

MANIPULAÇÃO DE TECIDOS MOLES VISANDO A OTIMIZAÇÃO DA ESTÉTICA EM IMPLANTODONTIA

Rodrigo Bonacin¹

RESUMO

O Conceito de tratamentos restauradores em pacientes parciais ou totalmente edentulos foi radicalmente modificado pela introdução da terapia com implantodimplantes osseointegráveis. Com a resolução crescente de casos clínicos utilizando implantes em edentulismo unitário ou parcial, associados com mudanças sociais, fez com que a demanda estética passa-se a ser um fator decisivo a ser considerado para evolução e sucesso da técnica. Tendo este ponto de vista, importantes fatores começaram ser considerados, como o tecido ósseo, e o tecido gengival e seu futuro elemento protético, como eles se inter-relacionam com os dentes adjacentes. Este estudo consiste numa revisão de literatura, onde podemos ver as mais comuns manipulações de tecidos moles ao redor dos implantes osseointegráveis, buscando obter uma harmonia entre o tecido gengival periimplantar em pacientes que necessitam de estética, higiene e funcionalidade como uma área de grande interesse na odontologia moderna.

Palavras-chaves: Tecido mole perimplantar. Manutenção de implantes, estética oral com implantes.

ABSTRACT

The concept of restoring treatment in patients partial or totally edentulous was radically modified after the introduction of the therapy with osseointegrated implants. The growing resolution of clinical cases of partial and unitary edentulism with implants, associated to the social changes, it made the degree of aesthetic demand passed to a decisive factor to be considered in the evaluation of the success of the technique. In this point of view, important factors are revealed as the implant, the bone tissue, the gingival tissue and the future prosthetic crown, with their interrelations with the adjacent teeth. This study consists of a revision of the literature, where we will look for what there is of the most current in the manipulation of soft tissue around osseointegrated implants, because the

¹ Especialista em Implantodontia. Faculdade Ingá – Uningá. rodrigobonacin@uol.com.br

obtaining of gingival tissue and its harmonic peri-implant with the patients' needs aesthetic, hygienic and functional satisfaction is a topic of great interest in the modern dentistry.

Keywords: Peri-implant soft Tissue. Maintenance of implants. Aesthetics in oral implants.

INTRODUÇÃO

A ausência de elementos dentários na região anterior superior da cavidade oral apresenta grande influência cultural e pode prejudicar aspectos estéticos faciais, modificando o comportamento psicológico e social do paciente (GROISMAN, 2001, p.356).

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 Motta e Camillo (2004, apud ITINOCHE, 2002).

Com o advento dos implantes, iniciou-se uma nova concepção de reabilitação oral, aumentando-se, vertiginosamente, as opções de planos de tratamento. Porém, à medida que a implantodontia se desenvolvia; obstáculos foram sendo encontrados e vários problemas, após a implantação e a prótese já colocada, foram surgindo. (2006, COSTA ROCHA).

Um dos principais obstáculos é a falta ou ausência de tecido duro (osso) e de tecido mole (queratinizado), nas áreas para a colocação dos implantes. A ausência de tecido queratinizado suficiente ao redor dos implantes poderá desencadear doenças periimplantares que poderão levar ao insucesso do trabalho.

A reparação dos tecidos mole, através das técnicas de cirurgias plásticas periimplantares aumentam as chances de melhor estética, função, higienização e saúde da mucosa periimplantar.

DESENVOLVIMENTO

REGIÕES DOADORAS

Todas as técnicas cirúrgicas necessitam de uma área doadora de tecido queratinizado. Este tecido removido (denominado enxerto) deverá ser constituído de epitélio-conjuntivo ou somente de epitélio, dependendo da técnica a ser utilizada.

De acordo com EDEL (1974), são recomendados três sítios de remoção: palato, tuberosidade e crista edêntula

Sítios de remoção: Palato

A mucosa palatina constitui a principal fonte doadora de tecido conjuntivo, pelo fato de ser revestida por uma camada de queratina. A área de remoção do enxerto localiza-se entre a última rugosidade palatina e a área do canal palatino posterior (do primeiro pré-molar ao segundo molar).

Sob o tecido epitelial, encontra-se um tecido conjuntivo bastante fibroso e denso, sendo considerado um tecido doador de melhor qualidade. Mais profundamente encontra-se tecido adiposo (ao nível dos pré-molares e dos caninos).

