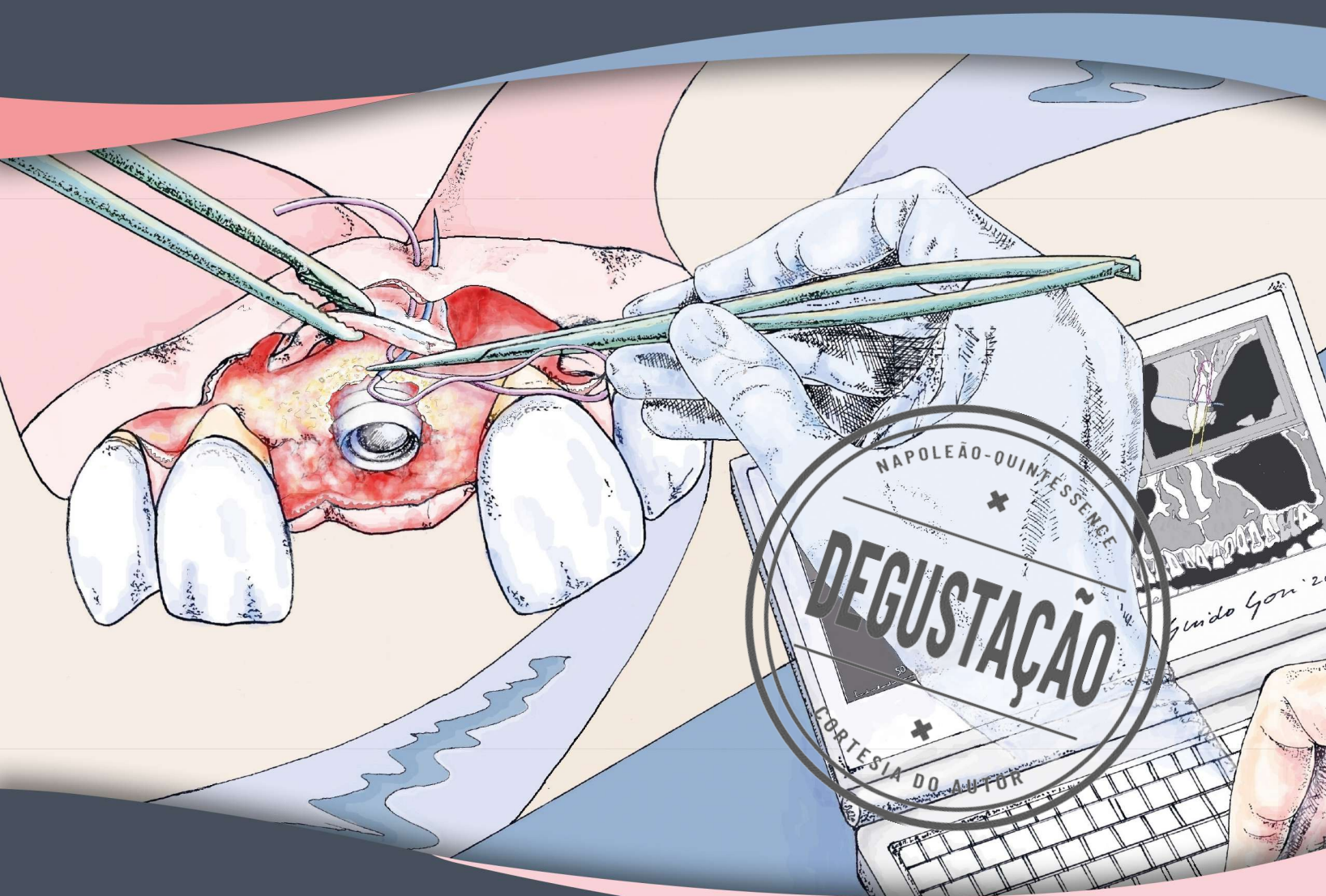


Giovanni Zucchelli

Claudio Mazzotti

# Cirurgia estética mucogengival ao redor de implantes

1



Coautores

**Carlo Monaco**

**Martina Stefanini**

Ilustrações de Guido Gori

 **NAPOLEÃO EDITORA**

 **QUINTESSENCE PUBLISHING  
BRASIL**

# CONTEÚDO

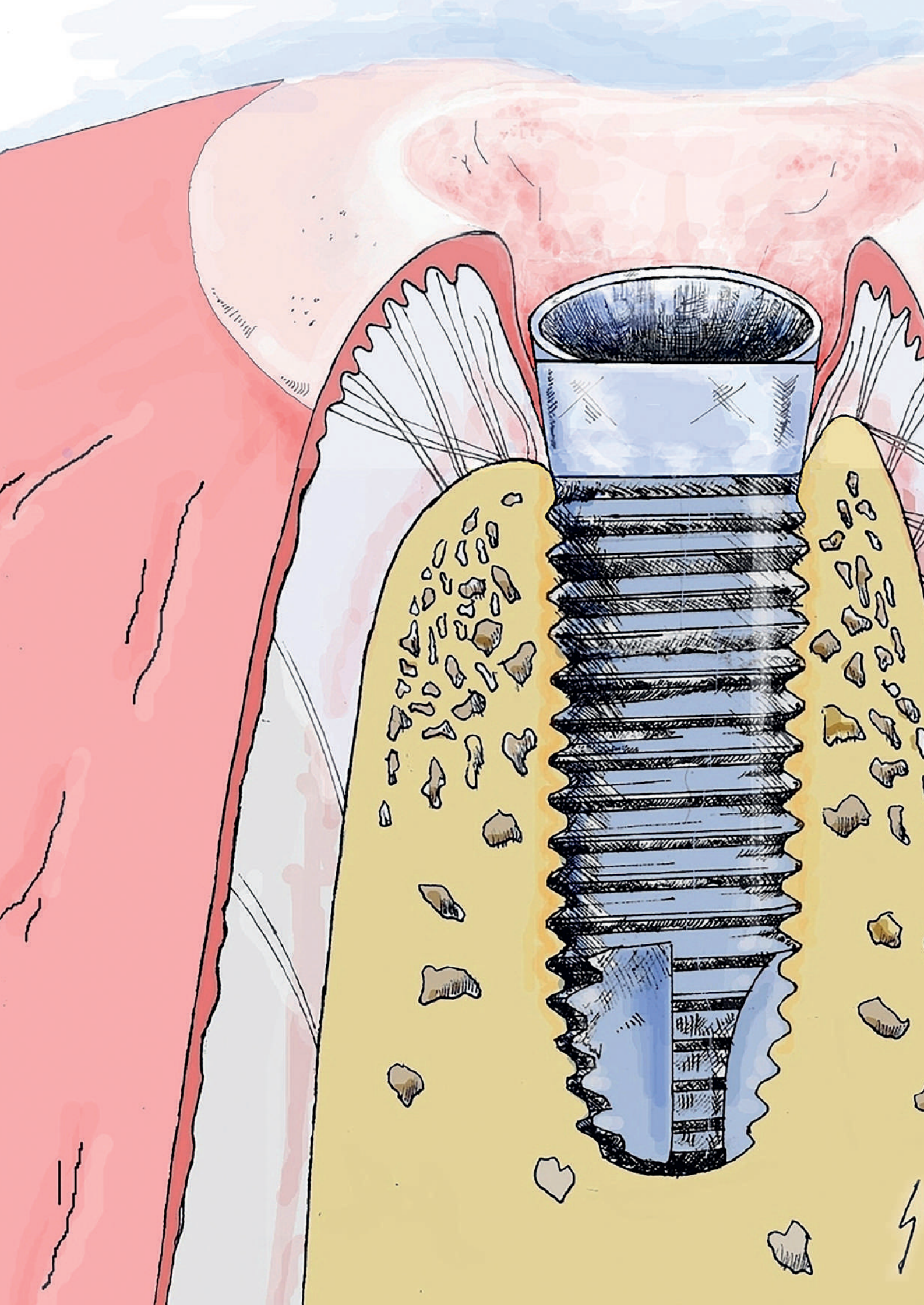
## VOLUME 1

PREFÁCIO	IV
PREFÁCIO	V
AGRADECIMENTOS	IX
SOBRE OS AUTORES	XI
<b>1</b> ETIOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DE DEFEITOS ESTÉTICOS PERI-IMPLANTARES	2
<b>2</b> TRATAMENTO PROTÉTICO-CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIAS DE TECIDO MOLE PERI-IMPLANTAR	32
<b>3</b> COLETA DE ENXERTO DE TECIDO CONJUNTIVO	174
<b>4</b> SUBSTITUIÇÃO DE IMPLANTE NA ÁREA ESTÉTICA	202
