

**TÉCNICA DE DOBRA CIRÚRGICA PARA REABERTURA DE IMPLANTES
OSSEOINTEGRADOS**

**SURGICAL FOLD TECHNIQUE FOR OSSEOINTEGRATED IMPLANTS
OPENING**

AUTORES:

MOTTA, Sergio. Coordenador dos Cursos de Aperfeiçoamento de Implantes Dentários do Centro Livre de Odontologia. CLIVO.

CAMILO, Fabio. Professor convidado dos Cursos de Aperfeiçoamento de Implantes Dentários do Centro Livre de Odontologia, CLIVO.

Rua Barão do Flamengo, 22, grupo 801, Flamengo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

CEP.: 22220-020. E-Mail: clivo@clivo.com.br. Telefone: (21) 2225-4113.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar dois casos clínicos, em que foi aplicada técnica simplificada de manipulação de tecidos moles, permitindo desta forma 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 e uma coroa provisória.

PALAVRAS-CHAVE

Cirurgia Bucal; Implante Dentário.

INTRODUÇÃO

Os implantes orais foram inicialmente desenvolvidos pelo prof. Branemärk, com o propósito de reabilitar funcionalmente pacientes edêntulos totais inferiores BRANEMÄRK (1977), sendo sua primeira aplicação clínica feita em 1965 BEZERRA & LENHARO (2002). Desde então, a Implantodontia vem evoluindo, até os dias atuais, para um padrão onde a estética é cada vez mais solicitada por nossos pacientes. A imprensa escrita e falada torna nossa clientela informada sobre as possibilidades de tratamento e, conseqüentemente, mais exigente quanto aos resultados estéticos.

Os implantes dentários unitários são o procedimento mais comum nos Estados Unidos, e o local mais comum é a região ântero-superior MISCH (2000). No levantamento estatístico feito em nossa clínica, observamos o mesmo fato, corroborando com os dados acima apresentados, que correspondem a 37% dos casos clínicos.

Alguns aspectos devem ser considerados na colocação de implantes unitários na região anterior da maxila: o planejamento prognóstico da prótese a ser instalada, espaço méso-distal para escolha e de implantes compatíveis com o volume do osso residual, a estética gengival e a conservação do implante e da coroa protética WHEELER et al (2000), SAADOUM et al (1999) e KOIS & KAN (2001).

A manipulação do tecido gengival, resultando numa dobra cirúrgica, constitui-se numa excelente opção estética aos enxertos livres de gengiva e enxertos ósseos autógenos/alógenos, em situações em que se tem uma pequena perda de volume dos tecidos moles e duros da cavidade oral. KOIS & KAN (2001).

O osso necessita de estímulos para que possa manter sua forma e densidade. Estímulos esses que desaparecem com a perda do elemento dental, causando uma diminuição do trabeculado ósseo da região, que vai conformar uma estrutura óssea com menor espessura e altura, sendo acompanhada pelo tecido gengival de proteção, limitando as características estéticas nas restaurações protéticas ITINOCHE (2002).

Os defeitos ósseos, que resultam em uma concavidade vestibular, alteram secundariamente o contorno dos tecidos moles adjacentes. Estes defeitos podem ser corrigidos através de técnicas que se fundamentam em um aumento compensatório do volume dessas estruturas SCARSO (1999).

A gengiva deve ser espessa e fibrosa para que possa ajudar a mascarar os componentes protéticos, visando a obtenção da estética na prótese sobre implante. A espessura que se aceita como ideal seria de valores iguais ou maiores

que 5mm. Valores inferiores a 2mm, de gengiva queratinizada, tornam-se uma situação de risco GOMES (2002) e RENOUARD & RANGERT (2001).

O aumento gengival tem por objetivo, não só recuperar o contorno vestibular como também mascarar os componentes protéticos com o ganho de espessura, melhorando o resultado estético final. DINATO & POLIDO (2001).

Os procedimentos de cirurgia plástica gengival para recompor o contorno bucal, serão válidos se o implante estiver corretamente posicionado nos sentidos méso-distal, véstíbulo-palatino e ápico-coronário DINATO & POLIDO (2001); RIZZIA & ARRIEIRO (2001) e SAADOUM (1999).

Na literatura, é indicada como opção para ganhar altura de gengiva inserida e volume gengival a técnica do enxerto gengival livre GEHRKE (2001); LANGER & CALAGNA, (1980); SCARSO et al (1999); SILVERSTAIN et al (1994) e EGREJA, (2000) , primeiramente descrita por Björn na década de 60 (1963).

Foram observadas, com aplicação das técnicas acima citadas, as dificuldades de obtenção de enxertos gengivais livres e sua manipulação pelo cirurgião dentista clínico. Apresentamos, portanto dois casos clínicos em que foi necessário e possível obter uma melhor composição estética, utilizando uma técnica simplificada de manipulação tecidual.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

OBJETIVO

Aumentar a espessura de gengiva queratinizada por vestibular, obtendo também conseqüentemente, um ganho em altura, corrigindo a concavidade vestibular apresentada no periodonto de proteção do implante.

