

ALTERAÇÕES DENTOFACIAIS RELACIONADAS À ESTÉTICA DAS PRÓTESES DENTÁRIAS

Dental facial reforms related to aesthetics dental prostheses

Maria Inez Lemos Peliz **Fernandes***
Karla Valéria Sarmiento Costa **Siqueira****
Mauro de **Melo*****
José Marcos Alves **Fernandes******

RESUMO

A expectativa dos pacientes em relação ao resultado estético dos trabalhos odontológicos exige do profissional uma visão mais ampla do tratamento e a observação, além dos aspectos dentários, de todas as estruturas que dão harmonia à face. Este trabalho tem por objetivo descrever, por meio da revisão de literatura, as alterações dentofaciais mais frequentes que podem interferir na estética das próteses dentárias. Para perceber essas alterações, o cirurgião-dentista precisa ter conhecimento dos princípios e referências que regem a estética facial, realizar um minucioso exame clínico e um criterioso plano de tratamento inter e multidisciplinar.

UNITERMOS

Prótese dentária, Reabilitação bucal, Estética dentária.

INTRODUÇÃO

A busca por um belo sorriso tem tornado os pacientes cada vez mais exigentes, levando os profissionais a incluírem, no planejamento da prótese dentária, o aspecto estético. Como a prótese, geralmente, conclui os procedimentos realizados pelas outras especialidades, compete a ela maior responsabilidade no resultado estético. Em qualquer reabilitação protética, para obtenção do melhor resultado estético, além do conhecimento da normalidade anatômica do sorriso e das referências e princípios da estética dentofacial, o profissional deve elaborar um criterioso plano de tratamento inter e multidisciplinar, levando em consideração as aspirações do paciente, as limitações técnicas e as particularidades de cada caso clínico. Este trabalho tem por objetivo descrever as alterações dentofaciais que ocorrem com maior frequência e que podem interferir na estética das próteses dentárias.

REVISÃO DE LITERATURA

Avaliação estética do sorriso e princípios de estética dentofacial

O sorriso padrão costuma exibir o comprimento total dos dentes anteriores superiores até os pré-molares, a curva incisiva dos dentes paralela à curvatura interna do lábio inferior e os dentes

anteriores superiores, tocando ou deixando um mínimo espaço com o lábio inferior (Tjan e Miller³¹ 1984).

Em odontologia, uma aparência considerada agradável está relacionada com princípios de simetria. Assim, nas reabilitações de dentes anteriores devem ser analisados a simetria da face e dental, inclinação dos dentes, gengiva marginal, ameias, ponto de contato interproximal, forma e contorno dos dentes, textura da superfície dental, linha do sorriso e harmonia da curvatura incisal dos dentes (Davis⁶ 2007; Pietrobon e Paul²⁵ 1997). Incluem-se, ainda, como critérios estéticos, as referências horizontais (linhas que passam por diferentes segmentos da face: pupilas, narinas, ófrio e comissuras labiais), as referências verticais (linhas sagital mediana e interincisiva) e as referências sagitais (contorno dos lábios superior e inferior) (Davis⁶ 2007; Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

A Proporção Áurea é considerada importante no diagnóstico, avaliação e planejamento estético do sorriso, oferecendo critérios mais precisos para a análise estética-morfológica dos dentes (Javaheri e Shahnava¹⁰ 2002).

A estética gengival é tão importante quanto a estética da restauração protética. Mesmo na implantodontia, para um planejamento adequado, deve-se avaliar a necessidade de reconstrução óssea, do restabelecimento do contorno da mucosa periimplantar, da formação da papila interproximal e da quantidade e qualidade

*Mestre (FOB-USP) e Doutora (FOAr-UNESP) em Dentística Restauradora, Professora Associada do Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral da FO/UFG.

**Cirurgião-Dentista, Especialista em Prótese Dentária pela ABO-Anápolis.

***Professor Titular das disciplinas de Oclusão; Anatomia e Escultura Dental; Pré-Clinica I; Odontologia Legal e Bioética da FO/UFG. Mestre e Doutor em Prótese Dentária (FOB-USP), Especialista em Prótese Dentária.

