



CURSO DE ODONTOLOGIA

THAMIRIS ARAÚJO ASSIS

**ENXERTO DE CONJUNTIVO PARA RESOLUÇÃO
ESTÉTICA EM ÁREA DE IMPLANTE OSSEO
INTEGRADO: relato de caso**

**CONNECTIVE TISSUE GRAFT FOR AESTHETIC
RESOLUTION IN OSSEOINTEGRATED IMPLANT AREA:
case report**

SALVADOR

2019.1

THAMIRIS ARAÚJO ASSIS

**ENXERTO DE CONJUNTIVO PARA RESOLUÇÃO
ESTÉTICA EM ÁREA DE IMPLANTE
OSSEOINTEGRADO: relato de caso**

**CONNECTIVE TISSUE GRAFT FOR AESTHETIC
RESOLUTION IN OSSEOINTEGRATED IMPLANT AREA:
case report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Bittencourt

SALVADOR

2019.1

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Maria e Cristiane, pelo amor e incentivo. Obrigada pela oportunidade de formação. Sem vocês eu não chegaria até aqui. Minha fonte inesgotável.

À minha irmã, Giovanna, e minha tia, Ivana, pelo apoio incondicional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sandro Bittencourt, pela brilhante orientação. Obrigada pela oportunidade de aprendizado ao lado de alguém tão humanista, generoso, dedicado e que coloca tanto amor no que faz. Meu exemplo de formação. O sentimento que fica é de eterna gratidão.

À minha dupla de faculdade, Laís Sampaio, pela parceria e respeito. A caminhada ao seu lado foi mais fácil.

Aos amigos da Bahiana, Catarina Barreto, Luana Tavares, Nathalie Lima, Laís Nascimento, Bianca Dórea e Layana Sampaio pelo companheirismo, ensinamentos e por todos os momentos que passamos juntas.

À minha segunda família, Thássia Lisboa, Natália Souza, Renata Ventin, pelo suporte. Vocês estiveram ao meu lado em todos os momentos. Sou grata por nossos caminhos terem se cruzado.

À minha amiga, Nathália Raposo, pelo amparo, torcida, confiança e cuidado. Obrigada pela linda amizade que estamos construindo juntas.

Às minhas primas, Larissa, Thaís e Mariana Assis, por todos os anos de irmandade.

Aos meus amigos, Antônio Lázaro e Bárbara Oliveira pelo carinho e zelo.

Aos meus amigos de infância, Robson Villasboas e Highlane Polon, por nunca terem soltado a minha mão. Muito mais que amigos, irmãos.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Odontológico

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética

ANEXO 3 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

RESUMO

Agenesia é definida como sendo a falta do desenvolvimento congênito dos dentes. A prevalência da ausência do incisivo lateral superior é da ordem de 2%, sendo o terceiro dente mais acometido. Os implantes dentais têm se tornado uma importante opção terapêutica para reabilitação de edentulismo unitário em área anterior. O sucesso dessa técnica depende, não somente da osseointegração mas também de adequado volume de tecido mole, proporcionando assim, um sorriso harmonioso. O emprego do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS) associado ao implante torna-se substancial quando ocorre a perda de tecidos mole e/ou ósseo para o aumento da espessura gengival e correção dos defeitos estéticos. O objetivo deste trabalho é relatar o uso de ETCS para corrigir defeito estético ao redor de implante unitário previamente instalado, ressaltando detalhes técnicos cirúrgicos e protéticos que contribuíram para a resolução do caso. Paciente do gênero feminino, 23 anos, reabilitou ausência da unidade 2.2, decorrente de agenesia dental, com implante osseointegrável e enxerto ósseo. Após dois anos, a paciente relatou queixa estética decorrente de deficiência de espessura de tecido mole ao redor do implante. Foi, então, planejado o uso ETCS para tratar o defeito peri-implantar. Após preservação de 18 meses, a paciente demonstra satisfação com o resultado alcançado. Portanto, o uso de implante dental combinado como ETCS demonstra ser uma opção adequada para tratar a agenesia de um incisivo lateral superior, alinhando função e estética.

PALAVRAS-CHAVE: Tecido conjuntivo; Implante; Estética.

ABSTRACT

Agenesis is defined as the lack of congenital tooth development. The prevalence of absence of the upper lateral incisor is of the order of 2%, being the third tooth more affected. Dental implants have become an important therapeutic option for the rehabilitation of unitary edentulism in anterior area. The success of this technique depends not only on osseointegration but also on adequate volume of soft tissue, thus providing a harmonious smile. The use of implant-associated subepithelial connective tissue graft (SCTG) has become substantial when loss of soft and / or bone tissue occurs to increase gingival thickness and to correct aesthetic defects. The objective of this work is to report the use of SCTG to correct aesthetic defect around a previously installed unit implant, highlighting surgical and prosthetic technical details that contributed to the resolution of the case. A 23-year-old female patient, rehabilitated the absence of unit 2.2, due to dental agenesis, with osseointegrable implant and bone graft. After two years, the patient reported aesthetic complaint due to soft tissue thickness deficiency around the implant. SCTG was then planned to treat the peri-implant defect. After 18-month follow-up, the patient is satisfied with the result achieved. Therefore, the use of combined dental implant as SCTG demonstrates to be an adequate option to treat the agenesis of a superior lateral incisor, aligning function and aesthetics.

KEY-WORDS: Connective tissue; Implant; Aesthetics

1. INTRODUÇÃO

A cirurgia plástica periodontal tem suas origens na cirurgia mucogengival, na qual eram realizados enxertos epiteiais livres. Após uma busca por melhores resultados estéticos, houve transição da cirurgia mucogengival clássica para a cirurgia periodontal plástica passando a utilizar o ETCS^(1,2).

