



Manuseio dos tecidos moles no pós-cirúrgico

NA REABILITAÇÃO ORAL UTILIZANDO IMPLANTES OU DENTES, UM FATOR IMPORTANTE NO PÓS-CIRÚRGICO É O CUIDADO NO MANUSEIO DOS TECIDOS MOLES — DO PRÉ-PROTÉTICO ATÉ A COLOCAÇÃO DA PRÓTESE DEFINITIVA.

Por Cecília Felipe Nery

Para o sucesso da colocação de implantes osseointegrados é necessário atentar para os cuidados na manipulação dos tecidos moles ao redor dos implantes. Isso porque, além de levar em conta o tecido ósseo, o tecido gengival e o elemento protético e a sua relação com os dentes adjacentes, a harmonia é um item essencial para o sucesso da técnica, aliando funcionalidade, higiene e estética.

Antes de mais nada, é indispensável observar alguns fatores do ponto de vista da cicatrização. Segundo César Arita, mestre e doutor em Reabilitação Oral pela Universidade de São Paulo, o respeito ao tempo de maturação tecidual para os procedimentos de condicionamento tecidual peri-implantar ao perfil de emergência da prótese, bem como os procedimentos de moldagem ou qualquer outro tipo de manipulação tecidual, é um dos mais importantes detalhes

na cicatrização, independentemente de ser em implantes ou dentes naturais. “Claro que isto depende do biótipo do tecido periodontal e da área a ser trabalhada”, explica.

De acordo com Claudio Luiz Sendyk, professor doutor do departamento de Prótese Dental da Faculdade de Odontologia da USP, a cicatrização tecidual gengival ou a reparação tecidual pretendida por um profissional ocorre na dependência de alguns fatores. “O primeiro a se considerar é o perfeito domínio da técnica cirúrgica empregada, dos materiais utilizados e das condições sistêmicas e locais presentes. Após terminada a cirurgia, os cuidados deverão se ater à correta manutenção da higiene local, ausência de fatores irritativos e traumáticos que possam comprometer o processo de alguma forma. Assim, devemos ter a certeza de que a prótese que será usada não irá comprometer este processo por meio

de compressão, sobrecontorno, invasão de espaços biológicos e excesso de material cimentante que não pode ser removido, entre outros”, informa.

Conforme Sendyk, é necessário também ter em mente que a prótese temporária deveria sempre proteger a área operada de alguma maneira, bem como auxiliar na retenção do cimento cirúrgico ou servir de ancoragem e suporte para os pontos cirúrgicos. “Lembrando que o tecido gengival responde de forma muito sensível a qualquer iatrogenia, devemos recomendar que todo o cuidado é pouco para se evitar retrações ou recessões tardias deste tecido, o que, em elementos anteriores, comprometem de forma irreversível o resultado estético”, acrescenta.

Para Enilson Antonio Sallum, professor titular da área de Periodontia da FOP-Unicamp, a cicatrização ideal de um procedimento cirúrgico periodontal depende de uma série de fatores relacionados ao planejamento cirúrgico (fatores sistêmicos e locais), pré-operatório, técnica cirúrgica adequada e atraumática e cuidados no pós-operatório (evitar perturbação mecânica, edema, contaminação). “Quando falamos em procedimentos pré-protéticos, como por exemplo a cirurgia de restabelecimento de espaço biológico, temos de aguardar o tempo mínimo de maturação do tecido, de quatro a seis semanas. A estabilidade final da margem gengival pode exigir períodos mais longos. Portanto, em áreas estéticas, é conveniente esperar um tempo maior para evitar problemas”, afirma.

Já Oswaldo Scopin de Andrade, mestre e doutor em Prótese pela Unicamp, lembra que, na dentição natural, deve ser considerada a presença de tecido gengival saudável previamente ao início de qualquer procedimento restaurador. “Em minha opinião, para implantes, em termos de cicatrização óssea, a osseointegração propriamente dita é sedimentada desde que haja osso em condição adequada para colocação do implante em posição em que possa ser corretamente restaurada, isto é, depende do tipo e do tratamento de superfície do implante, variando de 45 dias a seis meses”, explica.

