

REABILITAÇÃO DA MUSCULATURA PERIORAL: GENGIVA ARTIFICIAL REMOVÍVEL

*Lydia de Brito Santos**

*Nélia de Medeiros Sampaio***

*Atlas Edson Moleros Nakamae****

RESUMO — *Prótese gengival, epítese gengival ou máscara gengival é a substituição da gengiva perdida por uma prótese removível, ou como parte de uma prótese fixa metalo-cerâmica convencional. Os autores apresentam uma revista de literatura, bem como ilustram o presente artigo com dois casos clínicos a fim de orientar o cirurgião-dentista no planejamento e na confecção de epíteses. Conclusão: A gengiva artificial removível é uma alternativa para a reabilitação da musculatura perioral quando os pacientes apresentam reabsorção óssea na região ântero-superior em tratamentos com prótese parcial fixa apresentando vantagens estéticas e funcionais.*

PALAVRAS CHAVE: *Epítese; Gengiva Artificial Removível; Prótese Fixa.*

INTRODUÇÃO

Existem situações clínicas nas quais os pacientes apresentam reabsorção óssea na região de incisivos superiores em razão da perda dessas unidades. Como consequência, a estética é comprometida em função da perda de tônus da musculatura perioral, o que reflete na fonação, além de haver impacção alimentar e emissão de gotículas de saliva durante a fala. Atualmente, com o advento da implantodontia, ou mesmo com planos de tratamento que utilizam próteses parciais fixas, têm

* Prof. Adjunto (DSAU/UEFS). Doutora em Prótese Dentária pela USP. E-mail: lydia@uefs.br

**Prof. Auxiliar (DSAU/UEFS). Especialista em Prótese Dentária pela UEFS. E-mail: neliasampaio@yahoo.com.br

*** Prof. Adjunto (Dep. de Prótese da Faculdade de Odontologia da USP). Doutor em Prótese Dentária pela USP. E-mail: atlas@usp.br
Universidade Estadual de Feira de Santana – Dep. de Saúde. Tel./Fax (75) 3224-8089 - BR 116 – KM 03, Campus - Feira de Santana/BA – CEP 44031-460. E-mail: sau@uefs.br

sido indicadas cirurgias de enxertos ósseos ou epíteses, como solução para os defeitos ósseos na região ântero-superior causados pela reabsorção fisiológica após perdas dentárias que podem ser agravadas por exodontias traumáticas ou mal planejadas (BORN; NOVAES JÚNIOR; RODRIGUES JÚNIOR, 1993).

Se for planejada a cirurgia de enxerto, faz-se necessário um condicionamento dessa musculatura, como preparação fisioterápica para a nova postura a ser conseguida, do contrário os músculos podem ter ação negativa pressionando a região em fase de cicatrização. Há ainda as situações clínicas nas quais os enxertos são contra-indicados.

O termo prótese gengival, epítese gengival ou máscara gengival é usado para descrever a substituição da gengiva perdida por uma prótese removível, ou como parte de uma prótese fixa metalo-cerâmica convencional. Atualmente, as reabilitações orais estéticas dispõem de inúmeros recursos para a substituição dessas estruturas, já que a reabsorção contínua e irreversível do tecido ósseo pode, com o passar do tempo, prejudicar a estética da prótese (FREITAS et al., 2002).

O presente estudo visa apresentar um aparato, epítese ou gengiva artificial removível, muito útil na prótese odontológica e pouco difundida. Os autores realizam uma revisão de literatura, ilustrando o presente artigo com dois casos clínicos a fim de orientar o cirurgião-dentista no planejamento e na confecção de epíteses.

REVISÃO DE LITERATURA

A observação clínica e científica leva-nos a afirmar que o rebordo residual que se forma após a exodontia dos dentes é normalmente caracterizado pela perda de substância quando comparado com a estrutura óssea da área dentada. O nível da perda pode variar em diferentes sítios no mesmo indivíduo, e depende de fatores biológicos, anatômicos e mecânicos, podendo resultar em um rebordo deformado ou em colapso (RUFENACHT, 1998).

Esta perda óssea induz o protético a construir a prótese fixa seguindo o contorno do rebordo, a fim de minimizar as

discrepâncias entre os suportes e os pânticos. Disto resulta diminuição do espaço protético e a construção de pânticos menores, mais estreitos e recuados, com terminação no nível da gengiva. Além disso, para impedir ameias cervicais com aberturas entre os pânticos, as coroas seguem unidas entre si, quadradas, sem ameias cervicais, deixando a gengiva reta, sem papilas (REZENDE, 2003).

