

# Condicionamento Gingival

## Acondicionamiento Gingival

*Gingival Conditioning*

Adriana Cristina Zavanelli\*  
 Stefan Fiúza de Carvalho Dekon\*  
 Ricardo Alexandre Zavanelli\*\*  
 José Vítor Quinelli Mazaro\*\*\*  
 Virleene Carrilho Nepomuceno\*\*\*  
 Aline Úrsula Rocha Fernandes\*\*\*\*

---

Zavanelli AC, Dekon SF de C, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Condicionamento gengival. PCL 2004; 6(32):357-63.

O condicionamento gengival objetiva melhorar o formato do rebordo residual, em altura e espessura, proporcionando espaço e desenho adequado para o perfil de emergência do pântico que será instalado naquele sítio. A obtenção de um rebordo em arco côncavo e de papilas interdentes possibilita a confecção de Próteses Parciais Fixas estéticas, funcionais e biocompatíveis. Este trabalho apresenta um caso clínico em que foi realizado condicionamento gengival através de procedimento cirúrgico associado à utilização de provisórios, alcançando-se os objetivos estéticos, funcionais e de biocompatibilidade desejados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Prótese Parcial Fixa; Pântico; Estética.

---



---

Zavanelli AC, Dekon SF de C, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Acondicionamiento Gingival. PCL 2004; 6(32):357-63.

El acondicionamiento gingival tiene por objetivo mejorar la forma del rebordo residual, en altura y grosor, proporcionando espacio y conformación adecuados para el perfil de emergencia del pântico que se instalará en aquella zona. La obtención de un reborde en arco cóncavo y con papilas interdentes posibilita la confección de Prótesis Parciales Fijas estéticas, funcionales y biocompatibles. Ese trabajo presenta un caso clínico en el que se realizó el acondicionamiento gingival mediante un procedimiento quirúrgico asociado a la utilización de provisórios, lo cual permitió alcanzar los objetivos deseados: estéticos, funcionales y de biocompatibilidad.

**PALABRAS CLAVE:** Dentadura parcial fija; Pântico; Estética.

---

\* Professor Assistente Doutor da Disciplina de Prótese Parcial Fixa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP; Rua José Bonifácio 1193 – Vila Mendonça – CEP 16015-000, Araçatuba, SP; e-mail: zavanelliac@foa.unesp.br

\*\* Professor Doutor Adjunto da Disciplina de Prótese Parcial Removível da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás

\*\*\* Cirurgião-dentista, Estagiário da Disciplina de Prótese Parcial Fixa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

\*\*\*\* Aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica, Área de Prótese Dentária, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP

## INTRODUÇÃO / INTRODUCCION

Para desempenhar adequadamente suas funções, a Prótese Parcial Fixa deve restabelecer a mastigação, estética e fonética. O diagnóstico, planejamento e execução cuidadosa dos procedimentos atuam em conjunto para alcançar esses objetivos, sendo que todas as etapas possuem papel importante para o preenchimento dos requisitos estéticos, mecânicos e biológicos. Um dos elos desta cadeia de procedimentos é a seleção dos pânticos, principalmente quanto à escolha da sua forma e relacionamento com área desdentada. A superfície oclusal do pântico deve reproduzir a superfície oclusal do dente ausente, sua superfície vestibular é responsável pela estética e a superfície que contacta a mucosa residual responde pela reação biológica dos tecidos moles adjacentes (Tripodakis, Constantinides, 1990), devendo permitir o acesso necessário para que possa ser realizada a higienização (Jacques *et al.*, 1999).

Como referido por Tripodakis, Constantinides (1990), há casos em que o espaço vertical encontra-se reduzido, sendo impossível manter a largura oclusal e a altura vestibular, como determinado pelas necessidades oclusal e estética, sem criar uma concavidade na superfície tissular do pântico. Uma forma convexa do rebordo residual frequentemente não permite a confecção satisfatória de uma forma adequada do pântico, caso em que, como o anterior, requer a alteração do contorno do rebordo residual por intervenção cirúrgica ou por pressão gradual (Jacques *et al.*, 1999).

