

**FACSETE**

**ISABELLA SABINO MACENO RODRIGUES**

**REABILITAÇÃO DENTOGENGIVAL**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2022**

**ISABELLA SABINO MACENO RODRIGUES**

**REABILITAÇÃO DENTOGENGIVAL**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso de Prótese.

Área de concentração: Prótese.

Orientador: Luciano Pedrin Carvalho Ferreira

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2022**

Rodrigues, Isabella S. Maceno  
Reabilitação dentogengival / Isabella Sabino Maceno Rodrigues,  
2022

34 f.; il

Orientador: Luciano Pedrin Carvalho Ferreira  
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete  
Lagoas, 2022

1. Estética 2. Implante dentário 3. Odontologia

I. Título

II. Luciano Pedrin Carvalho Ferreira

FACSETE

Monografia intitulada “**Reabilitação Dentogengival**” de autoria da aluna  
Isabella Sabino Maceno Rodrigues.

Aprovada em 10/08/2022 pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Luciano Pedrin Carvalho Ferreira  
FACSETE – Orientador

---

Luis Carlos Menezes Pires  
FACSETE

---

Fabricio Magalhães  
FACSETE

São José do Rio Preto, 10 de Agosto de 2022

## **AGRADECIMENTO**

À Deus todo meu agradecimento, por ter me sustentado até aqui.

A minha amada família, por todo apoio.

Ao meu amado esposo, pela paciência, parceria e companheirismo.

Ao meu patrão, Antônio Viudes, por todo auxílio, conhecimento compartilhado e incentivo. Não me deixou desistir e me ajudou quando eu mais precisei.

Gratidão eterna.

## **RESUMO**

Mesmo tendo a possibilidade, atualmente, de reabilitar um paciente de forma fixa através dos implantes, nós ainda utilizamos a técnica da prótese removível, que é a prótese total, como forma de planejar o sorriso do paciente.

Entretanto essas referências da prótese removível estão defasadas devido a toda a mudança morfológica que ocorre na boca do paciente quando há perda de um elemento dental.

Sendo assim, apresentaremos uma revisão da literatura, observando uma nova proposta na reabilitação dentogengival, baseando-se em medidas das estruturas anatômicas da face, que não sofreram reabsorção óssea causada pela perda dentária. A partir destes pontos de referência, criam-se linhas e medidas que nos permite vislumbrar como seria a face e sorriso do paciente, se não tivesse perdido os dentes.

**Palavras-chave:** 1. Estética, 2. Implante dentário, 3. Odontologia

## **ABSTRACT**

Even though we currently have the possibility to rehabilitate a patient in a fixed way through implants, we still use the technique of removable prosthesis, which is the complete denture, as a way of planning the patient's smile.

However, these references of removable prosthesis are outdated due to all the morphological change that occurs in the patient's mouth when there is loss of a dental element.

Therefore, we will present a literature review, observing a new proposal in dentogingival rehabilitation, based on measurements of the anatomical structures of the face, which did not undergo bone resorption caused by tooth loss. From these reference points, lines and measurements are created that allow us to glimpse what the patient's face and smile would be like if he had not lost his teeth.

**Keywords:** 1. Aesthetics, 2. Dental implant, 3. Dentistry

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. DESENVOLVIMENTO.....	12
2.1 Procedimentos Prévios ao Tratamento Reabilitador .....	12
2.2 – Sistema Dental e Reabsorção Óssea .....	13
2.3. Medidas anatômicas de referência .....	16
2.4. Pesquisa morfogenética .....	22
2.5. Recuperando a anatomia do lábio e suporte labial .....	23
2.6. Construção de um projeto .....	25
2.7. Prova do projeto.....	27
2.8. Condicionamento gengival .....	28
2.9. Higienização .....	30
3. CONCLUSÃO .....	32
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34



## LISTA DE FIGURAS

Figura. 1 - Tecidos do sistema dental .....	13
Figura 2 - Observe a grande perda de estruturas deste paciente. É fácil notar que além da ausência dentária, ele perdeu as estruturas de suporte do dente também. Como osso alveolar e gengiva. Consideramos este paciente um mutilado oral. ....	14
Figura 3 - Comparação de um crânio com a presença dos dentes e sem reabsorção óssea e outro com ausência dentária e severa reabsorção na região anterior da maxila. ....	15
Figura 4 – Observe nesta imagem o paciente com uma prótese que não compensou a perda óssea e de tecidos gengivais presentes. ....	15
Figura 5 – Observar na imagem a ausência de tecidos e estruturas anatômicas, após a perda dentária. ....	16
Figura 6 – Localização do Frâme incisivo (papila incisiva) .....	17
Figura 7– Arcos em situação íntegra .....	17
Figura 8 – Arcos simulando a perda dentária da maxila. ....	18
Figura 9 - Processo de reabsorção óssea após a perda dentária, onde se perde o osso alveolar e mantêm-se o osso basal que contém o forame palatino e a tuberosidade maxilar. ....	18
Figura 10 – Reposicionamento dentário utilizando o forame naso-palatino como referência aplicando as médias. ....	18
Figura 11 – Disposição da cervical dos dentes posteriores de acordo com a tuberosidade maxilar. ....	19
Figura 12 – Estruturas anatômicas de referencia .....	19
Figura 13 - Estruturas anatômicas de referência. ....	19
Figuras 14 e 15- Forame incisivo servindo de com referência vertical para identificar a região da papila interdentária anterior (entre os incisivos centrais) já que a crista óssea entre os centrais se localiza em torno de 7 mm abaixo do forame incisivo. ....	20
Figura 16- Zênite ósseo em relação ao Túber Maxilar. A tuberosidade maxilar também auxilia indicando a posição das papilas interdentárias, como ocorre em situação natural. ....	20

