

# Colocação minimamente invasiva de implante unitário utilizando bisturi circular

## DAGBA, Alex

DDS, Université Paris Descartes

Certificat d'Etudes Supérieures de chirurgie dentaire: Parodontologie, Université Paris Descartes

Certificat d'Etudes Supérieures de chirurgie dentaire: Prothese scellee, Université Paris Descartes

Resident- New York University - Department of Periodontology and Implant Dentistry

sad427@nyu.edu

## HAFEZ, Tarek

BDS, Misr International University Cairo

Resident- New York University - Department of Periodontology and Implant Dentistry

## SUZUKI, Takanori

Clinical Assistant Professor - New York University - Department of Periodontology and Implant Dentistry

### Por que é importante?

A colocação de implantes dentários tem provado ser um procedimento previsível. Hoje em dia, as restaurações implantossuportadas fixas são utilizadas rotineiramente e bem documentadas na literatura.

Abordagens minimamente invasivas, a fim de preservar as estruturas anatômicas e evitar traumas de tecidos, são amplamente consideradas na medicina e de fato em odontologia. Em implantodontia, cirurgia minimamente invasiva que utiliza uma técnica sem retalho tem sido relatada com sucesso.

A abordagem tradicional envolve a elevação de um retalho mucoperiostal, que subsequentemente interrompe o suprimento vascular ao osso subjacente. Interrupção do fornecimento de sangue pode então levar a reabsorção óssea e a complicações. O objetivo deste artigo é apresentar uma técnica simples para realizar uma cirurgia de colocação de implante unitário sem retalho bem-sucedida mediante a utilização de bisturi circular.

### O que é necessário?

O material necessário para esta técnica é básico, simples e barato.

- Sonda periodontal
- Guia cirúrgico termoplástico
- Dispositivo de punção de tecido
- Agulha de calibre 27
- Stop de borracha endodôntico

### Qual é a dica?

Antes do procedimento de implante, a indicação para a colocação do implante unitário tem de ser confirmada. Assim, vários itens, tais como o espaço restaurador, a altura do osso e a largura do osso, devem ser adequados para a colocação de um implante (Fig. **A, J**).

A avaliação de tecido duro começa com uma radiografia bidimensional para analisar a medida óssea. Para obter uma indicação mais confiável da dimensão do osso a utilização de uma TCCB é essencial (Fig. **B**). Em alguns casos, se os parâmetros clínicos e a radiografia inicial são favoráveis (Fig. **K**), é possível mapear com precisão os contornos ósseos por meio de sondagem óssea (Fig. **L**).

Em um caso com uma técnica de punção de tecidos, os autores recomendam um mínimo de 2 mm de tecido queratinizado ao redor do implante. A técnica de punção de tecidos deve ser evitada se for necessária qualquer cirurgia de tecidos moles e se a quantidade de tecido queratinizado for baixa.

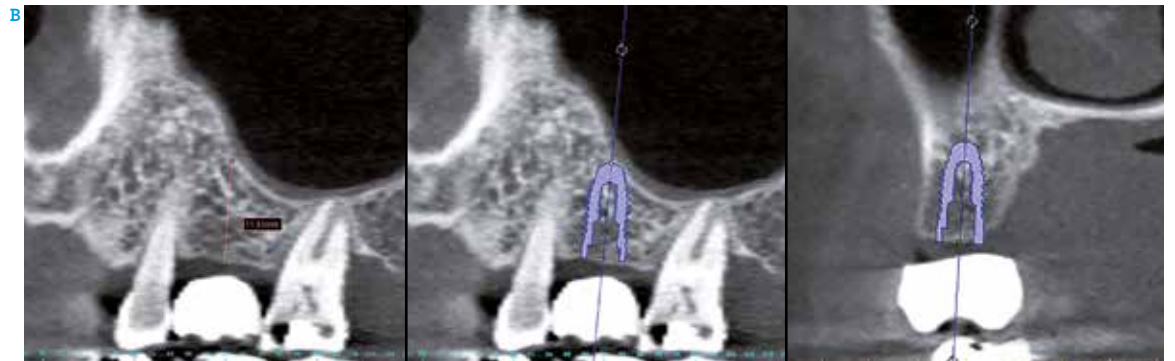
### Protocolo de Tratamento

Após anestesia local, o guia cirúrgico é colocado na boca do paciente (Fig. **C**). De acordo com a posição coroa ideal e a posição óssea do implante com base na TCCB, a área de punção do tecido é determinada. Esse passo é crucial porque a excisão do tecido é irreversível, portanto os ajustes no local do implante são limitados, a menos que seja tomada a decisão de elevar um retalho. Um perfurador de tecidos de tamanho semelhante ao diâmetro do implante é selecionado. Ponta do bisturi circular de tecido é posicionada