Antes de ser removido o enxerto, alguns elementos anatômicos devem ser rigorosamente avaliados:

- 1º. elementos vasculonervosos:
 - localização e trajetos das artérias palatinas;
 - localização e trajetos dos nervos palatinos.

REISER *et al.* (1996) recomendou limitar a remoção do enxerto ao nível do canino, na tentativa de se evitar hemorragias e parestesias pós-operatórias.

Segundo ALPERT (1994), a presença do tecido queratinizado trás as seguintes vantagens: melhor estética, facilita a higiene, manipulação cirúrgica mais fácil, facilita os procedimentos de moldagens, a mucosa periimplantar não colapso sobre a plataforma do implante e maior resistência à progressão do processo inflamatório.

Os autores ainda citam que se pode utilizar a técnica de Palacci (1995), com incisões semilunares no retalho gengival para a formação das papilas gengivais.

De acordo com TARNOW *et al* (1996), as cirurgias de tecido mole deverão ser executadas posteriormente às cirurgias de enxerto ósseo e dois a quatro meses antes da implantação.

- 2º. espessura e qualidade do tecido doador É possível verificar a espessura disponível com uma medição, sob anestesia, por meio da sonda periodontal.

Segundo STUDER *et al* (1997), na região do canino-pré-molar. Área habitual de remoção, a espessura varia de 2,5 a 3,9mm.

Sítios de remoção: Tuberosidade

A tuberosidade possui volume bastante variável, e sua densidade fibrosa é superior à do palato. Para que o volume mucoso nesta área seja interessante, é preciso que o terceiro molar esteja ausente.

STUDER *et al*, (1997) relataram que a tuberosidade tem uma espessura média de 4,6 e 4,7mm na borda palatina, de 5,7 e 5,4mm no centro e de 3,8 a 4,1 mm na borda vestibular.

Sítios de remoção: Crista Edentula

Não é recomendável a utilização das cristas edêntulas como área doadora para cirurgias plásticas periimplantar, uma vez que nestas áreas, a presença de tecido queratinizado será de grande importância no plano de tratamento do implantodontista.

CLASSIFICAÇÃO DE SEIBERT

Classificação dos defeitos de rebordo de acordo com a quantidade de tecido queratinizado:

- Classe I - na direção véstíbulo-lingual/palatal, com altura normal do rebordo numa direção ápico-coronal. Espessura diminuída com preservação da altura;
- Classe II - perda ápico-coronal do tecido com largura normal do tecido na dimensão véstíbulo lingual/palatal. Altura diminuída com preservação da espessura;
- Classe III - combinação da perda véstíbulo-lingual/palatal e ápico-coronal do tecido, resultando em perda de altura e espessura.

TÉCNICAS CIRÚRGICAS

As cirurgias plásticas executadas antes da fase de implantação possibilitam a correção da altura, espessura, posição, largura e volume de tecido queratinizado.

A escolha da técnica a ser utilizada, bem como a quantidade e do tecido que será obtido, depende da habilidade e do conhecimento técnico e científico do operador.

Técnica cirúrgica para correção da altura, espessura, posição e largura de tecido queratinizado

Enxerto gengiva/ epitélio conjuntivo (enxerto gengiva/livre).

É uma técnica de execução simples, que proporciona um aumento em grandes quantidades. Em Implantodontia, pode ser aplicada em áreas edêntulas na mandíbula. Possibilita previsibilidade do enxerto e um pós-operatório do sítio receptor não doloroso.

Técnica:

- Consiste no preparo do leito receptor com o objetivo de remover epitélio e tecido conjuntivo submucoso, preservando o periósteo íntegro; a remoção do enxerto da região palatina;
- Preparo do enxerto (remoção de excessos, delineamento do enxerto);
- Remoção de tecido adiposo quando necessário);
- Colocação do enxerto na área receptura;
- Sutura do enxerto com fio 6, reabsorvível, caso o operador julgue necessário.

Desvantagens:

- No sítio doador, a cicatrização ocorre por segunda intenção, proporcionando um pós-operatório doloroso;
- Após a cicatrização dos tecidos, o aspecto da mucosa é antiestético, porque as características clínicas serão da mucosa do palato (área doadora) e não igual ao das áreas adjacentes ao enxerto.

