



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**ANDRÉA C. PINHATTI**

CIRURGIÃ-DENTISTA

# **INTER-RELAÇÃO PERIODONTIA E PRÓTESE**

**Orientador: Prof. Dr. ENILSON ANTÔNIO SALLUM - FOP - UNICAMP**

MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, DA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS PARA  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM  
PERIODONTIA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
BIBLIOTECA

003

PIRACICABA - S.P.  
1998



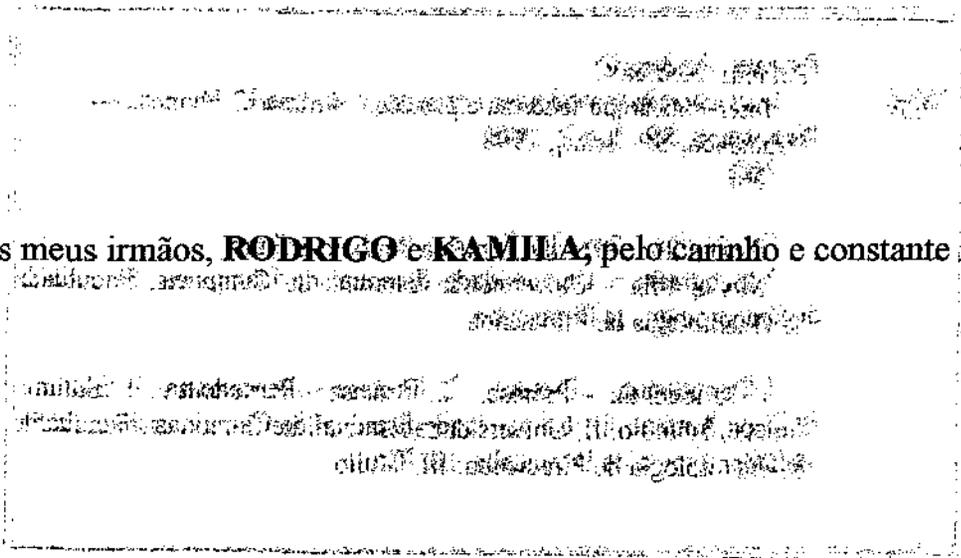


## DEDICATÓRIA

Ao **JÚNIOR**, pela vida sempre existente em seu olhar.

Aos meus pais, **HERMES** e **MARLENE**, que somente Deus poderá retribuir tudo que me proporcionaram.

*(Faint, illegible text)*



Aos meus irmãos, **RODRIGO** e **KAMILA**, pelo carinho e constante receptividade

*(Faint, illegible text)*

## ***AGRADECIMENTOS ESPECIAIS***

Ao meu orientador **Prof. Dr. ENILSON ANTÔNIO SALLUM** pela experiência científica e contribuição ao estudo.

A todos os professores da Área de Periodontia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-UNICAMP, principalmente ao **Prof. Dr. ANTÔNIO WILSON SALLUM** pelo grande exemplo de dedicação ao trabalho e amor a pesquisa.

Aos meus **amigos** do Curso de Especialização de Periodontia, pelo companheirismo e amizade.

À **DANIELA**, o meu muito obrigado.

## **SUMÁRIO**

<b>1- Resumo.....</b>	<b>pg. 1</b>
<b>2- Introdução.....</b>	<b>pg. 3</b>
<b>3- Revisão da Literatura.....</b>	<b>pg. 6</b>
<b>4- Discussão.....</b>	<b>pg. 14</b>
<b>5- Conclusão.....</b>	<b>pg. 18</b>
<b>6- Summary.....</b>	<b>pg. 20</b>
<b>7- Referências Bibliográficas.....</b>	<b>pg. 22</b>



## **RESUMO**

A autora aborda a integração das restaurações ou prótese com o periodonto, levando em consideração os aspectos anatomo-funcionais. Os artigos analisados demonstraram uma correlação direta entre os corretos procedimentos protéticos e o controle da placa bacteriana.