****Especialista (FOB-USP), Mestre e Doutor em Periodontia (FOAr-UNESP), Professor Adjunto do Departamento de Ciências Estomatológicas da FO/UFG.

de tecido gengival. Outros fatores, como o corredor bucal, papila interdental (Miyashita e Fonseca¹⁸ 2004), sexo, idade, raça, condições musculares, esqueléticas e comportamentais foram citados por Duarte e Castro⁸ (2004), como importantes na avaliação estética do sorriso. Conceição *et al*⁴ (2005), reafirmaram a necessidade da visão global do profissional, quando da realização de trabalhos que envolvam a estética dentofacial.

Com relação às próteses sobre implante, na região anterior da maxila, uma análise sistemática e abrangente da área desdentada inclui, ainda, a avaliação da dimensão mesiodistal do segmento desdentado, o exame tridimensional da crista óssea alveolar, do estado dos dentes adjacentes e das relações entre arcos (Lindhe¹² 2005).

O conhecimento e o domínio da análise facial, gengival e dentária, tornaram-se imprescindíveis na prática da Odontologia Estética Moderna, pois o poder de atração da face humana depende do equilíbrio de todo este conjunto (Costa *et al*⁵ 2005).

Defeitos e alterações dentofaciais

Borghetti e Monnet-Corti² (2002), descreveram os defeitos periodontais antiestéticos como: doenças periodontais, invasão do espaço biológico, assimetrias gengivais, recessões teciduais marginais localizadas, rebordos edentados, interferência do freio no contorno gengival, exibição gengival excessiva, papilas interdentárias deficientes ou ausentes e discromias gengivais. Outras alterações que interferem no sorriso, como apinhamento dentário, deformidade alveolar, falta de mucosa queratinizada e exposição de componentes metálicos ou do implante que levam o paciente a manifestar alguma queixa, foram relatadas por Duarte e Castro⁸ (2004), Bottino³ (2004) e Miyashita e Fonseca¹⁸ (2004).

Para Mendes e Ottoni¹⁶ (2005), os tecidos moles e duros que suportam a restauração necessitam de saúde em vários aspectos, incluindo qualidade, espessura, quantidade de tecido ósseo e gengival, presença de papila e ausência de qualquer inflamação. As cirurgias plásticas periodontais são técnicas capazes de oferecer sucesso na solução dos defeitos de tecido mole que interferem no planejamento estético e devem ser incorporadas ao tratamento.

Doenças periodontais

Pacientes portadores de gengivite podem apresentar tecidos gengivais edemaciados e disformes, gerando problemas estéticos. Com o tratamento periodontal e controle do biofilme, é possível manter os dentes severamente comprometidos, sem perdas adicionais de inserção. No entanto, a manutenção deles pode comprometer a estética e a função. A substituição por próteses implanto-suportadas, freqüentemente, melhora a estética, a função e o conforto do paciente (Dinato e Polido⁷ 2001).

Fatores associados às gengivites, ao tratamento das periodontites, recessões gengivais e ausência de papilas, interferem na estética gengival (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). Pacientes de risco à doença periodontal podem, ainda, apresentar: mobilidade, migração, tecido gengival flácido, avermelhado e muitas vezes sem contorno adequado, associados à perda óssea (Pegoraro²⁴ 2004).

Duarte e Castro⁸ (2004), enumeraram os fatores determinantes da saúde e estética dos tecidos periodontais, relacionados com a confecção de próteses, como o restabelecimento de espaço biológico, minimização do traumatismo aos tecidos periodontais, adaptação marginal, contorno e polimento das margens cervicais das próteses e ajuste oclusal.

Assimetrias gengivais

A harmonia dos tecidos gengivais é fundamental para a aparência estética das próteses dentárias. Os tecidos gengivais seguem, de forma geral, a configuração do colo dos dentes e do tecido ósseo subjacente. Quando saudáveis, preenchem totalmente as ameias cervicais e as margens gengivais se apresentam com bordas finas (Mendes e Bonfante¹⁵ 1994). A correção das assimetrias gengivais recorre a diferentes técnicas e, freqüentemente, à associação de várias delas, como o aumento cirúrgico da coroa, tração ortodôntica, recobrimento radicular e preenchimento de crista (Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

