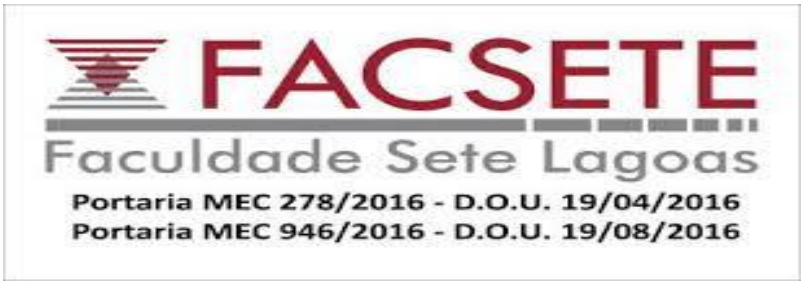
FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016



ESPECIALIZAÇAO EM IMPLANTODONTIA

Reinaldo Queiroz Alves

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO NA IMPLANTODONTIA

São Paulo

2020

Reinaldo Queiroz Alves

ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO NA IMPLANTODONTIA

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Orientador: Prof. M.e. Paulo. R. Ramalho.

São Paulo

2020

Monografia intitulada “**Enxerto de Tecido Conjuntivo na Implantodontia”** de autoria do aluno **Reinaldo Queiroz Alves.**

Aprovado em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Banca Examinadora

_____

Prof. M.e. Paulo R. Ramalho

_____

Prof. M.e. Ricardo Elias Jugdar

_____

Prof. M.e. Pedro Paulo Pita

São Paulo, ____/____ 2020.

Faculdade Sete Lagoas FACSETE

Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170_ Set Lagoas, MG

Telefone (31) 3773-3268 – www.facsete.edu.br

Agradecimentos

Inicialmente agradeço a Deus por ter me fornecido todas as possibilidades para alcançar meus objetivos até este momento.

Aos meus orientadores que me nortearam para o desenvolvimento técnico e para a conclusão desta pesquisa. Em especial ao Prof. M.e. Paulo Ramalho pelo apoio no desenvolvimento deste estudo.

À minha turma de classe que através da interação e discussão e momentos de relaxamento possibilitaram que esta jornada se tornasse mais leve e produtiva.

A todos os envolvidos o meu muito obrigado.

“Dedico esta pesquisa aos meus pais, que sempre me orientaram e incentivaram desde o início de minha escolha profissional, sem medirem esforços para que esta etapa se concluísse”.

Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.

Aldo Novak

Resumo

O alto índice de sucesso em implantes endósseos tem sido bem documentado na literatura, e a implantodontia tem se mostrado uma técnica segura e altamente previsível, mas, assim como qualquer outro procedimento cirúrgico o implante está sujeito a intercorrências que podem envolver fatores diversos, e, esses podem estar presentes em qualquer fase ou etapa do tratamento. A sua aplicação, associada a uma técnica cirúrgica adequada vem possibilitando ganhos substanciais de qualidade e quantidade óssea em áreas tridimensionalmente deficientes. Porém, para que os implantodontistas tenham sucesso clínico é necessário que ocorra o fenômeno da osseointegração, que nada mais é do que a união física do implante com receptor ósseo. Esse resultado pode ser otimizado, com pequena gengivoplastia local, devolvendo morfologia adequada aos tecidos.

Palavras-chave: Implantodontia; Transplante ósseo; tecido conjuntivo; Reabilitação bucal.

Abstract

The high success rate in endosal implants has been well documented in the literature and implantodontia has been shown to be a safe and highly reproducible technique, but, like any other surgical procedure, the implant is subject to complications that may involve various factors and these may be present at any stage or stage of treatment. Its application, associated with an adequate surgical technique, has eased substantial gains in bone quality and quantity in three-dimensionally deficient areas. However, for implantodontists to have clinical success, it is necessary to have the phenomenon of osseointegration, which is nothing more than the physical union of the implant with bone receptor. This result can be optimized, with small local gingivectomy, returning adequate morphology to the tissues.