Figura 17 – Régua personalizada criada pelo T.P.D. Juvenal Souza .....	21
Figura 18- (A) Arco natural com papila incisiva. Ponto de referência para determinar a posição da montagem dos dentes. (B) Estrutura óssea integra mostrando o forâme incisivo. (C) Maxila com perda dentária e reabsorção observe que em função da perda do osso alveolar, o forâme incisivo agora se localiza sobre o rebordo.....	21
Figura 19- (A) foto da paciente por volta dos 13 anos. (B) foto da filha com 13 anos. (C) Foto inicial da paciente. (D) Foto ao final do tratamento.....	23
Figura 20 - Estruturas de suporte labial. ....	24
Figura 21- Paciente com uma prótese que recupera de modo insuficiente os tecidos perdidos e, por isso, apresenta os lábios delgados e sem uma forma definida.....	24
Figura 22- mesma paciente da foto acima, porém com um projeto de dento gengival em cera, instalado, apresentando impacto direto na anatomia labial .....	25
Figura 23- construção do projeto, utilizando as medidas anatômicas padrões já estudadas. ...	26
Figura 24- Projeto finalizado e em fase de prova .....	26
Figura 25- Projeto finalizado .....	27
Figura 26 - condicionamento gengival correto. ....	28
Figura 27 – gengiva inflamada durante o processo de condicionamento gengival .....	29
Figuras 28 e 29 – próteses com formato em cela, ou côncavo. Observe o acúmulo de resíduos e a inflamação do tecido gengival .....	29
Figura 30 - Isquemia gengival durante instalação da prótese .....	30
Figura 31 - Não é recomendado o uso do fio dental .....	31

## 1. INTRODUÇÃO

A odontologia atual encontra-se muito diferente daquela exercida há anos. A criação de novos materiais e a tecnologia, permitiu um grande avanço nas técnicas restauradoras.

Reabilitar um paciente desdentado total, de forma fixa, não era possível, nem comum há algumas décadas, muito menos a utilização de cerâmicas odontológicas como material restaurador.

Devido a isso, é normal utilizarmos técnicas antigas para reabilitar o sorriso de um paciente que perdeu estruturas anatômicas. Os materiais odontológicos se modernizaram, mas a técnica e conceitos não acompanharam esse processo.

Mesmo tendo a possibilidade atualmente de reabilitar um paciente de forma fixa através dos implantes, nós ainda utilizamos a técnica da prótese removível, que é a prótese total, como forma de planejar o sorriso do paciente.

Entretanto essas referências da prótese removível estão defasadas devido a toda a mudança morfológica que ocorre na boca do paciente quando há perda de um elemento dental.

Sendo assim, apresentaremos um novo conceito de trabalho proposto na reabilitação dentogengival, baseando-se em medidas das estruturas anatômicas da face, que não sofreram reabsorção óssea causada pela perda dentária. A partir destes pontos de referência, criam-se linhas e medidas que nos permite vislumbrar como seria a face e sorriso do paciente, se não tivesse perdido os dentes.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Procedimentos Prévios ao Tratamento Reabilitador

- **Anamnese – coletar informações e conhecer o paciente**

Ao depararmos com um paciente mutilado oral, é nítido o impacto emocional causado pela perda dentária. Seja qual for o motivo, acidente, genético, doença ou opção o tratamento e a vivência desses pacientes criam diversas defesas psicológicas. Por isso o objetivo dessa fase da anamnese é essencial para resgatarmos a história, personalidade do paciente e proporcionarmos um melhor tratamento e cuidado emocional à ele, além de conhecer as expectativas e possíveis dificuldades que enfrentaremos.

Nesta fase, todo recurso é indispensável. O diálogo entre dentista, protético e paciente não pode haver falhas. Comece este diálogo em um escritório ou em cadeiras que permite uma conversa frente a frente com o paciente. Um ambiente descontraído e confortável pode favorecer a comunicação. Pode-se apresentar imagens de outros tratamentos semelhantes e assim avaliar a reação do paciente e conhecer suas expectativas quanto ao resultado final.

Há casos em que o paciente chega ao consultório com um “sorriso modelo”, geralmente de um artista ou pessoa próxima à ele, ou seja, uma alternativa totalmente irreal à sua personalidade e seu rosto. Este tipo de paciente, normalmente quer dentes mais brancos, grandes e com bastante destaque.

Assim como também há pacientes que irão querer manter o máximo de discrição, com a tendência a não querer mostrar muito os dentes e gengiva, evitando ao máximo que as pessoas reparem no seu sorriso.