Para Bottino³ (2004), o parabolismo gerado pelo posicionamento da gengiva marginal em relação às coroas dentárias é harmonioso quando os limites gengivais dos incisivos centrais superiores estão situados em um mesmo nível, de modo simétrico, e são coincidentes com os

limites gengivais dos caninos superiores, enquanto que as alturas dos incisivos laterais superiores não ultrapassam os limites de seus contíguos. Miyashita e Fonseca¹⁸ (2004), ressaltaram a forma do arco côncavo gengival, que nos incisivos centrais e caninos superiores, localiza-se para distal em relação ao longo-eixo dental e coincide com o longo-eixo nos incisivos laterais superiores. A linha gengival do canino até o segundo molar pode apresentar-se decrescente em altura, quando se analisa os dentes posteriores. Para Marques *et al*¹³ (2005), no contorno cervical, pequenas discrepâncias entre as margens gengivais podem apresentar um aspecto agradável, mas as discrepâncias bruscas devem ser corrigidas (Figura 1).



Figura 1. Assimetria da gengiva marginal dos dentes anteriores.

Assimetrias da face

Sob o ponto de vista estético, próteses bem indicadas e confeccionadas, tornam possível, na maioria das vezes, recuperar um posicionamento labial favorável, devolvendo a simetria e harmonia facial. Para caracterizar um sorriso com conotação agradável deve-se avaliar a simetria considerando-se diversos aspectos como: linha labial, curvatura do lábio superior, simetria do canto da boca e linha do sorriso. Em relação à simetria do canto da boca, esta condição pode ser alterada por razões patológicas, como por exemplo, no caso de parestesia labial ou devido a hábitos parafuncionais, levando a um sorriso assimétrico (Duarte e Castro⁸ 2004).

O planejamento e o tratamento em odontologia precisam estar integrados e em harmonia com a face, que é o ponto base do equilíbrio estético. Linhas imaginárias, tanto no sentido vertical quanto no horizontal, podem ser utilizadas como pontos de referência para realizar uma análise estética da face (Conceição *et al*⁴ 2005; Marques *et al*¹³ 2005). Sutis discrepâncias, assimetrias, giroversões ou desalinhamentos nem sempre

comprometem a harmonia e a estética do sorriso (Marques *et al*¹³ 2005). Conceição *et al*¹ (2005), destacaram a importância de se observar a condição de “suporte” dos dentes para os lábios. A perda de suporte pode ocasionar uma reversão ou um deslocamento dos lábios para o interior da cavidade bucal, gerando desarmonia entre os lábios e a face, além de propiciar a ocorrência de rugas de expressão.

Ausência de papilas

A visibilidade da papila faz parte dos critérios estéticos quando o sorriso expõe as ameias cervicais dentárias. Com menor incidência, a hipertrofia e a hiperplasia de uma ou de várias papilas podem atrair o olhar e suscitar uma visão antiestética (Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

A ausência de papila pode induzir problemas estéticos, fonéticos e de impacção alimentar. No segmento anterior, a ausência de uma ou de várias papilas pode acarretar um problema estético o “buraco negro”, não-aceito pelo paciente (Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Nordland e Tarnow²² 1998; Salama *et al*²⁷ 1998). O condicionamento gengival proporciona a recuperação da papila interdental, a reconstituição do arco côncavo gengival e a eliminação de “buracos negros” (Oliveira *et al*²³ 2002). O prognóstico para a reconstrução ainda é incerto e o planejamento não se limita ao tratamento periodontal isolado (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). Entre os implantes, o valor da perda na altura da crista óssea pode influenciar, ou não, na formação de papila (Tarnow *et al*³⁰ 2003).

Para reconstituição das papilas gengivais perdidas, Bottino³ (2004), sugeriu que as formas das coroas temporárias e finais devem ser convexas nas superfícies proximais cervicais, servindo de suporte para o tecido gengival, que comprimido entre as proximais, cresce em direção incisal, formando a papila.

A eliminação dos “buracos negros” entre os pânticos é conseguida com o remodelamento do rebordo residual, através das coroas provisórias (Pegoraro²⁴ 2004). Nas reabilitações com implante, esse procedimento pode ser obtido antes da segunda fase da etapa cirúrgica (Morais¹⁹ 2005).