Scopin lembra, também, que muitas vezes planeja-se o caso e informa-se ao paciente que um implante imediato com determinada superfície está integrado ao osso em semanas, criando assim expectativa de finalização do caso”. Em áreas estéticas, sabemos que a cicatrização adequada do tecido mole peri-implantar pode levar mais de um ano até ficar adequadamente estável para finalização da restauração. É uma nova era de cuidado do tecido gengival e peri-implantar, bem como a manutenção de um cenário biológico favorável e estável, tanto do ponto de vista funcional quanto estético”, complementa.

Por outro lado, Paulo Henrique Orlato Rossetti, mestre e



Claudio Luiz Sendyk

doutor em Reabilitação Oral (FOB-USP) e professor da Universidade do Sagrado Coração (USC), aponta que antes da cicatrização é fundamental que o paciente já apresente os preparos dentários realizados e a prótese provisória em posição. “Ela vai orientar o periodontista durante a cirurgia. Conforme a cicatrização evolui, esta prótese provisória deve ser reembasada e polida constantemente. Nós sabemos de um fenômeno conhecido como *creeping attachment*, no qual a margem gengival muitas vezes muda seu posicionamento mesmo depois do tempo cirúrgico determinado. Um fato muitas vezes negligenciado pelos cirurgiões-dentistas e pacientes é este não necessitar de soluções orais para bochecho, principalmente porque nesta fase o uso da escova irrita os tecidos gengivais. Como não existe cirurgia periodontal 100% previsível (posição final da margem após a cicatrização), o paciente deve voltar constantemente ao consultório sempre que as coroas provisórias se soltarem, houver odor desagradável ou alguma dor dentária. O paciente realmente precisa de mais instrução quanto à higiene e o acompanhamento nesta fase”, garante.

PRÓTESE PROVISÓRIA

Quando da colocação da prótese provisória, no pré-protético, Enilson explica que este é um passo importante para a reparação dos tecidos periodontais. “Entre outras funções, ela auxilia no condicionamento da forma dos tecidos moles e proporciona a chance de uma adaptação do ligamento periodontal às solicitações funcionais. Vale lembrar que a qualidade da prótese provisória é um ponto a ser destacado. Próteses provisórias de baixa qualidade podem trazer um prejuízo significativo na cicatrização dos tecidos periodontais por promoverem principalmente acúmulo de placa (falta de adaptação, superfícies rugosas)”, comenta.

Para Sendyk, a prótese temporária é de fundamental importância para o reparo dos tecidos periodontais peri-implantares. “Por ser uma maquete ou protótipo do que pretendemos, que será a prótese definitiva, o temporário por si

Paulo Henrique Orlato Rossetti



só nos permite ter a noção de forma e função necessárias para o sucesso da resolução clínica. Assim, é na prótese temporária que deveremos cuidar do perfil emergente, espaços proximais existentes, preservação do espaço biológico, adaptação marginal e polimento do material restaurador. Em hipótese alguma um temporário deveria agir como fator iatrogênico, causando irritação, retração e demais danos muitas vezes irreparáveis e com consequências na estética gengival. O tecido gengival é, na maioria das vezes, a moldura de nossas próteses, assim o cuidado com seu manuseio irá definir o sucesso estético que se almeja alcançar”, opina.

Já Rossetti explica que a prótese provisória tem três funções, independentemente do tecido estar em reparo ou não: estética, fonética e função. “Além de estar adequadamente cimentada e mantendo uma dimensão vertical confortável e harmoniosa com a musculatura do paciente, dois pontos-chave na cicatrização são a obtenção de contornos cervicais naturais (perfil de emergência) e o polimento das margens. Margens cervicais bem reembasadas guiam a gengiva durante a cicatrização. O polimento também é importante porque diminui o acúmulo de placa e cria uma região mais aceitável para o posicionamento dos tecidos moles”, assegura.

Nesse sentido, Rossetti enumera algumas sugestões importantes:

- “Coroas provisórias prensadas em mufla e resina termopolimerizável são as que mais duram e fornecem melhor polimento nas margens. Tenha em mente, isto nem sempre será possível...
- Se houver necessidade de ajuste clínico das margens das provisórias, pode-se usar pasta diamantada em disco de feltro; outra opção é o uso dos discos Softflex, especialmente nas regiões proximais das margens.
- Pontos de contato proximal bem estabelecidos também são importantes para a saúde gengival.
- Lembre-se: os três pontos acima não excluem o paciente da higiene bucal diária”, destaca Rossetti.

