

Abordagem multidisciplinar no tratamento estético odontológico

Recebido em: out/2014
Aprovado em: dez/2014

Ariovaldo Stefani - Mestre em Prótese Dentária - Professor assistente do Senac - São Paulo

Bruna Marin Fronza - Cirurgiã-Dentista - Aluna de mestrado em Clínica Odontológica - Dentística do Departamento de Odontologia Restauradora da FOP/Unicamp

Carolina Bosso André - Mestre em Clínica Odontológica - Dentística - Aluna de doutorado em Clínica Odontológica - Dentística do Departamento de Odontologia Restauradora da FOP/Unicamp

Marcelo Giannini - Livre-docente - Professor associado do Departamento de Odontologia Restauradora da FOP/Unicamp

Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela paciente e enviado à Revista

Autor de correspondência:
Ariovaldo Stefani
Rua Borges Lagoa, 1065 - cj 139
Vila Clementino - São Paulo - SP
04038-032
Brasil

Multidisciplinary approach in esthetic dental treatment

RESUMO

O presente artigo relata um caso clínico de cirurgia plástica periodontal e restaurações cosméticas após o tratamento ortodôntico, destacando a importância da abordagem conservadora e interdisciplinar no contexto do tratamento estético. Foram realizados os seguintes procedimentos: cirurgia plástica periodontal para exposição da coroa clínica dental, seguido de restaurações diretas em resina composta para fechamento de diastemas e recontorno das bordas incisais dos dentes anteriores superiores. Os resultados obtidos melhoraram as relações entre os dentes, o tecido gengival e o posicionamento dos lábios, devido à harmonia e equilíbrio dental e facial.

Descritores: cirurgia plástica; estética dentária; periodontia; resinas compostas.

ABSTRACT

The present article reports a clinical case about periodontics plastic surgery and cosmetic restorations after orthodontic treatment, focusing the importance of conservative and multidisciplinary approach in esthetic treatment context. The following procedures were performed: periodontics plastic surgery to crown lengthening, direct resin composite restorations to diastema closure and recontouring of the incisal edges of the superior anterior teeth. The obtained results improved the teeth relationship, gingival tissues and lips repositioning, due to dental and facial balance and harmony.

Descriptors: surgery, plastic; esthetics, dental; periodontics; composite resins.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A realização de reabilitações em função da estética têm se tornado uma prática clínica comum, que em muitos casos envolvem diferentes especialidades, que devem atuar de forma planejada e integrada para obtenção de resultados satisfatórios e previsíveis.

INTRODUÇÃO

Tratamentos odontológicos para realização de procedimentos estéticos têm se tornado bastante comum, pois os pacientes procuram profissionais não apenas para acompanhamento da saúde bucal, mas também com a finalidade de melhorar a aparência do seu sorriso. A harmonia estética do sorriso envolve vários fatores, dentre eles, o alinhamento dental, aspectos periodontais e sua proporção em relação aos dentes, bem como a anatomia e cor dos elementos dentais. Além disso, é importante uma disposição dentária que seja harmoniosa e agradável com os lábios e demais estruturas da face.^{1,2}

No entanto, embora atualmente a estética seja um fator essencial, o objetivo de qualquer tratamento deve ser restaurar a saúde, função e estética de maneira sensata e conservadora. O emprego de diferentes áreas da Odontologia é necessário para solucionar as causas envolvidas em cada caso. Uma abordagem multidisciplinar é fundamental para a realização do diagnóstico e um plano de tratamento adequado para que se obtenham resultados satisfatórios.³⁻⁵

O presente artigo tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico envolvendo cirurgia plástica periodontal para alinhamento da margem gengival e restaurações diretas em resina composta após finalização de tratamento ortodôntico, que destaca a importância da abordagem conservadora e interdisciplinar no contexto do tratamento estético.

RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, 24 anos, procurou atendimento odontológico relatando como queixa principal a aparência do seu sorriso (Figuras 01 e 02), principalmente presença de diastemas e o formato dos seus dentes anteriores. Foi realizada anamnese, na qual a paciente descreveu os tratamentos antecedentes, sendo o principal deles o ortodôntico, finalizado há quatro meses.

