FACULDADE DE SETE LAGOAS

JULIETE DE CASTRO SOUZA

A IMPORTÂNCIA DO TECIDO MOLE PERI-IMPLANTAR EM ÁREAS ESTÉTICAS

MONTES CLAROS

2017

FACULDADE DE SETE LAGOAS

JULIETE DE CASTRO SOUZA

A IMPORTÂNCIA DO TECIDO MOLE PERI-IMPLANTAR EM ÁREAS ESTÉTICAS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Implantodontia como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Gracielle de Miranda Rocha.

MONTES CLAROS-MG

2017

“Enquanto estivermos tentando, estaremos felizes, lutando pela definição do indefinido, pela conquista do impossível, pelo limite do ilimitado, pela ilusão de viver. Quando o impossível torna-se um desafio à satisfação está no esforço, e não apenas na realização final.”

(Gandhi)

AGRADECIMENTOS

A ti agradeço meu Deus, pelo maravilhoso presente que é a vida!

Aos meus pais pelo amor e apoio incondicional, devo tudo a vocês, meus exemplos de vida.

Ao meu namorado, Lucas, pelo companheirismo e compreensão nos momentos em que estive ausente.

A Iesley pelo privilégio da amizade verdadeira sempre me ajudando e orientando em todos os momentos.

A todos os mestres queridos agradeço pelos ensinamentos e motivação constantes. A vocês, toda minha gratidão, admiração e respeito!

A professora orientadora Gracielle por toda paciência, amizade e carinho a mim dedicados, vou levar sempre em meu coração!

A todos os colegas de curso, em especial a Luciana pela cumplicidade e experiências vividas, sentirei saudades!

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que esse sonho acontecesse. Muito obrigada!

RESUMO

A estética tem sido considerada um fator determinante no direcionamento do desenvolvimento da Implantodontia, envolvendo além da anatomia do dente a ser substituído, a aparência saudável e harmônica do tecido peri-implantar, por isso uma adequada manipulação dos tecidos moles, além de um apurado trabalho protético tornam-se essenciais para que a excelência estética aconteça. Neste trabalho procuramos salientar a importância do tecido mole peri-implantar e as técnicas existentes na reabilitação de defeitos para se alcançar a excelência estética. O enxerto de tecido conjuntivo tem sido empregado com alto índice de sucesso para obtenção de estética, função e saúde dessa mucosa. Um plano de tratamento bem realizado, um eficaz controle de placa bacteriana, além de uma preparação meticulosa da área doadora, receptora e suturas, constituem pré-requisitos fundamentais para o sucesso das técnicas de manejo dos tecidos moles peri-implantares.

ABSTRACT

Aesthetics have been considered as a determining factor in the developmental orientation of the Implantology, involving besides the anatomy of the tooth to be replaced, the healthy and harmonic appearance of the peri-implant tissue, for this reason an adequate manipulation of the soft tissues, besides an accurate work Prosthetic becomes essential for aesthetic excellence to happen. In this work we seek to emphasize the importance of peri-implant soft tissue and existing techniques in defect rehabilitation in order to achieve aesthetic excellence. The connective tissue graft has been used with a high success rate to obtain esthetics, function and health of this mucosa. A well-developed treatment plan, effective plaque control, and meticulous preparation of the donor, recipient and suture areas are fundamental prerequisites for the success of peri-implant soft tissue management techniques.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Incisão profunda e perpendicular **..... 15**
Figura 2 – Enxerto de tecido conjuntivo**..... 16**
Figura 3 – Instalação da restauração provisória**..... 16**
Figura 4 – Início da escarificação**..... 17**
Figura 5 – Técnica da dobra cirúrgica**..... 18**
Figura 6 – Retalho de espessura parcial reposicionado apicalmente **..... 19**
Figura 7 – Aspecto clínico inicial dos implantes**..... 23**
Figura 8 – Retalho de espessura parcial estabilizado por meio de suturas **..... 24**
Figura 9 – Estabilização do enxerto gengival livre com suturas suspensórias. **24**
Figura 10 – Aspecto clínico da mucosa peri-implantar **..... 25**

SUMÁRIO

1. Introdução..... pág 09
2. Revisão da literatura..... pág 12
3. Discussão..... pág 20
4. Conclusão..... pág 25

Referências Bibliográficas

1. INTRODUÇÃO:

A implantodontia é uma área da odontologia que tem crescido a passos largos nos últimos anos. O surgimento e aplicação dos princípios da osseointegração viabilizou novos horizontes para a reabilitação oral de pacientes edêntulos parciais e totais. Per-Ingvar Brånemark foi um médico ortopedista sueco que iniciou estudos à frente de um grupo de pesquisadores da Universidade de Gotemburgo em 1965 que culminaram com a descoberta da Osseointegração. A partir disso esse tema vem ao longo dos anos ganhado atenção especial de toda comunidade cientifica e feito desta técnica parte constante da rotina dos consultórios odontológicos na atualidade.