No passado, acreditava-se que a existência de pressão sobre o rebordo residual resultaria em processo inflamatório. Contudo, Stein (1966) e Cavazos (1968) demonstraram que uma suave pressão sobre o rebordo não afetaria a resposta biológica. Tripodakis, Constantinides (1990) constataram que a inflamação não ocorre pela pressão sobre o rebordo, mas pela existência de placa bacteriana, e que uma pressão tecidual, em todas as situações, promove modificações morfológicas dos tecidos moles com o aparecimento de indentações côncavas. Kopp (1993) e Miraglia *et al.* (2000) afirmaram que o condicionamento gengival gradual, através de provisórios, permite a formação das papilas e acomodação das próteses, otimizando a estética e a fonética.

O presente trabalho visa a apresentar um caso clínico em que a necessidade de remodelamento do rebordo residual foi contornada pelo condicionamento gengival cirúrgico e cicatrização guiada pela utilização de provisórios.

Para desempeñar adecuadamente sus funciones, la Prótesis Parcial Fija debe restablecer la masticación, estética y fonética. El diagnóstico, planeamiento y ejecución cuidadosa de los procedimientos actúan en conjunto para alcanzar estos objetivos, pues todas las etapas cumplen un papel importante para cumplir los requisitos estéticos, mecánicos y biológicos. Uno de las etapas de dicha cadena de procedimientos es la selección de los pânticos, principalmente respecto a su forma y relación con el área desdentada. La superficie oclusal del pântico debe reproducir la superficie oclusal del dente ausente, su superficie vestibular es responsable de la estética y la superficie que contacta a la mucosa residual es responsable de la reacción biológica de los tejidos blandos adyacentes (Tripodakis, Constantinides, 1990), debiendo permitir al acceso necesario que permita realizar la higienización (Jacques *et al.*, 1999).

Como ha sido referido por Tripodakis, Constantinides (1990), hay casos en que el espacio vertical se encuentra reducido, siendo imposible mantener el ancho oclusal y la altura vestibular, acorde con las necesidades oclusal y estética, sin crear una concavidad en la superficie tisular del pântico. Frecuentemente, una forma convexa del rebordo residual impide la confección satisfactoria de una forma adecuada del pântico, en cuyo caso, como en el anterior, se requiere modificar el contorno del rebordo residual mediante una intervención quirúrgica o por presión gradual (Jacques *et al.*, 1999).

Antiguamente, se creía que la presión sobre el rebordo residual acarrearía un proceso inflamatorio. No obstante, Stein (1966) y Cavazos (1968) demostraron que una suave presión sobre el rebordo no afecta la respuesta biológica. Tripodakis, Constantinides (1990), constataron que la inflamación no se produce por la presión sobre el rebordo, sino por la presencia de placa bacteriana, y que una presión tisular, en todo caso, origina modificaciones morfológicas de los tejidos blandos con la aparición de depresión cóncava. Kopp (1993) y Miraglia *et al.* (2000), afirmaron que el acondicionamiento gengival gradual, mediante provisionales, permite formar las papilas y acomodar las prótesis, optimizando la estética y la fonética.

El presente trabajo presenta un caso clínico, en el cual la necesidad de remodelar el rebordo residual se logró mediante el contorno dado por el acondicionamiento gengival quirúrgico y la cicatrización guiada por medio del uso de provisionales.

## CASO CLÍNICO / CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, V. G. S., 30 anos, apresentou-se à clínica de Prótese Parcial Fixa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Campus Araçatuba, apresentando um pântico provisório correspondente ao dente 12, unido aos dentes adjacentes com resina composta, denotando também grande hiperemia da papila mesial ao elemento 13. Insatisfeita com a estética, a paciente contestava também a cor amarelada de seus dentes (Figuras 1 e 2).