Ao exame clínico, foram observados incisivos superiores com formato retangular, fraturados nas bordas incisais e a presença de diastemas entre os incisivos centrais, incisivos laterais, caninos e pré-molares (Figuras 03 e 04). Os dentes apresentavam-se curtos com exposição excessiva da margem gengival. Além disso, as marcas da colagem dos brackets ortodônticos eram evidentes.

Foram realizadas tomadas radiográficas dos elementos dentais envolvidos, confeccionados os modelos de estudo e realizado o encerramento diagnóstico. A conduta clínica proposta foi cirurgia plástica periodontal e a remodelação cosmética com resina composta dos elementos dentais 13 ao 23. O planejamento do caso foi apresentado a paciente, que depois de devida explicação de todos os procedimentos a serem realizados, aceitou a realização do tratamento proposto.

A primeira etapa do tratamento consistiu na prevenção, orientação sobre higiene oral, técnica de escovação para adequação do meio bucal e eliminação de eventuais processos inflamatórios. A cirurgia plástica periodontal foi proposta com a finalidade de expor a coroa clínica dental e reposicionamento da margem gengival apicalmente. Já com o paciente anestesiado, foi realizada sondagem com auxílio de uma sonda periodontal milimetrada através do sulco gengival para localizar a junção cimento-esmalte, esta medida foi transferida para vestibular e realizada uma marca, com o objetivo de determinar a nova posição da margem gengival

e dos zênites. Após a identificação da altura das coroas clínicas dentais, foi realizada uma primeira incisão, utilizando lâmina 15c (Swann Morton, Sheffield, Reino Unido) perpendicular a coroa dental para determinar a altura e o formato anatômico desejado, em seguida foi realizado uma segunda incisão em bisel interno intrasulcular, até a crista óssea. Um retalho de espessura total foi rebatido com auxílio de descolador de Molt (Hu-Friedy, Chicago, IL, EUA), foi executada osteotomia, utilizando microcinzel #2 (Hu-Friedy, Chicago, IL, EUA) para regularizar o tecido ósseo⁶ (Figura 5), sendo possível observar o contorno ósseo nos elementos dentais, respeitando a distância biológica de aproximadamente 3 mm entre crista óssea e junção cimento-esmalte. Foi realizada uma sutura em colchoeiro interno, de forma que as papilas que foram elevadas sejam justapostas com as papilas palatinas que permaneceram intactas e fique o mais estável possível, deixando o mínimo de tecido conjuntivo exposto, o que garante um pós-operatório mais confortável para o paciente. O fio de sutura utilizado foi mononylon 5.0 (Ethicon, Johnson & Johnson do Brasil Ind. e Com., São Paulo, SP, Brasil) e a sutura removida após sete dias.

Após o período de dois meses de cicatrização periodontal iniciou-se a fase restauradora, baseada no fechamento dos diastemas, reconstrução das bordas incisais e remodelação estética. Primeiramente, executou-se a seleção da cor dos elementos dentais com o auxílio de uma escala de cor Vita Classic (VITA Zahnfabrik, Bad Säckingen, Alemanha) para seleção do matiz, do croma e do valor. Após a identificação, foi feito o experimento com um pequeno incremento de resina composta na face vestibular dos incisivos centrais superiores.

Previamente ao procedimento restaurador, foi feita profilaxia com pasta de pedra pomes e água, com uma taça de borracha. O campo operatório foi isolado com dique de borracha, utilizando-se uma técnica modificada.⁷

Nenhum tipo de desgaste foi realizado dos elementos dentais, apresentando dessa maneira apenas o esmalte como estrutura para adesão. Foi realizado o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Scotchbond, 3M ESPE, St. Paul, MN, EUA) durante 30 segundos, lavagem abundante com água e secagem com jatos de ar.⁸ A aplicação do sistema adesivo (Single Bond, 3M ESPE, St. Paul, MN, EUA) foi realizada seguindo as recomendações do fabricante.

