

CONSIDERAÇÕES SOBRE PRÓTESE PERIODONTAL

Márcio Giampá Ticianeli¹

Fabiano Perez¹

José Cláudio Martins Segalla²

Regina Helena Barbosa Tavares da Silva³

¹ Curso de pós-graduação
em Reabilitação-Oral, área
de Prótese, na Faculdade
de Odontologia de
Araraquara –
FOAr/UNESP*

² Prof. Assistente Doutor
da disciplina de Prótese
Parcial Fixa, na Faculdade
de Odontologia de
Araraquara –
FOAr/UNESP

³ Prof^a Adjunta da
disciplina de Prótese
Parcial Fixa, na Faculdade
de Odontologia de
Araraquara –
FOAr/UNESP

TICIANELI, Márcio Giampá et al. Considerações sobre prótese periodontal. *Salusvita*, Bauru, v. 21, n. 3, p. 129-136, 2002.

RESUMO

O número de tratamentos protéticos em pacientes periodontais, ou seja, pacientes que se apresentam com um suporte periodontal reduzido, tem aumentado muito nos consultórios odontológicos. Isso se deve, principalmente, ao aumento na expectativa de vida da população em geral e a maior divulgação e conscientização da população em relação aos meios de higienização oral. Para se obter sucesso com essa modalidade de tratamento, o clínico deve ter um conhecimento odontológico multidisciplinar e esta belecer um correto diagnóstico e plano de tratamento para o caso. As principais funções da terapia protética periodontal são restabelecer um padrão oclusal funcional e biologicamente aceitável ao paciente e promover estabilidade oclusal. Para tanto, inúmeros fatores (oclusais, protéticos, periodontais, mecânicos, estéticos e biológicos) devem ser de conhecimento do clínico. Assim, baseado na literatura, esses fatores são apresentados e discutidos, podendo ser de grande valia para orientar o clínico durante o tratamento com as chamadas próteses periodontais.

UNITERMOS: prótese-periodontal; esplintagem periodontal; mobilidade dental

INTRODUÇÃO

Existem várias opções de tratamento para um paciente por tador de doença periodontal avançada, incluindo o tratamento combinado protético-periodontal, com a confecção de próteses parciais fi-

Recebido em: 12/11/2002
Aprovado em: 12/2/2003

xas extensas. A capacidade biológica de um dente com suporte periodontal reduzido, porém saudável, suportar com sucesso uma prótese parcial fixa já foi demonstrada na literatura (AMSTERDAM, 1974; AMSTERDAM; WEIGOLD, 2000; HOCHMAN; YAFFE; EHRLICH, 1992; NYMAN; ERICSSON, 1982; NYMAN; LINDHE, 1979; YI; CARLSSON; ERICSSON, 2001), sendo esta modalidade de tratamento denominada prótese periodontal.

Muitas pesquisas estão sendo realizadas nesta área a fim de se esclarecer o íntimo relacionamento do elemento dental com o seu periodonto, tanto de proteção, como de sustentação. Esses estudos são fundamentais para a prática da clínica odontológica, pois a área de interrelação dente-gengiva é o local onde ocorrem as agressões decorrentes do preparo do término cervical do dente, do reembasamento das coroas provisórias, do procedimento de moldagem, da presença de uma linha de cimentação e da adaptação das margens das restaurações protéticas que, muitas vezes, localizam-se em um nível subgingival por exigências puramente estéticas.

Diante disso, faz-se necessário ter um conhecimento adequado das relações biológicas do dente com o periodonto, e das características apresentadas pelos pacientes periodontalmente comprometidos e que necessitam de tratamento reabilitador, para que este possa ser realizado de uma maneira racionalizada, permitindo ao profissional antever o resultado final e trabalhar com um prognóstico favorável para cada caso.