Keywords: Implantology; Bone transplantation; connective tissue; Oral rehabilitation.

SUMARIO

1- Introdução.....09
2- Proposição.....11
3- Revisão de Literatura.....12
4- Discussão.....17
5- Conclusão..... 20
6- Referências Bibliográficas..... 21

1-Introdução

A perda da dentição é um aspecto da existência humana e sempre foi um verdadeiro desafio na área da odontologia. Com o avanço na busca por substitutos ideais para dentes ausentes, surgiu a descoberta do fenômeno dos implantes dentais juntamente com a teoria da osseointegração.

O alto índice de sucesso em implantes endósseos tem sido bem documentado na literatura e a implantodontia tem se mostrado uma técnica segura e altamente previsível, mas, assim como qualquer outro procedimento cirúrgico o implante está sujeito a intercorrências que podem envolver fatores diversos, e, esses podem estar presentes em qualquer fase ou etapa do tratamento. Contudo, para sua melhor aplicação, é imprescindível conhecer as características e o comportamento desses tecidos e biomateriais. A sua aplicação, associada a uma técnica cirúrgica adequada vem possibilitando ganhos substanciais de qualidade e quantidade óssea em áreas tridimensionalmente deficientes.

Segundo Amorim et al. (2019); o alto índice de sucesso utilizando implantes dentários endósseos tem sido bem documentado na literatura, o que tornou o tratamento com implantes altamente previsível, e, a implantodontia tem se mostrado uma técnica segura, e estável, desde que bem executada e bem planejada.

Porém, para que os implantodontistas tenham sucesso clínico é necessário que ocorra o fenômeno da osseointegração, que nada mais é do que a união física do implante com o receptor ósseo. O tratamento de pacientes por meio de implantes osseointregados representa uma possibilidade terapêutica com uma maior previsibilidade quanto ao sucesso do tratamento; Assis et al. (2019).

As características das superfícies dos implantes têm papel fundamental nos estágios iniciais da osseointegração. As modificações superficiais macro, micro e nanométricas, podem alterar as respostas biomoleculares e celulares in vitro e as respostas dos tecidos moles in vivo; Neto e Bacelar (2019).

Outros fatores são considerados determinantes para o sucesso do enxerto de conjuntivo, tais como a análise criteriosa da classificação de Miller, (Joly, Venturim,2011), a descontaminação e biomodificação da superfície radicular exposta e a redução da convexidade radicular para permitir íntima adaptação do enxerto ao leito receptor.

A decisão clínica de qual deve ser utilizada depende de alguns fatores, tais como: oclusão do paciente, ausência de hábitos parafuncionais, qualidade e quantidade óssea, superfície do implante, técnica cirúrgica e saúde geral do paciente, no transcorrer da cirurgia, Assis et al (2019).

2.Proposição

Os implantes dentários correspondem à terapia que visa substituir, não apenas estética como funcionalmente, um elemento dentário que, por diversos motivos, pode ter sido perdido. Essa técnica tem sofrido diversas alterações no decorrer dos anos, destacando-se para o implante imediato, que corresponde à técnica na qual é realizado o procedimento de exodontia, e, em seguida, a instalação de implantes, assim como outras terapias coadjuvantes, como enxertos ósseos e de tecido conjuntivo, e, este estudo, tem o objetivo de abordar a evolução e o aprimoramento das técnicas cirúrgicas, os métodos de diagnóstico, a qualidade do implante obtendo melhor conhecimento da biologia dos tecidos envolvidos.