Com o crescimento da popularidade dessa técnica, a filosofia inicial de se instalarem implantes em áreas com maior disponibilidade óssea foi substituída pela prática de se afixarem os implantes em posições mais favoráveis esteticamente, mesmo que para isso seja necessário lançar mão de técnicas como enxertia óssea, levantamento do seio maxilar, técnicas de expansão óssea, entre outros. A atenção dada ao manejo dos tecidos moles peri-implantares constitui fator essencial para o sucesso estético da reabilitação. (FIGUEIREDO, Caio Márcio, ET AL, 2011).

As exigências estéticas para implantes tornaram-se tão altas quanto aquelas para dentição natural. Um belo sorriso tem sido cada vez mais procurado e valorizado pelos pacientes, com isso, tem-se aumentado a exigência na reconstituição de perdas dentárias de forma segura e eficaz, sempre adotando os maiores cuidados para que não haja necessidade de um sobretratamento em muitas situações onde um acompanhamento sistemático e criterioso seria suficiente.

Um protocolo cirúrgico bem realizado associado a exames pré-operatórios e um plano de tratamento correto, com planejamento reverso, constituem um pré-requisito para o sucesso do futuro resultado do tratamento com implantes. A instalação de implantes dentro da posição ideal, tanto no aspecto mésio-distal como no aspecto vestíbulo-lingual é de fundamental importância. Os procedimentos de condicionamento gengival podem ser efetuados previamente, durante ou após a instalação dos implantes, com o intuito de maximizar os resultados estéticos dos tecidos moles periimplantares.. (QUESADA, Gustavo Adolfo Terra, ET AL. 2014.)

Os tecidos periodontais são vitais e respondem ao ambiente. Eles se desenvolvem e se diferenciam à medida que os dentes erupcionam na cavidade bucal, e uma vez em função, mudam e se adaptam aos estímulos externos. Em termos simples os tecidos periodontais podem ser definidos em: epitélio, tecido conjuntivo e osso.

O epitélio é o tecido dinâmico responsável pela manutenção de um selo entre o organismo e a cavidade bucal, tendo seu reparo acelerado quando agredido. Quando um dente irrompe pela primeira vez, o epitélio permanece aderido ao esmalte coronal à junção amelocementária (JCM). À medida que o paciente passa para a idade adulta o epitélio juncional, que de fato forma a inserção dental, desloca-se para apical.

O tecido conjuntivo forma uma inserção duradoura ao redor dos dentes. Durante o desenvolvimento e a calcificação do cemento e do osso, as fibras gengivais tornam-se embutidas, suspendendo o dente no alvéolo, Essas fibras são conhecidas como fibras de sharpey.

O osso alveolar corresponde ao tecido ósseo cortical ou compacto que delimita a superfície do alvéolo dental. Em conjunto com o cemento radicular e as fibras do ligamento periodontal, o osso alveolar constitui os tecidos de sustentação dos dentes e distribui as forças geradas durante a mastigação e outras formas de contato entre os dentes. Este tecido de sustentação perde sua função e desaparece depois da remoção do dente, resultando em atrofia do processo alveolar. Isso resulta em uma perda de espessura óssea e perda de altura do rebordo alveolar, principalmente na parede vestibular o que dificulta a posição ideal do implante do ponto de vista protético, podendo levar a um resultado desarmônico, comprometendo a estética final. Por isso em muitos casos um aumento do osso alveolar existente é necessário para a colocação do implante.

Existe uma diferença fundamental entre os tecidos moles periodontais e os tecidos moles peri-implantares no que diz respeito ao sistema de inserção dos tecidos marginais. Enquanto a gengiva é inserida na superfície dentária por fibras colágenas, a mucosa peri-implantar não possui esse sistema de inserção, o que a torna mais facilmente destacável da superfície do implante. A ausência do cemento na superfície do implante faz com que as fibras colágenas da mucosa peri-implantar

sejam inseridas no periósteo da crista óssea e projetem-se paralelamente à superfície implantar. (BERGLUNDH, ET AL, 1996).

Existe uma gama de técnicas cirúrgicas que têm como objetivo suprir defeitos ao redor do implante fazendo com que os tecidos moles peri-implantares se aproximem ao máximo com os tecidos periodontais naturais, a isso se dá o nome de CIRURGIA PLÁSTICA PERI-IMPLANTAR.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Os implantes osseointegrados apresentam poucas barreiras funcionais e anatômicas, se comparados aos dentes naturais. A adesão ocorre apenas por meio do epitélio juncional; A ausência de inserção de fibras faz com que o selamento torne-se ainda mais importante e a manutenção e estabilização deste deve ser um dos objetivos da terapia implantar. A presença da mucosa queratinizada ajuda na manutenção desse selamento, muitos estudos tem sido conduzidos para determinar se o tecido queratinizado possui relevância para a saúde peri-implantar (ADELL et al.,1986).

A influência do tipo de tecido na dentição natural já está bem documentada na literatura e numerosos artigos demonstram que um tecido espesso é preferencial para resultados cirúrgicos e protéticos ideais. Nesse contexto, estudos atuais são direcionados a explorar se a espessura da mucosa teria implicações similares ao redor dos implantes dentais. A ausência de gengiva queratinizada adequada está associada a maior acúmulo de placa, sangramento à sondagem, inflamação e recessão gengival. Esses achados sugerem que a espessura da mucosa queratinizada pode determinar a dinâmica futura dos tecidos moles em torno dos implantes dentários. Segundo um recente consenso do Congresso Internacional de Implantodontia Oral, determina-se que o sucesso dos implantes deve preencher tanto critérios funcionais quanto estéticos. Com base nesses achados, os procedimentos de aumento gengival são indicados na prática clínica com finalidade de controle de placa bacteriana, conforto ao paciente e melhor resultado estético, sobretudo quando em associação com tratamentos protéticos. (ALMEIDA, Juliano Milanezi, ET AL, 2012).

