FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
Pós-Graduação em Odontologia

Giovana Andressa dos Santos Lopes

PERFIL DE EMERGÊNCIA DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTE EM REGIÃO ANTERIOR

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pós-Graduação em Odontologia

Giovana Andressa dos Santos Lopes

PERFIL DE EMERGÊNCIA DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTE EM REGIÃO ANTERIOR

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Implantodontia
Orientador: Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Júnior
Área de concentração: Odontologia

Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

Giovana Andressa dos Santos Lopes

Pós-Graduação em Odontologia

PERFIL DE EMERGÊNCIA DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTE EM REGIÃO ANTERIOR

Monografia apresentada ao Programa de pósgraduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Implantodontia
Orientador: Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Júnior
Área de concentração: Odontologia

Aprovada em 11/03/2024pela banca constituída dos seguintes professores:



_____

Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Júnior
ORIENTADOR



_____

Profa. Dra. Juceléia Maciel



_____

Profa. Maria Cecília de Almeida – Facsete Sete

Lagoas 12 de março 2024

RESUMO

Nos dias atuais, a reabilitação protética com implantes deslocou sua atenção, que anteriormente era acerca da oncointegração, para a ligação entre as soluções protéticas e o tecido entorno. Nesse sentido, o desenvolvimento de um perfil de emergência que faça sua função de barreira e em áreas estéticas esteja harmonioso com o tecido periodontal dos elementos naturais vizinhos continua como um impasse, o que torna necessário o planejamento previamente apurado à instalação do implante. Não obstante, a morfologia periimplantar já foi amplamente estudada, porém ainda é preciso atualmente que se intensifiquem as pesquisas acerca da sua função. De fato, a oncointegração entrou no papel do manejo de tecidos (mole e duro), mas ainda assim a posição tridimensional do implante torna-se indispensável não só para a sua vida, senão para se atingir o resultado estético ou mesmo funcional requerido. Para que o tratamento seja planejado, com a finalidade de se obter um aspecto natural no resultado, inicia-se pela anamnese, assim como um estudo das radiografias e exame clínico, de modo que sejam definidos os métodos utilizados, sendo eles: alteração de biótipo gengival, técnicas de regeneração óssea, métodos de aumento de papila, técnicas de reabertura para formação de papilas, escolha do implante e componentes protéticos, alteração do biótipo gengival periimplantar. Nesse procedimento, com a possibilidade de provisionalização imediatamente após a aplicação do implante, nos alvéolos frescos ou não, é favorecido o desenvolvimento de um perfil de emergência satisfatório com menor manejo dos tecidos. Entretanto, ainda é questionada se necessária a existência de gengiva queratinizada como condição para a sobrevida do implante, mas se sabe que a presença de pelo menos 2 milímetros favorece o resultado final. Por fim, a contribuição dos pacientes é primordial no controle da placa, os quais se bem conscientizados, terão mais chance de sucesso, uma vez que alguns tratamentos poderão apresentar uma longa duração. Outrossim, é igualmente fundamental o reconhecimento da verdadeira queixa de cada paciente, assim como entender e ouvir suas preferencias ao se iniciar um tratamento.

Palavras-chave: Emergência de prótese; implante; região anterior.

ABSTRACT

Nowadays, prosthetic rehabilitation with implants has turned its main concerns, which were about osseointegration, to the relationship between prosthetic solutions and the surrounding tissue. In this sense, the development of an emergence profile that plays its role as a barrier and in esthetic areas is in harmony with the periodontal tissue of neighboring natural elements remains an impasse, which makes accurate planning necessary prior to implant placement. Nevertheless, the peri-implant morphology has already been widely studied, but it is still necessary to intensify the studies focused on its function. In fact, osseointegration entered the role of tissue manipulation (soft and hard), but even so, the three-dimensional position of the implant is indispensable not only for its survival, but to achieve the desired aesthetic or even functional result. For the treatment to be planned, in order to obtain a natural aspect in the result, it starts with anamnesis, as well as a study of radiographs and clinical examination, so that the techniques and methods to be used are defined, which are : bone regeneration techniques, alteration of gingival biotype, reopening techniques for papilla formation, papilla enlargement, alteration of peri-implant gingival biotype, choice of implant and prosthetic components. In this procedure, with the possibility of provisionalization immediately after implant placement, in fresh or not alveoli, the formation of a satisfactory emergence profile with less tissue manipulation is favored. However, it is still questioned whether the presence of keratinized gingiva is necessary as a condition for implant survival, but it is known that the presence of at least 2 mm favors the final result. Finally, the contribution of patients is paramount in plaque control, which, if well aware, will have a greater chance of success, since some treatments may have a long duration. Furthermore, it is equally fundamental to recognize the true complaint of each patient, as well as to understand and listen to their preferences when starting a treatment.