O quadro clínico de um paciente periodontalmente comprometido pode apresentar algumas peculiaridades que o profissional necessita identificar, como: possível existência de infecções agudas no periodonto, que devem ser sanadas imediatamente; presença de bolsas periodontais profundas e, conseqüentemente, mobilidade (nos mais diversos graus de severidade) e migração dentária; colapso da oclusão, tanto posterior com a perda de elementos dentais nessa área, como também anterior, com a perda de dentes e migração dentária em direção anterior; proporção coroa-raiz desfavorável e prejuízo estético, entre outras.

O objetivo deste trabalho é realizar, baseado na literatura, uma discussão sobre os principais tópicos que devem ser abordados durante um tratamento com prótese periodontal e, com isso, ajudar o clínico no planejamento e execução desta modalidade de tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

A opção pelo tratamento com próteses instaladas sobre dentes com suporte periodontal reduzido distingue um paciente que aceita sem maiores problemas a perda de um ou mais elementos dentários,



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2003.

daqueles que não aceitam tal fato com facilidade, gastando grandes quantidades de tempo e dinheiro para, mesmo assim, ter um prognóstico duvidoso (AMSTERDAM, 1974; AMSTERDAM; WEISGOLD, 2000).

A preocupação com as alterações sofridas pelo tecido de suporte dos elementos dentários vem de muito tempo atrás, sendo inicialmente chamadas por Ro y (1930) de Pior réia Alveolar (AMSTERDAM, 1974; AMSTERDAM; WEISGOLD, 2000). Esta enfermidade foi caracterizada como uma doença curável por meio da combinação de tratamentos como intervenção sistêmica, regime rigoroso de higiene oral, raspagem radicular para remoção de cálculo aderido às raízes, eliminação de possível trauma oclusal e esplanagem de dentes com mobilidade.

Na estabilização dos elementos dentários, foi sugerida a utilização do maior número possível de planos dentro de um arco (num total de cinco), a fim de se obter uma maior estabilidade dos dentes pilares da prótese parcial fixa confeccionada sobre um suporte dental periodontalmente abalado. Este conceito ficou largamente conhecido como “Polígono de Roy”, e continua sendo muito utilizado atualmente, inclusive durante o planejamento cirúrgico (FIGURA 1) para definição da distribuição dos implantes osseointegrados no arco (NEVINS, 1993).

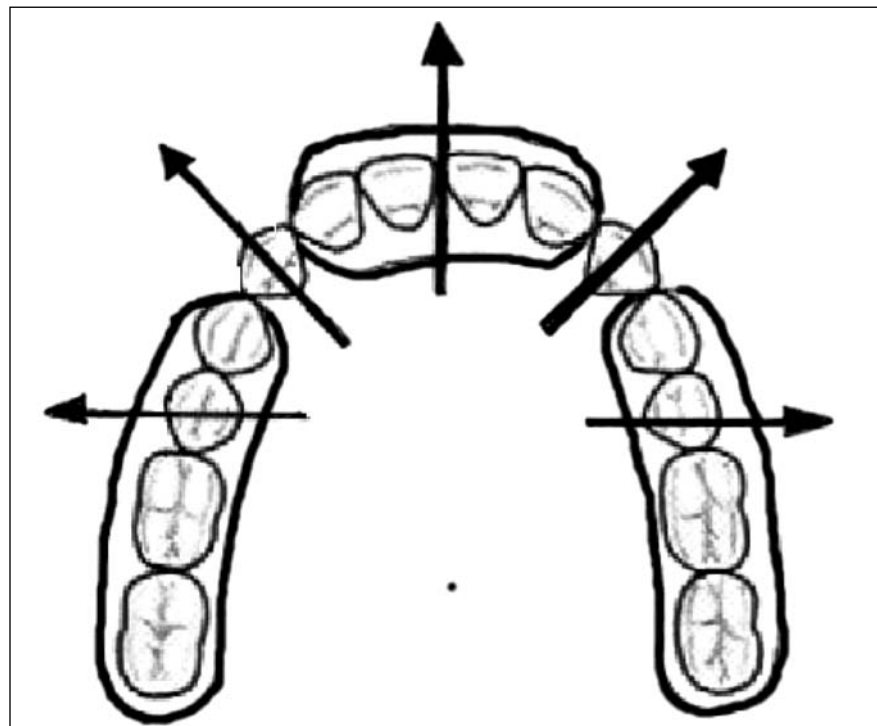


FIGURA 1 - Planos das possíveis movimentações dentárias definidos pelo Polígono de Roy.

