**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS**

**AVALIAÇÃO DA ESTÉTICA GENGIVAL EM PRÓTESES
UNITÁRIAS IMPLANTO-SUPORTADAS EM ÁREAS DE FISSURA
ALVEOLAR ENXERTADA**

ROSA MARIA PAROLO RIBEIRO

Dissertação apresentada ao Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Fissuras Orofaciais.

**BAURU
2005**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

**AVALIAÇÃO DA ESTÉTICA GENGIVAL EM PRÓTESES
UNITÁRIAS IMPLANTO-SUPORTADAS EM ÁREAS DE FISSURA
ALVEOLAR ENXERTADA**

ROSA MARIA PAROLO RIBEIRO

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Rubo de Rezende

Dissertação apresentada ao Hospital de
Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de MESTRE em Ciências da Reabilitação.
Área de Concentração: Fissuras Orofaciais.

BAURU
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE ANOMALIAS CRANIOFACIAIS

R. Silvio Marchione, 3-20

Caixa Postal: 1501

17043-900 - Bauru – SP – Brasil

Telefone: (14) 235-8000

Prof. Dr. Adolpho José Melfi – Reitor da USP

Prof. Dr. José Alberto de Souza Freitas – Superintendente do HRAC - USP

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos,
a reprodução total ou parcial desta dissertação.

_____
Rosa Maria Parolo Ribeiro

Bauru, _____ de _____ 2005

Ribeiro, Rosa Maria Parolo
R354a   Avaliação da estética gengival em próteses unitárias implanto- suportadas
em áreas de fissura alveolar enxertada. / Rosa Maria Parolo Ribeiro. Bauru,
2005.
78 p.: il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação / Área de
Concentração Fissuras Orofaciais)- HRAC-USP

Cópia revisada em ____/____/____

Orientador: Profª. Drª. Maria Lúcia Rubo de Rezende

**Descritores: 1. Estética gengival; 2. Implantes osseointegrados; 3. Fissura
alveolar enxertada**

ROSA MARIA PAROLO RIBEIRO

27 de outubro de 1954 Bauru – SP	Nascimento
1973 – 1976	Curso de Odontologia – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo
1977 - 1979	Funcionária contratada do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo com enquadramento funcional de Cirurgiã-Dentista
1979 – 1980	Curso de Especialização em Prótese Odontológica promovido pela PROFIS (Sociedade de Promoção Social do Fissurado Lábio-Palatal) na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo
1980	Funcionária contratada do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo com enquadramento funcional de Técnico Especializado em Odontologia
1997	Responsável pelo Laboratório de Próteses Extra-Orais do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
2002 - 2004	Curso de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação na área de Fissuras Orofaciais, nível de Mestrado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo
Associações	APCD - (Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas)

Dedico este trabalho aos meus amores

*Meus filhos, Thaís, Mirian e Thiago, que são minha
alegria, meu incentivo e certeza de continuidade...*

*Ao Beto, meu companheiro de percurso pelos caminhos
da vida, há trinta e três anos, cúmplice nos bons e não tão bons
momentos, meu porto seguro...*

*Pela compreensão nas horas de ausência e falta de
atenção, pelo apoio nos momentos de desânimo e ...
por vocês serem tudo para mim!*

*Dedico também aos meus pais, Elpidio e Olga e ao meu irmão
Celso, sempre presentes nas minhas lembranças e no meu
coração.*

Agradeço primeiramente,

A Deus, pelo dom da vida

E elevo meu pensamento em oração

Senhor!

Tu és o Grande Mestre. Ajoelho-me diante de Ti. Já que tudo o que é bom vem de Ti, eu te peço: O senso estético de um artista, a destreza manual de um cirurgião e a paciência de um monge.

Afasta do meu coração a cobiça e a mesquinhez. Dá-me correção nas atitudes e força para poder aliviar, ao menos uma parte da carga de sofrimentos dos meus semelhantes. Dá-me a graça de compreender o privilégio que tu me concedes. Dá-me a graça de confiar em Ti, com a Fé simples de uma criança.

(a)

Agradeço especialmente,

À Profa Dra Maria Lúcia Rubo de Rezende

Que como pesquisadora e professora de grande capacidade e conhecimento científico conduziu-me com competência em todas as fases deste trabalho e ensinou-me a exigir de mim mesma o melhor possível. E como amiga, orientou-me com paciência e dedicação, apesar de seus compromissos profissionais e pessoais, transmitindo-me força e confiança.

Estas características definem bem seu caráter e sua personalidade, não só nesse momento, mas durante toda sua vida. Comprovam estas palavras os anos que, com amor e desprendimento, dedicou-se aos pacientes e orientandos do Centrinho.

Felizes os que usufruem da sua presença como ser humano e como profissional!

*A você, orientadora e amiga Malú,
minha gratidão, minha profunda admiração e
principalmente, meu carinho!*

Agradeço também...