Keywords: Prosthesis emergency; implant; previous region.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 07 7
3. DISCUSSÃO 18
4. CONCLUSÃO 20
REFERÊNCIAS 21

2. REVISÃO DE LITERATURA 09

1. INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo da Odontologia, é observada uma busca pela excelência estética, funcional e biológica em todos os seus segmentos, para pacientes que se tornam cada vez mais diferenciados, os quais comumente esperam muito expectativas por um resultado estético ao finalizar o tratamento. Nesse sentido, em implantodontia, de modo a se alcançar um resultado estético com o máximo de naturalidade possível, torna-se indispensável um correto manuseio dos tecidos moles. De fato, é fundamental a forma, o contorno, o limite cervical, o perfil de emergência da coroa implanto-suportada e a qualidade e quantidade de mucosa periimplantar (ADELL et al., 1981).

Neste ínterim, mesmo que a implantodontia possa usar critérios relacionados à osseointegração e manutenção desta a longo prazo, como parâmetros para estimar o sucesso do tratamento, atualmente, os resultados estéticos, principalmente na região anterior de maxila, passaram a ser uma das principais metas a serem alcançadas na conclusão de um tratamento desejado. Para tal ideal, alguns fatores são essenciais para a obtenção desse sucesso, tanto em regiões estéticas assim como o método da extração, no caso de implantes imediatos, o próprio fato de os implantes serem imediatos ou tardios, posição do implante, necessidade e execução de tratamento para aumento de tecido duro e/ou mole (enxerto), instalação de provisórios imediatos, técnica de reabertura, provisórios pós-reabertura, individualização dos transferentes de moldagem e uma excelente prótese cerâmica (GRIZAS et. al, 2018).

Boa parte desses fatores está relacionada ao condicionamento tecidual, o qual precisa ser reproduzido durante os procedimentos de moldagem. Neste contexto, a técnica de moldagem é uma importante etapa visto que, se mal realizada, pode levar ao insucesso da prótese sobre implante, podendo comprometer o resultado final do tratamento, uma vez que o modelo obtido pode não representar adequadamente a posição do implante em relação aos tecidos periimplantares. Diversos autores descrevem o uso de próteses provisórias com contorno anatômico com a finalidade de guiar a cicatrização dos tecidos moles bem como usando-os para replicar os contornos gengivais, no momento da moldagem dos dentes, realizando uma customização da técnica de moldagem sobre implante em áreas estéticas (GOMES et. al, 2006).

Por outro lado, convém destacar que a altura e a espessura do osso alveolar são mantidas graças à permanência das raízes dentais dentro de seus alvéolos e que, após exodontias, é frequente observar reabsorções do rebordo alveolar. Tal forma de alteração pode acarretar um prejuízo estético, devido à perda da harmonia do contorno alveolar. Por conta disso, justifica-se que um protocolo cirúrgico bem realizado, associado a exames pré-operatórios e um plano de tratamento cabível, fazem parte da constituição de um pré-requisito para o sucesso do futuro resultado do tratamento com implantes (PELEGRINE et al., 2006).

Nessa direção, a instalação de implantes dentro da posição ideal, tanto no aspecto mésio-distal como no aspecto vestíbulo-lingual é de fundamental relevância. Com isso, os procedimentos de condicionamento gengival podem ser efetuados previamente, durante ou após a instalação dos implantes, com o intuito de maximizar os resultados estéticos dos tecidos moles periimplantados. A fase de condicionamento gengival pelos provisórios, secundária à reabertura, visa contribuir para a conquista de uma adequada harmonia entre os tecidos moles e o perfil de emergência da futura prótese cerâmica definitiva (PELEGRINE et al., 2006).

2. REVISÃO DE LITERATURA

O uso de implantes dentários para reabilitação oral tem crescido ao longo dos anos, uma vez que por meio da evolução dos materiais, assim como das técnicas cirúrgicas e protéticas tem colaborado resultados satisfatórios aos pacientes. Esse sucesso do tratamento com os implantes está intrinsecamente relacionado ao cumprimento dos protocolos cirúrgico e protético (LE SAGE, 2006).

De modo a se alcançar êxito no tratamento, a colocação do implante na posição tridimensional ideal é fundamental (LINDHE, 1997). Nessa direção, tais próteses sobre implantes têm como objetivo o reestabelecimento da função, ainda que deve manter a forma e a textura do tecido mole ao seu redor, mantendo ou criando papilas cujo objetivo é atingir contornos e formas o mais natural e harmônico possível (REIKIE, 1995). A perda de elementos dentários, principalmente em áreas estéticas, gera deformidades ósseas, por isso, nem sempre temos uma boa relação de quantidade e qualidade entre tecidos moles e osso, o que traz um impasse estético ao tratamento (ADELL at al, 1990).

Nesse contexto, o perfil de emergência refere-se ao desenho que o tecido periimplantar forma ao redor do elemento protético, assim como uma moldura em um quadro. O tecido juncional em dentes é distinto do juncional em implantes, o que traz um desafio para a criação de um “perfil de emergência” com características mais naturais (YEUNG, 2008). Assim, uma ótima restauração provisória e a manipulação correta dos tecidos moles não só devolve a estética necessária, como também contribui para sua manutenção. Além disso, deve ser analisado também o aspecto e o volume do tecido mole, com o objetivo de avaliar a necessidade de aumento do tecido (LE SAGE, 2006).

