

Manutenção periodontal em pacientes com próteses fixas

Wilson José Garbelini* ; Maurício Sella** ; Rodrigo Castellazzi Sella** & Karina Fancio***

Resumo

Os autores discutem sobre manutenção periodontal em pacientes com próteses fixas, propondo, de acordo com a literatura pesquisada, um extenso e elaborado programa de higiene oral, que se inicia ainda antes da instalação da prótese fixa. Na fase anterior à instalação da prótese faz-se o controle dos fatores etiológicos locais, dos oclusais e correção das deformidades cirúrgicas. Após a instalação da prótese fixa, a atenção deve estar voltada para a orientação do paciente no que diz respeito a prevenção, motivação e instrução de higiene oral.

Palavras-chave: manutenção periodontal; prótese fixa; educação; saúde bucal.

GARBELINI, W. J.; SELLA, M; SELLA, R. C.; FANCIO, K. Manutenção periodontal em pacientes com próteses fixas. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 31-36, out. 2001.

Introdução

A longevidade de um trabalho protético está inegavelmente associada a saúde, manutenção e estabilidade das estruturas periodontais adjacentes (FERENCZ, 1991). Toda a elaboração protética dentária requer daquele que a pratica um grande suporte teórico-prático em relação aos materiais odontológicos empregados, bem como um profundo conhecimento dos elementos biomecânicos envolvidos em sua execução, objetivando um nível máximo de precisão e ausência de iatrogenias. É sabido que tanto a imperícia como a imprudência podem causar injúrias irreversíveis ao complexo biológico dente/periodonto, porém também a negligência de manutenção por parte do paciente e ou profissional seguramente comprometerá o sucesso do trabalho executado.

A imagem antiestética que a doença periodontal proporciona ao indivíduo pode acarretar um envolvimento psicossocial que além de alterar seu bem-estar mental, pode mudar o seu equilíbrio físico. Portanto, a manutenção da saúde periodontal exige, com frequência, uma conscientização e motivação do paciente, associado a um elaborado programa de higiene e fisioterapia pela equipe de trabalho (LINDHE, 1989). Os autores discutem a importância da manutenção periodontal em pacientes portadores de próteses fixas, descrevendo um protocolo de trabalho para o atendimento nos controles periódicos.

O desenho dos pânticos é o fator mais importante na prevenção das reações inflamatórias que ocorrem na mucosa adjacente, sendo que uma superfície, convexa e polida, facilita a manutenção de boa higiene oral através do uso de fio dental e escovas apropriadas (STEIN e GLICKMAN, 1960).

Segundo Loe (1968), nas reações do tecido gengival em relação a coroas e restaurações, quando estas se apresentam com as superfícies rugosas e margens mal adaptadas se estendendo para a área subgengival, ocorre uma destruição progressiva do periodonto pela facilidade de acúmulo de placa bacteriana. Ainda segundo o mesmo autor, durante preparos cavitários subgengivais, pode haver traumas

* Docente de Prótese Dentária da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) e Assistente do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Av. Paris, 675. Jd Piza. 86041-140 Londrina, Paraná Brasil. E-mail: wgarbelini@uol.com.br.

** Docente de Prótese Dentária, UNOPAR e Adjunto do Departamento de Odontologia Restauradora (UEL).

*** Acadêmicos de graduação em Odontologia (UNOPAR).

como total remoção do epitélio sulcular e lesões no tecido conjuntivo subjacente, sendo que o caráter reversível desses danos estará diretamente ligado ao favorecimento das condições locais para que os tecidos se restabeleçam com proliferação saudável de um novo epitélio.

As condições de higiene oral e os efeitos periodontais são melhores nas pessoas que são instruídas a praticar medidas de higiene oral, quando comparadas às pessoas não instruídas (SILNESS, 1979). Até mesmo a influência do acúmulo de placa no desenvolvimento de gengivites e formação de bolsas periodontais em áreas de coroas totais e parciais, no que diz respeito ao efeito nocivo do limite cervical subgengival do preparo, é mais facilmente identificada em pacientes que se preocupam e praticam medidas de higiene oral, pois do contrário, em pacientes com pobre higiene oral, o mesmo efeito tem suas extensões mascaradas (SILNESS, 1970).

