

CORREÇÃO DE DEFEITO ESTÉTICO PERIIMPLANTAR ATRAVÉS DE MANIPULAÇÃO TECIDUAL

CORRECTION OF ESTHETIC DEFECTS PERI-IMPLANTS WITH TISSUE MANIPULATION

NICOLLY CARDOSO FERNANDES¹, CATARINA MARIA CARDOZO ZELINSKI¹, TALITA COSTA FOSCHIANI², THÁISA PANGONI VEJAN², VERUSKA DE JOÃO MALHEIROS PFAU³, EDUARDO AUGUSTO PFAU⁴*

1. Acadêmicas do curso de graduação do Curso Odontologia da Universidade Paranaense- UNIPAR - UMUARAMA; 2. Cirurgiãs Dentistas; 3. Professora Mestre, Disciplinas Pré-Clinica, Clínica Multidisciplinar II e Estágio Multidisciplinar I do Curso Odontologia da Universidade Paranaense- UNIPAR – UMUARAMA; 4. Professor Doutor, Disciplinas Pré-Clinica, Clínica Multidisciplinar II e Estágio Multidisciplinar II do Curso Odontologia da Universidade Paranaense- UNIPAR – UMUARAMA.

* Avenida Angelo Moreira da Fonseca, 5651, zona 1A, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP 87504050. epfau@prof.unipar.br

Recebido em 03/09/2018. Aceito para publicação em 24/09/2018

RESUMO

Alcançar resultados estéticos em margens de tecido moles de implantes dentários demanda de um planejamento multidisciplinar entre a Implantodontia e Periodontia. A odontologia busca constantemente técnicas eficientes para correção de defeitos estéticos e ósseos. Assim, o objetivo deste estudo é relatar um caso clínico com a utilização da técnica de enxerto de tecido conjuntivo pediculado foi utilizado para a correção de defeito de rebordo em paciente submetido a implante dentário do elemento 11. Dessa forma, a técnica de tecido conjuntivo, para correção desses defeitos, tem se mostrado com alta taxa de sucesso e boa previsibilidade, representando uma estratégia conservadora e resolutive para o cirurgião-dentista. Pode-se concluir que apesar de apresentar bons resultados, esse procedimento requer certa habilidade profissional e cuidados com relação ao acesso do tecido conjuntivo, principalmente devido à presença de estruturas anatômicas importantes como artéria palatina.

PALAVRAS-CHAVE: Tecido conjuntivo, estética dentária, implantodontia, defeitos ósseos

ABSTRACT

Now day's dentistry constantly seeks for efficient techniques for correction of esthetic defects, and bone defects that may be around the teeth and / or implants. The objective of this study is to report a clinical case using the technique of pedicle connective tissue graft to correct ridge defect in patients that subject to dental implant. Thus, the technique of tissue conjunctive to correct these defects has shown a high success rate and good predictability, representing a conservative and efficient strategy for the dental surgeon. It can be concluded that despite showing good results, this procedure requires certain professional skill and care in relation to connective tissue access mainly due to the presence of important anatomical structures such as palatine artery.

KEYWORDS: Connective tissue, esthetics dentistry, implant dentistry, bone defects.

1. INTRODUÇÃO

A correção estética peri-implantar concentra-se em devolver harmonia do sorriso em áreas edêntulas, envolve além da anatomia do dente perdido a aparência saudável nas estruturas ao redor dos implantes. Entretanto, em muitas situações, a presença de fatores complicadores pode intervir ou tornar mais complexa a utilização desta forma de tratamento, afetando o sucesso estético de um implante imediato estes fatores podem ser extrínsecos, clínico-dependentes, como o posicionamento tridimensional do implante, a angulação do implante, o contorno do pilar protético e da coroa provisória. Dentre os fatores intrínsecos, paciente-dependentes, podemos citar a espessura da tábua óssea vestibular, a quantidade e a qualidade de tecido queratinizado¹.

Diante disso, as cirurgias plásticas periodontais passaram a estar intimamente ligadas à Implantodontia, possibilitando um melhor selamento biológico periimplantar, aumentando a longevidade do tratamento com implantes², e também com o intuito de prevenir e/ou corrigir defeitos de tecidos moles e ósseos, buscando resolver os problemas tanto esteticamente quanto funcionalmente.

