



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Restauradora
Unidade de Prótese Dentária



FUNDAMENTOS DE ESTÉTICA EM PRÓTESE DENTÁRIA

Guilherme Brião Camacho

Ana Lúcia Caetano Pereira

Renato Fabrício de Andrade Waldemarin

Pelotas

2018

SUMARIO

	Página
INTRODUÇÃO	03
CAPÍTULO I	
Exposição de dentes e gengiva durante a fala e Sorriso	04
CAPÍTULO II	
Espaço negativo	09
CAPÍTULO III	
Ameias incisal, vestibular e gengival	10
CAPÍTULO IV	
Cor, forma e contorno gengival	14
Conclusão	24
Referências bibliográficas	25

FUNDAMENTOS DE ESTÉTICA EM PRÓTESE DENTÁRIA

Guilherme Brião Camacho¹

Ana Lúcia Caetano Pereira²

Renato Fabrício de Andrade Waldemarin³

INTRODUÇÃO

A Odontologia Clínica é a arte e a ciência de restaurar os dentes destruídos e repor os elementos dentários faltantes. O tratamento de um paciente, para que tenha êxito requer cuidadosa combinação de vários aspectos, dentre eles o conhecimento de estética, sempre lembrando que o indivíduo não está separado em partes, onde a função beleza ou estética é de crucial importância para nosso conhecimento.

1 Doutor em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Professor Titular da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Odontologia Restauradora.

2 Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Professora pela Unifenas - Universidade José do Rosário Vellano. Prática Clínica (atual).

3 Doutor em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Odontologia Restauradora.

CAPITULO I

EXPOSIÇÃO DE DENTES E GENGIVA DURANTE A FALA E SORRISO

Sem duvida, ao se avaliar no paciente a exposição dentária e gengival durante a fala e sorriso deve-se analisar o tamanho dos lábios, fato este que deve ser analisado já durante o exame clínico do paciente. Segundo MATTHEUS 1978 na sua definição de "Anatomia do Sorriso", os lábios podem ser divididos em lábios cheios, médios e finos quando olhados verticalmente; Em lábios longos, médios e estreitos quando horizontalmente e ainda, dividimos quanto à distância da base do nariz em compridos, médios e curtos quando se analisa o paciente com a boca fechada. Quando ligeiramente aberta, na maioria dos casos, observa-se a aparência apenas dos dentes superiores e em outro apenas os inferiores ou uma combinação de ambos. VIG tentou determinar que as diferenças podiam ser atribuídas tanto à idade, quanto ao sexo em pessoas com dentição natural e também mediu o comprimento, em milímetros, dos níveis visíveis dos dentes. Em média verificou-se 1,91 dos I.C. sup. nos homens e duas vezes mais nas mulheres. Os homens, entretanto, mostram mais os dentes inferiores dos que as mulheres. Observou ainda que com o aumento da idade, os incisivos superiores tomam-se menos visíveis enquanto nos inferiores ocorre o contrário.

Quando analisa-se o lábio em movimento observa-se que há também variação das partes visíveis do dentes em função da dinâmica labial. Analisando-se inicialmente o sorriso, ao qual o ângulo da boca vai para cima e para fora enquanto que os lábios permanecem fechados, as

peessoas que têm lábios superiores mais curto mostram parte de seus dentes. Progredindo para a risada, os lábios assumem uma nova configuração, separando o espaço destinado aos dentes com novas linhas, as chamadas linhas do sorriso. Numa dentição que parece harmoniosa, o lábio inferior sofre o curso dos dentes superiores, sendo que as pontas dos caninos são levemente tocadas. Situações onde se observa uma desarmonia facial podem ser determinados por uma linha de sorriso assimétrica da mesma forma que uma linha mais alta ou baixa pode valorizar ou não as porções gengivais dos dentes.

A - EXPOSIÇÃO DOS DENTES ANTERIORES

Quando se analisa a exposição dos dentes anteriores, a ênfase deve ser individualizada. Os incisivos centrais são o centro de atração no sorriso e na fala. HORN definiu-os como dentes dominantes onde apresentam ter a mesma forma e tamanho a primeira vista. Somente após uma observação mais exata, reconhecemos que um deles é maior que o outro, normalmente possuem a mesma direção axial. Os incisivos laterais geralmente são menores e mais curtos que os centrais e raramente são parecidos em forma e direção axial na mesma pessoa, e ainda apresentam espaço interdental incisal maior que os encontrados nos centrais. O canino apresenta a região cervical mais proeminente e giram levemente para baixo com as pontas ligeiramente arredondados.