<b>5</b> ABORDAGEM MUCOGENGIVAL PARA COLOCAÇÃO DE IMPLANTES PARA SUBSTITUIR UM ÚNICO DENTE NA ÁREA ESTÉTICA	286
<b>6</b> ABORDAGEM MUCOGENGIVAL PARA COLOCAÇÃO TARDIA DE IMPLANTES	300
<b>7</b> ABORDAGEM MUCOGENGIVAL PARA IMPLANTE IMEDIATO PÓS-EXTRAÇÃO	416

## VOLUME 2

<b>8</b> MANEJO DE TECIDO MOLE EM ÁREAS NÃO ESTÉTICAS	538
<b>9</b> ABORDAGEM MUCOGENGIVAL PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DENTE EXTRAÍDO POR RAZÕES PERIODONTAIS	656
<b>10</b> ABORDAGEM MUCOGENGIVAL PARA SUBSTITUIÇÃO DE VÁRIOS DENTES COM IMPLANTES DENTÁRIOS	776
<b>11</b> MANEJO DE TECIDOS MOLES NA CIRURGIA DE SEGUNDO ESTÁGIO	912
<b>12</b> MANEJO DE TECIDOS MOLES EM CASOS COMPLEXOS	962
<b>13</b> AVALIAÇÃO ESTÉTICA DA TERAPIA IMPLANTO-PROTÉTICA	1064