Aos pacientes do Centrinho, pois eles são a razão e a motivação dos nossos esforços,

Ao Prof Dr José Alberto de Souza Freitas (Tio Gastão), Superintendente do HRAC-USP, por ter me recebido e confiado em mim há vinte e oito anos,

Aos Profs Drs João Henrique Nogueira Pinto, Diretor Administrativo e Laerte Fiori de Godoy, Diretor Técnico do Serviço Odontológico do HRAC, pelo apoio,

À Profa Dra Inge Elly Kiemle Trindade, Presidente da Comissão de Pós-Graduação do HRAC e aos demais membros desta Comissão, pela oportunidade deste curso de Mestrado,

Aos Profs Drs, que participaram do exame de qualificação, Euloir Passanezi, João Henrique Nogueira Pinto e José Roberto Pereira Lauris, pelas sugestões,

Ao Prof Dr Eymar Sampaio Lopes, pelo auxílio na análise estatística,

Aos demais professores do curso, que não mediram esforços para nos transmitir seus conhecimentos,

Aos funcionários da Pós-Graduação, principalmente Andréia e Rogério, sempre prontos a esclarecer dúvidas e ajudar,

Ao Edson e à Polyana do setor de Documentação Científica da UEP e às funcionárias do Arquivo de Prontuários pela colaboração na coleta de dados,

Às funcionárias da Unidade de Ensino e Pesquisa, Ana Aparecida, Jane, Ana Regina, Denise, Alessandra, Rose e demais pela atenção e colaboração no levantamento bibliográfico e orientação à pesquisa.

Um anjo perguntou ao Senhor:

Por que cada uma das pessoas sobre a terra tem apenas uma asa? Nós, anjos, temos duas...Podemos voar para a liberdade sempre que quisermos

E o Senhor respondeu

Dei a eles uma asa só para que encontrem a outra, permitindo-se amar e ajudar uns aos outros. Para finalmente, poder voar.

“Somos todos anjos de uma asa e só conseguiremos voar se abraçados uns aos outros”

P. Roque Schineider

Agradeço igualmente,

*Aos amigos Rita, Arací e Aiello, pelo incentivo, ajuda,
amizade e companheirismo,*

*À Gisele por auxiliar-me muitas vezes com presteza e boa
vontade,*

*Aos demais colegas do mestrado, Eduardo, Flávio, Luís
Fernando, Gustavo, Homero, Marcelo, Nárima e Rodrigo pelos
momentos compartilhados,*

*A todos os amigos do Setor Odontológico do HRAC, Sueli,
Marcinha, Arlete, Terume, Sílvia, Fernando, Rosângela,
Reinaldo, Dino, Lílian, Bia, Cleide, Lucimara, Bel, Ana Lúcia e
demais profissionais; aos residentes principalmente da Prótese e
Implantodontia e a todos os funcionários com os quais
compartilhamos o dia a dia...*

*Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.*

Antoine de Saint-Exupéry

Mensagem

"A idade de ser feliz" .

*Existe somente uma idade para a gente ser feliz
somente uma época na vida de cada pessoa
em que é possível sonhar e fazer planos
e ter energia bastante para realizá-los
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.*

*Uma só idade para a gente se encantar
com a vida e viver apaixonadamente
e desfrutar tudo com toda intensidade
sem medo nem culpa de sentir prazer.*

*Fase mágica,
em que a gente pode criar e recriar a vida
à nossa própria imagem e semelhança
e sorrir e cantar e brincar e dançar
e vestir-se com todas as cores
e entregar-se a todos os amores
experimentando todos os seus sabores*

*Tempo de entusiasmo e de coragem
em que todo desafio é mais um convite à luta
que a gente enfrenta com toda a disposição
de tentar algo novo,
de novo e de novo, e quantas vezes for preciso.*

*Essa idade, tão fugaz na vida da gente,
chama-se PRESENTE
e tem apenas a duração do instante que passa ...*

Mário Quintana

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE TABELAS.....	xiv
RESUMO.....	xv
SUMMARY.....	xvi
1.INTRODUÇÃO.....	2
2.REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 Enxertos ósseos alveolares e implantes osseointegrados em área de fissura alveolar enxertada.....	8
2.2 Estética vermelha em próteses implanto-suportadas.....	20
3. PROPOSIÇÕES.....	35
4. MATERIAL E MÉTODO.....	37
5. RESULTADOS.....	41
6. DISCUSSÃO.....	53
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
8. CONCLUSÕES.....	67
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS

ECLANC – Estúdio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones

Congénitas

JCE – Junção cimento-esmalte

HRAC – Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais

PMCB – Osso esponjoso medular particulado

PTFE – Membrana de Politetrafluoretileno

RTG – Regeneração tecidual guiada

USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação da altura óssea interdental usando radiografias periapicais e sistema de escores.....	13
Figura 2 - Classificação das próteses unitárias implanto-suportadas quanto à estética gengival.....	41
Figura 3- Prótese implanto-suportada no elemento 12, à qual foi atribuído escore 0 na avaliação da estética gengival.....	42
Figura 4 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 1 na avaliação da estética gengival.....	43
Figura 5 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 2 na avaliação da estética gengival	44
Figura 6 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 3 na avaliação da estética gengival.....	45
Figura 7 - Próteses implanto-suportadas nos elementos 12 e 22 às quais foi atribuído o escore 4 na avaliação da estética gengival.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Associação entre estética gengival peri-implantar e presença de recessão gengival nos dentes vizinhos previamente à instalação da prótese.....	47
Tabela 2 – Associação entre estética e presença prévia de bridas musculares na área a receber o implante.....	48
Tabela 3 – Associação entre estética e presença prévia de mucosa ceratinizada na área a receber implantes.....	48
Tabela 4 – Associação entre estética gengival e realização de enxerto gengival livre com epitélio.....	49
Tabela 5 – Associação entre estética gengival e realização de enxerto de conjuntivo sub-epitelial	49
Tabela 6 – Associação entre estética gengival e reabertura a retalho.....	50
Tabela 7 – Associação entre estética gengival e presença prévia de re-enxerto ósseo alveolar na área que recebeu o implante.....	50
Tabela 8 - Média de cirurgias de tecido mole e de sessões de condicionamento gengival para obtenção de estética.....	51
Tabela 9 - Implantes osseointegrados em fissura alveolar enxertada. Estudos clínicos em ordem cronológica.....	55