TÉCNICA

Inicialmente, localiza-se o parafuso de cobertura com radiografias ou guia cirúrgico. 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 no modelo de gesso ou na própria cavidade oral onde estenderemos a incisão para palatina, de acordo com a quantidade de tecido medida da depressão vestibular. (Figura LXG 3).

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.

Foi observado que poderemos aumentar o ganho final de volume gengival, através de incisões relaxantes na vestibular, sendo que incisões pequenas concentram o ganho de volume na região coronal, enquanto que incisões maiores aumentam o volume em quase toda altura do processo alveolar, aumentam também a faixa de gengiva ceratinizada SCARSO (1999).

É fator também de relevância a forma de suturarmos este tecido deslocado, sendo que suturas de contenção são indicadas tendo como entrada e saída a

vestibular dos tecido gengival; objetivando. Evitar que ocorra compressão apical do retalho. LANGER & CALAGNA (1980).

RELATO DOS CASOS CLÍNICOS

CASO 1

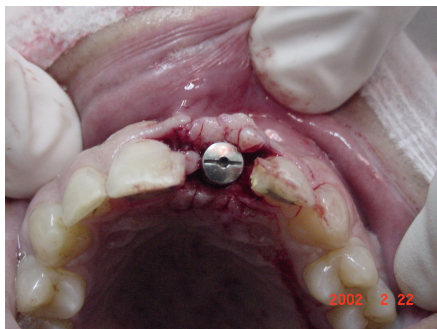
Paciente F. L. R., sexo masculino, 41 anos, cor branca, compareceu à clínica solicitando instalação de um implante na região edêntula do elemento 21.



(Figura 1-Aspecto clínico da concavidade vestibular)

Foi instalado um implante Neodent (Titamax Porous) de 5,0 x 13 mm. Ao 1º tempo cirúrgico, observou-se uma depressão óssea por vestibular, sendo programada uma dobra cirúrgica no ato da reabertura.

Após seis meses, foi feita a reabertura para colocação de um cicatrizador paralelo de 3,75 x 5mm.



(Figura 2-Reabertura e instalação do cicatrizador)

E feita a dobra cirúrgica, ganhando volume gengival por vestibular.



(Figura 3-Cicatrização da dobra cirúrgica).

Foi confeccionada uma coroa metalo-cerâmica, que foi finalizada 4 meses após a reabertura.



(Figura 4-Prótese cimentada instalada).

CASO 2

Paciente L. X. G. C., sexo masculino, 21 anos, cor branca, compareceu à nossa clínica solicitando instalação de um implante na área edêntula do elemento 21. Foi solicitada, radiografia panorâmica e exames laboratoriais. De acordo com o planejamento cirúrgico-protético, foi instalado um implante Conexão (Máster Porous) de 3.75mm x 13mm.

Após quatro meses, no ato da reabertura, constatou-se uma depressão na face vestibular.



(Figura 1-Aspecto clínico inicial da depressão vestibular)

A qual aferimos através do programa Corel Draw 10 e obtivemos medidas milimétricas de acordo com a Figura 2,

(Figura 2)

Sendo então, programada uma dobra cirúrgica. A Figura 3 mostra o local das incisões e a depressão por vestibular.



Após execução da técnica, pode-se notar que o ganho tecidual foi bem maior do que o necessário segundo a medição feita no programa.

(Figura 4)

Na mesma sessão foi colocado um provisório.



(Figura 5)

No controle de quatro meses após a dobra, pode-se notar a cicatrização e o ganho de volume gengival.



(Figura 6)

E a prótese definitiva cimentada.



(Figura 7)

DISCUSSÃO

Observamos que utilização de técnica de manipulação tecidual em que é necessário obter tecido de outras áreas doadoras da cavidade oral exige um grau de treinamento grande, fugindo da rotina do clínico geral.

A ausência de manipulação destes tecidos pode ser um fator de insucesso na estética, influenciando o resultado final. SCARSO et al (1999).

É certo que, para manter estável e imóvel o tecido enxertado é fator fundamental para que haja irrigação. Esta poderá ocorrer desde que o tecido enxertado fique estabilizado através de suturas permitindo que a microvascularização, vinda do periosteio penetre dentro do tecido enxertado; sendo a estabilização do tecido enxertado fator crítico. Quando mantemos uma fonte de irrigação constante, através do tecido gengival vestibular, minimizamos a perda de volume (retrações), criando maior previsibilidade na manutenção dos tecidos. SILVERSTEIN et al (16); WHEELER et al (17).

