

Técnica vista em enxerto de tecido conjuntivo em área estética peri-implantar – relato de caso

Technique seen in connective tissue graft in peri-implant esthetic area – case report



Tarcio Hiroshi Ishimine Skiba¹
Daniele Paraguassú Fagundes de Souza²
Bruno Martins Costa de Sá³
Claudio Ferreira Nóia⁴
Rodrigo Cunha⁵
Leandro Castro Lima⁶

¹ Prof. da Especialização em Implantodontia - SOEP e CORAVRO.

² Prof.^a - FIMCA/RO.

³ Prof. da Especialização em Implantodontia - SOEP e CORAVRO.

⁴ Prof. – UNICAMP.

⁵ Consultor científico - Implacil de Bortoli.

⁶ Prof. da Especialização em Dentística - Instituto Ensino Superior/RJ.

E-mail do autor: fsmizutani@gmail.com

Como citar este artigo:

Skiba THI, Souza DPF, Sá BMC, Nóia CF, Cunha R, Lima LC. Técnica vista em enxerto de tecido conjuntivo em área estética peri-implantar – relato de caso. Full Dent. Sci. 2021; 13(49):8-13.
DOI: 10.24077/2021;1349-CG813

RESUMO

A obtenção de uma arquitetura de tecido mole satisfatório é requisito de fundamental importância em reabilitações com implantes dentários, especialmente em áreas estéticas. O objetivo desse trabalho é fazer o relato de um caso clínico, em que foi utilizado enxerto de tecido conjuntivo através da técnica VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) para ganho em espessura de mucosa peri-implantar em região de pré-maxila. Conclusão: a técnica se mostrou satisfatória e previsível de sucesso, podendo ser uma ótima alternativa para procedimentos de aumento em espessura de mucosa peri-implantar.

Descritores:

ABSTRACT:

Obtaining a satisfactory soft tissue architecture is a requirement of fundamental importance in rehabilitation with dental implants, especially in aesthetic areas. The objective of this paper is to report a clinical case, in which a connective tissue graft was used by the VISTA technique (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) to gain thickness of the peri-implant mucosa in the premaxillary region. Conclusion: the technique proved to be satisfactory and predictable of success, and could be an excellent alternative for procedures to increase the thickness of the peri-implant mucosa.

Descriptors:

INTRODUÇÃO

A estética do sorriso tem sido extremamente valorizada e buscada pelos pacientes na atualidade, com isso a odontologia reabilitadora se depara com os desafios de uma arquitetura gengival satisfatória que alcance os resultados esperados funcionais e estéticos¹⁻³. A instalação de implantes dentários é previsível de sucesso em termos de osseointegração, contudo para definir a real indicação deste tipo de reabilitação, deve-se levar em consideração diversos aspectos clínicos que vão além da osseointegração em si⁴. Uma avaliação clínica criteriosa e o planejamento integrado entre implantodontia, periodontia e prótese dentária possibilita previsibilidade estética e funcional do tratamento reabilitador⁵. Um periodonto saudável garante a integridade dos tecidos de sustentação e proteção, tanto ao redor de dente ou implante, pois a estabilidade da integridade biomorfológica garante ausência de danos aos tecidos de sustentação⁶. Caso haja desestabilização biológica é esperado o aparecimento de defeitos mucogengivais e alterações no fenótipo gengival⁷. Regiões estéticas apresentam prognóstico duvidoso no resultado reabilitador final, portanto a utilização de exames complementares ganha prestígio na etapa de planejamento. Radiografia e tomografia do tipo cone beam podem auxiliar na avaliação sobre a qualidade, altura e espessura óssea que em conjunto com a anamnese, fornecerão informações suficientes sobre hábitos parafuncionais, histórico médico e expectativas do paciente⁸. Na reabilitação periimplantar em região estética, não se deve negligenciar o prognóstico duvidoso, principalmente na porção vestibular, pois a perda da tábuca óssea e da arquitetura e saúde periodontal comprometem o resultado final. Quando houver dúvidas sobre a estabilidade e estética periodontal, deve-se considerar a remodelação tecidual dos tecidos periimplantares através de técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo, visando à adequação do volume e forma dos tecidos periimplantares^{9,10}. A presença do defeito mucogengival apresenta inflamação constante e recessão gengival nas áreas onde a gengiva inserida é menor que 2mm ou até mesmo ausente, o que compromete a integridade e manutenção periodontal¹¹. A abordagem da técnica Vista (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*) preconiza que previamente à cirurgia seja realizado bochecho de 1 minuto com 10 ml de solução de digluconato de clorexidina a 0,12 % visando melhor controle microbiano da cavidade oral¹². Na execução da técnica cirúrgica deve-se realizar duas incisões verticais subperiosteais respeitando a distância de pelo menos 5 mm da margem gengival em direção à linha mucogengival, visando minimizar o risco do tecido compreendido entre a incisão e a margem ceder durante a etapa de elevação do túnel¹³. Nesta