# 1

## **Etiologia e Classificação de Defeitos Estéticos Peri-implantares**

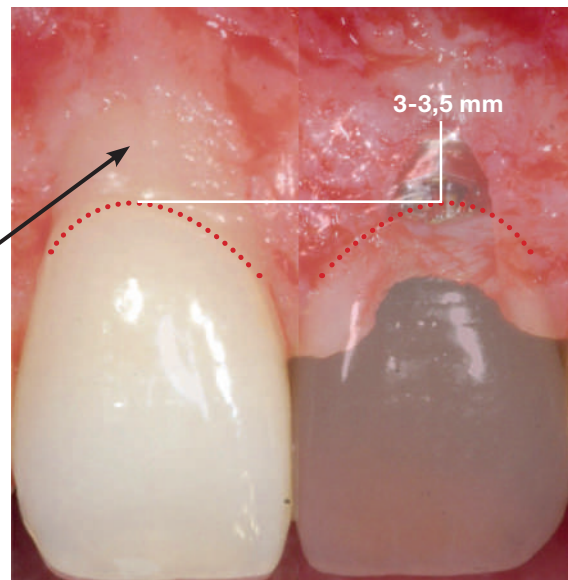
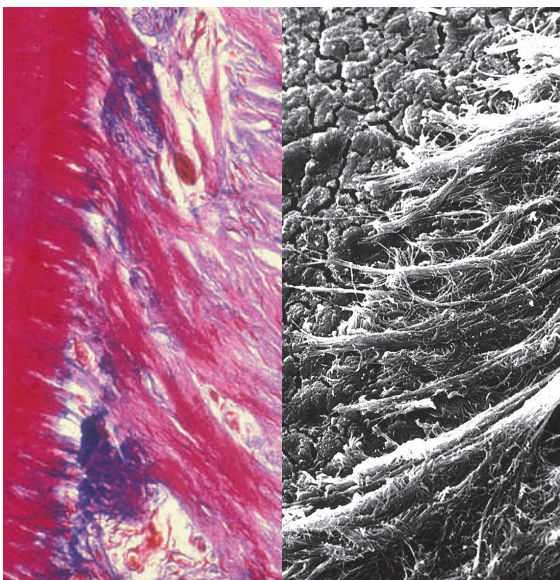


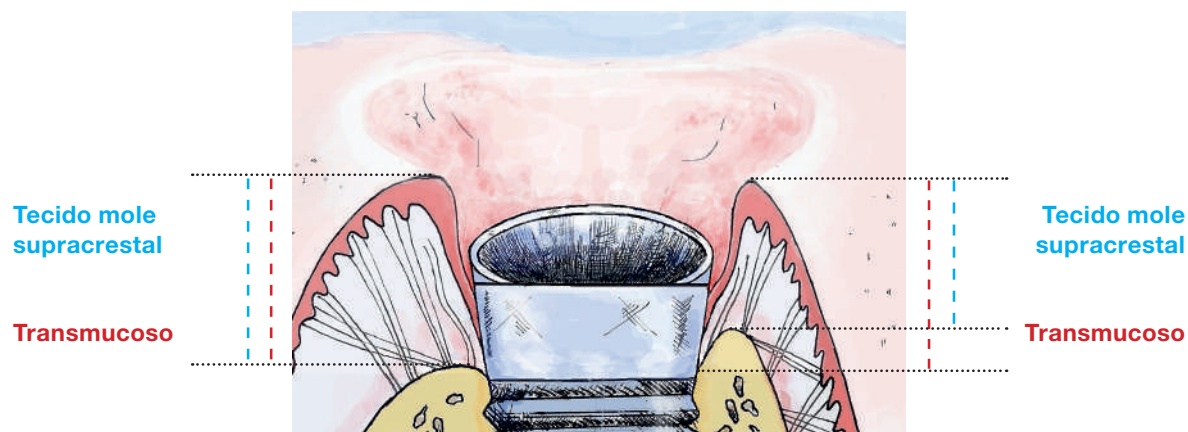


\*

O objetivo das restaurações implantossuportadas na área estética é restabelecer a função adequada enquanto se cria uma prótese que se funde com a dentição natural. A incapacidade de diferenciar o dente “verdadeiro” do “falso” é fundamental na busca pela plena satisfação das demandas do paciente. Em situações ideais na zona estética, a face vestibular da porção texturizada do implante deve ser posicionada 3 a 3,5 mm apicalmente à margem da mucosa peri-implantar da futura prótese protética, que deve estar no mesmo nível e ter o mesmo contorno que a margem gengival do dente contralateral (*linha*

*pontilhada vermelha*). Correspondentemente, na dentição natural, a crista óssea vestibular está a uma distância de cerca de 3 a 3,5 mm da margem gengival. Em condições saudáveis, a margem gengival está posicionada cerca de 1 mm coronal à junção cimento-esmalte (JCE), enquanto a crista óssea vestibular está localizada cerca de 2 mm apical à JCE. Em um dente natural, os tecidos moles estão inseridos à superfície radicular por meio de uma inserção de tecido conjuntivo composta por fibras de Sharpey perpendicularmente que são mineralizadas dentro do cimento radicular. A mucosa peri-implantar e

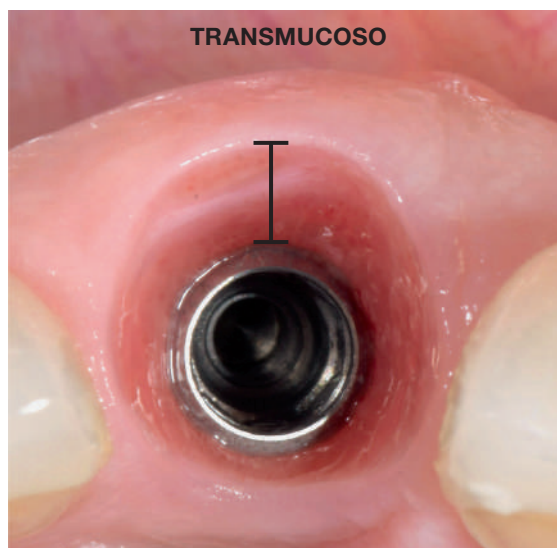
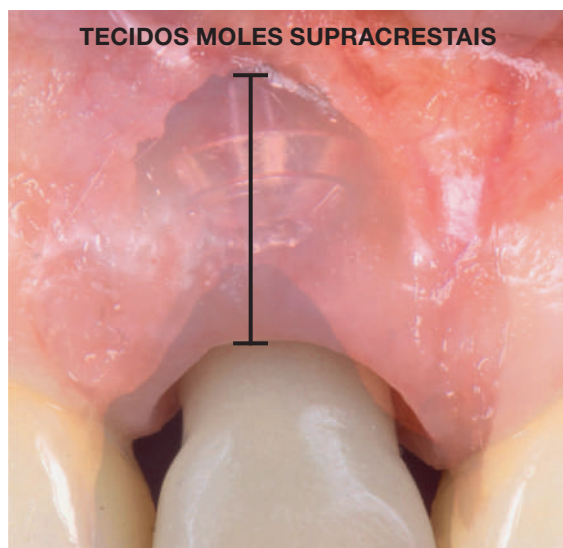




a gengiva compartilham características clínicas e histológicas semelhantes, mas também existem algumas diferenças importantes.