3. Revisão de Literatura

Assis et al (2019) afirma que com o avanço na busca por substitutos ideais para dentes ausentes, surgiu a descoberta do fenômeno da osseointegração dos implantes dentários. O conceito trouxe modificações na odontologia, e, foi definido como uma ligação entre o osso vivo e a superfície de um implante submetido a cargas funcionais. A dentição natural participa efetivamente do bem-estar geral do indivíduo. Os dentes são órgãos diferenciados que participam de funções primordiais como mastigação, fonação e estética. Sabe-se que a perda de um ou mais elementos dentais pode provocar transtornos para a saúde geral do paciente. **Amorim et al (2019)**, relatam que tratamentos diversos têm sido utilizados através dos tempos com finalidade de estabelecer uma adequada conservação dos dentes, ou até mesmo sua substituição.

(Souza et al 2019), a perda da dentição é um aspecto da existência humana. As próteses convencionais inicialmente eram o único método disponível para restaurar a função e a estética do paciente desdentado, porém, sempre foi comum queixa dos usuários de próteses convencionais que relatavam problemas como falta de retenção, perda de estabilidade, desconforto e limitações funcionais e fonéticas. A implantodontia, como terapia, surgiu na década de 1950. Essa condição, fundamental, foi descrita pela primeira vez por Branermak em 1969, em que descreve a osseointegração como uma ancoragem de um dispositivo metálico no leito ósseo, que suporta as cargas funcionais do sistema mastigatório.

Para Araújo et al 2015, a odontologia atual busca excelência estética, funcional e biológica para seus pacientes, os quais são cada vez mais exigentes quanto aos resultados dos tratamentos odontológicos. O enxerto conjuntivo subepitelial tem resultados significativos no tratamento de defeitos de tecido mole na periodontia e apresenta alto índice de sucesso para obtenção de estética.

Joly e Venturim (2011) destacam que; o enxerto de conjuntivo apresenta resultados estéticos satisfatórios, entretanto, ocasionalmente pode ocorrer uma resposta desfavorável após a cicatrização do enxerto, com formação tecidual mais volumosa na área enxertada, acarretando alteração do contorno. Esse resultado pode ser otimizado, com pequena gengivoplastia local, devolvendo morfologia adequada aos tecidos. Já **Amorim et al (2019)** afirma que; alto índice de sucesso em implantes endósseos tem sido bem documentado na literatura e a implantodontia tem se

mostrado uma técnica segura e altamente previsível, mas, assim como qualquer outro procedimento cirúrgico o implante está sujeito a intercorrências que podem envolver fatores diversos e esses podem estar presentes em qualquer fase ou etapa do tratamento.

Assis et al (2019), apontam que os bons resultados dependem de alguns fatores, tais como: oclusão do paciente, ausência de hábitos parafuncionais, qualidade e quantidade óssea, superfície do implante, técnica cirúrgica e saúde geral do paciente, no transcorrer da cirurgia.

Os processos de tratamento de superfícies podem ser divididos em métodos de adição, quando acrescentam algo à superfície do implante, ou subtração, quando removem parte da camada superficial.

Segundo, **Neto e Bacelar (2019)**, no método chamado de adição, é aplicado à superfície do implante um recobrimento, que pode ser do mesmo material do corpo do implante ou não; enquanto que nos métodos de subtração, é removida uma camada da superfície do implante por um processo controlado.

Já **Landim et al (2009)**, sugere que há uma grande variedade de técnicas direcionadas à cobertura radicular descritas na literatura. Didaticamente, as cirurgias destinadas à correção das retrações gengivais podem ser enxertos de tecido mole pediculado, retalho de dupla papila; ou retalhos avançados, retalho reposicionado coronariamente ou enxertos de tecido mole livre que podem ser subdivididos em enxertos epitelizados ou subepiteliais de tecido conjuntivo. **Aroeira (2007)** relata que a avaliação do tecido gengival é de fundamental importância para a caracterização do fenótipo periodontal, contribuindo para a seleção dos procedimentos cirúrgicos mais seguros e previsíveis na solução de defeitos de tecido mole perimplantar.

(Pinto et al 2014), indicam que, com a intenção de solucionar os defeitos periimplantares, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial tem sido indicado quando existe alteração da papila entre implantes ou entre dente e implante, na ausência de mucosa queratinizada, perda da espessura de tecido mole ou exposição do componente protético.