Com relação a etiopatogenia da doença periodontal, a presença e a colonização bacteriana na área do periodonto são os responsáveis pelo desencadeamento de um processo inflamatório intenso, que acarreta perda óssea e, conseqüentemente, bolsas periodontais, mobilidade e migrações dentárias (ROSENBERG, 1975). A presença da bactéria gram-positiva *Actinomyces Actinomycetencomitans* está intimamente ligada à presença de placa supragengival, correspondendo a 50% ou mais da população microbiana na região, enquanto que a placa sub-gengival, encontrada na presença de bolsas ativas é, geralmente, dominada por organismos gram-negativos. Nyman e Lindhe (1979) descrevem que “quase todas, senão todas, as formas de doença periodontal estão associadas à presença de placa”. Assim, os principais fatores a serem considerados durante uma terapia periodontal são os tipos e a virulência dos organismos agressores, e não a capacidade do hospedeiro em resistir a essa agressão (AMSTERDAM, 1974).

Dentes com severa perda de suporte periodontal e com mobilidade progressiva podem servir como pilares confiáveis de próteses parciais fixas (PPFs) extensas, proporcionando o restabelecimento da saúde periodontal e a manutenção desses elementos dentários na boca, desde que o paciente seja submetido a um programa de manutenção e higiene oral minucioso durante e após a realização do tratamento reabilitador (NYMAN; LINDHE, 1979).

Em um acompanhamento de 60 PPFs durante 8 a 11 anos, Nyman e Ericsson (1982) demonstraram que dentes com suporte periodontal reduzido além do aceito como suficiente para servirem como retentores de PPFs pela “Lei de Ante”, podem ser utilizados com sucesso nesta função. Somente 8% das PPFs estavam planejadas de acordo com a “Lei de Ante”, sendo que na maioria dos casos (57%) as PPFs estavam com tecido periodontal de suporte menor que 50% do valor da área de suporte periodontal dos dentes repostos e, mesmo assim, todas as PPFs estudadas se mantiveram em função durante o período estudado, sem apresentar perda de inserção ao redor dos dentes pilares. Esses achados foram semelhantes aos encontrados no estudo desenvolvido por Yi et al. (2001), no qual PPFs foram instaladas em pacientes que apresentavam, em média, apenas 33% do suporte periodontal ideal nos dentes pilares.

Assim, para se ter um prognóstico favorável dentro de um tratamento com prótese periodontal, é aconselhável adotar uma seqüência lógica durante as abordagens clínicas, começando com a eliminação de fatores etiológicos locais e oclusais, seguido de uma reabilitação provisória e estabilização dos dentes. A etapa seguinte constitui-se no tratamento periodontal definitivo (cirúrgico), segui-



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2003.



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2003.

do pela fase protética, finalizando-se com a fase de retorno e manutenção do caso (NEVINS, 1993; ROSENBERG, 1975).

A terapia de eliminação da inflação e o controle das forças oclusais recebidas pelos dentes abalados periodontalmente de vem ser minuciosamente analisados, visto que as forças oclusais são mais destrutivas na presença de inflamação (KEOUGH, 1992). Os fatores que determinarão se uma força oclusal ag redirá ou não o periodonto são a magnitude da força e o padrão de saúde do periodonto. Os objetivos principais da terapia oclusal em pacientes candidatos a receber prótese periodontal são criar um esquema oclusal no qual as forças oclusais sejam distribuídas uniformemente sobre todos os dentes remanescentes, evitando o desenvolvimento de parafunção e a potencialização de forças destrutivas que possam ocorrer sobre os dentes remanescentes, proteger e manter as ATMs em um estado de conforto e saúde e obter uma posição em relação cêntrica coincidente com a máxima intercuspidação habitual (AMSTERDAM, 1974; KEOUGH, 1992). Todos esses fatores propostos devem ser avaliados na fase de coroas provisória sendo, posteriormente, transferidos para a prótese final.