A chanfradura incisal entre os cantos méso incisais e a porção distal do incisivo lateral é típica.

ILUSÕES:

Nossos olhos são em geral enganados por efeitos de ilusão óptica que também ocorrem na cavidade oral.

1ª - DIFERENÇA DE TAMANHO

Ao ver dois objetos de mesmo tamanho e de cor diferente, o mais claro parece maior (LOMBARD, 1973). Um dente deslocado lingualmente apresenta ser mais escuro e portanto menor. Da mesma forma, um dente deslocado para vestibular parece mais claro e portanto maior (GOLDSTEIN).

2ª - DIFERENÇA DE LARGURA

Quando analisa-se vários dentes com mesma largura mas comprimentos diferentes, quanto mais curto o dente mais largo ele irá aparentar. Este efeito óptico é notado na dentição normal na relação de tamanho entre os incisivos centrais e laterais.

B - EXPOSIÇÃO DOS DENTES POSTERIORES

Quando analisamos a exposição dos dentes posteriores, observamos o destaque das posições dos caninos por formar o limite entre as regiões anterior e posterior HORN 1978. Isto proporciona forma e profundidade ao arco dentário. Observando-se frontalmente os dentes alinhados, temos a ilusão que eles diminuem de tamanho no sentido ântero posterior. Como LOMBARD observou, estamos experimentando o Princípio da graduação que reside na paralaxe. Quando observamos duas estruturas de mesmo tamanho colocados a distância diferentes, a estrutura mais próxima passa a ser maior. Todavia, se forem colocadas estruturas mais

claras entre a mais anterior e a mais posterior, observamos uma diminuição gradual do tamanho, da frente para trás. A bochecha também reduz a luz disponível, aumentando o efeito da ilusão de óptica. Quando visto de um ângulo frontal, visualizamos, apenas a vertente externa na cúspide méso vestibular dos dentes posteriores superiores. Apenas no 1° pré-molar, devido à inclinação das pontas do canino para dentro, realmente iremos ver parte da vertente interna de sua cúspide vestibular. A distância que se pode ver para trás depende da linha do sorriso. Na maioria dos casos se estende ao 1° molar.

Devemos observar distúrbios da harmonia como por exemplo, um pré-molar muito curto perturbaria os princípios de graduação pois o curso da gengiva pode parecer acentuado neste caso. Se um pré-molar é mal posicionado, o princípio de graduação também é perturbado. Também se os dentes posteriores estiverem posicionados mais para palatina eles parecerão mais escuros e portamos menores. Outro detalhe mais importante diz respeito à linha do sorriso deslocada para cima onde os componentes gengivais são mais significativos. A harmonia não é perturbada até que as bordas gengivais não tenham mais a mesma altura e uma saliência gengival entre o canino e o pré-molar, fará com que isto ocorra levando a uma relação de tamanho opticamente desproporcional. Esta linha do sorriso é uma linha curva, cujo caminho segue a borda, dos centrais superiores para borda incisal dos laterais e, depois para a ponta do canino. O seu arco é determinado pela idade do paciente e decresce enquanto ele envelhece.

Outro fator a ser observado é a linha da gengiva no colo dos dentes que devem variar harmonicamente de altura onde observa-se

que deve ficar ligeiramente a nível ou abaixo da linha do lábio superior nos incisivos centrais, incisivos centrais, abaixo da linha da gengiva destes nos laterais e mais alta que a linha da gengiva dos incisivos centrais e laterais no canino e ainda ligeiramente abaixo desta nos pré-molares e molares. Ainda especial destaque deve ser dado à papila interdental que forma a maior parte da matriz do dente no caso da base visível da dentadura, por exemplo. Entretanto ela ocupa um terço da importância total na composição dental. Os outros dois terços são ocupados pelo dente e a sua posição. No entanto, durante a escavação de uma prótese total, ela não deve possuir uma conformação que facilite o depósito de resíduos e dificulte a higienização do paciente.