Se seguidos, os requisitos biológicos e funcionais de saúde dos tecidos para confecção de próteses dentárias, associados ao controle da higiene, estabelecem e mantêm a saúde periodontal e a estabilidade oclusal. Dentre os requisitos estéticos da inter-relação periodontia prótese, citam-se os níveis gengivais das coroas, dos dentes adjacentes e da área de pânticos, extremamente críticos principalmente quando se realizam procedimentos cirúrgicos menos cuidadosos. Merecem atenção os casos de traumatismo e exodontias sem planejamento protético, os quais apresentam como consequência, uma grande área de reabsorção, podendo haver, além das repercussões estéticas nos casos de sorriso alto (característica brasileira) e comprometimento fonético, com passagem de ar entre o pântico e a gengiva durante a articulação das palavras (FONSECA; ANKLI, 1995).

Devido a essa diferença de nível de reabsorção do rebordo, o prognóstico em longo prazo para implantes e próteses fixas na maxila edêntula é consideravelmente menos seguro do que na mandíbula. Em particular, os pacientes devem ser informados dos riscos envolvidos com os implantes osseointegrados e próteses fixas na maxila edêntula, tais como possíveis complicações relacionadas à estética, à fonética e à higiene bucal, etc. Se o paciente for inflexível ao desejo de ter uma prótese tipo fixa, deve ser salientado, desde o início, que muito provavelmente será necessária uma epítese gengival para suportar o lábio superior. Uma das principais razões para tal fato é que a qualidade e a quantidade de osso disponível em uma maxila edêntula em geral não podem ser precisamente avaliadas (SPIEKERMANN et al., 2000).

Do ponto de vista protético, alguns recursos têm sido utilizados para solucionar problemas dessa natureza, dependendo da situação apresentada:

1. Casos de pouca reabsorção na área do pântico e sem comprometimento do suporte labial, mas com comprometimento estético e fonético – gengiva artificial em porcelana incorporada à prótese fixa;

2. Casos de reabsorção acentuada, havendo comprometimento estético quanto ao tamanho dos dentes e ao suporte labial, além do problema fonético – gengiva artificial removível em resina acrílica acoplada a prótese fixa;

3. Casos de desnível gengival e perda de tecido interdental (papila gengival) associados com as características do item 2 – gengiva artificial removível anatômica em resina acrílica. Indicada naqueles casos em que a cirurgia periodontal de enxerto envolveria grande quantidade de tecido e com prognóstico incerto, associado ainda, com a não-disposição do paciente em realizar o procedimento cirúrgico (FONSECA; ANKLI, 1995);

4. Casos de implante, que devem estar devidamente assentados no osso, de modo que a margem coronária da superfície vestibular do componente transmucoso fique situada ao nível da gengiva marginal – se isso não for possível devido à anatomia óssea pode ser necessário, por razões estéticas e funcionais utilizar-se de uma epítese gengival flexível, especialmente no segmento anterior que é esteticamente sensível, muitas vezes para obedecer a correta oclusão, por falta de rebordo, a prótese sobre o implante acaba por apresentar dentes muito longos, uma vez que o rebordo alveolar anterior está muito reabsorvido, levando a uma estética desagradável, uma epítese gengival que em geral proporciona resultados clínicos aceitáveis (SPIEKERMANN et al., 2000).

A epítese está indicada para solucionar problemas decorrentes do uso de próteses fixas com a finalidade de: melhorar a estética em pacientes com linha alta do sorriso; proporcionar suporte para o lábio sem suporte; melhorar a fonética e a fala; prevenir a impactação alimentar (SPIEKERMANN et al., 2000). Com isso são alcançados três objetivos: diminuição do comprimento do dente; permite uma boa higiene; serve como enchimento para o lábio superior, problema típico observado ao serem realizadas reabilitações fixas superiores (JIMÉNEZ-LOPEZ, 1996).

Pode ser confeccionada em acrílico, rígida, ou em silicone, flexível. Podendo ainda ter uma base rígida reforçada com um

fio de aço ou não. Um inconveniente da epítese de silicone, material flexível, é sua curta durabilidade. Dura cerca de um ano devido à sua propensão de incorporar pigmentos exógenos, como por exemplo, chá, café e nicotina (JIMÉNEZ-LOPEZ, 1996; SPIEKERMANN et al., 2000). Em sua confecção, deve ser levado em conta o desenho dos espaços interproximais, e um paralelismo que permita o acoplamento em uma direção ântero-posterior (JIMÉNEZ-LOPEZ, 1996). Ela se adapta bem e oferece bons resultados estéticos, mas o material se desgasta facilmente e retém placa bacteriana, exigindo trocas freqüentes (HOBÓ ICHIDA; GARCIA, 1997). Portanto a epítese deve receber os mesmos cuidados de uma prótese removível e, pelo fato de durar somente um ano, seria interessante confeccionar-se em laboratório várias epíteses ao invés de uma só (SPIEKERMANN et al., 2000).