A procura pelo uso de implantes dentários para melhorar as demandas funcionais e estéticas para a ausência da dentição aumentou significativamente⁽³⁾. No entanto, quando a remoção do dente é acompanhada por perda de tecidos mole e/ou ósseo, muitas vezes se faz necessário realizar procedimentos que corrijam tais defeitos⁽⁴⁾. Os tecidos peri-implantares apresentam diferenças significativas em relação aos tecidos periodontais, pois aqueles contêm significativamente mais colágeno, menos fibroblastos, leucócitos e vasos sanguíneos e ausência de cemento e ligamento periodontal⁽⁵⁾.

Pacientes que apresentam fenótipos finos, associados a formas dentárias longas e estreitas são mais susceptíveis a recessão gengival e defeitos em tecido mole após instalação de implante^(1,6). Um fenótipo de tecido gengival espesso apresenta maior resistência à recessão gengival traumática e inflamatória, maior estabilidade e volume da margem gengival, além de facilitar o manejo do tecido durante toda a fase do tratamento restaurador⁽³⁾. Os ETCS são indicados para aumento de volume, largura e espessura de tecidos moles, para tratamento de recessões gengivais e para aumentar os resultados estéticos após implante⁽⁷⁾.

Muitos locais doadores intraorais foram descritos para obtenção do ETCS⁽⁸⁾. Eles se diferenciam em sua forma geométrica: os enxertos da tuberosidade são mais volumosos, os do palato lateral posterior são bastante finos, enquanto que os do palato anterior podem frequentemente ser extensivos com uma grande superfície. A tuberosidade maxilar e o palato lateral posterior apresentam tecido mais denso, sendo, aparentemente, menos suscetíveis à contração. Porém, podem sofrer necrose mais facilmente e não apresentam o volume máximo que pode ser obtido do palato anterior^(2,8).

A remoção do ETCS só deve ser realizada após um entendimento completo da anatomia dos locais doadores, uma compreensão da integração dos tecidos e dos processos de revascularização⁽²⁾. A adaptação, estabilização e hemostasia são de extrema importância para que o enxerto sobreviva inicialmente por difusão plasmática, pois ele não tem suprimento direto do sangue sobrevivendo assim pela circulação plasmática do local receptor, e depois por revascularização. Conjuntamente, ocorre a reepitelização, mostrando que a sobrevivência do enxerto depende apenas da camada de tecido conectivo transplantado. Após o décimo primeiro dia pós-operatório começa a maturação, na qual a quantidade de vasos sanguíneos é progressivamente reduzida a um número que é normalmente encontrado na mucosa oral e, ao mesmo tempo, o epitélio amadurece e forma uma camada de queratina^(2,8-10).

O sucesso da terapia de implante dentário não é apenas baseada na osseointegração, mas na habilidade do cirurgião em criar uma harmonia estética gengival incluindo saúde, altura, volume e contorno ideais com a dentição remanescente⁽¹⁾. Tanto a estética dentária quanto a gengival agem em conjunto para proporcionar um sorriso harmonioso⁽⁴⁾.

O conhecimento sobre o assunto abordado no presente relato de caso tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas, estando em constante evolução. Dessa forma, o presente artigo justifica-se pela contribuição na divulgação da conduta clínica adotada, bem como, pela análise crítica das abordagens presentes na literatura científica.

O objetivo deste trabalho é relatar o uso de ETCS para corrigir defeito estético ao redor de implante unitário previamente instalado, ressaltando detalhes técnicos cirúrgicos e protéticos que contribuíram para a resolução do caso.

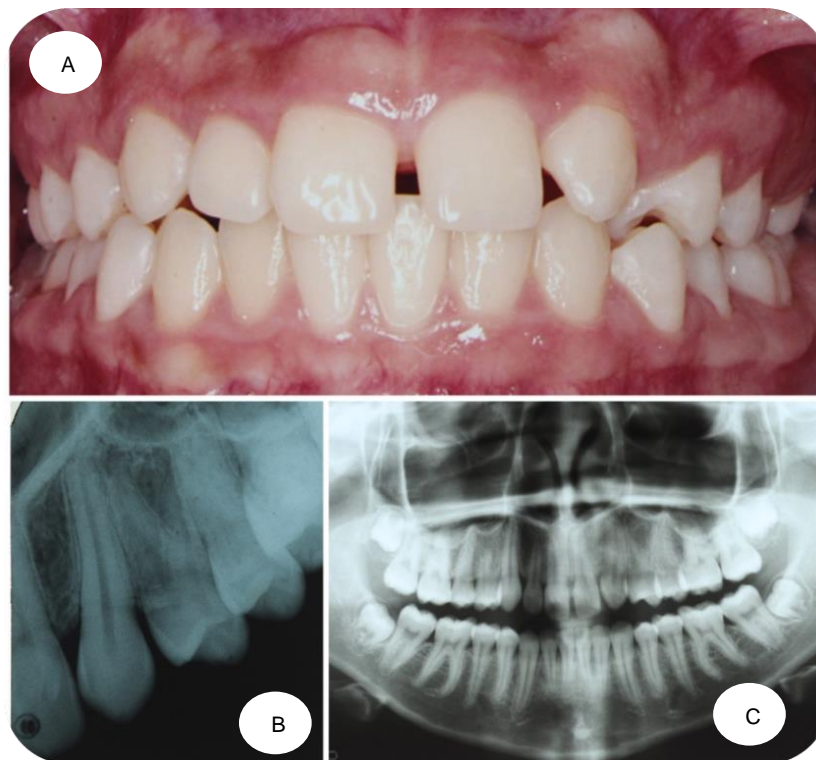
2. RELATO DE CASO

Paciente T.A.A., gênero feminino, 23 anos, leucoderma, não fumante, ASA I e com boa saúde bucal, compareceu à clínica para tratamento odontológico com a queixa estética na unidade 2.2 após 2 anos da instalação de implante dental. A paciente apresentava também uma prótese provisória sobre implante insatisfatória, de coloração inadequada, tamanho e angulação desproporcionais e translucidez da margem peri-implantar, tornando o aspecto estético ainda mais desfavorável.