Os detalhes vistos acima possuem muita importância quando o profissional pretende realizar uma Reabilitação Oral, seja através de elementos isolados ou coletivos, seja através de uma prótese total sendo determinante no planejamento do trabalho quanto à seleção da técnica restauradora indicada para cada tipo de caso de forma a tomar o mais natural possível a aparência dos dentes e tecido gengival do indivíduo.

CAPITULO II

ESPAÇO NEGATIVO

Quando se observa um indivíduo conversando ou rindo, forma-se um espaço negro entre os dentes superiores e os inferiores. Este espaço foi chamado de "espaço negativo" (LOMBARD, 1973 e MATTHEUS, 1978).

Os dentes superiores, por serem claros, têm o efeito de silhuetas contra o escuro espaço negativo, fazendo grande contraste com o mesmo. Por esta razão, deve-se dar maior atenção à disposição deste espaço do que aos dentes propriamente ditos, porque seu efeito óptico é tão significativo quanto o das estruturas que o limitam. Na disposição dos dentes naturais, o curso da linha incisal dos dentes superiores e inferiores deve ser considerado. A linha incisal é sempre irregular e nunca deve ter a aparência de uma linha reta. (HORN. 1976).

Os dentes perdidos, bordas fraturadas, diastemas ou dentes girado, interrompem normalmente o espaço negativo, que de outro modo é fechado (LOMBARD, 1977).

Quando se analisa a linha incisal, observa-se que ela é dependente de fatores como sexo e idade, refletindo-se no espaço negativo. Nos indivíduos de sexo masculino observa-se a presença de ângulos agudos e formas quadrangulares em oposição aos dentes com ângulos e formas arredondadas do sexo feminino determinando uma maior irregularidade da linha incisal. Da mesma forma, com o passar dos anos os incisivos sofrem um desgaste normal e fisiológico deixando-os

com uma aparência uniforme dos bordos incisais e portanto este diminui no espaço negativo.

Os espaços entre os dentes anteriores e posteriores, que interrompem o espaço negativo, quanto ao seu tamanho e posição devem ser, artisticamente e higienicamente formados ou então tomam-se feios e criam depósitos para resíduos alimentares, placas bacterianas e tártaro. Devemos observar que os diastemas, quanto intencionalmente colocados, devem ser assimétricos e com uma extensão controlada. Diastemas muito largos parecem buracos pretos e os tomam também antiestéticos. Por outro lado, diastemas estreitos são difíceis de executar para que possam drenar partículas de alimentos e neste caso é preferível usar-se o vão. Um vão dá liberdade para a composição dental e difere dos diastemas ou espaços no que ele representa uma divergência proximal do dente anterior, do ponto de contato. Não há separação da superfície proximal, desde que os pontos de contato sejam conservados. Um vão é usado da mesma maneira que os diastemas ou os espaços, porém muito mais frequentemente e sua conformação é mais determinante do Espaço negativo.

O Espaço negativo também é influenciado pelo corredor bucal, pelo contraste das áreas claras e escuras e pela maior ou menor exposição dos dentes posteriores que determinará o espaço. O corredor bucal começa no canino e o seu tamanho e forma são geralmente controlados pela posição e inclinação deste. O corredor evita o chamado "sorriso molar a molar", que tão frequentemente identifica uma prótese total convencional. A extensão do corredor é variável de paciente à paciente, mas sua presença é constante e determinará a posição relativa e a inclinação das faces vestibulares dos pré-molares o que irá influenciar

no espaço negativo. Quando se utiliza um corredor bucal com maior amplitude, ocorre uma menor exposição das superfícies vestibulares dos dentes posteriores, seja pela inclinação palatina do longo eixo dos dentes, seja pelo deslocamento mediano da linha principal de esforço mastigatório o que determinará um espaço com uma interpretação mais suave, acrescentando um certo grau de feminilidade do arranjo, e o oposto, masculinidade, quando se determina um corredor bucal com menor amplitude.