Palavras-chave: Doença Periodontal

Adaptação Cervical



## **1- INTRODUÇÃO**

## ***1- INTRODUÇÃO***

Segundo **MOLONE (1990)<sup>9</sup>**, o objetivo de todo dentista é manter a saúde dental de seus pacientes. Com os avanços da odontologia restauradora, é possível reconstruir uma boca totalmente cariada até as raízes; mas é um trabalho extremamente difícil manter a saúde de uma boca após a ocorrência da doença periodontal avançada. A melhor forma de prover aos nossos pacientes a saúde bucal continuada é através da prevenção, do diagnóstico e do tratamento precoce das possíveis alterações nos tecidos periodontais (gengiva, osso e ligamento).

Por definição, gengiva é a parte da mucosa bucal que recobre o processo alveolar e as porções cervicais do dente. Tradicionalmente tem sido dividida gengiva inserida e gengiva livre.

A gengiva inserida estende-se desde a borda gengival até a junção muco-gengival que é contínua e sem nenhuma interrupção com a mucosa da bochecha, lábio e assoalho da cavidade oral. Sua característica firme e resiliente é propiciada por inserção das fibras colágenas do tecido conjuntivo supra-alveolar e da lâmina própria ao cimento e osso. A camada superficial é revestida por um epitélio queratinizado ou paraqueratinizado cuja superfície apresenta depressões e elevações, tendo a aparência de casca de laranja .

A gengiva livre é conhecida como mucosa alveolar, sendo um tecido bem delimitado e bastante móvel por estar frouxamente inserido ao periósteo. Sua superfície é lisa, revestida por epitélio não-queratinizado e visivelmente mais vermelha do que a gengiva inserida.

O papel da placa bacteriana, como principal fator etiológico da doença periodontal é bem evidente e foi demonstrado inicialmente por **LÖE et al. (1965)<sup>8</sup>** com o estudo da "gengivite experimental em humanos". A experiência consistia em obter pacientes com gengivas saudáveis e poucas bactérias presentes na superfície cervical do dente. Microscopicamente, estas regiões apresentavam células epiteliais descamadas com algumas bactérias sobre ou entre as células. Destes microorganismos, cerca de 90% eram cocos e bastonetes gram-positivos e os demais gram-negativos. Porém, quando suspensa

todas as medidas de higiene oral, a composição na placa mudava.

Durante o dois primeiros dias sem qualquer procedimento de higiene oral, ocorria um aumento de número de todos os tipos de bactérias ( cocos e bastonetes gram-negativo em maior proporção). Já na segunda fase (3 à 4 dias), era caracterizada pela proliferação de bactérias fisiformes e filamentadas. Enquanto na terceira fase (5 à 9 dias), apareceram espirilos e esprioquetas de tal maneira que a flora complexa observada na placa “envelhecida” tinha se estabelecido.

Segundo os autores, uma camada de placa clinicamente evidenciável podia ser observada após 24 horas.

O cálculo dental é uma forma secundária de contribuição para a inflamação gengival, porque retém placa bacteriana e é permeável aos produtos tóxicos, por tanto é um reservatório de microorganismos que provocam inflamação gengival.



## ***2 - REVISÃO DE LITERATURA***

## **2 - REVISÃO DE LITERATURA**

Diversas experiências em animais e clínicos tem sido conduzido para investigar a saúde periodontal relacionado à localização da coroa marginal. Em um estudo histológico em cachorros, **MARCCUM (1967)**<sup>10</sup> observou uma resposta favorável do periodonto se localizado a crista da margem gengival, também comparado com localização sub ou supragengival. Houve um pequeno aumento na profundidade de bolsa, apesar do controle periódico, mas isto se deve ao fato da placa bacteriana reter entre os dentes, com a coroa marginal localizada no sulco gengival. perda de attachment foi grande na superfície vestibular, devido ao procedimento de higiene oral. A perda de attachment pode ser pelo resultado de outros processos inflamatórios ou falta de uma técnica de escovação adequada. Não houve diferença na freqüência de aparecimento de lesão cariiosa em coroas localizada sub ou supragengival. Estudos relataram que indivíduos diagnosticados com doença periodontal e que foram tratados e receberam instrução de higiene oral com motivação antes do tratamento protético, demonstraram ser mais favoráveis à saúde periodontal depois da cimentação. As alterações moderadas no periodonto e as poucas lesões de cárie mostrou no estudo ser viável a relação no grau de motivação do paciente para o tratamento a nível de higiene oral.