Há controvérsias ou falta de consenso quando os autores consideram o nível de terminação dos preparos. Alguns consideram que a localização subgengival dos preparos representa um dos fatores críticos para o estabelecimento de inflamação gengival, conduzindo à periodontite, e que muitas das falhas protéticas podem ser atribuídas à invasão errônea da margem restauradora na “zona sagrada” da distância biológica (WAERHANG, 1960). Havia, ainda, considerações onde a margem supragengival do preparo seria a melhor solução a longo prazo para o manuseio de tecidos periodontais saudáveis, pois a saúde ótima dos tecidos é mantida quando os tecidos sulculares estão em contato com estrutura dental natural (CRISPIN e SEGHI, 1985). Também houve posicionamentos favoráveis ao término cervical situado em nível de margem gengival, pois estes produziram uma resposta inflamatória menos acentuada do que as sub e supragengivais (MARCUM, 1967).

Segundo Ramfjord (1974), três fatores estão relacionados com inflamação gengival em dentes com coroas posicionadas subgengivalmente: irritação do material restaurador, aumento na retenção de placa e a falta de adaptação cervical das coroas. Contudo, Richter e Venø (1973), em avaliações anuais de coroas, durante três anos, com as margens localizadas sub e supragengivalmente e com perfeita adaptação e acabamento, concluíram que os últimos são mais significantes para a saúde gengival do que a localização das margens do preparo. Além disso, fatores como a forma de contorno e discrepâncias marginais, natureza dos materiais empregados e a linha de cimento devem ser considerados quando se almeja a manutenção da saúde periodontal (PASSANEZI *et al.*, 1998).

A motivação do paciente é um dos pontos mais eficazes no combate à reinstalação e progressão da doença periodontal (CHUJFI *et al.*, 1980). Porém, a dificuldade de instruir e motivar o paciente a seguir um cuidadoso e efetivo programa de saúde oral pelo resto de sua vida é o problema. Por isso, a instrução sobre os cuidados caseiros para um regime de manutenção da saúde periodontal conveniente e moderno, deve ser feito de acordo com as necessidades individuais de cada paciente (GOLDSTEIN, 1992). Neste sentido, Nyman e Lindhe (1979), num estudo longitudinal em pacientes com doença periodontal avançada, submetidos a tratamento periodontal e protético, nos quais um rigoroso programa de higiene oral havia sido instituído e cumprido, verificaram que se mantendo a saúde periodontal, mesmo em dentes com suporte reduzido, as diferenças de planejamento das próteses não influenciaram no “status” periodontal durante o período de observação. Desta forma, inferiram que um rigoroso programa de manutenção, não apenas cura temporariamente, como previne e interrompe a progressão da doença periodontal em pacientes submetidos a tratamento reabilitador com próteses fixas. Um importante aliado que também pode ser utilizado é o gluconato de clorexidina.

Em 1970, Løe e Schiøtt demonstraram os efeitos de bochechos e aplicação tópica da solução de gluconato de clorexidina a 0,2% sobre o desenvolvimento da placa dentária e gengivite no homem, em substituição à limpeza mecânica, resultando na prevenção da formação de placa em praticamente todas as superfícies dentárias e não ocorrendo quaisquer alterações gengivais.

Além das complicações periodontais que podem ocorrer após a instalação de próteses fixas, há ainda o risco de cárie secundária. Glantz, em 1984, demonstrou, após 5 anos de avaliações em próteses fixas extensas, que a maioria das coroas de um grupo controle tiveram cárie secundária e, durante este período, esta foi a mais freqüente complicação severa encontrada.

Considerações Gerais – Protocolo de Trabalho

Manutenção

É importante instituir uma rotina padronizada para o trabalho de manutenção e que, dependendo do caso, pode ser modificada. Porém, quando devemos começar a manutenção? E qual a frequência ideal? A maioria dos autores são unânimes em afirmar que após instalada a prótese fixa, seis meses é uma condição ideal. Contudo, o que queremos ressaltar é que a manutenção começa muito tempo antes da instalação da prótese fixa definitiva, ou seja, na primeira consulta do tratamento, e que alguns cuidados iniciais devem ser tomados a fim de que obtenhamos sucesso em nosso plano de tratamento. Para tanto, lançamos mão do preparo prévio que como seqüência na terapia de manutenção, pode ser dividido em:

- a) Controle dos fatores etiológicos locais que consiste em: raspagem e polimento radicular e instruções de higienização, escavações (cáries), tratamento endodôntico, extrações estratégicas de dentes ou raízes e ajuste no contorno da prótese.
- b) Controle dos fatores oclusais como: ajustes oclusais, terapia oclusal (placas), coroas provisórias, ortodontia, implante e extração de dentes.
- c) Correção cirúrgica das deformidades não solucionadas nas fases anteriores como: tecido mole (cirurgia muco-gengival), tecido duro (osteoplastia, osteotomia, enxerto), extrações de dentes ou raízes questionáveis nas outras fases, aumento de coroa clínica e tratamento de rebordo reabsorvido.