Outro fator a ser analisado quando se examina o Espaço negativo é a presença das ameias incisal e gengival que além de influenciarem no contraste de tonalidades de cores pois intercala zonas mais escuras com as claras, quebrando a monotonia do conjunto, influencia também nos fatores determinantes de idade e sexo. Há de se notar que as ameias incisais nos indivíduos jovens são caracterizados por amplos espaços aos quais ocorrem o seu desaparecimento progressivo com o passar dos anos, culminando com a continuidade de bordo incisal dos incisivos centrais com os laterais superiores e caninos e a diminuição da ameia gengival e do desgaste do ponto de contato, transformando-o em uma área de contato com o consequente atresamento deste espaço interproximal. Outro fator também comentado anteriormente, diz respeito aos indivíduos portadores de diastemas a qual é mais comum de ocorrerem em indivíduos de idade mais avançados devido a perda parcial de suporte oclusal e o desequilíbrio dos esforços na unidade incisal. No qual irá procurar mais um espaço no negativo da boca.

O espaço negativo tem influência culminante na estética bucal, fazendo como uma pintura de fundo escuro, deixando as estrutura claras mais visíveis.

CAPÍTULO III

AMEIAS INCISAL, VESTIBULAR E GENGIVAL

Os dentes de cada arcada estão dispostos numa série contínua e se tocam por suas faces de contato. Isto é fundamental na estática e na dinâmica dentária. Pela forma peculiar das faces mesial e distal dos dentes, cada uma delas sempre tem a maior convexidade no terço oclusal, e incisal conhecidas nos locais por bossas proximais ou linha do equador do dente. E por meio destas porções mais salientes que os dentes da mesma arcada entram em contato entre si. Nos dentes jovens formam-se, nestes locais, pequeníssimas áreas de uniões, que são denominadas erroneamente de pontos de contatos. Estes locais de contato são reconhecidos por sua forma articular como duas esferas aproximadas. Todavia, existem duas exceções nestas relações entre faces proximais: os incisivos centrais, que estão em contato pelas faces mesiais, lado da linha mediana, e os terceiros molares; os únicos que têm contato somente por intermédio de suas faces mesiais, pois os distais ficam livres nos extremos das arcadas.

A localização dos contatos deve ser verificada no sentido vertical e no sentido horizontal, isto é, cérvico-oclusal e vestibulo-lingual, respectivamente.

No sentido vertical, em todos os dentes, tais locais de contato situam-se próximos às faces oclusais ou as bordas incisais dos dentes delimitando dois espaços MONDELLI que ficam, um entre a face oclusal ou incisal e o ponto de contato e o outro entre o ponto de contato

e o rebordo alveolar ou à papila interdentária da gengiva. O primeiro espaço é menor, triangular e o seu ápice é o próprio ponto de contato, é o sulco interdentário, também chamado ameia incisal. O segundo, o espaço interproximal ou ameia gengival, é piramidal triangular, tendo sua base voltada para a papila gengival ou para o osso alveolar do crânio. A ameia gengival é de dimensões e de importância maiores que a ameia incisal e na sua constituição entra também os segmentos iniciais das raízes dentárias vizinhas, assim também como sua direção relativa.

No sentido horizontal o ponto de contato situa-se no terço vestibular, das proximais nas coroas dentária, bem próximo às respectivas faces nos dentes anteriores e na bossa próxima das cúspides vestibulares dos dentes posteriores. Esta disposição típica produz, no sentido vestibulo-lingual, dois espaços denominada ameias vestibular e lingual. A ameia vestibular é em forma de pirâmide de base para vestibular. A ameia lingual também de forma piramidal de base para lingual é obviamente, um espaço maior que a vestibular, em razão da própria situação do local de contato. Fato este que não há relevância quando referimos ao aspecto da estética sendo que, neste sentido, as ameias vestibulares possuem uma maior importância, os quatro piramidais tem seus ápices indo de encontro a um mesmo ponto, porém não se encontram.

Os pontos de contatos vão se modificando à medida que os dentes se tomam mais desgastados pelo uso constante no ato mastigatório. Esta ação contínua leva a modificações que alteram o aspecto circular, puntiforme, do contato interdentário. Por esta razões, surgem nos locais de contato, pequenas áreas ovóides - superfícies de contato, que indicam que os dentes se movimentam constantemente, atritando uma face proximal contra a outra que leva a um desgaste

sistemático destes locais com uma conseqüente diminuição das ameias. Há de se notar que as ameias incisais nos indivíduos jovens são caracterizados por amplos espaços os quais ocorrem o seu desaparecimento progressivo com o passar dos anos, culminando com a continuidade do bordo incisal, dos incisivos centrais com os laterais superiores.