A partir do encerramento diagnóstico foi confeccionada uma matriz de silicone de adição (Express XT, 3M ESPE, St. Paul, MN, EUA) que serviu como guia no aumento do comprimento e largura de cada elemento dental e no reposicionamento das bordas incisais.⁹ As restaurações foram realizadas com uma resina composta nanohíbrida (Estelite Omega, Tokuyama Co., Tóquio, Japão) aplicada de maneira incremental, considerando as características físicas e óticas das estruturas dentais.

A reconstrução foi iniciada pelas faces palatinas dos dentes, utilizando a resina Enamel A2, com o auxílio da matriz de silicone. Em seguida foi realizada a aplicação da resina Dentin A2, correspondente a camada de dentina, reproduzindo a anatomia dos mamelos dentinários. O próximo passo foi a confecção do halo opaco incisal com a resina Bleach BL1, e aplicação de um compósito mais translúcido (Trans), entre o halo incisal e a resina de dentina. Por

fim, foi utilizada a resina Enamel A2 para reconstrução da porção esmalte vestibular, proporcionando contorno final da restauração e mimetização com a estrutura dental (Figuras 06, 07 e 08).

O acabamento das restaurações foi realizado primeiramente com lâminas de bisturi para remoção de pequenos excessos, seguido de discos de lixa (Sof-Lex Pop-On XT, 3M ESPE, St. Paul, MN, EUA) usados em ordem decrescente de granulação. O polimento foi obtido através de escovas de carbetto de silício (Astrobrush, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Liechtenstein) e discos de feltro com pastas diamantadas para polimento (Poli I e II, Kota Imports, São Paulo, SP, Brasil).

O resultado final é a obtenção de maior naturalidade e harmonia no sorriso da paciente (Figuras 09 e 10), tanto em proporção dos dentes e gengiva alcançada através da remodelação destas estruturas, quanto em relação à face da paciente.

Os princípios éticos para pesquisa com seres humanos (lei MS 196/1996) foram devidamente respeitados. A paciente foi esclarecida sobre todos os procedimentos clínicos aos quais foi submetida e sobre a divulgação do seu caso através de imagens, que concordou e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DISCUSSÃO

A reabilitação estética do sorriso pode estar relacionada a múltiplos fatores, sendo assim um desafio para o Cirurgião-

-Dentista, em que cada paciente possui características individuais, concepção e expectativas diferentes. Neste caso clínico, foi realizada a cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica dos dentes anteriores com o propósito de regularizar a margem gengival e possibilitar o fechamento de diastemas, proporcionando equilíbrio e harmonia entre dentes, gengiva, lábios e face.

Nos aspectos do tecido gengival busca-se um contorno parabólico, em que as margens gengivais dos elementos incisivos centrais e caninos se encontrem no mesmo nível, enquanto as margens dos incisivos laterais estejam posicionadas 1 mm coronalmente. A posição da gengiva marginal deve ser simétrica de ambos os lados, sendo que o ponto mais apical da margem gengival, ou zênite, reflete a angulação do longo eixo do dente. Além disso, a localização da margem gengival é determinante para a altura da coroa clínica dos dentes, em que se deseja proporção entre as estruturas dentogengivais.^{1,10}

A presença de uma coroa clínica dental curta pode indicar a necessidade de realizar procedimentos cirúrgicos para remover o excedente gengival, dependendo da quantidade de gengiva inserida e do nível da crista óssea. Para a manutenção dessa margem na altura desejada, em muitos casos é necessária a execução de osteotomia para garantir a preservação do espaço biológico, em que uma distância de cerca de 3 mm deve ser mantida entre o início da crista óssea e a margem gengival.^{7,10}



FIGURA 1
Sorriso inicial



FIGURA 3
Vista frontal inicial



FIGURA 2
Vista lateral do sorriso inicial



FIGURA 4
Vista lateral inicial. É possível observar uma faixa de gengiva marginal mais evidente, que representa o final da coroa clínica dental