**RICHTER et al.**<sup>19</sup>, em 1973, estudou as 12 coroas confeccionadas em primeiro molar permanente. Avaliações foram feitas de 3 em 3 anos considerando:

- 1) saúde da gengiva
- 2) mudança de profundidade de sulco
- 3) contorno gengival
- 4) acúmulo de placa bacteriana.

Os resultados desse estudo sugerem que o ajuste e o acabamento da coroa total pode ser mais significante para a saúde gengival do que a localização do término cerical. Apesar destes resultados, 3 fatores sugerem a direção clínica para localização da margem coronal supragengival ser possível. Primeiro, observações clínicas em muitas formas de

coroa de ouro demonstrou que esta localização da coroa, nestes estudos foram atípicos na consideração de excelente contorno e margem. Segundo, embora não estatisticamente diferentes, foi conseqüentemente encontrada para uma avaliação criteriosa e específica, poucas diferenças que são notadas invariavelmente favorecido à localização supragengival. Terceiro, além do serviço clínico 3 anos mostraria diferenças significativas.

**NYMAN et al.(1975)<sup>15</sup>** relataram que uma correta oclusão pode ser utilizada para estabilizar e manter estabilizada uma prótese fixa em pacientes com notada redução do suporte do tecido periodontal. O material consistia em 20 pacientes adultos, na idade entre 27 e 69 anos, com avançada destruição periodontal, combinada com extensiva perda dental. Depois do tratamento periodontal, o paciente foi reabilitado com prótese fixa cuja estabilização foi avaliada desde 2 para 6 anos. Os resultados mostraram que a permanente estabilidade da prótese fixa pode ser obtido em pacientes onde existe um mínimo de remanescente de tecido de suporte periodontal, que estava sempre combinada com uma notada hiper mobilidade dental. Foi obtido um tratamento correto da doença periodontal, por estabelecimento de uma adequada oclusão na posição intercuspídea. Ocorreram riscos de mobilidade na prótese nos movimentos excursivos da mandíbula, contatos de balanceio foram estabelecidos para prevenir a migração, inclinação e aumento da mobilidade. Alguns estudos mostraram que pântico cantilever pode ser usado para estabilizar e manter a estabilizada a prótese fixa.

**VALDERHAUG et al (1976)<sup>23</sup>**, relataram os estudos feitos durante 5 anos num grupo de pacientes (114) que foram tratados com prótese fixa. Oitenta e quatro por cento dos indivíduos tinha recebido tratamento periodontal antes da abordagem protética. Durante as observações os pacientes participaram de um efetivo programa de higiene oral. Coroas localizadas subgengivalmente proporcionam condições desfavoráveis à gengiva e perda da função, isto provavelmente causado por inflamação gengival. Depois de 5 anos, entretanto, somente 5% da profundidade de bolsa nas coroas dentais excederam 3 mm e não mais de 5 mm. Quando a prótese fixa é adequadamente

confeccionada e o paciente mantém satisfatoriamente a higiene oral, provavelmente pequenos prejuízos são causado aos tecidos periodontais quando as coroas marginais estão localizadas supragengivalmente.

**NYMAN et al. (1979)<sup>13</sup>**, mostraram tratamento em pacientes com periodontite avançada, onde houve exodontia e colocação da prótese fixa. Realizando uma manutenção da higiene oral antes da instalação da prótese fixa e depois com um programa severo de controle de placa bacteriana. Porém as próteses fixas com coroa subgengival facilitava a impactação de microorganismos, com isso ocasionava não só cáries como também recorrência da doença periodontal com a ausência de uma terapia de suporte.