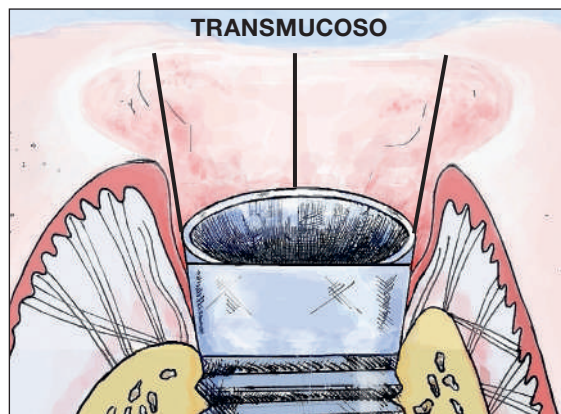
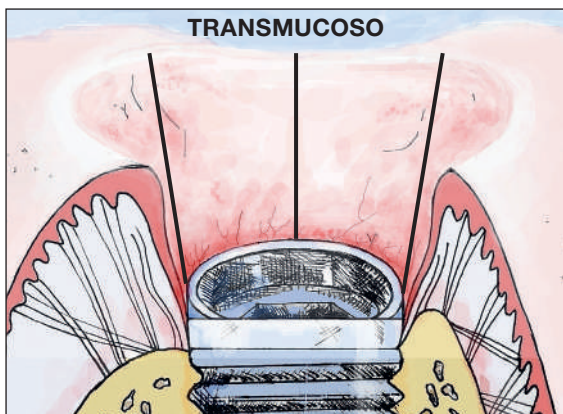
Assim como a gengiva, a superfície externa da mucosa peri-implantar também é revestida por um epitélio oral queratinizado, contínuo com um epitélio sulcular e um epitélio juncional delgado (com características semelhantes às do epitélio juncional periodontal) que termina aproximadamente 1 a 1,5 mm coronal à crista óssea e cujo comprimento depende do estado de saúde dos tecidos. Ao contrário das fibras supracrestais ao redor dos dentes que são inseridas no cimento radicular através da inserção do tecido conjuntivo, as fibras de colágeno do tecido conjuntivo no compartimento supraósseo peri-implantar se originam do periósteo na crista óssea e correm em uma direção paralela à superfície do implante em direção à margem do tecido mole, criando apenas uma adesão de tecido conjuntivo. O termo tecidos moles peri-implantares supracrestais

(TMSs) refere-se aos tecidos moles que envolvem um implante osseointegrado e cuja dimensão vertical corresponde à distância da crista óssea à margem da mucosa peri-implantar. O chamado transmucoso é o tecido que vai da superfície mais coronal do osso em contato com o implante até a margem peri-implantar; no sentido ápico-coronal, inclui o epitélio sulcular, o epitélio juncional e uma área de adesão de tecido conjuntivo. Na zona estética, o transmucoso e os tecidos moles supracrestais quase sempre coincidem e, sendo assim, os termos podem ser considerados sinônimos. Por outro lado, o canal mucoso (ou túnel mucoso), visível apenas após a remoção da prótese, corresponde à superfície interna dos tecidos moles peri-implantares que não estão aderidos à superfície unidade implante-prótese. Esta última definição foi introduzida para diferenciar esta zona do transmucoso, que compreende os tecidos aderidos à superfície unidade implante-prótese.



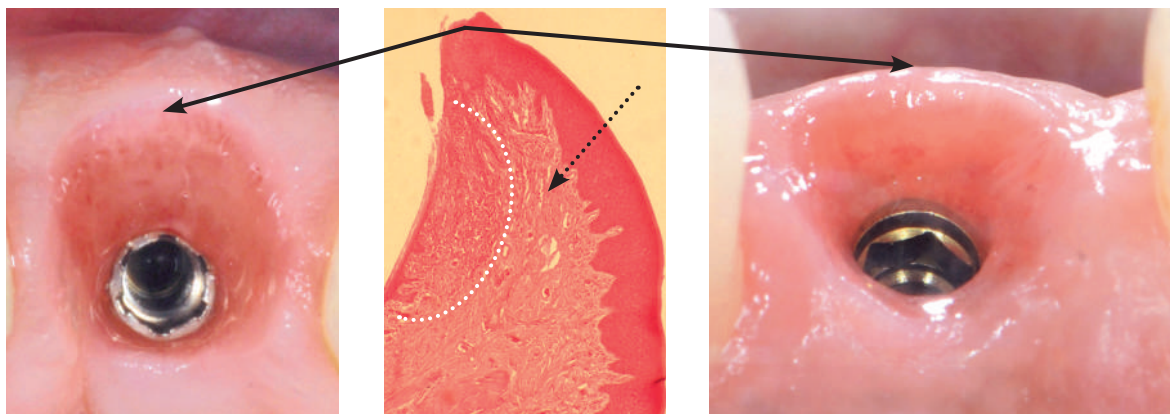


O tipo de implante – nível ósseo ou tecidual – pode influenciar a profundidade do túnel mucoso, mas não a altura dos tecidos moles suprcrestais.