técnica os tunelizadores realizam o descolamento total do tecido gengival, criando um túnel para acomodação do enxerto gengival conjuntivo), sendo de suma importância a total mobilidade e elasticidade do tecido gengival¹⁴⁻¹⁶. A estabilização do tecido gengival reposicionado coronalmente deve ser realizada com sutura suspensória e com ancoragem gengival¹².

RELATO DE CASO

Paciente C.R. gênero feminino, 35 anos, procurou a Clínica de Especialização em Implantodontia queixando-se da insatisfação estética devido à perda de volume em espessura na região de pré-maxila (na região entre os elementos 12 a 22). Durante a anamnese a paciente não relatou nenhum dado médico relevante, possuindo bom estado de saúde geral. Ao exame clínico da região periimplantar observou-se comprometimento estético devido à perda de volume, fato este que justifica a realização da cirurgia periodontal estética através de enxerto de tecido conjuntivo (Figuras 1 e 2). O plano de tratamento proposto para este caso foi o avanço coronal do retalho associado à colocação de enxerto gengival conjuntivo através da técnica VISTA. Previamente à cirurgia foi pedido ao paciente que realizasse um bochecho de 1 minuto com 10 ml de solução de digluconato de clorexidina a 0,12 %, realizou-se bloqueio anestésico do alveolar superior anterior e infiltrativas papilares. O acesso cirúrgico foi realizado através de duas incisões verticais subperiosteais 5 mm da margem gengival em direção à linha mucogengival (Figura 3). Após a incisão iniciou-se o descolamento total de toda gengiva inserida na região dos dentes 13 e 23 e retalho dividido nas proximidades dos abutments e provisórios com lâmina 15C (STAINLESS STEEL, Swann-Morton®, Inglaterra) na extensão do 12 ao 22, criando um túnel supraperiosteal. Na técnica VISTA são utilizados tunelizadores para liberação tecidual do túnel, os quais são introduzidos através das incisões vestibulares para descolamento total e parcial do tecido gengival, criando um túnel para acomodação do enxerto gengival conjuntivo subepitelial. A extensão horizontal do túnel subperiosteal deve ser até pelo menos um ou dois dentes além do último dente que necessita de recobrimento radicular e no sentido vertical (em direção coronal) deve ultrapassar a linha mucogengival em direção a mucosa. Nesta etapa é muito importante total mobilidade e elasticidade do tecido gengival, sendo assim foi realizada a elevação das papilas conferindo ao tecido total movimentação para realizar o reposicionamento coronal do retalho. Após a etapa de confecção do túnel e liberação tecidual, retirou-se do palato o enxerto gengival, e na sequência, fora da boca, foi realizada a remoção do epitélio com lamina de busturi, obten-

do uma peça de tecido conjuntivo com espessura de 2 mm e largura seguindo a extensão da área cirúrgica (Figuras 4-7). A inserção do enxerto gengival na área tunelizada foi iniciada na incisão distal do dente 23, percorrendo através dos sulcos gengivais da área cirúrgica em direção à incisão distal do dente 13. Ao sair na incisão vertical na altura do dente 13, o enxerto é capturado pela agulha de sutura e introduzido no túnel de forma ao encontro da incisão vertical na altura do dente 23. A agulha de sutura realizou o mesmo percurso que fez anteriormente, mas no sentido inverso, visando sair pelo mesmo trajeto que entrou. Desta forma o enxerto foi introduzido no interior do túnel com o