Como plano de tratamento, após exames clínico e radiográfico, indicou-se inicialmente clareamento de ambas as arcadas dentárias e Prótese Parcial Fixa livre de metal do tipo *In-Ceram* de três elementos, utilizando como retentores os dentes 11 e 13; além do condicionamento gengival do rebordo desdentado, para favorecer a estética.

Iniciou-se o tratamento com o clareamento caseiro da arcada superior e posteriormente da arcada inferior (Figura 3), utilizando como material clareador um gel à base de peróxido de carbamida a 15% (Opalescence, Ultradent Products). De acordo com a escala de cor da Vita, a cor inicial era C2 e, após quatro semanas de clareamento com o uso diário de 4 a 5 horas, obteve-se como resultado a alteração do croma/valor/matiz dos dentes à cor C1 (escala Vita). Da mesma maneira como foram dadas as orientações para o clareamento, a paciente foi orientada a realizar aplicações diárias de flúor neutro a 1,23%, durante uma semana após o término do tratamento, usando as mesmas moldeiras utilizadas para o clareamento.

Realizados os preparos dentais (Figura 4) dos elementos 11 e 13, foram instalados os provisórios prensados. Em seguida, procedeu-se à raspagem e alisamento corono-radicular, em especial na região anterior superior, e, após manutenção da saúde do tecido gengival, foi realizada a cirurgia com bisturi elétrico (Figura 5), visando à formação do arco côncavo gengival e posterior condicionamento do rebordo. Após o preparo do leito cirúrgico, o pântico foi reembasado (Figura 6) com resina acrílica ativada quimicamente (Duralay, Reliance, Dental Mfg. Co.) na cor 62, de forma a manter o tecido gengival na posição preestabelecida. Ao pântico, foi dado um formato convexo, tanto no sentido bucolingual como mesiodistal (Figura 7), para facilitar a higienização pelo paciente, sendo essa prática intensamente reforçada. O polimento adequado de toda a superfície do provisório, em especial da superfície em contato com o rebordo, é de extrema importância para a saúde do tecido gengival condicionado (Tripodakis, Constantinides, 1990; Pegoraro, 2001).

Paciente de sexo feminino, V. G. S., 30 años, quien se apersonó a la clínica de Prótesis Parcial Fija de la Universidad Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP – Campus Araçatuba, portando un pântico provisional correspondiente al diente 12, unido a los dientes adyacentes con resina compuesta, denotando además gran hiperemia de la papila mesial de la pieza 13. Insatisfecha con la estética, la paciente recusaba también el color amarillo de sus dientes (Figuras 1 y 2).

Como plan de tratamiento, luego del examen clínico y radiográfico, se le indicó inicialmente blanqueamiento de ambas arcadas dentarias y Prótesis Parcial Fija libre de metal de tres unidades, del tipo *In-Ceram*, empleando como pilares los dientes 11 y 13; además del acondicionamiento gingival del rebordo desdentado, para favorecer la estética.

El tratamiento se inició con el blanqueamiento casero de la arcada superior y posteriormente de la arcada inferior (Figura 3), utilizando como material de blanqueamiento un gel a base de peróxido de carbamida al 15% (Opalescence, Ultradent Products). De acuerdo con la escala de color de la Vita, el color inicial era C2 y después de cuatro semanas de blanqueamiento con el uso diario de 4 a 5 horas, se obtuvo como resultado la variación del croma/valor/matiz de los dientes al color C1 (escala Vita). De la misma manera como se le dieron las disposiciones para el blanqueamiento, se instruyó a la paciente para que realice aplicaciones diarias de flúor neutro al 1,23%, durante una semana luego de terminado el tratamiento, empleando los mismas cubetas utilizadas para el blanqueamiento.

