas estéticos, fonéticos e de impação alimentar³.

Os dois componentes estéticos da região anterior são o tecido mole (mucosa ceratinizada) e os dentes. Qualquer alteração nesse complexo tecido-dente pode provocar efeitos desagradáveis na estética do paciente. A perda do tecido gengival visualmente aumenta o tamanho do dente e cria espaços negros entre as raízes. Além disso, uma perda significativa de tecido pode causar mudança na passagem de ar entre os dentes, gerando problemas fonéticos, especialmente nos sons de “s” e “th”⁴.

A perda do tecido interdental na região anterior tem sido ainda um problema estético e funcional. Essa situação ocorre como resultado de injúrias traumáticas, cirurgias periodontais, extrações cirúrgicas, defeitos congênitos e escovação imprópria⁵⁻⁶. Casos de doença periodontal avançada, na maioria das vezes, também resultam em destruição das estruturas de suporte dos dentes, promovendo a perda de papilas e exposições radiculares⁷; além disso, um dos problemas associados à eliminação de bolsas periodontais é a coroa clínica longa⁶. Com os implantes, mesmo bem posicionados, algumas vezes a estética é prejudicada pela perda óssea e, conseqüentemente, pelo comprimento excessivo que os dentes devem ter para que haja contato com os antagonistas e para que se consiga obter uma boa guia anterior. Também podem ocorrer recessões gengivais que levam ao aparecimento do metal⁷. Quando há perda da papila natural na região anterior da maxila, o uso de pânticos convencionais freqüentemente resulta em aparência de “espaços negros” entre os pânticos⁸. Segundo Cronin & Wardle⁵, a restauração de dentes anteriores com exposição não desejável dos espaços interproximais tem sido um problema para os protesistas. Até pouco tempo, de acordo com Costa et al.⁹, era impraticável a construção de uma prótese fixa em pacientes com reabsorção muito acentuada.

Existem situações clínicas nas quais os pacientes apresentam reabsorção óssea na região de incisivos superiores em razão da perda dos mesmos. Nesse caso, a estética também fica comprometida em função da perda de tônus da musculatura perioral, o que reflete na fonação, além de haver impação alimentar e emissão de gotículas de saliva durante a fala¹⁰.

Atualmente, a estética do sorriso e sua interação com a face exigem do cirurgião-dentista um intercâmbio com várias especialidades para se resolver um problema, por exemplo, a integração periodontia-prótese. Os requisitos funcionais do trabalho protético e os biológicos (de saúde dos tecidos), associados ao controle de higiene bucal, estabelecem e mantêm a saúde periodontal e a estabilidade oclusal. Um dos requisitos estéticos é o nível gengival das coroas, já que um desnível gengival, além de gerar repercussões estéticas, compromete a fonética devido à passagem de ar durante a fala¹¹.

Idealmente, essas dificuldades devem ser reconhecidas e manejadas no início do tratamento e expostas ao paciente de forma clara para que seja feito um adequado planejamento para o caso, contudo, algumas modificações necessitam ser feitas em um estágio tardio⁷.

As alternativas de tratamento para solucionar os casos de perda das estruturas de suporte dos dentes são: reconstrução cirúrgica pelo enxerto ósseo e/ou gengival e reconstrução protética, com o uso de gengiva artificial removível em resina acrílica ou fixa em porcelana incorporada à prótese. Segundo Oliveira et al.³, o condicionamento gengival é contra-indicado em situações de trauma durante extração, doença periodontal e avulsão dental que resultam em defeitos do rebordo. A utilização de enxertos está vinculada à extensão da perda e pode recuperar parcial ou totalmente o volume reabsorvido, no entanto, muitas vezes o prognóstico é incerto ou o paciente possui limitações locais e/ou sistêmicas, ou então não está disposto a se submeter a procedimento cirúrgico; além disso, envolve custos cirúrgicos, tempo de cicatrização e desconforto para o paciente, o que torna a cirurgia uma escolha não popular^{7,11-12}. Para esses casos, muitos autores sugerem o uso de uma prótese de gengiva artificial removível confeccionada em resina acrílica (também chamada epítese gengival, gengiva artificial removível ou máscara gengival), pois melhora a estética e a fonética, eleva a auto-estima do paciente e estabiliza a mobilidade dentária. Entretanto, é contra-indicada em pacientes com higiene oral deficiente porque aumenta a incidência de cáries cervicais e inflamação gengival⁵.