Técnica para correção da posição e largura de tecido queratinizado

Retalho palatino em rampa

Segundo ROSENQUIST (1997) e BAHAT (1996), esta técnica está indicada para aumento da faixa de tecido queratinizado na maxila. Trata-se de um retalho pediculado que explora a espessura de tecido conjuntivo da mucosa mastigatória do palato. Por se tratar de um retalho pediculado, possibilita pouco risco de deiscência.

Técnica

- Consiste na realização de duas incisões verticais, uma mesial e outra distal, que se iniciam na mucosa alveolar vestibular;
- Realização de outra incisão, essa horizontal, deslocada 4 a 6 mm para o lado palatino do rebordo e 4mm aquém da extremidade palatina das incisões verticais e anguladas em 45°;
- Aprofundamento até o plano ósseo da incisão horizontal, angulando 45°, de forma

que o tecido conjuntivo fique aderido à vertente vestibular do retalho;

- Elevação do retalho vestibular mantendo a faixa de tecido conjuntivo preso a sua extremidade e deslocamento coronal da faixa de tecido queratinizado;
- Coaptação do retalho na área receptora; sutura do retalho com pontos simples e fio 6,0 reabsorvível na mucosa vestibular mesial e distal do mesmo e no perióstio da porção palatina;
- Sutura da área doadora.

Desvantagens

- Os resultados da técnica cirúrgica poderão ser limitados em pacientes com mucosa palatina pouco espessa.

Técnicas cirúrgicas para correção do volume de tecido queratinizado

Enxerto Conjuntivo Sub-Epitelial

Em implantodontia, esta técnica pode ser aplicada em defeitos Classe I ou II de SEIBERT, onde o enxerto ósseo não se faz necessário para a instalação do implante. Trata-se de um enxerto livre de tecido subjacente e do retalho de revestimento. Proporciona ótimos resultados em curto prazo e boa adaptação estética do enxerto à cor e à textura do tecido adjacente.

Técnica:

- Consiste na incisão e elevação do retalho de espessura parcial na área receptora, com ou sem incisão relaxante;
- Remoção do fragmento de tecido conjuntivo sem epitélio da região do palato duro ou tuberosidade, na extensão da área requerida;
- Sutura da área doadora com fio 4,0;
- Preparação e inserção do enxerto no sítio receptor;
- Sutura no sítio receptor com fio 6,0 reabsorvível.

Desvantagens:

- Existe a possibilidade de reabsorção do enxerto em longo prazo;
- Não permite a correção simultânea da largura da faixa de tecido queratinizado;

Retalho em Rolo

Trata-se de um retalho pediculado de tecido conjuntivo obtido da mucosa palatina que teve seu epitélio removido e que posteriormente é posicionado sob o tecido gengival vestibular, corrigindo defeitos de espessura de rebordo. Possibilita boa condição de nutrição por se tratar de um retalho pediculado. A cor e a textura original do tecido mole são preservadas. O pós-operatório é confortável para o paciente.

Técnica:

- Consiste na incisão trapezoidal na mucosa palatina;
- Elevação de um retalho parcial bastante delgado, com aproximadamente 0,6mm, com o objetivo de expor a área doadora de tecido conjuntivo;
- Elevação do pedículo de tecido conjuntivo;
- Divulsão dos tecidos vestibulares criando o leito supra-periosteal;
- Reflexão do pedículo de tecido conjuntivo;
- Sutura com fio 6,0 reabsorvível.

Desvantagens

- Aplicação desta técnica fica limitada quando a mucosa palatina tem espessura menor que 2mm.

Correção concomitante da posição e largura do tecido queratinizado e aumento de volume

Enxerto Onlay

Corresponde a técnica de enxerto livre espesso de tecido conjuntivo, tecido adiposo e epitélio, que são removidos em conjunto para proporcionar uma espessura de 6 a 7mm. Está indicado para o aumento simultâneo de volume em altura e largura em defeitos classe III de SEIBERT, e aumento da faixa de tecido queratinizado.