Segundo Goldstein (1992), o paciente não deve retornar a higiene normal até que o tecido esteja são, e isso poderá significar visitas contínuas, semanais ou quinzenais por longo período após o tratamento. Após a fase de cicatrização, procede-se à limpeza dentária pelo profissional a cada duas semanas, seguida de um programa de manutenção e profilaxia a cada três meses (LINDHE, 1989). Por outro lado, Moussalli e Lascalla (1989) preconizam que a limpeza profissional inicial deve ser semanal durante um período de quatro semanas de cicatrização, seguida pela manutenção a cada três meses.

O importante é que no período de cicatrização, ou seja, nos primeiros seis meses, a frequência de manutenção se torne maior e, a partir disto, ajuste-se de acordo com as necessidades individuais de cada um.

Higienização bucal

Quanto aos cuidados de higienização, uma instrução e supervisão do cuidado caseiro é tão importante como qualquer serviço que se presta ao paciente na reabilitação bucal.

Deve-se fazer um grande esforço para motivar a realizar com consciência os procedimentos de limpeza necessários. Lascalla e Moussali (1989) dividem a higienização em três tópicos: prevenção, motivação e instrução.

Prevenção

O controle da placa é a chave para a prevenção das doenças gengivais e periodontais. É básico para a prática da odontologia e, sem ele, a higiene bucal não pode ser alcançada, nem preservada e muito menos resultados da terapêutica odontológica assegurados.

Em periodontia, a prevenção é aplicada em três condições: no estado de saúde para manter a integridade gengivo-periodontal, criando condições que impeçam um processo patológico nestes tecidos. Outra, é quando a doença já está estabelecida, para estacionar seu progresso e, em casos bem iniciais, fazer com que regrida totalmente.

O método mais valioso para o controle de placa é o mecânico. Este pode utilizar-se de fios e fitas dentais e até dentifrícios, mas as suas armas mais poderosas são, sem dúvida, a escova dental, a

interproximal e o fio dental (LASCALLA e MOUSSALLI, 1989; LINDHE, 1989; KLEINIR e IMFELD, 1993; IACONO *et al*, 1998). Nas fases pré e pós-cirúrgicas o bochecho com gluconato de clorexidina a 0,12%, duas vezes ao dia durante 30 segundos, num volume de 15ml, impede, na maioria dos casos, a formação de placa em praticamente todas as superfícies dentárias.

Motivação

A motivação do paciente é muito mais importante que a escova, a técnica ensinada e a orientação que lhe foi dada sobre como utilizá-la. Se o paciente não estiver consciente de que a higienização é importante para si, não adianta educá-lo na maneira de escovar (LASCALLA e MOUSSALLI, 1989).

As orientações do profissional, sobre a etiologia do seu problema e o papel que deve representar, melhoram sua contribuição durante o tratamento (WILSON, 1998).

As explicações didáticas (audiovisual, lápis e papel, quadro negro, slides projetados, fotografias, videotapes, cartazes impressos, desenhos e, mais recentemente, programas de computador) são algumas maneiras que deverão ser utilizadas nesta difícil missão. Uma grande parte dos fracassos em prótese fixa está relacionada justamente com a pouca importância dada pelo profissional à motivação do paciente.

Instrução

São os recursos que dispomos nas instruções de higienização bucal e que podem ser divididos em: evidenciadores e corantes; escova dental; escova interproximal, fio ou fita dental “superflós”, alça ou passadores de fios para a área interproximal; escova unitufo; escova elétrica; dentifrícios; bochechos; hidroterapia e controle químico da placa.

Conclusão

Baseados nos trabalhos analisados e colocados nesta revisão parece-nos lícito concluir que:

- 1) a manutenção periodontal deve ser baseada nas frequências de consultas de revisão, pois cada caso necessita de maior ou menor atenção.
- 2) deve haver um perfeito entrosamento entre dentistas, equipe de trabalho e paciente.
- 3) a motivação do paciente é um dos fatores mais importantes para a obtenção de resultados positivos; a equipe de trabalho e o cirurgião dentista devem usar todos os meios disponíveis para que a higiene seja alcançada e preservada.
- 4) o paciente precisa estar consciente de que a higienização é importante para seu bem estar; do contrário, de nada adiantarão as instruções de higiene.

Referências Bibliográficas

CHUJFI, E.; SARIAN, R; CARVALHO, J.C.C. A motivação do paciente como procedimento básico no tratamento periodontal. *Rev. Paul. Odont.*, v. 2, n.6, p. 13-22, nov/dez. 1980.

CRISPIN, B.J.; SEGHI, R.R. Esthetic mounth preparation for ceramic restauration. *Dent. Clin. N. Amer.*, n. 29, p. 673-92, 1985.