diretamente no centro do local do implante planejado. O dispositivo é então girado no sentido horário e empurrado com um movimento descendente em direção à gengiva até ser obtido

um contato ósseo (Fig. **D**, **M**). Com a incisão circular de tecidos bem-sucedida, a área perfurada é removida com uma cureta, para expor o osso da crista subjacente (Fig. **E**, **N**).

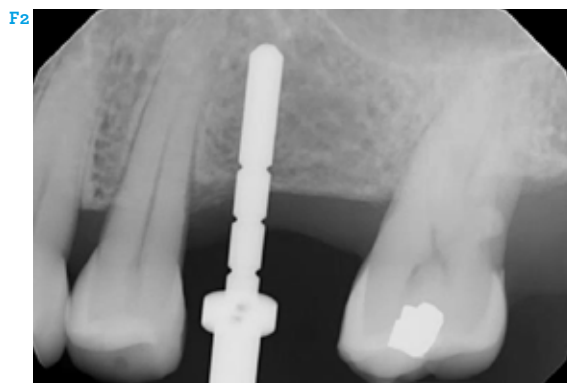
A osteotomia é realizada seguindo as instruções do fabricante. É importante usar o pino-guia para assegurar uma perfuração inicial adequada (Fig. **F**, **O**). Devido à limitação de modificar a área per-



furada, a verificação da posição de furação deve ser feita o mais cedo possível, para evitar quaisquer eventuais ajustes adicionais importantes. Tendo em vista a limitação da visibilidade e a va-

riação da espessura do tecido mole, dependendo do paciente, a profundidade da osteotomia pode ser confirmada usando-se sonda dentária. A colocação do implante é realizada, e nos dois

casos relatados o torque de inserção foi > 35N.cm (Fig. **H, P, R**). Um pilar de cicatrização adequado é então colocado (Fig. **G, Q**). A colocação de um parafuso de cobertura não é recomendada



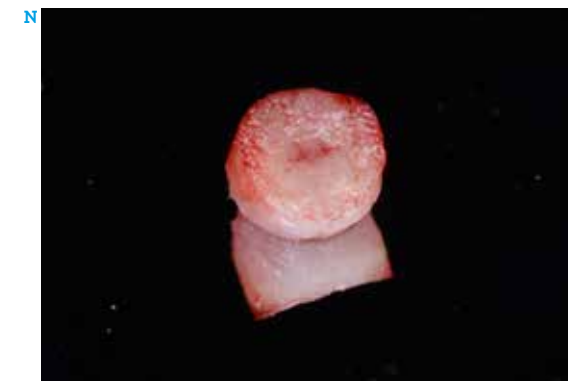
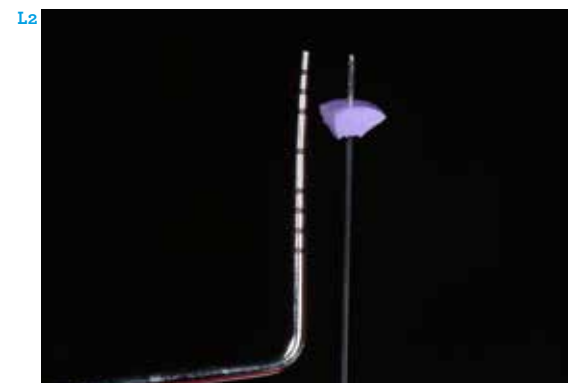
ao utilizar essa técnica, porque pode provocar exposição espontânea parcial do parafuso de cobertura.