Realizadas las preparaciones dentales de las piezas 11 y 13 (Figura 4) se instalaron los provisionales prensados. Enseguida se procedió al raspado y alisamiento corono-radicular, en especial en la región anterior superior y luego del mantenimiento de la salud del tejido gingival, se hizo una cirugía con un bisturí eléctrico (Figura 5) a fin de formar el arco cóncavo gengival y el posterior acondicionamiento del rebordo. Luego de preparado el lecho quirúrgico, se rebasó el pântico (Figura 6) con resina acrílica activada quimicamente (Duralay, Reliance, Dental Mfg. Co.) de color 62, a efecto de mantener el tejido gingival en la posición preestablecida. Al pântico se le dio una conformación convexa, tanto en sentido bucolingual como mesiodistal (Figura 7), para facilitar su higiene por el paciente, asimismo se recalcó enfáticamente la necesidad de esta práctica. Es sumamente importante para la salud del tejido gingival acondicionado, el pulido adecuado de toda la superficie del provisional, en especial de la superficie en contacto con el rebordo (Tripodakis, Constantinides, 1990; Pegoraro, 2001).

Foram realizados dois reembasamentos do pântico com intervalo de cinco dias, para melhor delimitação do tecido condicionado. Uma vez obtido o contorno gengival desejado e estando montado o modelo inferior em articulador semi-ajustável, realizou-se a moldagem da arcada superior com material elastomérico do tipo poliéter (Impregum F, ESPE), utilizando-se moldeira individual para obtenção do modelo de trabalho. Posicionou-se, no interior do sulco gengival, um pedaço de fio retrator (Ultrapak #00). Após a primeira impressão, o molde foi aliviado com broca maxicut montada em baixa rotação e, após remoção do fio retrator e injeção do material de moldagem no interior do sulco gengival e por todo o preparo dental com auxílio de seringa dispensadora de material de moldagem, foi realizada a segunda impressão, através do reembasamento do molde.

O modelo foi enviado ao laboratório de prótese dental para confecção dos *copings* em *In-Ceram* e, após a prova e registro intermaxilar com os *copings* em posição, utilizando resina acrílica ativada quimicamente (Duralay, Reliance, Dental Mfg. Co.), todo o conjunto foi removido da boca através da moldagem com hidrocolóide irreversível (Hidrogum, Zhermack) em moldeira de estoque, possibilitando a remontagem do modelo no articulador semi-ajustável.

Após a aplicação da cerâmica feldspática sobre os *copings* de alumina, prova e ajustes na boca da paciente, seguiu-se a cimentação da peça protética. Para a cimentação dos elementos *In-Ceram* jateados internamente, utilizou-se o cimento resinoso Rely X (ESPE). Os provisórios foram removidos e foi realizada profilaxia com pedra-pomes e água nos preparos dentais que, uma vez secos, foram submetidos ao ataque ácido por 30 segundos com ácido fosfórico a 37%. Os dentes preparados foram lavados por 20 segundos e, sobre a dentina levemente úmida, foi aplicada uma camada do Sistema Adesivo (Single Bond, 3M), sendo este polimerizado por 20 segundos (Figura 8).

O cimento resinoso (Rely X, 3M) foi proporcionado, manipulado e aplicado no interior das coroas *In-Ceram*. Com a peça em posição, o excesso do cimento resinoso foi removido, com auxílio de sonda exploradora nº 5 e fio dental, das áreas proximais e sob o pântico, procedendo-se à polimerização do cimento resinoso por 40 segundos em cada face de ambos os retentores.

A remoção final dos excessos foi feita com broca 3195 F (KG Sorensen), montada em alta rotação e formando um ângulo de 45° em relação ao longo eixo do dente, de forma a não ferir o término cervical. A paciente foi orientada quanto aos cuidados de higienização e manutenção da prótese instalada.

A paciente manifestou satisfação com o tratamento realizado e este encontra-se em uso clínico após 12 meses (Figura 9).

