

Relatores:

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

Instituição:

Programa Pós-graduado em Periodontologia, acreditado pela EFP, Rambam Health Care Campus, Israel

Tradutora:

Susana Noronha Presidente da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes (SPPI)

estudo

Encerrar ou não encerrar? Qual é o tema na preservação da crista 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 colocação de um implante. Várias técnicas de regeneração óssea foram propostas para combater essas alterações anatômicas.

Esses procedimentos podem envolver várias abordagens de encerramento do alvéolo: como encerramento 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 encerramento do alvéolo.

Objetivos

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

Material e métodos

- Os autores realizaram uma revisão sistemática a ensaios clínicos avaliando diferentes técnicas de encerramento do alvéolo:
 - Preservação da crista alveolar com "encerramento primário":
 - retalho avançado coronalmente;
 - enxerto gengival livre;
 - enxerto de tecido conjuntivo.
 - Preservação da crista alveolar sem encerramento primário (exposição barreira), e técnicas sem encerramento 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 encerramento 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.

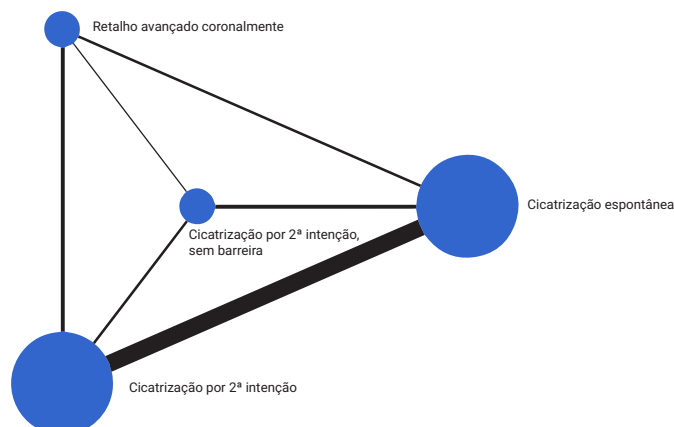


Tabela: Comparação do tamanho do efeito (mudança média da largura da crista em milímetros) e probabilidade de ser o melhor tratamento (classificações) para cada abordagem de encerramento e estimado a partir de meta-análise.

Tratamento de referência	Tratamento comparativo	Tamanho do efeito*	95% intervalo preditivo
Cicatrização espontânea	Encerramento primário	1,18	0,21 to 2,13
	Cicatrização por 2ª intenção, com barreira	1,10	0,49 to 1,69
	Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira	0,46	-0,70 to 1,64
Encerramento primário	Cicatrização por 2ª intenção, com barreira	-0,08	-1,02 to 1,64
	Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira	-0,71	-1,98 to 0,57
Cicatrização por 2ª intenção com barreira	Cicatrização por 2ª intenção, sem barreira	-0,62	-1,78 to 0,54
<i>Probabilidade de ser o melhor tratamento</i>			
	Ferme tureprimaire	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 encerramento primário do alvéolo ou com cicatrização secundária (com ou sem barreira).
- Além disso, não foram encontradas diferenças significativas entre as diferentes técnicas de encerramento 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 crítica informação.
- Além disso, como na maioria das meta-análises na área da medicina dentária, a heterogeneidade (variação nos resultados entre os estudos) é muito alta. Isso significa que qualquer conclusão tirada dos resultados da comparação estatística deve ser tomada com reserva.

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 encerrado: o enxerto precisa ser coberto com o fim de reduzir as alterações na largura do osso alveolar.
- A melhor forma de cobrir o substituto ósseo-enxerto é com tecido, 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 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 encerramento 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>