Técnica:

- Consiste na remoção do epitélio na área receptora promovendo
- Exposição de tecido cruente e sangrante;
- Remoção de enxerto conjuntivo com espessura de 6 a 7mm, contendo epitélio e tecido conjuntivo e adiposo;
- Adaptação ao leito receptor e sutura simples para imobilização com justa adaptação

Desvantagens

- Acrescenta alto risco de necrose do enxerto por deficiência de nutrição;
- Existe a possibilidade de redução de volume;
- Paciente pode apresentar desconforto e sangramento na área doadora

Enxerto Interposicional

Corresponde à técnica de enxerto livre de tecido conjuntivo e epitélio que são removidos em conjunto para proporcionar um enxerto em forma de cunha. Está indicada para ganho em largura associada a defeitos classe I de SEIBERT, e um discreto incremento na faixa de tecido queratinizado. Possibilita um bom aumento da espessura de tecido e apresenta duplo suprimento sanguíneo, o que diminui o deiscência.

Desvantagens:

- Proporciona pequeno ganho de altura do tecido;
- Apresenta pouco efeito em defeitos classe III de Seibert.

Enxerto Onlay-Interposicional Combinados

Esta técnica foi desenvolvida com o objetivo de incorporar as vantagens do enxerto Onlay, do enxerto Interposicional e do enxerto Conjuntivo Sub-Epitelial. É indicada para correção dos defeitos classe III de SEIBERT, onde é requerido o aumento em altura e espessura do tecido gengival. O duplo suprimento sanguíneo do segmento do tecido conjuntivo incrementa a nutrição do segmento Onlay, porém, esta técnica, exige grande habilidade do operador para contornar o grau de aumento no sentido vestibulo-lingual e Ápico-Oclusal em um único procedimento cirúrgico.

Possibilita, também, uma reparação mais rápida do sítio doador com maior conforto ao paciente.

Técnica:

- Consiste na remoção do epitélio da superfície da crista que vai receber o segmento onlay do enxerto;
- Elevação do retalho de espessura parcial, formando uma bolsa na área que vai receber o segmento de tecido conjuntivo do enxerto;
- Remoção do enxerto composto por um segmento espesso (onlay) contendo conjuntivo e epitélio, e um segmento mais delgado contendo apenas tecido conjuntivo;
- Adaptação do enxerto ao leito receptor de forma que o segmento de tecido

conjuntivo do enxerto fique coberto pelo retalho e a parte onlay do enxerto recubra a área cruenta previamente desepitelizada;

- Sutura simples para imobilização.

Nos implantes, segundo Francischone (1998), esse direcionamento gengival é conseguido somente com a utilização de restauração provisória, a partir da segunda fase de cicatrização, com os pilares de cicatrização. Deste modo, estrutura-se a forma anatômica ideal do tecido gengival, como também é possível prever o resultado estético final.

Nesse contexto, o implante dentário e os componentes protéticos devem ser considerados, cada um, como um fator capaz de alterar o fenótipo pré-existente. O fenótipo gengival dos seres humanos pode ser classificado em fino e espesso, de acordo com Rebolal et al (2006, apud OSCHENBEIN; ROSS, 1998, p. 655).

Quando o elemento dentário a ser substituído ainda estiver na arcada, o tracionamento ortodôntico e/ou a instalação imediata do implante associada ou não à regeneração óssea guiada devem ser considerados uma vez que, quando há a possibilidade de tais abordagens, existe uma maior previsibilidade da manutenção dos tecidos mucoso e ósseo (JOVANOVIC; PAUL; NISHIMURA, 1999, p.557).

Estudos recentes têm demonstrado que a previsibilidade de próteses anteriores implanto-suportadas na maxila é dependente de numerosos critérios reconstrutivos (JOVANOVIC; PAUL; NISHIMURA, 1999, p.551).

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 Motta e Camillo (2004, apud RENOARD; RANGERT, 2001, p. 4).

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, p.721).

