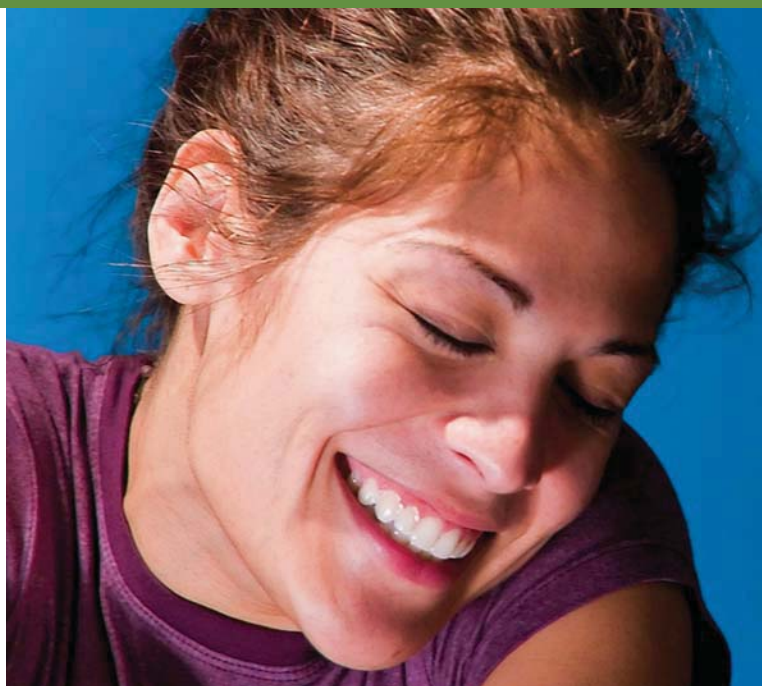


A Periodontia em sintonia com a Estética Dental



NAS DUAS PRIMEIRAS MATÉRIAS DA SÉRIE PERIODONTIA E ESPECIALIDADES, A REVISTA PERIO^NNEWS ABORDOU A INTEGRAÇÃO DA PERIODONTIA COM A IMPLANTODONTIA E A PRÓTESE. NESTA SEQUÊNCIA, TRATAREMOS DA RELAÇÃO ENTRE A PERIODONTIA E A ESTÉTICA DENTAL.

Por Cecilia Felipe Nery

A busca pela estética é cada vez mais frequente na vida das pessoas, seja nos grandes centros urbanos seja nas pequenas cidades. Todo mundo quer o belo. Afinal, ter uma aparência agradável facilita as relações, passa uma imagem mais amigável e demonstra a preocupação com o bem-estar e a saúde do indivíduo.

Nesse contexto, a Odontologia tem avançado consideravelmente para atender aos anseios estéticos da população, por meio de técnicas restauradoras e protéticas mais que, além de promover a reabilitação da função mastigatória, trabalha com o fator estético. Assim, é natural que a Periodontia, dentro de uma visão multidisciplinar, atue de forma mais estreita com a Estética Dental.

No entanto, para o sucesso do tratamento periodontal, tendo em vista alcançar também uma melhor estética, é fundamental realizar a anamnese e o exame clínico antes de iniciar todo e qualquer procedimento. Assim, a utilização de instrumentos e de instrumentação mais delicada e menos radical deve ser considerada. “A anamnese vai nos fazer conhecer as características gerais de cada paciente em uma condição específica e individual. Não podemos estabelecer um plano de tratamento

sem o domínio das condições gerais de cada paciente, conhecendo sua saúde geral da forma mais abrangente possível; interpretando as condições médicas, biológicas e emocionais. Devemos, então, fazê-lo conhecer a influência das possíveis alterações sobre o tratamento periodontal e dos benefícios do tratamento periodontal sobre as alterações sistêmicas, além das dificuldades previstas para a conquista da normalidade”, afirma Eduardo Saba-Chujfi, coordenador dos cursos de Mestrado e Especialização em Periodontia e Especialização em Cirurgias Plásticas Periodontais e Peri-Implantares e do Programa de Doutorado do CPO São Leopoldo Mandic.