Conforme Arita, a prótese provisória não é algo que

permanece na boca, enquanto a definitiva está sendo confeccionada no laboratório. “Muitas surpresas, boas ou ruins, eram aguardadas para o dia da prova e cimentação das cerâmicas, pois ao provisório não era dada a devida importância diagnóstica estética e funcional que se enfatiza bastante atualmente. Em dentes naturais, além de proteger o preparo dentário e, conseqüentemente, o complexo dentina-polpa, ela serve como um fator importante na orientação da posição de margem, excessos no contorno ou deficiência na espessura do preparo. Ao sacar uma restauração provisória, deve-se prestar atenção ao contorno que o cimento provisório interno nos mostra. O desenho e a visão em negativo da parte interna da restauração (impressa pelo cimento), em muito nos orienta na etapa terceira dos procedimentos operacionais (Fradeani & Barducci, 2008) de adaptação biológica dos provisórios e adequação de margens dos preparos. Muitas vezes, é possível, por esta técnica, até mesmo ver raízes muito próximas, que não permitirão um perfil adequado das restaurações, nem mesmo espessura para o material restaurador das restaurações em cerâmica e até mesmo contornos de raízes que dificultarão a parte laboratorial. Após esta adaptação, as próteses provisórias servirão para o diagnóstico oclusal (espessura, falhas de cimentação e fraturas) e para análise estética e fonética, nas quais, em muitos casos, novos jogos com formas diferentes poderão se fazer necessários para melhor orientar o técnico na confecção das cerâmicas”, explicou Arita, lembrando ainda que o mesmo é válido para próteses sobreimplantes.

Scopin ressalta que a provisória serve como um suporte tecidual para a arquitetura da margem gengival em coroas totais. “Para implantes, considero outros cuidados entre a fase de implantação até a fase de cicatrização pós-cirúrgica e de osseointegração, pois esse interim é de extrema importância no andamento do caso e, em diversas situações, pode-se tornar um problema para o paciente e para o dentista. Em casos de implantes, muitos profissionais optam pela prótese parcial removível provisória pela facilidade de execução, baixo custo e facilidade de higienização e controle”, assinala.

De acordo com ele, ainda, a prótese parcial removível provisória é indicada quando há a presença de dentes intactos com mais de um elemento ausente e não estão planejadas restaurações indireta nos elementos dentais vizinhos ao defeito. “Entretanto, há algumas situações em que a escolha por esta opção protética não é adequada. Em casos de implantes unitários em área estética, quando não se opta pela colocação imediata do provisório diretamente sobre o implante, é sempre preferível a utilização de próteses adesivas convencionais feitas com liga de metal não-nobre. Essas

próteses com apoios metálicos são fixadas com cimentos resinosos próprios para estruturas, pois a remoção é simples, visto que apenas uma leve pressão é suficiente para deslocar a prótese. A resina colada ao dente é facilmente visualizada, enquanto que a limpeza de resíduos do cimento no metal é rápida e prática. Muitos profissionais utilizam prótese adesivas com fibras de reforço, mas apesar de inicialmente parecer uma opção barata e simples, cada vez que a prótese é removida, o procedimento de reposicionamento se torna complexo, limitado”, ressalta.

Para a confecção e execução de provisórios, Scopin explica que os cuidados são: seleção adequada do componente protético (implantes), posicionamento adequado do mesmo (implantes), preferência por componentes parafusados (implantes), acabamento e polimento cuidadoso da região dentro do sulcogengival, para dentes naturais e peri-implantar no caso de implantes, orientação ao paciente quanto aos cuidados com higienização e controle da região, aguardar a osseointegração do sistema escolhido para iniciar o reposicionamento e condicionamento do tecido (implantes). “Seguindo estes passos é difícil perder o controle do condicionamento tecidual para dentes e/ou implantes”, assegura.