PALACCI & ERICSSON (2001) elaboraram uma técnica de regeneração de papila modificada para restaurações de dente único. Por causa da necessidade para restabelecer a papila mesial e distal, insuficiência de tecido, e a possibilidade de induzir tensão nas pontas; a primeira incisão é feita mais palatal para aumentar a quantidade de tecido disponível a ser empurrado vestibularmente e diminuir o risco de fracasso. Além disso, as incisões feitas mais mesial e distal seguem até a porção apical onde o retalho mucoperiosteal é elevado, enquanto é feita uma incisão semilunar de mesial para distal. A papila mesial é

criada com um pedículo girado 90 graus mesialmente, e o pedículo girado distalmente criam a papila distal. Embora os espaços entre o implante e os dentes adjacentes estão limitados na maxila anterior, esta técnica permite uma quantidade adequada de tecido mole vestibularmente, como também em direção coronal. Como na técnica de regeneração das papilas padrão, suturas de colchoeiro horizontais são usadas aqui para estabilizar as pontas em uma ótima posição sem tensão. Ao lidar com restaurações de único-dente, a pessoa deveria notar que tecido mole geralmente pouco disponível apresenta risco de tensão e isquemia e conseqüentemente fracasso.

COSSO & LENHARO (2002) demonstraram a instalação prévia de um enxerto gengival livre onde por meio desse procedimento obtém-se uma melhora considerável na qualidade do tecido circundante ao implante. Após a instalação do enxerto gengival livre, este recebe nutrição do tecido conjuntivo do sítio receptor que teve o epitélio removido. A quantidade de aumento em espessura e por conseqüência, em qualidade gengival, está diretamente relacionada à espessura do enxerto, ao processo de cicatrização da ferida e a quantidade de enxerto viável.

Em casos em que já existe uma quantidade de mucosa queratinizada podemos dispor de outras técnicas visando somente direcionar essa mucosa para o benefício do paciente.

A manipulação 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 (MOTTA; CAMILLO, 2004, p.4).

Segundo COSTA ROCHA (2006) diversas técnicas descritas podem ser usadas em todos os 3 momentos, então limitaremos suas descrições quanto a ser corrigido.

Quantidade e qualidade da mucosa, a forma dentária, a forma do tecido ósseo remanescente e considerações sobre aspectos periodontais dos dentes vizinhos ao sítio cirúrgico representam alguns critérios que devem ser considerados (GROISMAN; VIDIGAL, 2004, p. 37).

No momento cirúrgico podem ser aplicadas várias destas técnicas demonstradas. Segundo BORGES (2006), a manipulação de tecidos concomitante a implantes imediatos, bem como a preservação do leito alveolar com materiais alógenos melhora o prognóstico da terapia periamplantar, que já se mostra bastante satisfatória em implantes imediatos.

Fenótipo é um conjunto de características que podem sofrer influência do genótipo ou de condições ambientais segundo Rebolal et al. (2006 apud FERREIRA, 2004, p. 156).

Após a perda dos dentes naturais, inevitavelmente ocorre à reabsorção do osso alveolar, que apesar de ocorrer de forma gradativa, começa a existir um espaço entre a posição anatômica correta dos dentes artificiais e a crista edêntula.

Além da redução na altura da crista, existe também reabsorção no lado vestibular em uma velocidade maior do que no lado palatino, de forma que a crista se move efetivamente para dentro (ROBKIRK & WATSON, 1996; GEHRKE, 2000).

Quando surgiram os implantes osseointegrados, criou-se uma expectativa muito grande dentro da odontologia, pois surgiu a possibilidade de restabelecimento de perdas dentais, o que gerou soluções para casos de extremo livre, de perdas unitárias e de perda de dentes anteriores, sem a necessidade de desgaste dos dentes vizinhos para a reposição (SANSEVERINO, 1998).

Apesar de toda tecnologia existente em muitos casos, no momento da colocação da prótese sobre implante, esta não apresenta uma estética harmônica, devido à sua relação com a gengiva. Freqüentemente, onde existe ausência do dente por algum tempo, as alterações estruturais do periodonto estão presentes, sendo por falta de estímulo sobre os tecidos, por trauma no momento da extração, ou por injúria patológica sobre o osso alveolar. Com o passar do tempo os implantes orais começaram a mostrar seus limites técnicos e científicos, onde a estética fornecida acabava por frustrar as expectativas tanto do profissional, quanto paciente (GEHRKE, 2000).

A preocupação protética atual possui uma visão ampla, que abrange desde a análise funcional, até a qualidade e o tipo de sorriso, a harmonia das estruturas envolvidas e os detalhes técnicos da região a ser reparada (SANSEVERINO, 1998).

