

IMPLANTE DENTÁRIO E TEMPORIZAÇÃO IMEDIATA EM ÁREA ESTÉTICA COM ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL E BIOMATERIAL XENOGÊNICO

Immediate dental implant and temporization in the esthetic zone using the subepithelial connective tissue technique and a xenogeneic biomaterial

Salomão Israel Monteiro Lourenço Queiroz¹, Fernando Rodrigues Pinto², Bruno Cesar de Vasconcelos Gurgel²

RESUMO

O presente relato de caso discutiu as vantagens da implantação e temporização imediata de elementos unitários em áreas estéticas, sem abertura total de retalho, com a utilização de enxerto conjuntivo subepitelial e preenchimento alveolar com biomaterial. O acompanhamento a longo prazo desta técnica (nove meses) mostra que essa proposta favoreceu a manutenção da arquitetura tecidual, permitindo excelência na finalização protética.

Palavras-chave – Implante dentário; Estética dentária; Reabilitação bucal.

ABSTRACT

???

Key words – ???

¹Mestre em Odontologia – (por qual instituição?).

²Mestres e doutores em Periodontia – (por qual instituição?).

Recebido em mar/2016

Aprovado em abr/2016

Nos dias atuais, a reabilitação oral proporciona aos pacientes, com perdas dentárias, perspectivas estéticas e funcionais próximas ao natural. Na região anterior da maxila, essas expectativas, tanto do paciente como do profissional, tornam-se ainda mais desafiadoras em razão da complexidade e dificuldade da reabilitação dessa região, como o perfil de reabsorção do volume ósseo e a alta exigência estética¹⁻².

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a reabilitação oral proporciona aos pacientes, com perdas dentárias, perspectivas estéticas e funcionais próximas ao natural. Na região anterior da maxila, essas expectativas, tanto do paciente como do profissional, tornam-se ainda mais desafiadoras em razão da complexidade e dificuldade da reabilitação dessa região, como o perfil de reabsorção do volume ósseo e a alta exigência estética¹⁻².

A Implantodontia atual vem se inserindo nesse contexto estético, não só em busca de funcionalidade, mas principalmente de saúde e harmonia dos tecidos peri-implantares, com restabelecimento da anatomia de forma concreta e duradoura, ao ponto que novos questionamentos e discussões surgem em busca da excelência na reabilitação. Isso sem deixar de lado conceitos já consagrados, como os princípios básicos da osseointegração, que são fundamentais para o sucesso da reabilitação com implantes³⁻⁴.

A cicatrização dos tecidos ao redor de implantes submersos foi, por muito tempo, inquestionável para que fosse obtida a osseointegração. Entretanto, com a busca de tratamentos cada vez mais rápidos e a necessidade estética imediata de qualidade, em alguns casos, essa técnica, apesar de consolidada, passou a ser questionada, de modo que a temporização imediata vem buscando solucionar algumas dessas questões, apresentando, em curto e longo prazo, uma cicatrização adequada dos tecidos moles e duros adjacentes com índices de sucesso praticamente iguais aos da cicatrização submersa⁵⁻⁶.

É muito importante ressaltar que esse sucesso está diretamente relacionado com a correta indicação da técnica para cada caso. **E quando diante de limitações, com o advento de técnicas de enxerto de tecido mole, regeneração óssea e utilização de biomateriais, o aprimoramento da estética e o da função estão ganhando espaço na reabilitação oral com implantes⁷⁻⁸.**

A implantação imediata tem sido relatada na literatura com bastante aceitação, apresentando um elevado índice de sucesso^{3-4,9}. A sua realização deve ser analisada quanto aos benefícios, como redução do tempo cirúrgico e possível minimização de alterações na arquitetura gengival que podem comprometer a estética e, conseqüentemente, o sucesso da reabilitação⁹⁻¹¹.

Em vista de limitações dos tecidos moles e de possíveis falhas estéticas, técnicas de implantação imediata com temporização imediata e enxerto conjuntivo, usado pela técnica do envelope¹², associado ou não a enxerto ósseo, são alternativas para restabelecer e prevenir futuras recessões, aumentando a previsibilidade do caso^{8,11,13}. Isso porque as possibilidades de correção dos defeitos nos tecidos peri-implantares são bastante limitadas quando realizadas tardiamente, sendo ideal usar essas técnicas prévias ou no momento da instalação dos implantes^{11,13-14}.