Quanto ao fator sexo, nota-se que as ameias incisais e gengivais são mais marcantes no sexo feminino pois se soma o fator forma (ovóide ou arredondada) dos bordos incisais que favorecem o aumento destes espaços. Observa-se também diferenças significantes entre os incisivos centrais e laterais superiores de ambos os lados onde a ameia incisal sempre é significativamente maior do que entre os incisivos centrais (HORN).

Geralmente, nos dentes incisivos e caninos a superfície de contato tem seu maior eixo no sentido vertical, enquanto nos pré-molares e molares é no sentido horizontal. Esta disposição diferente é devido ao predomínio vertical ou horizontal dos movimentos mastigatórios que os dentes sofrem.

Quanto ao espaço interdentário, ele é limitado pelas características proximais dos dentes adjacentes e os limites dirigidos cervicalmente da região do ponto de contato. No terço cervical as paredes proximais têm contornos planos ou levemente côncavos nos 2 terços restantes.

A linha transicional, isto é, a borda que leva às superfícies próximo vestibular ou próximo lingual é plana. Somente superfícies vestibular e lingual no terço gengival são convexas, sendo que a convexidade na maxila é aproximadamente 0,5 mm ou menos,

vestibular e lingualmente. A convexidade mandibular geralmente mede 0,5 mm ou, no incisivo, um pouco menos, embora a convexidade lingual do segundo pré-molar possa crescer para 0,75 mm e nos molares a **1 mm**. A manifestação clínica desta projeção relaciona-se especialmente ao declive do eixo lingual dos segundos molares.

A altura fisiológica da margem gengival necessita de mais convexidade em posição mais oclusal, e desta, forma, o acúmulo de rastos alimentares é evitado no sulco. O máximo de convexidade está na extremidade do terço coronário-gengival. A transição da borda amelodentinária parece ser mais côncava. As paredes gengivais são imagens de espelho; assim em secção sagital, vê-se um triângulo equilátero. As bordas dos dentes adjacentes estão em níveis iguais. Como resultado, a distância entre seus limites do ponto de contato e a borda amelocementária é bilateralmente igual. Portanto, observa-se que a papila descansa num leito simétrico, que resulta em um mínimo de formação de área crateriforme da mucosa oral interproximal, por exemplo, os pontos da papila estendem-se ligeiramente ao redor do limite inferior do ponto de contato. As características de forma e localização do ponto de contato já foram discutidas, salientando-se ainda o fato de aparecerem em aumento do triângulo no sentido de um alargamento apical, em pacientes com retração peridontal e especialmente nos portadores de doença periodontal, tratados ou não. O correio é que na confecção de coroas e pontes, a relação de contato deve ser reconstituída ou ainda, melhorada. Cada um dos sítios de contato deve ser planejado, propiciando ameias incisais, gengivas e vestibulares e também linguais, para tomar-se o menos traumático, fácil higiene e em solução aos três primeiros estética aceitável.

CAPÍTULO IV

COR, FORMA E CONTORNO GENGIVAL

Sob o ponto **de** vista estético, devemos considerar os dentes envolvidos com toda a estrutura da face, em especial com os lábios, gengiva. Na prática da reabilitação oral há necessidade de posicionar e se conhecer os elementos de tal modo que se encaixam no quadro da harmonia natural. Isto significa que precisamos copiar a natureza nos mínimos detalhes. Anos atrás afirmou-se que "A verdadeira arte implica em um estudo da natureza pelo artista". Somente a gengiva e os dentes estão dentro de nossa esfera de interesse.

O sulco gengival é uma fenda virtual ou um espaço potencial situado entre o dente e a gengiva marginal. Clinicamente, tem profundidade média de 1 a 2 mm nas regiões vestibulares e lingual e de 1 a 3 mm nas regiões proximais. É limitada de um lado pelo dente e de outro pela vertente interna da gengiva marginal.

A mucosa oral tem continuidade com a pele dos lábios e com a mucosa do palato mole e faringe. A mucosa oral compreende:

- 1 - A mucosa mastigatória, que inclui a gengiva e a cobertura do palato duro;
- 2 - A mucosa especializada que cobre o dorso da língua;
- 3 - A mucosa de revestimento.

A gengiva é a parte da mucosa mastigatória que cobre o processo alveolar e circunda a porção cervical dos dentes. A gengiva

assume sua forma e textura definitivas em conjunto com a erupção dos dentes.