Segundo ele, ainda, o exame clínico deve ser minucioso, sendo que o profissional precisa mensurar os níveis de inserção, a profundidade sulcular, a existência de características inflamatórias, o sangramento, a existência de exsudato inflamatório e, se possível, em níveis celulares e moleculares as citocinas pró-inflamatórias. O exame clínico, porém, não se deve ater somente às características periodontais e sim realizar um exame clínico estomatológico bem completo. “Neste atual estado da arte os exames laboratoriais são também rotina para um tratamento periodontal adequado; podemos citar



Glécio Vaz de Campos

entre eles: hemograma completo; coagulograma; glicemia; hemoglobina glicada; colesterol total e frações (LDL, HDL, VLDL); triglicérides; ureia, creatinina; T3; T4; TSH; paratormônio; reações sorológicas para Lues; Elisa HIV I e II; proteína C reativa; fibronogênio; homocisteína; fosfatase alcalina; cálcio; vitamina D3 (1,25-dihidro-vitamina D3, VHS; sorologia para hepatites A, B, C e D. Podendo ser solicitados mais exames em função da somatória dos dados anamnéticos com os exames periodontal e estomatológico”, enumera Saba.

Para Glécio Vaz de Campos, especialista em Periodontia e em Prótese Dental, coordenador do curso de Microcirurgia Plástica Periodontal da APCD Central e introdutor no Brasil da técnica de microcirurgia periodontal, a cirurgia plástica periodontal é um procedimento eletivo que deve ser realizado em condições satisfatórias de saúde sistêmica e oral. “As cirurgias realizadas em periodonto inflamado podem levar a dificuldades na manipulação dos tecidos e a uma cicatrização imprevisível. A presença de cavidades de cáries próximas à área operada pode ser risco de infecção e dificultar a adaptação dos retalhos. A boa saúde sistêmica ou o controle satisfatório das doenças crônicas pré-existentes ao paciente, trazem segurança na execução de cirurgias no ambiente do consultório. Assim, diminuem-se os riscos de complicações trans e pós-cirúrgicas”, acrescenta.

Conforme Paulo Sérgio Gomes Henriques, professor, doutor titular de Periodontia da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic e coordenador responsável pela especialização em Periodontia na ACDC, com os novos conceitos em Medicina Periodontal e a importância em relacionar doenças bucais com doenças sistêmicas, uma ampla anamnese que colha o máximo de informações sobre a saúde geral do paciente previne e evita intercorrências durante e após os procedimentos cirúrgicos periodontais.

“Quando iniciamos o exame clínico, devemos

considerar se é possível a intervenção cirúrgica e qual a previsibilidade de resultados. Também devemos analisar a extensão das recessões da margem gengival, das deformidades do rebordo alveolar e da perda da papila interdental, bem como da quantidade de tecido ceratinizado presente. Finalmente avaliar a forma e a espessura do palato, a distância entre a margem gengival e a artéria palatina, a quantidade de abertura de boca do paciente e a posição do lábio, são parâmetros importantes. Somado a isto, conhecer melhor o perfil psicológico do paciente deve ser a conduta rotineira do profissional que objetiva resultados estéticos com segurança”, lembra Henriques.

Já Marcelo Bassani, mestre em Periodontia e coordenador da Especialização em Periodontia - APCD / São Bernardo do Campo, nos primeiros contatos estabelecidos por meio de uma ficha clínica e posteriormente uma avaliação clínica associada a exames complementares, permite reconhecer e identificar se os pacientes estão aptos ou não para receber um tratamento com finalidade estética. “Uma análise criteriosa e detalhada deve ser realizada para se estabelecer as necessidades estéticas do paciente, que podem ser subjetivas. Esta análise está baseada nos princípios fundamentais de estética como tamanho e forma de dentes, proporção entre comprimento e largura dos dentes, proporção áurea dos dentes no arco e posicionamento longitudinal (alinhamento dos dentes)”, ressalta Bassani.

Ainda de acordo com ele, o profissional que trabalha com objetivo de melhorar os resultados estéticos deveria executar essa avaliação de forma sistemática como um verdadeiro *check-list*, a fim de identificar as discrepâncias a serem corrigidas por meio de cirurgias periodontais e trabalhos com restaurações provisórias e ou restaurações diretas em uma etapa inicial. “Vale lembrar que o maior número de informações e detalhes obtidos no exame clínico, assim como fotografias e modelos de estudo direcionam e conduzem um tratamento a resultados que atendam as necessidades desejadas dos pacientes na busca de um sorriso harmônico”, completa.