ESTÉTICA E FUNÇÃO

Aliar função e estética é imprescindível para a excelência do tratamento reabilitador com implantes. É o que Sendyk destaca, lembrando que estética e função caminham juntas, lado a lado em prótese dental. “De nada adiantaria um elemento ser estético se não puder exercer a função mastigatória ou fonética. A função mastigatória está relacionada com a biomecânica e a longevidade que o pilar protético apresentará, seja natural ou implantado, e está diretamente ligada a um planejamento correto. Já a estética exige, por si só, uma discussão mais profunda. Aquilo que é estético para uns pode não ser para outros. Em nossa cultura, a estética de uma prótese é sinônimo de quanto o artificial se assemelha ao seu equivalente natural. Assim, a altura gengival, sua cor, a quantidade e o volume de tecido presente fazem toda a diferença. Várias são as situações clínicas em que ocorre retração gengival, comprometendo a estética final daquele elemento unitário. Mesmo em dentes naturais hígidos, a presença de recessão gengival cria um efeito estético deplorável, no qual o paciente procura o auxílio de um periodontista para que com uma cirurgia gengival solucione a estética ausente. Quando o envolvimento é maior, atingindo vários dentes em um mesmo quadrante, muitas vezes a Odontologia atual ainda não apresenta solução satisfatória. Muito se

estuda nesse sentido, porém, ainda com poucos resultados práticos”, pondera.

Conforme Enilson, o estudo da oclusão do paciente é fundamental para o planejamento de uma reabilitação de sucesso. “A condição dos dentes remanescentes quanto a saúde periodontal, quantidade de suporte ósseo, preservação do espaço biológico, posição gengival, biótipo periodontal, condição dos rebordos em áreas edêntulas e tipo de sorriso são alguns dos fatores que devem ser considerados para se obter excelência. Logicamente que a expectativa do paciente deve ser avaliada e discutida”, afirma.

Já Scopin entende que todo tratamento em Odontologia deve ter uma sequência de tratamento preestabelecida baseada no planejamento inicial. “Considero e trato uma reabilitação protética e a colocação de um implante, que é uma cirurgia pré-protética, da mesma maneira, isto é, os procedimentos de análise inicial do caso devem ser os mesmos



Oswaldo Scopin de Andrade

usados em Odontologia restauradora, utilizando análise facial, fotografias digitais e radiografias. A partir da análise, o caso deve ser planejado determinando onde estará a restauração final, avaliando por exemplo a discrepância da margem gengival em coroas ou laminados e a perda óssea na região edêntula para implantes. Realizo em modelos de estudo a simulação do caso a partir de um enceramento diagnóstico, partindo de um *check-list* estético, determinando inicialmente a exposição da borda incisal ideal para o paciente, a fim de decidir as proporções dentais e, finalmente, obter a altura ideal da margem e o contorno gengival, que são os itens críticos para qualquer reabilitação protética e para casos com implantes. Este enceramento é importante não apenas como instrumento de diagnóstico, mas também como forma de explicar ao paciente a necessidade dos procedimentos a serem propostos. Como instrumento de tratamento, o enceramento deve ser confeccionado como ferramenta que possa ser transferida para a cavidade bucal, possibilitando um diagnóstico cirúrgico-restaurador mais preciso, sendo sempre ava-

liado pelo profissional e aprovado pelo paciente”, esclarece.

A excelência na estética e na função, segundo Rossetti, começa no domínio das técnicas de registro intermaxilar, uso do arco facial, e articulador semiajustável. “Daí o técnico ou o dentista faz um enceramento diagnóstico que determina o contorno, a forma e o comprimento das coroas provisórias. Só assim podemos avaliar possíveis mudanças na dimensão vertical de oclusão, como vamos fornecer guia terapêutico (desocclusão pelo canino, em grupo, guia anterior), se podemos aumentar os dentes ou fazer uma cirurgia de aumento de coroa, se é melhor extrairmos alguns dentes e colocarmos implantes, entre outros itens. Mas, todo esse planejamento é prévio e precisa estar definido entre técnico, dentista e paciente”, adverte.

Por outro lado, Rossetti acredita que isso é muito mais importante porque no enceramento diagnóstico o paciente pode entender a necessidade ou não do enxerto/gengival artificial. “Infelizmente, ainda recebemos muitos pacientes com “tratamentos estéticos”, em que os erros de planejamento são evidentes. Nos dias atuais, em que a prática da Implantodontia é cada vez mais precoce, ocorre o inverso: muitos pacientes possuem implantes mal colocados e de resolução, certamente que estão aquém da filosofia que nós utilizamos para os princípios estéticos e funcionais (14 pontos estéticos). Na literatura, a filosofia ‘posicionamento do implante guiado pela prótese’ já possui mais de 15 anos”, reflete.