A previsibilidade da técnica cirúrgica parece ser clara na apresentação dos casos cirúrgicos e o maior volume de tecido de gengiva inserida parecendo contribuir para uma melhor saúde oral.

É necessário, para potencializar à técnica cirúrgica, que o planejamento protético seja avaliado e detalhadamente arquitetado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o exposto neste trabalho pode-se concluir que:

1. É um procedimento mais simples e menos invasivo que as técnicas de enxertos gengival livre, podendo ser facilmente realizado pelo clínico;
2. Houve um ganho de volume gengival, favorecendo a estética na prótese;
3. Não se reverte em custos para o cirurgião e paciente, pois dispensa o uso de biomateriais;
4. Evita a morbidade de um leito doador e receptor, como nas técnicas de enxertia gengival;
5. O presente trabalho necessita de acompanhamento longitudinal para avaliação da estabilidade e manutenção dos tecidos gengivais modificados por esta técnica, a médio e longo prazo.

ABSTRACT

The present study has the aim to report two clinical cases, that used a simple soft tissues handling technique, allowing a gain of volume and esthetic profile, without needing bone or gingival grafts. This technique is done by the application of a surgical fold, at the implant opening moment, to connect the healing or prosthetic component and a provisional crown.

KEYWORDS

Surgical fold; Tissue handling; Implant.

REFERÊNCIAS

1. BEZERRA, B. J. F.; LENHARO, A. Planejamento cirúrgico protético em implantodontia. In: FRANCISCHONE, C. E. **Terapia clínica avançada em implantodontia**. São Paulo: Médicas, 2002. cap. 1
2. BJORN, H. Free transplatation of gingiva propria. **Sver Tandlakarforb Tidning**, Stockholm, v. 22, p. 684, 1963.
3. BRANEMÄRK, P. I. et al. Osseointegrated dental implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10 year period. **Scand J Plast Reconstr Surg**, Stockholm, n. 16, p. 1-132, 1977. Supplement
4. DINATO, C. J.; POLIDO, D. W. **Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese**. São Paulo: Artes Médicas, 2001. cap. 13: Técnicas de cirurgia plástica periodontal visando a estética em implantes orais.
5. EGREJA, A. M. C. et al. Características clínicas e histológicas da cicatrização de enxertos gengivais livres. **Rev Cient CRO**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 30-36, 2000.
6. GEHRKE, A. S. Estética periodontal em implantodontia. Parte I: relato de casos clínicos. **BCI**, Curitiba, v. 7, n. 26, p. 48-51, 2000.

7. GOMES, A. L. **Implantes osseointegrados**: técnica e arte. São Paulo: Santos, 2002. cap. 13: Terapia mucogengival para obtenção de estética nas próteses sobre implante.
8. ITINOCHE, K.M. et al. Manipulação gengival para obtenção de estética favorável em implantes osseointegrados: relato de um caso clínico. **BCI**, Curitiba, v. 9, n. 32, p. 329-34, nov./jan. 2001/2002.
9. KOIS, C. J.; KAN, J. Y. Peri-implant gingival aesthetics: surgical and prosthodontic rationales. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, New York, v. 13, n. 9, p. 691-98, 700, 721-2, 2001.
10. LANGER, B.; CALAGNA, L. The subepithelial connective tissue graft. **J Prosthet Dent**, Saint Louis, v. 44, n. 4, p. 363-67, Oct. 1980.
11. MISCH, E.C. **Implantes dentários contemporâneos**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.
12. RENOUIARD, F.; RANGERT, B. Fatores de risco no tratamento em implantes: planejamento clínico simplificado para prognóstico e tratamento. São Paulo: **Quintessence**, 2001. cap. 2: Fatores de risco estéticos.
13. RIZZIA, M. F. A.; ARRIEIRO, J. A. E. Caso clínico de implante unitário. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 5, p. 321-22, set./out. 2000.
14. SAADOUM, P. A.; LEGALL, M.; TOUATTI, B. Selection and ideal tridimensional implant position for soft tissue aesthetics. **Pract Periodontics Aesthet Dent**, New York, v. 11, n. 9, p. 1063-1072, 1074, Nov./Dec. 1999.

15. SCARSO, J. F.; BARRETO, M.; TUNES, U. R. Estética dos tecidos moles em implantodontia. In: TUNES, U. R.; RAPP, G. E. **Atualização em periodontia e implantodontia**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. cap. 16.
16. SILVERSTAIN, L. H. et al. Connective tissue grafting for improved implants esthetics clinical technique. **Implant Dent**, Baltimore, v. 3, n. 4, p. 231-34, Winter 1994.
17. WHEELER, S. L.; VOGEL, R. E.; CASTELLINI, R. Tissue preservation and maintenance of optimum esthetics: a clinical report. **Int J Oral Maxillofacial Implants**, Lombard, v. 15, n. 2, p. 265-71, Mar./Apr. 2000.