Recessões gengivais

A classificação das recessões do tecido

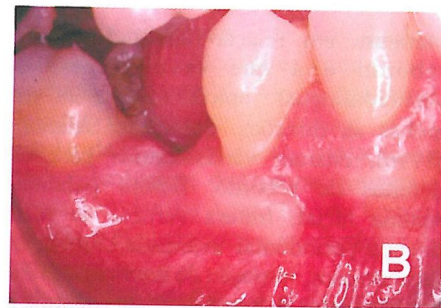


Figura 2. Correção cirúrgica da recessão gengival, previamente à confecção da prótese. Aspecto inicial (A) e após 30 dias (B).

marginal baseia-se na migração apical dos tecidos e na perda óssea interproximal. Os principais fatores causais são a inflamação periodontal induzida por placa e o trauma causado pela escovação. O controle destes fatores, em muitos casos, irá prevenir a progressão futura da retração (Lindhe¹² 2005). Para a prevenção de recessões gengivais é importante o reconhecimento do tipo de gengiva, se espessa ou fina, em torno dos dentes que irão receber as restaurações protéticas (Müller e Eger²¹ 2002). A recessão de tecido marginal é considerada de origem multifatorial, sendo fundamental analisar os fatores predisponentes (anatômicos) e os desencadeantes, antes de instituir qualquer tratamento. Recessões gengivais pós-protéticas podem ocorrer e comprometer o resultado esperado. Estão relacionadas à prótese e a seu efeito iatrogênico e devem ser evitadas através da adequação da gengiva marginal desfavorável. Para as relacionadas ao envelhecimento do periodonto e à erupção passiva não há possibilidade de tratamento (Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

As recessões gengivais são altamente prevalentes e motivo de descontentamento estético por parte dos pacientes (Bottino³ 2004). Em jovens, o trauma de escovação é a causa predominante. Em adultos, a doença periodontal pode ser a causa primária. A faixa de gengiva não é fator essencial para a prevenção de retração gengival, mas o desenvolvimento da retração resultará em perda da faixa de gengiva (Lindhe¹² 2005) (Figura 2: A e B).

Sorriso gengival

É possível uma combinação dos tratamentos periodontal e protético para melhorar a estética dentofacial. Quando o paciente apresenta linha alta do sorriso com exposição incompleta da coroa, o

tratamento cirúrgico com exposição da coroa anatômica resulta numa melhoria na estética. O sorriso gengival pode ser corrigido pela técnica mais indicada após avaliação das características dos dentes, localização da junção cimento-esmalte em relação à crista alveolar e quantidade de gengiva inserida (Rosenblatt e Simon²⁶ 2006; Menestrer e Komatsu¹⁷ 2002) (Figura 3).

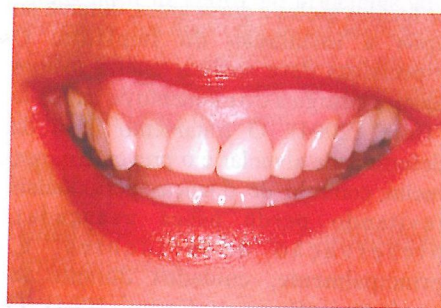


Figura 3. Dentes curtos e sorriso gengival alto. A estética dentofacial pode ser melhorada com cirurgia periodontal.

Borghetti e Monnet-Corti² (2002), distinguiram três causas frequentemente associadas ao sorriso gengival: a erupção passiva incompleta, o crescimento gengival e o excesso maxilar anterior. Pacientes com linha labial superior alta mostram mais os tecidos gengivais, exigindo maiores cuidados restauradores (Miyashita e Fonseca¹⁸ 2004). Embora a quantidade de exposição gengival possa ser corrigida cirurgicamente, essa opção deve ser muito criteriosa para não criar danos ao sistema periodontal, por alterar a proporção coroa clínica/inserção óssea radicular (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). A avaliação do sorriso gengival só deve ser considerada após a erupção de todos os dentes permanentes e, preferencialmente, após o final do período de crescimento do complexo maxilomandibular (Duarte e Castro⁸ 2004).