Segundo Márcio Zaffalon Casati, mestre e doutor em Clínica Odontológica - área de concentração: Periodontia e livre-docente em Periodontia pela FOP-Unicamp, durante a anamnese podemos levantar a queixa estética do paciente e sua expectativa quanto ao tratamento. “Neste sentido, é importante ter um conhecimento exato da expectativa do paciente. Em muitas situações clínicas não é possível atingir a expectativa

estética dele, uma vez que existem limitações biológicas que impossibilitam a obtenção deste objetivo. Devido a esta situação, o exame clínico minucioso deve ser realizado para que possamos adequar a expectativa do paciente às possibilidades terapêuticas que o caso clínico apresenta. A realização de procedimentos que visam a estética do sorriso sem uma adequada avaliação clínica das condições dos tecidos periodontais e da relação queixa/expectativa estética dos pacientes, invariavelmente estará vinculada ao fracasso do tratamento”, adverte.

TÉCNICA INDICADA

Após a criteriosa avaliação da condição inicial dos pacientes pode-se realizar procedimentos de restabelecimento do espaço biológico. “Fatores relacionados ao dente que apresenta a invasão do espaço biológico, como relação coroa/raiz, extensão da invasão do espaço biológico e tamanho do remanescente dental devem ser avaliados em conjunto com a posição da margem gengival dos dentes vizinhos, a extensão da faixa de tecido queratinizado, a posição da linha do sorriso e a presença/ausência da papila interdental. Estes fatores devem ser considerados no momento da escolha da técnica cirúrgica e/ou não cirúrgica (tracionamento ortodôntico). Além dos fatores citados, uma análise realista de outras condições como por exemplo o tempo disponível para a execução do tratamento e a condição financeira do paciente também devem ser levados em consideração. Esta análise mais abrangente deve ser realizada para optar pela melhor técnica disponível para aquele paciente que apresenta a invasão do espaço biológico”, explica Casati.

Vale destacar que o tratamento periodontal atualmente baseia-se na cura da doença que é caracterizada pela não existência de reações imunoinflamatórias, mesmo que com o sulcogengival aumentado; portanto, mesmo após um tratamento realizado exclusivamente através do alisamento radicular e desintoxicação cementária, podemos não verificar um espaço biológico ideal.

“Em relação ao restabelecimento do espaço biológico devemos considerar que em algumas técnicas cirúrgicas periodontais mais radicais, como o aumento de coroa clínica por deslocamento apical do retalho, será necessária a extrusão ortodôntica associada a esse tratamento para que se consiga a condição estética ideal. Nas cirurgias plásticas periodontais, a proposta é a da conquista de um epitélio juncional longo; o espa-



Eduardo Saba-Chujfi

ço biológico, por sua vez, poderá ser restabelecido, não podendo ser verificado rapidamente após a realização das cirurgias plásticas periodontais; porém, por volta de três meses poderá ser possível verificar mensurações adequadas”, informa Saba.

Glécio lembra que, após o planejamento estético determinar o adequado zênite gengival, podem surgir dois tipos de desafios no restabelecimento do espaço biológico: criar tecido em raízes desnudas ou remover tecido onde estiver em excesso. “A escolha da técnica para o recobrimento radicular deve ser pautada pela previsibilidade da pega do enxerto e pelas qualidades estéticas após a cicatrização. É importante considerar a cor, a textura, a ausência de cicatrizes e a linha mucogengival adequada da área operada. Além disso, o novo sulcogengival deve ser raso e compatível com a remoção mecânica do biofilme dental. Quando a necessidade cirúrgica é de aumento de coroa clínica, a distância biológica presente é deslocada para apical (ex.: sorriso gengival) ou é redimensionada (ex.: invasão do espaço biológico por restauração inadequadas). Para estabelecer o novo espaço biológico adequado e previsível é importante avaliar a qualidade dos tecidos periodontais. O paciente pode apresentar osso alveolar e gengiva espessa ou ambos finos. Pode ter uma banda larga ou estreita de tecido queratinizado, ou ainda variações, como osso fino e gengiva espessa. Essas diversidades de caso para caso devem ser interpretados no momento cirúrgico. Tecidos mais delicados e finos necessitam de distâncias biológicas menores; já tecidos mais espessos e volumosos necessitam de um espaço biológico aumentado. Portanto, para evitarem-se surpresas na cicatrização final em áreas estéticas, deve-se individualizar o espaço biológico e não usar uma distância fixa, baseada na média”, pondera.