Por esse motivo, várias modificações no protocolo inicial de instalação de Branemark ocorreram, assim como alguns dogmas considerados imutáveis vêm sendo questionados. A necessidade ou não da submersão do implante na primeira etapa cirúrgica, a indicação de cargas implanto-suportadas de forma mediata ou imediata e a adoção de próteses parafusadas ou cimentadas foram, entre outros, tópicos extensivamente estudados (GROISMAN & HARARI, 2001).

A importância dos procedimentos que vêm sendo citados para a segunda etapa cirúrgica, muitos deles com o objetivo de favorecer os requisitos estéticos e funcionais através de técnicas que possibilitem manter, criar ou aumentar a faixa de mucosa queratinizada, aumentar o volume vestibulo-lingual do rebordo, criar uma margem gengival harmônica, criar papila gengival e otimizar a emergência do cicatrizador e da prótese. Técnicas de cirurgia plástica periodontal são descritas na literatura para recompor aspectos periimplantares perdidos e permitir a harmonia e simetria estética com o periodonto de elementos dentários contra-laterais (ROSA, 2000; GROISMAN, 2001).

Apesar das técnicas de condicionamento gengival serem diferentes entre si, com seus aspectos próprios, existem princípios interligados que todas devem seguir para se obter sucesso (OLIVEIRA, 2002).

Podemos definir 3 momentos para as técnicas de manipulação de tecido, pré-cirúrgica, cirúrgica e pós cirúrgica.

Durante a avaliação pré-cirúrgica, devemos avaliar as diversas existentes para determinar qual o tipo de regeneração tecidual pode ser obtido e para aplicar um plano de tratamento apropriado.

A classificação utilizada e citada pela maioria dos autores para programação e planejamento das cirurgias plásticas periimplantares é a de SEIBERT.

Um artifício que podemos lançar mão na busca de melhores resultados nos implantes é a remodelação ortodôntica extrusiva. A tração ortodôntica vem desafiando as bases biológicas para atender às expectativas estéticas dos pacientes, no que diz respeito à manipulação gengival, pois o movimento extrusivo aumenta o volume dos tecidos moles pelo aumento da faixa de mucosa queratinizada. É um procedimento que necessita de maior tempo para execução, mas com resultados mais previsíveis e com menos fases cirúrgicas (ITINOCHE *et al.* 2001; STEINWANDTER, 2002).

Outra alternativa na recuperação do contorno bucal perdido, é através da utilização de enxerto gengival livre. Esta metodologia pode ser adotada quando há falta de volume bucal adequado acarretando grande discrepância com o elemento dentário contra-lateral. Estes procedimentos têm sido recomendados para aumentar a integridade dos tecidos moles ao redor dos implantes, através da melhor adaptação da mucosa trans-epitelial (PÉRET & LANZA, 1999; STEINWANDTER, 2002).

A presença de mucosa queratinizada proporciona uma proteção mecânica contra infecção e contra a força exercida pelos lábios sobre os tecidos moles periimplantares (PÉRET & LANZA 1999).

Dentro das modalidades de cirurgia plástica gengival, o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, removido da cavidade bucal, possibilita o preenchimento da crista, espessamento gengival pré-protético, criação de papilas assim como criação de tecido queratinizado. Este método aumenta espessura gengival, disfarça a cor cinza do metal do implante e aumenta o volume da crista (ROSA, 2000; COSTA & TREVISAN JR, 2004; SHIBLI *et al.*, 2004).

A linha do sorriso e a morfologia das papilas dos dentes adjacentes são alguns dos parâmetros a serem avaliados antes do tratamento com implantes. A ausência de papila pode resultar em problemas estéticos, fonéticos e de impactação alimentar. A reconstrução da papila interimplante é freqüentemente necessária em áreas estéticas, portanto nesses casos a indicação de um implante deverá ser avaliada cuidadosamente, em especial se estiverem presentes outros fatores de risco estético (TARNOW *et al.*, 1994; GROSSBERG, 2001; ROSA, 2001).