RESUMO

Ribeiro RMP. Avaliação da estética gengival em próteses unitárias implanto-suportadas em áreas de fissura alveolar enxertada. [dissertação]. Bauru: Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; 2005

Com o crescente interesse pela obtenção de estética em reabilitações implanto-suportadas, os tecidos moles peri-implantares vêm sendo alvo de atenção das pesquisas em Implantodontia. A fissura alveolar congênita distingue-se neste contexto por apresentar dificuldades estéticas peculiares. Este estudo retrospectivo qualificou como satisfatória ou deficiente, a estética gengival de 65 próteses unitárias implanto-suportadas em área de fissura enxertada por meio de um novo índice que se baseou nos parâmetros: posição da margem gengival, papilas interproximais e coloração gengival. Procurou-se associar os escores obtidos com este índice, a situações presentes antes da instalação dos implantes (recessão gengival nos dentes vizinhos, bridas musculares, faixa de mucosa ceratinizada), a procedimentos cirúrgicos reconstrutivos (re-enxertos ósseos, enxertos gengivais, técnicas de reabertura a retalho) e ao número de cirurgias e de sessões de condicionamento gengival realizados com o objetivo de obter estética. Foi considerada satisfatória a gengiva peri-implantar de 42 (64,62%) das próteses. A recessão gengival nos dentes vizinhos, presença de bridas musculares e falta de mucosa ceratinizada foram os principais responsáveis pela falta de estética dos demais trabalhos. O único tipo de cirurgia que interferiu no resultado estético foi o enxerto gengival livre epitelizado. O número de sessões de condicionamento gengival não interferiu nos resultados. Concluiu-se que as condições anteriores à instalação dos implantes são mais importantes na obtenção da estética do que os procedimentos posteriores cirúrgicos reconstrutivos ou de condicionamento gengival. Além disto, o índice proposto mostrou-se adequado para o tipo de avaliação executada.

DESCRITORES: Fissura palatina / enxerto ósseo / estética dental.

SUMMARY

Ribeiro RMP. Evaluation of gingival esthetics in single implant-supported prostheses at the grafted cleft area. [dissertation]. Bauru: Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies, University of São Paulo; 2005

With the increasing interest on the achievement of esthetics in implant-supported rehabilitations, the peri-implant soft tissues have been addressed in several investigations in Implantology. The congenital alveolar cleft is distinguished within this context because of the inherent esthetic impairment. This retrospective study assessed the gingival esthetics of 65 single implant-supported prostheses at grafted cleft areas by a new index based on the following parameters: position of the gingival margin, interproximal papillae and gingival color. Esthetics was scored as satisfactory or poor.

The scores achieved by this index were associated to the status before and after placement of the implants (gingival recession of the adjacent teeth, buccal frenula, width of keratinized mucosa), to the reconstructive surgical procedures (bone grafts, gingival grafts, reopening and flap techniques), and to the number of surgeries and gingival conditioning sessions performed to achieve esthetics. The peri-implant gingiva of 42 prostheses (64.62%) was considered satisfactory. Gingival recession on the adjacent teeth, presence of buccal frenula and lack of keratinized mucosa were the main factors influencing the poor esthetics of the other prostheses. The only type of surgery that interfered with the esthetic outcome was the epithelialized free gingival graft. The number of gingival conditioning sessions did not interfere with the outcomes.

It was concluded that the status before placement of the implants are more important for achievement of esthetics than the reconstructive surgical posterior procedures or gingival conditioning. Moreover, the index proposed was adequate for this type of evaluation.

DESCRIPTORS: cleft palate / bone graft / dental esthetics.

A close-up photograph of a dental procedure on a patient's upper teeth. A white, segmented dental archwire is visible, held in place by a small metal bracket on a central incisor. The surrounding gingival tissue is pink and appears slightly inflamed. The teeth are yellowish-white.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

As fissuras labiopalatinas constituem uma das mais comuns malformações congênitas da face. Um levantamento epidemiológico feito na região de Bauru por Nagem Filho et al (1968) encontrou que acomete um indivíduo em cada 650 nascidos vivos e dados mais recentes do Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC) apontam na região sudeste do Brasil, a incidência de 1:1000 a 1:2000 nascimentos (Castilla et al 1995). Segundo a classificação de Spina et al (1972), modificada por Silva Filho et al (1992), as fissuras podem ser pré-forame incisivo unilateral, bilateral ou mediana, completa ou incompleta, transforame incisivo unilateral, bilateral ou mediana e pós-forame incisivo completa ou incompleta.

