

INTERRELAÇÃO PÉRIO-PRÓTESE-OCCLUSÃO ENDODONTIA-ORTODONTIA

Interrelation Periodontics-Prosthesis
Occlusion-Endodontics-Orthodontics

LUZ, Sérgio Augusto Almeida *
CORDEIRO, Cláudia Da Costa **

UNITERMOS: Diagnóstico, Especialidades Integradas, Terapia Odontológica.

UNITERMS: Diagnosis, Integrated Specialities, Dental therapy.

SINOPSE

Os autores mostram a obrigatoriedade da obtenção de um diagnóstico integrado a um plano de tratamento bem elaborado, para que se possa determinar a necessidade da aplicação das várias especialidades odontológicas, isoladamente ou em conjunto, a fim de se obter uma condição de saúde total do sistema estomatognático.

SUMMARY

The authors show the need of a diagnosis integrated into a carefully prepared treatment plan, so that the application of various odontological specialities individually or in group can be determined, and so a totally, healthy estomatognathic system is obtained.

INTRODUÇÃO

A condição fundamental para se iniciar a execução de qualquer trabalho odontológico é a presença de um meio ambiente saudável, com condições propícias para sua realização. Para tal, deve-se ter conhecimento da interrelação Pério-Prótese-Oclusão-Endo-Orto, pois assim conseguiremos uma terapêutica que esteja totalmente integrada com todo o sistema estomatognático.

Um esforço terapêutico tão complexo necessita de uma tentativa de diagnóstico coordenada e plano de tratamento cuidadosamente organizado. Tanto o diagnóstico quanto o plano de tratamento devem ser submetidos à reavaliação contínua durante a terapia provisória, até que decisões definitivas sejam tomadas. É comum se modificar e alterar a sequência terapêutica durante o curso do tratamento, devido a multiplicidade de fatores que complicam e geralmente não existem no início do tratamento.

DISCUSSÃO

O primeiro passo ao se iniciar a terapia é o controle das condições agudas, de modo a devolver o conforto do paciente (desaparecimento da dor, sangramento, mobilidade excessiva) e obtenção da confiança e cooperação por parte do mesmo².

Em relação à endodontia, é fundamental o conhecimento da influência de condições patológicas da polpa sobre o periodonto e deste com a polpa, dentre as quais se destacam^{3,4,5}.

□ vários produtos bacterianos podem atingir o periodonto via canais laterais, acessórios, intercavo-radicular, forâmens-apicais, induzindo a alterações inflamatórias que resultam na destruição das fibras do tecido periodontal e osso alveolar adjacente. A extensão da destruição do tecido periodontal dependerá da qualidade

* Professor Substituto Contratado da Disciplina Prótese Fixa e Oclusão da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense.

* Assistente do Curso de Especialização em Prótese - ABO/RJ.

** Especialista em Periodontia pela Faculdade de Odontologia de Bauru - U.S.P.

e quantidade das bactérias presentes no canal radicular e da capacidade de defesa do hospedeiro;

- drenagem do abscesso via espaço periodontal causa desintegração das fibras do ligamento periodontal sem, contudo, levar a aumento da profundidade da sondagem;
- fratura radicular, em consequência do crescimento bacteriano no espaço da fratura, faz com que o ligamento periodontal adjacente torne-se sítio de uma lesão inflamatória, causando decomposição das fibras do tecido conjuntivo e osso alveolar;
- a vitalidade da polpa é mantida até que a lesão periodontal tenha atingido o forame apical e prejudicado a circulação sanguínea pulpar;
- a doença periodontal de longa duração pode causar alterações na polpa, como fibrose, calcificações distróficas (por diminuição da circulação) e diminuição de fibras nervosas;
- o tratamento periodontal (raspagem e cirúrgico) geralmente leva à hipersensibilidade. Alguns autores afirmam que isso ocorre em consequência da abertura dos canalículos ao meio bucal pela instrumentação da superfície radicular.

Muitas vezes podem ocorrer lesões combinadas (endo-perio) ou até mesmo serem confundidas, onde o diagnóstico diferencial é importante para se definir que tratamento deverá ser instituído primeiro ou qual é a causa, respectivamente.