Segundo ELERATI et al. (2009) é importante associar as bases biológicas da Periodontia com a Implantodontia para esclarecer os problemas relacionados aos insucessos de cada caso, em especial aqueles localizados na área do sorriso. Desta forma, a Periodontia pode proporcionar uma melhor chance de resultados e fazer com que a reconstrução dos tecidos dentários e gengivais seja o mais próximo do natural. Um fator determinante para o sucesso estético e funcional de um implante

em área estética é a presença ou ausência do osso alveolar adequado, em altura, volume e espessura da cortical no local do implante, pois o contorno gengival segue o contorno da crista óssea. A atenção dada ao manejo dos tecidos moles peri-implantares constitui um fator essencial para o sucesso estético da reabilitação, que pode envolver desde enxertos gengivais, deslizes de retalho, técnicas cirúrgicas com incisões bem planejadas e executadas e adequadas técnicas de sutura até a utilização de manobras de condicionamento gengival durante a etapa protética, a fim de se atingir o sucesso reabilitador, estético, funcional e biológico do conjunto formado entre prótese e mucosa peri-implantar.

Em relação ao uso de intermediários metálicos, como os de titânio em prótese sobre implantes, inconvenientes podem ocorrer devido a sua coloração escurecida que pode alterar o aspecto final de coroas puras de porcelana, alem da possibilidade de escurecimento da margem gengival quando esta é muito fina. Dessa forma, os pilares cerâmicos são de grande utilidade, sobretudo nas áreas mais estéticas devido a sua coloração favorável, tornando a translucidez da prótese mais natural, o que é muito importante em pacientes com linha do sorriso alta e mucosa peri-implantar fina. Os componentes fabricados a partir de oxido de zircônia são uma opção bastante interessante, uma vez que combinam biocompatibilidade, estética agradável e elevada resistência à fratura. Devido ao fato de esses pilares serem preparáveis ou individualizados, permitem uma linha de preparo que acompanha a arquitetura da mucosa peri-implantar, do mesmo modo como é realizado em dentes naturais, evitando-se, assim, uma reabsorção óssea interproximal. Em reabilitações protéticas implanto-suportadas, torna-se cada vez mais comum a confecção de coroas tipo metal-free devido ao superior resultado estético. Porém esse resultado pode não ser alcançado, caso sejam utilizados intermediários metálicos. Por esse motivo, foram desenvolvidos não só intermediários, mas também copings cerâmicos, principalmente compostos por alumina e zircônia. Atualmente estão disponíveis para a confecção desses copings os sistemas Procera, IPS Empres 2 e In-Ceram. A indicação combinada de intermediários de zircônia com copings de In-ceram, em coroas metal-free, associadas a uma adequada manipulação dos tecidos moles peri-implantares, proporciona o que há de maior excelência em resultado estético e funcional. (FIGUEIREDO, Caio Marcio, ET AL, 2011).

Segundo os estudos de KAHN, Sérgio, ET AL, (2013), o biotipo periodontal é fundamental para o planejamento de implantes, principalmente em áreas estéticas. Existe uma classificação sobre a morfologia dos tecidos periodontais descritos: Tipo I, II, III e IV. Onde o periodonto tipo I é considerado o ideal, 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. A realização de uma prótese sobre implante pode ser prejudicada se o profissional não considerar as características periodontais do paciente. Indivíduos com periodonto fino sofrem reabsorção óssea de forma diferente de indivíduos com periodonto espesso. A cicatrização tecidual após uma exodontia traumática também é diferente entre indivíduos com diferentes periodontos. Por isso é importante um bom planejamento do tratamento desde a exodontia (se possível) até a colocação da coroa definitiva. Fatores como a inclinação do implante, altura da crista óssea adjacente, qualidade do tecido peri-implantar são fundamentais para determinar o sucesso de uma terapia com implantes. A formação da papila parece ser independente da altura da crista óssea próxima ao implante, mas depende da altura óssea do dente adjacente e do biótipo periodontal.

O estudo de QUESADA, ET AL. (2014) elucida as principais técnicas de condicionamento gengival existentes:

A aplicação da **técnica de carga imediata** pode auxiliar no resultado estético final. Com essa técnica evita-se uma manipulação excessiva dos tecidos, pois não precisa de cirurgia de reabertura, ocorrendo à cicatrização dos tecidos moles ao redor da prótese provisória. Para a otimização da estética a plataforma do implante deve ficar 2 mm aquém da margem gengival. As vantagens da colocação imediata de implantes são: menor tempo de trabalho, não havendo necessidade de cirurgia de reabertura, preservação do contorno gengival e oportunidade para um posicionamento axial mais ideal do implante. A coroa dental provisória, instalada em até 48 horas após o procedimento cirúrgico, deverá permanecer em infra-oclusão durante o período cicatricial para evitar micromovimentos maiores que 150 micrômetros, o que poderia interfirir no processo de osseointegração. A preservação

de papilas é um dos maiores desafios da implantodontia, já que há pouca irrigação sanguínea entre implantes e um menor número de estruturas de suporte do peri-implante em relação ao periodonto. As incisões conservadoras, realizadas com Punch permitem um melhor contorno da mucosa, tempo cirúrgico menor devido à ausência de suturas e maior estabilidade dimensional dos tecidos duros e moles devido à ausência de retalho mucoperiostal.

