

Relatores:

Liron Kabakov, Yehonathan Friedlander, Daniel Rotenberg, Amin Younis e Benjamin Coyac com Jacob Horwitz

Instituição:

Programa de pós-graduação em periodontologia, acreditado pela EFP, Rambam Health Care Campus, Israel

Tradutores:

Sergio Khan Presidente da Sociedade Brasileira de Periodontologia (Sobrape)

João Paulo Steffens Professor da Universidade Federal do Paraná e membro da Comissão de Medicina Periodontal da Sobrape

estudo

Selar ou não selar? Qual é a boa para a preservação alveolar?

Autores:

João Roig Martins, Tassiane Panta Wagner, Ana Carolina Vallim, Willian Konflanz, Falk Schwendicke, Roger Keller Celeste, Alex Nogueira Haas

Dados relevantes

A extração dentária resulta na atrofia do osso alveolar, o que pode impactar na instalação de um implante. Várias técnicas de regeneração óssea foram propostas para combater essas alterações anatômicas.

Esses procedimentos podem envolver várias abordagens de selamento do alvéolo, como selamento primário com retalho avançado coronalmente ou por meio de cicatrização por segunda intenção, com a utilização ou não de uma barreira.

Embora a eficácia da preservação do rebordo alveolar tenha sido amplamente investigada em várias revisões sistemáticas e meta-análises, há falta de informação relativa à comparação de técnicas específicas de selamento do alvéolo.

Objetivos

Descobrir qual a técnica de encerramento de alvéolo tem maior potencial para contribuir para a preservação da crista alveolar.

Materiais & métodos

- Os autores realizaram uma revisão sistemática de ensaios clínicos avaliando diferentes técnicas de selamento do alvéolo:
 - Preservação da crista alveolar com "fechamento primário":
 - retalho avançado coronalmente;
 - enxerto gengival livre;
 - enxerto de tecido conjuntivo.
 - Preservação da crista alveolar sem fechamento primário (barreira exposta), e técnicas sem selamento do alvéolo:
 - preservação do rebordo alveolar (sem barreira);
 - sem preservação do rebordo (cicatrização espontânea).
- Todas as comparações do rebordo alveolar foram feitas pelo menos dois meses após a extração dentária e na dimensão horizontal, seja por avaliação clínica ou radiográfica.
- Os autores realizaram uma análise estatística para classificar as técnicas de acordo com sua eficácia clínica.

Figura: Mapa de rede para resultados clínicos e tomográficos após preservação do rebordo alveolar com três abordagens de selamento ou cicatrização espontânea

O tamanho dos nós é proporcional ao número de pacientes que receberam cada tratamento, enquanto a largura das linhas é proporcional ao número de ensaios clínicos comparando os tratamentos conectados.

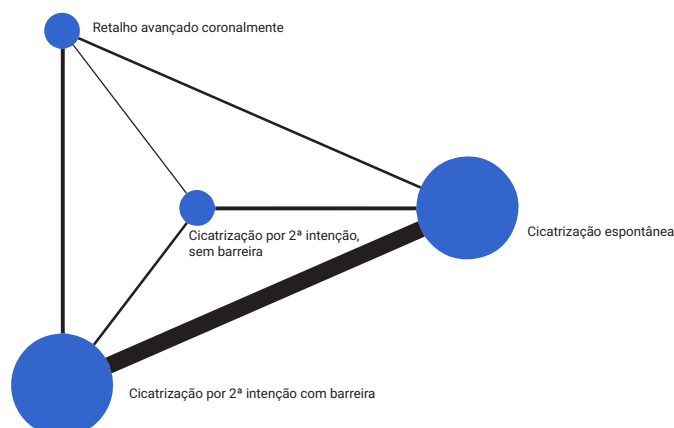


Tabela: Comparação do tamanho do efeito (mudança média da largura da crista em milímetros) e probabilidade de ser o melhor tratamento (classificações) para cada abordagem de selamento e estimado a partir da meta-análise de rede.

| Tratamento de referência | Tratamento comparativo | Tamanho do efeito* | Intervalo preditivo 95% |
|---|--|--------------------|-------------------------|
| Cicatrização espontânea | Fechamento primário | 1,18 | 0,21 a 2,13 |
| | Cicatrização por 2ª intenção, com barreira | 1,10 | 0,49 a 1,69 |
| | Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira | 0,46 | -0,70 a 1,64 |
| Fechamento primário | Cicatrização por 2ª intenção, com barreira | -0,08 | -1,02 a 1,64 |
| | Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira | -0,71 | -1,98 a 0,57 |
| Cicatrização por 2ª intenção com barreira | Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira | -0,62 | -1,78 a 0,54 |
| Probabilidade de ser o melhor tratamento | | | |
| | Fechamento primário | 52,7% | |
| | Cicatrização por 2ª intenção, com barreira | 39,1% | |
| | Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira | 8,2% | |
| | Cicatrização espontânea | 0% | |

* Valores positivos indicam maior largura do rebordo no tratamento comparativo do que no tratamento de referência. Valores negativos indicam largura de crista menor no tratamento comparativo do que na referência.

Resultados

- Vinte e dois ensaios clínicos foram incluídos no estudo. Enquanto a utilização de um substituto ósseo no alvéolo após extração foi equivalente a não fazer nada em termos de diminuição horizontal do rebordo alveolar após dois meses, a adição de uma membrana de barreira foi benéfica.
- Quando, em vez de uma membrana, o alvéolo foi coberto por um retalho avançado coronalmente, por um enxerto gengival livre ou por um enxerto de tecido conjuntivo, a largura da crista foi preservada de forma mais eficiente.
- Não existiram diferenças significativas entre a preservação do rebordo alveolar com selamento primário do alvéolo ou com cicatrização secundária (com ou sem barreira).
- Além disso, não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes técnicas de selamento do alvéolo.

Limitações

- Apenas a dimensão óssea horizontal foi avaliada nesta revisão sistemática, que excluiu a dimensão vertical. Uma avaliação completa não pode ser feita sem essa informação crítica.
- Além disso, como na maioria das meta-análises na área da odontologia, a heterogeneidade (variação nos desfechos entre os estudos) é muito alta. Isso significa que qualquer conclusão tirada dos resultados da comparação estatística deve ser interpretada com muita cautela.

Conclusões & impacto

- Para manter a largura do rebordo, a utilização apenas de um substituto ósseo no alvéolo após extração oferece pouco ou nenhum benefício.
- O alvéolo precisa ser selado: o enxerto precisa ser coberto com a finalidade de se reduzir as alterações na largura do osso alveolar.
- A melhor forma de cobrir o substituto de enxerto ósseo é com tecido autólogo, como um retalho avançado coronalmente, um enxerto gengival livre ou um enxerto de tecido conjuntivo.
- Este artigo fornece suporte baseado em evidências científicas para o recobrimento do substituto de enxerto ósseo de forma a reduzir a diminuição horizontal do rebordo alveolar pós-extração.



JCP Digest 103 é um resumo do artigo "Comparação da eficácia de diferentes técnicas para selamento do alvéolo durante a preservação da crista alveolar. Meta-regressão e meta-análise", J Clin Periodontol. 49(7): 694-705 DOI: 10.1111/jcpe.13628



<https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.13628>



Acesso através da página membros EFP: <http://efp.org/members/jcp.php>