Observar no paciente:

- Autoestima;
- Expectativas;
- Perguntar sobre filhos e parentes com semelhanças genéticas;
- Se apresenta algum “sorriso doador” que mais se identifica;
- Saber as dificuldades que enfrentou (relacionamentos, alimentação, higiene) em relação a falta dos dentes.

- **Exame Clínico – Conhecendo O Paciente Clinicamente**

Nesta etapa, o dentista deve fazer um exame minucioso das estruturas anatômicas gengivais e dentais. Selecionar os dentes ou implantes que posteriormente serão os pilares da prótese. No caso de implantes, é importante conferir a angulação destes, a saída dos parafusos e a quantidade de implantes que sustentarão a prótese.

Avaliar a cor e texturas dos dentes e tecidos moles e realizar moldagem para análise da oclusão do paciente, pois a articulação dos modelos nos permite identificar a necessidade, ou não, de aumento da dimensão vertical de oclusão, por exemplo.

- **Levantamento Fotográfico – Registrando As Etapas Do Tratamento**

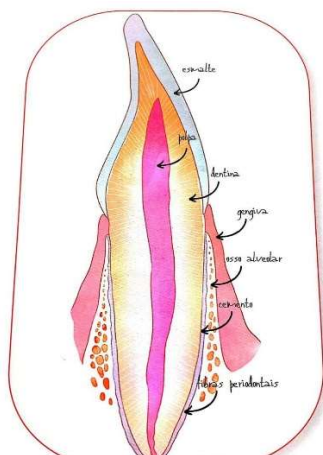
A documentação fotográfica é de extrema importância para o planejamento e acompanhamento da evolução do caso clínico reabilitador. Além de fazer uma grande diferença na carreira do profissional odontológico, pois identifica os pontos a serem melhorados na sua curva de aprendizado e, também, criar seu próprio arquivo de casos.

## 2.2 – Sistema Dental e Reabsorção Óssea

- **Sistema Dental**

Osso primeiro passo será entender as estruturas que compõe um dente e o processo que ocorre quando o perdemos.

Segundo Lindhe (2003), um germe dentário reimplantado em outra parte do organismo, após a conclusão da sua formação ele seria composto por uma lâmina de osso alveolar e fibras periodontais associadas ao dente propriamente dito. Concluindo-se que o dente não é uma estrutura isolada, e sim um conjunto de estruturas que coexistem.



**Fig. 1 - Tecidos do sistema dental**

Um paciente que por alguma fatalidade perdeu um olho ou parte do nariz, consideramos como um paciente mutilado. Porém há certo estranhamento, quando associamos o termo “mutilado” ao paciente que perdeu um órgão dentário. Entretanto, é a perda de um sistema, tal qual qualquer outro órgão.



**Fig. 2** - Observe a grande perda de estruturas deste paciente. É fácil notar que além da ausência dentária, ele perdeu as estruturas de suporte do dente também. Como osso alveolar e gengiva. Consideramos este paciente um mutilado oral.

- **Remodelação óssea**

É um processo fisiológico do organismo, cuja função é manter o equilíbrio do esqueleto, corrigindo fraturas e aumentando a densidade onde é necessário, através das células ósseas denominadas osteoclastos e osteoblastos.

Na odontologia este fenômeno fisiológico é utilizado a favor da implantodontia e da ortodontia.

- **Reabsorção Óssea**

Para manter sua atividade em perfeito funcionamento, é necessário a prática da musculação, pois assim direcionamos força para dentro dos nossos ossos, devido a inserção muscular ao osso. Esta força, estimula o tecido ósseo a reabsorver e formar nova matriz óssea.

Na prática odontológica, aplicamos estas informações ao órgão dentário. Este é composto por osso alveolar, gengiva e periodonto. Quando este órgão dentário está ausente, boa parte desta estrutura deixará de existir.

Consequentemente observamos que o dente executa a mastigação e conduz as forças para o tecido ósseo. Quando ausente, o tecido ósseo entrará em processo de reabsorção, devido a ausência de estímulo.

Conclui-se que a perda de um dente, leva a perda de vários conjuntos de estruturas que envolvem este elemento dentário. Se não devolvermos todo o conjunto, será semelhante entregarmos um olho, sem pálpebra.



**Fig.3** - Comparação de um crânio com a presença dos dentes e sem reabsorção óssea e outro com ausência dentária e severa reabsorção na região anterior da maxila.



**Fig.4** – Observe nesta imagem o paciente com uma prótese que não compensou a perda óssea e de tecidos gengivais presentes.



**Fig.5** – Observar na imagem a ausência de tecidos e estruturas anatômicas, após a perda dentária.

### 2.3. Medidas anatômicas de referência

Se queremos recriar estruturas naturais perdidas, devemos nos alçar de estruturas fixas e estáveis com pontos de referência para a reconstrução.

Devido ao processo de reabsorção óssea, o método padrão utilizando rolete de cera, marcando a linha do sorriso dada pelo lábio para reposicionarmos os dentes, são informações infiéis ao natural, pois os lábios são as estruturas mais afetadas pela perda dentária.