DISCUSSÃO

O planejamento adequado de um caso está embasado em um correto diagnóstico, o que resulta, em um tratamento bem executado e com bom prognóstico (AMSTERDAM, 1974; AMSTERDAM; WEISGOLD, 2000). Para que isso ocorra, algumas medidas são essenciais. Apesar das limitações técnicas e da relativa imprecisão, a sondagem de bolsas periodontais é um procedimento de grande ajuda para o diagnóstico e planejamento, desde que realizada de maneira correta. Além disso, com a sondagem pode-se ter acesso às áreas de envolvimento de furca e/ou crateras ósseas (GOLDMAN; COHEN, 1997). Uma avaliação radiográfica minuciosa também se faz necessária no tratamento reabilitador com prótese periodontal como elemento auxiliar de diagnóstico.

Outro fator a ser observado nesse momento pelo clínico é a integridade e manutenção das distâncias biológicas, que são fornecidas pela mensuração do sulco gengival, epitélio juncional e inserção conjuntiva. Essas distâncias são necessárias para que os tecidos se organizem morfológica e histologicamente em condições fisiológicas (GARGIULO, 1961). A análise da quantidade e qualidade de gengiva inserida e ceratinizada ao redor dos dentes pilares de prótese também deve ser considerada antes do restabelecimento protético do caso (PEGORARO, 1998).

É importante ressaltar, também, que o tipo de filosofia periodontal a ser adotada vai depender das necessidades majoritárias de cada caso. Essas filosofias se resumem, basicamente, nas filosofias de eliminação ou manutenção de bolsas periodontais. Sempre que possível, a eliminação da bolsa deve ser empregada (GOLDMAN; COHEN, 1997). Porém, em locais onde a estética é um fator preponderante, a manutenção de bolsas deve ser considerada. Já as lesões de furca devem ser corretamente diagnosticadas e tratadas com procedimentos ressectivos ou regenerativos, pois constituem um nicho de acúmulo de placa (AMSTERDAM, 1974; GOLDMAN; COHEN, 1997).

Os dentes com mobilidade não devem ser descartados do tratamento de maneira precipitada, pois a utilização de uma esplintagem correta e de uma terapia de manutenção da higiene podem fazer com que esses dentes tenham um prognóstico muito favorável, como observado por Hochman et al. (1992). É válido ressaltar que a esplintagem raramente aumenta a saúde periodontal do paciente e, pelo contrário, pode mascarar um agravamento da doença ao impedir um aumento na mobilidade dentária (WATKINS; HEMMINGS, 2000). Portanto, a decisão de se esplintar um dente não deve ser tomada com dados superficiais, sendo considerada somente para aqueles pacientes que tiveram uma abordagem periodontal apropriada e com minucioso controle de higiene oral, principalmente em pacientes que se apresentam com todos os dentes remanescentes esplintados por próteses.

Quanto ao padrão oclusal para a realização de próteses periodontais, parece que o ideal é aquele no qual as forças oclusais são direcionadas no sentido do longo eixo dos dentes, com RC coincidente com a MIH e com guias de desoclusão bem estabelecidas (KEOUGH, 1992).

É essencial que alguns princípios biológicos e anatômicos sejam criteriosamente observados quando da confecção de uma prótese periodontal. Sendo assim, deverão existir espaços adequados para higienização de dentes pilares e pânticos, que deverão apresentar formato convexo em todos os sentidos, a adaptação marginal das restaurações deve estar adequada e o perfil de emergência da restauração não pode favorecer o acúmulo de placa e nem a compressão exagerada do tecido gengival.