FERENCZ, L. J. Maintenance and enhamning gingival architecture in fixed prosthodontics. *J. Prosthet. Dent.*, v. 65, n. 5, p. 650-7, 1991.

GLANTZ, P.O. Quality of extensive fixed prosthodontics after five years. *J. Prosthet. Dent.*, v. 52, n. 4, p. 475-9, 1984.

- GOLDSTEIN, R. E. Patient maintenance of esthetics restorations. *J. Amer. dent. Ass.*, v. 123, p. 61-7, jan. 1992.
- IACONO, V. J.; ALDREDGE, W.A; LUCKS, H.; SCHWARTZSTEN, S. Modern supragingival plaque control. *Int. Dent. J.*, v. 48, n. 3, supl. 1, p. 290-297, 1998.
- KLEISNIR, J.; IMFELD, T. Evaluation of the efficacy of interdental cleaning devices. *J. Clin. Periodont.*, v. 20, n. 10, p. 707-713, 1993
- LASCALLA, N. T.; MOUSSALLI, N. H. Higienização bucal. In: PERIODONTIA clínica II. São Paulo: Artes Médicas, 1989, p. 454-82.
- LINDHE, J. Fase de manutenção da terapia periodontal. In: TRATADO de periodontia clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 470-87.
- LOE, H. Reactions to marginal periodontal tissue to restorative procedures. *Int. J. Prosthodont.*, v. 18, p. 759-78, 1968.
- LÖE, H.; SCHIOTT, C. R. The effect of mouthrinses and topical application of chlorhexidine on the development of dental plaque and gingivitis in man. *J. Periodont. Res.*, v. 5, p. 79-83, 1970.
- MARCUN, J. S. Effect of crown margin depth upon gingival tissue. *J. Prosthet. Dent.*, n. 17, p. 479-87, 1967.
- MOUSSALLI, N.; LASCALLA, T.N. Manutenção e controle. In: PERIODONTIA clínica II. São Paulo: Artes Médicas, 1989. p. 739-51.
- NYMANS, S.; LINDHE, J. A. A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease. *J. Periodont.*, v. 50, n. 4, p. 163-9, 1979.
- PASSANEZI, E.; JUNIOR, A. C. Porquê as gengivas inflamam ao redor de coroas protéticas. In: ATUALIZAÇÃO Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 20, p. 543-576.
- PASSANEZI, E. JANSON, W. A.; JUNIOR, A. C.; SANTANES, A. C. P. Planejamento periodontal tendo em vista tratamentos estético e protético. In: ATUALIZAÇÃO Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 1998. Cap.20, p. 481-540.
- RANFJORD, S. P. Periodontal aspects of restorative dentistry. *J. Oral Rehab.*, v. 1, p. 107-26, 1974.
- RICHTER, H.; UENO, H. Relationship of crown margin placement to gingival inflammation. *J. Prosthet. Dent.*, v. 30, p. 156-61, 1973.
- SILNESS, J. Periodontal conditioned in patients treated with dental bridges. *J. Periodont. Res.*, v. 5, p. 60-8, 1979.
- _____. Periodontal conditions in patients treated with dental bridges: the influence of full and partial crowns on plaque accumulation, development of gingivitis and rocket formation. *J. Periodont. Res.*, v. 5, p. 219-24, 1970.
- STEIN. R. S.; GLICKMAN, J. Prosthetic essencial for gingival healt. *Dent. Clin. N. Amer.*, p. 177-80, Mar. 1960..
- WAERHAUG, J. Histologic consideration with govern where the margens of restauration should be lacated in relation to the gingive. *Dent. clin. N. Amer.*, n. 4, p. 161-76, 1960.
- WILSON, T. G. JR. Patient Compliance to sussestep oral hygiene and maintenance affect periodontal therapy. *Dental Clin. N. Amer.*, v. 52, n. 2, p. 389-403, 1998.

Periodontal maintenance in patients with fixed prosthesis

Abstract

The authors discuss periodontal maintenance in patients with fixed prosthesis, and propose based on the research literature, an extensive and elaborated oral hygiene program, that begins before fixed prosthesis installation. Etiological, local, and occlusal factors as well as surgical correction of abnormalities must be the focus before prosthesis installation. After that an extensive educative program must be settled with emphasis on patient education and motivation about prevention and oral hygiene instruction.

Key words: Periodontal maintenance, Fixed prosthesis, Oral hygiene education.

GARBELINI, W. J.; SELLA, M; SELLA, R. C.; FANCIO, K. Periodontal maintenance in patients with fixed prosthesis. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 31-36, out. 2001.