Já **MAYNARD et al.(1979)<sup>12</sup>**, concordam que há muitos componentes para uma bem sucedida restauração e que requer considerações diárias na terapia. A preservação da saúde periodontal é a abordagem mais significativa de um prognóstico a longo tempo em dente restaurado. Estes componentes tem sido termo da dimensão fisiológica do periodonto que são fundamentais para sucesso da restauração. A palavra "fisiológico" foi escolhida porque é um meio que "consiste com a função normal de um organismo". A preservação intacta da unidade dentogengival com a margem gengival coronal frágil pela função cimento-esmalte em um estado de ótima saúde é compatível com a função normal do dente. Quanto ao tratamento do paciente, o objetivo da terapia restauradora pode ser bem clara. O primeiro objetivo básico é a preservação do dente. A realização deste objetivo ficará menos distante da complexidade se for considerado independente a restauração da função, conforto e estética, mas este não é o caso. O mais recente objetivo usualmente requer sofisticada restauração e isso inclui restauração com margens intrasulculares. Embora isto seja distante do aceito, a melhor margem da restauração deve ficar localizado supragengival à margem tecidual, a maior parte das restaurações tem margens subgengivais, e permanente dano tecidual é comum. Na tentativa de alcançar seus objetivos, a restauração deve lembrar preceitos fundamentais para a saúde profissional, que é: a não iatrogenia. Diariamente observações de 3

dimensões fisiológicas permite que a terapia restauradora dos dentes seja feita com a mínima injúria ao periodonto.

Os autores **LANG et al. (1982)**<sup>7</sup>, relatam que as mudanças na microflora subgingival em restaurações com saliência demonstrou um potencial mecanismo de início de uma doença periodontal com aumento de gram-negativo. Em restaurações com excesso marginal foram notadas bactérias aeróbicas, anaeróbicas facultativas, gram-negativos, e bacterióides que produzem pigmentação preta; isto tudo subgingivalmente e com um quadro de periodontite crônica crescente. Porém onde a restauração subgingival se caracterizava saudavelmente se observava uma inicial gengivite. Mudanças na microflora depois de confeccionado uma restauração com excesso marginal se caracterizava com potencial mecanismo para iniciação da doença periodontal associado como fator iatrogênico. Concluímos que este estudo demonstraram que restauração com excesso marginal localizadas subgingival resulta em mudanças na composição da microflora dos tecidos gengivais e alguns podem estar associados com periodontite. Pelo presente documento é óbvio que o fator iatrogênico é que desencadeia o processo inicial da doença periodontal.

**CARVALHO et al.(1989)**<sup>6</sup>, diz em seus estudos que não podemos pensar em termos de profundidade clínica do sulco obtida por sondagem. Temos que nos basear no conhecimento dos parâmetros histológicos. Mesmo que a profundidade histológica fosse maior, teríamos que permanecer nos mesmos 0,5 mm para evitarmos o desenvolvimento de nichos onde ocorrem retenção bacteriana e tornarmos higienizável a região marginal das restaurações através de técnicas de escovação intrasulculares e interproximais.

Segundo **SORENSEN(1990)**<sup>21</sup>, pesquisas anteriores de coroa marginal é revisada e métodos de medição são comparados e examinados minuciosamente. Um método padronizado para a determinação da coroa marginal é introduzido. Um raciocínio biologicamente orientado é apresentado para análise de parâmetros de medidas. Estes sistemas posicionam uma forte ênfase nos fatores de medida que influem

na acumulação de placa bacteriana e nas mediações microbiológicas ao redor das coroas, ultimamente afetando a saúde gengival. Amostras de coroas foram cimentadas e embutidas nas matrizes principais sendo seccionadas a face vestibulo-lingual e mesio-distal. Fotografias das margens com restaurações indiretas em resinas compostas indicando o aparecimento do perfil de emergência foram usadas para determinar as discrepâncias marginal vertical e horizontal. Três medidas foram observadas em sete sistemas coronários para a discrepância marginal vertical e horizontal de cada coroa. A variação da observação interna era de 10 um para a horizontal e 9 um para a vertical na discrepância marginal.

**MALONE (1990)<sup>9</sup>**, diz em seus estudos que a localização das margens das restaurações deveriam ficar supragengivalmente para evitar cáries dentais e doença periodontal, pois a margem é excelente nicho de retenção bacteriana.