- **Pontos anatômicos de referência para planejamento e medidas**

Se analisarmos modelos hígidos de pacientes, perceberemos algumas medias padrões entre determinadas estruturas anatômicas e a posição dentárias. Podemos utilizar alguns pontos importantes como referência ao planejamento. São eles:

- **Maxila**

- **1. Túber:** Proporciona altura do zênite ósseo maxilar;



- **2. Forâme incisivo (papila incisiva):** Localizado ligeiramente atrás da papila incisiva e a vestibular dos incisivos centrais estarão separados por uma média de 8 a 12 mm. Do forâme incisivo até o canino encontramos uma média de 5mm de distância.

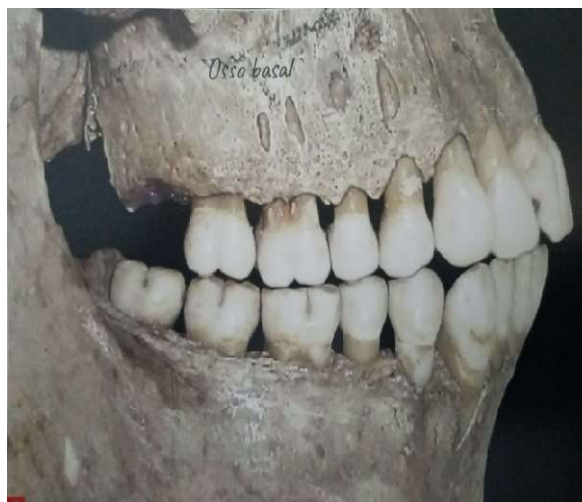
Além disso temos uma medida vertical para localizar a crista óssea anterior (papila dos incisivos centrais, que estará 7mm abaixo do forâme incisivo.

- **Mandíbula:**

- **1. Área retromolar:** Proporciona a altura do zênite ósseo mandibular.
- **2. Mento**



**Fig. 6 –** Localização do Frâme incisivo (papila incisiva)



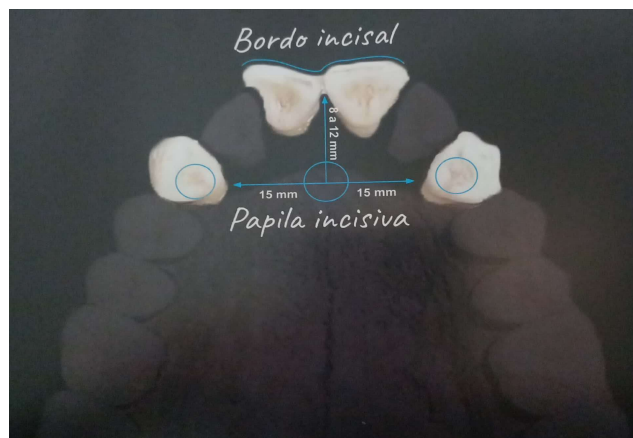
**Fig. 7–** Arcos em situação íntegra



**Fig. 8** – Arcos simulando a perda dentária da maxila.



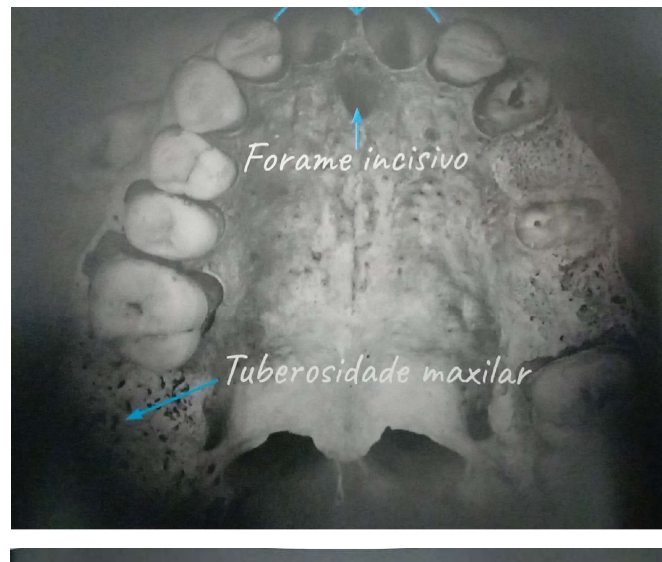
**Fig. 9** - Processo de reabsorção óssea após a perda dentária, onde se perde o osso alveolar e mantêm-se o osso basal que contém o forame palatino e a tuberosidade maxilar.