auxílio de pinça Dietrich (Supremo Instrumentais) para depois ser realizado o fechamento com suturas com fio de politetrafluoretileno - PTFE (MICROPTFE, Microsuture, Brasil) para estabilização do enxerto no tecido tunelizado próximos as incisões verticais dos dentes 13 e 23 (Figuras 8 e 9). O tecido tunelizado foi reposicionado coronalmente na altura de 2 a 3 mm da junção-cemento-esmalte dos dentes vizinhos e estabilizados com sutura do tipo colchoeiro vertical com ancoragem gengival com ancoragem coronária realizada em cada dente envolvido na extensão da área cirúrgica do enxerto gengival e tracionando todo o conjunto no sentido coronal (Figura 10).



Figura 1 – Vista oclusal da mucosa periimplantar e provisórios sobre implantes dos elementos 12 ao 22 (note o fenótipo gengival fino e pouco queratinizado)



Figura 2 – Vista vestibular da mucosa periimplantar e provisórios sobre implantes dos elementos 12 ao 22.



Figura 3 – Incisões verticais subperiosteais para acesso à toda área cirúrgica e descolamento com tunelizadores.



Figura 4 – Gabarito da área cirúrgica para remoção do enxerto gengival.



Figura 5 – Enxerto de tecido conjuntivo desepitelizado após remoção do palato



Figura 6 – Vista frontal do enxerto conjuntivo desepitelizado com espessura de 2 mm e extensão de toda a área cirúrgica.



Figura 7 – Vista oclusal do enxerto posicionado sobre a mucosa vestibular



Figura 8 – Vista vestibular da inserção do enxerto no interior do túnel com auxílio de pinça e fio de sutura.



Figura 9 – Vista oclusal da inserção do enxerto no interior do túnel com auxílio de pinça e fio de sutura.



Figura 10 – Vista vestibular do enxerto estabilizado no interior do túnel através de suturas.



Figura 11 – Vista vestibular das suturas com ancoragem coronária e fechamento das incisões verticais.



Figura 12 – Vista oclusal do pós-operatório imediato. Observe o ganho de volume imediato.



Figura 13 – Vista oclusal da região operada no acompanhamento cirúrgico de 6 meses de pós-operatório.



Figura 14 – Vista oclusal da região operada no dia da finalização das coroas definitivas metal-free (8 meses).

DISCUSSÃO

Estudos clínicos têm relatado êxito na utilização do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial na melhoria de defeitos estéticos periimplantares^{8,11}, além da importância de proporcionar resultados estéticos e funcionais dentro dos procedimentos reabilitadores¹⁻³. Alguns autores relatam a importância de incluir no planejamento exames complementares devido ao prognóstico duvidoso no recobrimento tecidual⁹ e portanto, caso haja dúvidas acerca do prognóstico, deve-se realizar o enxerto de tecido conjuntivo subepitelial^{9,10}.

No planejamento de implantes dentários, principalmente em região estética, deve-se considerar a arquitetura gengival como um dos pilares da reconstrução, pois prognósticos duvidosos na porção vestibular estão presentes devido a possíveis perdas de volume ósseo^{9,10}. Ficou claro na literatura que os conhecimentos e habilidades sobre manipulação tecidual aumentam as chances de sucesso na modificação do fenótipo gengival e correção de defeitos estéticos, sendo que a chave para o sucesso é o domínio da técnica cirúrgica eleita^{8,12}.

A recessão gengival na região periimplantar pode ter como consequência a exposição das rosas do implante ou do componente protético, causando uma aparência estética desagradável. O enxerto de tecido conjuntivo tem sido fortemente estudado para o tratamento das recessões gengivais e alteração de fenótipo periodontal, além dos benefícios sobre o ganho de espessura e altura do tecido gengival em regiões estéticas¹². As técnicas cirúrgicas clássicas para correção de recessões gengivais apresentam uma série de limitações, tais como a necessidade de realização de incisões relaxantes, a possibilidade de cicatrizes devido à incisão do periósteo, prognósticos desfavoráveis na correção de recessões gengivais múltiplas contíguas, pós-operatório doloroso, a tensão nos tecidos periodontais e a possível recidiva das recessões durante a fase de cicatrização^{16,12}. Pensando nas desvantagens associadas às técnicas cirúrgicas clássicas utilizadas no recobrimento radicular, foi introduzida uma nova técnica de tunelização, batizada de técnica VISTA (*Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access*).

A Técnica VISTA possui caráter minimamente invasivo e oferece vantagens sobre as técnicas convencionais para enxerto de tecido conjuntivo subepitelial, não somente do ponto de vista estético como também no conforto pós-operatório do paciente, elevada capacidade de recobrimento radicular e o sucesso no tratamento de múltiplas recessões gengivais contíguas¹².

CONCLUSÃO

Diante do resultado clínico e estético alcançado neste caso clínico, pôde-se concluir que a técnica VISTA foi efetiva no ganho de volume horizontal e reco-

brimento coronal em região periimplantar estética. A técnica VISTA é uma alternativa viável como primeira escolha, pois possibilita a otimização do fenótipo gengival, correção de defeitos periodontais estéticos, além do mínimo desconforto pós-operatório ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Almeida JM, Theodoro LH, Faleiros LP, Garcia VG, Nagata MJH, Bosco AF. Enxerto de tecido conjuntivo para correção da margem peri-implantar. *PerioNews* 2013; 7(4):350-354.
2. Kan JY, Rungcharassaeng K, Lozada JL. Bilaminar subepithelial connective tissue grafts for immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone. *J Calif Dent Assoc.* 2005; 33(11):865-871.
3. Greenwell H, Fiorellini J, Giannobile W, Offenbacher S, Salkin L, Townsend C, et al. Oral reconstructive and corrective considerations in periodontal therapy. *J Periodontol.* 2005; 76(9):1588-1600.
4. Silva FD, Valiati R, Pfeiffer AB. Implicações da perda óssea peri-implantar em área estética / Clinical implications of the peri-implantar bone loss in the esthetic zone *Innov. implant. j., biomater. esthet. (Impr.)* 2008; 3(5): 47-53.
5. Cairo F. Periodontal plastic surgery of gingival recessions at single and multiple teeth. *Periodontology* 2000; 75(1):296-316.
6. Dominiak M, Gedrange T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* 2014; 23(6): 857- 863.
7. Ravipudi S, Appukkuttan D, Prakash PSG, Victor DJ. Gingival recession: Short literature review on etiology, classifications and various treatment options. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 2017; 9(2): 215-220.
8. Venturim RTZ, Joly JC, Venturim LR. Técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo para o tratamento da recessão gengival. *Rev Gaúcha Odontol* 2011; 59(0):147-152.
9. Zucchelli G, Mounssif I. Periodontal plastic surgery. *Periodontology* 2000 2015; 68(1):333-368.
10. Merijohn, G. K. Management and prevention of gingival recession. *Periodontology* 2016; 71(1): 228-242.
11. Camargo PM, Melnick PR, Kenney EB. The use of free gingival grafts for aesthetic purposes. *Periodontology* 2000 2001; 27(1), 72-96.
12. Zadeh HH. Minimally invasive treatment of maxillary anterior gingival recession defects by vestibular incision subperiosteal tunnel access and platelet-derived growth factor BB. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2011; 31(6): 653-660.
13. Dandu S, Murthy K. Multiple gingival recession defects treated with coronally advanced flap and either the VISTA technique enhanced with GEM 215 or periosteal pedicle graft: A 9-month clinical study. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2016; 36(2): 231-237.
14. Saira Koshy B, Mahendera J, Vijayalakshim R. Platelet-Rich Fibrin- Reinforced Vestibular Incision Subperiosteal Tunnel Access (VISTA) Technique for multiple Root Coverage-A Case Report. *Journal Of Cochin Periodontists Society* (2016).
15. Zuhr O, Fickl S, Wachtel H, Bolz W, Hürzeler MB. Covering of Gingival Recessions with a Modified Microsurgical Tunnel Technique: Case Report. *The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry* 2007; 27(5): 457-463.
16. Jung R, Zadeh H. Simposio. Injerto de tejido blando en dientes e implantes. In M. G. Gargallo (Ed.), *Fundación Española De Periodoncia e Implantes Dentales* 2014; 53(9).