Diante do exposto, quando um dente é extraído ou perdido, o contorno dos tecidos moles sofre grandes alterações, o que torna restabelecimento da configuração natural dos tecidos um fator desfavorável à reprodução do perfil de emergência (QUESADA et al., 2014). Por conta disso, é essencial a avaliação das técnicas mais adequadas ao procedimento e sequência de intervenções, de modo que seja restabelecido o perfil anatômico correspondente ao sorriso do paciente, fator que impactará na naturalidade do resultado do tratamento.

Sob essa mesma ótica, historicamente os gregos antigos utilizavam a proporção divina ou áurea como padrão de beleza e harmonia na música, na arquitetura, na escultura, corpo e rosto humano. Nos dias atuais, esta proporção ainda é utilizada socialmente, sendo a boa estética ainda sinônimo de saúde. Desse modo, o profissional deve ter conhecimento sobre a macro estética facial e micro estética facial, além de entender que nem sempre o que achamos esteticamente belo vai de encontro ao que espera o paciente (ZUCCHELLI et al., 2018).

Nesse sentido, a harmonia gengival tão valorizada pelos pacientes é um importante elemento na estética do sorriso. Por conta disso, é essencial o conhecimento por parte dos profissionais para criar um perfil de tecido mole ideal ao redor de dentes naturais e implantes dentários (SIMON; ROSEMBLATT, 2010). Outrossim, a presença da papila gengival é igualmente importante para se obter um resultado estético favorável na restauração de implantes dentários. Entretanto, a reconstrução da papila ausente ainda é um problema imprevisível que resulta em um impasse, visto que pode causar problemas funcional, fonético e estético (BLATZ et al, 1999).

Por outro lado, a presença de papila interdental depende principalmente da distância do ponto de contato à crista do osso interdental alveolar (TARNOW et al., 1992). Ainda de acordo com Tarnow et. al (1992), as distancias de 5 milímetros ou menos tiveram 98% de sucesso para manutenção da papila enquanto as de 6 e 7 milímetros tiveram apenas 56% e 27%, respectivamente.

Nesse contexto, os implantes, assim como os dentes, são “dispositivos transmucosos, uma vez que penetram a mucosa oral, tornando necessário que a mucosa deverá ter características apropriadas para desempenhar o papel de barreira (SALINAS; BUSKIN, 1998). O perfil de emergência é o contorno dos dentes e suas coroas pelos tecidos moles, no sentido ascendente à área de contato Inter proximal (no plano sagital) e a altura do contorno vestibular e lingual (no plano transverso). Ele fora descrito como um esboço de um dente ou restauração (tanto numa coroa sobre um dente natural ou um pilar de um implante) e a sua relação com os tecidos adjacentes (DRAGO, 2014).

Nessa direção, é essencial para o êxito do condicionamento gengival controlar a placa severa, caso contrário, perdemos o direcionamento gengival devido ao processo de inflamação que se instala no local. Dessa forma, somente em um paciente

devidamente orientado e estimulado conseguiremos o controle da placa bacteriana, assim podemos iniciar o condicionamento com a aplicação de técnicas de carga imediata, o que pode auxiliar no resultado estético final (PARNAÍBA, 2012).
Com essa técnica evita-se uma manipulação excessiva dos tecidos, pois não precisa de cirurgia de reabertura, ocasionando a cicatrização dos tecidos moles ao redor da prótese provisória (CAMARGO et al., 2005).

Para tanto, a manipulação correta dos tecidos moles é sempre auxílio para obtenção de uma interface favorável entre elementos protéticos e tecidos, logo, durante o planejamento devemos levar em conta biótipo gengival, condição óssea, apelo estético exigido (pela área e pelo paciente), posição do implante (QUESADA et al., 2014).

A cirurgia plástica periimplantar baseia-se na harmonização gengival entorno da prótese por meio de aprimoramento do tecido duro, aprimoramento do tecido mole, precisão na colocação do implante e qualidade da prótese provisória. Nesse contexto, os pacientes com perfil gengival espesso possuem maior irrigação, melhor suporte ósseo e mais fibras, portanto menor possibilidade de recessão; por outro lado, pacientes com perfil gengival delgado necessitam de um controle de placa mais preocupante, uma vez que são mais favoráveis para o aparecimento de inflamações e recessão (DRAGO, 2014).

Com o diagnóstico correto e a escolha de técnicas apropriadas, é possível beneficiar o tecido periimplantar através do aumento o seu volume, mudando sua característica e lhe devolvendo aspecto natural no resultado final (QUESADA et al., 2014). Entretanto, o tecido periimplantar é pouco vascularizado se comparado ao tecido periodontal, o que os torna um verdadeiro impasse para a formação e preservação de papilas (QUESADA et al., 2014).