Con un intervalo de cinco días, para mejorar la delimitación del tejido acondicionado, se realizaron dos rebases del pântico. Una vez obtenido el contorno gingival deseado y montado el modelo inferior en el articulador semiajustable, valiéndose de una cubeta individual, se tomó la impresión de la arcada superior con elastómero del tipo poliéter (Impregum F, ESPE), a partir de la cual se obtuvo el modelo de trabajo. A continuación se colocó un segmento de hilo retractor en el interior del surco gingival (Ultrapak #00). Una vez tomada la primera impresión, se la alivió con una fresa maxicut a baja velocidad y luego, previo retiro del hilo retractor e inyección del material de impresión en el interior del surco gingival y por toda la preparación dental con ayuda de una jeringa dispensadora de material de impresión, se realizó la segunda fase de la impresión, vale decir el rebase de la primera.

Se envió el modelo al laboratorio de prótesis dental para que se confeccionen los *copings* en *In-Ceram*, tras la prueba del registro intermaxilar con los *copings* en posición, utilizando resina acrílica activada químicamente (Duralay, Reliance, Dental Mfg. Co.), se retiró todo el conjunto de la boca mediante una impresión en cubeta de stock con hidrocoloide irreversible (Hidrogum, Zhermack), para posibilitar el remontaje del modelo en articulador semiajustable.

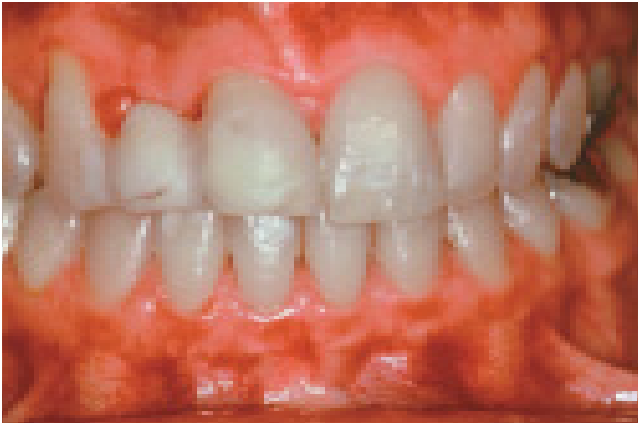
Luego de aplicar la cerámica feldspática sobre los *copings* de aluminio, y de la prueba y ajustes en la boca de la paciente, se continuó con la cementación de la pieza protética. Para la cementación de los elementos *In-Ceram* arenados internamente, se utilizó el cemento resinoso Rely X ARC (3M-ESPE). Los provisionales se retiraron y se realizó la profilaxis con piedra pómez y agua en las preparaciones dentales que, una vez secos, se sometieron al ataque ácido durante 30 segundos con ácido fosfórico al 37%. Los dientes preparados se lavaron 20 segundos, y sobre la dentina levemente húmeda, se aplicó una capa del Sistema Adhesivo (Single Bond, 3M), y se polimerizó 20 segundos (Figura 8).

El cemento resinoso (Rely X ARC, 3M-ESPE) se proporcionó, mezcló y luego aplicó en el interior de las coroas *In-Ceram*. Con la pieza en posición, el exceso del cemento resinoso se retiró con ayuda de una sonda exploradora nº 5 e hilo dental de las áreas proximales y sobre el pântico, procediéndose a la polimerización del cemento resinoso durante 40 segundos en cada cara de ambos retenedores.