O diagnóstico diferencial deve ser feito através de teste de vitalidade pulpar, rastreamento caso haja presença de fistula, localização da mesma, tumefações devem ser verificadas, tipo de dor e intensidade. O prognóstico para a regeneração do aparelho de inserção parece ser mais favorável quanto maior for a parte da lesão causada pela infecção pulpar.

ORTODONTIA

Os tratamentos ortodônticos podem ser utilizados como meio auxiliar à terapia periodontal, integrante do preparo inicial para facilitar o controle de placa pelo paciente (caso de apinhamentos), visando evitar impactação alimentar (fechando diastemas patológicos).

Os movimentos dentários também são feitos como meio de se conseguir extrusão de um elemento dentário, muitas vezes para se estimular a neoformação óssea, para se conseguir diminuição do diâmetro de uma bolsa periodontal; a ausência de inflamação é imprescindível para obtenção dos resultados almejados, ou até mesmo para se evitar uma

comunicação buco-sinusal em caso de exodontias de dentes onde haja proximidade da raiz com o seio maxilar. Nesse caso uma tração lenta preliminar à exodontia pode ser de grande valia.

O tratamento ortodôntico mal conduzido pode causar lesões no periodonto, como, por exemplo, perda de inserção de alguns dentes e, conseqüentemente, recessões gengivais localizadas, as quais estão também diretamente relacionadas à espessura da mucosa ceratinizada (para resistir à tensão durante a movimentação).

É de fundamental importância o controle de placa durante o tratamento ortodôntico, pela própria condição da aparelhagem de a reter, não se tendo como evitar processos agudos (abscessos)⁶.

PRÓTESE

É na fase final dos procedimentos básicos que o protesista pode começar a intervir, com colocação de provisórios, criando condições para se ter uma melhor eficácia no controle de placa, criação de ameias suficientemente amplas para se permitir higienização adequada e estabilidade. Além dos princípios fundamentais do preparo, toda restauração deve preencher requisitos mecânicos, biológicos e estéticos⁵.

Levando-se em consideração esses fatores, o dente deve ser preparado em duas regiões distintas:

- região peridontal, onde leva-se em conta a localização da margem gengival e sua terminação, visando obter justeza cervical e a espessura do desgaste para o estabelecimento de contornos adequados. Esses requisitos devem ser cuidadosamente analisados para não se criar condições que possam facilitar a retenção de placa bacteriana;
- no preparo da região oclusal deve-se desgastar o dente o suficiente para que haja espaço adequado ao estabelecimento do plano oclusal e obtenção de uma oclusão funcional providenciando, assim, condições compatíveis com a proteção de cúspides, localização de sulcos de trabalho e balanceio.

A maturação final dos tecidos periodontais ocorre num prazo de cerca de 60 dias. Esse intervalo deverá ser respeitado para se determinar com maior precisão a localização da margem das restaurações. A localização da margem cervical dos preparos deve estar:

- supra-sucular, término preferido.

O paciente bem motivado e orientado em saúde oral aceita melhor a cinta metálica cervical, sem que haja invasão do espaço biológico por questão estética.

- gengival - ao nível da margem gengival;



- intrasecular - dentro do sulco, sem invadir o espaço biológico;
- subsecular - invadindo o espaço biológico (cria condições favoráveis à perpetuação do processo inflamatório).

Quando se realiza um preparo subgingival, acaba-se utilizando uma série de procedimentos periodontais. Esse tipo de localização só é justificável em casos de cáries e restaurações já presentes na área.

Segundo Gardner, a qualidade da adaptação cervical é de maior importância para a saúde gengival do que a localização da mesma.

Quando se confronta o aumento cirúrgico da coroa clínica com a instalação de prótese subsecular, tem-se em mente que ambas as condutas levam à perda de inserção periodontal. No entanto, a perda cirúrgica é controlável e não induz à doença. Já a perda provocada pelos preparos subseculares é incontrolável e cria uma situação que favorece a instalação e perpetuação da doença periodontal.

Nos casos que necessitem de recobrimento da raiz por próteses, onde se fez aumento de coroa clínica, cirurgicamente, deve-se respeitar o perfil de emergência (contorno de flexão dupla).

Os pânticos em contato com o rebordo gengival levam à perda de ceratina e facilitam a inflamação.