Por se tratar de uma alternativa de tratamento rápida, de baixo custo, ao alcance do clínico e capaz de oferecer boa estética e fonética, o propósito desse trabalho é abordar as indicações, limitações e técnica de confecção de gengiva artificial removível elaborada em resina acrílica, também conhecida como epítese gengival.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 29 anos, com seqüelas da doença periodontal como perda da papila interdental e os chamados “buracos negros” (Figura 1), procurou a clínica do curso de especialização em Prótese Dentária da Associação Brasileira de Odontologia de Pernambuco. A paciente, portadora de periodontite crônica, submeteu-se a tratamento periodontal no qual foram executados procedimentos básicos e cirurgias para redução das bolsas periodontais, com a finalidade de favorecer o controle da doença. No entanto, a paciente ficou insatisfeita com a estética e queixava-se de dentes longos e escape de ar ao falar. Para solucionar o problema, foi proposta a gengiva artificial removível. Para a execução da técnica foi feita inicialmente uma impressão em alginato, para que o modelo, aliviado com cera

07 (Figura 2), fosse utilizado para confecção de uma moldeira individual (Figura 3). A moldeira funcional foi ajustada de modo a não interferir nas inserções musculares presentes; em seguida, foi executada moldagem periférica com godiva e moldagem de corpo com elastômero pela técnica frontal. A Figura 4 ilustra o molde obtido com a dicagem em cera utilidade para proteger as bordas do molde e, assim, obter-se selamento periférico efetivo.

Em seguida, vazou-se o molde e, sobre o modelo funcional, a gengiva artificial foi encerada (Figura 5) para prova na paciente. Nessa etapa clínica foram averiguados os limites da gengiva artificial e, principalmente, o volume do suporte labial obtido. Como freqüentemente os dentes com periodonto reduzido apresentam-se vestibularizados, com a colocação da gengiva artificial o suporte labial pode ficar exagerado, comprometendo a estética e contra-indicando a referida alternativa de tratamento. Nesse caso, o suporte labial ficou aumentado, porém esteticamente harmônico, satisfazendo à paciente. Ainda nesta etapa clínica, selecionou-se a cor da gengiva com o auxílio de uma escala de caracterização de resina de Tomáz Gomes.

Após a prova clínica, procedeu-se ao processamento laboratorial da gengiva removível, de forma semelhante a uma prótese total. A Figura 6 mostra o resultado final com a instalação da epítese gengival removível, onde se observa estética plenamente satisfatória. A estabilidade dá-se devido à sua íntima adaptação nas ameias proximais e pela força muscular exercida pela musculatura labial. O aspecto interno da gengiva artificial possui prolongamentos que preenchem as ameias proximais, o que favorece a retenção da gengiva e impede o escape de ar. Durante as fases de controle, o paciente deve ser orientado quanto à higiene bucal de forma semelhante aos controles de próteses removíveis. Deve-se também observar se a gengiva artificial está comprimindo os tecidos periodontais; nesse caso a mesma deve ser devidamente ajustada.



Figura 1. Aspecto inicial da paciente, com perda da papila interdental e os chamados “buracos negros”.

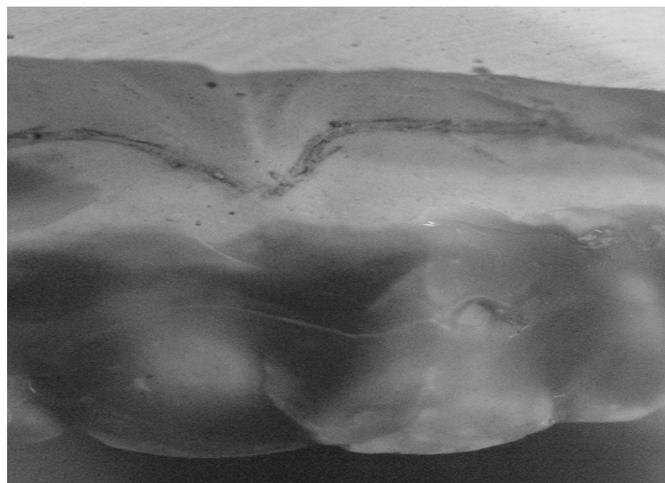


Figura 2. Modelo inicial com alívio em cera para confecção da moldeira individual.