Diante dos desafios proporcionados pela reabilitação em região anterior de maxila, cabe ao profissional propor um plano de tratamento com previsibilidade e longevidade, preservando ou restabelecendo os tecidos moles e duros, planejando o posicionamento adequado dos implantes e proporcionando uma reabilitação protética definitiva que respeite os princípios estéticos e biomecânicos¹⁴⁻¹⁸.

O presente trabalho teve o objetivo de relatar um caso clínico de reabilitação dos dentes 11 e 21, com acompanhamento de nove meses, destacando os fatores que afetam os resultados estéticos na reabilitação no que diz respeito aos tecidos moles peri-implantares, abordando as técnicas de enxertia em busca da previsibilidade e sucesso dos resultados.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Uma paciente do sexo feminino, 37 anos e leucoderma, compareceu à clínica privada queixando-se de fratura no elemento dentário 11 e alteração de cor do dente 21 (Figura 1). No exame radiográfico, foi constatada uma fratura em bisel na face vestibular, abaixo do nível ósseo do dente

11. Preservação do osso proximal e disponibilidade óssea adequada apical em relação ao alvéolo foram observadas (Figuras 2 e 3). O exame clínico revelou um biotipo periodontal intermediário, com bom perfil do tecido gengival, ausência de processo infeccioso agudo e ausência de perda de inserção, após sondagem periodontal. Já o dente 21 se encontrava parcialmente obturado e com extensa restauração (Figuras 1 a 3).

Para o dente 11, foram planejados o implante imediato (Straumann, Bone Level RC 4,1 mm x 12 mm) com ECS, enxerto ósseo bovino (Bio-Oss, Geistlich, Suíça) e a temporização imediata (Figuras 4 a 8). Após a exodontia minimamente traumática do elemento dentário 11, o alvéolo foi cuidadosamente inspecionado e apresentou integridade das paredes ósseas. A fresagem foi conduzida a expensas da tábua óssea palatina e do osso apical residual, seguindo a sequência recomendada pelo fabricante. O implante foi inserido com a plataforma protética localizada 4 mm abaixo da margem gengival, favorecendo a excelência da

emergência protética (Figura 7). A discrepância entre as dimensões do alvéolo e o implante foi de 2,5 mm, sendo esse espaço preenchido com biomaterial (Figura 6). A estabilidade primária obtida foi superior a 35 Ncm, permitindo a instalação do *abutment* com torque de 15 Ncm e a confecção da coroa provisória imediata, utilizando-se do remanescente da coroa natural do dente extraído, sem contatos nos movimentos cêntricos e excêntricos (Figura 8).

No dente 21, foram realizados o retratamento endodôntico, a colocação de pino de fibra de vidro e a cirurgia para aumento de coroa clínica sem retalho com finalidade estética (Figuras 9 e 10). Posteriormente, foi realizado o preparo para coroa, com pilar personalizado (Lava, 3M Espe) sobre implante e coroas de dissilicato de lítio (e.max, Ivoclar) nos dois dentes (Figuras 11 a 16). Atualmente, a paciente encontra-se com acompanhamento de nove meses com estabilidade estética e funcional indiscutível, com acompanhamento radiográfico mostrando estabilidade do osso adjacente (Figuras 17 a 19).



Figura 1 – Fotografia intraoral. Vista frontal.



Figura 2 – Radiografia periapical da região anterior superior.

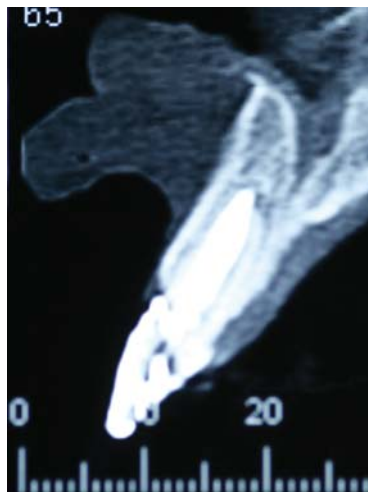


Figura 3 – Corte tomográfico sagital do dente 11 evidenciado a fratura.



Figura 4 – Verificação da posição do implante. Vista frontal.



Figura 5 – Enxerto conjuntivo, biomaterial e coroa provisória.