**Fig. 10** – Reposicionamento dentário utilizando o forame naso-palatino como referência aplicando as médias.



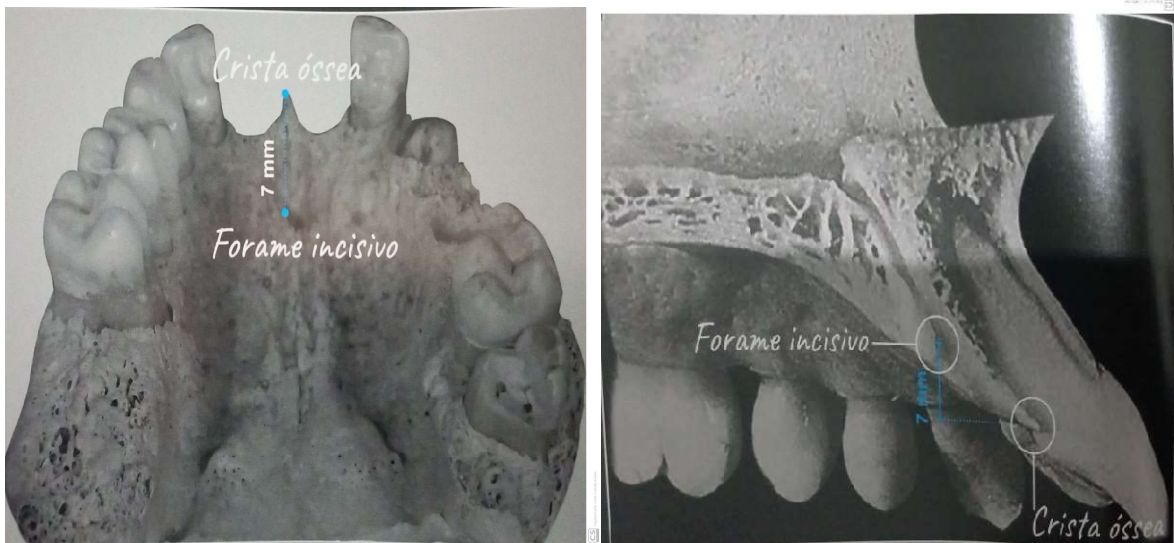
**Fig.11** – Disposição da cervical dos dentes posteriores de acordo com a tuberosidade maxilar.



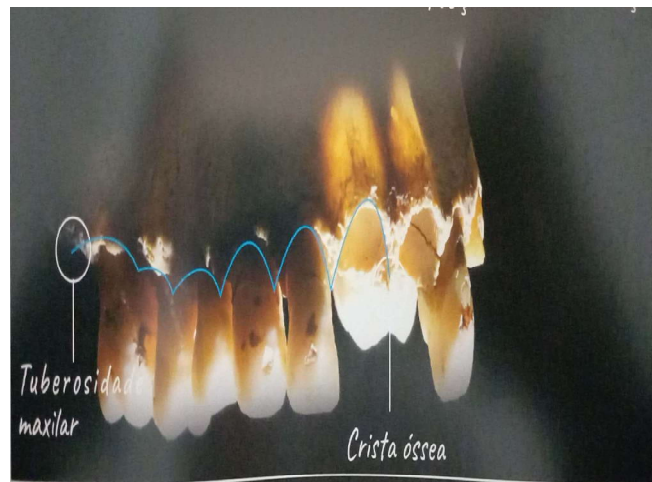
**Fig.12** – Estruturas anatômicas de referência.



**Fig.13** - Estruturas anatômicas de referência.



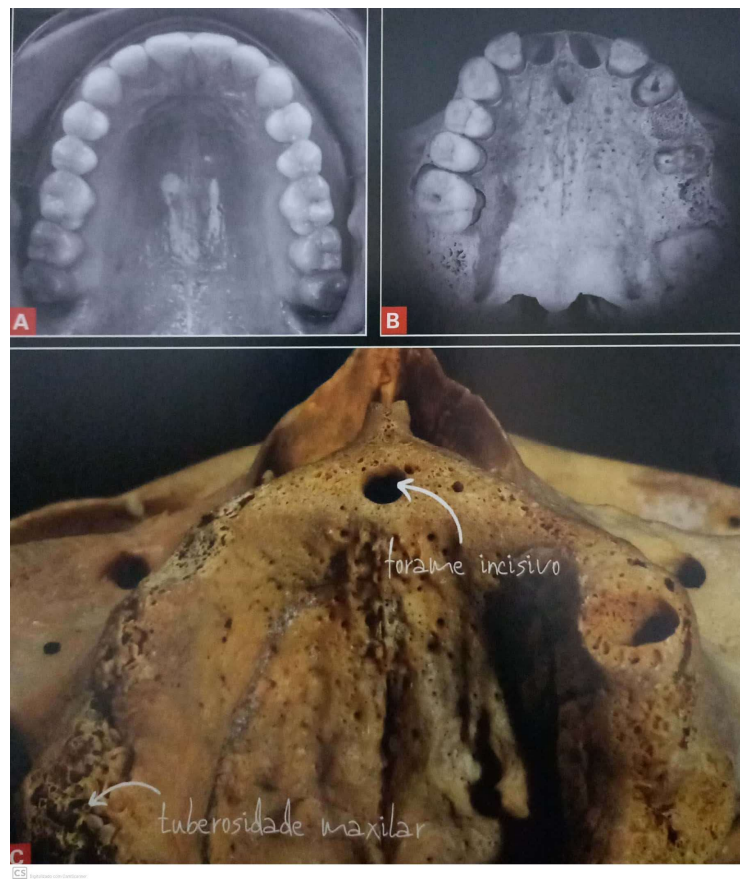
**Fig.14 e 15-** Forame incisivo servindo de com referência vertical para identificar a região da papila interdentária anterior (entre os incisivos centrais) já que a crista óssea entre os centrais se localiza em torno de 7 mm abaixo do forame incisivo.



**Fig.16-** Zênite ósseo em relação ao Túber Maxilar. A tuberosidade maxilar também auxilia indicando a posição das papilas interdentárias, como ocorre em situação natural.