Rossetti afirma que o comprometimento da estética e da função se dá pela combinação fatal de três fatores: 1) paciente que necessita de enxertos ou reconstruções, mas teme a cirurgia, possui hábitos alimentares inadequados e higiene oral pobre; 2) cirurgião-dentista que ainda não conhece suas “limitações” e 3) um técnico de laboratório com “cinco minutos” de experiência em prótese e anatomia dentária. Rossetti também recomenda: “estabeleça um ‘diálogo’ (e não monólogo) com seu técnico de laboratório”, ensina.

Da mesma forma, Arita afirma que a reabilitação oral deve buscar a excelência em estética e em função com base em um planejamento global e transdisciplinar, com forte embasamento científico e a elaboração de um plano de tratamento com uma boa logística e execução clínica. “Seja em dentes naturais ou em implantes a harmonia entre tecidos moles e elemento dental consoante com os demais elementos do sistema estomatognático – músculos, ATMs e SNC – é a chave para este sucesso. Um ponto fundamental é definir os objetivos e fazer uma correta transferência de dados para a elaboração de uma maquete por meio do enceramento para diagnóstico. A partir deste enceramento, sítios potenciais para instalação de implantes são definidos e as cirurgias



Enilson Antonio Sallum

de instalação destes realizadas por orientação de guias com estes referenciais. Também, com base neste enceramento, restaurações provisórias são confeccionadas e deve-se tentar buscar a sua correta adaptação biológica em relação ao complexo dento-periodontal (respeito à distância biológica) e às leis e limites do sistema estomatognático. Com o alcance da homeostase do meio bucal (adequação neuromuscular, adequação periodontal, adequação oclusal e adequação estética), busca-se a transferência de dados por meio de moldagens, registros maxilomandibulares e tomada de cor para fornecer subsídios para o técnico em prótese dentária poder executar as restaurações em cerâmica”, confirma.

MOLDAGEM DEFINITIVA

Outro ponto a considerar no tratamento é o momento ideal para a execução da moldagem definitiva. Conforme Rossetti é necessário observar duas frentes:

1) a saúde dos tecidos gengivais – tecidos gengivais sem sangramento à sondagem. Sangramentos temporários podem advir de restos de cimento dentro do sulco; sangramentos crônicos representam coroas mal-adaptadas ou presença de placa/higienização inadequada; 2) se a estética/função das coroas provisórias já está harmônica no sorriso do paciente.

Para implantes após a estabilidade de tecido, em caso de implantes unitários, Scopin costuma aguardar pelo menos oito meses, depois de obter o nível da margem gengival adequada. “Para dentes naturais divididos em três cenários: 1) preparo em dentes intactos para laminados e facetas: moldagem na mesma sessão; 2) substituição de coroas, colocação de provisórios e estabilização da margem gengival: quatro semanas, 3) casos de cirurgia periodontal: 90 dias em caso de plastia vestibular e 180 dias para osteoplastia vestibular, proximal e palatina/lingual. É claro que pode haver variações individuais que necessitem mais tempo de cicatrização”, observa.

Já Sendyk acredita que o melhor momento para realizar a moldagem definitiva ocorre após a terceira semana do pós-

cirúrgico, quando a reparação tecidual está praticamente completa e os níveis de inserção reestabelecidos. “Nesta etapa do tratamento removemos o temporário e verificamos a saúde dos tecidos periodontais ou peri-implantares. Se for necessário, deveremos aguardar mais algumas semanas até que seja finalizada a formação de papilas interdentais ou o condicionamento gengival pretendido. As moldagens para confecção do modelo de trabalho deverão ser o menos agressivas e invasivas possíveis para que não cause danos ao tecido gengival. Várias são as técnicas a utilizar, porém, temos dado preferência às siliconas de adição sem a necessidade do uso de afastamento gengival. Isto só será possível se o temporário estiver corretamente adaptado, mantendo a estabilidade do sulco gengival presente e sem sangramento”, reitera.

