

Substituição de restaurações cervicais parte I: quais os limites da restauração?

LOBO, Maristela

Mestre em Cariologia e Doutora em Dentística pela FOP-UNICAMP

Especialista em Periodontia pela EAP-APCD

Professora dos Cursos de Pós-Graduação em Odontologia Estética e Especialização em Implantodontia do SENAC-SP

Coordenadora do Curso de Aperfeiçoamento em Odontologia Estética Multidisciplinar da APCD – Regional Americana

TONOLLI, Gustavo

Mestre em Odontologia pela UNIARARAS

Pós-graduado em Odontologia Estética SENAC-SP

Professor Assistente do Curso de Especialização em Dentística do CETAO-SP

Por que é importante?

O manejo da zona de transição entre a gengiva e a coroa clínica do dente requer a perfeita integração da dentística e da periodontia, e o respeito ao espaço de cada tecido a ser restaurado. Quando possível, convém restaurar o dente com os materiais que mais se assemelhem ao tecido coronário perdido, bem como recobrir a estrutura radicular exposta com o tecido gengival.¹⁻⁴

Frequentemente, as restaurações situadas em região cervical invadem a superfície radicular, determinando dentes alongados e antiestéticos (Fig. **A-C**), e falham devido à complexidade da adesão ao substrato dentinário radicular⁵ e à inflamação que podem causar ao nível da margem gengival, retraindo-a ainda mais.⁶

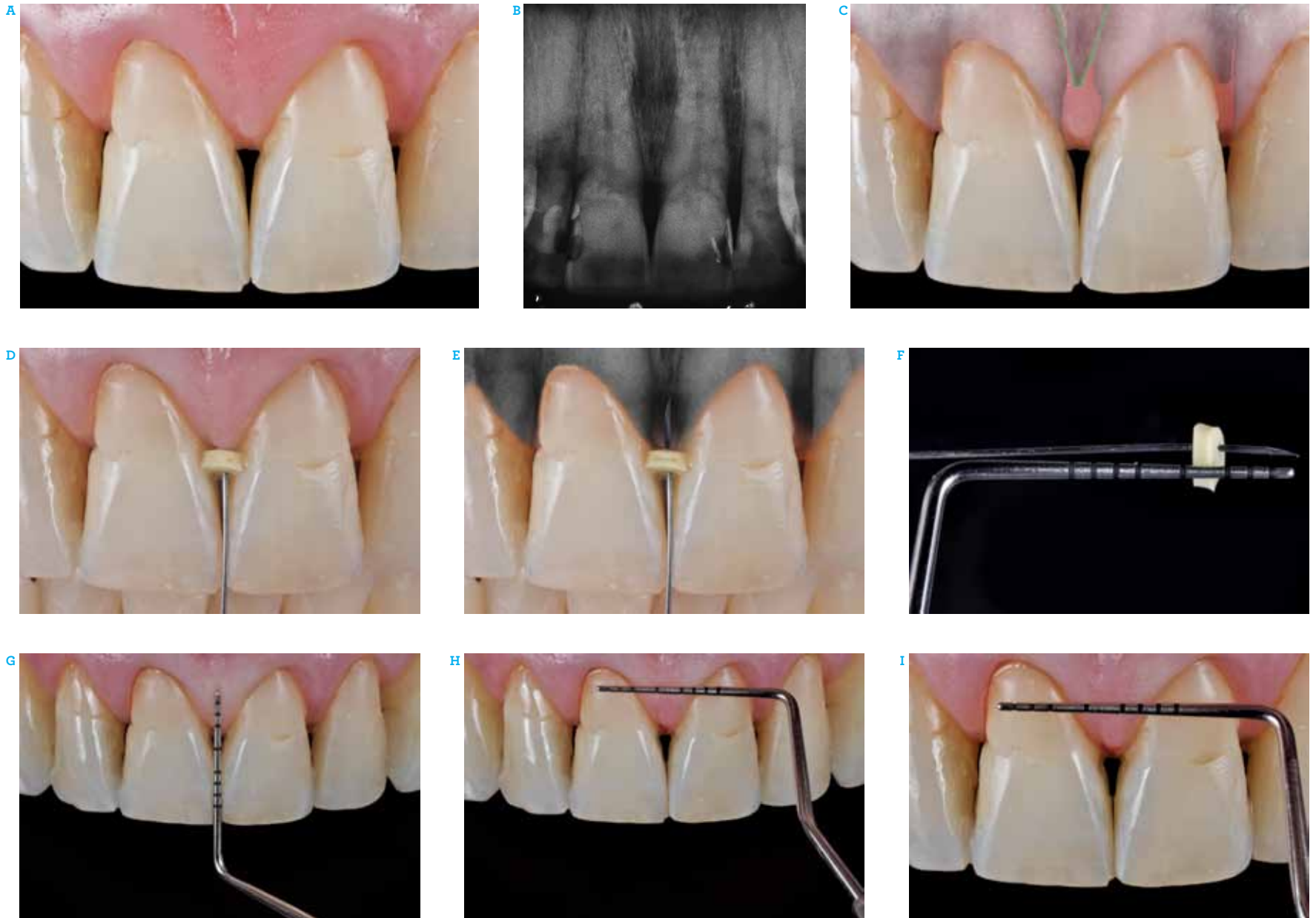
Uma vez que esses casos geralmente envolvem dentes múltiplos previamente restaurados, nos quais já não é possível identificar a posição da junção cimento-esmalte (JCE), é necessário determinar o limite cervical da nova restauração, definindo a posição de uma JCE estimada (JCEe).⁷ Na maioria dos casos, a JCEe coincide com a linha de previsibilidade do recobrimento radicular (LPRR),⁸ determinada pela posição da crista óssea proximal, que representa a principal fonte de nutrição ao tecido gengival que será enxertado e deslocado em direção coronal, durante um procedimento de recobrimento radicular.