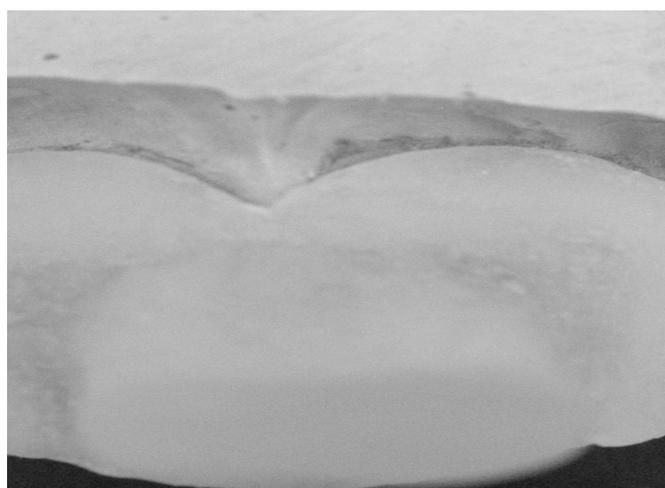


Figura 3. Moldeira individual.

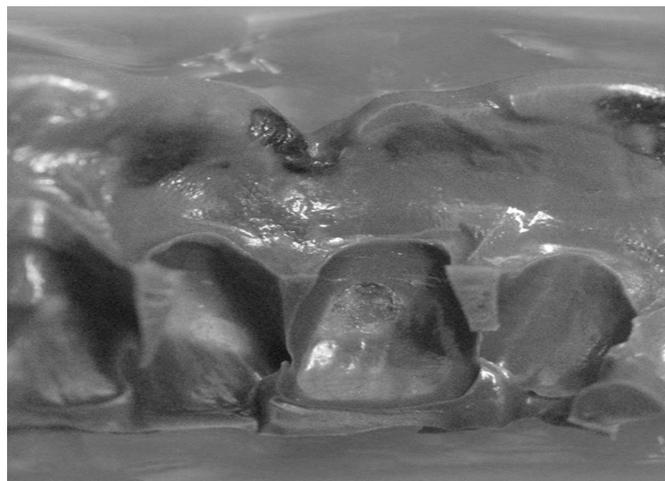


Figura 4. Molde funcional.

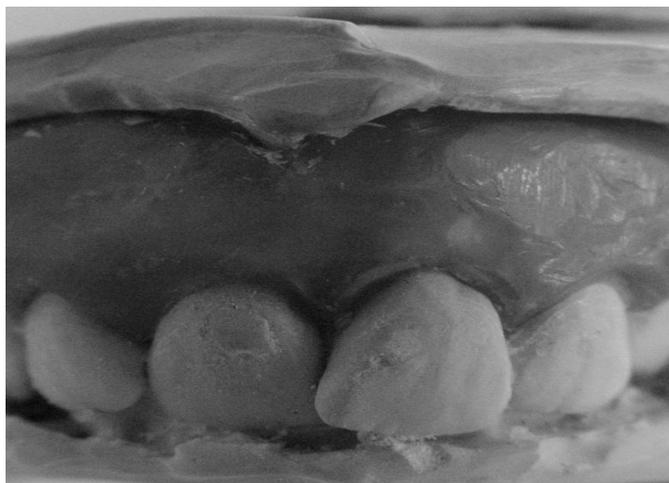


Figura 5. Gengiva artificial em cera.



Figura 6. Aspecto final da paciente, com a gengiva artificial instalada.

DISCUSSÃO

A epítese gengival é usada com sucesso para dentes envolvidos periodontalmente, nos quais o aumento das coroas clínicas com exposição radicular e a perda das papilas interdentais geram desconforto estético, térmico e fonético. Também pode ser utilizada em reabilitações com prótese fixas convencionais e próteses fixas implanto-suportadas, com a finalidade de substituir estruturas de suporte perdidas e otimizar a estética, fonética, suporte labial e higienização. Torna-se uma alternativa para

casos de limitação da técnica cirúrgica de enxerto e para pacientes que não podem ou não aceitam se submeter a procedimentos cirúrgicos.

É interessante lembrar a importância de avaliar a real possibilidade periodontal de soluções cirúrgicas estéticas. Há situações em que a busca da estética está totalmente limitada do ponto de vista cirúrgico. Resta, então, sugerir ao paciente a alternativa protética, como a prótese gengival².