O **enxerto de tecido conjuntivo** pode reparar defeitos menores no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles. Na região anterior da maxila, o posicionamento do implante será determinado pela necessidade de maximizar tanto a estética quanto a função pela necessidade das restaurações suportadas por implantes. Nessa técnica realizam-se duas incisões horizontais na área receptora, a primeira na crista vestibular do rebordo, e realizada o aprofundamento desta incisão até o fundo do vestíbulo dividindo o retalho mucoperiósteo. O mesmo é afastado para preparar o espaço para receber o enxerto conjuntivo. Realiza-se a mensuração da profundidade para a localização da segunda incisão no fundo de vestíbulo. A área doadora de eleição é o palato duro. Nela é feita uma incisão profunda e perpendicular ao longo eixo dos dentes, distante 3 mm do sulco gengival. Em seguida realiza-se e incisando nas laterais e apicalmente do retalho. São descolados o periósteo com o conjuntivo conseguindo a soltura e remoção do mesmo. O osso palatino é recoberto com o tecido epitelial dividido remanescente e suturado. São passados dois fios de sutura no enxerto conjuntivo, um em cada extremidade, para levar o enxerto à área receptora. Após o enxerto de tecido conjuntivo estar devidamente posicionado no leito cirúrgico estabiliza-se com um ponto simples na região mediana, e os fios de tracionamento são removidos. Finalmente, realizam-se as suturas das incisões horizontais, fechando a loja cirúrgica. (figuras 1 e 2).



Figura 1: Incisão profunda e perpendicular na região do palato duro ao longo eixo dos dentes, distante 3 mm do sulco gengival.

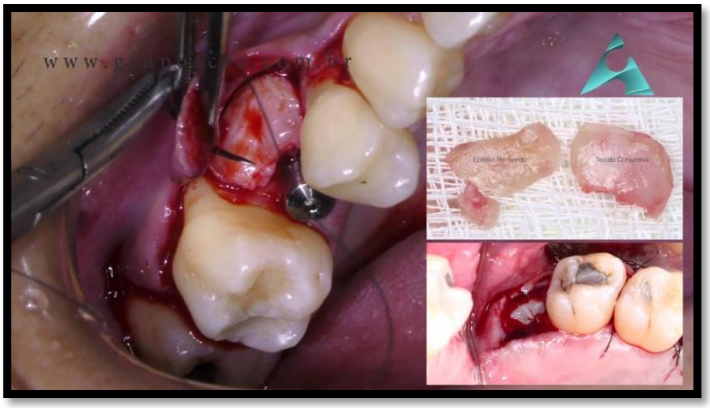


Figura 2: Depois de dividido o tecido conjuntivo do epitélio em direção apical, o enxerto de tecido conjuntivo é devidamente posicionado no leito cirúrgico.

A **técnica de pressão gradual** consiste no acréscimo de pequenas porções de resina acrílica quimicamente ativada em uma prótese provisória, de modo que haja um afastamento da mucosa peri-implantar, observado, de modo a remodelá-la, de acordo com o interesse do profissional, sempre respeitando os princípios biológicos, com pônticos convexos, perfis de emergência adequados e espaço interdental para as papilas. Esta técnica está indicada para áreas pequenas, com espaços de um até dois pônticos, de modo que não se perca o controle sobre as áreas condicionadas. (Figura 3).

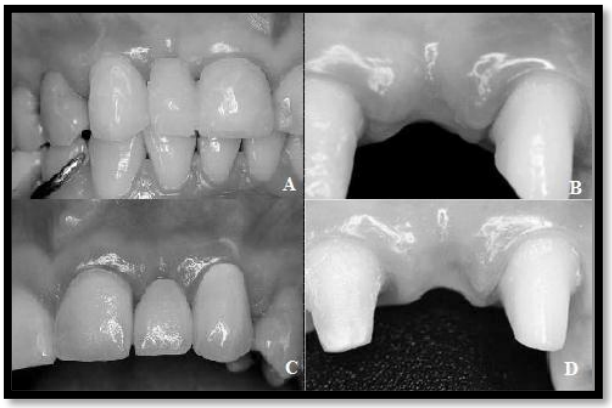


Figura 3: A. Instalação da restauração provisória; B. Condição inicial do tecido gengival; C. Relação da restauração provisória (dentes 11, 12 e 13) com o tecido gengival após condicionamento com pressão gradual; D. Condição final do tecido gengival após condicionamento com pressão gradual.