**CARNEVALE et al.(1990)<sup>4</sup>**, descreveram um estudo retrospectivo a qual o padrão gengival e periodontal em dente natural e coroa seja avaliado. 510 dentes com coroa e 510 dentes naturais em 109 sujeitos foram examinados. O intervalo de tempo entre o tratamento e o exame clínico era: 1) 1 à 3 anos para 270 dentes; 2) 3 à 5 anos para 168 dentes; 3) 6 à 9 dentes para 62 dentes. 90% dos pacientes eram chamados porque requeriam profilaxia de 3 em 3 meses; 8% retornava de 6 em 6 meses; 2% de mês em mês o índice de placa e gengiva eram examinados em 4 lados dos dentes e a profundidade de bolsa em 6 faces do dente, sendo posteriormente avaliado estatisticamente. Os resultados indicaram que não havia diferença entre o índice de placa e o índice gengival tanto nas coroas como nos dentes naturais. Em adição o padrão gengival de coroas e dentes naturais não dependia das margens das coroas subgengivais ou supragengivais.

Segundo **REEVES (1991)<sup>18</sup>**, restaurações com margem subgengival estavam associadas com o desenvolvimento da placa bacteriana e relacionada com

doença periodontal inflamatória, primeiramente porque uma mudança na microflora subgengival associada com uma proliferação desta progrediria para uma doença. A intensidade e a extensão de inflamação marginal é influenciada por 4 fatores: fracasso para manter o perfil emergente; inabilidade para término adequado e/ou adaptação da margem subgengival; localização da margem subgengival em uma área mínima que não tenha gengiva inserida, e violação do espaço biológico. Todas as restaurações deviam ter uma margem localizada supragengivalmente para evitar doença periodontal por iatrogenia. Entretanto, a consideração destes 4 fatores ajudaria a reduzir o impacto oposto da margem restauradora subgengival que seria o excesso marginal. Quanto mais supragengivalmente uma restauração, menos chance de provocar inflamação gengival. Adicionando outros aspectos o autor concorda que uma restauração localizada supragengival pode conseguir um bom término e consequentemente obter maior acesso para avaliação de cáries recorrentes ou deteriorização marginal, através de manutenção com rechamadas periódicas. Se uma restauração marginal se estender abaixo da gengiva marginal, é necessário seguir os seguintes critérios:

- 1) correto perfil de emergência mantido;
- 2) correta adaptação e término do preparo;
- 3) uma adequada faixa de gengiva inserida esteja presente;
- 4) não violar o espaço biológico.

Se estes critérios forem seguidos, o impacto da localização será significamente reduzida.

**SELBY(1992)<sup>20</sup>**, afim de justificar o tempo e as despesas envolvidas no tratamento restaurador, no qual é muito complexo, há uma expectativa de um resultado favorável e sucesso a longo prazo. Longevidade na prótese fixa não depende somente da precisão e habilidade com que o trabalho é realizado, mas também das condições sócio-econômicas do paciente. O autor procurou rever a literatura em uma tentativa de determinar a incidência dos insucessos e os tipos de insucessos que ocorrem. Há uma consideração de alguns fatores importantes no custo pré-operatório e uma discussão detalhada de vários aspectos da confecção da prótese fixa.

**ALLEN(1993)<sup>1</sup>**, confere que é necessário algum tipo de cirurgia para o aumento de coroa clínica quando formos remover cáries, confeccionar restaurações em dentes que ultrapasse o limite do espaço biológico ou restaurações retentivas e estéticas. Esta cirurgia para aumento de coroa clínica é necessário para promover um acesso e forma adequada as restaurações ou coroas protéticas sem prejudicar o periodonto. As restaurações não pode ultrapassar mais que 0,5mm ou 1mm subgingivalmente, se não invadirá o espaço biológico. Se houver violação do espaço biológico haverá uma reação do periodonto causando uma inflamação crônica e localizada deste.

