FACSETE

RAQUEL SILVA DE ÁVILA

ESTÉTICA PERIIMPLANTAR

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

RAQUEL SILVA DE ÁVILA

ESTÉTICA PERIIMPLANTAR

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE como requisito parcial para conclusão do Curso em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Idelmo Rangel Garcia Júnior

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

Ávila, Raquel Silva de
Estética Periimplantar / Raquel Silva de Ávila, 2017
24f.;Il

Orientador: Idelmo Rangel Garcia Júnior
Monografia (especialização) Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017.

1.Estética Periimplantar
I. Título
II. Idelmo Rangel Garcia Junior

FACSETE

Monografia intitulada ***"Estética Periimplantar"*** de autoria da aluna Raquel Silva de Ávila, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____

Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Junior
FACSETE – Orientador

_____

Prof. Esp. José Cláudio Maçon
FACSETE

_____

Prof. Esp Antonio Carlos Francisco
FACSETE

São José do Rio Preto, 14 de setembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para que eu conquistasse mais esse sonho.

Ao meu noivo pela paciência e por entender a minha ausência em tantos dias de estudo.

Aos meus queridos amigos e familiares por todo apoio e incentivo para que eu continuasse firme no meu propósito.

A todos os professores pelos belos ensinamentos, não somente profissionais, mas também, de experiência de vida.

E finalmente aos queridos colegas da 9ª turma de Especialização em Implantodontia do COE, pelos bons momentos vividos e que levarei eternamente no meu coração.

Dedico este trabalho a todos aqueles que de forma direta e indireta me motivaram para que eu chegasse até aqui.

Resumo

A demanda estética na área da implantodontia tem crescido paralelamente ao avanço de técnicas regenerativas de tecido ósseo e mole, tentando satisfazer cada vez mais o paciente de hoje que exige resultados que o devolvam a uma condição próxima ou se possível igual a do seu dente natural previamente perdido. O prejuízo estético da perda dentária nos leva a utilizar técnicas cirúrgicas reconstrutivas de tecido mole. Com o uso das técnicas regenerativas e de procedimentos cirúrgicos plásticos periodontais, o periósteo e seus tecidos circundantes podem ser modificados na tentativa de recriar a função e a estética normais. Apesar de inúmeras técnicas relatadas na literatura, ainda não contamos com um nível de previsibilidad confiável. Consideramos que muitas técnicas descritivas baseiam-se em experiências clínicas pessoais e sem uma casuística em longo prazo. Entretanto, representam um fator de grande contribuição para evolução e obtenção de melhores resultados na estética periimplantar.

Palavras-chave: Implantodontia. Manipulação de tecido mole. Técnicas regenerativas.

Abstract

The aesthetic demands in the field of implant dentistry has grown parallel to the advancement of regenerative techniques of bone and soft tissue, trying to satisfy the patient of today which requires results that return to a condition or if possible just like your natural tooth previously lost. Aesthetic dental loss injury leads to use reconstructive surgical techniques of soft tissue. With the use of regenerative techniques and surgical periodontal plastic procedures, the periosteum and their surrounding tissues can be modified in an attempt to recreate the normal function and esthetics. Despite numerous techniques reported in the literature, we haven't told with a level of reliable previsibilidad. We believe that many descriptive techniques are based on clinical experience and without a personal series in the long run. However, represent a major contribution to development and obtaining better results in perimplant esthetics.

Keywords: implant dentistry. Soft tissue manipulation. Regenerative techniques.

Lista de Figuras

FIGURA 1 - Diferenças entre o tecido gengival na mucosa dental e perimplantar. Adaptado de Sclar (2003)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11

2. OBJETIVOS 13

3. REVISÃO 14

3.1 Plano Vertical 15

3.2 Plano Horizontal 15

3.3 Manipulação de Tecidos Moles 16

3.4 Manipulação de Tecidos Duros 18

4. DISCUSSÃO 20

5. CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS 23

1. INTRODUÇÃO

A estética tem sido considerada um fator dominante no desenvolvimento da implantodontia e envolve além da anatomia do dente a ser substituído, a aparência saudável e harmônica dos tecidos ao redor dos implantes, além disso, a saúde periimplantar é fundamental para preservar os princípios biológicos da osseointegração (Hassumi et al., 2014).