O que é necessário?

Radiografia periapical; anestésico tópico; anestésico lidocaína a 2% (adrenalina 1:100.000); agulha hipodérmica longa; seringa Carpule; stop de borracha cortado em triângulo; e sonda periodontal milimetrada do tipo Williams.

Como fazer?

1. Determinar a altura da crista óssea proximal – ela deve ser aferida medindo-se a distância entre a extremidade mais coronal da papila interdental até a crista óssea alveolar, utilizando-se uma agulha hipodérmica com stop de borracha, posicionada o mais paralelo possível com relação à linha média dental e ao ponto de contato (Fig. **D-F**). Geralmente, o pico ósseo proximal coincide com a base da papila, e essa posição deve ser projetada à raiz, em ambos os lados, determinando dois pontos por onde passa uma reta (Fig. **G-I**).
2. Determinar a JCEe ou LPRR – esses pontos bilaterais devem ser unidos com uma linha em parábola, paralela à margem gengival retraída. Desse modo, é determinada a linha de previsibilidade de recobrimento radicular (LPRR), que também representa a linha cervical limítrofe para a restauração, ou JCEe (Fig. **J-N**).



As restaurações deficientes, do ponto de vista da manutenção da saúde e da estética, invadem áreas que poderiam ser recobertas por tecido gengival. A substituição delas requer a determinação de um limite para a restauração ou a junção cimento-esmalte estimada (JCEe). Identificar a posição da crista óssea proximal é fundamental para determinar a JCEe ou a linha de previsibilidade de recobrimento radicular (LPRR) (A-C). Mede-se a distância da ponta da papila até a crista óssea alveolar proximal utilizando-se uma agulha com stop de borracha e posicionando essa agulha paralelamente à linha média dental, encostada no ponto de contato. Transfere-se a medida para uma sonda periodontal milimetrada do tipo Williams (D-F). Com a sonda periodontal, estima-se a posição da crista óssea alveolar, sobre a qual se imagina uma linha horizontal que determina dois pontos na margem gengival dos dentes adjacentes (G-I).



Tangenciando os dois pontos na margem gengival dos dentes adjacentes, uma linha imaginária parabólica é desenhada, seguindo paralelamente a margem gengival existente. Essa linha corresponde à JCEe ou à LPRR e representará o limite cervical da restauração a ser feita (J). Comparativo entre a nova restauração, respeitando a JCEe, e a restauração antiga (K-N).

Considerações finais

Determinar as proporções das estéticas branca e rosa é fundamental para o sucesso no tratamento da zona de transição. O limite dessas áreas geralmente é dado pela junção cimento-esmalte, quando está preservada. Entretanto, quando essa linha de referência está ausente e há a necessidade de restaurar-se a anatomia da região cervical dos dentes, faz-se necessário determinar uma JCE estimada – que corresponde, simultaneamente, ao limite cervical da restauração e ao limite coronal do recobrimento radicular. Essa abordagem permite maior controle da adesão e do polimento das restaurações cervicais, bem como preserva a margem gengival para o subsequente recobrimento radicular.

Referências

1. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13.
2. Lucchesi JA, Santos VR, Amaral CM, Peruzzo DC, Duarte PM. Coronally positioned flap for treatment of restored root surfaces: a 6-month clinical evaluation. *J Periodontol.* 2007 Apr;78(4):615-23.
3. Rasperini G, Rocuzzo M, Francetti L, Acunzo R, Consonni D, Silvestri M. Subepithelial connective tissue graft for treatment of gingival recessions with and without enamel matrix derivative: a multicenter, randomized controlled clinical trial. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2011 Apr;31(2):133-9.
4. Zucchelli G, Gori G, Mele M, Stefanini M, Mazzotti C, Marzadori M, et al. Non-carious cervical lesions associated with gingival recessions: a decision-making process. *J Periodontol.* 2011 Dec;82(12):1713-24. Epub 2011 May 4.
5. Karan K, Yao X, Xu C, Wang Y. Chemical profile of the dentin substrate in non-carious cervical lesions. *Dent Mater.* 2009 Oct;25(10):1205-12. Epub 2009 May 21.
6. Allegri MA, Landi L, Zucchelli G. Non-carious cervical lesions associated with multiple gingival recessions in the maxillary arch: a restorative-periodontal effort for esthetic success: a 12-month case report. *Eur J Esthet Dent.* 2010 Spring;5(1):10-27.
7. Cairo F, Pini-Prato GP. A technique to identify and reconstruct the cemento-enamel junction level using combined periodontal and restorative treatment of gingival recession. A prospective clinical study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010 Dec;30(6):573-81.
8. Zucchelli G, Testori T, De Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession: a new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol.* 2006 Apr;77(4):714-21.