Na direção da coroa a gengiva, de cor rósea coral, termina pela margem gengival livre, que tem continuidade com a mucosa alveolar (mucosa de revestimento) que é frouxa e de cor vermelha mais escura, da qual geralmente é separada por uma linha limitante de fácil reconhecimento, chamada junção mucogengival ou linha mucogengival.

Duas partes da gengiva podem ser distinguidas:

1) Gengiva livre;

2) Gengiva inserida. A gengiva livre tem cor rósea coral, tem a superfície sem brilho, sua consistência é firme e compreende o tecido gengival das partes vestibular e lingual/palatina dos dentes, bem como a gengiva interdental ou papilas interdentárias. Pelas partes vestibular e lingual dos dentes a gengiva livre estende-se da margem gengival, em direção apical, até a ranhura gengival livre que se acha posicionada ao nível correspondente à junção amelocementária. Ao exame clínico, tem-se observado que a ranhura gengival livre somente é encontrada em 30 a 40 por cento dos adultos. A ranhura gengival livre sempre é mais pronunciada na parte vestibular dos dentes, ocorrendo com mais frequência nas regiões de incisivos e pré-molares da mandíbula e menos frequentemente nos molares inferiores e na região de pré molares superiores (junção mucogengival).

A margem gengival livre é frequentemente arredondada de modo a formar uma pequena invaginação ou sulco entre o dente e a gengiva.

Após a erupção dentária completa, a margem gengival livre está localizada sobre a superfície do esmalte aproximadamente de 0,5 a 2 mm coronariamente à junção amelo-cementária.

A forma da gengiva interdentária (papila interdentária) é determinada pelas relações de contato entre os dentes, pela largura da superfície proximal dos dentes e pelo contorno da junção amelo-cementária. Nas regiões anteriores da dentição a papila interdentária tem forma piramidal, enquanto nas regiões dos molares as papilas são mais achatadas em direção bucolingual.

Devido à presença das papilas interdentárias, a margem gengival livre segue um curso recortado, mais ou menos acentuado na dentição.

Nas regiões de pré-molares e molares da dentição, os dentes têm superfícies proximais de contato, em vez de pontos de contato. Uma vez que a papila interdentária tem sua forma em conformidade com o perfil do contato interdentário, estabelece-se nas regiões de pré-molares e molares uma concavidade - col - em que o dente distal foi removido. Assim, as papilas interdentárias nessas áreas têm frequentemente uma porção vestibular e outra lingual ou palatina separadas pela região do col.

A gengiva inserida na direção da coroa, é limitada pela linha gengival livre ou, quando tal ranhura não está presente, por um plano horizontal que passa ao nível da junção amelo-cementária. A gengiva inserida estendesse em direção apical até a junção mucogengival de onde continua com a mucosa alveolar.

A gengiva inserida tem textura firme, cor rósea coral e frequentemente apresenta em sua superfície um pontilhado delicado que

lhe dá a aparência de casca de laranja. Este pontilhado, entretanto, só está presente em cerca de 40% dos adultos.

Este tipo de mucosa está firmemente inserido ao osso alveolar e cemento subjacente por fibras conjuntivas e, portanto, é comparativamente imóvel em relação aos tecidos subjacentes. A mucosa alveolar de cor vermelha mais escura está localizada apicalmente à junção mucogengival e, por outro lado, tem uma ligação frouxa ao osso subjacente. Portanto, em contraste com a gengiva inserida, a mucosa alveolar é móvel em relação ao tecido subjacente.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA GENGIVA

COR - A cor da gengiva normal é rosa claro, devido ao suprimento vascular modificado pelas camadas epiteliais superficiais. Em alguns pacientes como os de cor negra, a gengiva pode ter coloração enegrecida ou azulada mais ou menos intensa devido à melanina.