Há 11 anos, a paciente procurou tratamento ortodôntico para corrigir desvio de linha média, decorrente de agenesia da unidade 2.2 (Figura 1). Inicialmente, a proposta terapêutica foi a mesialização da unidade 2.3 para ocupar a posição do incisivo lateral. Em seguida à movimentação, foi realizado o desgaste da unidade, tornando-a anatomicamente mais semelhante à ausente, visto que a opção de implante foi recusada, pela paciente.

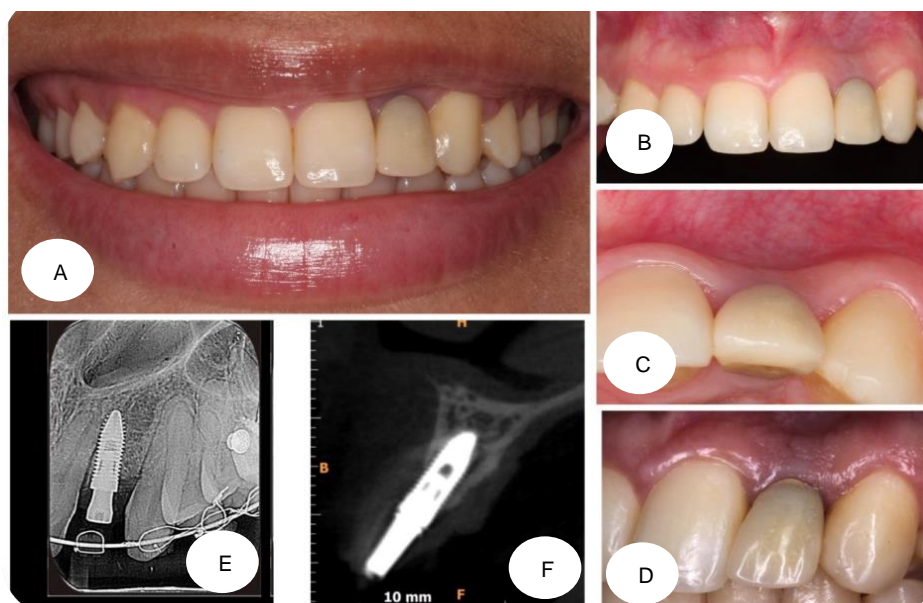
Após 4 anos de tratamento, a opção do implante dental foi repensada pelo fato da paciente não estar satisfeita com o resultado estético alcançado até aquele momento. Dessa forma, o dente 2.3 foi distalizado para ocupar o seu lugar de origem para, em seguida, ser instalado um implante dental associado a enxerto ósseo xenógeno por existir um defeito ósseo em espessura nesta região. Com o implante já osseointegrado e com a retirada do aparelho ortodôntico, após 9 anos de tratamento, a queixa estética ficou mais evidente (Figura 2).

Figura 1 – Fotos clínico-radiográfico prévio ao tratamento ortodôntico.



Legenda: (A) Vista frontal. (B) Radiografia periapical. (C) Radiografia panorâmica.

Figura 2 – Fotos clínico-radiográfico mostrando desarmonia estética.

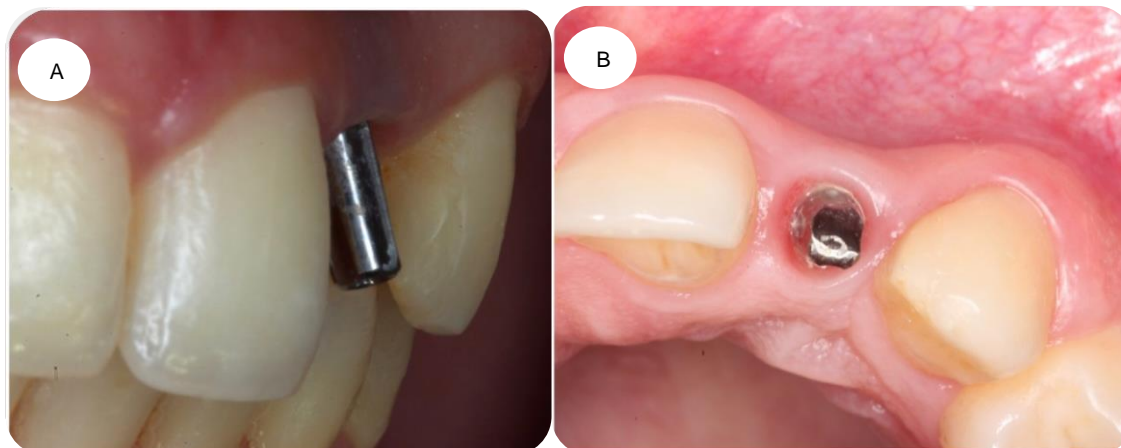


Legenda: (A) Sorriso inicial. (B) Fotografia frontal do segundo sextante. (C) Fotografia oclusal constatando a perda de espessura da mucosa peri-implantar. (D) Aspecto inicial da prótese provisória. (E) Radiografia periapical do implante osseointegrado. (F) Tomografia computadorizada Cone Beam.

Diante do desafio estético, a paciente procurou outro profissional. Após anamnese completa, exame físico, fotografias e exames imaginológicos (radiografias periapicais e tomografia volumétrica), o planejamento proposto para a paciente foi a troca da prótese provisória e o uso de ETCS associado a gengivoplastia, com o objetivo de aumentar a espessura da mucosa peri-implantar e alinhar as margens gengivais e zênites dos dentes do segundo sextante.

Ao realizar a troca da prótese provisória, o pilar protético não foi identificado e encontrava-se vestibularizado em relação a dentição adjacente, devido ao não posicionamento ideal do implante no sentido ântero-posterior (Figura 3-A). O contra-torque para sua remoção foi efetuado, não obtendo sucesso. Buscando não danificar a plataforma do implante devido excesso de força, foi executado um preparo no pilar para a instalação da nova prótese provisória em uma angulação correta (Figura 3-B).

Figura 3 - Avaliação protética do pilar.



Legenda: (A) Pilar protético não identificado e vestibularizado. (B) Preparo realizado no pilar protético.