Após a perda de um elemento dental, a alteração nos tecidos moles provoca um resultado estético desfavorável, com perda de volume vertical e da papila interdental (Kois, 2001). No entanto, a estética tornou-se uma consideração fundamental, tendo em vista o avanço dos materiais restauradores, das técnicas cirúrgicas reconstrutoras de tecido ósseo e mucoso e também pelo nível de exigência e expectativa do indivíduo (Becker & Becker, 1996; Andriaenssens et al., 1999; Khoury, 2000).

Atualmente o tratamento reabilitador com implantes deve ter um nível de previsibilidade, e, segundo Kois (1999), o método mais acurado para prever a estética periimplantar é através· da compreensão de cinco chaves de diagnóstico: 1) posição dentária, 2) forma do periodonto, 3) biotipo do periodonto, 4) formato dentário e 5) posição da crista óssea.

Para Alpert (1994), os implantes requerem uma interação dos tecidos ósseo, conjuntivo e epitelial. A presença de mucosa queratinizada protege o implante de trauma invasão bacteriana, fornece suporte às forças normais de oclusão, reduz bolsas e acúmulo de biofilme, facilitando a higiene buccal, sendo essencial para a obtenção de sucesso estético e funcional.No entanto, Weber e Cochran (1998) relataram estudos clínicos onde a mucosa queratinizada não era pré-requisito para a manutenção em longo prazo do implante , mas que em certas situações, o paciente poderia ter benefícios com a sua presença.

A reparação dos tecidos moles através das cirurgias mucogengivais que incluem o enxerto de tecido conjuntivo e enxerto gengival livre pode ser necessária para alcançar melhores condições para higienização, estética e saúde dos tecidos periodontais e periimplantares, sendo considerados como padrão-ouro os enxertos de tecidos moles autógenos podendo ser substituídos

por biomateriais, como a matriz dérmica acelular (Hassumi et al., 2014)

Baseado no exposto, o objetivo deste trabalho é relatar, através de uma revisão da literatura, aspectos pertinentes a manipulação dos tecidos em implantodontia, visando um contorno gengival e uma estética aceitável.

2. OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é relatar, através de uma revisão da literatura realizada nas principais bases de dados, aspectos pertinentes a manipulação dos tecidos em implantodontia, visando um contorno gengival e uma estética aceitável, mesmo algum tempo após instalação dos implantes.

3. REVISÃO

Segundo Alpert (1994), os implantes requerem uma interação do tecido conjuntivo e epitelial, uma vez que na região periimplantar há epitélio estratificado queeratinizado, epitélio sulcular não queratinizado, apicalmente ao sulco temos o epitélio juncional e fibras conjuntivas, distribuindo-se paralelas ao redor do implante, possuindo inserção aproximadamente de 3 mm, assemelhando-se ao dente natural.

São citados como elementos anatômicos da estética, de acordo com Scarso Filho et al. (2001):

- Elementos faciais: sulcos da expressão facial, linha do lábio, simetria do sorriso, linha oclusal;
- Elementos dentários: morfologia dentária, morfologia do periodonto, linha media, eixo axial;
- Elementos gengivais: gengiva livre, gengiva inserida, papilla e mucosa alveolar.

Segundo Potashinik (1998), a posição do implante é inerente ao plano de tratamento, o uso do guia cirúrgico facilita o posicionamento correto do implante. Devido a dimensão diferente entre implante e dente natural, o posicionamento tem relação direta com a estética. A profundidade de instalação deve permitir um contorno suave da prótese desde a plataforma do implante até a emergência gengival. Seu posicionamento não deve ser muito deslocado para lingual, pois assim a prótese terá um contorno subgengival côncavo, o que dificulta a higienização, permitindo o acúmulo de biofilme e consequente inflamação . Neste caso, para ter uma coroa com contorno mais suave a cada 1mm deslocado para lingual, o implante deve ser instalado a 1mm apical.

O posicionamento de implantes dentários pode ser descrito no plano vertical e horizontal.