A medida da distância entre o implante e a margem gengival é relevante, visto que seu potencial de escultura gengival está diretamente relacionado a ela. Para isso, as três etapas cruciais para formação e manutenção do perfil de emergência na reabilitação por implantes são: a Inserção do implante, provisórios e próteses definitivas. Não obstante sua importância, em relação à sobrevida do implante ser questionada, é sabido que a partir de 2mm de espessura de tecido queratinizado a proteção contra placa melhora, ocorrendo um menor índice de inflamação, menor índice de recessão e ajuda em áreas estéticas (QUESADA et al., 2014).

Por outro prisma, o desenho do dente também pode influenciar nas características do tecido periimplantar, ou seja, dentes triangulares possuem papilas finas e morfologia delgada do tecido, paralelamente, dentes quadrados possuem papilas com tecido mais espesso, devido aos pontos de contato. Existem técnica indireta e técnica direta para a manipulação dos tecidos moles, a fim de se ter um perfil de emergência em que a primeira contempla o beneficiamento do tecido (enxertos e técnicas cirúrgicas), e a segunda utiliza pilares provisórios e restaurações provisórias (ADELL at al. 1990).

O aspecto e a avaliação do volume do tecido mole permitem a previsão das necessidades de aumentar o tecido, e a escolher técnicas e sequências de tratamento mais apropriado ao restabelecimento do perfil anatômico correspondente ao sorriso do paciente. Por intermédio de um bom planejamento, é possível a indicação das manobras cirúrgicas necessárias. Nesse contexto, em 9 casos de indivíduos insatisfeitos com próteses removíveis, que possuíam perdas dentárias anteriores, foram realizados os planejamentos em que todos os casos com enxertos ósseos, e posteriormente, após a colocação do implante, foram planejados enxertias e condicionamento gengival, sempre enfatizando que o controle de placa é fundamental para o sucesso da terapia. Tais enxertos foram realizados com osso autógeno e uso de membrana de colágeno. A exigência estética torna-se subjetiva de um paciente para outro, o que dificulta frequentemente uma satisfação plena do resultado estético. Esse, depende do contorno, do limite cervical, da forma, do perfil de emergência da restauração implanto suportada e da quantidade e qualidade da mucosa periimplantar (LINDHE, 1997).

Essa exigência estética é variável de um paciente para outro, e o resultado estético depende da forma, do contorno, do limite cervical, do perfil de emergência da restauração implanto suportada e da qualidade e quantidade da mucosa periimplantar. Um resultado estético muito satisfatório é comumente mais dificultoso de ser obtido (DAVARPANAH, 2003).

As manipulações de tecido mole disponíveis podem resolver uma grande quantidade de problemas estéticos. A título de exemplificação, o enxerto de tecido conjuntivo pode reparar defeitos menores no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles. Na região anterior da maxila, ou quando o paciente percebe ser esteticamente importante, o posicionamento do

implante será determinado pela necessidade de maximizar tanto a estética quanto a função pela necessidade das restaurações suportadas por implantes. Assim, alguns pontos devem ser estudados no pré-operatório, sendo eles a linha do sorriso, suporte labial, simetria facial, quantidade e qualidade de tecidos moles, perfil de emergência, tipo de componentes protéticos a serem usados e contorno futuro da restauração final (ASKARY, 2004).

A aplicação de técnicas de carga imediata pode auxiliar no resultado estético final, de modo a se evitar uma manipulação excessiva dos tecidos, pois não precisa de cirurgia de reabertura, ocorrendo a cicatrização dos tecidos moles ao redor da prótese provisória. Ser necessário ter um tecido ceratinizado em torno dos implantes na reabilitação oral é ainda um fator controverso no que diz respeito ao seu sucesso a longo prazo, uma vez que a mucosa ceratinizada não é indispensável para a manutenção do tecido periimplantar, quando há uma adequada higienização oral. Assim, a forma e a quantidade de tecido ceratinizado podem ser alcançadas ou ampliadas antes, durante ou após a inserção dos implantes (CAMARGO et al., 2005).

A implantação imediata em alvéolos frescos pós-extração é uma opção terapêutica recorrente em áreas estéticas. Essa possibilidade ofertada de substituição imediata de um dente comprometido por um implante colabora positivamente para a aceitação do procedimento ser considerável por parte dos pacientes, visto que diminui o número de procedimentos cirúrgicos (TOSTA et. al, 2007).

De modo a se conseguir uma adequada estética gengival em implantes unitários imediatos a melhor maneira é a confecção de restauração temporária fixa sobre o implante, copiando a arquitetura gengival original circundante ao dente natural. O provisório confeccionado previamente no modelo promove uma transferência fiel da posição do dente, bem como do relacionamento deste com o tecido gengival. Para a otimização da estética, a plataforma do implante deve ficar 2 mm aquém da margem gengival. As vantagens da colocação imediata de implantes são: menor tempo de trabalho, preservação do contorno gengival e oportunidade para um posicionamento axial mais ideal do implante (FILHO et. al, 2007).

Como já exposto anteriormente, a preservação de papilas é um dos maiores desafios da implantodontia, já que há pouca irrigação sanguínea entre implantes e um menor número de estruturas de suporte do periimplante em relação ao periodonto. As incisões conservadoras, realizadas com Punch, possibilitam a otimização do contorno

da mucosa, tempo cirúrgico menor devido à ausência de suturas e maior estabilidade dimensional dos tecidos duros e moles devido à ausência de retalho mucoperiostal (FILHO et. al, 2007).