**PARASHIS et al. (1994)<sup>16</sup>**, perceberam que o aumento de coroa tem sido observado em vários tratamentos para restauração de dente com uma redução de coroa clínica subsequente a diferentes tipos de trauma. Dentes multiradiculares, entretanto, apresentam formatos anatômicos incorretos, semelhante a uma área de furca e correspondendo ao osso intrarradicular, a área retromolar, e linha oblíqua externa, podendo esta limitação a possibilidade para um tecido fraco e redução óssea e minimizando estes efeitos faz-se o procedimento de aumento de coroa. Seu artigo descreveu modificações cirúrgicas para reconstrução da anatomia, onde tem-se dificuldades presentes em dentes multiradiculares quando é requerido o aumento de coroa. A secção de raiz é discutida como alternativa para cirurgia convencional quando esta não é possível.

**WOLFFE et al.(1994)<sup>24</sup>**, estudos freqüentemente são feitos para relacionar o problema periodontal com restaurações estéticas. Esta técnica fornece saúde e estabilidade ao periodonto. Tendo-se em consideração o espaço biológico.



### *3- DISCUSSÃO*

### 3- DISCUSSÃO

O trabalho do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal dos pacientes consiste em um procedimento árduo e com um sucesso a longo prazo duvidoso, pois depende principalmente da persistência e cooperação do mesmo na utilização de técnicas de higiene bucal. Assim, não podemos esquecer que o controle de placa é um dos pontos principais na prática odontológica, pois sem ele a saúde bucal nunca pode ser alcançada nem preservada (CARRANZA et al. 1992<sup>5</sup>).

MANSON et al.<sup>11</sup>, em 1993, afirmam que a educação e motivação do paciente, deve envolver uma contínua dedicação, muito embora esta difícil tarefa de ensinar procedimento de higiene bucal pareça fácil. Porém, é obrigação do cirurgião-dentista a utilização de técnicas restauradoras que propiciem uma adequada reposição das estruturas dentais perdidas sem criar nichos que facilitam o acúmulos de alimentos e microorganismos dificultando a higienização (LANG, 1983<sup>7</sup>).

É válido salientar que todos os materiais de uso odontológico apresentam alterações dimensionais, portanto, em qualquer procedimento restaurador ocorrerá imperfeições estéticas e funcionais que determinam sua substituição ao decorrer do tempo.

Nas reabilitações protéticas, a solubilidade dos agentes cimentantes, as contrações dimensionais dos materiais moldadores, gesso, metais e porcelanas ou resinas produzem um desajuste cervical que favorece o acúmulo de placa bacteriana, sendo confirmado por VALDERHAUG (1977)<sup>23</sup>, ao observou clinicamente e histologicamente que a presença de próteses fixas influenciam as condições periodontais.

CARVALHO et al.<sup>6</sup>, em 1989, complementa que a justeza de adaptação marginal determina o selamento da interface material restaurador - dente. Quanto menor o desajuste, menor a linha de cimento, e conseqüentemente menor a retenção bacteriana. O autor também descreve 4 níveis de localização das margens das restaurações, tendo como referência o sulco histológico, sendo:

1- Supra-sulcular: margem cervical da restauração localizada coronariamente ao nível da gengiva marginal;

2- Gengival: limite cervical da restauração ao nível gengival;

3- Intra-sulcular: limite cervical da restauração dentro do sulco histológico, sem invadir o espaço biológico;

4- Sub-sulcular: limite cervical da restauração invadindo o espaço biológico.

Segundo o autor, uma restauração com término cervical sub-sulcular favorece a retenção de placa bacteriana e inviabiliza sua higienização.

Estes resultados são confirmados por **MALONE (1990)**<sup>9</sup> ao relatar que as restaurações não devem ser localizadas subgengivalmente dentro do tecido conjuntivo, mas levadas intra-sulcular sem violar o espaço biológico.

Contudo, estas afirmações não foram observadas por **CARNEVALE et al.**<sup>4</sup>, em 1990, ao realizarem um estudo retrospectivo do padrão gengival e periodontal em dente natural e coroa. Os resultados indicaram que não havia diferença entre o índice de placa e o índice gengival tanto nas coroas como nos dentes naturais. Segundo o autor o padrão gengival de coroas e dentes naturais não dependia das margens das coroas subgengivais ou supragengivais.