O fator estético deve ser avaliado de maneira criteriosa. Alguns recursos para a obtenção de uma estética favorável, como o condicionamento gengival para formação de papilas, procedimentos como cirurgias muco-gengivais e a utilização de gengivas artificiais devem ser sempre considerados e apresentados aos pacientes com uma opção válida e viável do ponto de vista biológico e financeiro.



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2003.



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2002.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os tópicos abordados, pode-se ressaltar alguns pontos importantes, como:

- o reconhecimento da real necessidade do paciente para o tratamento proposto, juntamente com o correto diagnóstico auxiliarão no estabelecimento do prognóstico do caso;
- a filosofia de eliminação de bolsa (sulco zero) para pacientes com doença periodontal é a mais indicada para o sucesso da reconstrução protética;
- a distribuição dos contatos oclusais de forma harmônica, bem como o restabelecimento das excursões laterais e protrusivas, compõe a arquitetura requerida na oclusão das próteses periodontais;
- as próteses devem ser estáveis, bem adaptadas e confortáveis, recompondo a estética, a fonética e a função, e propiciar condições de fácil acesso para a higienização pelo paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMSTERDAM, M. Periodontal prosthesis: twenty-five years in retrospect. *Alpha Omegan*, v. 67, n. 3, p. 8-52, Dec. 1974.
2. AMSTERDAM, M.; WEISGOLD, A. S. Periodontal prosthesis: a 50-year perspective. *Alpha Omegan*, v. 93, Millennium Issue, p. 23-30, Jan, 2000.
3. GARGIULO, A. W. et al. Dimensions and relationship of the dental gingival junction in humans. *J. Periodontol*, v. 32, p. 261-267, Apr 1961.
4. GOLDMAN, H. M.; COHEN D. W. *Periodontia Contemporânea*, 2. ed. São Paulo: Santos, 1997.
5. HOCHMAN, N.; YAFFE, A.; EHRLICH, J. Splinting: A retrospective 17 – years follow-up. *J. Prosthet Dent*, v. 67, n.5, p. 600-602, May 1992.
6. KEOUGH, B. Occlusal considerations in periodontal prosthetics. *Int J Periodontics Rest Dent*, v. 12, n. 5, p. 359-371, 1992.
7. NEVINS, M. Periodontal prosthesis reconsidered. *Int. J. Prosthodont*, v. 6, n. 2, p. 209-217. 1993.
8. NYMAN, S.; ERICSSON, I. The capacity of reduced periodontal tissues to support fixed bridgework. *J. Clin Periodontol*, v. 9, p. 409-414, 1982.
9. NYMAN, S.; LINDHE, J. A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. *J. Periodontol*, v. 50, n. 4, p. 163-169, 1979.
10. PEGORARO, L. F. et al. *Prótese fixa*. São Paulo, 1. ed. Ed. Artes Médicas, 1998.
11. ROSENBERG, E. S. The role of periodontal prosthesis. *J. Dent. Ass. S. Afr.*, v. 30, n. 1, p. 113-118, 1975.

12. ROY, M. Pyorrhea Alveolaris: Its nature, patho geny and treatment. *Dental Cosmos*, v. 4, n. 22, p. 390-399, April, 1930.
13. YI, S; CARLSSON, G. E.; ERICSSON, I. Prospective 3-year study of cross-arch fixed partial dentures in patients with advanced periodontal disease. *J Prosthet Dent*, v. 86, n. 5, p. 489-494, 2001.
14. WATKINS, S. J.; HEMMINGS, K. W. Periodontal splinting in general dental practices. *Dental Update*, v. 27, p. 278-285, 2000.



TICIANELI, Márcio
Giampá et al.

Considerações sobre
prótese periodontal.

Salusvita, Bauru, v. 21,
n. 3, p. 129-136, 2002.