FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Daniele Paraguassú Fagundes de Souza

TRATAMENTO DE DEFEITO PERIIMPLANTAR EM REGIÃO ESTÉTICA ATRAVÉS DA TÉCNICA VISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO VELHO

2021

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Daniele Paraguassú Fagundes de Souza

TRATAMENTO DE DEFEITO PERIIMPLANTAR EM REGIÃO ESTÉTICA ATRAVÉS DA TÉCNICA VISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Ferreira Nóia

Co-orientador: Prof. Esp. Bruno Henrique Sidrim Bomfim

PORTO VELHO

2021

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

Daniele Paraguassú Fagundes de Souza

TRATAMENTO DE DEFEITO PERIIMPLANTAR EM REGIÃO ESTÉTICA ATRAVÉS DA TÉCNICA VISTA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia

Área de concentração: Implantodontia

Aprovada em 14/08/2021 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Cláudio Ferreira Nóia - Unicamp

Prof. Tarcio Hiroshi Ishimine Skiba - Facsete

Profa. Luanna Farias de Melo - Facsete

Sete Lagoas 14 de agosto 2021

Tratamento de defeito periimplantar em região estética através da técnica VISTA: relato de caso clínico.

Resumo: A conquista de um resultado estético satisfatório tem-se tornado indispensável na reabilitação de próteses implanto-suportadas. O conhecimento sobre o correto posicionamento dos implantes e uma adequada manipulação dos tecidos moles tornam-se imperativos no resultado em áreas estéticas. A utilização do enxerto de tecido conjuntivo em áreas periimplantares tem colaborado com a saúde e estética gengival, possibilitando resultados indiscutíveis a níveis de manutenção periodontal. A exposição do componente protético devido à migração apical dos tecidos moles e reabsorções ósseas, tanto na vestibular como na proximal, representa uma das principais condições periodontais observadas na prática clínica. É importante a identificação e avaliação destes defeitos, a fim de selecionar a melhor abordagem para o seu tratamento. O objetivo deste trabalho foi realizar um relato de caso de enxerto gengival conjuntivo através da técnica VISTA, em região periimplantar anterior de maxila, abordando pontos essenciais para o sucesso no resultado estético. Conclusão: o presente trabalho demonstrou que a técnica VISTA é previsível no ganho de volume de tecido mole em região estética periimplantar e apresenta vantagens ao paciente em relação às técnicas convencionais.

Palavras-chave: estética; enxerto; implante dentário.

Introdução

A estética do sorriso tem sido extremamente valorizada e buscada pelos pacientes na atualidade, com isso a odontologia reabilitadora se depara com os desafios de uma arquitetura gengival satisfatória que alcance os resultados esperados funcionais e estéticos[1-3]. A instalação de implantes dentários é um sucesso do ponto de vista da osseointegração, contudo para definir a real indicação deste tipo de reabilitação, deve-se levar em consideração alguns aspectos clínicos[4].

Uma avaliação clínica criteriosa e o planejamento integrado entre implantodontia, periodontia e prótese dentária possibilita previsibilidade estética e funcional do tratamento reabilitador[5]. Um periodonto saudável garante a integridade dos tecidos de sustentação e proteção, tanto ao redor de dente ou implante, pois a estabilidade da integridade biomorfológica garante ausência de danos aos tecidos de sustentação[6]. Caso haja desestabilização biológica é esperado o aparecimento de defeitos mucogengivais e alterações no fenótipo gengival[7], o que justifica uma migração apical do tecido gengival (recessão) criando defeitos estéticos[6].

Regiões estéticas apresentam prognóstico duvidoso no resultado reabilitador final, portanto a utilização de exames complementares ganha prestígio na etapa de planejamento. Radiografia e tomografia do tipo cone beam podem auxiliar na avaliação sobre da qualidade, altura e espessura óssea que em conjunto com a anamnese, fornecerão informações suficientes sobre hábitos parafuncionais, histórico médico e expectativas do paciente[8].