3.1 Plano Vertical

A posição exata do topo do implante no sentido ápico-cervical é a relação direta entre a morfologia do dente a ser substituído e a discrepância com o diâmetro cervical do impl ante, levando-se em conta o espaço biológico periimplantar.

Como pontos de referência têm: contorno ideal da margem gengival; junção cemento-esmalte do dente vizinho; distância do ponto de contato e a crista óssea (Small; Tarnow, 2000).

3.2 Plano Horizontal

O posicionamento horizontal do implante é dado pelo guia cirúrgico e deve ser analisado tanto no sentido mésio-distal como no sentido vestíbulo-lingual.

Para a instalação de implantes unitários de plataforma regular, a distância mínima necessária entre as raízes, o ápice e a cervical dos dentes adjacentes ao espaço protético é de 7 mm, e para a instalação de implantes múltiplos, a distância mínima entre os centros do implantes deve ser de 7mm para implantes de plataforma regular e estreita, e de 8 a 9mm para implantes de plataforma larga (Tarnow, 1992).

Para a instalação de implantes unitários, o posicionamento V-L do implante deve ser de 2mm para lingual em relação à linha das faces vestibulares dos dentes vizinho, sendo que todos os esforços para a manipulação de tecido mole é para prover volume suficiente de tecido para que possa ser condicionado e fornecer uma faixa de gengiva inserida que proporcione um tecido mole periimplantar com cor e textura adequadas (Khoury, 2000). A presença de gengiva queratinizada facilita a higienização, permite a incisão em tecido firme e possibilita o restabelecimento adequado da papila e perfil de emergência. Na sua ausência, pode ocorrer uma recessão expondo o intermediário e a prótese. (Tinti; Benfenati, 1995).

3.3 Manipulação de Tecidos Moles

A estética depende, além da anatomia do dente a ser substituido, a saúde dos tecidos periimplantares. Para tanto, o selamento periimplantar é estabelecido pela presença de uma mucosa ceratinizada que por meio de suas fibras colágenas promove uma firme junção epitélio-implante. Uma adequada faixa de tecido ceratinizado é capaz de facilitar o controle de biofilme pelo paciente, evitando traumas ao tecido mole durante os procedimentos cirúrgicos e protéticos, prevenindo a migração apical da margem gengival (recessão ou retração) e mantendo a homeostasia ao redor dos implantes dentários (Hassumi, Morais, Nunes; 2013).

Sclar (2003) descreveu: (a) o epitélio oral, (b) o sulcular e (c) o juncional, (d) diferenças se notaram na união de tecido conjuntivo (ausência de inserção conjuntiva); (e) tecido conjuntivo relativamente acelular e hipovascularizado e (f) ausência de suprimento sanguíneo do ligamento periodontal (Figura 1).

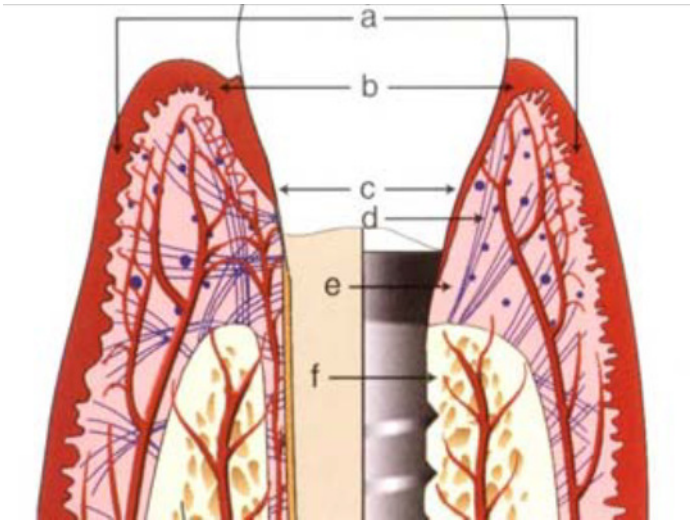


FIGURA 1 – Diferenças entre o tecido gengival na mucosa dental e perimplantar. Adaptado de Sclar (2003)

Muller, em 2002, classificou a gengiva de acordo com forma, espessura e altura, denominando esta classificação de Fenótipo Periodontal, onde, em A1 e A2, a gengiva é festonado, fina (< 1mm), transparente e apresenta dentes

triangulares, ovalados longos, e em B gengiva qualifica-se como plana, espessa (> 1.3mm), esbranquiçada e se apresenta normalmente em dentes quadrados, e deve-se considerar que a faixa de gengiva ceratinizada em A1 é de até 3.5 mm, na A2, entre 4 e 5 mm e na B deve ser > 6.0 mm. Para o autor as chances de sucesso com uma gengiva tipo B é maior, quando comparada com gengivas dos tipos A.

Segundo Cochran et al (1997), em reposições unitárias, procura-se posicionar a plataforma do implante 3 mm abaixo do nível gengival vestibular dos dentes adjacentes ao espaço edêntulo, pois há a necessidade de se respeitar este espaço para que seja possível a reformulação do complexo implanto-mucoso e o estabelecimento do espaço biológico vertical.

Com relação ao perfil de emergência, segundo Jemt (1999), pode-se condicionar o contorno gengival através do provisório em acrílico em implantes unitários em áreas estéticas.

Analisando a largura da mucosa ceratinizada com alguns parâmetros periodontais, Adibrad et al. (2009), encontraram que a média dos valores do Índice Gengival, Índice de Placa e sangramento à sondagem foi significativamente maior para implantes com estreita faixa de mucosa ceratinizada (< 2 mm). Uma maior faixa de mucosa (≥ 2 mm) foi associada com menor recessão gengival e perda de inserção periodontal. Assim, a ausência de adequada mucosa ceratinizada ao redor de implantes tiveram relação com maior acúmulo de biofilme, inflamação gengival, sangramento à sondagem e recessão da mucosa.

Para se restabelecer as condições ideais de papila interdental, arco côncavo regular e saliências vestibulares, além de selecionar e posicionar bem os implantes pode-se manipular adequadamente os tecidos moles, com procedimentos protéticos de condicionamento gengival, as cirurgias mucogengivais que, tal qual as reconstruções ósseas, buscam recompor a anatomia perdida. Todas essas técnicas têm como objetivo otimizar a estética dos tecidos moles em implantodontia. Segundo Neves (2001) e Palacci (2001), na implantodontia, estas técnicas podem ser aplicadas em várias etapas no tratamento, antes, durante ou após a segunda fase cirúrgica dos implantes. Toda e qualquer adequação do rebordo ósseo deve ser realizada antes de proceder aos implantes, tornando o tratamento mais previsível.

Apesar de algumas técnicas cirúrgicas disponíveis, Fu et al. (2011) propuseram uma orientação demonstrando possíveis formas de aumentar a espessura de tecido mole ao redor do implante chamada Tríade Gestão PDP: posição do implante (P), desenho do implante (D), design protético (P), onde a posição e angulação do implante são fatores determinantes para assegurar que uma restauração implanto-suportada tenha sucesso e estética por meio de um perfil de emergência ideal, o desenho do implante e o design da plataforma podem prevenir a reabsorção da crista óssea, garantindo a estética, e, por fim, o desenho da prótese pode favorecer o desenvolvimento dos tecidos moles em harmonia.

O trabalho de revisão realizado por Hassumi et al. (2013) mostrou que as técnicas cirúrgicas periodontais, como o enxerto gengival livre, podem ser aplicadas para aumentar a faixa de mucosa ceratinizada a fim de manter a saúde dos tecidos periimplantares, sendo que a utilização dessa técnica cirúrgica foi demonstrada no mesmo tempo cirúrgico da colocação dos implantes, o que determinou a diminuição do tempo de tratamento, assim como previamente, ou seja, seis meses antes da instalação dos implantes, sendo que em ambos os estudos houve aumento de tecido ceratinizado na região periimplantar. No entanto, os autores trazem que os enxertos gengivais livres podem apresentar algumas limitações e complicações, devido à condição de um reparo semelhante a uma cicatriz, a cor do tecido pode ser considerada aquém do ideal do ponto de vista estético, além da morbidade pós-operatória, ressaltando-se também a utilização de biomateriais que substituam o enxerto autógeno, quando necessário, como a matriz dérmica acelular.

3.4 Manipulação de Tecidos Duros

De acordo com Mello (2003), o ideal seria manipular os tecidos periimplantares antes da fixação dos implantes, correspondendo à fase que antecede a remoção da unidade dentária, onde a ação dos diversos agentes etiológicos determinaram a indicação da exodontia, por exemplo. Na eminência da remoção da unidade dentária, procedimentos podem ser realizados no intuito de manter a estruturas rígidas e bem proporcionadas, minimizar a reabsorção contínua do osso alveolar que ocorre após a exodontia e corrigir

pequenos defeitos dos tecidos duros e moles.

Para Rosa (2010), a manutenção das arquiteturas óssea e gengival dentro dos padrões individuais de normalidade no tratamento com implantes em área estética é fundamental. Ele salienta que a instalação imediata de implantes representa um avanço na preservação da arquitetura dos futuros tecidos peri-implantares e apresenta como principal vantagem a manutenção dos tecidos duros e moles existentes, levando a resultados estéticos positivos sem a necessidade de procedimentos posteriores para aumentar esses tecidos. A recuperação estética imediatamente após a exodontia é possível quando todos os princípios cirúrgicos protéticos e biológicos são rigorosamente respeitados.

A reabilitação na região anterior com implantes é planejada a partir da prótese numa posição favoravelmente estética e não pela quantidade de osso disponível, sendo que a restauração final deve orientar a posição do implante, independentemente do volume ósseo disponível e somente quando a dimensão e a posição do dente forem determinadas é que o cirurgião poderá considerar o contorno do tecido mole e do osso. Assim, pode-se determinar qual o procedimento ou técnica mais adequada para o restabelecimento dos tecidos duros e moles perdidos. Como a largura, a altura do rebordo ósseo disponível são fatores muito importantes para a seleção, instalação, longevidade e estética de implantes é fundamental a utilização, quando necessário, das técnicas de manipulação do tecido. (Bottino et al., 2006).

Quando a altura do tecido ósseo, ou largura, não está apropriada para instalação dos implantes, e pode dificultar a previsibilidade estética da área, o uso de repositores ósseos, seja tecido ósseo autógeno em bloco, ou regeneração óssea guiada, está indicada, embora apresentem indicações restritas, sendo que o uso de membranas estabelece a promoção óssea pois isola o meio externo (tecido mole) do meio interno (tecido duro), permitindo a proliferação e o desenvolvimento do tecido ósseo, sem a interferência da competição celular do tecido conjuntivo e do tecido epithelial, além de apresentar menor morbidade, devido ao fato de se obter osseopromoção sem necessitar de leito doador a distância (Mello, 2003).

4. DISCUSSÃO

A estética tem sido considerada um fator dominante no desenvolvimento da implantodontia e envolve além da anatomia do dente a ser substituído, a aparência saudável e harmônica dos tecidos ao redor dos implantes. Além disso, a saúde periimplantar é fundamental para preservar os princípios biológicos da osseointegração.

Para Alpert (1994) e Scarso Filho et al. (2001) os implantes requerem uma interação do tecido conjuntivo e epitelial, bem como dos elementos faciais, dentais e gengivais.

No entanto, na implantodontia não é incomum a presença de fatores locais relacionados ao paciente que limitam o sucesso da reabilitação com implantes. Assim, pode-se citar deformidades do rebordo alveolar edêntulo, ausência de mucosa ceratinizada, presença de recessão gengival periimplantar e deficiência na papila entre implantes.