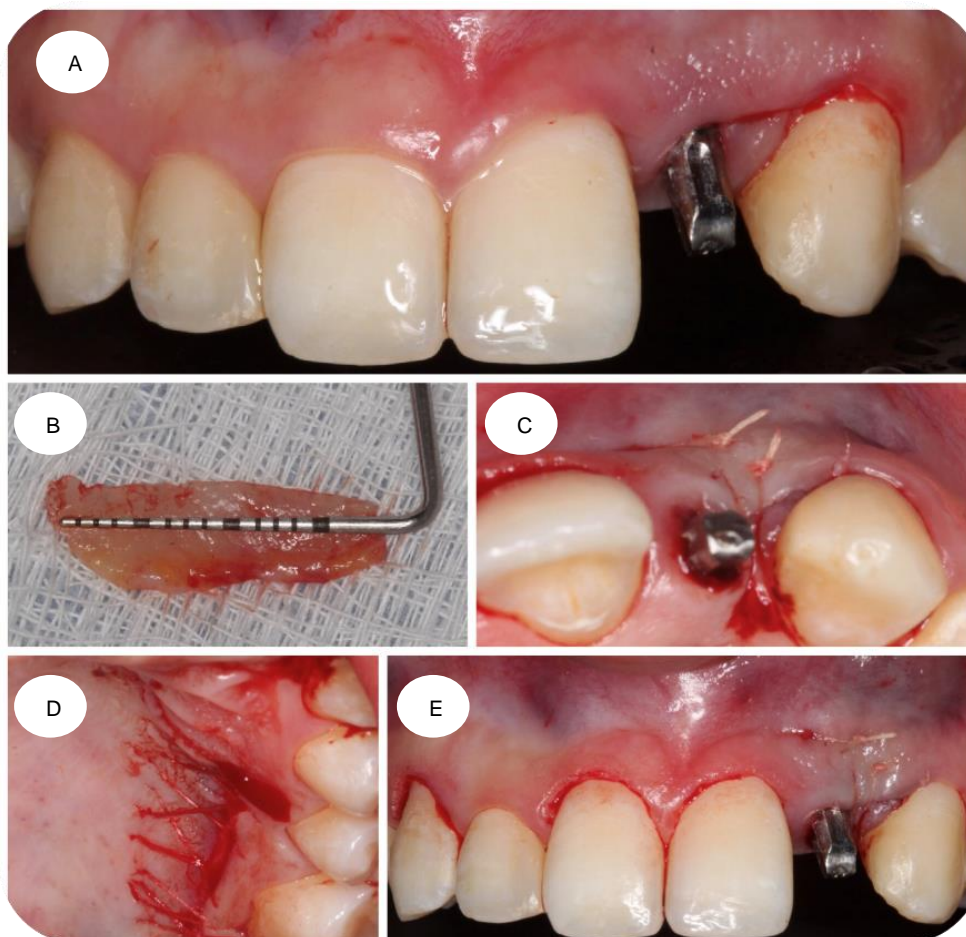
Para execução do procedimento cirúrgico, foi realizada a assepsia da paciente com PVP-I à 10% para desinfecção extra-oral e clorexidina a 0,12% para desinfecção intra-oral. Iniciou-se o procedimento utilizando as técnicas anestésicas para bloqueio dos nervos alveolar superior anterior, alveolar

superior médio, infiltrativa terminal supra periosteal e papilar, com o uso de articaina (Articaine, Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil). A área receptora foi preparada com a realização de uma incisão horizontal, com a lâmina de bisturi nº 15C (Swwan Morton, Sheffield England, Inglaterra) e cabo de bisturi número 05, na base da papila distal e o retalho foi dividido (Figura 4-A). A distância do incisivo central ao canino foi de 9 mm.

A seguir, o ETCS foi removido do palato com o cabo de bisturi de lâminas paralelas. O enxerto colhido alcançou as seguintes medidas 18 x 6 x 1 mm (L x A x E), sendo colocado em gaze umedecida com soro fisiológico para execução da desepitelização em bisel, deixando apenas tecido conjuntivo (Figura 4- B). O enxerto foi, então, dobrado ao meio e suturado, contra ele mesmo, para aumentar sua espessura. Posteriormente, com o auxílio do descolador PSH8 (Maximus, Criciúma, Santa Catarina- SC, Brasil), o enxerto foi embutido e imobilizado com suturas, no centro do retalho, com fio poliglactina 912 (Vycril, Ethicon, São José dos Campos- SP, Brasil). Suturas adicionais foram realizadas na base da papila, para fechamento do retalho, e no palato, para aproximação dos bordos do leito receptor (Figura 4 – C e D).

Em seguida, para a correção do desalinhamento da margem gengival, foi executada sondagem, no segundo sextante com a sonda Carolina do Norte (Hufriedy, Carolina do Norte, EUA), para identificação da junção amelocementária que serviu de referência para marcação dos pontos sangrantes. Com uma lâmina de bisturi nº15C, foi realizada a incisão em bisel interno, ligando os pontos sangrantes e com auxílio de uma cureta Goldman-Fox #4 (Trinity, São Paulo-SP, Brasil), o tecido gengival incisado foi retirado para exposição de toda a coroa anatômica (Figura 4- E). A unidade 1.2 foi preservada, uma vez que não havia referência da unidade 2.2.

Figura 4 - Sequência cirúrgica.