Nesse ínterim, um estudo clínico em 2009 descreveu o uso da técnica de pressionamento dos tecidos como altamente satisfatória tanto estética quanto funcionalmente para alcançar a remodelação e readaptação tecidual. Desse mesmo modo, a aplicação de uma pressão poderia criar a ilusão de estar o pôntico emergindo dos tecidos e a formação de “pseudo” papilas interdentais que proporcionam um efeito mais natural ao sorriso (KIM et al., 2009).

Outrossim, em 2007, foi avaliada a estabilidade de enxertos gengivais posicionados em torno de implantes dentais no segundo momento cirúrgico (reabertura). Nesse estudo, os 14 com implantes cobertos por inadequada mucosa queratinizada foram estudados e submetidos à cirurgia plástica periimplantar, em que enxertos gengivais autógenos foram usados de acordo com a situação clínica presente. Tais pacientes passaram por avaliação com até 12 meses de pós-operatório e os dados sugerem que a cirurgia plástica periimplantar no segundo estágio cirúrgico pode resultar em aumento da espessura da mucosa, especialmente quando realizada em áreas onde a mucosa apresenta um fenótipo delgado (SPERONI et. al, 2009).

Nesse sentido, sabe-se que a harmonia gengival é um importante elemento na estética do sorriso. Os profissionais precisam ter o conhecimento essencial para criar um perfil de tecido mole ideal ao redor de dentes naturais e implantes dentários. Simon (2010) desenvolveu, através da descrição de dois casos clínicos, os requisitos para uma arquitetura gengival ideal e as técnicas utilizadas (enxerto gengival), para alcançar este objetivo, assim como as suas limitações. De acordo com as suas conclusões, a estética gengival irá depender de múltiplos fatores como saúde, quantidade, qualidade, simetria e equilíbrio do tecido mole residual. Um auxílio cuidadoso dos tecidos moles, associado à adesão aos princípios biológicos e estéticos, irá aumentar a probabilidade de obtenção de resultados satisfatórios (SIMON, 2010).

Nesse diapasão, existem técnicas e materiais que usados em conjunto farão parte de métodos para conseguirmos êxito na obtenção do perfil de emergência. A fase da reabertura dos implantes é a melhor hora para a manipulação dos tecidos moles (MATEOS, 2003). Dentro desse contexto, há uma classificação baseada no tipo

de técnicas cirúrgicas utilizadas para reaberturas em excisionais e incisionais. A primeira é caracterizada pela remoção do tecido acima do implante, e a segunda pelo deslocamento do tecido incisionado (KHOURY, 2000).

Desse modo, no caso da pressão gradual, a realização desta técnica consiste na confecção de coroas provisórias que sigam os princípios biológicos das coroas definitivas, formato convexo, perfis de emergência adequados e espaço interdental para as papilas. A área do pôntico recebe incrementos de resina acrílica, em torno de 1,0 mm, cuja pressão sobre o tecido gera uma leve isquemia, porém sem interferir na adaptação marginal e na cimentação da restauração. O paciente deve retornar após uma semana para avaliação das condições da área, pois presença de ulceração é reflexo de pressão em demasia. Estando a área adequada, avalia-se a necessidade ou não de novas aplicações de resina acrílica, sendo as vezes necessário de 3 até 5 aplicações (PEGORARO, 1998).

A escarificação é desenvolvida adaptando-se a restauração provisória nos pilares, delimitando com um lápis o desenho gengival que se é esperado, tomando cuidado para que a tintura do lápis não pigmente o tecido conjuntivo que será exposto. Logo após, faz-se a aplicação de anestesia terminal infiltrativa na área a ser esculpida. O tecido gengival é então esculpido por brocas diamantadas em forma de pêra, em alta rotação com irrigação, criando pressão sobre a área esculpida, somente justapondo se, servindo como uma proteção e um guia cicatricial, para complementar a escarificação. Após 12 dias o tecido estará reparado. É feita assim a escultura da arquitetura gengival (MAINIERI; RIVALDO, 1991).

Por esse lado, a técnica de eletro cirurgia seguem-se todos os padrões de técnicas da escarificação, porém, utiliza-se das pontas do eletro bisturi ao invés das brocas diamantadas para se conseguir a “escultura” da arquitetura gengival. Contudo, seu controle não é tão preciso como na escarificação, e o odor nas operações eletro cirúrgicas é ofensivo para muitas pessoas. Além disso, é uma técnica traumática para o paciente, por ter um período cicatricial mais longo, devido a uma necrose tecidual gerada pelo calor, havendo até a possibilidade de reabsorção óssea. Deste modo, esta técnica tem sido pouco utilizada, a qual é contraindicada para pacientes portadores de marca-passo cardíaco (MANIERI; RIVALDO, 1991).