Os casos mais complexos são os das fissuras pré-forame incisivo completas (acometem lábio e rebordo alveolar) e transforame incisivo (acometem lábio, rebordo alveolar e palato). Ambas segmentam o arco dentário na região do incisivo lateral, local em que Damante et al (1973) encontraram na sua amostra, a frequência de 33% de agenesias na dentadura permanente.

As cirurgias plásticas primárias (queiloplastias e palatoplastias) com indicação para serem realizadas respectivamente aos 3 meses e 12 meses de idade, reparam o defeito no tecido mole, deixando uma fissura alveolar residual. A persistência da fissura óssea residual no rebordo e palato anterior em adolescentes e adultos jovens há muito tempo tem sido um problema para o tratamento ortodôntico e protético (Boyne e Sands 1972 e 1976, Turvey et al 1984, Bergland et al 1986). Anos após as cirurgias do lábio e palato terem sido realizadas, muitos pacientes continuavam a necessitar de correção de seus problemas dentais, que requeriam extensa terapia ortodôntica e

protética (Boyne e Sands 1972). O canino está geralmente localizado na margem posterior desta fissura residual ou deslocado superiormente ao longo do defeito ósseo. É freqüente a agenesia do incisivo lateral ou, estando este dente localizado junto ao defeito ósseo, ser indicada sua extração (Boyne e Sands 1976). Geralmente há falta de osso de suporte ao redor de uma ou mais superfícies desses dentes. Em adultos nos quais a perda óssea avançou, a prótese é muitas vezes construída não só para substituir o incisivo lateral, mas também outros dentes adjacentes à fissura. Além do defeito ósseo residual, fissura no tecido mole buconasal ou fístulas estão geralmente presentes trazendo complicações e desconforto para o paciente, como observado por Boyne e Sands (1972). Estes autores foram os primeiros a descrever a técnica do enxerto ósseo alveolar secundário, cujo maior objetivo é estabelecer a continuidade óssea na área da fissura, podendo assim o espaço dental ser fechado ortodonticamente, sem a necessidade de reposição protética. A partir de 1980, esta técnica foi introduzida no protocolo de tratamento do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo em Bauru (HRAC-USP), visando o preenchimento do defeito alveolar com osso autógeno. Quando o enxerto é feito na fase de dentadura permanente, após o tratamento ortodôntico corretivo, é chamado de secundário tardio e sua finalidade é facilitar a reabilitação protética, além de favorecer o fechamento de fístulas buconasais persistentes (Boyne e Sands 1976).

O enxerto é realizado de preferência antes da irrupção do canino permanente para garantir suporte ósseo para a irrupção ou preservação dos dentes adjacentes à fissura e estabilização dos segmentos maxilares (Boyne e Sands 1972, Åbyholm et al 1981, Turvey et al 1984). O ideal é que o canino irrompa através do enxerto e, por meio de mecânica ortodôntica, o espaço seja fechado sem necessidade de prótese. Entretanto, em casos onde há deficiência antero-posterior da maxila, opta-se pela reposição

protética do incisivo lateral, porque a opção pelo tratamento ortodôntico com a finalidade de fechar o espaço no arco pode aumentar os problemas de discrepância transversal (Bergland et al 1986 e Jansma et al 1999). Autores como Nakai et al (1998) e Dempf et al (2002) consideram que o fechamento do espaço por meio de prótese implanto-suportada promove melhor estética do que o canino ocupando o lugar do incisivo lateral.

As próteses parciais removíveis eram indicadas para a reposição de dentes na área da fissura para compensar o defeito alveolar com a extensão acrílica de gengiva artificial e também como forma de contenção permanente nos casos de expansão ortodôntica prévia. Entretanto, após o advento dos enxertos, este tipo de reabilitação perdeu espaço para os implantes osseointegrados instalados na fissura enxertada (Jensen et al 1998).

Graças a uma maior conscientização quanto aos cuidados preventivos e ao avanço das técnicas restauradoras odontológicas, substancial redução no número de cáries e doença periodontal vem ocorrendo para a população em geral e também para os indivíduos com fissura (Ramstad e Semb 1997). Como consequência, tem havido diminuição das perdas dentais e da necessidade de próteses extensas e complexas. Deste modo, os dentes situados na área próxima à fissura enxertada apresentam-se muitas vezes hígidos, o que torna o seu preparo como pilares de próteses parciais fixas convencionais ou adesivas, particularmente indesejável (Ramstad e Semb 1997, Takahashi et al 1997).

Além da não necessidade de próteses parciais removíveis ou fixas, outra vantagem das próteses implanto-suportadas em área de fissura alveolar enxertada é a manutenção do volume ósseo pelo estímulo da função oclusal, protegendo o enxerto da reabsorção (Kearns et al 1997, Takahashi et al 1997 e Isono et al 2002).