O planejamento de cirurgias periodontais, na maioria das vezes, recorre à utilização de enxertos de tecido mole ou a manipulação específica de diferentes tipos de retalhos de áreas adjacentes aos defeitos³.

A técnica de enxerto de tecido conjuntivo pediculado foi escolhida para o caso, contendo uma base livre e uma base pediculada. De acordo com Nelson (1987)⁴, essa base pediculada é responsável pela conservação do enxerto com saúde, sendo sua vascularização suprida pelos vasos sanguíneos existentes na base pediculada, e está associada aos bons resultados estéticos desde que a manipulação tecidual seja feita atendendo os princípios da técnica.

Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso, utilizando a manipulação de tecido gengival em área de defeito ósseo em área de implante em região anterior de maxila.

2. CASO CLÍNICO

Paciente L. A. O., 20 anos, gênero feminino, leucoderma, sistemicamente saudável, compareceu a clínica odontológica da UNIPAR – Universidade Paranaense. A queixa principal foi melhorar a estética no elemento 11, o qual apresentava prótese sobre implante, provisória, insatisfatória. No exame clínico foi verificada a presença de uma depressão na região vestibular do referido dente (Figura 1 e 2).



Figura 1. Aspecto inicial frontal destaca o desnvelamento da margem gengival.



Figura 2. Aspecto inicial lateral destaca o defeito no sentido vestibulo lingual.

Dentre as formas de tratamento, foram propostas as seguintes opções: 1) remoção do implante, o qual estava vestibularizado e, após cicatrização, a instalação de um novo implante; 2) correção do defeito ósseo na região comprometida, com enxerto de osso autógeno e/ou biomaterial; 3) enxerto de tecido gengival conjuntivo. Devido ao menor custo, e também a menor morbidade da técnica, a paciente escolheu a terceira opção – enxerto de tecido gengival conjuntivo.

O procedimento teve início com antisepsia intraoral, com bochecho de clorexidina 0,12% e extraoral com PVPI 10%, seguido de anestesia local (Mepivacaína HCL 2%, DFL®, Indústria a Comércio s/a, Rio de Janeiro/RJ,

Brasil), com bloqueio do nervo infraorbitário, nervo alveolar superior anterior, anestesia do palatino maior e nasopalatino. Em seguida, foi realizada a remoção da coroa provisória e componente protético do implante (Figura 3 e 4).



Figura 3. Foto frontal do tecido Perimplantar sem coroa protética.



Figura 4. Tecido peri-implantar mostrando defeito em volume após remoção do componente protético.



Figura 5. Exposição do retalho pediculado.

Com lâmina de bisturi número 15C foi realizada incisão linear na região palatina, localizada a aproximadamente 5 milímetros de distância da margem gengival dos dentes. Essa incisão foi perpendicular ao longo do eixo do dente até tocar na crista óssea no sentido do dente 16 ao dente 11. Em seguida, uma segunda incisão paralela ao longo do eixo dos dentes foi realizada para dividir o retalho de,

aproximadamente, 2mm de espessura com a finalidade de acessar apenas o tecido conjuntivo da região (Figura 5).

Essa segunda incisão foi realizada para separar o tecido conjuntivo do tecido epitelial, deixando um pedículo na região mais anterior importante para nutrição de todo tecido conjuntivo enxertado (Figura 6).



Figura 6. Divisão do tecido conjuntivo do retalho pediculado.

Em seguida, a região onde foi obtido o enxerto recebeu uma esponja hemostática de colágeno (Hemospon, Technew - Comercio e indústria LTDA®, Campo Grande/MS, Brasil) para servir como mantenedor de espaço e oferecer futura condição de se obter novo tecido conjuntivo o qual ocorrerá, em média, após 60 dias, segundo o relato de Carnio (2006). (Figura 7).



Figura 7. Área doadora com material hemostático (Hemospon®).

O enxerto conjuntivo pediculado foi rotacionado para vestibular sobre a região do implante e estabilizado com fio de (Polidioxona 5.0, Bioline® - Fios Cirúrgicos LTDA, Anápolis/Goiás, Brasil) na região vestibular e região palatina onde houve a remoção do enxerto (Figura 8 e 9).