Por outro lado, há técnicas incisionais, que podem objetivar a formação de papilas, a preservação das papilas, o aumento das papilas, o aumento do tecido

queratinizado e melhora do contorno gengival. Nesse sentido, há a técnica da dobra cirúrgica, que é indicada para a preservação das pilas e melhora no contorno gengival, sendo feita através da aplicação de uma dobra cirúrgica gengival no momento da reabertura do implante, para colocação de um cicatrizador ou de um componente protético ou uma coroa provisória (KOIS, 2001).

A manipulação do tecido gengival, resultando numa dobra cirúrgica, se constitui em uma excelente opção estética aos enxertos livres de gengiva e enxertos ósseos autógenos/alógenos, em situações em que se tem uma pequena perda de volume dos tecidos moles e duros da cavidade oral (KOIS, 2001). A gengiva deve ser espessa e fibrosa para que possa ajudar a mascarar os componentes protéticos, visando a obtenção da estética na prótese sobre implante. Nesse contexto, a espessura que se aceita como ideal seria de valores iguais ou maiores que 5mmm uma vez que valores inferiores a 2mm, de gengiva queratinizada, tornam-se uma situação de risco (GOMES, 2006).

Essa é uma técnica de manipulação dos tecidos moles, que permite um ganho de volume e contorno estético, sem a necessidade de enxertos gengivais ou ósseos. Ela consiste em aumentar a espessura de gengiva queratinizada por vestibular, obtendo um ganho em altura, corrigindo a concavidade vestibular apresentada no periodonto de proteção do implante (MOTTA; CAMILO, 2007).

Por conseguinte, indicada para preservação e aumento das papilas, a técnica de Nencovsky tem duas incisões verticais são iniciadas nos sulcos mesiais e distais dos elementos adjacentes em direção ao palato e unidas por uma incisão horizontal próximo à face palatina do cicatrizador (forma de U). As papilas são desepitelizadas e um retalho de espessura total é deslocado. O parafuso de cobertura é, então, substituído pelo cicatrizador, e o retalho vestibular é dividido em pedículo distal e pedículo mesial posicionados sobre as papilas desepitelizadas, e ambos os lados são suturados (NEMCOVSKY et al., 1999).

Além disso, a técnica de Palacci e Ericsson para formação de papilas inicia-se com uma incisão linear na região do palato ou na lingual, um pouco abaixo de onde estão localizados os cicatrizadores, seguindo-se uma incisão vertical na vestibular, em direção divergente, para dar maior suprimento sanguíneo ao retalho. Eleva-se, então, um retalho total em direção vestibular, descobrindo os cicatrizadores, que são substituídos pelos intermediários. Nesse momento, no próprio retalho elevado por

vestibular, faz-se uma incisão biselada semilunar ou em ‘’ C’’ na região distal de cada intermediário, formando, assim, um pedículo gengival que será deslocado 90° paramesial e localizado na região interproximal de cada intermediário, já simulando o que será a nova papila periimplantar. São realizadas as suturas nesses pedículos na região interproximal, podendo ser utilizada tanto para implantes unitários quanto para implantes múltiplos (MATEOS, 2003).

Ademais, a técnica Cirúrgica do Retalho Trapezoidal para preservação das papilas consiste na incisão supracristal em forma de trapézio, que é suturada por vestibular e que deve ser utilizada em casos de implantes unitários. Tal desenho permite a preservação das papilas dos dentes adjacentes (MATEOS, 2003). Já a Técnica Splint Finger, é um procedimento para aumento de papilas, usado em implantes unitários e múltiplos e resulta em um aumento cervical e das papilas, a manipulação dos tecidos palatino e vestibular fornece volume suficiente para o aumento das papilas. Por fim, existe a Técnica do retalho palatino rotacionado, utilizada em casos nos quais o tecido queratinizado se apresenta insuficiente ou para selamento de alvéolos implantados, o enxerto gengival livre ou o rotacionado podem ser uma das alternativas viáveis de tratamento e com prognóstico previsível em longo prazo, portanto, são técnicas consagradas (NEMCOVSKY et al., 1999).

3. DISCUSSÃO

O desenho da mucosa periimplantar vai muito além da estética, está também envolvido nas questões de qualidade de vida e bem estar psicossocial do paciente. A definição de sucesso no tratamento de implantes não é apenas pela osteointegração, mas também para a manutenção da saúde peri-implantar dos tecidos moles. A presença de gengiva queratinizada ainda é discutível quando se trata da sobrevida do implante em pacientes motivados porem é sabido que sua presença favorece a formação de papilas, melhora higiene e diminui a probabilidade de recessão (QUESADA et al., 2014).

A espessura da mucosa queratinizada em torno de implantes pode determinar a dinâmica futura do tecido mole ao seu redor, grandes áreas de gengiva queratinizada podem oferecer mais resistência às forças da mastigação e ao atrito que ocorre durante os procedimentos de higiene oral. Desta maneira, existe uma diferença fundamental entre uma região periimplantar com mucosa queratinizada e outra sem a mesma. Além da estética gengival natural também evidenciamos a necessidade de uma boa vedação de tecidos moles em implantes e pilares pois já foi estudada e é conhecida a sua proteção contra infecções. Um perfil de emergência que imite o natural além da estética também é importante para a higiene e, a melhor maneira de consegui-lo é através de próteses provisórias, levando-se sempre em conta o biótipo gengival e sua possível modificação (YEUNG, 2008).