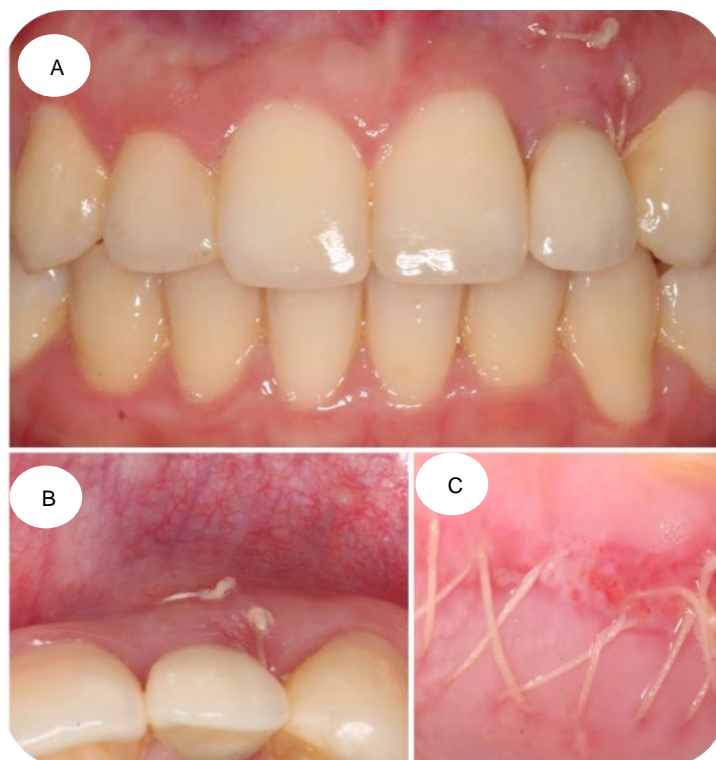


Legenda: (A) Incisão horizontal na base da papila distal. (B) ETCS removido do palato. (C) Área receptora suturada. (D) Área doadora suturada. (E) Gengivoplastia realizada no segundo sextante.

Após o procedimento, a paciente foi liberada com a prescrição de Nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas durante 3 dias, Dipirona Sódica 500 mg de 6 em 6 horas durante por 24 horas e um bochecho com Digluconato de Clorexidina a 0,12% durante 7 dias, além das recomendações pós-operatórias. Foi agendada, então, uma nova consulta após 7 dias para retirada da sutura e avaliação (Figura 5).

A paciente relatou não sentir dor, edema, incômodo no pós-operatório. Foi usado apenas 1 comprimido de dipirona pois não houve desconforto. O leito doador apresentou rápida cicatrização.

Figura 5: Pós-operatório de 7 dias.



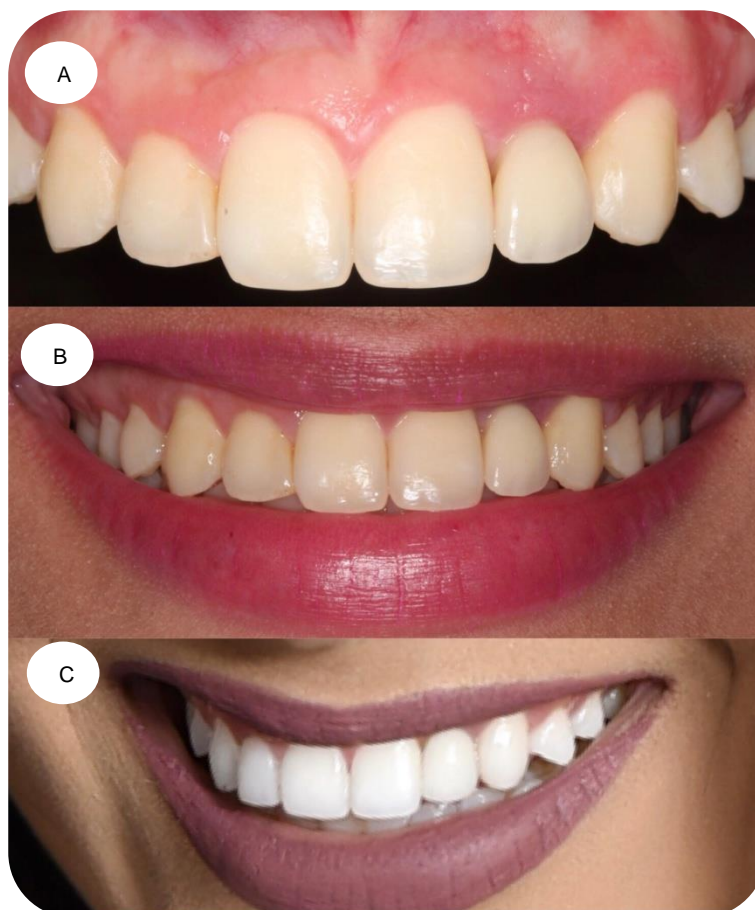
Legenda: Pós-operatório de 7 dias. (A) Vista frontal. (B) Área receptora mostrando o aumento de espessura da mucosa peri-implantar. (C) Área doadora com excelente cicatrização.

Com três meses de pós-operatório, após completa maturação/cicatrização dos tecidos peri-implantares, foi liberada a troca do provisório por uma prótese definitiva (Figura 6- A). O resultado foi satisfatório, houve aumento da espessura de tecido peri-implantar, aumento das papilas e redução do excesso gengival ao sorrir (Figura 6- B).

A paciente realizou o clareamento dentário com a técnica caseira, aplicando o gel clareador à base de peróxido de carbamida 16% (Whiteness Perfect FGM, Joinville-SC, Brasil), durante 30 dias. Após isto, foi realizada a troca da restauração da unidade 1.2 e as reanatomizações das coroas das unidades

1.1, e 1.3 utilizando resina composta na cor A1 esmalte/dentina (3M ESPE Z350 XT, St Paul, USA). Os procedimentos realizados promoveram uma melhor harmonização do sorriso (Figura 6- C).

Figura 6: Caso concluído.



Legenda: (A) Fotografia frontal intrabucal mostrando a harmonia entre os tecidos periodontais e peri-implantares (B) Sorriso previamente ao clareamento dentário (C) Sorriso Final.

3. DISCUSSÃO

A perda ou ausência de um dente pode estar acompanhada da falta de tecido mole e/ou ósseo. Pensando em reabilitação bucal com a utilização de implantes dentais, muitas vezes, se faz necessário corrigir essas alterações teciduais para o sucesso do implante, uma vez que, o volume é imprescindível para o êxito estético⁽⁴⁾. Zuhr et al.⁽²⁾, Poskevicius et al.⁽¹¹⁾, Den Hartog et al.⁽¹²⁾ concordam que o ETCS é o “padrão-ouro” para o aumento de tecido queratinizado, pois tem como vantagem o aumento de sobrevida do enxerto devido ao duplo suprimento sanguíneo, melhor estética e menor desconforto no pós-operatório, porém necessita de um segundo local cirúrgico.