Para superar estas dificuldades algumas medidas foram propostas na literature, como:

- Fazer uso de provisórios como condicionamento dos tecidos gengivais, melhorando o perfil de emêrgencia final (Jemt; 1999);
- Posicionar o implante 3 mm abaixo do nível gengival vestibular dos dentes adjacentes ao espaço edêntulo (Cochran et al.; 1997);
- A mucosa ceratinizada ao redor dos implantes deve ser > 2 mm (Adibrad et al.; 2009);
- Fenótipo tipo B gengival (6 mm), é o ideal para que a previsibilidade do implante seja positiva;

Neves (2001) e Palacci (2001) concordam que na implantodontia, técnicas de condicionamento gengival, cirurgias mucogengivais e reconstruções ósseas, podem ser aplicadas em várias etapas no tratamento, antes, durante ou após a segunda fase cirúrgica dos implantes. Toda e qualquer adequação do rebordo ósseo deve ser realizada antes de proceder aos implantes, tornando o tratamento mais previsível. Porém Hassumi et al. (2013) diz que os procedimentos de enxertia gengival, embora possuam indicações especificas, podem ser melhores executadas utilizando-se de

biomateriais, uma vez que o tecido autógeno pode gerar complicações no sitio doador e alterações quando cicatrizados, como recessões e mudanças na coloração do tecido.

Rosa (2010) diz que, para minimizar defeitos pós exodontia e necessidade de procedimentos como enxertia gengival, o ideal seria a fixação dos implantes imediatamente pós extração, e Fu et al. (2011) complementa dizendo que a posição e angulação do implante são fatores determinantes para assegurar que uma restauração implanto-suportada tenha sucesso e estética por meio de um perfil de emergência ideal, o desenho do implante e o design da plataforma podem prevenir a reabsorção da crista óssea, garantindo a estética, e, por fim, o desenho da prótese pode favorecer o desenvolvimento dos tecidos moles em harmonia.

5. CONCLUSÃO

A demanda estética tem aumentado paralelamente ao desenvolvimento de técnica regenerativas, principalmente em regiões anteriores. É necessário um planejamento adequado com exame clínico, radiografias e modelo de estudo com enceramento diagnóstico. A posição do implante quanto à profundidade, inclinação e relação aos dentes adjacente será fundamental para o resultado estético e deve ser orientado pelo guia cirúrgico.

A manutenção e a reconstrução dos tecidos duros são mais utilizadas na faze pré-extração e pré-implante, os defeitos dos tecidos moles também podem ser tratados nesta fase, mas são priorizados nas fases subsequentes ao primeiro estágio cirúrgico até a prótese definitiva.

Inúmeras são as técnicas de manipulação de tecido mole e duro que podem otimizar a estética, mas em muitos casos são necessários retoques com gengivoplastia para promover uma regularização do contorno gengival. Dependendo do caso, pode-se utilizar mais de uma técnica cirúrgica numa mesma cirurgia ou utilizar uma técnica por vez em cirurgia sucessivas.

Apesar de inúmeras técnicas relatadas na literatura, ainda não contamos com um nível de previsibilidade confiável. Muitas técnicas descritas baseiam- e em experiências clínicas pessoais e sem uma casuística em longo prazo, sendo necessários maiores estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

1. ALPERT, A. **A rationale for attached gingiva at the soft-tissue/implant interface: Esthetic and functional dictates**. Compend. Contin. Educ. Dent. v. 15, n. 3, p. 356-366, Mar. 1994.

2. NDRJAESSENS, P. et al**. Palatal sliding flaps: soft tissue mangement to restore maxillar anterior esthetics at stage 2 surgery a clinicai report**. Int J. Oral maxillofac. Implants , v. 14 n. 1, p. 3O - 36, 1999.

3. BECKER, B., BECKER, B. E. **Flap desingn for minimization of recession adjacent to maxillary anterior implant sites: a clinicai study**. Int J. Oral maxillofac. Implants, 11, n. 1, p. 46 - 54, 1996.

4. BERNHART, T. et al. **A minimally invasive second-stage procedure for single-tooth implants**. J. Prosthet. Dent, v.79, n. 2, p. 217-219, Feb. 1998.

5. DINATO, J.C; POLIDO, W.D. **Implantes Osseointegrados: Cirurgia e prótese**. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p. 139 - 165, 243 - 260.

6. GUTTIÉRREZ, L. et al. **Formación de papila gingival en espacio protético atraves de compresión progresiva com prótesis temporales**. Gac. Dental, v. 1O, n. 3, p. 62 - 70, 1999.