**Fig.17** – Régua personalizada criada pelo T.P.D. Juvenal Souza



**Fig.18-** (A) Arco natural com papila incisiva. Ponto de referência para determinar a posição da montagem dos dentes. (B) Estrutura óssea íntegra mostrando o forame incisivo. (C) Maxila com perda dentária e reabsorção observe que em função da perda do osso alveolar, o forame incisivo agora se localiza sobre o rebordo.

## 2.4. Pesquisa morfogenética

Nessa etapa do tratamento é um diálogo entre paciente e dentista e paciente técnico em prótese e técnico em prótese e dentista esse diálogo é para conhecer toda a história do paciente de como chegou até ali os tratamentos que realizou Há quanto tempo perdeu seus dentes e o que ele gostava no seu sorriso e as suas expectativas quanto ao sorriso novo.

Nessa etapa tiramos possíveis dúvidas do paciente e integramos eles sobre o tratamento que será realizado.

É necessário um trabalho em equipe mesmo com a correria dos dias de hoje, acreditamos ser fundamental a importância das três figuras na condução e sucesso do tratamento.

A pesquisa morfogenética nada mais é que a busca da forma na herança genética. Semelhanças entre parentes são claramente identificadas, o que ocorre igualmente na arcada bucal. Todo paciente tem um parente com o qual se parece e que pode nos ajudar com informações. Nele vamos encontrar aspectos de forma, textura, cor e oclusão na genética. O doador pode ser filho, irmão ou sobrinho

Essa pesquisa tem como o objetivo de desenvolver um trabalho único para aquele paciente que é o único.

Se formos desenvolver um projeto sem um doador um modelo guia é provável que a gente produz algo automático uma morfologia que já estamos acostumados ou que achamos bonita. Mas esta não é a nossa intenção, queremos recriar o paciente tal qual ele seria se não tivesse perdido os dentes. Portanto devemos sempre trabalhar com o sorriso modelo para nos orientar. Se o paciente possui uma perda parcial dos dentes da arcada a coleta de informações é mais fácil pois buscaremos as características morfológicas dos dentes e da gengiva adjacente.

No entanto nem sempre temos remanescentes presentes neste caso não vamos inventar uma anatomia para o paciente mas sim coletar dados.

O primeiro passo é saber se o paciente possui alguma foto de quando ele ainda tinha dentes mesmo que seja quando criança preferencialmente com os Dentes permanentes.

Nessas fotos observaremos o arranjo dos dentes a relação entre os arcos classificação de angle e também a exposição do tecido gengival. Feito isso podemos posteriormente investigar parentes próximos pedindo fotos de sobrinhos filhos e irmãos, fazendo modelos de estudos destes possíveis doadores.



**Fig.19-** (A) foto da paciente por volta dos 13 anos. (B) foto da filha com 13 anos. (C) Foto inicial da paciente. (D) Foto ao final do tratamento.

## 2.5. Recuperando a anatomia do lábio e suporte labial

Durante vários anos tanto os dentistas quanto os técnicos ficaram limitados a estudar dente, quiçá osso e gengiva. Mas ultimamente o termo harmonização facial tomou conta dos consultórios e temos que repensar nossos conceitos.

Os músculos da face são responsáveis pela mímica facial e necessitam de mobilidade por isso a maioria dos músculos faciais não estão fortemente aderidos em um tecido ósseo como ocorre em outras partes do corpo.

Por isso certos músculos da face necessitam de outras estruturas que compõem a face para serem seu suporte por exemplo os lábios e a musculatura orbicular do lábio que irão receber suporte e ter sua morfologia determinada pelo osso alveolar, dentes e gengiva.

Dentro desta visão voltamos a enfatizar, porque não devemos utilizar técnicas de planejamento que utilizam o lábio como referência como linha de sorriso, pois todas as vezes que perdemos estruturas dentárias fatalmente estaremos colocando em risco o suporte labial.

Quando restabelecemos e devolvemos as estruturas, todas as estruturas de suporte com sua forma correta, dentes ou gengiva, naturalmente vamos observar a recomposição da anatomia labial, como contorno de lábio, filtro labial e arco do cupido.

Quanto maior o tempo que o paciente estiver perdido os dentes e mais grave for a reabsorção óssea maior será a dificuldade do músculo em assimilar a recomposição do suporte e voltar a sua forma natural ao recuperarmos as anatomias perdidas de forma completa considerando-os ao violar raízes dentárias e gengiva teremos um grande impacto na forma dos lábios e da face do paciente.



**Fig. 20** - Estruturas de suporte labial.



**Fig. 21**- Paciente com uma prótese que recupera de modo insuficiente os tecidos perdidos e, por isso, apresenta os lábios delgados e sem uma forma definida.





**Fig. 22-** mesma paciente da foto acima, porém com um projeto de dento gengival em cera, instalado, apresentando impacto direto na anatomia labial.

## 2.6. Construção de um projeto

A construção de um projeto facilita muito a execução do trabalho, pois nos dá uma previsibilidade do resultado final, evitando erros, frustrações e possíveis repetições.

As informações coletadas até esta etapa do tratamento, morfologia dental, gengival e suas respectivas cores, ainda não possibilita obtermos medidas precisas para construção deste projeto.