A gengiva artificial removível é capaz de “bloquear” esses espaços prejudiciais à função e à estética e, ao mesmo tempo, pode ser removida para higienização⁷, tornando-se um excelente meio para contornar as limitações das reabsorções e perdas ósseas que repercutem esteticamente devido aos desníveis gengivais e à necessidade de suporte labial. Ela simula a presença da papila interdental, preenchendo a perda óssea, restabelecendo a estética e a fonética^{6,13}. Nesse sentido, a gengiva artificial torna-se mais um recurso estético e fonético ao alcance do clínico nas reabilitações que envolvem grandes perdas ósseas anteriores, quando o paciente possui limitações ou não deseja se submeter a procedimentos cirúrgicos¹³. As épiteses devem apresentar um contorno vestibular suficiente para devolver a postura muscular adequada e para isso não existe fórmula. O profissional deverá utilizar seu senso estético em função do conhecimento teórico no que tange à fisiologia da musculatura perioral¹⁰.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, a gengiva artificial removível é um procedimento mais rápido e de menor custo, proporciona um resultado estético previsível e reversível, melhora fonética e suporte labial, além de auxiliar na prevenção da impacção alimentar. É confortável, com boa adaptação e estável durante a mastigação e a fala. Além disso, é de fácil confecção, instalação, remoção e higienização, e pode ser fabricada com diversos materiais^{7,9}. Costa et al.⁹ resumem a gengiva artificial removível como uma solução simples e segura.

O uso da epítese gengival é contra-indicado em pacientes que possuem saúde periodontal instável, controle de placa deficiente, alta atividade de cárie e fumantes. O fato de ser uma estrutura removível talvez seja uma de suas principais desvantagens e o motivo pelo qual muitas vezes é rejeitada pelos pacientes. Devido à sua porosidade, dificulta a higienização, promovendo acúmulo de placa e pigmentos alimentares, bem como o crescimento de fungos como *Cândida albicans*, produzindo odor desagradável⁷. É necessário ressaltar o aspecto

psicológico do tratamento, pois o paciente terá dentes fixos, com parte da sua prótese removível. Contudo, as vantagens estéticas são importantes, uma vez que sua contribuição para a manutenção da harmonia dos dentes pela postura muscular será fundamental para o sucesso do tratamento¹⁰.

CONCLUSÃO

Com o emprego da gengiva artificial removível, os dentes podem ocupar a sua posição correta, pois quando executada com escultura detalhada, papilas bem

dispostas, na altura certa e com devida caracterização, ela disfarça possíveis exposições do metal e/ou raiz, deixando os dentes e/ou implantes com comprimento e contorno normais e reconstruindo, assim, o sorriso e o perfil do paciente.

Colaboradores

A.F.P. CARREIRO, S. MORAES, N. BRANCO e C.M.F. GUERRAL foram responsáveis pela realização e relato do caso. B.A. AMARAL foi responsável pela revisão da literatura e redação final do texto.

REFERÊNCIAS

1. SLindhe F, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Duarte CA. Cirurgia periodontal pré-protética e estética. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2003.
3. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Conti PCR, Valle AL, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. Rev Fac Odontol Bauru. 2002; 10(2): 99-104.
4. Helvey GA. Closing diastemas and creating artificial gingiva with polymer ceramics. Compendium. 2002; 23(11): 983-98.
5. Cronin RJ, Wardle WL. Loss of anterior interdental tissue: periodontal and prosthodontic solutions. J Prosthet Dent. 1983 Oct; 50(4): 505-9.
6. Baumhammers A. Prosthetic gingiva for restoring esthetics following periodontal surgery. Dent Dig. 1969 Feb; 75(2): 58-61.
7. Freitas R, Bonachela WC, Pedreira APRV, Vieira GR, Moreira RM. Otimização estética em reabilitação oral com uso de gengiva artificial removível: relato de caso. BCI Rev Bras Cirur Implantod. 2001; 8(32): 271-5.
8. Behrend DA. The design of multiple pontics. J Prosthet Dent. 1981 Dec; 46(6): 634-8.
9. Costa LCR, Maciel VS, Lago DM, Leal HM. Prótese fixa com gengiva removível. RGO. 1987; 35(6): 463-4.
10. Santos LB, Sampaio NM, Nakamae AEM. Reabilitação da musculatura perioral: gengiva artificial removível. Rev Univ Est Feira de Santana. 2006; 34: 115-27.
11. Fonseca D, Ankli R. Epítese - gengiva artificial removível. Rev APCD. 1995; 49(6): 460-2.
12. Barzilay I, Tamblyn I. Gingival prostheses – A review. J Can Dent Assoc. 2003 Feb; 69(2): 74-8.
13. Rezende AB. Gengiva artificial removível de acrílico caracterizado. Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia. 1996; (16/17): 44-52.

Recebido em: 14/11/2007

Aprovado em: 16/3/2008