A **escarificação** está indicada para áreas de mais de um pôntico, pois permite um maior controle sobre áreas extensas, proporcionando maior estética5. Ela é desenvolvida adaptando-se a restauração provisória nos pilares, delimitando com um lápis o desenho gengival que se é esperado, tomando cuidado para que a tintura do lápis não pigmente o tecido conjuntivo que será exposto. Logo após, faz-se a aplicação de anestesia terminal infiltrativa na área a ser esculpida. O tecido

gengival é então esculpido por brocas diamantadas em forma de pêra, em alta rotação com irrigação, criando papilas interdentais, um arco côncavo regular e as concavidades que receberão os pônticos. (Figura 4).

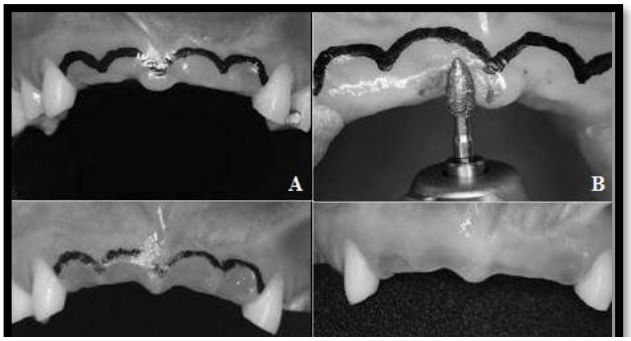


Figura 4: A Condição inicial do tecido gengival com marcação guiada pela restauração provisória para realização da escarificação; B. Início da escarificação em alta rotação com broca em pêra sob irrigação no tecido gengival; C. Condição do tecido gengival escarificado; D. Condição final do tecido gengival condicionado pela escarificação.

A **técnica da dobra cirúrgica** é uma técnica de manipulação dos tecidos moles, que permite um ganho de volume e contorno estético, sem a necessidade de enxertos gengivais ou ósseos. Essa técnica é feita através da aplicação de uma dobra cirúrgica gengival no momento da reabertura do implante, para colocação de um cicatrizador ou de um componente protético ou uma coroa provisória. Com uma lâmina de bisturi 15c, faz-se incisão no sulco gengival dos dentes vizinhos à área a ser aberta e outra incisão horizontal deslocada para palatina. Esta deverá ser feita a fim de obter tecido queratinizado do palato; sendo que o deslocamento desta incisão dependerá do quanto se necessita ganhar em volume pela vestibular, medição esta feita com régua milimetrada em um modelo de gesso ou na própria cavidade oral onde se estenderá a incisão para palatina, de acordo com a quantidade de tecido medido da depressão vestibular. Desloca-se um retalho de espessura total. Coloca-se o cicatrizador selecionado ou componente protético e provisório. Sutura-se o retalho obtido do palato, pela vestibular, com pontos em forma de suspensório para cada lado proximal (Figura 5).

Esse é um procedimento mais simples e menos invasivo que as técnicas de enxerto gengival livre podendo ser facilmente realizada pelo clínico. Esta técnica não reverte em custos para o cirurgião ou paciente, pois dispensa o uso de biomateriais, evita a morbidade de um leito doador e receptor como nas técnicas de enxertia gengival e há um ganho de volume gengival, favorecendo a estética na prótese.

Porém, o trabalho necessita de acompanhamento longitudinal para avaliação da estabilidade e manutenção dos tecidos gengivais modificados por esta técnica, a médio e longo prazo.



Figura 5: Técnica da dobra cirúrgica.

A **técnica de sutura de contenção de papila** se aplica ao tratamento com implantes em alvéolos cicatrizados utilizando-se de provisórios imediatos. Faz-se uma incisão em forma de W iniciando na região proximal no aspecto mesial dos dentes vizinhos à área edêntula. Estas incisões seguem em direção mésio-palatina e são unidas por uma segunda incisão em forma de parábola com o vértice voltado para vestibular. A execução correta da incisão é fundamental ao sucesso da técnica, pois todo o tecido deslocado do palato será colocado em íntimo contato com a face vestibular do provisório, onde os vértices formados pelo encontro das duas incisões constituirão as papilas interproximais. Com o tecido sobreposto ao provisório, pinçamos a papila e transferimos a mesma em sentido vestibular, ou seja, da face interna (formada por tecido conjuntivo) para a face externa (formada por tecido epitelial).

O fio de sutura passa em íntimo contato com a face cervical do dente vizinho e passa pela proximal com o dente seguinte. É dado um nó simples na mesial do ângulo do dente vizinho. Com isso, nenhuma tensão é aplicada sobre a papila e a sua posição é perpetuada. Após 10 dias, as suturas são removidas e o tecido completará a cicatrização em aproximadamente 4 semanas. O manuseio do espaço interproximal, utilizando-se desta técnica de incisão e sutura, resultará numa reconstrução da papila interproximal e contorno vestibular satisfatórios.

Retalho de espessura parcial reposicionado apicalmente: Faz-se uma incisão palatina na direção mésio-distal e o retalho é descolado. Mantém os tecidos

gengivais tanto mesialmente quanto distalmente no espaço interproximal. O retalho é reposicionado apicalmente no aspecto vestibular e suturado. A superfície da ferida do palato epiteliza aproximadamente em 2 semanas. (Figura 6).