Como mencionado anteriormente, a maneira tradicional de planejamento, utilizando as referências de planejamento da prótese total, devolve uma dimensão vertical de oclusão diminuída, pois:

- Na prótese total, os dentes são posicionados sobre o rebordo dental, a fim de dar suporte à prótese. Se o rebordo está totalmente reabsorvido, as referências de medidas anatômicas originais, já se perderam.

- Outra questão é utilizar a posição dos lábios como referência para o posicionamento dos dentes. Não é preciso, pois quem dá suporte ao lábio são os dentes. Com a ausência deles, o lábio perde seu volume e posicionamento original.

Para a construção de um projeto fiel, é necessário utilizarmos os pontos anatômicos de referência para planejamento e medidas. São eles:

- Maxila: túber e forâme incisivo (papila incisiva)
- Mandíbula: área retromolar e mento



**Fig. 23-** construção do projeto, utilizando as medidas anatômicas padrões já estudadas.



**Fig. 24-** Projeto finalizado e em fase de prova.



**Fig. 25-** Projeto finalizado.

### **2.7. Prova do projeto**

Essa etapa da prova do projeto é crucial, para o alinhamento entre dentista- paciente e protético.

Quando devolvemos estruturas internas ao paciente, é necessário muita cautela, pois devemos respeitar o sistema fisiológico e seu tempo de adaptação.

Esta etapa é a mais importante do tratamento e a que mais pode demorar, até chegar ao resultado desejado. Uma vez que o projeto foi aprovado, a execução da cerâmica, será fácil e ágil. Ainda mais atualmente que dispomos de uma odontologia digital.

- **Temporização e tempo de assimilação muscular**

O processo de assimilação do músculo leva um tempo. Portanto ao instalar o projeto é necessário aguardar esta reação muscular antes de mudar o projeto e até mesmo antes de mostrar para o paciente. A movimentação dos lábios exercita e faz a fisioterapia necessária para acelerar o processo.

Logo ao instalar prótese é possível observar a recuperação da tonicidade labial. Ao instalarmos o projeto ou a prótese Devemos esperar de 40 minutos a 1 hora para ter um resultado de recuperação destes detalhes anatômicos e assimilação muscular.

Esse processo continua em evolução após a peça instalada e acreditamos que em torno de 3 A 4 meses conclua seu ciclo de recuperação. Neste período o paciente pode ter dificuldades

de falar algumas sílabas específicas, sentir a musculatura cansada ao final do dia, ter alguma dificuldade com o selamento labial, bem como mostrar um pouco mais de gengiva ou sorrir.

Todos esses sintomas são previstos e podem ser tratados com fisioterapia a fim de atingir a normalidade o mais rápido possível.

Quando a anatomia das estruturas de suporte não está na sua dimensão correta o paciente perde a anatomia do lábio e não apresenta a luz do contorno labial, o volume adequado, o arco do cupido e o filtro do lábio.

Ao instalarmos uma peça que recupere o suporte adequado imediatamente essas estruturas iniciam sua recuperação também. Em apenas uma hora a mágica acontece e já podemos observar a anatomia do lábio ser recuperada.

## 2.8. Condicionamento gengival

Após a aprovação do projeto, inicia a fase da produção da prótese definitiva, utilizando como material a porcelana odontológica.

Alguns detalhes devem ser cuidadosamente observados e utilizados, para a correta adaptação biológica da prótese ao tecido epitelial.

O condicionamento gengival deve ser feito previamente através de algumas técnicas:

- Processo cirúrgico com adequação óssea;
- Peça provisória com o contorno desejado, imediatamente após a cirurgia;
- Adição progressiva de material provisório, fazendo uma pressão progressiva e guiando os tecidos para os locais desejados



**Fig. 26** - condicionamento gengival correto.

Seja qual for a opção escolhida de manejo tecidual, é importante que a gengiva esteja preparada para receber a peça final, pois quando condicionamos a gengiva, geramos uma inflamação e esta, provocará a remodelação óssea e gengival. .



**Fig. 27** – gengiva inflamada durante o processo de condicionamento gengival

O trabalho definitivo deve fazer uma leve pressão no tecido, a fim de promover o selamento final.

A cerâmica é um material extremamente vantajoso, pois a sua biocompatibilidade com o tecido gengival é grande. Estudos comprovam que o selamento epitelial gengival sobre uma superfície cerâmica tratada com borracha é superior se comparada à cerâmica com alta lisura, pelo processo de glazeamento.

Uma prótese com formato côncavo ou tipo sela, é extremamente prejudicial à saúde periodontal do paciente. É literalmente, um prato cheio para o acúmulo de resíduos e bactérias se instalarem.



**Fig. 28 e 29** – próteses com formato em sela, ou côncavo. Observe o acúmulo de resíduos e a inflamação do tecido gengival.

No momento da instalação da prótese definitiva, a pressão exercida sobre o tecido gengival deve ser leve, provocando isquemia nos tecidos que recupera sua vascularização em torno de 15 a 20 minutos.