A confecção de gengiva artificial pode ser realizada pela técnica direta em boca (resina autopolimerizável) ou indireta (resina termopolimerizável ou silicone). Ambos os métodos produzem uma gengiva artificial que é colocada por vestibular, entre a prótese e os tecidos remanescentes. A epítese deve receber os mesmos cuidados de limpeza dispensados a uma prótese removível. Sua utilização ajuda a solucionar problemas de espaço ocasionado pelas reabsorções ósseas e perdas dos dentes, melhora a fonética e permite acesso adequado para higiene (HOBÓ; ICHIDA; GARCIA, 1997).

MATERIAL E MÉTODOS - APRESENTAÇÃO DE CASOS CLÍNICOS

CASO 1

A paciente apresentava prótese parcial removível, tendo sido planejada a colocação de uma prótese parcial fixa em substituição. Como se pode ver nas figuras, a paciente apresenta reabsorção óssea na região ântero-superior, região onde se planejou cirurgia de enxerto ósseo. Foi confeccionada epítese com resina acrílica autopolimerizável, na fase provisória do tratamento, com a finalidade de reposicionar a musculatura preparando a paciente para a nova postura.



Figura 1 – Paciente com a prótese parcial fixa provisória, evidenciando a região onde houve a reabsorção óssea.



Figura 2 – Sorriso da paciente sem a epítese.



Figura 3 – Epítese instalada.

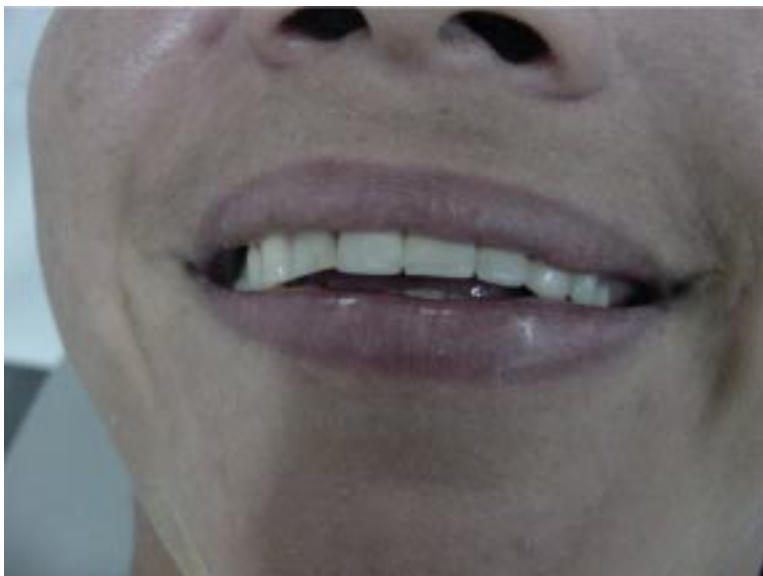


Figura 4 – Sorriso da paciente com a epítese.

CASO 2

Paciente portadora de prótese parcial fixa metalo-plástica mal adaptada na região ântero-superior, apresentava estética insatisfatória. Inicialmente foi confeccionada uma epíteze provisória com resina acrílica auto-polimerizável. Foi removida a prótese antiga, os retentores foram reparados e foi instalada uma prótese parcial fixa provisória e nova epíteze, ambos confeccionados com resina acrílica termo-polimerizável.



Figura 1 – Perfil da paciente na situação inicial.



Figura 2 – Prótese parcial fixa metalo-plástica e epíteze provisória.



Figura 3 - Prótese parcial fixa metalo-plástica removida e epítese provisória removidas.



Figura 4 - Prótese parcial fixa provisória e epítese, em resina acrílica termo-polimerizável, em modelos montados em articulador semi-ajustável.



Figura 5 - Prótese parcial fixa provisória e epítese instalados.



Figura 6 - Perfil da paciente na situação final, com epítese.

DISCUSSÃO

Todo tratamento elaborado requer um planejamento prévio. Assim, antes de indicar gengivas artificiais removíveis, deve ser avaliada a sua indicação pela necessidade de recuperação do perímetro do arco diminuído em decorrência da reabsorção óssea horizontal da maxila na região edêntula (SPIEKERMANN et al., 2000). Através de exame clínico, devem ser avaliadas as condições estética e muscular perioral. Normalmente, o paciente apresenta perda de tônus muscular e linhas de expressão tornando-o envelhecido (REZENDE, 2003).