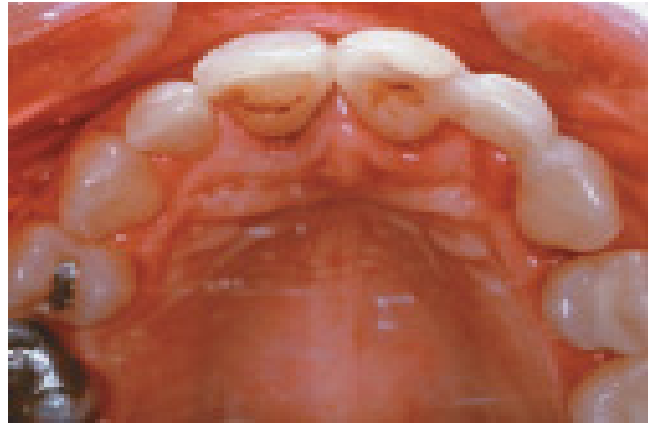
La remoción final de los excesos se hizo con una fresa 3195 F (KG Sorensen) montada en alta velocidad y formando un ángulo de 45° en relación al eje mayor del diente, de forma que no afecte el margen cervical. La paciente fue instruida acerca de los cuidados en su higiene y en el mantenimiento de la prótesis instalada.

La paciente se mostró satisfecha con el tratamiento realizado y este se encontró en uso clínico luego de 12 meses (Figura 9).





**FIGURA 1:** *Caso clínico inicial – vista frontal. | Caso clínico inicial – vista anterior.*



**FIGURA 2:** *Vista oclusal da prótese provisória correspondente ao dente 12. | Vista oclusal de la prótesis provisional correspondiente al diente 12.*



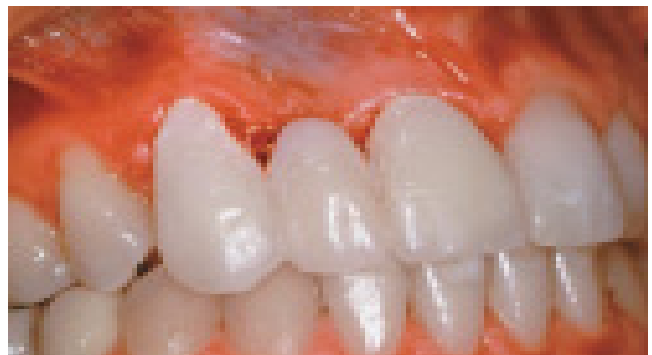
**FIGURA 3:** *Tomada de cor previamente ao clareamento com peróxido de carbamida a 15%. | Toma de color antes del blanqueamiento con peróxido de carbamida al 15%.*



**FIGURA 4:** *Dentes pilares preparados. | Dientes pilares preparados.*



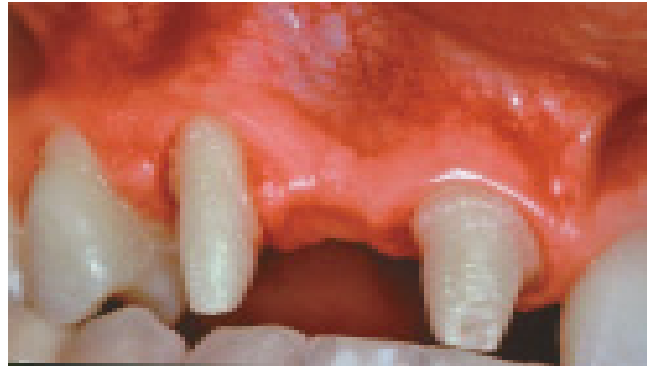
**FIGURA 5:** *Preparo do leito cirúrgico com bisturi eletrónico para a formação do arco côncavo no rebordo desdentado. | Preparación del lecho quirúrgico con bisturí electrónico para la formación del arco côncavo en el reborde desdentado.*



**FIGURA 6:** *Pôntico reembasado no tecido gengival preparado. | Pôntico rebasado en el área del tejido gingival preparado.*



**FIGURA 7:** Recorte do pântico em formato convexo tanto no sentido bucolingual como no sentido mesiodistal. | Recorte del pântico en forma convexa en sentido bucolingual y mesiodistal.