Na reabilitação periimplantar em região estética, não se deve negligenciar o prognóstico duvidoso, principalmente na porção vestibular, pois a perda da tábua óssea e da arquitetura e saúde periodontal comprometem o resultado final. Quando houver dúvidas sobre a estabilidade e estética periodontal, deve-se considerar a remodelação tecidual dos tecidos periimplantares através de técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo, visando à preservação do volume e forma dos tecidos periimplantares[9,10]. A

presença do defeito mucogengival apresenta inflamação constante e recessão gengival nas áreas onde a gengiva inserida é menor que 2mm ou até mesmo ausente, o que compromete a integridade e manutenção periodontal[11].

Técnica Vista

Sugere-se que previamente à cirurgia seja realizado bochecho de 1 minuto com 10 ml de solução de digluconato de clorexidina a 0,12 %[12] visando melhor controle microbiano da cavidade oral. Na execução da técnica cirúrgica deve-se realizar duas incisões verticais subperiosteais respeitando a distância de pelo menos 5 mm da margem gengival em direção à linha mucogengival, visando minimizar o risco do tecido compreendido entre a incisão e a margem ceder durante a etapa de elevação do túnel[13]. Nesta técnica os tunelizadores realizam tanto o descolamento total quanto o parcial do tecido gengival, criando um túnel para acomodação do enxerto gengival conjuntivo [14,15], sendo de suma importância a total mobilidade e elasticidade do tecido gengival[14,16]. A estabilização do tecido gengival reposicionado coronalmente deve ser realizada com sutura suspensória e com ancoragem gengival[12].

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de enxerto de tecido conjuntivo subepitelial através da Técnica VISTA na região do 2º sextante (dentes 13 ao 23) com defeito estético por perda de volume horizontal, abordando os pontos essenciais para o sucesso do tratamento.

Relato de Caso

Paciente C.R. gênero feminino, 35 anos, procurou a Clínica de Especialização em Implantodontia queixando-se da insatisfação estética devido à perda de volume em espessura na região de pré-maxila (na região entre os elementos 12 a 22). Durante a anamnese a paciente não relatou nenhum dado médico relevante, possuindo bom estado de saúde geral. Ao exame clínico da região periimplantar observou-se comprometimento estético devido à perda de

volume, fato este que justifica a realização da cirurgia periodontal estética através de enxerto gengival subepitelial pela técnica VISTA.

O plano de tratamento proposto para este caso foi o avanço coronal do retalho associado à colocação de enxerto gengival conjuntivo através da técnica VISTA.

Previamente à cirurgia foi pedido ao paciente que realizasse um bochecho de 1 minuto com 10 ml de solução de digluconato de clorexidina a 0,12 %, realizou-se bloqueio anestésico do alveolar superior anterior e infiltrativas papilares. O acesso cirúrgico foi realizado através de duas incisões verticais subperiosteais 5 mm da margem gengival em direção à linha mucogengival.

Após a incisão iniciou-se o descolamento total de toda gengiva inserida na região dos dentes 13 e 23 e retalho dividido nas proximidades dos abutments e provisórios com lâmina 15C (STAINLESS STEEL, Swann-Mortton®, Inglaterra) na extensão do 12 ao 22, criando um túnel supraperiosteal. Na técnica VISTA são utilizados tunelizadores para liberação tecidual do túnel, os quais são introduzidos através das incisões vestibulares para descolamento total e parcial do tecido gengival, criando um túnel para acomodação do enxerto gengival conjuntivo subepitelial.

A extensão horizontal do túnel subperiosteal deve ser até pelo menos um ou dois dentes além do último dente que necessita de recobrimento radicular e no sentido vertical (em direção coronal) deve ultrapassar a linha mucogengival em direção a mucosa. Nesta etapa é muito importante total mobilidade e elasticidade do tecido gengival, sendo assim foi realizada elevação das papilas conferindo ao tecido total movimentação para realizar o reposicionamento coronal do retalho . Após a etapa de confecção do túnel e liberação tecidual, retirou-se do palato o enxerto gengival de conjuntivo subepitelial com espessura de 2 mm e largura seguindo a extensão da área cirúrgica.