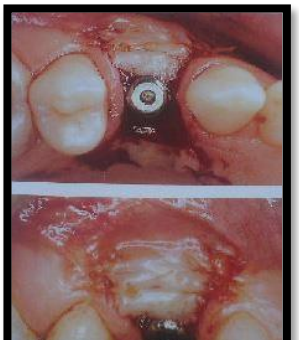


Figura 6: Retalho de espessura parcial reposicionado apicalmente.

O clínico deve identificar com cuidado os pacientes com maior expectativa/exigência estética. Deve ficar claro ao paciente as limitações reais do tratamento e lembrar que o seu grau de cooperação deve ser máximo durante todo o processo de restauração dentária (RENOUARD & RANGERT, 2008).

3. DISCUSSÃO:

A odontologia atual possui excelência na reabilitação estética e funcional de pacientes parcial ou totalmente edêntulos através dos implantes osseointegrados. Entretanto ainda surgem diversas dúvidas em relação à sobrevida dos implantes, principalmente relacionada com a saúde peri-implantar.

Neste trabalho procuramos salientar a importância do tecido peri-implantar e os procedimentos necessários na reabilitação de defeitos para se alcançar uma excelência estética.

De acordo com RENOUARD & RANGERT, (2008) a higiene dentária rigorosa associada a um bom controle de placa bacteriana deve ser exigida do paciente para alcançar resultados estéticos previsíveis. Processos inflamatórios crônicos devem ser tratados antes de qualquer planejamento e devem preceder qualquer tratamento de restauração dentária. A presença de tecidos gengivais saudáveis são pré-requisitos para o resultado final. Este estudo está de acordo com a revisão de literatura feita por LINDHE & MEYLE, (2008) onde mostram que é imperativo que a doença periodontal seja tratada antes de qualquer procedimento cirúrgico para instalação de implantes, e que esse paciente receba manutenção periodontal apropriada; além disso, o paciente deve ser informado que os tecidos peri-implantares respondem ao acúmulo de placa de um jeito similar ao dos tecidos periodontais, e que essa doença pode desenvolver nos tecidos ao redor dos implantes arriscando sua longevidade. Para QUESADA, ET AL. (2014) o controle de placa severo também é o principal fator para o sucesso do condicionamento gengival, caso contrário, perde-se o controle sobre o direcionamento gengival, devido ao processo inflamatório que se instala no local, ficando inviável realizar o procedimento, por isso é indispensável essa orientação ao paciente.

Alguns dados da literatura demonstram que uma faixa de mucosa queratinizada menor que 2 mm favorece acúmulo de placa, sangramento peri-implantar e recessão de tecidos moles. Alguns outros estudos relatam que os implantes podem sobreviver sem uma faixa de gengiva queratinizada adequada, porém o objetivo da implantodontia atual é garantir que os implantes, além de

osseintegrados, mantenham seu estado de plena saúde, função e estética, principalmente em relação à estética gengival. (ALMEIDA, Juliano Milanezi, ET AL, 2012).

Na busca por previsibilidade nos tratamentos, diversos autores têm estudado o biotipo periodontal, que pode influenciar no sucesso dos tratamentos propostos. Classificações para essa característica têm sido apresentadas, mas até hoje nenhuma chegou a uma determinação ideal, devido à dificuldade de medição de todos os parâmetros que a definem. Para a determinação correta do biotipo periodontal, é importante a verificação da espessura gengival, da faixa de largura de gengiva inserida e da espessura óssea, medição essa que só é possível em humanos vivos através de tomografia computadorizada de feixe cônico. (FU, J. H. *et al*., 2010.).

KAHN, Sérgio, ET AL. (2013), através de uma revisão de literatura, puderam observar que a definição do biotipo periodontal é fundamental para o planejamento de tratamento de implante e que o profissional deve estar atento a essa característica periodontal para poder intervir previamente e evitar transtornos no resultado final do tratamento. Este fato já tinha sido mencionado nos estudos de GRUNDER, (2000), que mostram que quanto mais espessa e fibrosa for a gengiva, melhor será o resultado estético. Uma gengiva muito fina tem menos chances de ser manipulada e nem sempre permite a dissimulação das partes metálicas do implante e do pilar. Além disso, o risco de recessão é relevante. Uma boa altura de gengiva queratinizada é igualmente necessária não só para a integridade dos tecidos periimplantares, mas também para um melhor resultado estético.

SERRILHO, ET AL, (2015), em seus estudos reataram um caso clínico em que o enxerto de tecido conjuntivo associado à técnica de reposicionamento lateral do retalho foi utilizado para minimizar os danos de um insucesso no mau posicionamento do implante na região do dente 11. Após um ano de acompanhamento pôde ser observado sucesso no tratamento proposto, deixando em evidência que alternativas de cirurgias periodontais podem suprir defeitos gengivais mostrando também que o enxerto de tecido conjuntivo é uma técnica com

alto índice de sucesso para obtenção de estética, função e saúde da mucosa peri-implantar atingindo a perspectivas altas de sucessos em implantes. Este achado está de acordo com diversos trabalhos na literatura que também tiverem sucesso com a indicação da técnica, entre eles o estudo de QUESADA, ETAL, (2014) que comprovam que os enxertos de tecido conjuntivo vêm sendo considerada a técnica padrão em cirurgia plástica periodontal, já que pode reparar defeitos no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles, e ALMEIDA, ET AL (2012), que relatam em seu estudo um caso clínico que será detalhado em seguida, no qual foi realizada cirurgia de enxerto gengival livre com o objetivo de aumentar a espessura da mucosa queratinizada na região de implantes previamente instalados para suporte de prótese tipo protocolo:.