Para exemplificar melhor, Henriques detalha três situações clínicas que devem ser discutidas quanto ao

sorriso gengival: a primeira é quando há coroas clínicas curtas e exposição excessiva do tecido gengival, e onde objetiva-se, neste caso, com o procedimento cirúrgico de gengivoplastia (apenas remoção de tecido mole) expor toda a coroa anatômica dos dentes, mantendo a margem gengival no nível ou levemente coronal à junção esmalte-cimento.

“A segunda é quando ocorre erupção passiva atrasada ou tardia, que resulta no tecido ósseo ao nível da junção esmalte-cimento. Nestes casos, é necessário a gengivoplastia associada a remoção óssea (osteotomia). Com a nova delimitação do espaço biológico conseguimos expor as coroas clínicas sem consequente exposição radicular. E a terceira situação é distinta das anteriores, pois o espaço biológico está delimitado normalmente e necessita ser descolado apicalmente. O procedimento cirúrgico com osteotomia poderá acarretar em exposição radicular. Na maioria das vezes, nestes casos, será necessário o trabalho protético com coroas ou facetas. Ambas as situações diminuem o impacto do sorriso gengival, criando uma condição mais harmônica entre dentes e tecido mole gengival.

Por outro lado, Bassani afirma que as técnicas de aumento de coroa clínica ou restabelecimento do espaço biológico preferencialmente devem ser executadas através de retalhos cirúrgicos totais e, às vezes, parciais (preservando o periosteio), com ou sem o auxílio de microscópios operatório. “As técnicas de tracionamento radicular com auxílio de aparelhos ortodônticos têm cada vez menos espaço com a sedimentação do sucesso dos implantes osseointegrados. Nestas situações de tracionamento, normalmente trabalha-se com raízes muitas vezes debilitadas por processos repetidos de cárie e tratamentos endodônticos, fragilizando sobremaneira, o remanescente radicular, ou seja, tornando imprevisível a longevidade deste tipo de abordagem. O contraponto dos implantes osseointegrados são justamente alta previsibilidade e longevidades dos trabalhos, tanto cirúrgico quanto protético, porém um outro fator que deve ser considerado é o perfil de cada paciente e grupo de risco. Qual o valor que ele dá a manutenção dos dentes? Conservador ou radical? Tempo total de tratamento? Disponibilidade financeira e de tempo?”, indaga.

ESTÉTICAS BRANCA E VERMELHA

A reabilitação oral contemporânea, tanto ao redor de dentes quanto de implantes, somente contempla resultados estéticos amplos quando se valoriza a



Márcio Zaffalon Casati

presença da estética vermelha. “Quando após o término de restaurações e próteses houver no seu entorno a presença de buracos negros na região interpapilar, recessões da margem tecidual com exposição radicular e deformidades do rebordo, os resultados estéticos serão desfavoráveis. Portanto, a harmonia entre estéticas branca e vermelha, somente será alcançada com prévio planejamento das ações clínicas e cirúrgicas envolvendo o reabilitador e o periodontista”, pondera Henriques.

Para Glécio, deve-se buscar a integração harmoniosa dos elementos dentais e dos tecidos periodontais relacionados às particularidades dos componentes da face. “Alcança-se um sorriso estético quando se buscam os seguintes parâmetros: criar dentes com proporções agradáveis isoladamente e em conjunto com os demais; e criar um arranjo dos dentes em harmonia com a gengiva, os lábios e a face. Esses objetivos são estabelecidos pelo uso de referências anatômicas intra e extrabucais e são reforçados com recursos de perspectiva e de ilusão de óptica”, explica.

De acordo com Bassani, trabalhos científicos já demonstraram que existem diferentes tipos de periodonto que reagem e cicatrizam de formas diferentes conforme os estímulos recebidos; por exemplo, à extração de dentes, procedimentos cirúrgicos periodontais, bruxismo, padrão de escovação. “O reconhecimento do tipo de periodonto durante o exame clínico é determinante no sucesso do tratamento. Este reconhecimento determina a necessidade de aumentar ou não o volume e a espessura gengival, a previsibilidade de sucesso no recobrimento de raízes e implantes e também influencia na escolha das técnicas cirúrgicas a serem escolhidas. As normas de estética ou chamados de princípios fundamentais de estéticas é que determinam quais as melhores técnicas para se obter os padrões de referência de um sorriso harmônico, necessidades de aumentos de coroa quando existem dentes curtos, provocan-

do um sorriso gengival, interferindo na proporção das estéticas vermelha e branca. Outro exemplo é quando existem dentes com recessões gengivais única ou múltiplas, interferindo na proporção de comprimento e largura dos dentes, podendo quebrar a harmonia de um sorriso. Nestes casos as técnicas de recobrimento são indicadas para devolver essa proporção”, explica.