**FIGURA 8:** Dentes pilares preparados para cimentação após aplicação por 30 segundos do ácido fosfórico a 37% e aplicação do sistema adesivo. | Dientes pilares preparados para la cementación tras la aplicación del ácido fosfórico al 37%, durante 30 segundos, y del sistema adhesivo.



**FIGURA 9:** Aspecto final da prótese livre de metal In-Ceram instalada na boca da paciente | Aspecto final de la prótesis libre de metal In-Ceram instalada en la boca de la paciente.

## DISCUSSÃO / DISCUSIÓN

Comprimento, largura, contorno, forma das coroas provisórias, linha média, assimetria gengival entre os dentes pilares e com a área desdentada, relação dos pânticos com tecido gengival, são alguns aspectos que devem ser analisados cuidadosamente na fase das restaurações provisórias, citam Pegoraro *et al.* (1998). Os autores relatam ainda que o tecido gengival também deve fazer parte do planejamento estético e sua integração com a prótese irá contribuir para o seu sucesso. O desenho do pântico é determinado pelo rebordo residual, sua largura primariamente determinada pelos requisitos oclusais e, juntamente com a altura, são essenciais para a estética do contorno facial natural (Jacques *et al.*, 1999). A existência de contorno gengival convexo resulta em pânticos côncavos, o que implica em efeito desarmônico e antiestético, comprometendo o controle da placa dental.

Pegoraro (2001) afirmou que o condicionamento gengival exige alguns requisitos: superfície lingual do pântico totalmente convexa e polida; higienização da área pelo paciente; espessura de tecido gengival

Largo, ancho, contorno, forma de las coroas provisionales, línea media, asimetría gengival entre los dientes pilares y con el área desdentada, relación de los pânticos con tejido gengival, son algunos aspectos que deben analizarse cuidadosamente en la fase de las restauraciones provisionales, citan Pegoraro *et al.* (1998). Los autores juzgan que el tejido gengival también debe ser parte del plan estético y su integración con la prótesis para contribuir al éxito. El diseño del pântico está determinado por el rebordo residual, su ancho inicialmente determinado por los requisitos oclusales, y la altura son esenciales para la estética del contorno vestibular natural (Jacques *et al.*, 1999). La existencia del contorno gengival convexo origina pânticos côncavos, que implica un efecto que adolece de armonía y estética, y además compromete el control de la placa dental.

Pegoraro (2001) afirmó que el acondicionamiento gengival exige algunos requisitos: superficie lingual del pântico totalmente convexa y pulida; higienización del área por la paciente; espesor del tejido gengival

suficiente para permitir o condicionamento; ausência de ulceração após o condicionamento e, previamente ao início do condicionamento, determinação da forma que se deseja dar às papilas na prótese provisória. Independentemente da técnica utilizada para o remodelamento gengival – cirúrgica e/ou através de provisórios –, ressalta-se a importância do controle de placa para a obtenção dos resultados desejados.

A remoção de tecido mole através de eletrocirurgia, com a finalidade de criar sítios para os pânticos, é citada por Kopp (1993) e Wise (1995). Contudo, optar por procedimentos cirúrgicos requer um período de recuperação, não apresentando resposta tão imediata quanto a hiperpressão dos provisórios (Jacques *et al.*, 1999). É nesse período de cicatrização que os provisórios têm fundamental importância, pois promovem a proliferação de tecido gengival nos espaços interdentais e orientam a formação das papilas gengivais, como referem Miraglia *et al.* (2000).

suficiente para permitir el acondicionamiento; ausencia de ulceração antes y después del acondicionamiento y determinación de la forma que se desea dar a las papilas en la prótesis provisional. Independiente de la técnica utilizada para la remodelación gingival, quirúrgica y/o mediante provisionales, se resalta la importancia del control de placa para obtener los resultados deseados.