Paciente JCB, de 53 anos, gênero masculino, apresentou-se à Universidade Estadual Paulista -UNESP, campos de Araçatuba, apresentando ausência total dos dentes maxilares e desejo de colocar prótese total fixa. Na anamnese apresentou-se sem sinais ou sintomas de qualquer doença crônica. Após moldagem do rebordo alveolar, exames tomográficos e laboratoriais satisfatórios, foi realizado o planejamento reverso reabilitador com a prótese protocolo implantossuportada. Após o planejamento do caso, foi realizada a cirurgia para instalação de cinco implantes (Parafuso Cortical de Titânio Master Porus Grip 4.0 × 11,5 - Conexão Sistemas de Prótese Ltda. Araujá-SP, Brasil).

Após seis meses da instalação dos implantes, foi realizada a segunda fase cirúrgica, a qual consistiu na reabertura dos implantes e na instalação dos cicatrizadores. Por outro lado, após cicatrização dos tecidos moles, foi observada ausência de mucosa queratinizada na porção vestibular dos cicatrizadores dos dois implantes anteriores, além de vestíbulo raso e inflamação da mucosa (Figura 1).



Figura 7. Aspecto clínico inicial dos implantes, em que se observa ausência de mucosa queratinizada e inflamação da mucosa ao redor dos cicatrizadores.

Desta forma, foi planejada a realização de cirurgia de enxerto gengival livre com o intuito de aumentar a faixa de tecido queratinizado e a profundidade do vestíbulo.

PRÉ-OPERATÓRIO:

O paciente foi submetido à medicação prévia com 2g de amoxicilina uma hora antes do procedimento. Após a cirurgia foi prescrito amoxicilina 500mg de 8/8 hs por 7 dias e 35 gotas de dipirona sódica (500 mg/mL) de 4/4 hs por 2 dias, na presença de dor.

TRANS-OPERATÓRIO:

Após procedimento de assepsia intra e extraoral e anestesia local com mepivacaína 2% associada à epinefrina 1:100.000, foi realizada uma incisão intrassulcular (Figura 2), feito um retalho de espessura parcial envolvendo os dois implantes anteriores instalados na região da maxila. Com papel alumínio estéril, um mapa com o tamanho do leito receptor foi confeccionado e transferido para a região posterior do palato a fim de se remover um enxerto gengival livre com 1,5 a 2 mm de espessura. Um enxerto de tecido conjuntivo e epitélio foi obtido da porção lateral do lado esquerdo do palato, aproximadamente 2 mm aquém da margem gengival. Em seguida, este foi posicionado recobrindo toda a área cirúrgica e fixado por meio de suturas compressivas de forma que permanecesse estável na posição e em íntimo contato com o leito periosteal (Figura 3).

As suturas para estabilização do enxerto foram realizadas com fio de seda preta 4.0.

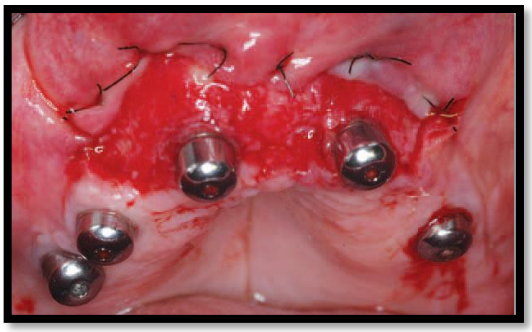


Figura 8. Retalho de espessura parcial estabilizado por meio de suturas simples.

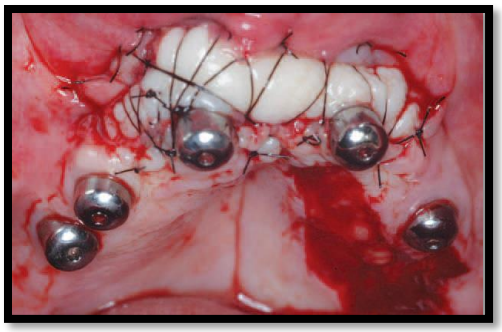


Figura 9. Estabilização do enxerto gengival livre com suturas suspensórias.

Na área doadora palatina, foram realizadas suturas com fio de seda preta 4.0 compressivas em formato de “X”, para favorecer a hemostasia e a estabilização do coágulo. Utilizou se cimento cirúrgico no palato para auxiliar na cicatrização por segunda intenção e sobre toda extensão do enxerto para proporcionar conforto ao paciente durante o pós-operatório. Para o controle de infecções, foi prescrito o uso de clorexidina a 0,12% (Periogard) duas vezes ao dia, por seis semanas. As suturas foram removidas após uma semana de cicatrização e medidas rotineiras de higiene oral foram restabelecidas. Após a remoção do cimento cirúrgico, o paciente foi instruído a utilizar uma escova macia e de cabeça pequena para higienizar suavemente os cicatrizadores. Nas visitas pós-operatórias, foi reforçada a importância do controle adequado de placa bacteriana.