Em resumo, Saba enumera os parâmetros que devem ser considerados para a obtenção da melhor estética gengivodentária: 1. Saúde gengival é fundamental, jamais realizar tratamentos restauradores ou de prótese sobre gengivas inflamadas; 2. Espaço interdental adequado; 3. Zênite do contorno gengival; 4. Volume gengival; 5. Altura do ponto de contato; 6. Formato do dente; 7. Caracterização do dente; 8. Textura; 9. Cor.; 10. Configuração da incisal; 11. Linha do sorriso; 12. Simetria; 13. Posicionamento; e 14. Suporte labial.

RECURSOS CIRÚRGICOS

A cirurgia plástica periodontal está indicada para corrigir os defeitos de tecidos mole envolvidos nos planejamento estéticos, como: recessão de tecido marginal, alteração de papila, perda de rebordo alveolar em espessura e altura, assimetria gengival e contorno peri-implantar inadequado. “Como esses procedimentos são bastante sensíveis às falhas, o periodontista deve lançar mão das técnicas mais previsíveis e estar capacitado para a sua plena execução. O resultado estético das cirurgias plásticas é fruto do correto diagnóstico, planejamento adequado às necessidades do paciente, escolha de técnicas previsíveis e a execução precisa dos protocolos cirúrgicos”, ensina Glécio.

Henriques ressalta que recursos cirúrgicos estéticos devem ser preconizados para pacientes que apresentam raízes expostas comprometendo o zênite gengival, buracos negros entre as papilas, coroas clínicas curtas associadas ao sorriso gengival e deformidades do rebordo. “Estas são as maiores demandas em cirurgia plástica periodontal na atualidade, pois comprometem além da estética, também a função e a fonética. Manipulação de tecidos moles, principalmente com o emprego dos enxertos autógenos de tecido conjuntivo subepitelial, são procedimentos rotineiramente empregados por periodontistas em todo o mundo, sendo eficazes e seguros quando o profissional está embasado em evidências científicas, utiliza-se das melhores técnicas disponíveis e possui experiência e treinamento específicos para a realização das inúmeras técnicas disponíveis”, garante.



Paulo Sérgio Gomes Henriques

Para Saba são indicadas as cirurgias plásticas periodontais por cobertura radicular, razões estéticas, hipersensibilidade radicular, fechar lesões cariosas radiculares, evitar novas cáries ou descalcificações, facilitar a higiene e manutenção da saúde pela eliminação de nichos de retenção. São indicadas as cirurgias plásticas peri-implantares por: razões estéticas, preservação da saúde peri-implantar, facilitar a higiene bucal, manutenção da saúde eliminando nichos, longevidade do implante e do tônus dos tecidos peri-implantares e facilitar a saúde da mucosa peri-implantar.

“Condições que devem ser analisadas para a estética favorável na instalação de implantes: dimensão mesiodistal da região desdentada, espessura e altura e posição do osso, a situação dos dentes vizinhos e o posicionamento tridimensional do implante. Condições de estética para a instalação de implantes unitários: altura do osso interproximal, não ficar a menos que 2 mm da junção amelo-cementária dos 2 dentes adjacentes, espessura do osso que permita manutenção de 1 mm de espessura da cortical vestibular durante posicionamento ideal do implante e realizar a incisão por palatino”, afirma Saba.

Ainda, conforme ele, as causas das retrações gengivais devem ser tratadas antes da realização da cirurgia plástica periodontal: inflamação ou atividade de doença, escovação traumática em periodontos vulneráveis susceptíveis, movimentações ortodônticas, trauma oclusal, leis diagonais e demais formas de contatos oclusais atípicos, sobrecontornos em restaurações, coroas, próteses parciais fixas e próteses parciais removíveis mal planejadas, piercings, constante introdução de instrumentos na boca, hábitos, implantes p/ orto, *overdentures*, fumo, drogas, álcool, vícios etc. As causas das retrações peri-implantares devem ser tratadas também antes do tratamento cirúrgico plástico: inflamação ou atividade de doença peri-implantar, escovação trau-

mática em mucosa peri-implantar susceptível, trauma oclusal, leis diagonais, contatos, má-oclusão, sobrecontornos em restaurações vizinhas, coroas, próteses parciais fixas e próteses parciais removíveis mal desenhadas, planejamento inadequado na instalação implantar, *overdentures*, piercings, introdução constante de instrumentos na boca, hábitos atípicos, fumo, drogas, álcool, vícios, implantes angulados, implantes vestibularizados, implantes mesializados, distalizados e/ou lingualizados, qualquer alteração que leve a algum comprometimento do suprimento sanguíneo etc”, orienta Saba.