Talvez estas discordâncias entre os autores seja melhor explicadas por **RICHTER et al.**<sup>19</sup>, em 1973, que analisando a saúde e o contorno gengival, a profundidade do sulco e o acúmulo de placa bacteriana em molares permanentes com coroas, observaram que a adaptação e o acabamento das coroas eram mais importantes para a saúde gengival do que a localização do término cervical.

**AMSTERDAN (1984)**<sup>2</sup>, dizia em seu estudo que logo que se torna óbvio a existência de uma doença na cavidade bucal, a única lógica que se aproxima é o tratamento. Segundo o autor quando os sintomas e modificações são diagnosticadas mais cedo, melhores resultados são obtidos com um mínimo de tempo, energia e dinheiro. Porém nas situações em que a doença não são reconhecida precocemente, o prognóstico é menos favorável e o tratamento muito mais complicado. Sob tais circunstâncias, ainda que um ótimo resultado seja concluído, o prognóstico mais favorável menospreza um gasto máximo da produção. Por isso, uma distinção deve ser feita entre o procedimento geral e o complexo, nesta sofisticada e dispendiosa inter-relação periodontal e prótese.

**NYMAN et al. (1975)<sup>15</sup>**, complementa que em estágios avançados da doença periodontal o colapso do periodonto pode ter progredido para um nível onde o tratamento freqüentemente deve envolver a extração de um ou vários dentes. Em tais casos, a reabilitação protética é freqüentemente necessária para restaurar a função e/ou a estética. Em pacientes, vítimas da doença periodontal avançada apenas alguns dentes podem ser tratáveis, e portanto disponível como pilar para uma prótese. Além do mais, até após o tratamento periodontal, os dentes pilares com pronunciada mobilidade podem mostrar sinais de aumento da mobilidade em virtude de sobrecargas mastigatórias.



#### 4- CONCLUSÃO

#### 4- CONCLUSÃO

À partir das observações descritas neste trabalho podemos concluir que:

- 1- a motivação do paciente é de fundamental importância no controle da placa bacteriana
- 1- a falta de controle da placa bacteriana pode interferir no tratamento protético;
- 2- os retornos periódicos dos pacientes afim de manter um controle adequado de higiene oral é indispensável para o sucesso do tratamento restaurador;
- 3- a adaptação e o acabamento das margem das restauração podem favorecer o desenvolvimento da doença periodontal;



## *5- SUMMARY*

The author discuss the interrelationship between restorative dentistry, prosthesis and periodontics, taking into account the anatomic and functional aspects. The studies showed a direct relation between correct prosthodonts procediments and plaque management.

Key words: Periodontal Disease  
Cervical Adaptation

devido à sua natureza multifatorial, a doença periodontal é considerada uma das principais causas de perda de dentes em adultos. A etiologia da doença periodontal é complexa, envolvendo fatores locais e sistêmicos. Os fatores locais incluem placa bacteriana, cálculo, má oclusão, prótese mal adaptada e tabaco. Os fatores sistêmicos incluem diabetes mellitus, doenças autoimunes, alterações na resposta imune e uso de medicamentos como corticosteroides. O diagnóstico da doença periodontal é baseado na avaliação clínica e radiográfica. O tratamento é multidisciplinar, envolvendo a remoção da placa bacteriana, o uso de antibióticos e a realização de procedimentos cirúrgicos quando necessário. A prevenção da doença periodontal é baseada na higiene bucal adequada e na realização de consultas regulares ao dentista.

## ***6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ALLEN, E.P. Surgical crown lengthening for function and esthetics. Dent. Clin. of North Am., V.37, n.2, p.163-179, April 1993.
- 2- AMSTERDAM, M., Periodontal prosthesis: Twenty-five years in Retrospect. Part V. Final treatment plan, The Compendium of Continuing Education, Pennsylvania, v.5, n.7, p.577-587, Jul.Aug. 1984.
- 3- BRÄGGER, U., LAUCHENAUER, D., LANG, N. P., Surgical lengthening of the clinical crown., Brägger et al., Berne, v.19, p.58-63, 1992.
- 4- CARNEVALE, G., FEBBO, G. di., FUZZI, M., A retrospective analysis of the periodontal aspect of teeth re-prepared during periodontal surgery, Carnevale et al., Italy, Journal Clin Periodontol, v.17, p.313-316, June 1990.
- 5- CARRANZA, F.A.J. Glickman periodontia clínica, 7. Ed. Guanabara, Koogan, 1992.
- 6- CARVALHO, J.C.M., TRISTÃO, G.C., PUSTIGLIONI, F.E. A periodontia e a prótese. Rio de Janeiro: quitessence Publishing Co, 1989, p.47-81