FIGURA 5

Aspecto final após osteotomia para remodelação da crista óssea seguindo a anatomia da coroa clínica dental, respeitando a distância biológica entre crista óssea e junção cimento esmalte



FIGURA 8

Aspecto final das restaurações em oclusão

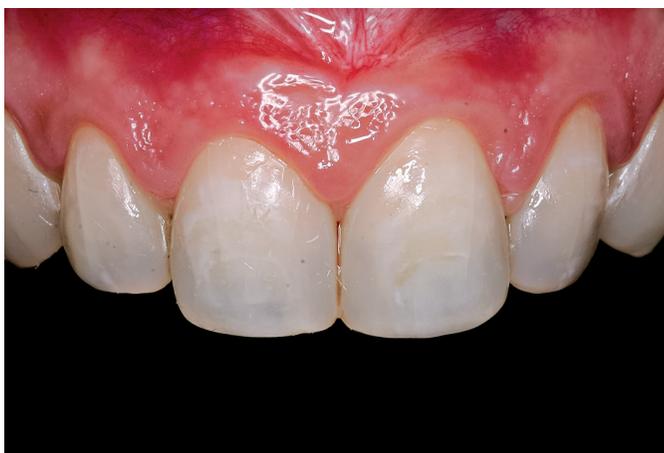


FIGURA 6
Vista frontal final



FIGURA 9
Sorriso final



FIGURA 7
Vista lateral final



FIGURA 10
Vista lateral do sorriso final

Para se obter naturalidade nas restaurações na reanatomização e fechamento de diastemas, é necessário conhecimento dos princípios dentogengivais, tais como proporção altura-largura dos dentes, proporção interdental, posicionamento correto dos pontos de contato, papilas gengivais, abertura de ameias incisais, forma e textura dos dentes.¹¹

Além disso, os materiais utilizados para reconstrução devem apresentar resistência à carga mastigatória e reproduzir os tecidos dentais de maneira natural. As resinas compostas apresentaram grande evolução nos últimos anos, melhorando suas propriedades mecânicas e estéticas.¹² Associada aos sistemas adesivos, restaurações de compósitos têm mostrado boa longevidade clínica.^{13,14} Além disso, é considerado um tratamento conservador, pois não necessitam de desgastes adicionais da estrutura dental sadia para retenção das restaurações.¹⁵

O aumento da resistência das resinas compostas se deve principalmente ao reforço das partículas de carga, propositalmente reduzidas em seu tamanho para que possam ser incorporadas em maior quantidade à matriz orgânica, resultando em aumento da resistência ao desgaste e menor a contração de polimerização.¹⁶ Além de proporcionar excelente polimento e lisura superficial, interessante não apenas esteticamente, ocorre menor degradação desses materiais no ambiente oral.^{17,18}

As resinas compostas apresentam formulações que possibilitam a mimetização dos substratos dentais, de maneira a reproduzir não só os diferentes matizes, mas também o efeito natural da cor por meio da opalescência, translucidez e fluorescência¹⁹. A correta aplicação e estratificação dos diferentes tipos de resina é o que vai garantir maior naturalidade às restaurações, o que depende principalmente da percepção e habilidade do Cirurgião-Dentista.

CONCLUSÃO

Os resultados finais foram satisfatórios, com aprovação da paciente. Os conhecimentos sobre os materiais dentários, as técnicas cirúrgicas e restauradoras são fundamentais para o melhor desempenho e durabilidade dos procedimentos odontológicos. A abordagem multidisciplinar e a associação dos conhecimentos nas diferentes especialidades da Odontologia são indispensáveis para um correto diagnóstico, planejamento e finalização do caso clínico com previsibilidade.

APLICAÇÃO CLÍNICA

A realização de cirurgia plástica periodontal para o aumento da coroa clínica e regularização da margem gengival, associadas a restaurações diretas de resina composta é um tratamento indicado para reestabelecer à estética do sorriso.