Defeitos do rebordo

A classificação mais citada na

literatura em relação aos defeitos do rebordo é a que envolve perdas: vestibulolingual, apicocoronária e em ambas as direções. Seibert e Salama²⁸ (1996), citaram várias causas para os defeitos de rebordo: fissura palatina, trauma facial, fratura vertical da raiz, doença periodontal avançada, formação de abscessos, remoção de tumores e falha nos implantes. A forma da crista edêntula é resultado de diferentes formas de cicatrização (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). Em relação às reabsorções alveolares, freqüentes na clínica odontológica, o tipo de reabilitação do paciente é que vai determinar o tratamento indicado (Bottino³ 2004).

Segundo Pegoraro²⁴ (2004), deve-se avaliar as características do rebordo e a necessidade de correção cirúrgica com finalidade protética. Em implantes osseointegrados, é necessário reconstruir os tecidos moles e duros antes, durante ou após a instalação do implante. O especialista deve analisar qual a melhor técnica cirúrgica e o momento de indicá-la (Tosta³³ 2004). O tratamento ideal da deformidade alveolar é o preventivo, que inclui controle de doenças periodontais (evitando perda óssea avançada), preservação de acidentes, e, principalmente, cuidados durante as exodontias (Duarte e Castro⁸ 2004). O planejamento para aumento de rebordo, pré-cirúrgico e pré-protético, é necessário para se alcançar um ótimo resultado estético (Lindhe¹² 2005).

Violação do espaço biológico

Maynard e Wilson¹⁴ (1979), recomendaram 5mm de tecido queratinizado (3mm aderido e 2mm livre) e uma dimensão fisiológica sulcular, mínima, de 1,5 a 2,0mm para colocação de margens restauradoras intra-sulculares, quando houver envolvimento estético. Restaurações apicalmente ao rebordo gengival, em zonas de gengiva queratinizada estreita ou ausente, na presença de placa bacteriana, pode favorecer a migração apical dos tecidos moles (Ericsson e Lindhe⁹ 1984). Stetler e Bissada²⁹ (1987), observaram que os limites subgengivais vão gerar mais inflamação em zonas com uma faixa estreita de gengiva (menos de 2mm) do que em zonas com uma faixa larga, sem para isso chegar a uma perda de inserção.

Para Borghetti e Monnet-Corti² (2002), a violação do espaço biológico

durante a confecção de uma prótese resulta em comprometimentos estéticos, como recessão gengival e respostas inflamatórias e que as reações inflamatórias dos tecidos periodontais são as mesmas dos tecidos periimplantares, qualquer que seja o biótipo periodontal, plano e espesso ou fino e festonado. É imprescindível a recuperação das distâncias biológicas para evitar a inflamação crônica, perda óssea alveolar, recessão gengival e formação de bolsas periodontais (Bottino³ 2004) (Figura 4: A e B).

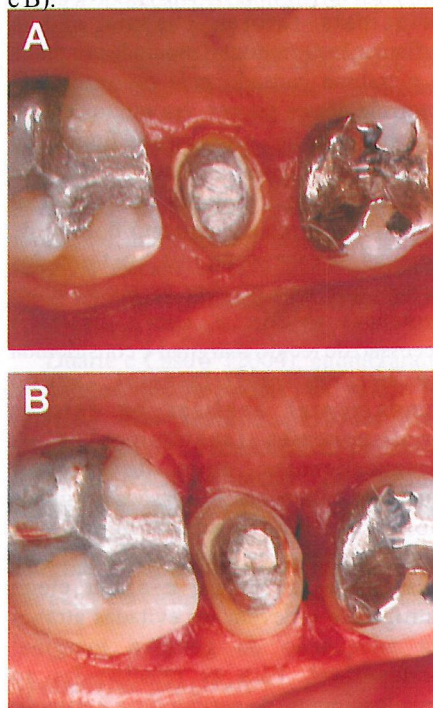


Figura 4. Recuperação cirúrgica das distâncias biológicas para confecção da prótese. Antes (A) e após o procedimento cirúrgico (B).