Para evitar a recessão da margem da mucosa periimplantar (deiscência dos tecidos moles peri-implantares [DTMP]) ou o aspecto acinzentado da mucosa periimplantar devido às estruturas subjacentes da unidade implante-prótese, os tecidos moles suprcrestais devem ser aumentados em espessura. O desafio é estabelecer a espessura mínima dos tecidos moles que permita que o transmucoso permaneça estável e não sofra recessão diante de colonização bacteriana ou escovação traumática. Levando em consideração que, na dentição natural, a área ocupada pelo infiltrado inflamatório (linha branca pontilhada) induzido por acúmulo de biofilme bacteriano subgingival ou trauma devido à escovação dos dentes é de cerca de 1 a 1,5 mm, segue-se que a espessura do tecido conjuntivo compreendida entre o epitélio oral externo e o epitélio sulcular

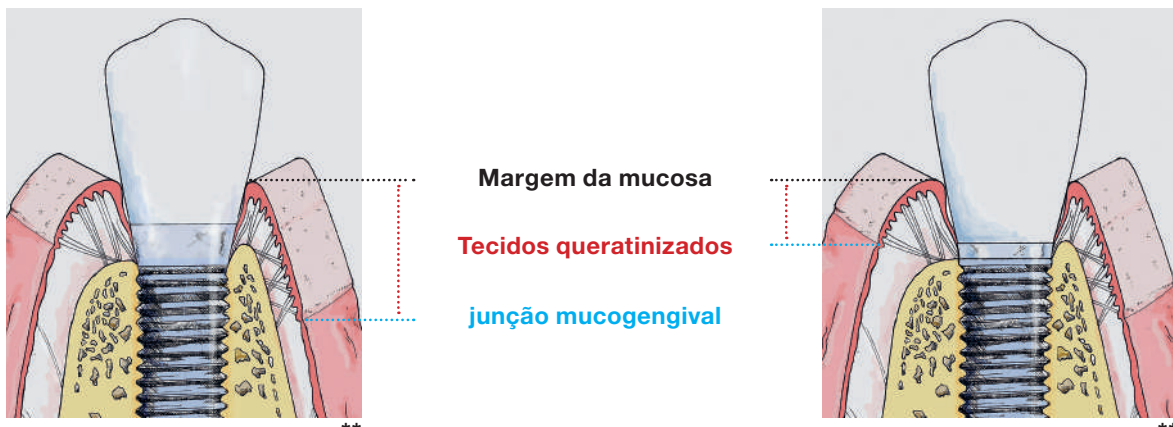
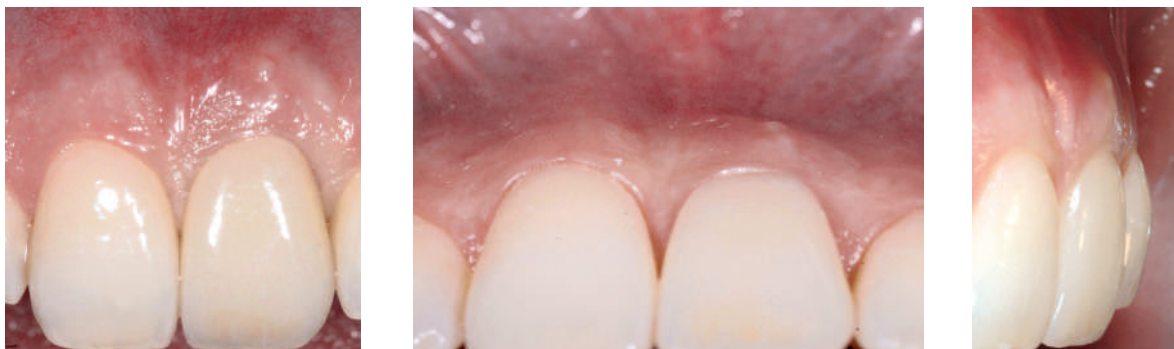
/juncional deve ser superior a 1,5 mm. Desta forma, uma área de tecido conjuntivo saudável (seta preta pontilhada) persistirá, garantindo suporte vascular à margem mucosa periimplantar (setas pretas) e evitando a recessão. Além disso, vários estudos destacam a necessidade de pelo menos 2 a 3 mm de espessura de tecido periimplantar, dependendo dos materiais protéticos utilizados, a fim de evitar a descoloração dos tecidos moles causada pela proximidade dos *abutment* implanto-protéticos subjacentes - uma situação que afetaria negativamente o resultado estético. Estas considerações levam à conclusão de que os tecidos moles (epitélio mais tecido conjuntivo) ao nível da porção suprcrestal requerem uma espessura de pelo menos 2 mm para prevenir tanto a ocorrência de recessão da mucosa quanto de descoloração do tecido em área estética.





Os tecidos queratinizados são medidos desde a margem da mucosa da prótese implantossuportada até à junção mucogengival. Tanto a cor quanto a altura mudam de um paciente para outro e de uma área para outra na boca do mesmo paciente; em alguns casos, são facilmente identificáveis, enquanto em outros pode ser difícil reconhecer a demarcação da linha mucogengival. A posição dessa última é determinada geneticamente e não é de forma alguma afetada pelo tipo de implante ou conexão protética. A altura dos tecidos queratinizados, em si, não está

correlacionada com o desenvolvimento de DTMP, mas pode ajudar a mascarar os *abutment* implanto-protéticos graças às características de seu tecido conjuntivo subjacente. No entanto, a altura dos tecidos queratinizados influencia no resultado estético e no controle do biofilme, tornando a escovação mais eficiente. A quantidade de tecido queratinizado ao nível da prótese implantossuportada não deve diferir da presente nos dentes adjacentes: tanto a falta como o excesso de tecidos queratinizados podem originar problemas estéticos.