O enxerto de tecido conjuntivo pode reparar defeitos no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles. Os enxertos de tecido conjuntivo sub epitelial vêm sendo considerados a técnica padrão em cirurgia plástica periodontal já que a sua utilização permite um duplo suprimento

sanguíneo do enxerto e minimiza problemas com relação à coloração do tecido após cicatrização (QUESADA et al., 2014).

A plástica peri-implantar se concentra na harmonização de estruturas periimplantares por meio do uso de tecnologias para tecidos duros e moles e inclui: aprimoramento da estrutura óssea e tecidos moles; precisão na colocação do implante; e qualidade da restauração protética. O manejo adequado dos tecidos moles para a formação do perfil de emergência de levar em conta o suprimento sanguíneo, biótipo gengival e suporte de tecido duro. Portanto é crítico que seja feito um planejamento antes mesmo da colocação do implante para a escolha das melhores técnicas cirúrgicas de preservação e ou reconstrução de tecidos duros pois somente as técnicas de manipulação de tecidos moles não é o suficiente para que o resultado final desejado seja alcançado (YEUNG, 2008). A substituição de dentes comprometidos por implantes imediatos em áreas estéticas é cada vez mais frequente. Contudo, a remodelação dos tecidos peri implantares após a exodontia, ainda que seguida da colocação imediata do implante, pode comprometer o resultado estético do tratamento.

A carga imediata quando bem indicada, além de trazer um maior conforto ao paciente, por evitar o uso de restaurações provisórias removíveis e encurtar o tempo de tratamento, pode também ser uma das melhores maneiras de condicionamento dos tecidos peri implantares. As regras básicas são a seleção do diâmetro correto da cabeça do implante, distância entre eles e o posicionamento tridimensional dos mesmos são fundamentais para o êxito estético do tratamento, sendo o guia cirúrgico uma ferramenta indispensável para a sua obtenção (QUESADA et al., 2014).

Por fim, um elemento frequentemente negligenciado da restauração é o pilar do implante. Esse componente geralmente contribui para o sucesso ou fracasso no que diz respeito à estética, conforto e função da coroa cimentada. O titânio, ou mais adequadamente o óxido de titânio, não parecem afetar significativamente as estruturas celulares epiteliais ou a formação de estruturas epiteliais. Isso sugere que a localização do epitélio (neste caso, epitélio gengival oral) é mais influente na determinação da estrutura do tecido do que o substrato (implante versus dente). A provisionalização imediata tem a vantagem de preservar o contorno dos tecidos moles, bem estar e autoestima do paciente (GOMES, 2006).

4. CONCLUSÃO

De acordo com este estudo de revisão de literatura, pode-se concluir que: 1 – No contexto da Implantodontia, os resultados estéticos, principalmente na região anterior de maxila, passaram a ser uma das principais metas a serem alcançadas na conclusão de um tratamento idealizado.

2 – Os procedimentos de condicionamento gengival devem ser anteriormente efetuados, durante ou depois de se instalar os implantes, com a finalidade de se otimizar os resultados estéticos dos tecidos moles periimplantados.

3 – Alguns fatores estão associados ao êxito do tratamento, entre eles a técnica de moldagem é uma importante etapa visto que, caso seja mal realizada, há chances de insucesso da prótese sobre implante, o que pode comprometer o resultado final.

REFERÊNCIAS

ADELL R; ERIKSSON B; LEKHOLM U; BRÅNEMARK P I; JEMT T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. **Int J Oral Maxillofac Implants** 1990; 5: 347–359.

ADELL, R; LEKHOHLM, U; ROCKLER, B. A 15-years study osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. **Int. J. Oral Surg**. v. 10, n. 6, p. 387-416, dec. 1981.

ASKARY AS. **Cirurgia estética reconstrutiva na implantodontia**. São Paulo: Santos, 2004.

BLATZ, MB; HÜRZELER MB; STRUB JR. Reconstruction of the lost interproximal papilla--presentation of surgical and nonsurgical approaches. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 1999 Aug;19(4):395-406. Review.

CAMARGO LO; TORTAMANO P; MISSAKA R. Conduta de planejamento em setores estéticos associados à carga imediata – Descrição de caso clínico. **Implantnews**. 2005; 2(2): 132-136.

DAVARPANAH M. **Manual de implantodontia Clínica**. Artmed; 2003. 337p.

DRAGO, AA. Considerations on Implant Emergence Profile. Part 1. **Claves de Odontología** 2014; 73: 83-88

FILHO JS; ENCARNAÇÃO IC; SILVA AP; DOTTO CA. Como conseguir adequada estética gengival em implantes unitários imediatos: relato de caso clínico. **Perionews**. 2007; 1(3): 219-223.