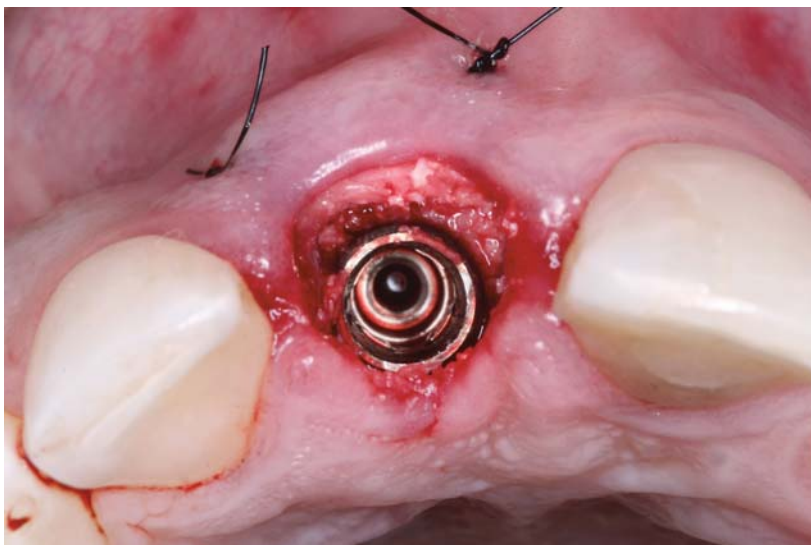


Figura 6 – Enxerto conjuntivo e biomaterial posicionados.

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução integral ou parcial deste artigo sem aprovação do editor.

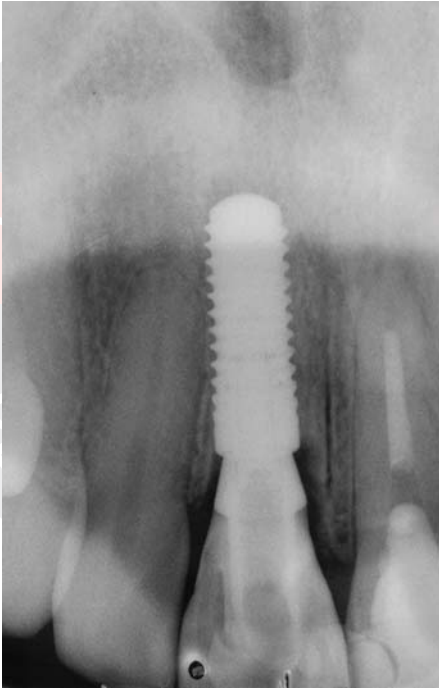


Figura 7 – Radiografia periapical do pós-implante.



Figura 8 – Fotografia intraoral. Vista frontal do pós-implante.



Figura 9 – Aumento de coroa clínica do dente 22.



Figura 10 – Fotografia intraoral. Vista frontal tardia.



Figura 11 – Preparo para moldagem de transferência.



Figura 12 – Vista oclusal antes da moldagem de transferência.



Figura 13 – Trabalhos protéticos finalizados.



Figura 14 – Vista frontal com componente posicionado.



Figura 15 – Fotografia intraoral. Vista frontal logo após a cimentação das fixas.



Figura 16 – Radiografia periapical logo após a cimentação das fixas.



Figura 17 – Fotografia intraoral. Vista frontal com nove meses.

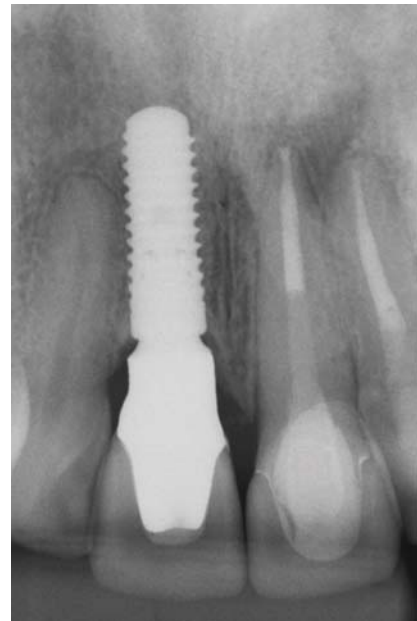


Figura 18 – Fotografia intraoral. Vista oclusal com nove meses.



Figura 19 – Radiografia periapical com nove meses.

DISCUSSÃO

A busca pela estética tem sido incessante por parte dos profissionais, no sentido de atender aos anseios dos pacientes. Expectativas estas que, normalmente, são exacerbadas e devem ser esclarecidas de acordo com a realidade de cada paciente¹⁻². Diante disso, é de fundamental importância uma avaliação criteriosa do paciente, elencando seus pontos positivos e negativos para reabilitação, de modo que todos esses pontos proporcionem a elaboração de um planejamento concreto em busca de previsibilidade e sucesso. Essas perspectivas sobre a estética devem ser bem esclarecidas e destacadas, pois determinam o sucesso de reabilitações com implantes, especialmente na região anterior da maxila, tornando a elaboração do plano de tratamento desta região uma tarefa bastante desafiadora³⁻⁴.

O planejamento reverso em Implantodontia é, sem sombra de dúvidas, indispensável para obtenção de previsibilidade e longevidade do plano de tratamento proposto, independente da região a ser reabilitada. Assim, quem dita a localização dos implantes é a prótese, e não o contrário¹⁷⁻¹⁸. A exodontia para implantação imediata deve ser muito bem planejada, de modo a preservar ao máximo o osso alveolar e todas as estruturas de proteção que podem ser afetadas durante o procedimento. Nesses casos, cirurgias atraumáticas são fundamentais para manutenção e viabilização dessas estruturas^{15,17}.

Na Implantodontia, a uniformização tridimensional dos tecidos moles é indispensável para a previsibilidade estética, de modo que a presença e a preservação dos tecidos moles são consideradas pré-requisitos no sucesso da reabilitação com implantes na região anterior. Daí a importância da temporização imediata preservando as características arquiteturais dos dentes naturais^{16,18}. Cabe ressaltar que o provisório, quando colocado de forma imediata, não deve estar em função em casos unitários, sendo a carga imediata aplicada apenas em protocolos. Por isso, o termo "temporização imediata" em implantes unitários é o termo mais adequado do que "carga imediata", nesse caso⁵.

A implantação imediata, mesmo com os cuidados adicionais advindos da temporização imediata, apresenta vantagens bem estabelecidas em comparação à técnica convencional, como diminuição do tempo cirúrgico, das fases cirúrgicas e da reabilitação protética, e com

preservação da papila adjacente, favorecendo o resultado estético final¹⁷⁻¹⁸. Essa técnica vem sendo indicada com sucesso em casos de avulsão dentária, fraturas de raiz, falhas endodônticas e impossibilidade de reabilitação com prótese fixa convencional^{1-2,6}.

É importante ressaltar que, em alguns casos, pode ser necessária a utilização de outros procedimentos cirúrgicos, principalmente os enxertos gengivais ou ósseos, para reestabelecer a quantidade e o volume adequados de mucosa queratinizada para a manutenção da saúde gengival, ou até para preservar a perda ou diminuição desses tecidos^{2,13}.

Quando são abordadas as técnicas de enxertia de tecido mole, os enxertos autógenos intrabucais com área doadora no palato, túber e áreas edêntulas são destaques pela facilidade de acesso e altas taxas de sucesso, podendo ser utilizados antes, durante e depois da reabilitação com implantes, objetivando a finalidade estética e manutenção da saúde dos tecidos peri-implantares^{7,14}. Existem inúmeras técnicas de enxertos gengivais: enxerto gengival livre, enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ECS) e retalhos pediculados de diferentes formas, dentre outros^{7,9}. A técnica de ECS é indicada para áreas estéticas, pois, além de promover um aumento considerável de volume na região, corrigindo a deformidade do rebordo, não promove alteração de cor na área enxertada e previne possíveis perdas em espessura no período de cicatrização do alvéolo^{8-9,18}.

Essa técnica consiste na preparação de um leito receptor, elevando-se um retalho vestibular com duas incisões verticais relaxantes, preservando as papilas. O enxerto de tecido conjuntivo é removido de uma área doadora e posicionado sob o retalho, adaptado e suturado^{7,9,14}. No presente caso, foi realizada a técnica proposta por Raetzke¹² e utilizada por Pinto et al¹³, que consiste na utilização do ECS autógeno colocado no leito doador sem realização de incisões verticais relaxantes, no formato de envelope, preservando o componente periosteal e, conseqüentemente, prevenindo possíveis reabsorções ósseas. Mesmo com esse cuidado durante a colocação imediata do implante, o trauma da exodontia, por mais atraumática que seja, sempre promove alguma mudança na altura dos tecidos moles e duros, por isso a necessidade de realização do ECS associado a um biomaterial, não só para restabelecerem estes tecidos, mas também para preservá-los e evitar sua perda^{7,10,14}.

Quando indicada a realização de enxertos conjuntivos, a utilização da técnica de Raetzke¹² se torna uma alternativa viável, pois a opção de não incisionar a mucosa e elevar um retalho pode favorecer o reparo do tecido ósseo, acelerando o tempo de tratamento e a manutenção da morfologia e estética dos tecidos moles, que são aspectos importantes para o sucesso da implantação imediata^{11,14}.

O Bio-Oss é um dos principais substitutos ósseos utilizados e tem sido aplicado clinicamente com sucesso por mais de 20 anos. Sua grande semelhança com o osso humano favorece o processo natural de modelagem e remodelagem. A estrutura oferece muito espaço para a formação dos vasos sanguíneos (angiogênese) e o depósito de osso neoformado (osteogênese)¹⁹. Cabe ressaltar que o espaço entre o implante e a parede do alvéolo, principalmente em temporização imediata, deve ser avaliado¹⁴. No presente caso, o espaço entre a parede do alvéolo e o implante foi preenchido pelo uso de biomaterial com vistas a prevenir essas complicações, de modo que o caso se encontre estável e com acompanhamento de nove meses.

Quando bem indicado e utilizando de artifícios adicionais, como as técnicas de enxertia, a temporização imediata proporciona benefícios adicionais à cicatrização submersa, pois elimina o uso de próteses removíveis ou adesivas, encurtando a fase protética da reabilitação e, principalmente, mantendo a arquitetura e o contorno da mucosa peri-implantar^{4,6,10,18}.

A reabilitação protética adequada é fundamental para o sucesso da reabilitação, lembrando que o planejamento reverso é indispensável e primordial, pois quando a fase cirúrgica da implantação é bem-sucedida, o sucesso da fase protética é uma consequência, desde que sejam tomados os devidos cuidados com a escolha dos componentes, como a visibilidade da região, a linha do sorriso, o biotipo gengival, a cor dos dentes vizinhos, as expectativas estéticas do paciente e, principalmente, a qualidade do provisório^{3,13,15,17}.

A provisionalização imediata deve ser impecável, respeitando todos os tecidos peri-implantares, e para isso é imprescindível um acabamento e polimento de qualidade, e um perfil de emergência favorável ao restabelecimento ou manutenção da arquitetura gengival¹⁶⁻¹⁸. Quando as exigências estéticas forem potencializadas, cabe ao profissional usar materiais como os pilares cerâmicos

personalizados, principalmente quando o paciente apresenta limitações como biotipo gengival fino e linha do sorriso alta, sendo o pilar de zircônia e a coroa de cerâmica indicados nessa situação. Finalizando esse aspecto, uma prótese final bem trabalhada, respeitando as alturas do ponto de contato, é fundamental para a manutenção dessa papila, que entre dentes é de 1 mm a 2 mm mais coronal em comparação entre os implantes^{2,15-17}.

O plano de tratamento não acaba quando a reabilitação é finalizada. É fundamental salientar a importância da fase de manutenção desse paciente em períodos a serem determinados de acordo com as condições de colaboração de cada paciente²⁰.

CONCLUSÃO

O sucesso da reabilitação com implantes está diretamente ligado à harmonia nas fases cirúrgicas e protéticas, sempre respeitando a saúde do tecido ósseo e mole. O planejamento e execução adequados desses princípios básicos são determinantes para a estabilidade, em longo prazo, do procedimento reabilitador, além do uso de técnicas com implante e temporização imediata de enxertos conjuntivos e ósseos, que contribuem na prevenção da reabsorção do alvéolo e do tecido mole adjacente, potencializando, conseqüentemente, a previsibilidade e a longevidade da reabilitação.

Agradecimentos

Ao laboratório Luiz do Ouro e ao técnico em Prótese Dentária Fernando Zambardi, que conduziu o caso.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou *royalties*, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência

Bruno Cesar de Vasconcelos Gurgel

Av. Senador Salgado Filho, 3.000 – Lagoa Nova
59078-970 – Natal – RN
Tel.: (84) 99989-4490
bcgurgel@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

- Baracat LF, Teixeira AM, Santos MBF, Cunha VPP, Marchini L. Patient's expectations before and evaluation after dental implant therapy. *Clinical Implant Dentistry and Related Research* 2011;13(2):141-5.
- Elerati EL, Assis MP, Costa SC. Soluções em gengiva cerâmica na correção estética de implantes unitários mal posicionados na região anterior. *ImplantNews* 2012;9(1):95-100.
- Thomé G, Bernardes SR, Castro CG, Dias MSK, Martin C. Instalação imediata de implantes na região estética da maxila após extração dentária. *Jornal Ilapeo* 2011;5(3):105-10.
- Alberti LD, Domini F, Alberti CD, Camerino M, Sgaramella N, Muzio LL. Clinical and radiologic evaluation of 70 immediately loaded single implants in the maxillary esthetic zone: preliminary results after 1 year of functional loading. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2012;27:181-6 (informar o número da edição).
- Grunder U, Polizzi G, Goene R et al. (citar até o sexto nome, se houver, e só então usar a expressão et al). A 3-year prospective multicenter follow-up report on the immediate and delayed immediate placement of implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:210-6 (informar o número da edição).
- Lorenzoni M, Pertl C, Ahang K, Wimmer G, Wegscheider WA. Immediate loading of single-tooth implants in the anterior maxilla. Preliminary results after one year. *Clin Oral Implants Res* 2003;14:180-7 (informar o número da edição).
- Maia S, de Melo LGN, Kobayashi CW, Figueiredo CM, Gromatzky A. Variação da técnica do rolo para correção de defeitos na maxila anterior previamente à instalação de implante dentário. *ImplantNews* 2007;4(5):505-10.
- Reis AC, Marcantonio Jr. E, Margonar R, Silva LJ. Prevenção estética com enxerto conjuntivo e biomaterial. *RGO* 2009;57(2):235-9.
- Covani U, Barone A, Cornelini R, Crespi R. Soft tissue healing around implants placed immediately after tooth extraction without incision: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(4):549-53.
- Kan JYK, Rungcharassaeng K, Lozada J. Immediate placement and provisionalization of maxillary anterior single implants: 1-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003;18(1):31-9.
- Macedo LGS, Macedo NL, Monteiro ASF. Implante imediato sem retalho utilizando faceta de dentes extraídos em prótese provisória e carga imediata não funcional para otimização estética. *ImplantNews* 2009;6(3):261-7.
- Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol* 1985;56(7):397-402.
- Pinto FR, Menezes KM, Costa ANF, Moranza TA, Ciotti LD, Gurgel BCV. Enxerto de tecido conjuntivo em paciente com implante dentário na região anterior – caso clínico *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2014;68(2):75-8.
- Pereira Neto ARL, Benfatti CAM, Sella GC, Cordero EB, de Souza JGO, Magini RS. Previsibilidade na obtenção de estética e função com retalhos pediculados na Implantodontia. *ImplantNews* 2010;7(3):353-9.
- Carvalho PFM, Ciotti DL, Silva RC, Joly JC. Implantação e temporização imediata em áreas estéticas, sem abertura de retalho, utilizando implantes de diâmetro reduzido. *ImplantNews* 2008;5(3):255-60.
- Trindade FZ, Paulo GP, Vasconcellos LGO, Queiroz JRC, Nishioka RS. Pilar de zircônia em implante unitário imediato anterior. *ImplantNews* 2011;8(3):363-9.
- Ferreira LPL, Mendonça R, Freitas CA, Wendell S, Duarte LR. O implante unitário na zona estética: abordagem imediata, precoce ou tardia? Uma revisão sistemática da literatura dos últimos 15 anos. *ImplantNews* 2015;12(6):167-73.
- Dias FFC, Fiedler LS, Kano S, Xible AA. Uso racional de técnicas cirúrgicas implantares e periodontais para reabilitação na zona estética com coroas cerâmicas e metalocerâmicas. *ImplantNewsPerio* 2016;1(1):161-71.
- Araújo MG, Linder E, Lindhe J. Bio-Oss Collagen in the buccal gap at immediate implants: a 6-month study in the dog. *Clin Oral Implants Res* 2011;22:1-8 (informar o número da edição).
- Hultin M, Komiyama A, Klinge B. Supportive therapy and the longevity of dental implants: a systematic review of the literature. *Clin Oral Implants Res* 2007;18(3):50-62.

Guia de leitura

Pode o enxerto de tecido mole ser suficiente na região estética? Pág. 530