



Ryc. 9-29. Przy pełnym uśmiechu widoczne są nadmiernie rozwinięte, nieregularne dziąsła.



Ryc. 9-32. Odciągnięte tkanki ukazują nieregularny brzeg kostny.



Ryc. 9-30. Widok z bliska nieregularnych dziąseł.



Ryc. 9-33. Stan po rekonturowaniu kości i wygojeniu tkanek (zabieg chirurgiczny wykonany przez dr. Kirka Paquinellego).



Ryc. 9-31. Po przeprowadzeniu gingiwektomii, zgłębnikowanie w celu określenia położenia brzegu kości wyrostka zębodołowego.

po odsłonięciu kości wyrostka, widać wyraźnie, że aby uzyskać równy poziom dziąsła, konieczne jest rekonturowanie kości. W tym przypadku cały kompleks zębo-

wo-dziąsłowy został repositionowany wierzchołkowo. Ostateczny rezultat przyniósł znaczną poprawę wyglądu pacjenta w stosunku do stanu sprzed leczenia. W redukcji nadmiernej ekspozycji dziąsła trzeba też brać pod uwagę inne metody leczenia, np. chirurgiczne czy ortodontyczne (Kokich 1996).

Zmieniona pasywna erupcja również daje wygląd skrócenia siekaczy górnych. Zęby, które utraciły długość sieczną z powodu starcia, mają tendencję do kontynuowania erupcji pozwalającej utrzymać kontakt z zębami przeciwstawnymi. W miarę tej erupcji położenie połączenia szkliwno-cementowego ulega zmianie, przemieszczając się w kierunku siecznym, a wraz z nim kompleks zębo-wo-dziąsłowy łącznie z kością wyrostka zębodołowego. W takiej sytuacji bywa wskazane chirurgiczne wydłużanie koron klinicznych z redukcją kostną (Dolt 1997). Na ryc. 9-34 i 9-35 pokazano, że wydłużenie koron klinicznych z następowym wykonaniem koron metalowych licowanych porcelaną dało doskonały efekt estetyczny. Trzeba zwrócić uwagę również na to, że w takiej sytu-