Recentemente, foi inserida a matriz de colágeno xenogênico substituindo o ETCS⁽²⁾. Segundo Cairo et al.⁽¹³⁾, ambos os procedimentos proporcionam um tecido queratinizado bucal apicocoronal semelhantes. A matriz deve ser utilizada como uma alternativa no momento em que a redução da morbidade do paciente é o alvo principal da terapia, uma vez que apresenta menor desconforto pós-operatória e menor tempo de procedimento, já que não necessita de um segundo leito cirúrgico. Porém, quando se deseja um aumento da espessura bucal, o ETCS deve ser preferido, pelo fato de proporcionar uma expansão de tecido maior que a matriz de colágeno.

Os dois componentes essenciais para o sucesso estético são: suporte ósseo apropriado, uma vez que ele serve de sustentação para os tecidos, e qualidade/quantidade de tecido mole, visto que estes são responsáveis pelo volume e espessura gengival⁽¹⁴⁾. Batal et al.⁽⁸⁾ enfatizaram que as razões comuns para a reabilitação com implante dental são o restabelecimento da estética e função. Em casos de agenesia, eles possuem alta previsibilidade, bons resultados e permitem a preservação da estrutura dentária adjacente. Entretanto, apresentam limitações que incluem espaço adequado, densidade óssea e tecidual, além do crescimento esquelético completo⁽¹⁵⁾. No presente relato, devido à movimentação ortodôntica, a paciente possuía espaço satisfatório para o implante, porém, não apresentava quantidade/qualidade óssea e tecidual apropriadas. Desta forma, planejou-se a enxertia óssea no

mesmo momento da instalação do implante para correção do defeito em espessura.

Elakkiya et al.⁽¹⁶⁾ e Vasconcelos et al.⁽¹⁷⁾ compararam o uso de diferentes biomateriais ósseos utilizados em torno dos implantes, e concluíram que o enxerto autógeno é considerado a primeira opção por proporcionar menor complicação e alta taxa de sucesso. No entanto, Chavda e Levin⁽¹⁸⁾ observaram que não há diferença no sucesso do implante entre os biomateriais utilizados, e que o enxerto xenógeno geralmente é o preferido dos pacientes, uma vez que oferece menor desconforto no pós operatório, já que não necessita de local doador, além de favorecer o tempo operatório. No caso relatado, optou-se por realizar o enxerto ósseo xenógeno.

A instalação de implante associado ao ETCS imediato resulta no aumento da espessura de tecido peri-implantar, trazendo bons resultados estéticos⁽¹⁹⁾. Grunder⁽²⁰⁾, fez uma comparação entre pacientes que realizaram o enxerto de tecido imediatamente após o implante e outros que não realizaram. Houve perda média de 1,06 mm do volume gengival no grupo que não realizou, enquanto no grupo enxertado, houve um ligeiro ganho de 0,34 mm. Esses resultados demonstraram que a utilização imediata de ETCS previne a necessidade de uma adição futura, além de trazer melhores benefícios estéticos^(20,21).

Entretanto, Cairo et al.⁽⁷⁾ analisaram o manejo tecidual em área reabilitada por implante dental, e observaram que não há evidências para recomendar uma técnica específica para preservar/aumentar o tecido, e que essa deve ser considerada em algumas situações, visto que a quantidade óssea e tecidual não foi associada à futura recessão da mucosa em torno do implante. No caso relatado, não foi planejado o enxerto tecidual associado ao ósseo, no momento em que o implante foi instalado e, ao analisar o exame imaginológico de preservação, observou-se que o implante estava osseointegrado, porém com cobertura óssea vestibular crítica e sem espessura gengival adequada. Diante desse cenário, decidiu-se por realizar uma nova cirurgia utilizando o ETCS para corrigir o defeito em espessura e melhorar o fenótipo gengival.

No momento da reabilitação protética, optou-se por um provisório subcontornado, que não comprimisse as papilas, para que, caso houvesse

expansão do tecido, este pudesse aumentar nestas áreas. O perfil de emergência adequado é de fundamental importância para que a restauração, cuja aparência ao sair dos tecidos peri-implantares, assemelhe-se aos dentes naturais adjacentes⁽²¹⁾.

A determinação do fenótipo gengival é fundamental para o planejamento cirúrgico, uma vez que o volume é imprescindível para reabilitação em região anterior⁽¹⁾. Bhat e Shetty⁽⁶⁾ examinaram a prevalência dos diferentes fenótipos e concluíram que os mais espessos são mais encontrados na população masculina e em indivíduos jovens, enquanto que os mais finos são prevalentes em população feminina e mais velha. A paciente apresentava um fenótipo fino e perda de espessura de tecido, o que ocasionou uma desarmonia estética.

Para a obtenção do ETCS , os locais doadores adequados são aqueles que possuem quantidade promissora para obtenção de tecido⁽²⁾. Além disto, segundo Reiser et al.⁽²²⁾ e Batal et al.⁽⁸⁾, deve-se tomar cuidado com o curso da maior artéria palatina existente no forame palatino maior, que cruza o palato na direção do canal incisivo, estando localizada a 7 e 17 mm da JCE dos dentes com uma distância média de 12 mm. Desta forma, foi colhido o enxerto do palato, pois este apresenta volume máximo e apresentava os requisitos necessários para o processo de revascularização.

A técnica de eleição utilizada para aumento de espessura de tecido peri-implantar, foi a técnica proposta por Campos et al.⁽²³⁾. Nesta abordagem, são executadas, na área receptora, incisões laterais duplas de papila com o objetivo de aumentar a vascularização do enxerto. No caso relatado, só foi efetuado uma incisão na papila distal, com o intuito de preservar a papila mesial, por ser uma área crítica.