No pós-operatório, antibiótico sistêmico e AINEs

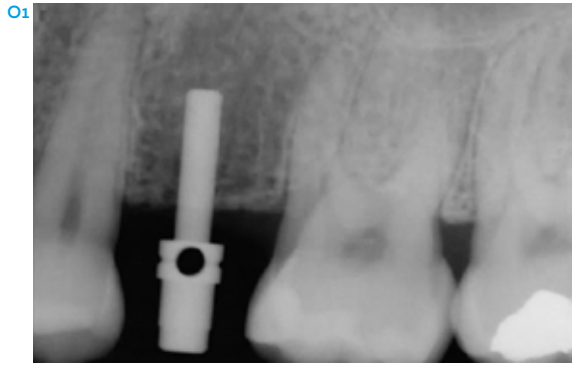
foram prescritos, e os pacientes enxaguaram a boca com clorexidina (0,12%) por 1 semana.

Os pacientes foram vistos após 1 semana, 1 mês e 3 meses (Fig. 1, S) da cirurgia para acompa-

nhamento e observação. Uma cicatrização sem intercorrências foi relatada em ambos os casos; nenhuma inflamação ou infecções foram notadas.







## Casos Clínicos

A abordagem sem retalho utilizando um perfurador de tecido para a colocação do implante unitário é um procedimento previsível e simples.

Essa técnica tem várias vantagens. Sob um ponto de vista biológico, comparando com a abordagem de retalho tradicional, reduziu-se o tempo de cicatrização dos tecidos moles e a probabilidade de complicações, como sangramento, inflamação e exposição de feridas, devido ao tecido menos traumatizado.

No que diz respeito ao paciente, nenhum sintoma ou queixas foram relatados nesses casos. Parece que evitar suturas pode diminuir algum desconforto pós-cirúrgico.

Finalmente, para o cirurgião é uma técnica simples. O dispositivo perfurador de tecidos é fácil de manipular e tem baixo custo. Durante a cirurgia, o território anestesiado necessário não é tão grande como com uma abordagem de retalho porque a área operada é mais limitada. Nenhuma sutura é necessária, o que representa uma vantagem muito importante, especialmente em áreas posteriores, tanto porque o acesso é limitado quanto porque diminui o tempo cirúrgico.

## Referências

1. ADA Council on Scientific Affairs. Dental endosseous implants: an update. *J Am Dent Assoc.* 2004 Jan;135(1):92-7.
2. Romero-Ruiz MM, Mosquera-Perez R, Gutierrez-Perez JL, Torres-Lagares D. Flapless implant surgery: a review of the literature and 3 case reports. *J Clin Exp Dent.* 2015 Feb 1;7(1):e146-52.
3. Fickl S, Kerschull M, Schupbach P, Zuhr O, Schlagenhauf U, Hürzeler MB. Bone loss after full-thickness and partial-thickness flap elevation. *J Clin Periodontol.* 2011 Feb;38(2):157-62.
4. Becker W, Goldstein M, Becker BE, Sennerby L, Kois D, Hujuel P. Minimally invasive flapless implant placement: follow-up results from a multicenter study. *J Periodontol.* 2009 Feb;80(2):347-52.
5. Bayounis AM, Alzoman HA, Jansen JA, Babay N. Healing of peri-implant tissues after flapless and flapped implant installation. *J Clin Periodontol.* 2011 Aug;38(8):754-61.
6. Rocuzzo M, Grasso G, Dalmaso P. Keratinized mucosa around implants in partially edentulous posterior mandible: 10-year results of a prospective comparative study. *Clin Oral Implants Res.* 2015 Feb 23.
7. Toljanic JA, Banakis ML, Willes LA, Graham L. Soft tissue exposure of endosseous implants between stage I and stage II surgery as a potential indicator of early crestal bone loss. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 1999 May-Jun;14(3):436-41.
8. Tal H, Dayan D. Spontaneous early exposure of submerged implants: II. Histopathology and histomorphometry of non-perforated mucosa covering submerged implants. *J Periodontol.* 2000 Aug;71(8):1224-30.
9. Jeong SM, Choi BH, Xuan F, Kim HR. Flapless implant surgery using a mini-incision. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2012 Mar;14(1):74-9.
10. Lee DH, Choi BH, Jeong SM, Xuan F, Kim HR, Mo DY. Effects of soft tissue punch size on the healing of peri-implant tissue in flapless implant surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2010 Apr;109(4):525-3.