Um pré-requisito para a colocação de implantes entretanto, é a presença de adequado volume e qualidade de osso na área da fissura (Kearns et al 1997). Um intervalo de tempo extenso entre os procedimentos de enxerto e de instalação dos implantes pode resultar em necessidade de novo enxerto, uma vez que períodos que ultrapassam 4 a 6 meses, predispõem à reabsorção avançada do osso enxertado (Kearns et al 1997, Takahashi et al 1997). Nestes casos, um re-enxerto de osso proveniente da sínfise mandibular ou da linha oblíqua da mandíbula pode ser necessário para reconstituir a espessura e altura do rebordo na área a receber o implante (Kearns et al 1997, Härtel et al 1999, Fukuda et al 1998, Jansma et al 1999).

Pesquisas que discutem os critérios para obtenção de sucesso ou fracasso nos implantes em área de fissura alveolar enxertada, abordando itens como a reabsorção do enxerto ósseo alveolar secundário tardio, relação entre tempo de espera para a colocação dos implantes após o enxerto alveolar e necessidade de re-enxerto, atestam a confiabilidade e previsibilidade da reabilitação da área da fissura por meio de implantes (Kearns et al 1997, Takahashi et al 1997, Härtel et al 1999, Jansma et al 1999, Isono et al 2002, Rezende et al 2001, Freire et al 2002).

Esta confiabilidade abriu caminho para uma exigência suplementar: a obtenção de estética na interface prótese implanto-suportada / tecido gengival (Daftary 1995). Diferentes fatores anatômicos, cirúrgicos e protéticos atuam em níveis diversos sobre o resultado estético dos tecidos moles peri-implantares, com destaque para a anatomia óssea, em especial, o volume do osso interproximal, o posicionamento tridimensional do implante, as técnicas de aumento gengival e as técnicas protéticas de manipulação gengival (Bennani e Baudoin 2002).

A obtenção da estética gengival em próteses implanto-suportadas é especialmente difícil em pacientes com fissura labiopalatina enxertada ou não. A expectativa gerada em torno desse tipo de tratamento leva os pacientes e até mesmo os profissionais, à ilusão de que o implante irá proporcionar uma aparência sem indícios da existência do defeito na área da fissura, na qual dentes naturais e protéticos serão indistinguíveis. Todavia, a vivência clínica tem revelado uma realidade diversa. Mesmo após repetidas abordagens cirúrgicas periodontais plásticas reconstrutivas, a estética gengival, ou “estética vermelha”, como tem sido chamada hoje em dia, pode não ser alcançada, ficando deficientes aspectos como forma, contorno, coloração e relação da gengiva com a coroa protética.

O objetivo deste estudo foi qualificar a estética gengival ao redor de próteses implanto-suportadas em área de fissura alveolar congênita, por meio de um novo índice de avaliação, procurando relacionar aparência final com as condições ósseas e gengivais prévias à instalação dos implantes e à maneira como os tecidos peri-implantares foram manipulados até a finalização das próteses. De posse dessas informações, pretende-se discutir um protocolo de atuação mais realista e menos traumático para esses pacientes.

Revisão de Literatura

2 . REVISÃO DE LITERATURA

Como o tema abordado envolve procedimentos cirúrgicos e protéticos específicos para indivíduos com fissura e em face da complexidade inerente a multidisciplinariedade de sua reabilitação, a revisão de literatura foi dividida em tópicos para facilitar a compreensão e situar o leitor dentro da problemática envolvida na obtenção de estética em próteses implanto-suportadas nesses indivíduos.

2.1 Enxertos ósseos alveolares e implantes osseointegrados em área de fissura alveolar enxertada

O tratamento das fissuras labiopalatinas, principalmente aquelas que segmentam o rebordo alveolar, requerem uma contínua terapia interdisciplinar cirúrgica e clínica desde o nascimento da criança até a idade adulta. Em todos os centros mundiais que trabalham com esse tipo de malformação têm sido desenvolvidas pesquisas, buscando soluções terapêuticas para o restabelecimento de morfologia adequada assim como de função satisfatória e estética agradável. Dentro deste contexto, a reconstrução da fissura alveolar com enxertos ósseos tem ocupado lugar de destaque nos últimos anos.

A publicação considerada como marco inicial da utilização do enxerto ósseo alveolar secundário refere-se ao trabalho de Boyne e Sands (1972), que descreveram a técnica a partir da obtenção de osso esponjoso medular particulado (PMCB), retirado da crista ilíaca. O enxerto foi realizado antes da irrupção dos caninos em 10 pacientes entre 9 e 11 anos de idade que foram acompanhados por 2 anos. Os autores encontraram

formação de ponte óssea unindo o arco maxilar segmentado pela fissura em todos os casos e fechamento ortodôntico do espaço protético da fissura em 8 casos, atestando a eficácia do tratamento. Comentaram, porém, que ocasionalmente pode ocorrer uma diminuição do sulco vestibular devido ao tracionamento do retalho necessário para cobrir o enxerto, além de deiscência de sutura na região palatina, com a perda de algumas porções ósseas. Mais tarde, em 1976, os mesmos autores publicaram outro trabalho com o objetivo de descrever mais detalhadamente a deformidade residual alveolar e os efeitos do preenchimento ósseo com os enxertos alveolares. Apresentaram três casos clínicos de pacientes que foram submetidos a enxerto alveolar de osso medular particulado e tratamento ortodôntico acompanhados por 2 a 5 anos. Os efeitos deste tratamento foram avaliados e os resultados mostraram que os problemas causados pela permanência da fissura alveolar até a fase de dentadura mista ou idade adulta, foram a perda óssea progressiva ao redor dos dentes adjacentes à fissura e o conseqüente aumento do tamanho do defeito alveolar. Demonstraram que a possibilidade de sucesso do enxerto ósseo em adultos é diminuída, devido à associação entre defeito periodontal e fissura em si.