HENRIQUES (2003) descreveu que prévio a qualquer procedimento cirúrgico para aumento de rebordo com tecido mole é necessário que seja instalada uma prótese provisória. Imediatamente após a realização da cirurgia não é possível adaptar-se o provisório devido o volume de tecido mole ter sido aumentado e também devido ao edema da região. Torna-se necessário então que o provisório seja desgastado na região cervical do pântico até que este toque o tecido gengival suavemente, pois uma pressão excessiva neste momento pode causar necrose do enxerto, podendo agravar o defeito inicial. Não deve ser esquecido que apesar do desgaste o pântico deve permanecer com o formato ovóide, com aspecto de "ponta de bala" e com superfície extremamente polida, permitindo a higienização adequada e o início do condicionamento tecidual.

O condicionamento gengival proporciona um excelente resultado estético, com procedimentos simples e de curta duração, garantindo melhor biologia e função à prótese. Com uma pressão controlada, pântico convexo e rígido controle de placa, tecido gengival sofre apenas um afinamento do epitélio, com diminuição de suas cristas no tecido conjuntivo; sem a presença de inflamação. Enquanto isso se proporciona a recuperação da papila interdental, reconstituição do arco côncavo gengival e a eliminação de "buracos negros" (OLIVEIRA, 2002).

CONCLUSÃO

O emprego de técnicas de cirurgia plástica gengival periimplantar para recomposição da arquitetura gengival na região de contorno bucal envolve uma gama razoável de indicações. O correto posicionamento tridimensional dos implantes representa o fator crítico para obtenção de harmonia entre estética e função.

A reabsorção óssea alveolar acompanhada dos contornos gengivais é uma das grandes dificuldades que geram empecilhos na reabilitação com prótese sobre implantes.

Com este trabalho verificou-se que até o momento atual, nenhum dos métodos cirúrgicos descritos na literatura é suficientemente previsível para a obtenção e o retorno da papila gengival interproximal que tenha sido previamente perdida. Portanto, estudos longitudinais devem ser desenvolvidos com a finalidade de acompanhar os resultados e a manutenção da estética gengival obtida. Conclui-se também que deve haver uma íntima colaboração entre cirurgião e protesista, e que as próteses provisórias devem ser confeccionadas adequadamente, visando que o tecido mole ao redor do implante possa ser formado e com mínima agressão, permitindo uma prótese implantossuportada, com qualidade estética. Pois quando a manipulação dos tecidos moles tem a indicação

adequada a cada caso e no momento certo, o condicionamento ideal dos tecidos gengivais se torna ideal, melhorando consideravelmente o sucesso estético nos casos de implante.

REFERÊNCIAS

- ALPERT, A.; *A rationale for attached gingival at the soft - tissue / implant interface. Esthetic and functional dictates.* Compend Contin Educ Dent 1994; 15: 356-68.
- BAHAT, O.; *Interrelations of soft and hard tissue for Osseo integrate implants.* Compend Contin Educ Dent 1996; 17: 1161-72.
- BORGES, S. T.; *Manipulações de tecidos Moles em implantes imediatos*, Monografia apresentada a SI Mandic, Campinas, 2006
- BORGHETTI A, MONNET-CORTI V., *Cirurgia plástica periodontal.* Porto Alegre: Artmed; 2002.
- COSTA, R.R., TREVISAN JR W.; *Ganho de estética periimplantar através da utilização de enxerto conjuntivo: relato de caso clínico.* Implant News 2004 set-out; 1 (5): 417-420.
- COSTA ROCHA, D. A.; *Aumento de gengiva inserida em áreas para colocação de implantes*, Monografia apresentada a SI Mandic, Campinas, 2006.
- EDEL A.; *Clinical evaluation of free connective tissue grafts used to increase the width of keratinized gingiva.* J Clin Periodontol 1974; 1: 185-96.
- GEHRKE, S.A.; *Estética Periodontal em Implantologia.* SCI 2000; 26(7): 48-51.
- GIL, A. C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa.* 4ª ed. São Paulo, 2002, p. 40 – 45.
- GROISMAN, M.; FERREIRA, H. M.; FROSSARD, W.M. *Clinical evaluation of hidroxiapatite-coated tooth implants: a 5-year retrospective study*, Pract Proced Aesthet Dent, v. 13, n. 5, p. 115-122, 2001.
- GROISMAN M, HARARI ND.; *Técnicas de cirurgia plástica periodontal visando á estética em implantes orais.* In: Dinato JC, Polito WD. *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese.* São Paulo: Artes Médicas; 2001. cap 13, p. 243-260.
- GROISMAN, M.; VIDIGAL, G. M. *Estética Periimplantar*, 4 Congresso Internacional de Osseointegração da APCD, São Paulo, cap. 3, p. 38-56, 2004.
- GROSSBERG DE. *Interimplant papilla reconstruction: Assessment of soft tissue changes and results of 12 consecutive cases.* J Periodontol 2001; 72: 958-962.
- HENRIQUES PG. *Estética em Periodontia e cirurgia plástica periodontal.* São Paulo: Santos; 2003. cap 12, p. 213-229.
- ITINOCHE MK, BOTTINO MA, OYAFUSO DK ET AL., *Manipulação gengival para obtenção de estética favorável nos implantes osseointegrados: relato de caso clínico.* BCI 2001 out-dez; 32(8): 329-334.