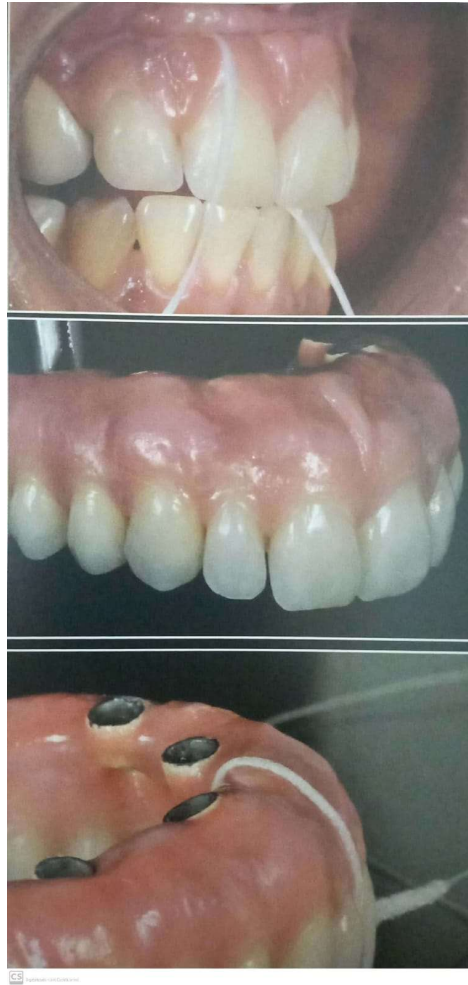
**Fig. 30** - Hisquemia gengival durante instalação da prótese.

## 2.9. Higienização

Apesar de não haver muitos estudos referentes ao comportamento epitelial gengival sobre a prótese dento gengival, observa-se clinicamente, o mesmo comportamento do selamento biológico que ocorre na implantodontia.

Isto é, a gengiva “abraça” a peça protética e acredita-se que exista uma aderência celular do tecido natural com o artificial. Por isso quando a peça é removida pode haver pequenos pontos de sangramento, pois rompe-se a ligação celular, que em determinados pontos pode ser mais forte.

Por isso, a higiene deve ser realizada com escova de dentes macia em toda a peça e área de união, no entanto não se indica o uso do fio dental ou equipamentos do tipo *waterpick* entre a peça e o tecido gengival, pois estes ajudariam a romper a adesão celular.



**Fig. 31** - Não é recomendado o uso do fio dental.

### 3. CONCLUSÃO

O conceito de reabilitação dento gengival é uma metodologia de planejamento que busca informações e coleta de dados, a fim de recriar o sorriso que o paciente teria se não tivesse perdido seus dentes.

Por muito tempo, a reabilitação tinha como único objetivo devolver a função. Por isso as próteses eram realizadas de modo simples e funcional. Entretanto, atualmente, com o avanço tecnológico da medicina e dos materiais, podemos considerar uma iatrogenia não encaramos um paciente, que teve seus dentes perdidos, como um mutilado oral.

Conclui-se que, para devolvermos estruturas naturais, é necessário várias etapas e diversos recursos, a fim de colhermos informações, para reabilitarmos de forma individual cada paciente, pois assim como as pessoas possuem diferentes cores de pele e cabelos, o mesmo ocorre na cavidade oral.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Callichio L, Kyrillos M, Moreira M, Nhoncance W, Giordani G, et al. Arquitetura do sorriso e a Construção de uma Marca. 1. Ed. São Paulo: Quintessence, 2017. V.1, p. 298-311

Callichio L, Kyrillos M, Moreira M, Nhoncance W, Giordani G, et al. Arquitetura do sorriso e a Construção de uma Marca. 1. Ed. São Paulo: Quintessence, 2017. V.1, p. 298-311

Callichio L, Kyrillos M, Moreira M, Nhoncance W, Giordani G, et al. Arquitetura do sorriso e a Construção de uma Marca. 1. Ed. São Paulo: Quintessence, 2017. V.1, p. 129-151

Hajtó J. Anteriores. Dentes Anteriores Naturalmente Belos. Quintessence, 2016

Gomes T, Castro O, Clonagem Terapeutica para Próteses totais e Overdentures. São Paulo: Santos 2015

Kyrillos M, Moreira M, Callichio L, et.al. Keywords: Estética Odontologica, Odontologia estética Knowledge áreas: Odontology. São Paulo: Quintecessence, 2013.

Libert EA, Picosse LR. Anatomia Dentária de Milton Picosse. São Paulo Quintessence, 2019.

Libert EA, Picosse LR. Anatomia Dentária de Milton Picosse. Santos. Quintessence, 2019.

Maia C, Souza Neto J, Pastor F, Dentogingival Rehabilitation Labline Magazine, autumn 2019.

Misch CE. Protese sobre implantes Dentais. 2 ed. Elsevier, 2015

Paolucci B, Souza Neto J Visagismo – A arte de Personalizar o Desenho do Sorriso. 2011;1(1)125-35

Radlanski, Ralf J. A Face – Atlas de Anatomia Clínica. São Paulo: Santos, 2016

Yamamoto M, Kataoka S, Miyoshi Y. Quintessence of Dental Technology. Fundamentos Estéticos. Técnicas de contorno das Restaurações Metalocerâmicas. São Paulo: Quintessence, 1998

Vailati F, Belser C, Implant-supported Fixed prostheses with integratedd artificial gingiva for the esthetic cone the pink power concept . forum implantologicum. 2011.

Teixeira LMS, Reher P Reher VGS. Anatomia Aplicada à Odontologia. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.