PÓS-OPERATÓRIO:

A região cicatrizou-se normalmente, sem apresentar eventos adversos, como reação alérgica, ocorrência de abscessos e reação inflamatória extensa associada com o procedimento cirúrgico. Após dois meses de acompanhamento, observou-se aumento de 4 mm da faixa de mucosa queratinizada em altura e de aproximadamente 21 mm em extensão com uma excelente cor e estética gengival (Figura 4), favorecendo a saúde peri-implantar e os procedimentos protéticos de moldagem para reabilitação definitiva. (ALMEIDA, Juliano Milanezi, ET AL, 2012)

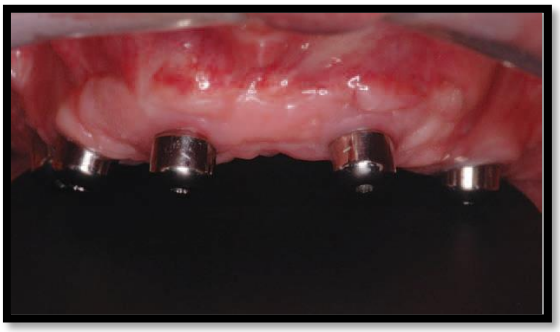


Figura 10. Aspecto clínico da mucosa peri-implantar após dois meses da cirurgia mucogengival. Observa-se aumento considerável da faixa de mucosa queratinizada.

4. CONCLUSÃO

Os desafios estéticos que envolvem as próteses dentárias sobre implantes são ainda maiores do que outros procedimentos estéticos em odontologia, porque envolvem a manipulação dos tecidos ósseo e gengival até a escolha de componentes de implante e de prótese que possam resultar em uma excelência estética final. Para que implantes em áreas estéticas sejam realizados com segurança é preciso avaliar o comprometimento ósseo e gengival, pois é da integridade desses tecidos que depende o sucesso da cirurgia. O biotipo periodontal é fundamental para o planejamento de implantes em áreas estéticas; Um plano de tratamento bem realizado e um eficaz controle de placa bacteriana são fundamentais para o sucesso da terapia com implantes;

A cirurgia plástica peri-implantar de enxerto de tecido conjuntivo é a técnica mais descrita sendo uma excelente opção para regiões com defeitos de tecido mole em regiões estéticas peri-implantares, garantindo previsibilidade tanto estética quanto em função. Com base na revisão de literatura, não há diferença entre as técnicas para o sucesso, porém existem condições individuais e limitações que devem ser avaliadas caso a caso criteriosamente.

RFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADELL R. et al. A 15 year study of osseointegrated implants in the tratament of the edentulous jaw. int. J. Oral Surg., Copenhagen, dec 1.981; 10 (6): 387-416.

2. ALMEIDA, Juliano Milanezi, ET AL. Aumento de gengiva queratinizada em mucosa peri-implantar. v. 41, n. 05, p. 365-369. Revista de odontologia da UNESP, São Paulo, set/out., 2012.

3. BERGLUNDH, T.; LINDHE J. Dimensions of the perimplant mucosa – Biologic width revisited. J clin Periodontol 23: 971-973, 1996

4. ELERATI, E.L.; KAHN, S. A importância da mucosa ceratinizada na área peri-implantar. v. 19, n. 02, p. 71-77, junho 2009.

5. FIGUEIREDO, Caio Marcio, ET AL. O uso de implantes, enxerto ósseo e condicionamento do tecido gengival perimplantar na reabilitação estética de área anterior de maxila. v. 10, n. 03, p. 285-291, jul/set., 2011.

6. FU, J. H. *et al*. Tissue biotype and its relation to the underlying boné morphology. J. Periodontol. 2010; 81: 569-74.

7. GRUNDER, U. Stability of the mucosal topography around single-tooth implants and adjacent teeth: a 1-year results. *International Journal Periodontics Restorative Dentistry.* [s.l.], v. 20, n. 1, p. 11-7, Feb. 2000.

8. KAHN, Sérgio, ET AL. Influência do biótipo periodontal na Implantodontia e na Ortodontia. v. 70, n. 01, p. 40-45, jan/jun., 2013.

9. LINDHE J, MEYLE J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol. 35 (Suppl. 8): 282- 285., 2008

10. QUESADA, Gustavo Adolfo Terra, ET AL. Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante. v. 40, n. 02, p. 09-18. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, jul/dez., 2014.

11. RENOUARD, F.; RANGERT, B. *Fatores de Risco em Implantodontia*. 2.ed.São Paulo: Santos, 2008. 193 p.

12. SERRILHO Ramon Pimentel, ET AL. Enxerto de tecido mole como opção para suprir defeitos peri-implantares. Relato de caso clínico. v. 69, n. 04, p. 350-354. REV ASSOC PAUL CIR DENT, São Paulo, novembro, 2015.