REFERÊNCIAS

1. Franci CE, Witzel MF, Lodovici E. Os limites da estética. Rev Assoc Paul Cir Dent 2011;65(3):170-9.
2. França S. A importância da estética periodontal na harmonia do sorriso. Rev Assoc Paul Cir Dent 2012; 66(4):246-53.
3. Pinto RC, Chambrone L, Colombini BL, Ishikiriama SK, Britto IM, Romito GA. Minimally invasive esthetic therapy: a case report describing the advantages of a multidisciplinary approach. Quintessence Int 2013;44(5):385-91.
4. Ittipuriphat I, Leevailoj C. Anterior space management: interdisciplinary concepts. J Esthet Restor Dent 2013;25(1):16-30.
5. Francisoni LF, Freitas MC, Oltramari-Navarro PV, Lopes LG, Francisoni PA, Mondelli RF. Multidisciplinary approach to the establishment and maintenance of an esthetic smile: a 9-year follow-up case report. Quintessence Int 2012;43(10):853-8.
6. Calixto LR, Anjos TMJR, Oliveira GJL, Clavijo VGR, Fontanari LA, Andrade. Correção de desnível de margem gengival: interacción periodontística no restabelecimento do sorriso. Clínica Int J Braz Dent 2010;6(4):434-441.
7. Croll TP. Alternative methods for use rubber dam. Quintessence Int 1985;16(6):387-92.
8. Buonocore, M. G. A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces. J Dent Res 1955;34(6):849-53.
9. Albino LGB, Gonçalves B, Souza-Júnior EJ, Gradinar O. Remodelação do sorriso com resina composta: acompanhamento de dois anos. Clínica Int J Braz Dent 2012; 8(2):272-283.
10. Frizzera F, Fontanari LA, Tonetto MR, Kabbach W, Ottoni J, Masioli MA, Junior EM. Escultura gengival: abordagem cirúrgica em alterações gengivais estéticas. Clínica Int J Braz Dent 2012; 8(4):388-400
11. Fahl N, Denehy GE, Jackson RD. Protocol for predictable restoration of anterior teeth with composite resins. Pract Periodontics Aesthet Dent 2005;7(8):13-21.
12. Mackenzie L, Parmar D, Shortall AC, Burke FJ. Direct anterior composites: a practical guide. Dent Update 2013;40(4):297-9.
13. Pashley Dh, Tay Fr, Breschi L, Tjäderhane L, Carvalho Rm, Carrilho M, Tezvergil-Mutluay A. State of the art etch-and-rinse adhesives, Dent Mater 2011;27(1):1-16.
14. Perdigão J. New Developments in Dental Adhesion. Dent Clin N Am 2007;51(1):333-357.
15. Pascotto RC, Nunes MCP, Boselli G. Considerações sobre planejamento e confecção de facetas diretas em resina composta. R Dental Press Estét, Maringá 2008;5(2):96-109.
16. Ferracane JL. Resin composite--state of the art. Dent Mater 2011 Jan;27(1):29-38.
17. Kozmas Y, Ozel E, Attar N, Aksoy G. The influence of one-step polishing systems on the surface roughness and microhardness of nanocomposites. Oper Dent 2008;33(1):44-55.
18. Drummond JL. Degradation, fatigue and failure of resin dental composite materials. J Dent Res 2008;87(8):710-9.
19. Vanini L. Light and color anterior composite restorations. Pract Periodontics Aesthet Dent 1996;8(6):673-82.



Caneta autoclavável
Possibilita a troca de canetas para uso contínuo do equipamento.

Iluminação a LED
Melhora a visão do profissional no ponto da aplicação.

Biossegurança
Painel de controle sensível ao toque, permite o uso de membrana protetora.

Mobilidade
O reservatório de água possibilita o uso em diferentes ambientes.

Multiáreas
Perio, geral e endo.

Acompanham 6 incertos

Versões com e sem reservatório de água



EMISONIC
ULTRASSOM ODONTOLÓGICO COM LED

Registro da Anvisa / MS: nº 80051420020

MMO
tecnologia para a saúde

Consulte dental de sua preferência
Tel.: 16 3411-5060 | www.mmo.com.br | comercial@mmo.com.br