Quanto ao emprego de implantes osseointegrados como parte do protocolo reabilitador de indivíduos com fissura, o primeiro relato foi o de Keller et al (1987) que trataram uma maxila fissurada totalmente edêntula e enxertada com osso ilíaco, por meio de uma prótese do tipo “overdenture”. Somente quatro anos mais tarde é que a técnica completa da instalação de implantes em fissura alveolar enxertada foi descrita por Verdi et al (1991). Este autor apresentou um único caso clínico de fissura unilateral completa desde o nascimento até os 15 anos de idade, passando pelas cirurgias plásticas reconstrutivas dos tecidos duros e moles e pela terapia ortodôntica. O enxerto ósseo alveolar secundário particulado proveniente da tíbia foi realizado aos 13 anos e a

instalação de um implante Brånemark de 10 mm de comprimento ocorreu 18 meses mais tarde. Uma prótese unitária foi instalada 8 meses depois. O autor destacou as vantagens deste tipo de tratamento em relação às próteses convencionais, como melhor estética e preservação das estruturas dentais vizinhas ao espaço protético, citando como possível desvantagem, a necessidade de enxerto de altura e largura adequadas para suportar o implante.

Vários estudos desde então, têm demonstrado a confiabilidade e a importância deste tratamento na reabilitação bem sucedida da fissura alveolar congênita. Ronchi et al (1995) relataram sua experiência na reabilitação cirúrgica e protética de três pacientes adultos que apresentavam fissura alveolar residual e ausência de dentes na parte anterior da maxila. As fissuras foram tratadas por meio de enxerto ósseo secundário seguido pela colocação de implantes endósseos de titânio. Em 2 dos pacientes, foi necessária correção do tecido mole: um deles, com enxerto gengival colhido do palato e outro, com vestibuloplastia. Em períodos de controle de 4 a 24 meses após a confecção das próteses, não havia sinais clínicos ou radiográficos de fracasso de implantes ou próteses.

A época mais adequada para a colocação de implantes na fissura alveolar enxertada foi avaliada por Kearns et al (1997), que instalaram 29 implantes, 20 dos quais, em área de fissura alveolar enxertada com osso ilíaco, em 14 pacientes adultos. Em 6 pacientes que apresentaram inadequada quantidade de osso na fase de colocação dos implantes, foi necessário um re-enxerto. Nestes, o enxerto ósseo alveolar havia sido realizado 26,83 meses antes em média, contra 15,75 meses em média para áreas que não necessitaram re-enxerto. Os autores concluíram que implantes endósseos podem ser colocados em área de fissura alveolar enxertada, desde que haja volume adequado de

osso no local. Entretanto, se o intervalo entre o enxerto e a instalação dos implantes for maior que 4 a 6 meses, haverá maior probabilidade da inexistência de volume ósseo adequado para o implante. Verificaram que a presença do implante parece manter o volume do enxerto, protegendo-o da reabsorção, fenômeno este, que já havia sido previamente descrito por Breine e Brånemark (1980). Outro aspecto importante ressaltado pelos autores é que foram instalados implantes de 10 mm de comprimento e 3,3 ou 4 mm de diâmetro, dimensões estas determinadas pela altura alveolar, que está freqüentemente reduzida na população com fissura, independentemente do sucesso do enxerto ósseo alveolar. Estas dimensões reduzidas predis põem a uma proporção coroa/raiz desfavorável, que no caso do estudo de Kearns et al (1997), foi bem tolerada e não levou a falhas de implantes, segundo eles, como provável consequência de forças oclusais mínimas colocadas sobre as próteses. Atribuíram a adaptação satisfatória do tecido gengival ao redor das próteses implanto-suportadas ao sucesso dos enxertos ósseos alveolares, já que não encontraram recessão gengival e obtiveram perfil de emergência aceitável. Entretanto, admitiram que a relativa deficiência vertical maxilar e linha baixa do sorriso nessa população de pacientes, permitiu alguma tolerância a esse respeito, nos casos por eles tratados.

Os primeiros a avaliarem sistematicamente, ainda que a curto prazo (1 a 3 anos), o comportamento de implantes em área de fissura enxertada foram Takahashi et al (1997). Até então, inexistiam estudos a respeito da taxa de sobrevivência de implantes nestas situações. Dezenove pacientes com idade média de 17,9 anos, sendo 11 com fissura de lábio e palato unilateral e 8 com fissura de lábio e rebordo alveolar, receberam enxerto autógeno de osso medular da crista ilíaca, na área da fissura alveolar. Um total de 21 implantes Brånemark foram instalados 1,4 a 10,2 anos depois (média de $4,6 \pm 2,5$ anos). Neste trabalho foi apresentado um método de avaliação da altura óssea