JOVANOVIC, S. A.; PAUL, S.J.; NISHIMURA, R. D. *Anterior implant-supported reconstructs: a surgical challenge*, Pract Periodontics Aesthet Dent. New York, v.11, n.5, p. 551-558, 1999.

KOIS, C. J.; KAN, J. Y. *Peri-implant gingival aesthetichs: surgical and prosthodontic rationales*. Pract Periodontics Aesthet Dent. New York, v.13, n.9, p. 691-698, 700, 721- 722, 2001.

MOTTA, S.; CAMILLO, F. *Técnica de dobra cirúrgica para reabertura de implantes Osseointegrados*. RPG Rev. de Pós-Graduação Clivo, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, mai/jun 2004.

OLIVEIRA, J.A., RIBEIRO, E.D.P., CONTI, P.C.R. ET AL.; *Condicionamento gengival: estética em tecidos moles*. Rev Fac Odontol Bauru 2002;10 (2): 99-104.

PALACCI P, ERICSSON, I.; *Esthetic implant dentistry soft and hard tissue management*. USA: Quintessence; 2001 b. cap 8: Peri-implant soft tissue augmentation procedures, p. 159-186.

PÉRET, A.C.A., LANZA,M.D.; *Influência da mucosa ceratinizada na manutenção da saúde peri-implantar*. BCI1999 jun-set; 6(3): 57-65.21. Price RBT, Price DE. Esthetic

REBOLLAL, J.; VIDIGAL, G.M. ; CARDOSO, E.S. *Fatores locais que determinam o fenótipo gengival ao redor de implantes dentários: revisão de literatura*, Implant News, São Paulo, v. 3, n. 2,p. 155-160, mar/abr 2006.

REISER, G.M., BRUNO, J.F., MAHAN, P.E. ET AL. *Prélèvement d'un griffen de tisú conjonctif sub-épithélial sur un site donneur palatin: considérations anatomiques à l' intention des chirurgiens*. Rev Int Paradont Dent Rest 1996; 16,: 131-7.

ROSA, J.C.M.; *Manipulação do tecido gengival e ósseo objetivando a otimização da estética em prótese sobre implantes*. Rev Catarin Implant 2000; 16-18.

ROSENQUIST B. A.; *comparison of various methods of soft tissue management following the immediate placement of implants into extraction sockets*. Int J Oral Maxillofac Implants 1997; 12: 43-51.

SANSEVERINO C.A.M.; *Manipulação do tecido gengival para um melhor resultado*. Paul Cir Dent 1998 maio-jun; 52(3): 203-204.

SEIBERT JS, LOUIS JV. *Soft tissue ridge augmentation utilizing a combination onlay-interposicional graft procedure: a case report* Int. J Periodontol Res. Dent 1996; 16: 311-21.

SHIBLI JA, D'ÁVILA S, MARCANTONIO JR E.; *Connective tissue graft to correct periimplant soft tissue margin: A clinical report*. J Prosthet Dent 2004 Feb; 91 (2):119-22.

STEINWANDTER WA. *Manuseio de tecidos moles na busca da melhor estética em implantes imediatos*. Rev Catarin Implant 2002; 3(4): 42-44.

STUDER, M.; MULLER, H., *Masticatory mucosa in subjects with different periodontal phenotypes*, Journal of Clinical Periodontology 27 (9), 621–626.

TARNOW DP, CHO SC, WALLACE SS.; *The effect of inter-implant distance on the height of inter-implant bone crest*. J Periodontol 2000; 71: 546-549.