Devido à manipulação tecidual desenvolvida como forma de devolver a estética para região operada, foi confeccionada uma prótese adesiva com dente de estoque (Biotone®- cor 62) (Figura 10), sendo fixada por palatina dos dentes adjacentes.

A paciente recebeu as orientações pós-operatórias necessárias composta por antibiótico (Amoxicilina 500mg – 8-

8 horas – 7 dias), analgésico (Paracetamol 750mg – 6-6 horas – 3 dias), anti-inflamatório (Nimesulida 100mg – 12-12 horas – 3 dias) e higienização com clorexidina 0,12% (Periogard®– 2x ao dia – 7 dias). A paciente retornou com 15 dias para remoção da sutura e acompanhamento pós-operatório. Passados 4 meses da cirurgia do enxerto do tecido conjuntivo, foi realizada nova reabertura do implante com uma complementação de tecido conjuntivo e condicionamento gengival com prótese provisória sobre o implante (Figura 11 e Figura 12).



Figura 8. Enxerto de tecido conjuntivo reposicionado e suturado na região do defeito.



Figura 9. Sutura na região doadora.



Figura 10. Vista frontal pós-operatório com a prótese adesiva provisória instalada.



Figura 11. Reabertura do implante.



Figura 12. Provisório sobre implante iniciando o condicionamento gengival.



Figura 13. Imagem radiográfica avaliando condição óssea e prótese provisória sobre implante.

Após o período de cicatrização e maturação dos tecidos peri-implantares e de condicionamento gengival com o provisório, que durou 6 meses, foi realizada a molda-

gem e instalação da prótese definitiva em porcelana. (Figura 14 e 15).



Figura 14. Moldagem do munhão do implante para confecção da prótese definitiva.



Figura 15. Prótese definitiva sobre implante instalada.

3. DISCUSSÃO

A interdisciplinaridade entre Implantodontia e Periodontia contribuem para o sucesso do tratamento com implantes em regiões anteriores, evitando com isso a desarmonia gengival relatada como uma das principais complicações que envolve os implantes. Segundo Irinakis; Aldahkwi (2018)⁵ a ausência do dente acarreta em uma redução considerável do volume dos tecidos moles e duros, isso leva a complicações no tratamento com implantes devido não apresentar a incapacidade de se obter um perfil de emergência adequado dos tecidos periimplantares.

De acordo com Maksound (2003)⁶, o tecido peri-implantar é diferente do tecido periodontal por causa das fibras do ligamento periodontal, cuja sua ausência faz com que o implante e a interface óssea seja mais fraca do que na dentição natural. Diante disso após a colocação de implante toda a gengiva marginal inserida pode não apresentar condições estéticas favoráveis.

Considerando o implante dentário como sendo uma extensão apical da restauração protética com o intuito de alcançar resultados duradouros, funcionais e estético. Contudo alcançar o posicionamento tridimensional adequado, é primordial pois favorece espessura correta de te-

cidos moles e duros, permite a formação de adequada distância peri-implantar possibilitando a inserção uma prótese de forma estável evitando complicações biomecânica⁷.

A classificação mais utilizada para avaliar a condição gengival de implantes unitários, é o PES (Pink Estetic Score) onde o índice analisa sete vertentes: altura das papilas mesiais e distais, nível, coloração, textura, contorno dos tecidos moles e a presença de deficiência no rebordo alveolar. Uma avaliação importante é verificar a altura da papila e o comprimento da coroa dentária, ausência de doença periodontal e nível de inserção proximal que irão influenciar diretamente no recobrimento⁸.

O enxerto de tecido conjuntivo tem sido indicado para solucionar os defeitos peri-implantares, ou seja, quando apresenta alteração da papila entre o implante ou entre o dente e o implante, na ausência de mucosa queratinizada, perda da espessura de tecido mole ou exposição do componente protético. O enxerto deve ser retirado de região da cavidade bucal com gengiva queratinizada e espessuras suficientes que possibilitem a remoção do tecido conjuntivo⁹, assim recomenda-se a espessura de 2 a 3 mm do tecido conjuntivo¹⁰, respeitando os limites anatômicos do palato pela proximidade da artéria palatina.