CONTORNO - A margem gengival segue a configuração ondulada do colo dos dentes, terminando sobre a superfície do dentes de forma afilada. Os contornos gengivais em periodontos saudáveis formam um triângulo onde, nos incisivos centrais superiores o pouco mais alto do contorno gengival, não está exatamente no meio do dente e sim um pouco mais distal a este ponto. A linha do contorno gengival, exceto com relação aos incisivos centrais superiores, não deve se apresentar idêntica no que diz respeito a altura, em todos os dentes. O normal é que se coloque, em reabilitação oral como em prótese totais por exemplo, o contorno gengival um pouco abaixo da linha alta do sorriso nos incisivos centrais, num mesmo nível ou mais baixa nos incisivos laterais e mais alta

do que nos anteriores nos caninos. Levemente abaixo daquela presente nos caninos, nos primeiros pré-molares, sendo variável nos segundos pré-molares e molares. Como afirma MARTINS e FONSECA, estas características oferecem ao conjunto dentes matriz de uma prótese total uma aparência mais semelhante à aquela encontrada na natureza que e em última análise, a base de onde deveremos copiar nossas composições estéticas. Os mesmos autores relatam serem bem diversas as aparências das gengivas de um paciente jovem daquelas de um já idoso. As papilas em um paciente jovem se apresentam mais compridas e mais finas ou estreitas do que um paciente idoso. As regras gerais para a escultura interdentária são as seguintes :

1^a - A papila deve estender até o ponto de contato por requisito de limpeza;

2^a - A papila deve apresentar comprimentos variáveis entre os dentes anteriores e posteriores, mas simétricas em relação a seus limites mesial e distal;

3^a - A papila interdentária deve ser convexa em todas as direções;

4^a - As papilas devem ser conformadas de acordo com a idade do paciente e podem ser classificadas como:

a) jovem;

b) meia idade;

c) idosos.

5^a - E por fim terminar próxima a face vestibular do dente e nunca na porção palatina da superfície proximal.

Segundo os mesmos autores, durante muito tempo a tendência foi a de esconder ao máximo qualquer quantidade de base visível e isto encontrava justificativa na coloração bastante desfavorável dos materiais de base então disponíveis. Atualmente o que se impõe é a restauração de forma natural da papila interdentária, que realmente participe numa restauração estética junto com os demais componentes da base. Uma gengiva e papila interdentária corretamente esculpida age também como um fator de complementação da interpretação do fator idade, determina muito do contorno do dente, influenciando a identificação da personalidade na forma esculpida do dente. Uma forma adequada da papila ajuda a alterar uma forma quadrada para uma forma triangular ou ovóide. Por fim, a papila proporciona um grau de reflexão da luz na área interdental que perante a criação de uma ilusão de composição natural.

CONSISTÊNCIA - A gengiva marginal apresenta superfície lisa e consistência firme onde as papilas interdentais, junto com os demais tecidos ao redor, não sangram à sondagem mais delicada; pode ser separada levemente do dente como um instrumento ou com um jato de ar na sua porção livre. A gengiva inserida encontra firmemente unida ao osso alveolar pelo periósteo e do cimento pelas fibras colágenas gengivais e apresenta sua superfície penteada à semelhança de uma casca de laranja, fatos estes que, somados aos anteriormente descritos, são coadjuvantes na composição da estética dos pacientes.

DISPOSIÇÃO DA GENGIVA ARTIFICIAL - Como regra geral, dá-se muito pouca atenção à disposição da gengiva artificial. As seguintes deficiências são vistas regularmente:

- Monotonia do curso do contorno gengival;
- Brilho dos colos dentários através do "tecido" artificial;
- Margens gengivais afinadas e em forma bem cônica;
- Pré-molares e molares que são cobertos com acrílico até as superfícies oclusais;

- Margens gengivais ponteagudas correndo quase para a borda incisal;

- Curso da gengiva irregular, desarmonioso.

Podem-se obter melhores efeitos estéticos através do ajuste de uma gengiva especialmente plástica. Existem possibilidades de:

- Pontear a gengiva;

- *Dar* uma forma mais ou menos extensa à base da prótese;

- Colorir o acrílico com fibras ou usar acrílicos de cores diferentes para a margem gengival e gengiva inserida. Sugere-se um arranjo mais individualizado da porção gengival da prótese, e propõe uma correlação entre tipos físicos e formas gengivais:

- Tipo leptossômico:

Margem gengival é grande, ponteadado menos aparente;

- Tipo pícnieo:

Gengiva hipertrófica com papilas azuladas, descoloridas algumas vezes;

- Tipo atlético:

Gengiva rosa-claro, fortemente penteada. A margem gengival e a base da prótese não são pronunciadas.

Às **vezes**, são feitas tentativas de preparar a gengiva que não pareça uma prótese, através da incorporação de detalhes específicos

como a imitação de efeito gengival ou colo dental exposto. A gengiva deve seguir o contorno de um dente com rotação.