La remoción de tejido blando mediante electrocirugía, con la finalidad de crear sitios para los pânticos, es citada por Kopp (1993) y Wise (1995). No obstante, optar por procedimientos quirúrgicos requiere un período de recuperación, que no promueve una respuesta tan inmediata a la sobrepresión de los provisionales (Jacques *et al.*, 1999). Es en el período de cicatrización que los provisionales tienen fundamental importancia, pues promueven la proliferación de tejido gingival en los espacios interdentales y orientan la formación de las papilas gingivales, como refiere Miraglia *et al.* (2000).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONSIDERACIONES FINALES

O comprometimento estético, fonético e funcional determinado pelo formato inadequado do pântico pode ser contornado pelo condicionamento gengival do rebordo residual. Procedimentos cirúrgicos associados à utilização de provisórios convexos e bem polidos restabelecem o contorno do arco côncavo gengival, propiciando a confecção e instalação de Próteses Parciais Fixas estéticas, funcionais e biocompatíveis. O paciente é reabilitado com procedimentos simples e seguros, tendo restabelecido o bem-estar pessoal e interpessoal.

El compromiso estético, fonético y funcional determinado por la forma inadecuada del pântico puede subsanarse mediante el acondicionamiento gingival del reborde residual. Los procedimientos quirúrgicos asociados a la utilización de provisionales convexos y bien pulidos restablecen el contorno del arco cóncavo gingival, propiciando la confección e instalación de Prótesis Parciales Fijas estéticas, funcionales y biocompatibles. El paciente se rehabilita mediante procedimientos simples y seguros, y se restablece su bienestar personal e interpersonal.

Zavanelli AC, Dekon SF de C, Zavanelli RA, Mazaro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Gingival conditioning. PCL 2004; 6(32):357-63.

Gingival conditioning aims to improve residual edge form, in height and thickness, providing space and appropriate design to the pontic emergency profile that will be installed at that place. The obtaining of an edge on the concave arch and interdental papilla makes it possible the building of Fixed Partial Prosthesis which are esthetic, functional and biocompatible. This paper presents a clinical case in which gingival conditioning was accomplished through a surgical procedure associated to temporary prosthesis, reaching the objectives: esthetics, functionality and biocompatibility.

**KEYWORDS:** Partial fixed denture; Pontic; Esthetics.

## REFERÊNCIAS / REFERENCIAS

Cavazos E Jr. Tissue response to fixed partial denture pontics. J Prosthet Dent 1968; 20(2):143-53.  
Jacques LB *et al.* Tissue sculpturing: an alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. J Prosthet Dent 1999; 81(5):630-3.  
Kopp FR. Esthetic principles for full crown restorations. Part II: Provisionalization. J Esthet Dent 1993; 5(6):258-64.  
Miraglia SS, Nogueira RP, Batista JG. Condicionamento gengival, estética periodontal e fonética. PCL 2000; 2(10):44-8.  
Pegoraro LF. Coroas provisórias. In: Pegoraro LF. Prótese fixa. 3. Reimpressão. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. Cap.6, p.111-48.  
Pegoraro LF, Bonfante G, Valle AL do. Benefícios da correta confecção da prótese provisória para o sucesso do tratamento dentário. In: Gonçalves EAN,

Feller C. Atualização na clínica odontológica: a prática na clínica geral. São Paulo: Artes Médicas; 1998. Cap.24. p.605-35.  
Stein RS. Pontic-residual ridge relationship: a research report. J Prosthet Dent 1966; 16(2):251-85.  
Tripodakis A, Constantinides A. Tissue response under hiperpressure from convex pontics. Int J Periodont Restor Dent 1990; 10(5):408-14.  
Wise MD. Failure in the restored dentition: management and treatment. London: Quintessence; 1995. p.339-46.

Recebido para publicação em/Recebido para publicación en: 30/09/03  
Enviado para análise em/Enviado para análisis en: 11/11/03  
Aceito para publicação em/Acepto para publicación en: 15/12/03