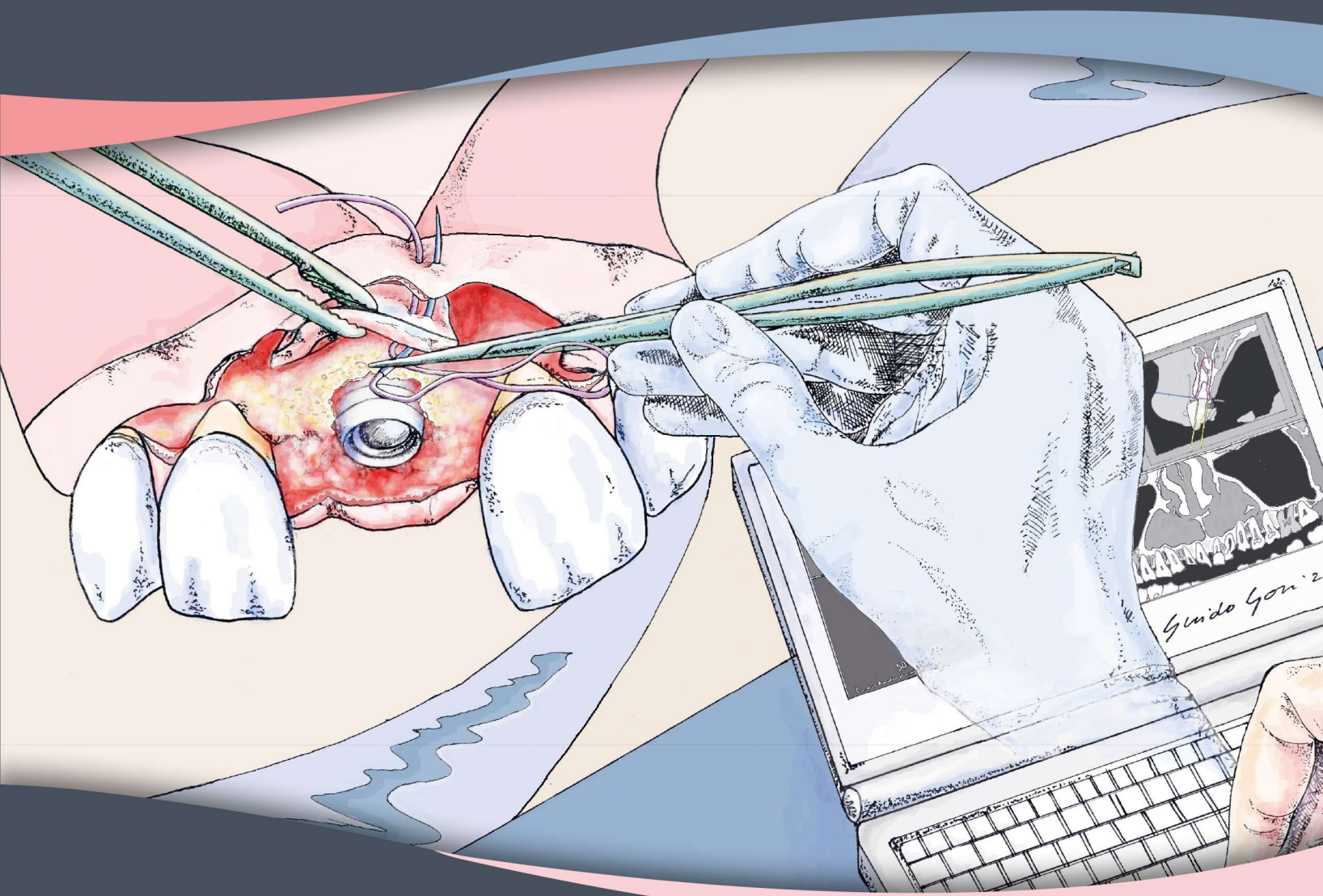


Giovanni Zucchelli

Claudio Mazzotti

# Cirurgia estética mucogengival ao redor de implantes

2



Coautores

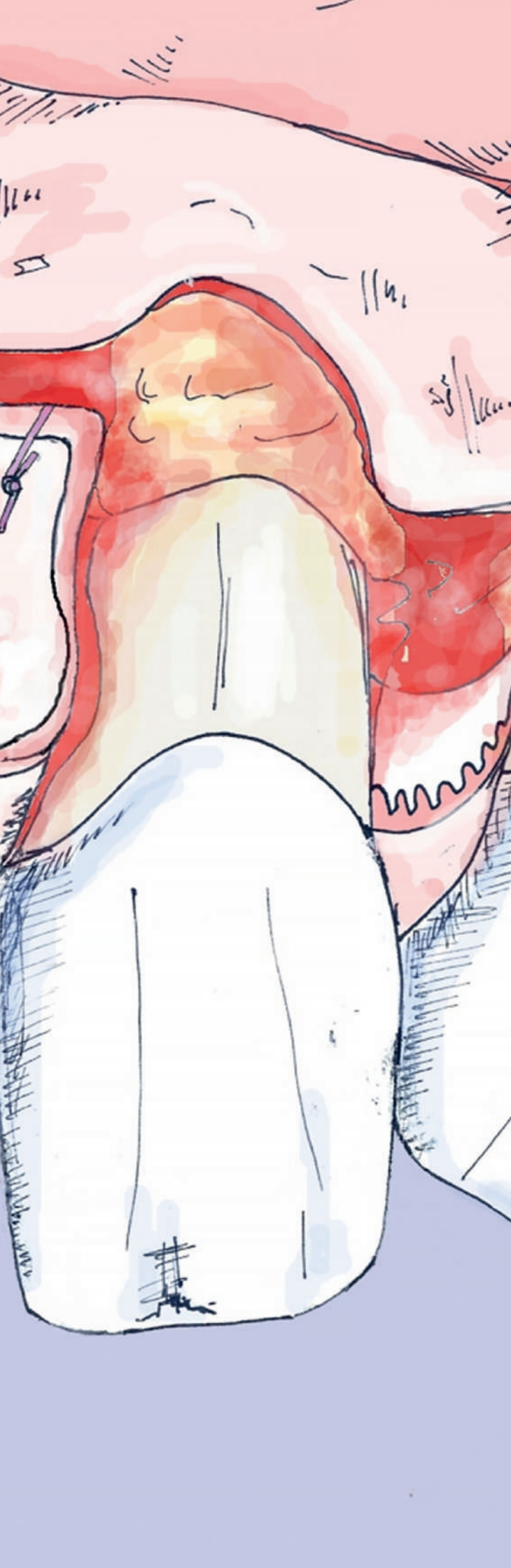
**Carlo Monaco**

**Martina Stefanini**

Ilustrações de Guido Gori

 NAPOLÉÃO EDITORA

 QUINTESSENCE PUBLISHING  
BRASIL



# 9

**Abordagem  
Mucogengival para  
a Substituição de  
um Dente Extraído  
por Razões  
Periodontais**





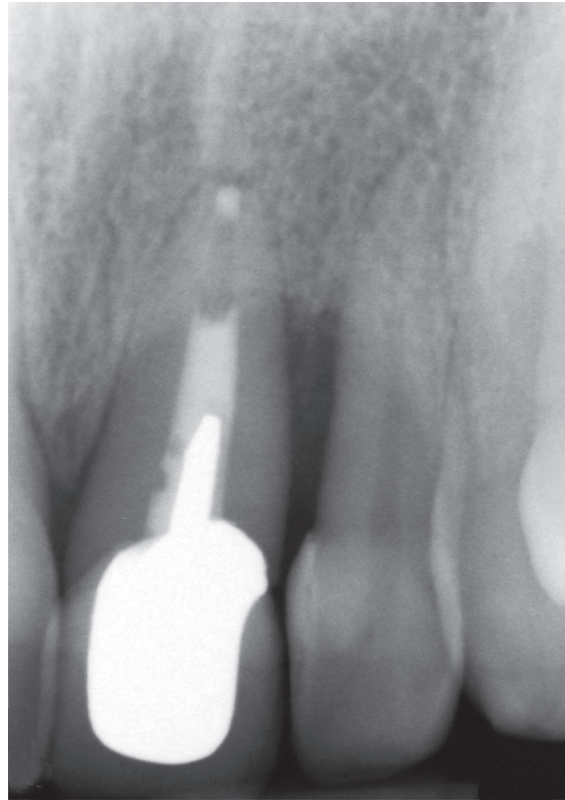
9

Este capítulo descreve as abordagens terapêuticas e as técnicas cirúrgicas que podem ser usadas na realização da terapia de implantes para a substituição de dentes na área estética que tiveram que ser extraídos por motivos periodontais. A doença periodontal é uma das principais razões para a perda de dentes, juntamente com a cárie dentária. O paciente com doença periodontal que necessita de extração de um dente na área estética é mais difícil de manejar do ponto de vista terapêutico do que um paciente que requer extração dentária por motivos odontológicos. Em primeiro lugar, o paciente afetado pela doença periodontal tem uma infecção de origem bacteriana que deve ser tratada antes de iniciar qualquer tipo de terapia de substituição de implantes. Além disso, a perda

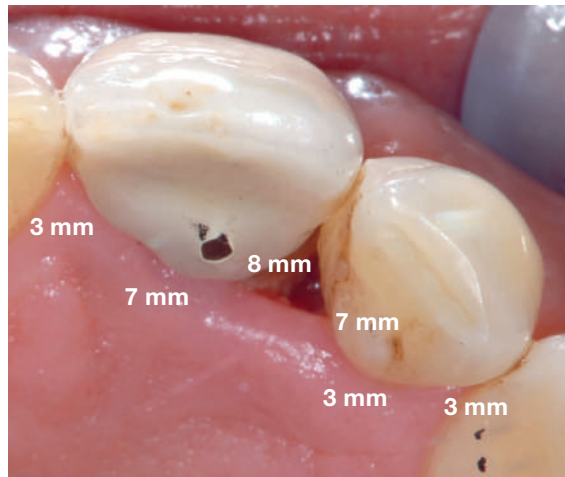
de um dente comprometido periodontalmente frequentemente resulta em déficits anatômicos mais pronunciados envolvendo os tecidos moles e duros. A terapia periodontal relacionada à causa, que inclui a extração de dentes com prognóstico desfavorável, e a subsequente terapia cirúrgica corretiva para o tratamento dos defeitos periodontais remanescentes devem sempre ser concluídas antes do início do planejamento do implante para a substituição do dente extraído.