A margem gengival pode ser mais ou menos desenvolvida. Existem algumas limitações para a imitação das condições naturais: os aspectos higiénicos devem ser considerados. A limpeza e auto-higiene da prótese devem ser sempre possíveis.

Nota: O ponto mais alto do contorno gengival não é no centro do dente, mas levemente distal a ele.

A disposição da gengiva artificial é particularmente importante para os pacientes que, ao mover os lábios, deixam o colo dos dentes à mostra.

NÃO COPIAR

CONCLUSÃO

As falhas estéticas pode ser evitados se a morfologia dos elementos forem interpretados com sensibilidade, ao mesmo tempo que se dedica colocá-las em prática na clínica diária.

Dos elementos arquitetônicos combinados com as modernas formas de reconstrução dentária, e o conhecimento de estética, é que são retirados os maiores êxitos de nossa arte de reabilitar o paciente.

O indivíduo quando ri ou fala, sendo observado mesmo de longe se nota os elementos aqui estudados. Fazendo uma grande diferença quando existe o conhecimento de fatores como: espaço negativo, exposição de dente durante fala e sorriso, ameias, cor, forma e contorno gengival.

Assim o cirurgião dentista criativo tem uma variedade suficientes de meios para tomar-se apto a resolver satisfatoriamente até os chamados casos difíceis, tanto funcional como esteticamente.

#####

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIDRA, A.S. Three-Dimensional Esthetic Analysis in Treatment Planning for Implant-Supported Fixed Prosthesis in the Edentulous Maxilla: Review of the Esthetics Literature; *J. Esthet. Restor. Dent.*, v.23, p.219–237, 2011.
2. BENNANI, V.; BAUDOIN, C.A. Estética e Perfil de Emergência em Implantodontia. Porto alegre, Artmed, 2002, 130p.
3. CÂMARA, C. A. Estética em Ortodontia: seis linhas horizontais do sorriso. *Dental Press J. Orthod*, v. 15, no. 1, p. 118-131, Jan./Feb. 2010.
4. CHICHE, G.J.; AOSHIMA, H. O design do Sorriso. São Paulo, Quintessence, 2005, 107p.
5. CHU, S.J; TARNOW, D.P.; TAN, J.H.P.; STAPPERT, C.F.J. Papilla Proportions in the Maxillary Anterior Dentition. *Int. J. Periodontics. Restorative Dent.*, v.29, p.385–393, 2009.
6. FRUSH, J.P.; FISHER, R.D. The age factor in dentogenics. *J Prosthet Dent*; v.7, p.5–13, 1957.
7. GOLDSTEIN, R. E. Stud of need for esthetics in dentistrv. *J. P. D.* - 21: 589, 1969.
8. GOLDSTEIN, R. E. Esthetics in dentistrv. Lipincott, Philadelphia, 1976.
9. HALLAWELL, P. Visagismo: Harmonia e Estética, São Paulo: Senac, 2003.
10. HORN, H. R. Practical considerations for successfül crown and bridbe therapv. Saunders, Philadelphia, 1976.
11. LOMBARDI, R. The principies of visual perception and their clinicaï appiication to dentvre eithetics. *J. P. D.* - 358,1973.
12. LINDHE, Jan. Tratado de Periodontologia Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara: 1984.

13. MARTINS, E. FONSECA R. Estética em dentaduras completas. Rev. Gaúcha Odontológica - Fascículos: Porto Alegre - Brazil.
14. MATTEWS, T. **G. The anatomvofasmile. J. P. D. 39: 128,1978.**
15. MONDELLI, J. et al; Dentística Restauradora. Tratamento Clínicos Integrados_ São Paulo: Pancast,p. 141-143,1990.
16. RUFENACHT, C.R. Fundamentals of Esthetics. Chicago: Quintessence, 1990.
17. PAOLUCCI, B. O Visagismo: a arte de personalizar o desenho do sorriso. São Paulo, VM Cultural, 2011.
18. SCHÁRER, Peter; RINN, Ludwing A.; KOOP, Fritz R. Normas Estéticas para a Reabilitação Bucal. São Paulo: Santos, 1986.
19. VIG, R. Brundo, G. C. The kinetics of anterior tooth displav. J. P. D. 39: 502,1978.