Com relação aos critérios para o sucesso no tratamento cirúrgico plástico gengival, Saba lembra que na adequada desintoxicação cementária, são previsíveis as recessões gengivais Classes I e II de Miller, profundidade de sondagem até 3 mm, ausência de sangramento à sondagem, ausência de hipersensibilidade, harmonia da cor com tecido adjacente, remoção de interferências oclusais e conquista da neutralização das causas das recessões.” Critérios para o sucesso no tratamento cirúrgico plástico da mucosa peri-implantar: adequada desintoxicação da superfície implantar exposta, recessão da mucosa peri-implantar Classes I e II de Miller, profundidade de sondagem até 3 mm, angulação do implante, suprimento sanguíneo adequado, ausência de sangramento à sondagem, ausência de partes implantares em ponta ou ângulo, quantidade de mucosa queratinizada, remoção de interferências oclusais e conquista da neutralização das causas das recessões”, observa.

Bassani lembra que os procedimentos cirúrgicos estéticos periodontais só devem ser realizados em pacientes com saúde periodontal, ou seja sem sinais clínicos de inflamação e sangramento. “Os pacientes com problemas periodontais moderados e leves devem passar por tratamento curativo, preventivo e realizar posterior reavaliação para verificação das necessidades e possibilidades biológicas para um futuro tratamento estético. A Academia Americana de Periodontia em um workshop de 1996 concluiu que os melhores resultados e mais previsíveis eram obtidos através de enxertos de tecido conjuntivo para recobrimento de recessões gengivais. Nos casos de maior dificuldade com recessões múltiplas em periodontos muito delicados o uso do microscópio operatório leva a resultados melhores e mais previsíveis. Os benefícios obtidos com a ampliação das imagens, magnificação, identificação das estruturas anatômicas, possibilidade de suturas mais precisas por primeira intenção, incisões mais delicadas, menores e



Marcelo Bassan

mais precisas, tudo isso leva a um melhor trans e pós-operatório, fatores determinante para o uso da microscopia operatória”, garante.

Conforme Casati, os recursos cirúrgicos podem ser indicados para pacientes que apresentem recessões gengivais, coroas clínicas curtas associadas ao sorriso gengival, rebordos edêntulos com deficiências de altura e espessura, dentes com exodontia indicada visando a preservação do rebordo, no momento da colocação de implantes dentais e na reabertura de implantes realizados em dois estágios. “Os principais cuidados a serem tomados são: manipulação delicada dos tecidos moles com instrumentos adequados para esta finalidade, planejamento prévio do procedimento cirúrgico realizado de maneira integrada com os procedimentos restauradores e realização dos procedimentos plásticos após a resolução da inflamação periodontal em pacientes com ótima higiene bucal. Além destes cuidados é de fundamental importância a atualização do conhecimento do profissional para que ele possa utilizar os melhores recursos e técnicas disponíveis”, acrescenta.

PREVENÇÃO

As condições imuno-inflamatórias de origem infecciosa das doenças periodontais e das doenças peri-implantares não podem jamais ser mantidas, pois podem comprometer a saúde geral. “Periodonto e peri-implante sadios são essenciais para a realização de qualquer tratamento restaurador ou reabilitador”, adverte Saba. “O sucesso na prevenção de doenças peri-implantares é, sem dúvida alguma, a motivação consciente do paciente em relação ao controle mecânico dos biofilmes, que é o mais importante. A utilização de formulações antissépticas pode ser recomendada e bem-vinda como coadjuvante no controle dos biofilmes. Uma maior integração nos tratamentos entre os especialistas que compõem a implantodontia deve ser