Um paciente jovem afetado por uma forma severa de periodontite localizada apresentou um incisivo central superior com alta profundidade de sondagem periodontal nas faces vestibular, distal e palatina. O defeito periodontal envolvia a face mesial do incisivo lateral adjacente, levando a profundidades de sondagem patológicas nessa área também. O exame radiográfico intrabucal revelou uma perda óssea predominantemente horizontal no nível interdental, com a presença de um pequeno defeito intraósseo mesial ao incisivo lateral. O incisivo central era um dente tratado endodonticamente no qual um pino foi colocado. Em relação ao prognóstico, o aspecto mais negativo foi a proximidade entre as raízes dos incisivos central e lateral e a perda completa dos tecidos moles interdentais. Ambos os fatores descartam a possibilidade de realizar qualquer tipo de tratamento regenerativo periodontal. A proximidade da raiz não permite uma distinção clara entre as profundidades de sondagem distais do incisivo central e mesiais ao incisivo lateral. Além disso, a presença de um septo interdentário estreito levava à perda óssea horizontal, mesmo que a infecção e a subsequente perda de inserção afetassem inicialmente apenas uma das duas superfícies radiculares adjacentes (dado que o infiltrado inflamatório tem um raio variando entre 1 e 1,5 mm). Nestes cenários clínicos, aconselha-se



nunca extrair os dois dentes adjacentes, mas primeiro extrair um e aguardar a cicatrização do sítio da extração antes de tomar uma decisão final sobre o dente remanescente. A escolha de extrair o incisivo central, e não o lateral se baseou, principalmente, nas profundidades de sondagem vestibular e palatina e na pior condição dentária geral – um dente restaurado proteticamente com tratamento de canal e um pino endodôntico.





Por essas razões, o incisivo central superior esquerdo foi considerado sem esperança e planejado para extração, enquanto o incisivo lateral teria que ser reavaliado vários meses após a extração.



Uma ponte de Maryland colada aos dentes adjacentes foi usada para a substituição provisória do dente extraído.

Isso permite que o paciente tenha uma solução protética provisória que seja estética e funcionalmente satisfatória. É crucial evitar causar sofrimento excessivo ao paciente durante o tempo necessário para concluir a terapia periodontal corretiva e relacionada à causa no restante da boca. Nesse período,

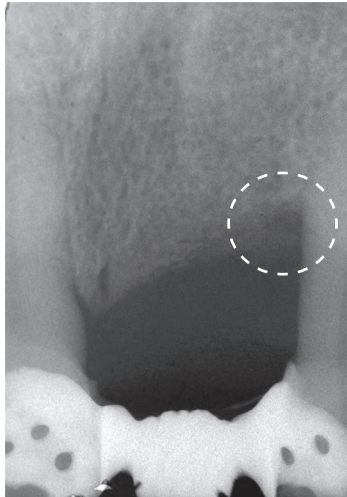
a cicatrização do sítio da extração também ocorrerá, e será possível reavaliar a situação periodontal ao nível do incisivo lateral. A duração desta fase varia de um paciente para outro (dependendo, por exemplo, do número de cirurgias corretivas necessárias para tratar os defeitos decorrentes da doença periodontal) e também de um sítio para outro (dependendo da extensão de perda óssea), mas sempre durará pelo menos 6 meses.



Durante esses meses, o elemento pântico da ponte de Maryland é progressivamente reduzido para não interferir na cicatrização dos tecidos moles. Concluída a cicatrização, o elemento pântico pode ser modificado, recriando um perfil vestibular, recorte cervical e altura ideal da coroa protética usando o dente adjacente como referência. Isso permitirá uma avaliação mais precisa do tipo de deficiência (horizontal, vertical ou combinada) e o tamanho do defeito ao nível do sítio edêntulo: informações fundamentais para a escolha da abordagem cirúrgica. Ao contrário dos casos de extrações feitas

por motivos dentários, em que o defeito no sítio edêntulo é principalmente horizontal (*ver capítulo 6*), em casos de extração dentária por motivos periodontais, o defeito resultante é quase sempre combinado (horizontal e vertical). Isso ocorre devido à maior perda óssea que frequentemente afeta as paredes vestibular e palatina, bem como a perda de inserção interproximal afetando um ou dois dentes adjacentes, levando à perda dos picos ósseos interdentais. Esses fenômenos também são os principais culpados por trás da recessão da papila entre dois dentes adjacentes.





A radiografia periapical feita 6 meses após a extração do incisivo central mostra boa remineralização óssea no sítio edêntulo, enquanto um defeito horizontal com um pequeno componente intraósseo (< 3 mm) permanece mesial ao incisivo lateral.

Clinicamente, há uma bolsa de 5 mm mesial ao incisivo lateral sem sangramento à sondagem; uma recessão gengival de 1,5 mm está presente na face vestibular; e ao nível da papila mesial há uma recessão de 3 mm, tendo como ponto de referência o vértice a papila mesial do incisivo central íntegro (*PAP na imagem da próxima página*). No sítio edêntulo há uma deficiência combinada do rebordo: um defeito vertical leve a moderado (na proximidade do incisivo lateral) e horizontal. A decisão foi tomada para tratar o defeito do tecido mole antes de realizar a cirurgia corretiva (regenerativa) para tratar o defeito intraósseo mesial ao incisivo lateral. O motivo dessa escolha foi a ausência de sangramento à sondagem no sítio do defeito e a preocupação com o tratamento do defeito intraósseo que teria levado a uma

maior recessão da papila. O tratamento simultâneo do defeito ósseo vertical e da deficiência do rebordo dos tecidos moles não era uma opção, uma vez que o tratamento regenerativo do primeiro exigiria o rebatimento total do retalho de espessura, enquanto a técnica cirúrgica para aumento dos tecidos moles se beneficia do tecido conjuntivo supracrestal no sítio edêntulo. Na opinião dos autores, a técnica cirúrgica de primeira escolha para o tratamento de uma deficiência de rebordo combinado é a técnica de plataforma de tecido conjuntivo.

