

Revisão científica de EFP
Maio 2017



Tradutor: Susana Noronha
Presidente da Sociedade Portuguesa
de Periodontologia e Implantes

Editor: Phoebus Madianos
Chairman, EFP Scientific Affairs Committee

Relatores:
Ofir Ginesin e Rhabet Asbi
com Eran Gabay.

Link para o JCP artigo original:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12571/full>
Acesso através da página de registo para os membros da EFP:
<http://www.efp.org/members/jcp.php>

Instituição:
Preparado pelos residentes do 2º ano
do Programa de Pós-graduação em
Periodontologia da Faculdade de
Medicina Dentária, Campus da Saúde
Rambam, Haifa, Israel.

Estudo:



Estudo prospectivo a cinco anos da colocação de implantes imediatos na zona estética

Jan Cosyn, Aryan Eghbali, Alexander Hermans, Stijn Vervaeke, Hugo De Bruyn, Roberto Cleymaet.

J Clin Periodontol 2016; 43 (8): 702-709.

Resumido do artigo original com a devida permissão de Wiley Library Online
Copyright © 1999-2015 John Wiley & Sons, Inc. Direitos reservados

Revisão
relevante:

A colocação imediata de implantes pode ser altamente benéfica em relação aos requisitos estéticos e funcionais. Estudos prévios mostraram que a colocação de implantes em alvéolos pós-extração não previne a remodelação e reabsorção óssea. Foi demonstrado um risco aumentado para recessão na zona centro-vestibular

após a colocação de implantes tipo 1. No entanto, a recessão pode ser limitada através do cumprimento de recomendações preventivas como a realização de cirurgia sem retalho, o correto posicionamento tridimensional do implante, a realização de um enxerto de tecido conjuntivo e a provisionalização imediata da reabilitação.

Objetivo:

Este estudo clínico prospectivo teve como objetivo avaliar o resultado a cinco anos da colocação de implantes unitários imediatos na zona estética em doentes bem selecionados com um baixo risco de complicações estéticas.

Métodos:

Em vinte e dois pacientes com baixo risco de complicações estéticas (biótipo gengival grosso, parede óssea vestibular intacta após a extração, presença de ambos os dentes adjacentes) foram realizadas extrações sem retalho e colocação de implante tipo 1 no alvéolo após a extração, na zona estética.
O espaço entre o implante e as paredes do alvéolo foi preenchido com osso bovino (Bio-Oss) e três horas mais tarde os pacientes receberam uma restauração fixa provisória não funcional. Nos casos de recessão vestibular avançada ou

de maior remodelação do processo alveolar, foi realizado um enxerto de tecido conjuntivo (ETC) três meses após a colocação do implante. Os resultados clínicos avaliados incluíram a taxa de sobrevivência, complicações, perda óssea marginal (avaliada através de radiografias periapicais), índice de placa, profundidade de sondagem e hemorragia à sondagem (HS). Os resultados estéticos incluíram recessão da papila mesial e distal, recessão centro-vestibular e o índice de estética rosa (pink aesthetic score – PES). Os resultados foram avaliados após um e cinco anos.

*Revisão científica de EFP
Maio 2017***Resultados:**

Dezassete dos 22 pacientes estiveram presentes na consulta de controlo aos 5 anos. Em sete dos 22 foi realizado, três meses após a cirurgia um ETC na zona vestibular devido a complicações estéticas precoces (recessão centro-vestibular avançada ou maior remodelação do processo alveolar). As outras complicações registadas foram um fracasso do implante e quatro complicações protéticas. A HS aumentou significativamente (24% para 32% nas avaliações um ano e cinco anos, respectivamente; $p=0,021$). A perda óssea marginal (POM), o índice de placa e a profundidade de sondagem não variaram significativamente nas consultas um e cinco anos (POM 0,12 mm e 0,19 mm, índice de placa 12% e 15%, respectivamente). A profundidade de sondagem foi de 3,1 mm nos dois tempos de avaliação.

No final do estudo, sete dos 17 implantes apresentaram preservação total do osso ou até ligeiro ganho ósseo. A recessão da papila mesial e distal foi significativamente reduzida entre um e cinco anos ($p \leq 0,007$), o que indica o preenchimento do espaço após o primeiro ano. As alterações na recessão centro-vestibular não atingiram significância estatística. Após cinco anos, os casos tratados com ETC tiveram resultados semelhantes ao grupo não tratado com ETC (0,5 mm e 0,63 mm respectivamente). O PES na papila mesial e distal melhorou significativamente, enquanto que o contorno centro-vestibular e a deficiência no processo alveolar pioraram significativamente entre um e cinco anos. O PES total piorou ligeiramente durante o período de seguimento desde uma média de 12,15 até 11,18 ($p = 0,03$).

**Limitações,
Conclusões
e Impacto:****Limitações:**

Este estudo não foi randomizado controlado pelo que a comparação com métodos alternativos pode constituir um viés. O tamanho total da amostra foi inicialmente moderado, o que pode afectar o poder estatístico dos resultados obtidos; adicionalmente, a taxa de pacientes não avaliados após tratamento (5/22) e a falta de informação relativa à sua condição torna mais difícil a interpretação destes resultados. As variáveis relacionadas com o paciente não foram registadas. Assim, está ausente a avaliação do doente relativa aos resultados clínico e estético após cinco anos.

Conclusões:

Os implantes unitários imediatos demonstraram elevadas taxas de sobrevivência e perda óssea marginal limitada, a longo prazo. No entanto, foram encontrados alguns sinais de reabsorção da tábua óssea vestibular, o que pode originar complicações estéticas, levando à questão se a colocação de implantes tipo 1 deve ser recomendada de forma rotineira.

IMPACTO: o que podemos aprender como clínicos?

A colocação de implantes imediatos demonstrou elevadas taxas de sobrevivência com perda óssea marginal mínima. No entanto, as complicações estéticas são elevadas. Não foi relevante o facto do procedimento ter sido realizado por clínicos experientes nem dos pacientes terem sido seleccionados cuidadosamente. A colocação de implantes unitários imediatos na zona estática pode não ser recomendada para o tratamento de todos os pacientes. O clínico deve avaliar o risco, informar o paciente do risco e posteriormente decidir se deve ou não realizar este tipo de procedimento.