Discromias gengivais ou pigmentações gengivais

Após a instalação da prótese, pode ocorrer cianose gengival, devido à translucidez dos tecidos gengivais ou por causas inflamatórias decorrentes de uma adaptação marginal deficiente (Mendes e Bonfante¹⁵ 1994). São etiologias locais das discromias: acúmulo de melanina, sinais devido a fenômenos de corrosão e discromias radiculares (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). As técnicas comumente usadas no tratamento são: abrasão ou excisão das camadas superficiais da gengiva, enxerto gengival livre de epitélio-conjuntivo ou o enxerto de matriz dérmica acelular (Bottino³ 2004). A alteração de cor pode ser permanente ou retornar em um período de

um ano ou mais (Lindhe¹² 2005).

Alterações dentais

Mendes e Bonfante¹⁵ (1994), ressaltaram a composição dentária esteticamente agradável quando em proporção áurea. Os aspectos importantes numa avaliação estética incluem a textura de superfície, posição e alinhamento, cor, tamanho e forma, dimensão, perfil, idade e relações inter e intra-arcos (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). A presença de agenesias, diastemas e dentes anteriores com desarmonia de forma e tamanho alteram a harmonia facial e podem interferir na estabilidade emocional e social do paciente. O cirurgião-dentista, através do conhecimento científico das técnicas restauradoras e da normalidade anatômica dos dentes, pode devolver ao paciente saúde bucal e geral, melhorando sua auto-estima. A reabilitação protética exige estudo e individualização da prótese sem perder de vista a harmonia com as estruturas remanescentes (Bottino³ 2004; Conceição et al⁷ 2005; Marques et al¹³ 2005).

Interferência do freio

A eliminação de um freio desarmonioso resulta na melhora do sorriso e contorno gengivais e pode estar associada às técnicas de aumento coronário (Borghetti e Monnet-Corti² 2002). Segundo Bimstein et al¹ (2003), a frenectomia é indicada quando o freio estiver localizado apical às áreas de recessão e associado à incapacidade de limpeza adequada da área. Pode influenciar, indiretamente, nas retrações gengivais, interferir no movimento do lábio superior e levar à simulação de lábio duplo, o que gera sorriso fora dos padrões estéticos (Duarte e Castro⁸ 2004).

O frênulo labial em interação anormal pode causar diastemas, retração gengival, restrição dos movimentos labiais, produzindo um aspecto estético desfavorável, afetar fonação, induzir a hábitos viciosos, interferir na escovação dentária e predispor a gengiva marginal às doenças periodontais, por facilitar o acúmulo de placa bacteriana (Kina et al¹¹ 2005).

DISCUSSÃO

A literatura descreve vários princípios e referências que podem ser usados na

avaliação da estética facial, mas a harmonia entre os dentes, gengiva, lábios e face do paciente é consenso entre os autores (Davis⁶ 2007; Marques *et al*¹³ 2005; Duarte e Castro⁸ 2004; Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Morley e Eubank²⁰ 2001). Assim, também, é ponto comum entre os mesmos autores que as alterações dentofaciais, como as doenças periodontais, assimetrias da gengiva e da face, ausência de papila, recessões gengivais, sorriso gengival, defeitos do rebordo, violação do espaço biológico, discromias gengivais, alterações dentais e interferências do freio podem comprometer a estética final das próteses dentárias.

Nas reabilitações estéticas é necessário não só considerar os fatores diretamente relacionados à peça protética a ser instalada e a expectativa do cliente, mas, também, analisar a conveniência de um tratamento integrado (Bottino³ 2004; Conceição *et al*⁴ 2005).

A ausência de papilas, principalmente na região anterior, cria "buracos negros" extremamente antiestéticos e não mais aceitos pelo paciente. Embora Oliveira *et al*²³ (2002), tenham recomendado o condicionamento gengival para recuperação da papila interdental, reconstrução do arco côncavo gengival e eliminação de "buracos negros", nenhum resultado científico apresentou, ainda, técnicas específicas confiáveis. O prognóstico para a reconstrução é incerto e o planejamento não se limita ao tratamento periodontal isolado (Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

A confecção de próteses em regiões estéticas realça defeitos que, na condição clínica inicial, o paciente não percebia; portanto, é importante o esclarecimento sobre as alterações observadas e as possibilidades de correção. O planejamento visando a prevenção também é essencial, pois a prótese colocada subgengivalmente, pode provocar alterações recessivas (Lindhe¹² 2005; Duarte e Castro⁸ 2004; Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Müller e Eger²¹ 2002).