Neste contexto, a técnica escolhida foi o de enxerto de tecido conjuntivo pediculado, sendo constituído de uma base livre e uma base pediculada. De acordo com Rodrigues (2013)¹⁰, essa técnica permite maior consistência do tecido ao redor de implantes, revascularização (duplo suprimento sanguíneo), resultando em um aumento de volume tecidual em espessura e em altura, além de reduzir o problema de coloração do enxerto após a cicatrização¹¹ possibilitando uma estratégia terapêutica importante para auxiliar no tratamento em diversas condições clínicas. Porém, os pacientes submetidos ao procedimento poderão sentir um incômodo maior em razão de que uma área cruenta deixada na região que será cicatrizada por segunda intenção.

De acordo com a experiência obtida utilizando a técnica de enxerto de tecido conjuntivo pediculado relatada no caso e também com informações obtidas na literatura, a técnica mostrou-se efetiva para correção de defeitos estéticos, apontando como características positivas: o aumento de volume, aproveitando o máximo de volume do enxerto e a coloração semelhante aos tecidos moles adjacentes.

A resolução conservadora escolhida, através da manipulação de tecido mole (enxerto de tecido conjuntivo pediculado), e também do condicionamento progressivo executado com o provisório sobre o implante, foi capaz de proporcionar a correção do defeito estético e a melhora do perfil emergencial da coroa do implante evitando com isso a substituição do implante mal posicionado.

4. CONCLUSÃO

De acordo com o relato de caso exposto, conclui-se que, o aumento de tecido mole foi fundamental para a correção de defeito estético, através da utilização da técnica de enxerto de tecido conjuntivo pediculado foi aplicada e bem-sucedida, resultando no sucesso e aplicabilidade da técnica e resolvendo a queixa estética da paciente.

No entanto, vale ressaltar os diversos cuidados que devem ser tomados para o sucesso da técnica de enxerto tecidual, pois quando bem executada as chances de se obter o sucesso são grande. Devemos levar em consideração a habilidade do operador por ser uma técnica minuciosa, assim, evitar dilaceração do retalho e também analisar à indicação do caso clínico e avaliação da espessura da área doadora.

REFERÊNCIAS

- [1] Buser D, Chen ST, Weber HP, Belser UC. Early Implant Placement Following Single-Tooth Extraction in the Esthetic Zone: Biologic Rationale and Surgical Procedures. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2008; 28(5):441-451.
- [2] Justo IN. Enxerto de tecido conjuntivo para obtenção de estética em implantes: Relato de caso clínico. [Trabalho de conclusão de curso] Londrina: Universidade Estadual de Londrina. 2014.
- [3] Joly JC, De Carvalho PFM, Da Silva RC. Reconstrução Tecidual Estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e peri-implantares. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
- [4] Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol.* 1987; 58(2): 95-102.
- [5] Irinakis T, Aldahlwi S. The dome technique: a new surgical technique to enhance soft-tissue margins and emergence profiles around implants placed in the esthetic zone. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry.* 2018;10:1-7.
- [6] Maksoud MA. Manipulation of the Peri-implant Tissue for Better Maintenance: A Periodontal Perspective. *Journal of Oral Implantology.* 2003;29(3):120-123.
- [7] Lobo M, Wanderico JC, Junior SS, Pena CE, Stefani A, De Andrade OS. Management of complications associated with single implants in esthetic zones: a case report. *J Clin Dent Res.* 2016; 13(1):107-20.
- [8] Tosta M, Rubin V, Filho GSM, Lipeç M, Tosta M. Restaurações implantossuportadas: o desafio estético na zona de transição. *Rev. Dental Press Estét.* 2014;11(2):46-71.
- [9] Ting-Jen J, Kan JY, Rungcharassaeng K, Roe P, Lozada JL. Immediate Loading of Maxillary and Mandibular Implant-Supported Fixed Complete Dentures: A 1- to 10-Year Retrospective Study. *Journal of Oral Implantology.* 2012; 38:469-476.
- [10] Rodrigues IC. Enxerto de tecido conjuntivo periimplantar. [Monografia] Passo Fundo: Faculdade Meridional/IMED. 2013.
- [11] Cimões R, Gusmão ES, Donos N. Manual prático para cirurgia periodontal e periimplantar. 1ªed. São Paulo: Napoleão. 2013.