incentivada em prol de um tratamento implantar ideal, que viabilize a conquista de uma higienização segura e eficaz. O sucesso na higienização e manutenção das próteses sobreimplantes dependem, além da motivação consciente para a conquista de uma higiene bucal apropriada, de seu planejamento inicial e do desenho das próteses, que estarão sempre atreladas à correta instalação cirúrgica das fixações implantares, sendo as próteses sobreimplantes tão higienizáveis quanto maior for à preocupação no desenho do plano de tratamento inicial. Um plano de tratamento adequado nos proporcionará excelentes próteses sobreimplantes, com plenas condições de higiene bucal e implantar, manutenção dos trabalhos e maior longevidade dos implantes dentários. Apesar das doenças periodontais serem doenças ligamentares e das doenças peri-implantares serem doenças ósseas, as características inflamatórias das duas patologias são semelhantes e sua manutenção de saúde e seu tratamento implicam basicamente nos mesmos fatores, tais como a realização de uma higiene bucal adequada, a desintoxicação das superfícies envolvidas nos processos inflamatórios, quer dentários ou implantares e a manutenção da harmonia oclusal das mesmas”, complementa.

De acordo com Bassani, após a conclusão de tratamentos odontológicos um plano de manutenção profissional deve ser estabelecido através de visitas periódicas de acordo com os grupos de risco de cada paciente (trimestral, semestral ou anual). “A manutenção doméstica é fundamental para o sucesso dos procedimentos realizados, deve ser explicada em detalhes aos pacientes com objetivo de educar, motivar e estimular, durante as sessões de tratamento curativo e restaurador”, ressalta.

Assim, a terapia periodontal de suporte deve ser instituída antes do início da reabilitação protética. “Quando o paciente está inserido num programa preventivo adequado aos seus fatores de risco local e sistêmico, consegue-se o controle da saúde periodontal e peri-implantar, além da longevidade das próteses e restaurações”, explica Glécio.

Segundo Henriques, pacientes que serão submetidos a tratamentos que envolvem a instalação de próteses, tanto dentossuportadas quanto implantossuportadas, devem apresentar ótima saúde periodontal e peri-implantar. “Instalar programas preventivos que priorizem a excelência da higienização e terapêuticos que resultem em máxima saúde do periodonto, devem ser o

início de um planejamento que envolve futuros elementos protéticos. O acompanhamento periódico do paciente que recebe reabilitação através de terapia periodontal de suporte, também deve ser uma meta constante na busca alicerçada do sucesso a longo prazo”, destaca.

Casati lembra que a primeira medida a ser tomada, visando o não aparecimento das doenças periodontais e peri-implantares, é o conhecimento aprofundado das estruturas periodontais e peri-implantares que circundam o dente e os implantes. “O desconhecimento do posicionamento e da extensão destas estruturas poderão estar vinculados ao surgimento destas doenças devido a iatrogenias. A extensão das restaurações e das próteses para uma região subgingival, invadindo o espaço biológico, pode representar uma das principais razões para o surgimento de inflamação gengival. Outro fator a ser considerado é a confecção de próteses com correta adaptação cervical, sem excessos ou falta de material o que impossibilitaria uma correta higienização destes elementos dentais. Além disso, um correto perfil de emergência, que possibilite a higienização é fundamental para a manutenção da saúde periodontal. Quanto aos implantes dentais, o início da prevenção da doença peri-implantar ocorre desde do planejamento do caso. Implantes bem posicionados favorecem a correta reabilitação sem a necessidade da realização de próteses com sobrecontorno por exemplo. Associado aos fatores já citados, a participação do paciente na fase de terapia periodontal de suporte é fundamental para prevenção das doenças periodontais e peri-implantares”, considera.

Em suma: os anseios estéticos dos pacientes são cada vez maiores, exigindo contínua capacitação dos profissionais envolvidos e a utilização de técnicas seguras e previsíveis. Dessa forma, a Periodontia e a Estética Dental devem caminhar lado a lado para promover o sucesso nos tratamentos. “A filosofia da microcirurgia periodontal vem ao encontro desse propósito. É um procedimento minimamente invasivo realizado com microscópio operatório e com microinstrumentos, que possibilita incisões reduzidas e permite a coaptação borda a borda dos retalhos. O reduzido traumatismo nos tecidos envolvidos na microcirurgia e o padrão de cicatrização por primeira intenção levam a um pós-operatório mais confortável e a uma cicatrização mais rápida, sem a produção de cicatrizes. Isso contribui para a melhor aceitação dos procedimentos cirúrgicos pelos pacientes e para que se obtenham resultados estéticos mais previsíveis”, conclui Glécio.