Há concordância entre os autores sobre a necessidade de planejamento com medidas corretivas mais cuidadosas, no tratamento do sorriso que expõe excessivamente a gengiva. A seleção entre as várias modalidades de tratamento depende de diagnóstico criterioso para evitar danos ao periodonto (Rosenblatt e Simon²⁶ 2006; Lindhe¹² 2005; Duarte e

Castro⁸ 2004; Miyashita e Fonseca¹⁸ 2004; Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Menestrer e Komatsu¹⁷ 2002).

A confecção de próteses, tanto dento como implantesuportadas, em áreas de exigência estética, requer a correção ou adequação do rebordo alveolar com a preservação ou manutenção do espaço biológico, visando a um resultado estético favorável e estável (Bottino³ 2004; Tosta³³ 2004; Duarte e Castro⁸ 2004; Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Seibert e Salama²⁸ 1996).

Características dentais como: tamanho, forma, cor, proporção, textura superficial, alinhamento, linha média, relação com gengiva e lábios e relação entre arcos, quando alteradas, afetam a harmonia facial e precisam ser observadas na avaliação estética do sorriso. A correção deve ser incluída no plano de tratamento (Conceição *et al*⁴ 2005; Lindhe¹² 2005; Javaheri e Shahnava¹⁰ 2002; Borghetti e Monnet-Corti² 2002; Morley e Eubank²⁰ 2001). Em relação às alterações de cor da gengiva, deve-se respeitar a opinião do paciente e orientá-lo quanto ao tratamento e suas conseqüências, como a possibilidade do reaparecimento das pigmentações (Lindhe¹² 2005; Duarte e Castro⁸ 2004; Bottino³ 2004; Borghetti e Monnet-Corti² 2002). O freio, principalmente o labial superior, pode causar problemas estéticos devido à inserção ou volume alterados. De acordo com o caso, pode ser indicada a frenectomia ou frenotomia (Kina *et al*¹¹ 2005; Duarte e Castro⁸ 2004; Bimstein *et al*¹ 2003; Borghetti e Monnet-Corti² 2002).

O profissional deve desenvolver o hábito de ouvir as queixas e expectativas do paciente, pois, nem sempre, a avaliação do clínico e a percepção do paciente, sobre as necessidades estéticas do caso, são concordantes (Tortopidis *et al*³² 2007). Os princípios que regem a estética do sorriso são apenas referências e não normas rígidas e o plano de tratamento deve ser personalizado para cada paciente (Bottino³ 2004). A intenção de alcançar valores estéticos excelentes no tratamento não é uma questão de sorte, mas de planejamento (Lindhe¹² 2005).

CONCLUSÃO

Com base na literatura consultada, é possível concluir que as alterações dentofaciais que podem interferir na estética final das próteses dentárias são:

assimetrias gengivais e da face, doenças periodontais, recessões gengivais, ausência de papila, sorriso gengival, defeitos do rebordo (espessura, altura, regularidade dos tecidos), violação do espaço biológico, discromias gengivais, alterações dentais (cor, forma, textura, posição e alinhamento) e interferência do freio.

SUMMARY

The patients expectation related to the aesthetics results of the dentistry results demands of the larger professional point of view and observation, over the dentistry aspects, of all structures that give harmony to the face. This work aims to describe, by a literature review, the most frequent dental facial alterations that can interfere in the dental prostheses aesthetics. To perceive these alterations and reference, clinics need to know the principles and references that direct the facial aesthetics. They need to do a careful clinic exam and follow a criterious plan of inter and multidisciplinary treatment.