Contudo, o plano de tratamento e execução dos procedimentos cirúrgicos devem ser realizados visando a preservação do osso alveolar. Sem esses fundamentos, a

manipulação dos tecidos moles não é suficiente para trazer um resultado estético satisfatório. Segundo **(Souza et al 2019)**, em alguns casos, como recessões gengivais, faz-se necessária a associação de técnicas para a melhora não apenas funcional, mas estética, em especial da área rosa bucal. Diversos fatores podem desencadear essa desagradável e antiestética situação, como: inflamação gengival, trauma por escovação, mau posicionamento dental e fatores iatrogênicos locais. **Fardin et al (2010)** afirma que; o material de enxerto ideal deve obedecer aos seguintes requisitos: 1) fornecimento ilimitado sem comprometer a área doadora; 2) promover a osteogênese; 3) não apresentar resposta imunológica do hospedeiro; 4) revascularizar rapidamente; 5) estimular a osteoindução; 6) promover a osteocondução; 7) ser substituído completamente por osso em quantidade e qualidade semelhante ao do hospedeiro. **Pinto et al (2014)** aponta que; com relação aos aspectos protéticos que podem ser controlados para conferir melhor estética ao caso, a seleção de um sistema de implante dentário que permite uma resposta biológica apropriada dos tecidos moles, representa o primeiro passo para a consecução de um resultado estético adequado. **Reino et al (2013)**; apontam que o tecido conjuntivo é amplamente utilizado em cirurgia plástica periodontal. Algumas técnicas propostas para obter esse tecido prejudicam a cicatrização do local doador ou aumentam a morbidade. A técnica de incisão única melhora a cicatrização do local doador da colheita palatina, mas dificulta o fechamento primário do retalho. A cicatrização da área doadora, de acordo com, **Ferrão Jr et al (2003)** ocorre com a formação de tecido de granulação na região palatina, da mesma maneira que com qualquer ferida que produza uma bolha dentro do tecido conjuntivo. A cicatrização inicial no palato geralmente se completa dentro de 14 a 21 dias após os enxertos livres, de 1 a 1,25mm de espessura.

(Amorim et al 2019), indica que, a cicatrização óssea ao redor de implantes dentários envolve uma cascata de eventos biológicos celulares e extracelulares que se apresentam na interface osso-implante, até a superfície do implante ser totalmente coberta com um osso recém-formado. Esses acontecimentos biológicos incluem a ativação de processos osteogênicos como os dos processos convencionais de cicatrização óssea.

Almeida et al (2012), diz que entre as várias técnicas cirúrgicas que têm sido propostas para obter-se quantidade adequada de tecido queratinizado, os retalhos posicionados lateral e apicalmente são indicados para a preservação de tecido queratinizado quando este está presente. Em casos nos quais o tecido queratinizado se apresenta insuficiente, o enxerto gengival livre pode ser uma alternativa viável de tratamento.

No entanto **Filho e Frízzera (2012)** afirmam que o enxerto gengival livre epitelizado é um procedimento bem estabelecido para aumentar a faixa de gengiva queratinizada, com resultados de tecido conjuntivo em longo prazo. Entretanto, esse procedimento não é comumente utilizado em regiões estéticas, pois o tecido enxertado apresenta diferença de cor e contraste com os tecidos adjacentes.

Pinto et al (2014) relata que o enxerto de tecido conjuntivo é capaz de aumentar a atividade metabólica no sítio receptor, preservando ou aumentando a quantidade de mucosa queratinizada ao induzir a queratinização das células epiteliais que proliferam sobre o enxerto, obtendo-se assim, uma vedação marginal perimplantar mais satisfatória.

Ferrão et al (2003), afirmam que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial promove: Redução na quantidade de exposição radicular; estética satisfatória, pois a cor do enxerto torna-se semelhante à dos tecidos adjacentes; melhor nutrição sanguínea do enxerto; melhor reparação tecidual, tanto da área doadora quanto da receptora.

Ferreira et al (2010) relata que, ainda que tenhamos à nossa disposição os marcantes avanços tecnológicos e científicos, que tornam, a cada dia, mais segura, previsível e viável esse tipo de reabilitação pela osseointegração, é preciso estar atento aos vários critérios seletivos e fatores de complicações, uma vez que não têm sido poucos os casos relatados na literatura de insucessos e complicações na implantodontia.

Venturim, Joly (2011), descrevem que, pode-se destacar a presença de leito receptor atrésico e insuficiente para prover adequado suprimento sanguíneo, perfuração do retalho, enxerto de tamanho ou espessura inadequados, posicionamento coronário do retalho insuficiente, ausência de tecido ósseo na região interproximal, falta de tecido gengival para o recobrimento.

Reis et al (2009) continua indicando que diversos fatores podem causar esse defeito estético tais como trauma por escovação, outros tipos de traumas sobre a gengiva, falta de gengiva inserida, inflamação gengival, inserção anômala de freios e bridas, mau posicionamento dental, vestíbulo raso, tabua óssea fina ou presença de fenestrações e deiscências ósseas. **Dinato, Nunes, Smidt (2007);** dizem que alterações ósseas maxilares e mandibulares requerem adequadas reconstruções estéticas e funcionais, com capacidade de suportar as cargas mastigatórias, proporcionar retenção suficiente e correto posicionamento do implante.

Tomm; Mezzomo (2017). Consideram que, o princípio de exclusão física de um sitio anatômico para a melhora no reparo de um determinado tipo tecidual e direcionamento de sua regeneração, com algum tipo de barreira mecânica, tem sido usado na cirurgia reconstrutiva. No caso da cirurgia reconstrutiva óssea, uma barreira é usada para impedir a invaginação do tecido conjuntivo mole no defeito ósseo. **Ferrão et al (2003)** descreve que a área receptora segue o padrão de cicatrização de uma cirurgia periodontal a retalho, que o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial pode promover regeneração de tecido conjuntivo sobre a raiz. Quanto à estética, é unânime em dizer que a previsibilidade da técnica é muito grande, o que a coloca como de primeira eleição para se obterem bons resultados estéticos.

Oliveira et al (2015), propuseram que, contudo, embora a taxa de sucesso seja consideravelmente alta, implantes em função podem apresentar infecções peri-implantares, as quais muitas vezes não são detectadas nos levantamentos epidemiológicos.

4- Discussão

Souza et al (2011), indicam que, a utilização de implantes dentários para substituição de elementos perdidos tem sido amplamente utilizada e tem como objetivo garantir uma reabilitação estética e funcional. Na maioria dos casos de substituição de um único dente, há a necessidade de reconstruir os tecidos circundantes, a fim de manter ou restabelecer a harmonia estética dos dentes vizinhos. A estética tem sido um dos fatores que direcionam o desenvolvimento da Implantodontia.

Pinto et al (2014) concluem, essa área utiliza as técnicas das cirurgias plásticas periodontais nos tecidos peri-implantares, com a finalidade de deixá-los mais estáveis na intenção de manter ou criar mucosa queratinizada para auxiliar no controle da saúde periodontal, diminuir a possibilidade de perda de tecidos duros e moles além de melhorar a estética do paciente.

De acordo com **(Cunha 2014)**; A busca por um tratamento efetivo das recessões periodontais resultou no surgimento de novas técnicas. Dessa forma, resultados mais previsíveis quanto ao recobrimento radicular puderam ser obtidos, a partir da utilização de técnicas como os enxertos de tecido conjuntivo gengival, regeneração tecidual guiada e matriz dérmica acelular.

Kahn; Egreja; Menezes, (2010), indicam que, a partir da classificação das recessões gengivais baseada na perda de tecido mole e ósseo Interproximal e do desenvolvimento de técnicas cirúrgicas utilizando o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, os resultados se tornaram bastante previsíveis, principalmente para as recessões gengivais classe I e II para estes casos é possível recobrir recessões gengivais em, aproximadamente, 100%, com ausência de sensibilidade dentaria**. Ferreira; Almeida; Dursck, (2017),** apontam que a classificação é definida pela localização da margem cervical, e como referência comparamos, se está acima ou abaixo da linha muco gengival, se há perda entre as papilas, e, se possui perda óssea.

Oliveira et al (2011), afirmam que, atualmente, dentre as opções de tratamento para o recobrimento radicular o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial ou submerso é o mais frequentemente utilizado. Isso se deve a maior quantidade de recobrimento em relação à observada com as técnicas cirúrgicas básicas, e em função da previsibilidade de seus resultados.

Queiroz; Camilo; Silva, (2019) diz, o tratamento com enxerto de tecido conjuntivo é uma alternativa mais eficaz comparado ao enxerto gengival livre, proporcionando maior estética aos pacientes. O procedimento apresenta resultado clínico favorável, melhor inserção, maior estética devido à coloração, facilidade de vascularização e a área doadora não fica exposta.

Santos e Queiroz (2017); concluem, as regiões de predileção para se obter o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial são áreas que possuem gengiva queratinizada e espessura suficientes para possibilitar a remoção do tecido conjuntivo subjacente. Temos as regiões edêntulas, retromolar e palato. A área do palato é considerada o principal local doador, na altura de prémolares e o primeiro molar. De acordo com **Reis et al (2009)**, os implantes osseointegrados também podem ser efetivos em áreas com pequenos defeitos no rebordo alveolar, onde a quantidade de osso é suficiente para garantir a estabilidade primária e osseointegração, entretanto a reabilitação protética pode apresentar estética comprometida.

Além da satisfação podemos encontrar vários fatores que colaboram para complicações com o enxerto. **Ferreira et al (2010)** relata que, ainda que tenhamos à nossa disposição os marcantes avanços tecnológicos e científicos, que tornam, a cada dia, mais segura, previsível e viável esse tipo de reabilitação pela osseointegração, é preciso estar atento aos vários critérios seletivos e fatores de complicações, uma vez que não têm sido poucos os casos relatados na literatura de insucessos e complicações na implantodontia.

Venturim, Joly (2011) dissertaram, pode-se destacar a presença de leito receptor atrésico e insuficiente para prover adequado suprimento sanguíneo, perfuração do retalho, enxerto de tamanho ou espessura inadequadas, posicionamento coronário do retalho insuficiente, ausência de tecido ósseo na região interproximal, falta de tecido gengival para o recobrimento.

Reis et al (2009) continua indicando que diversos fatores podem causar esse defeito estético tais como trauma por escovação, outros tipos de traumas sobre a gengiva, falta de gengiva inserida, inflamação gengival, inserção anômala de freios e bridas, mau posicionamento dental, vestíbulo raso, tabua óssea fina ou presença de fenestrações e deiscências ósseas. **Dinato, Nunes, Smidt (2007)**, dizem que alterações ósseas, maxilares e mandibulares requerem adequadas reconstruções

estéticas e funcionais, com capacidade de suportar as cargas mastigatórias, proporcionar retenção suficiente e correto posicionamento do implante.

Segundo **Tomm; Mezzomo (2017)**, o princípio de exclusão física de um sitio anatômico para a melhora no reparo de um determinado tipo tecidual e direcionamento de sua regeneração, com algum tipo de barreira mecânica, tem sido usado na cirurgia reconstrutiva. No caso da cirurgia reconstrutiva óssea, uma barreira é usada para impedir a invaginação do tecido conjuntivo mole no defeito ósseo, **Tomm; Mezzomo (2017).**

Feng et al (2012); concordam as complicações mais comuns, relatadas na literatura, que podem ocorrer nas cirurgias de remoção de tecido conjuntivo do palato são a dor pós-operatória, necrose e atraso de cicatrização na área doadora e alterações de sensibilidade. No entanto, o acidente mais contundente é sem dúvida a lesão ao feixe vásculo-nervoso palatino maior, podendo levar a um processo hemorrágico na região e propiciando a formação de hematomas e, consequentemente, aumentando o risco de infeção no local.

Feng et al (2012), apontam que, podem ocorrer dor e sangramento no pós-operatório e possíveis incômodos durante o procedimento, infecção e perda do enxerto por não ter irrigação sanguínea adequada e aumento da exposição radicular, mesmo que seja raro. Através da intervenção cirúrgica o paciente pode obter benefícios.

Outro aspecto complicador, a recessão gengival que é encontrado em pacientes com periodonto fino, (Cunha 2014) afirma que nesses é mais comum haver danos teciduais durante procedimentos cirúrgicos, que resultariam em uma pior cicatrização com consequente dano ao resultado estético final.

Santos; Queiroz, (2017); propuseram: a recessão gengival possui etiologia multifatorial, tais como doenças periodontais, agentes químicos, forças mecânicas excessivas durante a escovação, posição do dente no arco, oclusão traumática, inserção alta de freios, presença de bridas, acúmulo de biofilme, reduzida faixa de gengiva inserida e iatrogenias provenientes de tratamentos periodontais e restauradores.

Segundo e Alves (2005); disseram as contraindicações específicas do recobrimento radicular por enxerto gengival são: - a má qualidade do tecido doador - as recessões

de classe 3 e 4 de Miller - um diâmetro mesiodistal da raiz exposta superior às dimensões horizontais dos tecidos interproximais - quando há exigência estética.

5-Conclusão

A perda da dentição leva a pessoa a sentir-se muitas das vezes excluída do meio social, e a técnica do enxerto de tecido conjuntivo possibilita ao profissional devolver ao cliente a satisfação estética. E esse tratamento é o mais indicado por possuir fatores finais que otimizam o resultado como, melhor irrigação sanguínea, diminuição na quantidade de exposição radicular, e reparação tecidual tanto da área doadora quanto da receptora. E as complicações são tratáveis desde que os riscos sejam levantados posteriormente.

6-Referências bibliográficas

ALMEIDA, J. M.; NOVAES, V. N.; FALEIROS, P. L.; ET. AL. Aumento da gengiva queratinizada em mucosa peri-implantar. **Revista de odontologia UNESP**, São Paulo, vol.41, n5, p. 365-369, Araraquara Sept/Oct.2012.

AMORIM, A. V.; COMUNIAM, C. R.; NETO, M. D. F.; CRUZ, E. F. Implantodontia: Histórico, Evolução e Atualidades. **Re. Mult. Psic.** Vol.13, n45, p.36-48, 2019.

ASSIS, L. C.; ARAUJO, M.O.; PINHEIRO, J.C; MORAIS, E. F.; CAVALCANTE, R. B. F.; BEZERRA, B. T. Uso de carga imediata em implantodontia: revisão de conceitos atuais. **RvAcBO**,2019 vol,8, n3, p,82-87.

CUNHA, F. A. Decisão quanto a escolha da técnica de recobrimento radicular: Relato de caso clinico. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde** 2014, vol16, n4, p.321-327.

DINATO, J. C.; NUNES, L. S; SMIDIT, R. Técnicas cirúrgicas para regeneração óssea viabilizando a instalação de implantes. Saba-Chufii, E, Pereira SAS, organizadores. **Periodontologia: integração e resultados. São Paulo: 2007, Artes Medicas, p.183-226.**

FARDIN, A.C.; JARDIM, E. C. G.; ET AL. Enxerto ósseo em odontologia: revisão de literatura. **Innovations Implant Journal**, v. 5, n. 3, p. 48-52, 2010.

FERREIRA, G.R.; et al. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. **Revista odontológica de Araçatuba**, p. 51-55, 2010.