alveolar interdental (figura 1), baseado em escores de 1 a 4, onde 4 representa o máximo de altura e 1, representa mínima altura. Em 5 pacientes nos quais não foi encontrada altura óssea suficiente (escore 2 ou menos), foi realizado um re-enxerto de osso obtido do mento simultâneo à instalação dos implantes. A taxa de sobrevivência desses implantes após 1 a quase 3 anos de sua instalação foi de 90,5%. Dois implantes, ambos de 7 mm de comprimento, foram perdidos: um deles, por carga excessiva, 4 meses depois da instalação da prótese e outro, por recusa do paciente em prosseguir com o tratamento, após o implante ter penetrado a cavidade nasal. Os autores comentaram que o fator mais importante na determinação do sucesso ou fracasso de implantes parece ser o tempo entre enxerto secundário e instalação dos implantes. Alguns pacientes nos quais consideraram esse intervalo grande, mostraram uma significativa perda na altura do osso alveolar. Sugeriram que de 6 meses a 2 anos seriam ideais como tempo de espera após a realização do enxerto. Entretanto, chamaram a atenção para outros aspectos como a largura da fissura alveolar, presença de retalhos muco-labiais, presença de cáries e gengivites, como outros determinantes de perda da altura óssea.

Nota: os números indicam os seguintes escores: escore 4: a linha que passa pelas cristas interproximais estão situadas entre as linhas r e l. Escore 3: a linha está situada entre as linhas l e m. Escore 2: a linha está situada entre as linhas m e n. Escore 1: a linha está situada além da linha n.

FONTE: Takahashi T, Fukuda M, Yamaguchi T, Kochi S. Use de endosseous implants for dental reconstruction of patients with grafted alveolar clefts. *J Oral Max Surg* 1997; 55:576-8.

Figura 1 - Avaliação da altura óssea interdental usando radiografias periapicais e sistema de escores

No ano seguinte, também Fukuda et al procuraram avaliar o sucesso da associação entre implantes osseointegrados e enxerto ósseo “onlay” obtido do mento, no tratamento de fissuras alveolares previamente reconstruídas com enxerto ósseo de crista ilíaca. Observaram em 7 pacientes, que após um período médio de 4,6 anos do enxerto de ilíaco na região da fissura, havia deficiência óssea em altura. Esta foi recuperada por meio do transplante de um fragmento do mento contendo um implante previamente instalado de forma a não perfurar a cortical óssea lingual. A fixação ao leito receptor se deu pela transfixação do implante no assoalho da cavidade nasal sem perfuração da mucosa. Após 2 a 5 anos, todos os implantes permaneciam osseointegrados. No entanto, 3 pacientes tiveram complicações pós-operatórias relacionadas com deiscência de sutura e exposição do enxerto. Dois desses pacientes vieram a perder o enxerto parcialmente, e

um deles, o perdeu totalmente. Ainda assim, os autores consideraram que a utilização do enxerto ósseo proveniente de mento simultaneamente à instalação dos implantes osseointegrados é uma alternativa viável para a deficiência óssea em altura na área da fissura previamente enxertada com osso ilíaco.

Resultados opostos foram relatados por Jensen et al (1998), que se propuseram a avaliar um protocolo para o tratamento empregando enxertos ósseos mandibulares associados à instalação imediata de implantes osseointegrados em fissuras alveolares enxertadas na infância e que vieram a apresentar reabsorção na época de instalação dos implantes. Dezesesseis pacientes com 19 anos de idade em média, receberam re-enxertos ósseos provenientes da sínfise mandibular, com imediata instalação de 20 implantes, empregando a mesma técnica utilizada por Fukuda et al (1998). Em cinco pacientes, devido à deiscência de sutura causada pela grande tensão do retalho, houve reabsorção parcial ou total dos enxertos ósseos, resultando na perda de 2 implantes. Outras complicações foram observadas, como exposição das roscas superficiais, levando à sua remoção com brocas em alta velocidade e falta de estética da prótese devido à recessão gengival conseqüente de um seqüestro ósseo. Radiografias periapicais obtidas imediatamente, 1 e 2 anos após a instalação dos intermediários permitiram avaliar os níveis de perda óssea interproximais ao longo do tempo nos 18 implantes remanescentes. Cerca de 2 mm em média foram perdidos em altura após 1 ano e este nível manteve-se inalterado na avaliação aos 2 anos. As complicações pós-operatórias e o nível de perda óssea marginal peri-implantar levaram os autores a contra-indicar o emprego de enxertos mandibulares com instalação simultânea de implantes em fissuras alveolares e a recomendar o procedimento em 2 estágios, objetivando melhor prognóstico.

O procedimento em 2 estágios foi empregado por Jansma et al (1999) em apenas 3 pacientes de 18 anos em média, cuja fissura alveolar havia sido enxertada aos 11 anos em média. Os autores realizaram re-enxerto com osso proveniente da sínfise mandibular nesses pacientes e 3 meses após, instalaram 4 implantes de marcas diferentes. Em um quarto paciente, 2 implantes foram instalados no momento da cirurgia de re-enxerto. Um implante foi perdido na fase de cicatrização (instalado no momento do re-enxerto) e os demais não apresentaram intercorrências. Durante os 47 meses de acompanhamento clínico e radiográfico, os implantes permaneceram em função e aparentemente osseointegrados. Houve apenas uma leve perda óssea marginal não excedendo um quarto do comprimento de um implante, durante o primeiro ano em função. Estes resultados levaram os autores a recomendar este procedimento como alternativa válida ao tratamento protético convencional.