UNITERMS

Dental prostheses, Buccal rehabilitation, Dental aesthetics.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bimstein E et al. Saúde e doenças periodontais e gengivais: crianças, adolescentes e adultos jovens. São Paulo: Santos, 2003.
2. Borghetti A, Monnet-Corti V. Cirurgia plástica periodontal. São Paulo: Artmed, 2002.
3. Bottino MA. Clínica odontológica brasileira. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
4. Conceição EN et al. Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. São Paulo: Artmed, 2005.
5. Costa CP, Pinho L, Arouca SE. Estética gengival e dentária: a busca do equilíbrio. Rev Dent Press Estet 2005;2(2):21-36.
6. Davis NC. Smile design. Dent Clin North Am 2007apr;51(2):299-318.
7. Dinato JC, Polido WD. Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
8. Duarte CA, Castro MVM. Cirurgia estética periodontal. São Paulo: Santos, 2004.
9. Ericsson I, Lindhe J. Recession in sites with inadequate width of the keratinized gingiva. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol 1984feb;11(2):95-103.
10. Javaheri DS, Shahnava S. Utilizing the concept of the golden proportion. Dent. Today 2002 jun;21(6):96-101.
11. Kina JR, Luvizuto ER, Macedo APA, Kina M. Frenectomia com enxerto gengival livre: caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba 2005 jan/jun;26(1):61-4.
12. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

13. Marques S et al. Estética com resinas compostas em dentes anteriores. São Paulo: Santos, 2005.
14. Maynard JG Jr, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. *J Periodontol* 1979apr;50(4):170-4.
15. Mendes WB, Bonfante G. Fundamentos de estética em odontologia. São Paulo: Santos, 1994.
16. Mendes MTM, Ottoni J. Parâmetros previsíveis para a formação de papila periimplantar. *Implant News* 2005maio/jun;2(3):237-42.
17. Menestrer RS, Komatsu J. Recuperação da linha do sorriso utilizando procedimentos cirúrgico e restaurador. *JBD* 2002 jul/set;1(3):226-30.
18. Miyashita E, Fonseca A. Odontologia estética: o estado da arte. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
19. Morais JAND. Condicionamento gengival prévio ao segundo tempo cirúrgico em implantes osseointegrados. *Revista Brasileira de Implantodontia e Prótese sobre Implantes* 2005jan/mar;12(45):47-52.
20. Morley J, Eubank J. Macroesthetic elements of smile design. *J Am Dent Assoc* 2001jan;132(1):39-45.
21. Müller HP, Eger T. Mastigatory mucosa and periodontal phenotype: a review. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002apr;22(2):172-83.
22. Nordland WP, Tarnow DP. A classification system for loss of papillary height. *J Periodontol* 1998oct;69(10):1124-6.
23. Oliveira JA, Ribeiro EP, Conti PCR, Valle AL, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002;10(2):99-104.
24. Pegoraro LF. Prótese fixa. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
25. Pietrobon N, Paul SJ. All-ceramic restorations: a challenge for anterior esthetics. *J Esthet Dent* 1997;9(4):179-86.
26. Rosenblatt A, Simon Z. Lip repositioning for reduction of excessive gingival display: a clinical report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2006oct;26(5):433-7.
27. Salama H, Salama MA, Garber D, Adar P. The interproximal height of bone: a guidepost to predictable aesthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1998nov/dec; 10(9):1131-41.
28. Seibert JS, Salama H. Alveolar ridge preservation and reconstruction. *Periodontol* 2000 1996jun;11: 69-84.
29. Stetler KJ, Bissada NF. Significance of the width of keratinized gingival on the periodontal status of teeth with submarginal restorations. *J Periodontol* 1987oct;58(10):696-700.
30. Tarnow D, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC, Salama M, Salama H, Garber DA. Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J. Periodontol* 2003 dec;74(12):1785-8.
31. Tjan AH, Miller GD, The JG. Some esthetic factors in a smile. *J Prosthet Dent* 1984jan;51(1):24-8.
32. Tortopidis D, Hatzikyriakos A, Kokoti M, Menexes G, Tsiggos N. Evaluation of the relationship between subjects' perception and professional assessment of esthetic treatment needs. *J Esthet Restor Dent* 2007; 19(3):154-62.
33. Tosta M. Colocação de implantes em áreas estéticas com defeitos ósseos localizados: abordagem simultânea. *Revista ImplantNews* 2004 set/out;1(5):385-92.

AUTOR RESPONSÁVEL

Mauro de Melo

Rua C-254 Qd. 579 Ap. 1202 Nova Suíça
Fones: (62) 3259 5667 / 3877 1819 / 8118 7556

E-mail: maurodemelo2005@hotmail.com

Recebido para publicação: 10/10/2007

Aceito para publicação: 24/11/2007