7. ISRAELSON, H.; PLEMONS, J.M. **Dental implants, regenerative techniques, and periodont aJ plastic surge ry to restore maxillary anterior esthetics**. Int. J. Oral Maxillofac. Imp lao ts, 8, n. 5, p. 555 - 561, 1993.

8. JEMT, T. **Regeneration of gingival papillae after single- implant treatment**. Int. J._Periodont. Rest. Deo t, v. 1 7, n. 4, p. 327 - 333, 1997.

9. KHOURY, F.; HOPPE, A. **Soft tissue management in oral imp lantology: A review of surgi a i techniques for shaping an esthetic and functional peri-implant soft tissue structur**. Quintessence. Int., v. 31, n. 7, p. 483 - 499, Jul./Aug. 2000.

10. KOIS, J. C. **Altering gingival levels: the restorative connection part 1: Biologic variables**. Journal of Esthetic Dent is try, v .6, n. 1, p. 3-9, 1994

11. KOJS, J. C. **Predictable peri-implant esthetics. Compend. Contin**. Educ. Dent., v. 22, n. 3, p.199 - 206, 356 - 366, Mar. 1994.

12. LANDSBERG, C. J. Socket seal **surgery combined with immediate implant plac me nt: novel approach for single-tooth replacement**. Int. J. Periodont. Rest. Dent., v. 17, n. 2, p. 141 - 149 , 1997.

13. LANGER, B.; LANGER, L. **Subepithelial connective tissue graft technique**

for root corverage. J Periodon (p. 715 - 720, Dec. 1985.

14. MATHEWS, D. P. **Soft tissue management around implants in the esthetic zone**. Int. J. Periodont. Rest. Deu(, v. 20, n. 2, p. 141 - 149, 2000.

15. PALACCI, P.; ERICSSON, I. **Esthetic implant dentistry: Soft and hard tissue management**. Quintessence Books, 2001. p. 159 - 202.

16. POTASHINICK, S.R.**Soft tissue modeling for the esthetic single-tooth imp lant restoration**. J.Esthet. Dent., v. 10, n. 3, p. 121 - 131, 1998.

17. ROSENQUIST, B. **A comparison of varios methods of tissue management following the immediate placement of implants into extraction sockets**. In t. J. Oral Maxillofac. Implants, V. 12, O. 1, p. 43 - 51, 1997.

18. SALAMA, H. et al. **Treatment plannig 2000: An esthetically oriented. Revision of the original Implant Protocol**. J. Esthetic. Dent., v. 9, n. 2, p. 55 - 67, 1997.

19. SCARSO, J. F.; BARRETO, M. A.; TUNES, U. R. **Planejamento estético cirúrgico e protético em implantodontia**. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p. 119 - 155.

20. SCHARF, D.; TARNOW, D. **Modified roll technique for localized alveolar ridg augmen tation**. Int. J. Period. Rest. Dent., v. 12, n. 5, p. 415 - 425, 1992.

21. SMALL, P.N.; TARNOW, D. P. **Gingival recession around titanium implants: a 1- ar longitudinal prospective study**. Int. J. Oral. Maxillofac .Implants, v. 15, n. 4 p. 527 - 53- , 2000.

22. TARNO W, D. **The effect of the distance from the contact point of the crest of bond on th presence or absence of the interproximal dental papilla**. J Period ontol, v .63, p.995 - 996, 1992.

23. TARNOW, D. **The effect ofthe inter-implant distance on the height of the inter-im plant bon cr est**. J. Pcriodontol , v. 71, n. 4, p. 546 - 549, 2000.

24. TARNO W, D. P.; ESKOW, R. N.; ZAMZOK, J. **Aesthetics and implant dentistry**. Pcriodon tology 2000, v. 11, p. 85 - 94, June 1996.

25. TTNTI, C.; BENFENATI, S. P. **Coronally positioned palatal sliding flap. Int. J. Pcriodont**. Rest. Den t., v. 15, n. 3, p. 299- 310, 1995.

26. WEBER H-P.; COCHRAN, D.L. **The soft tissue response to osseointegrated dental implant**. J Prosthct Dent, v. 79, n. 1, p.79-89,jan. 1998.