A inserção do enxerto gengival na área tunelizada foi iniciada na incisão distal do dente 23, percorrendo através dos sulcos gengivais da área cirúrgica em direção à incisão distal do dente 13. Ao sair na incisão vertical na altura do dente 13, o enxerto é capturado pela agulha de sutura e introduzido no túnel de forma ao encontro da incisão vertical na altura do dente 23. A agulha de sutura realizou o mesmo percurso que fez anteriormente, mas no sentido inverso, visando sair por onde entrou inicialmente. Desta forma o enxerto foi introduzido no interior do túnel com o auxílio uma pinça e realizado o fechamento dos nós das suturas com fio de politetrafluoretileno denso - PTFE (CYTOPLAST™, Implacil de Bortoli, Brasil) para estabilização do enxerto no tecido tunelizado próximos as incisões verticais dos dentes 13 e 23.

O tecido tunelizado foi reposicionado coronalmente na altura de 2 a 3 mm da junção-cemento-esmalte dos dentes vizinhos e estabilizados com sutura do tipo colchoeiro vertical com ancoragem gengival com ancoragem coronária realizada em cada dente envolvido na extensão da área cirúrgica do enxerto gengival e tracionando todo o conjunto no sentido coronal.

Discussão

Estudos clínicos têm relatado êxito na utilização do enxerto gengival conjuntivo subepitelial na melhoria de defeitos estéticos periimplantares[8,11], além da importância de proporcionar resultados estéticos e funcionais dentro dos procedimentos reabilitadores[1-3]. Alguns autores relatam a importância de incluir no planejamento exames complementares devido ao prognóstico duvidoso no recobrimento tecidual[9] e portanto, caso haja dúvidas acerca do prognóstico, deve-se realizar o enxerto gengival de conjuntivo subepitelial[9,10].

O plano de tratamento implantodôntico, principalmente em região estética, deve considerar a arquitetura gengival como um dos pilares da reconstrução, pois prognósticos duvidosos na porção vestibular estão

presentes devido a possível perda da tábua óssea vestibular[9,10]. Ficou claro na literatura que os conhecimentos e habilidades sobre manipulação tecidual aumentam as chances de sucesso na modificação do fenótipo gengival e correção de defeitos estéticos, sendo que a chave para o sucesso é o domínio da técnica cirúrgica eleita[8,14].

A recessão gengival na região periimplantar pode ter como consequência a exposição das roscas do implante ou do componente protético, causando uma aparência estética desagradável. O enxerto de tecido conjuntivo tem sido fortemente estudado para o tratamento das recessões gengivais e alteração de fenótipo periodontal, além dos benefícios sobre o ganho de espessura e altura do tecido gengival em regiões estéticas[14]. As técnicas cirúrgicas clássicas para correção de recessões gengivais apresentam uma série de limitações, tais como a necessidade de realização de incisões relaxantes, a possibilidade de cicatrizes devido à incisão do periósteo, prognósticos desfavoráveis na correção de recessões gengivais múltiplas contíguas, pós-operatório doloroso, a tensão nos tecidos periodontais e a possível recidiva das recessões durante a fase de cicatrização[13,14]. Pensando nas desvantagens associadas às técnicas cirúrgicas clássicas utilizadas no recobrimento radicular, foi introduzida uma nova técnica de tunelização, batizada de técnica VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*).

A Técnica VISTA possui caráter minimamente invasivo e oferece vantagens sobre as técnicas convencionais para enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, não somente do ponto de vista estético como também no conforto pós-operatório do paciente, elevada capacidade de recobrimento radicular e o sucesso no tratamento de múltiplas recessões gengivais contíguas[14].

Considerando as vantagens e desvantagens entre as técnicas para realização de enxerto conjuntivo subepitelial, concluiu-se que a técnica VISTA é a mais indicada para o caso clínico apresentado neste artigo. A técnica VISTA possui inúmeras vantagens sobre as técnicas cirúrgicas clássicas para correção de recessões gengivais, principalmente pela sua elevada taxa de

recobrimento tecidual na correção de recessões gengivais múltiplas contíguas, além do conforto pós-operatório já que esta dispensa a realização de incisões relaxantes[14,13]. O caso clínico em questão elegeu a técnica VISTA para a correção do defeito periimplantar na região do 12 ao 22, já que suas vantagens sobressaem as diversas técnicas convencionais de enxerto de tecido conjuntivo.

Conclusão

A técnica VISTA é uma alternativa viável como primeira escolha, pois possibilita a otimização do fenótipo gengival, correção de defeitos periodontais estéticos, além do mínimo desconforto pós-operatório ao paciente e elevada taxa de sucesso no recobrimento e ganho tecidual.

Treatment of peri-implant defect in the esthetic region using the VISTA technique: case report.

Abstract: The achievement of a satisfactory aesthetic result has become essential in the rehabilitation of implant-supported prostheses. The knowledge about the correct positioning of the implants and an adequate manipulation of the soft tissues become imperative for the final result in esthetic areas. The use of connective gingival grafts in peri-implant areas has contributed to gingival health and esthetics, enabling indisputable results at levels of periodontal maintenance. Exposure of the prosthetic component due to apical migration of soft tissues and bone resorption, both in the vestibular and in the proximal, represents one of the main periodontal conditions observed in clinical practice. It is important to identify and evaluate these defects in order to select the best approach for their treatment. The objective of this study was to carry out a case report of a connective gingival graft using the VISTA technique, in the anterior peri-implant region of the maxilla, approaching essential points for a successful aesthetic result.

Key words: aesthetics, graft, dental implants.

Referências Bibliográficas

1 - Almeida JM, Theodoro LH, Campos N, Faleiros PL, Garcia VG, Nagata MJH et al. Enxerto de tecido conjuntivo para correção da margem peri-implantar. PerioNews 2013; 7(4):350-354.

2 - Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. J Calif Dent Assoc. 2005; 33(11):865-871.

3 - Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C, et al. Oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. J Periodontol. 2005; 76(9):1588-1600.

4 - Silva FD, Valiati R, Pfeiffer AB. Implicações da perda óssea peri-implantar em área estética / Clinical implications of the peri-implantar bone loss in the esthetic zone Innov. implant. j., biomater. esthet. (Impr.) 2008; 3(5): 47-53.
.
5 - Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. Periodontology 2000; 75(1):296–316.

6 - Dominiak M, Gedrange T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. Advances in Clinical and Experimental Medicine 2014; 23(6): 857–863.

7 - Ravipudi S, Appukuttan D, Prakash PSG, Victor DJ. Gingival recession: Short literature review on etiology, classifications and various treatment options. Journal of Pharmaceutical Sciences and Research 2017; 9(2): 215–220.

8 - Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. Rev Gaúcha Odontol 2011; 59(0):147-152.

9 - Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. Periodontology 2000 2015; 68(1):333–368.

10 - Merijohn, G. K. Management and prevention of gingival recession. Periodontology 2016; 71(1): 228–242.

11- Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. Periodontology 2000 2001: 27(1), 72–96.

12 - Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. Covering of Gingival Recessions with a Modified Microsurgical Tunnel Technique: Case Report. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 2007; 27(5): 457-463.

13 – Jung R, Zadeh H. Simposio. Injerto de tejido blando en dientes e implantes. In M. G. Gargallo (Ed.), Fundación Española De Periodoncia e Implantes Dentales 2014; 53(9).

14 - Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and plateletderived growth factor BB. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 2011; 31(6): 653–660.

15- Dandu S, Murthy K. Multiple gingival recession defects treated with coronally advanced flap and either the VISTA technique enhanced with GEM 21S or periosteal pedicle graft: A 9-month clinical study. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry 2016; 36(2): 231–237.

16- Saira Koshy B, Mahendera J, Vijayalakshim R. Platelet-Rich Fibrin–Reinforced Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access (VISTA) Technique

for multiple Root Coverage-A Case Report. Journal Of Cochin Periodontists Society (2016).