Por outro lado, Zuhr et al.⁽²⁴⁾ defenderam o uso de retalho de tunelização na cirurgia plástica peri-implantar por ser considerada uma alternativa promissora. Eles afirmaram que a elevação do retalho sem descolamento dos tecidos e sem incisões relaxantes contribuem para o suprimento de sangue acelerado, além de melhor cicatrização das feridas, contribuindo para o melhor resultado estético, devido a mínima formação de tecido de cicatrização.

No sítio doador do enxerto, foi empregado a técnica das incisões paralelas, utilizado o bisturi de lâmina dupla. De acordo com Harris⁽²⁵⁾, esta técnica possibilita a colheita de um enxerto uniforme com uma espessura adequada, além do menor desconforto no pós-operatório. O perióstio foi preservado com o objetivo de minimizar a dor. A paciente apresentava palato com menor quantidade de volume, e por este motivo foi necessário remover o dobro do tamanho do enxerto para o aumento de espessura do tecido peri-implantar.

A dor é um pré-requisito essencial para o resultado de uma cirurgia. Os métodos que minimizem este fator devem ser vistos com atenção, pois, além de proporcionar ao paciente melhor conforto pós-operatório, possibilita uma recordação menos traumática. Del Pizzo et al.⁽²⁶⁾ compararam o resultado da cicatrização e da taxa de desconforto após a remoção do enxerto utilizando as técnicas de incisão única, enxerto gengival livre e alçapão. Concluíram que, além da epitelização completa, os melhores resultados da cicatrização e do desconforto no pós-operatório foram encontrados na técnica da incisão única.

Devido à assimetria gengival, foi proposta a correção do alinhamento das margens gengivais e zênites dos dentes, sendo uma etapa importante para o resultado estético final, pois permitiu melhor harmonia e simetria do sorriso. Foi realizado também o clareamento dental para proporcionar o resultado desejado pela paciente. Por fim, sucedeu-se a troca da restauração e reanatomização de algumas unidades dentárias com resina composta para correção da proporcionalidade. A determinação do sorriso é feita através da posição, forma, tamanho do dente e linha do sorriso. A cirurgia plástica peri-implantar e a dentística são alternativas para correção estética do sorriso^(27,28).

A beleza de um sorriso não pode ser avaliada por apenas uma unidade dentária. Analisar cada indivíduo de forma integral faz parte da construção do sucesso estético. É importante levar em consideração o desejo e expectativa de cada um, pois nem sempre o que é perfeito do ponto de vista teórico, é sublime do ponto de vista pessoal. Obter êxito de um procedimento realizado é sentir a satisfação pessoal do seu paciente em ter o seu sorriso desejado tornado realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do ETCS mostrou-se efetivo para corrigir o defeito estético em mucosa peri-implantar proporcionando aumento da espessura tecidual, favorecendo a harmonização entre os tecidos peri-implantares e a dentição adjacente, resultando na satisfação da paciente. O planejamento integrado entre as especialidades envolvidas foi decisivo para o desfecho exitoso alcançado.

REFERÊNCIAS

1. Levine R, Huynh-Ba G, Cochran D. Soft tissue augmentation procedures for mucogingival defects in esthetic site. *Int J Oral maxillofac Implants* 2014;29(suppl):155–185. doi: 10.11607/jomi.2014suppl.g3.2.
2. Zuhr O, Bäumer D, Hürzeler M. The addition of soft tissue replacement grafts in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (Suppl. 15): S123–S142. doi: 10.1111/jcpe.12185.
3. Panwar M, Roy S, Kosala M. Management of Peri-implant soft tissue Defect with connective tissue graft - A case report. *JICDRO [serial online]* 2017 [acessado em 27 de setembro de 2017]. 9(1): 31-4. Disponível em: <http://www.jicdro.org>.
4. Balasubramaniam A, Raja S, Thomas L. Peri-implant esthetics assessment and management. *Dent Res J* 2013; 10 (1): 7–14. doi: 10.4103 / 1735-3327.111757
5. Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, et al. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res* 1991; 2(2): 81-90. doi: 10.1034/j.1600-0501.1991.020206.x.
6. Bhat V, Shetty S. Prevalence of different gingival biotypes in individuals with varying forms of maxillary central incisors: A survey. *Jour. of dent Implant* 2013;3(2):116 - 21. doi:10.4103 / 0974-6781.118888
7. Cairo F, Pagliaro U, Nieri M. Soft tissue management at implant sites. *J Clin Periodontol* 2008; 35 (Suppl. 8): 163–7. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01266.x.
- 8- Batal H, Yavari A, Mehra P. Soft Tissue Grafts Sugery for Implants. *Dent Clin North Am* 2015; 59(2): 471–91. doi: 10.1016/j.cden.2014.10.012.
9. Janson W, Ruben M, Kramer G. et al. Development of the Blood Supply to Split-Thickness Free Gingival Autografts. *J Periodontol* 1969; 40(12): 707-16. doi: 10.1902/jop.1969.40.12.707