Quando o paciente apresenta linha de sorriso alta, o defeito ósseo fica mais evidente (SPIEKERMANN et al., 2000).

Em casos em que há perda óssea vertical, os dentes artificiais ficam muito longos, ou cria-se um espaço entre o rebordo gengival e o pântico (SPIEKERMANN et al., 2000). Essas condições promovem problemas fonéticos (HOBBO et al., 1997), acúmulo de alimentos nesta região e emissão de gotículas de saliva por estes espaços durante a fala (REZENDE, 2003; REZENDE, 1996-1997).

Como se pode perceber, não é suficiente um planejamento protético convencional em prótese parcial fixa dento ou implanto suportada. A utilização de gengivas artificiais removíveis - epíteses – corroboram para o sucesso funcional e estético das referidas reabilitações (HOBBO; ICHIDA; GARCIA, 1997; JIMÉNEZ-LOPEZ, 1996; SPIEKERMANN et al., 2000).

As epíteses devem apresentar um contorno vestibular suficiente para devolver a postura muscular adequada, não existe fórmula. O profissional deverá utilizar seu senso estético em função do seu conhecimento teórico no que tange à fisiologia da musculatura perioral. Spierkermann (2000) sugere método da tentativa-e-erro através de provas em cera elaboradas pelo protético.

O profissional necessita ainda, seguindo os princípios básicos da prótese dentária, copiar bem a região a ser reabilitada (REZENDE, 2003; SPIEKERMANN et al., 2000), selecionar adequadamente as cores e caracterizações (REZENDE, 2003), e permitir os ajustes para que a epítese não provoque ferimentos

ou rejeições tais como aquelas esperadas em tratamentos que utilizam próteses mucossuportadas não adaptadas.

O aspecto psicológico do tratamento é altamente relevante: o paciente terá dentes fixos, mas parte da sua prótese será removível. As vantagens estéticas são importantes, e ele deve ter consciência disso, uma vez que a sua contribuição em manter a prótese em posição através da postura muscular será fundamental para o sucesso do tratamento.

CONCLUSÃO

A gengiva artificial removível é uma alternativa para a reabilitação da musculatura perioral quando os pacientes apresentam reabsorção óssea na região ântero-superior em tratamentos com prótese parcial fixa apresentando vantagens estéticas e funcionais.

PERIORAL MUSCLE REHABILITATION: REMOVABLE ARTIFICIAL GINGIVA

Gingival prostheses or gingival mask is the substitute of lost gingival by a removable prostheses, or by part of a conventional metaloceramic fixed prostheses. The authors present a literature revision and two clinical cases where the objective is to show to dentists how to design and make removable artificial gingiva. Conclusion: the removable artificial gingiva is a perioral musculature rehabilitation alternative when patients have bone resorption into anterosuperior region of prostheses partial fixed treatments with aesthetic and functional advantages.

KEY WORDS: *Removable artificial gingival; Fixed prostheses*

REFERÊNCIAS

BORN, P.V.; NOVAES JÚNIOR, A.B.; RODRIGUES JÚNIOR, J. The use of removable artificial gingiva in laboratory procedures for periodontal and implant prostheses. **Int J Prosthodont**, v. 6, n.1, p.13-7, 1993.

Sitientibus, Feira de Santana, n.34, p.115-127, jan./jun. 2006

FREITAS, R. et al., Otimização estética em reabilitação oral com o uso de gengiva artificial removível: relato de caso. **Rev. Odontológica da UNESP**, São José dos Campos, v. 49, n. 6, p. 460-462, 1995.

FONSÊCA, M. D.; ANKLI, R. Epítese- Gengiva artificial removível, **Revista da APCD**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 460-462, 1995.

HOBO, S.; ICHIDA, E.; GARCIA, L. **Osseointegração e reabilitação oral**. São Paulo: Quintessence, 1997.

JIMÉNEZ-LÓPES, V. **Prótese sobre implante: oclusão, casos clínicos e laboratório**. São Paulo: Quintessence, 1996.

REZENDE, A. B. Gengiva artificial removível de acrílico caracterizado, **Rev. Fac. de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, Salvador, v. 16/17, n. 44-52, 1996-1997.

REZENDE, A. B. **Atlas de prótese: sistema de encaixe**. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

RUFENACHT, C. R. **Fundamentos de estética**. São Paulo: Quintessence, 1998.

SPIEKERMANN, H. et al., **Implantologia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.