Arita informa que a moldagem considerada definitiva tem o momento concretizado com o alcance da homeostase do sistema estomatognático e com a maturação tecidual (entre 90 e 180 dias, dependendo do setor a ser reabilitado e do biótipo gengival). “Deve ser reunido não somente a impressão dos preparos e transferência de posição dos *abutments* (no caso de prótese sobreimplante), mas também de um cuidadoso registro maxilomandibular e montagem em articulador semiajustável. Pelo protocolo que sigo em minha clínica e nos meus cursos, esta moldagem definitiva, também chamada de transferência de dados II (a transferência de dados I, já citada, foi a coleta de dados iniciais para o enceramento para diagnóstico e confecção do primeiro jogo de provisórios), compõe a transferência dos *abutments* (no caso de prótese sobreimplante) e moldagem de todos os preparos em silicone de adição com a técnica de duplo fio e todos os preparos em silicone de adição com a técnica de duplo fio e da moldagem da arcada antagonista e dos provisórios (com a mesma exigência e precisão); formando um conjunto de quatro modelos (em reabilitações maxilar e mandibular); dois modelos de trabalho e dois modelos dos provisórios interrelacionados em articulador semiajustável. Como as referências de eixo terminal de rotação são passadas diretamente ao articulador por meio do registro do arco facial, permite-se, com os modelos dos provisórios, a individualização da mesa oclusal e, desta forma, melhor orientar a confecção da cerâmica na cópia da angulação e anatomia já ajustada nos provisórios. Voltando ao momento da execução da moldagem definitiva, esta deve ser realizada somente após a estabilização de margem gengival e completas referências oclusais e estéticas alcançadas”, ensina.

CUIDADOS ESSENCIAIS

No momento de cimentar a prótese definitiva, o cirurgião-

dentista deve tomar alguns cuidados antes de iniciar esse trabalho, como relata Scopin: “em casos de cimentação adesiva é indispensável que o tecido gengival esteja saudável, senão estiver, o provisório deve ser reavaliado, reajustado e polido, aguardando um novo período para cicatrização, de no mínimo 15 dias, antes da cimentação. Para restaurações com término intrassulcular ou no nível da margem gengival, utilizo um fio afastador que ajuda a melhor visualizar a margem da restauração, diminui o fluxo do sulco e facilita o acabamento e a remoção dos excessos de cimento e adesivo”, afirma.

Enilson considera, entre os cuidados a serem tomados, oportuno verificar a adaptação, oclusão, contorno em relação aos tecidos moles e a qualidade final do trabalho.

Para Arita, assim como nos implantes que exigem em seu planejamento uma concepção da restauração final – técnica do planejamento reverso –, a seleção do material restaurador também obedece ao mesmo planejamento reverso, começando na transferência de dados I, bem antes da indi-



César Arita

cação terapêutica de Endodontia e confecção de núcleos e pinos. Isto se faz necessário face ao aproveitamento do substrato dentário remanescente – quantidade e qualidade –, pois alguns materiais (mais translúcidos) permitem a passagem da luz e, conseqüentemente, a utilização deste na composição da cor. “Este é o caso do dissilicato de lítio, que permite a passagem da luz e o aproveitamento da cor do substrato dental e também exige cimentação adesiva. Este fato é muito importante no cálculo de custos (a cimentação adesiva é mais meticulosa que a cimentação convencional) e na definição do material a ser utilizado no tipo de núcleo – metálicos ou de fibra de vidro (este último permite a passagem de luz, mas depende da quantidade do remanescente dental). Assim, é muito importante realizar a seleção do material antes do preparo e, conseqüentemente, da moldagem definitiva. Quanto aos cuidados, a hibridização, logo após o preparo para a proteção do complexo dentina-polpa – no caso de polpa viva – e a limpeza e desinfecção com gluconato de clorexidina, previamente à cimentação, seja ela adesiva ou

convencional. Uma sequência lógica de inserção (no caso de vários elementos) e a referência proximal para guiar a cimentação (do contrário, o último elemento apresenta dificuldade de inserção) devem ser rigorosamente obedecidas para a correta adaptação das margens da restauração às bordas do preparo”, informa.

Conforme Sendyk, antes da cimentação da prótese definitiva, devemos nos assegurar da saúde do sulco gengival, ausência de sangramento etc. “Assim, recomendamos a cimentação temporária da prótese definitiva por alguns dias e, posteriormente, a substituição do cimento temporário pelo definitivo. Acreditamos que o cuidado mais importante é a remoção do excesso de cimento que pode invadir o sulcogengival ou ficar retirado em algum nicho presente nas ameias. Este cimento funcionará como um corpo estranho e como fator irritativo local. Se for um cimento resinoso, não solúvel, a dificuldade de remoção pelo próprio paciente será ainda maior”.