- 7- LANG, N. P., KIEL, R. A., ANDERHALDEN, K., Clinical and microbiological effects of sub-gingival restorations with overhanging or clinically perfect margins, Journal of Clinical Periodontology, Berne, v.10, p.563-578, Sep. 1983.
- 8- LÖE, H., THEILADE, E., JESEN, B. Experimental gingivitis in man, J. Periodontology, v.36, p.177-187, 1965.
- 9- MALONE, W.F.P. et al. Teoria e Prática de Prótese Fixa de Tylman, 8 Ed., p.53-77, Artes Médicas,1990.
- 10- MARCUM, J.S. The effects of crown marginal depth upon gingival tissues, J. Prosth. Dent., v.17, p.479, 1967.
- 11- MANSON , J.D., ELEY, B.M. Manual de Periodontia, 1 ed., São Paulo, Editora Santos, 1993.
- 12- MAYNARD, J. G., WILSON, R. D. K., Physiologic Dimensions of the Periodontium significant to the Restorative Dentist, Physiologic Dimensions of Periodontium, v.50,n.4, April 1979.
- 13- NYMAN S., LINDHE J., A Longitudinal study of combined periodontal and

- prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease, Journal of Clinical Periodontology, Gothenburg, v.50, n.4, p.163-169, April 1979.
- 14- NYMAN, S., LINDHE J., Prosthetic rehabilitation of patients with advanced periodontal disease, Journal of Clinical Periodontology, Gothenburg, v.3, p.135-147, 1976.
- 15- NYMAN, S., LINDHE, J., LUNDGREN, D., The role of occlusion for the stability of fixed bridges in patients with reduced periodontal tissue support, Journal Clinical Periodontology, Gothenburg, v.2, p.53-66, October 1975.
- 16- PARASHIS, A., TRIPODAKIS, A., Crown lengthening and restorative treatment in mutilated molars, Quintessence International, Athens, v.25, n.3, p.167-172, 1994.
- 17- RAMEJORD, S. P., Periodontal aspects of restorative dentistry, Journal of Oral Rehabilitation, Michigan, v.1, p.107-126, September 1973.
- 18- REEVES, W. G., Restorative margin placement and health, The Journal of Prosthetic Dentistry, Oklahoma, v.66, n.6, p.733-736, December 1991.
- 19- RICHTER, W. A., UENO, H., Relationship of crown margin placement to gingival inflammation, J. Prosthet. Dent., Portland, v.30, n.2, p.156-161, August 1973.

- 20- SELBY, A., Fixed prosthodontic failure. A review and discussion of important aspects, Australian Dental Journal, Australia, v.39, n.3, p.150-156, 1992.
- 21- SORENSEN, J. A., a Standardized method for determination of crown margin fidelity, The Journal of Prosthetic Dentistry, Los Angeles, v.64, n.1, p.18-24, July 1990.
- 22- VALDERHAUG, J., BIRKELAND, J.M., Periodontal conditions in patients 5 years following insertion of fixed prostheses, Journal of Oral Rehabilitation, Norway, v.3, p. 237-243, June 1975.
- 23- VALDERHAUG, J., Periodontal conditions and carious lesions following the insertion of fixed prostheses: a 10-year follow-up study, J. Valderhaug fixed prostheses, Oslo, v.30, n.1, 1976.
- 24- WOLFFE, G.N., et al., Lengthening clinical crowns – A solutions for specific periodontal, restorative, and esthetic problems, Quintessence International, Netherlands, v.25, n.2, p.81-88, 1994.