10. Nobuto T, Imai H, Yamaoka U. Microvascularization of the Free Gingival Autograft. *J Periodontol* 1988; 59(10): 639- 46. doi: 10.1902 / jop.1988.59.10.639
11. Poskevicius L, Sidlauskas A, Galindo-Moreno P, et al. Dimensional soft tissue changes following soft tissue grafting in conjunction with implant placement or around present dental implants: a systematic review. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28(1): 1- 8. doi: 10.1111 / cl.12606.
12. Den Hartog L, Slater J, Vissink A, et al. Treatment outcome of immediate, early and conventional single-tooth implants in the aesthetic zone: a systematic review to survival, bone level, soft-tissue, aesthetics and patient satisfaction. *Jour. Clin Periodontol* 2008; 35(12):1073–86. doi: 10.1111/j.1600-051X.2008.01330.x
13. Cairo F, Barbato L, Tonelli P, et al. Xenogeneic collagen matrix versus connective tissue graft for buccal soft tissue augmentation at implant site. A randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 2017; 44(7):769–76. doi: 10.1111/jcpe.12750.
14. Vela X, Méndez V, Rodriguez V, et al. Soft Remodeling Technique as a Non-Invasive Alternative to Second Implant Surgery. *Eur J Esthet Dent* 2012; 7(1):36–47.
15. Muhamad A, Azzaldeen A, Nezar W, et al. Congenitally Missing Lateral Incisor with Orthodontics, Bone Grafting and Single-Tooth Implant: A Case Report. *Journal of Dental and Medical Sciences* 2015; 14(4): 124-30. doi: 10.9790/0853-1446124130
16. Elakkiya S, Ramesh A, Prabhu K. Systematic analysis on the efficacy of bone enhancement methods used for success in dental implants. *J Indian Prosthodont Soc* 2017; 17(3): 219–25. doi: 10.4103 / jips.jips_19_17
17. Vasconcelos K, Corpas G, Silveira B, et al. MicroCT assessment of bone microarchitecture in implant sites reconstructed with autogenous and xenogenous grafts: a pilot study. *Clin Oral Implants Res* 2017; 28(3):308-13. doi: 10.1111 / cl.12799.
18. Chavda S, Levin L. Human Studies of Vertical and Horizontal Alveolar Ridge Augmentation Comparing Different Types of Bone Graft Materials: A

Systematic Review. *Journal of Oral Implantology* 2018; 44(1): 74–84.
doi:10.1563 / aaid-joi-D-17-00053

19. Rungcharassaeng K, Kan J, Yoshino S, et al. Immediate implant placement and provisionalization with and without a connective tissue graft: an analysis of facial gingival tissue thickness. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2012; 32(6):657–63.

20. Grunder U. Crestal Ridge Width Changes When Placing Implants at the Time of Tooth Extraction With and Without Soft Tissue Augmentation After a Healing Period of 6 months: Report of 24 Consecutive Cases. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011; 31(1):9–17.

21. Kazor C, Al-Shammari K, Sarment D, et al. Implat Plastic Surgery: A Review And Rationale. *Journal of Oral Implantology* 2004; 30(4):240-54. doi: 10.1563/0.637.1.

22. Reiser G, Bruno J, Mahan P, Larkin LH. The Subepithelial Connective Tissue Graft Palatal Donor Site: Anatomic Considerations for Surgeons. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1996; 16(2): 130-7.

23. Campos G, Bittencourt S, Sallum A, et al. Achieving Primary Closure and Enhancing Aesthetics With Periodontal Microsurgery. *Pract Proced Aesthet Dent* 2015;18(7):449-54.

24. Zuhr O, Rebele S, Cheung S, et al. Surgery without papilla incision: tunnelling flap procedures in plastic periodontal and implant surgery. *Periodontol* 2000. 2018; 77(1):123– 49. doi: 10.1111 / prd.12214

25. Harris R. A comparison of two techniques for obtaining a connective tissue graft from the palate. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997;17(3): 260–71.

26. Del Pizzo M, Pitadas F, Bethaz N, et al. The connective tissue graft: a comparative clinical evaluation of wound healing at the palatal donor site. *J Clin Periodontol* 2002; 29(9): 848–54.

27. Deliberador T, Vieira J, Lopes T, et al. Cirurgia Plástica Periodontal para Correção de Sorriso Gengivoso. *PerioNews* 2013;7(3): 281-6.

28. Campos P, Amaral D, Silva M, et al. Reabilitação da estética na recuperação da harmonia do sorriso: relato de caso. RFO 2015; 20(2): 227-31

29. Woodworth D, Sinclair P, Alexander R. Bilateral congenital absence of maxillary lateral incisors: a craniofacial and dental cast analysis. Am J of Orthodics e Dentof Orthopedics 1985; 87(4):280–93. doi: 10.1016/0002-9416(85)90003-X.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Odontológico

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento particular, declaro para os efeitos éticos e legais, que eu

Thamiris Araújo Alves

nacionalidade Brasileira profissão Estudante

portador(a) do RG 4353841284 CPF 03818693504

residente e domiciliado Rua Artur Gomes de Carvalho nº 537

Bairro Pituba na Cidade de Salvador Estado Bahia,

Concordo, com absoluta consciência, a respeito dos procedimentos a que vou me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Após avaliação clínica, declaro que fui devidamente orientado (a) sobre alternativas de tratamento, tendo optado por livre e espontânea vontade realizar o procedimento contratado.
2. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em participar do mesmo a qualquer momento, arcando, unicamente, com as consequências da desistência voluntária;
3. Esclareço, também, que amplamente, fui informado(a) pelo professor, que pode ou não estar envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios, limitações e riscos (complicações e fracassos) que estou me submetendo durante este tratamento, tomando conhecimento de que o

meu consentimento não exime a responsabilidade daquele que está executando e do professor que está orientando este tratamento;

4. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagens, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aula, congressos, apresentações científicas e publicações;
5. Comprometo-me a retornar periodicamente, após o término do tratamento, para manutenção, conforme determinação da equipe, podendo, inclusive, ser designado um outro profissional habilitado para realizar as consultas que não necessariamente faça parte da equipe;
6. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório/informações constantes no relatório de procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me será prestado e ao qual livremente me submeto;
7. Todas estas normas estão de acordo com o código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 118/12;

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador, 11 de junho de 2017

Thamiris Araújo Assis

Assinatura do paciente ou responsável

Thamiris Araújo Assis

Assinatura do aluno

[Assinatura]

Assinatura do orientador

ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal

Público Pesquisador Alterar Meus Dados


THAMIRIS ARAUJO ASSIS - Pesquisador

Cadastros Sua sessão expira em: 3

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Enxerto de conjuntivo para resolução estética em área de implante osseointegrado
Pesquisador Responsável: SANDRO BITTENCOURT
Área Temática:
Versão: 1
CAAE:
Submetido em: 14/06/2018
Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI
Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental
Localização atual da Versão do Projeto: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



ANEXO 3 – Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original

deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93. Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x> Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91. Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>. Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou

demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL.