VITOR CÉSAR DUMONT

REABILITAÇÕES COMPLEXAS ANTERIORES: REVISÃO DE LITERATURA

SETE LAGOAS
FACULDADE SETE LAGOAS
2019

VITOR CÉSAR DUMONT

REABILITAÇÕES COMPLEXAS ANTERIORES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Prótese Dentária da Faculdade Sete Lagoas, como pré-requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Mario Pedro Souza Amaral

Aluno: Vitor César Dumont

SETE LAGOAS
FACULDADE SETE LAGOAS
2019

SUMÁRIO

RESUMO.....04
1 INTRODUÇÃO 05
2 OBJETIVO.....06
3 METODOLOGIA.....06
4 REVISÃO DE LITERATURA.....06
5 DISCUSSÃO.....10
6 CONCLUSÕES.....12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....13

RESUMO

A posição relativa do dente e da crista óssea, a forma do periodonto, o biotipo do periodonto e formato do dente devem ser bem analisados previamente à colocação do implante para não comprometer o resultado estético final. Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi de coletar dados relacionados a técnica de preservação do rebordo alveolar e manejo de tecidos moles nas reabilitações estéticas anteriores implantosuportadas. O manejo do tecido mole pode ser realizado em diferentes momentos, relativos à colocação do implante e conexão do abutment: abordagem prévia, simultânea, na reabertura ou tardia. O planejamento de cirurgias plásticas periimplantares envolve, na maioria das vezes, a utilização de enxertos de tecido mole (epitelizado, não epitelizado ou misto) ou a manipulação específica de diferentes tipos de retalhos de áreas adjacentes aos defeitos. Os tipos de incisão e sutura de contenção de papila também constituem técnicas para preservação e ganho de tecido mole nas regiões periimplantares. Portanto, levando-se em consideração aspectos estéticos, o ideal seria utilizar uma determinada técnica para cada tipo de situação ou uma combinação destas técnicas. De acordo com os resultados avaliados, podemos afirmar que sempre devemos reconstituir a anatomia para termos estética e, para isso, precisamos manejar tecido mole antes, durante ou depois da colocação de implantes.

1. INTRODUÇÃO

A exodontia de um elemento dentário é indicada quando é inviável a realização de procedimentos restauradores ou ainda sua manutenção em condições de funcionalidade e estética (MENEZES, 2016). A perda de um ou múltiplos elementos dentes têm um impacto significativo na qualidade de vida do paciente podendo interferir na mastigação, fala e até mesmo nas suas relações interpessoais (GUERRISTEN *et al*., 2010).

A busca da reconstrução funcional e estética do rebordo edêntulo é considerado um grande desafio tendo em vista o efeito estético que a atrofia do osso alveolar tem sobre o processo de reabilitação dentária, principalmente quando envolve o planejamento de próteses implantossuportadas (SEIBERT e SALAMA, 1996; BARBARA *et al*., 2006). No entanto, a preservação do rebordo alveolar e a manutenção do tecido periodontal de proteção tornou-se uma preocupação na Odontologia Moderna no intuito de obter uma reabilitação implantosuportada com estética favorável.

A avaliação do tipo de periodonto precisa ser estabelecida para que a previsibilidade dos resultados estéticos seja compatível com as condições locais, com a expectativa do paciente, bem como com as reais possibilidades técnicas e biológicas (NERY, 2009).

Reabilitações estéticas anteriores edêntulas com deficiência de tecidos periodontais de suporte e proteção requer a realização de um conjunto de procedimentos operatórios previamente a instalação de implantes dentários (MARTIN *et al*., 2008). Ao longo das últimas décadas, muitos estudos dedicaram-se a avaliar a eficiência dos diferentes biomateriais (alógenos, xenógenos e aloplásticos) utilizados para o preenchimento do alvéolo pós exodontias (DARBY *et al*., 2009).

Porém, as técnicas de manejo de tecidos moles que incluem os enxertos gengivais de tecido epitelizado, não epitelizado ou misto; manipulação de diferentes tipos de retalhos de áreas adjacentes aos defeitos; diferentes tipos e modificações de incisão no momento da colocação do implante ou da reentrada; e ainda sutura de contenção de papila são fundamentais para otimizar os desfechos de tratamentos estéticos complexos anteriores (BARBOSA, 2010).

2. OBJETIVO

O objetivo desse trabalho foi de coletar dados relacionados a técnica de preservação do rebordo alveolar e manejo de tecidos moles nas reabilitações estéticas anteriores implantosuportadas.

3. METODOLOGIA

O trabalho teve como estratégia uma revisão de caráter descritivo e abordagem qualitativa cujos critérios de inclusão determinou a seleção de artigos originais, teses e/ou dissertações, publicados entre os anos de 2000 e 2018 nos idiomas inglês e português brasileiro, em periódicos científicos indexados as bases de dados da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados os seguintes descritores isolados e em combinações: osso alveolar, tecidos periodontais, implantes dentários, prótese implantossuportada, enxertos periodontais, reabsorção óssea e exodontias.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A utilização de implantes dentários na região estética é bem descrita pela literatura, entretanto existem limitações para determinados procedimentos que necessitam de intervenções cirúrgicas prévias. É imperioso uma avaliação inicial da condição clínica associando as necessidades com possibilidades operatórias.

A exodontia dentária é um processo traumático que resulta na perda perda do osso alveolar e tecidos moles, sendo de extrema relevância a observância da condição periodontal, posição do elemento dentário para obtenção de estética periimplantar satisfatória.

O biotipo periodontal, o posicionamento e formato do elemento dentário e a posição da crista óssea alveolar são fatores relevantes no sucesso operatório (CARVALHO, 2010).

Elementos dentários vestibularizados apresentam faixa de gengiva inserida mais estreita que dentes em posição normal, assim como dentes lingualizados apresentavam faixa de gengiva inserida mais larga que dentes em posição normal (KAHN *et al*., 2013).

OCHSENBEIN & ROSS (1969) propuseram uma classificação dos tecidos periodontais como plano ou festonado de acordo com a característica do osso alveolar subjacente.

Em 1980, MAYNARD & WILSON propuseram a classificação conforme a morfologia dos tecidos periodontais. Quatro tipos de periodonto foram descritos. O periodonto tipo I é considerado padrão ouro por apresentar espessura do tecido queratinizado e do processo alveolar normal ou “ideal”, e o periodonto tipo IV, com espessura do tecido queratinizado e do processo alveolar reduzida, são os que apresentam maior frequência entre os pacientes (KAHN *et al*., 2013).

Outra classificação relevante realizada por SEIBERT & LINDHE (1989) propôs divisão do periodonto em plano-espesso e festonado-delgado, baseados na arquitetura óssea e nas características do tecido gengival.

OLSSON e colaboradores em 1993 associaram a relação entre a forma da coroa dentária dos dentes anteriores e superiores e as características morfológicas da gengiva. Neste estudo apontaram que os pacientes que apresentavam mais dentes quadrados possuíam larga faixa de gengiva, papilas interdentais mais curtas, curvatura gengival cervical menos acentuada e maior profundidade de sondagem. Os pacientes que apresentavam dentes mais alongados possuíam estreita faixa de gengiva, papilas interdentais mais alongadas, curvatura gengival cervical mais acentuada e menor profundidade de sondagem.

Inúmeras condições perrimplantar são obtidas advindo das exodontias em regiões estéticas de acordo com as situações clínicas mencionadas anteriormente. Neste contexto, muitas técnicas são operatórias visando a manutenção e reparação dos tecidos periodontais são propostas pela literatura.

Em 1997, JEMT e colaboradores indicaram claramente que papila adjacente a restaurações de implantes unitárias regeneraram até certo ponto após 1 a 3 anos sem qualquer manipulação clínica do tecido mole. Muitas das técnicas cirúrgicas têm indicado bons resultados estéticos precoces em casos clínicos com implantes unitários, mas a previsibilidade destes resultados em uma consecutiva série de casos e a ausência de controle clínico requer mais pesquisa científica neste campo.

Outra técnica de grande importância descrita por JACQUES e colaboradores (1999) considera o manejo do rebordo residual e melhoria da estética com o uso de restaurações provisórias. A morfologia da coroa provisória obtida pela adição periódica e sistematizada de incrementos de resina acrílica (reembasamento) promove uma ligeira compressão sobre o tecido mole no sentido da superfície do

pôntico em direção ao rebordo. CARVALHO (2010) relata que a quantidade de resina acrílica adicionada não deveria exceder 1mm para evitar pressão excessiva. A restauração provisória desenvolve uma forma convexa para o pôntico tanto no sentido mésio-distal quanto no vestíbulo-lingual. Este formato permite fácil e acessível limpeza, a qual é crítica para os resultados de um tratamento a longo prazo. A realização periódica favorece o condicionamento estético, já que uma melhora no perfil de emergência do pôntico e a aparência de um pôntico emergindo através do tecido gengival podem ser alcançados neste período.

A faixa de tecido queratinizado a quantidade de tecido ósseo na região periimplantar são fatores de extrema importância na estética final. Os tecidos moles peri-implantares começam a tomar forma assim que um dente perdido é extraído.

COSTA & TREVISAN JÚNIOR (2004) utilizaram-se da técnica do enxerto conjuntivo para obtenção de estética e resolução da ausência de tecido mole periimplantar.

A técnica de cirurgia plástica periodontal visa criar uma zona adequada de mucosa ceratinizada ao redor de implantes que, atuando preventivamente, irá proporcionar um maior conforto para o paciente durante a mastigação e higienização, uma estética favorável e a manutenção da homeostasia periimplantar, buscando resultados mais satisfatórios em longo prazo para este procedimento reabilitador.

Quando o paciente apresenta defeitos ósseos no processo alveolar, este pode ser tratado no mesmo momento da colocação de implantes osseointegrados, pois caso contrário, a colocação do implante na posição protético-ideal pode ser comprometida. O enxerto ósseo...

A classificação dos defeitos de extração descreve a condição dos tecidos duro e mole imediatamente após a remoção do dente, antes da cicatrização e remodelação do alvéolo de extração e fornece orientações básicas de tratamento para atingir previsível integração do implante e estética.

O Tipo 1 é caracterizado por um intocado, intacto alvéolo de raiz única, com um biotipo periodontal espesso em um paciente sistemicamente saudável. Este defeito permite previsível colocação imediata do implante em uma posição protético ideal. O Tipo 1 tem quatro paredes ósseas intactas, incluindo uma espessura da lâmina vestibular 1 mm ou mais.

O Tipo 2 é qualquer alvéolo com até um grau leve de lesão da crista óssea ou perda de tecido interproximal de 2 mm, com um biotipo fino ou espesso, uma espessura da lâmina vestibular de menos de 1 mm, ou qualquer combinação dos

mesmos, em um paciente sistemicamente saudável. Não mais do que uma parede do alvéolo está comprometida. Outro exemplo do Tipo 2 deverá incluir um alvéolo ideal, tal como definido pelo Tipo 1 que tem um biotipo fino, em vez de espesso.

O defeito de extração Tipo 3 é amplamente definido. Ele é geralmente caracterizado pelo comprometimento dos tecidos locais em um paciente sistemicamente saudável. Isto inclui perda de 3 a 5 mm vertical ou transversal de tecido duro e / ou mole, uma ou duas paredes do alvéolo comprometidas, um espesso ou fino biótipo periodontal, ou qualquer combinação. Este tipo de defeito não permite de imediato a colocação do implante dado o maior risco de recessão, exposição do implante, mau posicionamento do implante, inadequada estabilidade inicial do implante, ou reduzido contato osso-implante. Exemplos de um defeito Tipo 3 incluem qualquer alvéolo com uma deiscência da lâmina vestibular de 7 mm do ponto de referência. Outro exemplo seria incluir um dente com osso interproximal ou perda de tecido mole de 4 mm.

O defeito de extração Tipo 4 é caracterizado por um alvéolo severamente comprometido com mais do que 5 mm de perda vertical ou transversal de tecido duro e / ou mole, duas ou mais paredes de alvéolo reduzidas em um indivíduo sistemicamente saudável. O biotipo periodontal nestas situações é espesso ou fino. A colocação imediata de implantes nestas situações não é possível sem comprometer a estabilidade do implante ou quantidades significativas de exposição do corpo do implante. Exemplos de um defeito Tipo 4 incluem locais com uma extensa história de patologias periodontais levando a uma severa redução alveolar com a destruição das lâminas vestibular e palatais.

Assim, o protocolo de tratamento recomendado para o Tipo 1 é colocação imediata do implante após a extração dentária. A estética de tecido mole ideal é previsível. Para o Tipo 2, o recomendado é a colocação de implantes de dois passos, com técnicas de preservação do sítio realizadas no momento da extração dentária. Um implante imediato com associação de procedimentos reparadores de defeitos quando indicado também pode ser considerado, porém, um grande risco de recessão e exposição do implante pode ocorrer. Um enxerto de tecido conjuntivo interposto deve ser considerado sempre que uma deficiência de tecido mole está presente ou se existe um biotipo periodontal fino a fim de reforçar a espessura do tecido mole ou compensar pelo biotipo fino onde a recessão está antecipada. Colocação de implantes segue três a seis meses mais tarde permitindo a cicatrização adequada da ferida e remodelação do enxerto. Estética ideal de tecido mole é muitas vezes possível, mas

nem sempre previsível para defeitos de extração Tipo 2. Para o Tipo 3, o protocolo de tratamento recomendado é uma abordagem de colocação de implante de dois passos com técnicas de preservação do sítio realizadas no momento de extração do dente seguido pela colocação do implante de três a seis meses mais tarde conforme descrito com o Tipo 2. Estética ideal dos tecidos moles é viável, mas não previsível. O protocolo de tratamento recomendado para o Tipo 4 é geralmente uma abordagem de colocação do implante de três passos. Preservação do sítio é realizada no momento da extração dentária. Um enxerto de tecido conjuntivo é mais uma vez realizado a fim de reforçar a estética de tecido mole, bem como para minimizar o risco de deiscência prematura da ferida e exposição do enxerto ou da membrana. Estética ideal de tecido mole normalmente não é alcançada no Tipo 4. Outro fator essencial é o desenvolvimento e manutenção estética da arquitetura do tecido mole. Dispositivos protéticos provisórios são úteis para manipular e guiar a cicatrização dos tecidos moles e a estética após a extração dentária, subsequente preservação de sítios e processos de desenvolvimento. Pônticos ovais aplicam manutenção da pressão sobre a margem gengival e papilas interproximais, minimizando o colapso do tecido após a extração dentária. A superfície oval do pôntico deve estender-se 2 a 3 mm dentro do defeito extração e aplicar pressão vestibular e não apical sobre a margem gengival livre. Os autores concluem, assim, que a extração dentária é um processo traumático. A preservação do sítio envolvendo técnicas de extração atraumática, aplicação de biomateriais dentro da cavidade alveolar, incluindo o uso de membranas e enxertos de tecido mole, devem ser considerados componentes essenciais na rotina de cirurgia de extração dentária, especialmente na zona estética. Orientações de conduta dos defeitos de extração estão baseadas na arquitetura do tecido alveolar e de tecido mole, no biótipo periodontal, condição sistêmica do paciente, expectativas estéticas reais, e a forma mais previsível de tratar cada situação particular utilizando implantes dentais.

5. DISCUSSÃO

O entendimento da Implantodontia, focada na visão míope da instalação indiscriminada de implantes, acarretou, e ainda acarreta, uma série indeterminável de problemas funcionais e estéticos, o que não satisfaz os anseios dos pacientes e nem dos profissionais.

A terapia com implantes osseointegrados requer a presença e a manutenção de um volume e qualidade óssea adequados, tanto para a instalação quanto para o suporte do tecido mucoso periimplantar, qualquer fator que altere negativamente o volume e a forma do tecido ósseo bem como a cor, forma e saúde da mucosa periimplantar poderá resultar em um fracasso estético do tratamento proposto (REBOLLAL *et al*., 2006).

É importante considerar também o posicionamento do implante em todas as três dimensões e em relação aos dentes adjacentes (CHEE, 2001). Nos casos complexos, um enceramento diagnóstico pode ser benéfico na confecção do guia cirúrgico, que facilita a colocação tridimensional correta durante a cirurgia (KOURTIS *et al*., 2007).

A interpretação radiográfica representa um dos mais importantes passos na avaliação pré e pós-operatória dos implantes osseointegrados (DINATO *et al*., 2004).

Os tecidos moles periimplantares estéticos são caracterizados por uma boa saúde e volume apropriado, cor e contorno em harmonia com os tecidos circundantes saudáveis (HÄMMERLE & JUNG, 2008; De CARVALHO *et al*., 2010).

PELEGRINE e colaboradores (2006) afirmam que além da presença da mucosa queratinizada periimplantar, o correto posicionamento dos implantes também é relevante para obter uma estética final satisfatória. Segundo DINATO et al. (2004), a presença de gengiva queratinizada não é por si só uma segurança de resultado estético, mas é um pré-requisito para que se alcance este objetivo. Ainda, de acordo com MAIA NETO et al. (2005), GIL et al., (2008), NERY (2009), JOLY et al. (2010) a criação de mucosa ceratinizada através de cirurgia plástica periodontal irá proporcionar: uma melhor estética local.

O manejo do tecido mole pode ser realizado em diferentes momentos, relativos à colocação do implante e conexão do abutment (HÄMMERLE & JUNG, 2008; De CARVALHO et al., 2010):

1- Antes da colocação do implante: nas situações com defeitos extensos no tecido mole. Abordagem prévia.

2- Na colocação do implante com cicatrização submersa: procedimento padrão para a correção dos problemas de tecido mole. Abordagem simultânea.

3- Na conexão do abutment com cicatrização submersa ou na colocação com cicatrização transmucosa (apenas para a correção dos problemas de tecido mole). Abordagem na reabertura.

4- Após a colocação da reconstrução provisória ou final (apenas em casos excepcionais). Abordagem tardia.

Segundo JACQUES et al. (1999); COSTA & TREVISAN JÚNIOR (2004); KOURTIS et al. (2007), o manejo do rebordo residual e melhora da estética também podem ser alcançados com o uso de restaurações provisórias. Manipulação tecidual protética usando a prótese provisória pode ajudar a guiar a cicatrização de tecido mole e estabelecer um perfil tecidual estético (CAPLANIS et al., 2005). Deve ser aplicada uma gradual e sutil compressão sobre o tecido mole através de adição de resina acrílica sobre a superfície do pôntico em direção ao rebordo a cada semana.

Ainda, CHEE (2001) também afirma que na fase de pré-colocação de implantes, a restauração provisória deve frequentemente constituir um pôntico oval colocado imediatamente no local de pós-extração, mantendo naturalmente a aparência natural do contorno de tecido mole.

As restaurações provisórias podem ser fixas ou removíveis e devem: satisfazer, dentro do possível as expectativas do paciente; ser de fácil confecção e manutenção; eliminar a pressão vertical intermitente, principalmente quando procedimentos de aumento vertical são realizados, para que não possa criar uma pressão indesejável nessa área causando a perda do enxerto no sentido vertical; funcionar como elemento diagnóstico.

Existem diferentes formas de confeccionar o provisório em coroas sobre implante. Os aparafusados são os preferidos pela facilidade de colocação e remoção, possibilidade de alteração do perfil de emergência, reparos em situações de fraturas, eliminação do uso de cimento provisório e diminuição das chances de soltura da coroa.

6. CONCLUSÕES

De acordo com a revisão de literatura, parece válido concluir que:

1. A etapa do planejamento é fundamental para obtenção de restauração estética satisfatória.
2. Procedimentos menos invasivos favorecem uma maior preservação do periodonto de proteção.
3. O posicionamento dos implantes influencia sobremaneira no resultado estético final.

4. O uso de enxerto gengival livre em um segundo estágio cirúrgico facilita a formação de uma zona de gengiva inserida e aumenta a criação do desejado perfil de emergência.
5. A finalidade da restauração provisória, além da estética, é dirigir o tecido mole periimplantar ao melhor contorno cervical.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBARA, A. B.; MARTINS, M. R.; BARCELOS, M. J. R.; PERROTTA, L. A. Sutura de contenção de papila: uma nova abordagem cirúrgica em prótese unitária imediata sobre implante. Revista Implant News, 2006; v. 3, n. 1, Jan-Fev: 49-54.

CHEE, W. W. L. Provisional restorations in soft tissue management around dental implants. Periodontology 2000, v. 27, p. 139-147, 2001.

COSTA, R. R.; TREVISAN JÚNIOR, W. Ganho de estética periimplantar através da utilização de enxerto conjuntivo: relato de caso clínico. Revista Implant News, 2004; n. 5, Set-Out.

Da SILVA, R. C.; JOLY, J. C.; De CARVALHO, P. F. M.; De ANDRADE, E. D. Princípios cirúrgicos em plástica periodontal e peri-implantar. In: Reconstrução tecidual estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares, cap. 4, p. 153-187, 2010.

DINATO, J. C.; ULZEFER JR., E.; BRUM, R. Estética imediata realizada com o auxílio de prototipagem rápida e cirurgia sem retalho. Revista Implant News, 2004; 1(1), Jan-Fev: 35-42.

GIL, J. N.; CLAUS, J. D. P.; CAMPOS, F. E. B.; LIMA JÚNIOR, S. M.; BECKER, O. E. Manejo gengival em maxilas totalmente reconstruídas por enxertos e implantes. Revista Implant News, 2008; 5(3): 263-6.

JACQUES, L. B.; COELHO, A. B.; HOLLWEG, H.; CONTI, P. C. R. Tissue sculpturing: An alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. The Journal of Prosthetic Dentistry, v. 81, n. 5, p. 630-633, Mai, 1999.

JEMT, T. Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment. The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 17, n. 4, p. 327-333, 1997.

JOLY, J. C.; De CARVALHO, P. F. M.; Da SILVA, R. C. Perioimplantodontia: um novo conceito filosófico. In: Reconstrução tecidual estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares, cap. 1, p. 23-61, 2010.

KOURTIS, S.; PSARRI, C.; ANDRITSAKIS, P.; DOUKOUDAKIS, A. Provisional restorations for optimizing esthetics in anterior maxillary implants: a case report. Journal Compilation, v. 19, n. 1, p. 6-17, 2007.

MARTIN, W. C.; MORTON, D.; BUSER, D. Análise pré-operatória e plano de tratamento protético na implantodontia estética. In: ITI Treatment Guide, v. 1, cap. 3, p. 9-24, 2008.

NERY, C. F. A Implantodontia integrada à Periodontia. Revista PerioNews, 2009; 3(1): 12-18.

PELEGRINE, A. A.; DA COSTA, C. E. S.; SENDYK, W. R. Enxerto de tecido conjuntivo: uma alternativa para alcançar a estética periimplantar. Relato de caso clínico. Revista Implant News, 2006; 3(3), Mai-Jun: 249-254.

REBOLLAL, J.; VIDIGAL JÚNIOR, G. M.; CARDOSO, E. S. Fatores locais que determinam o fenótipo gengival ao redor de implantes dentários: revisão de literatura. Revista Implant News, 2006; v. 3, n. 2, Mar-Abr.