FERREIRA, J.; ALMEIDA, K.; DURSCK, J. R. Recobrimento radicular utilizando a técnica de enxerto de tecido conjuntivo. **RGS**.2017, vol.18, n2, p.66-73.

FENG, H. S.; FILHO, L. C. M.; PIMENTEL, S. P.; CASATI, M. Z.; CIRANO, F. R. Deslocamento coronário de retalho com tecido conjuntivo interposto para cobertura radicular. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, vol. 66, n. 4, p. 256-259, 2012.

FERRÃO, JR. J. P; MOREIRA K. R; SILVA P. G; SILVA, A. L.; PEREIRA, R. S. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial – uma alternativa em cirurgia plástica periodontal. Rev. Bras. Cir. Periodontia, 2003, vol.1, n4, p.285-290.

FILHO, B. FRIZZERA, F.; ET AL. Uma opção terapêutica para o aumento da faixa de gengiva inserida: o enxerto de tecido conjuntivo livre. Perionews,2012, v. 6, p. 257-265.

KAHN, S.; EGREJA, A. M. C.; MENEZES, C. C. Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial associado à recessão gengival em pilares de prótese parcial fixa: relato de caso clinico. **Rev. Bras. Odont.;** Rio de Janeiro 2010, vol.67, n.2, p.199-202.

NETO, U. G. G.; BACELAR, S. M. A.; Implantes dentários com superfície tratada: revisão de literatura. **Brazilian Journal Of Implantodology and Healthciencies**, 2019, vol.1, n.4, p.69-83.

OLIVEIRA, G. H. C.; SOARES, M. S.; BORGES, G. J.; FERNANDES, J. M. A. Retalho posicionado lateralmente e Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial no tratamento das

recessões teciduais marginais. **Revista Odontológica do Brasil Central,** 2011, vol.20, n.52, p.99-102.

PINTO, F. R.; ET AL. Enxerto de tecido conjuntivo em paciente com implante dentário na região anterior – caso clinico. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.,** 2014, vol.68, n.2, p.106-111.

REINO, D. M.; ET AL. Modificação da técnica de colheita palatal para melhor controle das dimensões do enxerto de tecido conjuntivo. **Revista Brasileira de Odontologia,**2013, Ribeirão Preto, **vol.**24, n.6.

REIS, A. C.; JUNIOR, E. M.; MARGONAR, R.; SILVA, L. J. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. **RGO,** 2009, Porto Alegre, vol.57, n.2, p.235-239.

SANTOS, G. P.; QUEIROZ, A. P. G. Vantagens do retalho posicionado coronalmente associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial e a proteína derivada da matriz de esmalte no recobrimento radicular. **Revista Pró-UniverSUS,**2017, vol.8, n.1, p.69-71.

SEGUNDO, T. K.; ALVES, R. Emprego do enxerto gengival epitélio conjuntivo no recobrimento radicular, **RGO,** Porto Alegre,2005, vol.54, n.1, p.81-83.

SOUZA, G.M.R.M.; PIGOSSI, S.C.; CARDOSO, K. V.; DIAS, T. M.; SCARSO-FILHO, J. Utilização de enxerto de tecido ósseo e tecido conjuntivo simultâneo em implantodontia. **Rev. Odont. UNESP,** 2011**,** vol.40, nEspecial, p.0.

SOUZA, L. S.; ET AL. Implante dentário imediato com inserção de enxerto conjuntivo e carga imediata: Relato de caso. **Ver. Mult. Psic.,** 2019, vol.13, n47, p.670-684.

TOMM, A.; MEZZOMO, R. J.; Regeneração óssea guiada em região estética – Revisão de Literatura, **Journal of Oral Investigations,2017 – ser.imed.edu.br,** vol.2, n.2, p.62-73.

VENTURIM, R. T. Z.; JOLY, J. C.; VENTURIM, L. R. **Ver. Gaúcha Odont.,** Porto Alegre, 2011, v.59, suplemento 0, p´147-152.