GOMES, EA.; ASSUNÇÃO, WG.; COSTA, PS.; DELBEN, JA.; BARÃO, VAR. Moldagem de Transferência de Prótese Sobre Implante ao Alcance do Clínico-Geral.

Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 281-288, set/dez. 2006.

GRIZAS, E; KOURTIS, S; ANDRIKOPOULOU, E; ROMANOS, GE. A delailed decision tree to create, preserve, transfer, and support the emergence profile in anterior maxillary implants using custom abutments. **Quintessence International Implantology**. v. 49, n. 5, may. 2018

KHOURY, F.; HAPPE, A. Soft Tissue Management in Oral Implantology: A review of Surgical Techniques for Shaping an Esthetic and Functional Per-implant Soft Tissue. **Quintessence Internacional**, v.31, n.7, p.483-499, 2000.

KIM TH; CASCIONE D; KNEZEVIC A. Simulated tissue using a unique pontic design: a clinical report.; **J Prosthet Dent**. 2009; 102(4): 205-210.

KOIS JC; KAN JY. **Pract Proced Aesthet Dent**. 2001 Nov-Dec;13(9):691-8; quiz 700, 721-2.Predictable peri-implant gingival aesthetics: surgical and prosthodontic rationales.

LE SAGE B P. Improving implant aesthetics: prosthetically generated papilla through tissue modelling with composite. **Pract Proced Aesthet Dent** 2006; 18: 257–263.

LINDHE J. **Tratado de periodontia clínica e Implantologia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

MAINIERI ET, RIVALDO EG. Conduta eletrocirúrgica nos tecidos moles aplicada às restaurações protéticas. **Odont Mod** 1991 Jul/Ago; 18(4): 16-24

MATEOS, L.; LÁZARO, PJ.; HERRERO, F.; HERRERO, M. Técnicas quirinicas periodontales aplicadas a la implantologia. **Av Periodon Implanto**l, v.15, n.2, p.5768, 2003.

MOTTA, S.; CAMILO, F.; **Técnica de dobra cirúrgica para reabertura de implantes osseointegrados**; Rio de Janeiro. 2007. Disponível em www.clivo.com.br/pdf/dobra_cirur.pdf. Acesso em 10 set. 2022.

NEMCOVSKY, CE, ARTZI, Z., & MOSES, O. (1999). Rotating split palatal flap for primary soft tissue coverage over extraction sites with immediate implant placement. Description of Surgical Procedure and Clinical Outcomes. **Journal of Periodontology**, 70 (8), 926-934. doi: 10.1902 / jop.1999.70.8.926.

PARNAÍBA, ACO. **Condicionamento gengival em prótese fixa sobre dentes e implantosuportada**. Monografia da FUNORTE, Três Corações/MG, 2012.

PEGORARO LF. **Coroas provisórias**. In: Pegoraro LF, Valle AL, Araújo CRP, Bonfante G, Conti PCR, Bonachela V. Prótese Fixa. São Paulo: Artes Médicas; 1998. p. 111-48.

PELEGRINE AA; COSTA CE; SENDYK WR. Enxerto de tecido conjuntivo: uma alternativa para alcançar a estética periimplantar. Relato de caso. **Implantnews**. 2006; 3(3): 249-254

QUESADA GAT; RIZZARDI M; FRANCISCATTO LJ; ARRAIS FR. Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante. **Saúde (Santa Maria)**. 2014;0(0):9-18.2

REIKIE, DF. (1995). Restoring gingival harmony around single tooth implants. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, 74(1), 47–50. doi:10.1016/s0022-3913(05)80228-8.

SALINAS TJ; BUSKIN R. Transferring emergence profile created from the provisional to the definitive restoration. **Pract Periodontics Aesthet Dent**. 10(9):1171-9. 1998.

SIMON Z; ROSENBLATT A. Challenges in achieving gingival harmony. **J Calif Dent Assoc**. 2010; 38(8): 583-590

SPERONI S, CICCIU M, MARIDATI P, GROSSI GB, MAIORANA C. Clinical investigation of mucosal thickness stability after soft tissue grafting around implants: A 3-year retrospective study. **Indian J Dent Res**. 2010; 21(4): 474-479.

TARNOW, DP; MAGNER, AW; FLETCHER, P. (1992). The Effect of the Distance From the Contact Point to the Crest of Bone on the Presence or Absence of the Interproximal Dental Papilla. **Journal of Periodontology**, 63(12), 995–996.

TOSTA M; FERRAZ P; MOURA GS FILHO; GUERRA L; SARACENI CH; TOSTA M. Previsibilidade em áreas estéticas: o conceito da abordagem imediata. **Rev Dental Press Periodontia Implantol.** 2007; 1(1): 95-111.

YEUNG, SC. Biological basis for soft tissue management in implant dentistry. **Aust Dent J.** 2008; 53 Suppl 1: S39–S42.

ZUCCHELLI, G.; SHARMA, P.; MOUNSSIF, I. (2018). Esthetics in periodontics and implantology. **Periodontology** 2000, 77(1), 7–18. doi:10.1111/prd.12207.