Todas as etapas protéticas devem estar de forma harmoniosa com a oclusão do paciente, respeitando a guia anterior, onde há proteção dos dentes posteriores, guia desoclusão lateral, contatos suaves e em cêntrica, já que se conhece o efeito coadjuvante do trauma oclusal à doença periodontal, ou seja, acelera a perda de inserção do dente com doença periodontal na presença de placa, levando à mobilidade do dente¹.

A oclusão considerada traumatogênica está relacionada à força em si (intensidade, direção, frequência, duração) e à capacidade de adaptação dos indivíduos. O trauma oclusal pode causar: reabsorção cementária, reabsorção óssea ou dentária, trombose vascular do ligamento periodontal, necrose do ligamento, mobilidade, aumento do espaço periodontal, facetas de desgaste coronário^{6,7}.

O defeito infra-ósseo determinado pelo trauma oclusal tem como característica a forma de ampulheta, embora o surgimento desse defeito em presença do trauma dependa da espessura da tábua óssea^{2,4,8}.

Entre os sinais e sintomas clínicos do trauma estão: sensibilidade das estruturas periodontais, hipersensibilidade dentinária, desconforto vago regional, dor na ATM e músculos. Como consequência, pode-se ter recessão gengival, migração dentária, mobilidade, facetas de desgaste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - CARRANZA, F.A. *Periodontia clínica de Glickman*. Rio de Janeiro: Ed. Interamericana, 1983, 1ª ed.
- 02 - COMAR, M.D., KOLLAR, J.A., GARGIULO, A.W. Focal irritation and occlusal trauma as co-factors in the periodontal disease process. *J. Periodontol*, **42**:167, 1971
- 03 - DOTTO, C.A., CARRANZA Jr., F.A., CABRINI, R.L., ITOIZ, M.E. Vascular changes in experimental trauma from occlusion. *J. Periodontol*, **38**:183, 1967
- 04 - EWEN, S. J., STAHL, S. S. The response of the periodontium to chronic gingival irritation and long term tilting forces in adult dogs. *Oral Surg.*, **15**:1426, 1962
- 05 - RAMFJORD, S., ASH, M.M. *Oclusão*. Rio de Janeiro: ed. Guanabara, 1987, 3ª ed.
- 06 - RYGH, P. Ultrastructural changes in pressure zones of human periodontium incident to orthodontic tooth movement. *Acta Odont. Scand.*, **31**:109, 1973
- 07 - ----- Elimination of hyalinized periodontal tissues associated with orthodontic tooth movement. *Scand. J. Dent. Res.*, **80**:307, 1972
- 08 - STAHL, S.S. The response of the periodontium to combined gingival inflammation and occluso-function stresses in four human surgical specimens. *Periodontics*, **6**:14, 1968
- 09 - WENTZ, J.M., JARABAK, J., ORBAN, B. Experimental occlusal trauma imitating cuspal interferences. *J. Periodontol*, **29**:117, 1958

RESINAS EM POSTERIORES

OS INCREMENTOS DE CERÂMICA

Mesmo que as atuais resinas compostas venham apresentando grandes melhorias para serem usadas em restaurações de dentes posteriores, ainda possuem limitações, principalmente, quanto à contração de polimerização e desgaste frente aos esforços mastigatórios.

Uma nova alternativa para tentar diminuir estes problemas são os "incrementos de cerâmica" (glass-ceramic inserts). Já são encontrados no comércio produtos para uso em vários tamanhos, feitos de uma composição de sílica que, quando aquecida, forma uma cerâmica vítrea microcristalina.

O preparo da cavidade deve ser feito de igual forma ao para resinas. Aplicar o adesivo e preencher com a resina (metade da quantidade necessária). Inserir o incremento de cerâmica selecionado e fotopolimerizar normalmente.

Remover a matriz, cortar com a broca o suporte externo do incremento e dar o acabamento/polimento final. De acordo com Elchmiller, esta técnica melhora a resistência e a qualidade das restaurações estéticas posteriores.

As pesquisas com esta técnica estão sendo desenvolvidas no "National Institute of Dental Research" nos EUA.

(*NewsLetter Clinics*, (1):3, RS, 1993)