Rossetti, por fim, afirma ser necessário pensar que a maioria das margens está posicionada abaixo da gengiva e a ponta da sonda dificilmente conseguirá remover todo o excesso de cimento que escoou após o assentamento da prótese definitiva. “Mesmo assim, sempre existirá uma interface entre a coroa e a margem do preparo (é por isto que muitas vezes seria melhor não fazermos preparos para coroas totais). Esta interface é o agente cimentante, que ao longo do tempo vai sofrendo ação de fluidos e produtos acidogênicos”, assegura.

Para complementar o raciocínio, Rossetti destaca algumas recomendações clínicas necessárias:

- Passar uma camada de vaselina na região cervical externa da prótese antes de sua cimentação definitiva e igualmente na área do pântico.
- Isolar o campo operatório com rolo de algodão e sugador durante todo o processo.
- Espatular o agente cimentante conforme a bula; qualquer desvio implica em perda das propriedades mecânicas; para cimentos resinosos, siga atentamente os passos de condicionamento, lavagem, secagem etc.
- Colocar cimento somente no terço cervical interno das margens das coroas.
- Se houver área de pântico, fazer uma armarrilha de fio dental, deixar o nó voltado para incisal/oclusal; quando o cimento tomar presa, desfazer o nó e passar na área do pântico e dentro do sulco gengival dos dentes pilares.
- A cimentação de próteses extensas demanda auxiliares; às vezes, duas pessoas espatulando os agentes cimentantes. Esta tendência diminuiu com a introdução dos implantes e possibilidades de próteses fixas pequenas em toda a arcada.

- Em alguns casos, é possível colocar um fio retrator fino antes da cimentação para ver/remover melhor os excessos de cimento.

MULTIDISCIPLINARIDADE

Rossetti fez questão de ressaltar um fator importante nessa questão do manuseio dos tecidos moles no pós-cirúrgico: “o cirurgião-dentista é um profissional que só atinge sucesso em estética e função quando seu treinamento (manual e teórico) é suficiente. Entende-se por suficiente um conhecimento científico sólido mínimo em Periodontia, Prótese e Oclusão, somando às noções de posicionamento tridimensional do implante. Para que a estética e a função sejam aquilo que o dentista e o paciente esperam, a prótese definitiva deve reproduzir exatamente o que a prótese provisória possui. Cada paciente deve ter um diagnóstico individual e não baseado na mídia que ‘teima’ em dizer que todos os tipos de tratamentos odontológicos ‘servem’ para todos os pacientes. Acima de tudo, somos profissionais de saúde, e esperamos que estas próteses definitivas dentossuportadas tenham, no mínimo, entre 10 e 15 anos de vida, desde que os pacientes também entendam como a higiene bucal é fundamental”, reitera.

Para Enilson, a integração da Periodontia com a área reabilitadora é fundamental para o sucesso da prótese. “Sem respeito a biologia periodontal e sem manutenção periodontal o sucesso a longo prazo fica comprometido”, destaca.

Conforme Scopin, a Odontologia está em uma era em que o conhecimento de várias disciplinas deve fazer parte da prática diária. “É o momento de o protesista saber Periodontia, do periodontista conhecer as opções protéticas, melhorando assim a qualidade do tratamento do paciente como um todo”, afirma.

Arita considera este um tópico de extrema importância, especialmente pelo atual momento que se vive na Odontologia. “Ciente de que a adesão e os implantes são os itens que mais despertam a atenção dos profissionais em eventos e congressos, já se observa uma carência de temas que abordam os cuidados com próteses sobredentes naturais e, mais especificamente, ao binômio perio-prótese. Busco, a cada conferência e em meus cursos, fazer um quadro comparativo entre dente e implante, desde as diferenças fisiológicas até sua forma de restauração – sua moldagem é uma transferência de posição; seus componentes, em geral, já vem pré-fabricados e poucas adaptações são necessárias para sua precisa adaptação. O mesmo não se pode dizer dos dentes naturais e os cuidados foram exaustivamente abordados por todos os participantes desta matéria”, conclui.