Um estudo feito por Takahashi et al (1999), com 93 pacientes e 101 fissuras alveolares, por sua vez, utilizou tomografias computadorizadas e radiografias periapicais para avaliar a quantidade de osso resultante na fissura alveolar após enxerto com osso autógeno cortical e medular particulado para colocação de implantes. Apenas 14 pacientes da amostra, entretanto, receberam implantes e puderam ser avaliados durante um período de acompanhamento de 2 a 4 anos. O intervalo médio entre enxerto alveolar e instalação de implantes foi de 5,3 anos. Seus resultados demonstraram uma perda média de metade da largura óssea entre as medidas feitas a 1 e 60 meses. Com relação à altura, não houve perda significativa entre o momento da realização do enxerto e 1 mês após, mas sim aos 24 meses, quando cerca de 4 mm haviam sido perdidos, sem contudo inviabilizar a instalação de implantes de altura apropriada, fato que se repetiu mesmo após mais de 5 anos da realização do enxerto. Assim, até os 6 meses da

realização do enxerto, em mais de 90% dos casos foi possível instalar implantes, sem necessidade de re-enxerto. Por outro lado, esta proporção caiu para 40% após 5 anos da realização do enxerto. Ainda assim, a altura média disponível para instalação dos implantes foi de 13 mm. Os autores ressaltaram a importância do nível da crista óssea interdental, comentando que quando ela é insuficiente, a instalação de implantes de dimensões adequadas fica prejudicada, o que vai resultar em uma inadequada proporção implante/supra-estrutura protética. Além disso, um dente artificial excessivamente longo não é esteticamente aceitável. Por esta razão não recomendaram a instalação de implantes mais de 2 anos após o enxerto. Observaram que o nível da crista óssea interdental é influenciado não só pelo lapso de tempo entre enxerto e instalação de implantes, mas também pela idade do paciente no momento do enxerto. Pareceu aos autores haver uma tendência à correlação inversa entre altura óssea alveolar e idade do paciente quando da realização do enxerto ósseo, indicando que o enxerto deve ser realizado enquanto o paciente é jovem. Referiram-se a outros fatores como a largura da fissura alveolar, retalhos muco-labiais, deficiência de tecido mole e higiene oral, como tendo também interferência sobre a altura da crista óssea alveolar.

O efeito de cicatrizes resultantes de cirurgias prévias sobre enxertos alveolares e implantes neles instalados foram comentados por Härtel et al (1999) em um estudo retrospectivo de 5 anos. Neste período, foram avaliados 15 pacientes e 23 implantes instalados em fissuras enxertadas com osso ilíaco particulado sobre os quais foram construídas próteses unitárias. A idade média dos pacientes no momento da realização do enxerto (osteoplastia) foi 17 anos. O tempo entre a osteoplastia e a instalação do implantes variou bastante de um paciente para outro. Quando necessário, o re-enxerto foi realizado em 7 casos com osso ilíaco e em 2, com osso do mento. Entretanto, na maioria dos pacientes (11), um retalho de mucosa vestibular já havia sido

utilizado para o fechamento da fissura alveolar com o enxerto, resultando em fortes cicatrizes e bridas que, em 9 pacientes, interferiram na sutura do tecido mole. A pressão gerada pelas cicatrizes sobre o osso enxertado, segundo os autores, causa atrofia por reabsorção asséptica, o que poderia explicar a perda óssea observada já às 5-7 semanas após a osteoplastia. O acompanhamento radiográfico, possível apenas em 17 implantes de 11 pacientes por 2 anos e 4 meses, revelou que 70% dos implantes estavam completamente envolvidos pelo osso e todos, exceto um, estavam estáveis. Assim, a taxa de sucesso observada foi de 96%.

Um estudo realizado por Rezende et al (2001) avaliou a necessidade de re-enxerto e a taxa de sobrevivência dos implantes instalados em fissuras alveolares enxertadas. Foram avaliados 31 indivíduos (18 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, entre 11 e 34 anos de idade) que receberam enxerto particulado de osso ilíaco na área da fissura alveolar. De 4 a 44 meses após este procedimento, implantes de titânio comercialmente puro (Titanium Fix® – AS Technology, São José dos Campos-Brasil), em forma de parafusos de 3,75mm de diâmetro por 10 a 15mm de comprimento, foram inseridos e, depois de decorridos no mínimo 6 meses para a osseointegração, as próteses implanto-suportadas foram iniciadas. Foi observado que em 42,93% dos casos (13 pacientes), houve formação de uma ponte óssea unindo os segmentos maxilares; em 25,8% (8 pacientes) a reabsorção se deu em espessura e em 32,25% (10 casos) quase não houve reabsorção do enxerto. Não foi possível estabelecer uma correlação entre tempo de espera para a instalação do implante após o enxerto e o tipo de reabsorção observado (em ponte ou em espessura). Por outro lado, reabsorção mínima ocorreu quando este período não ultrapassou os 6 meses. Nos pacientes nos quais houve reabsorção em espessura, um re-enxerto em forma de bloco ósseo proveniente da sínfise ou ramo mandibular foi realizado para viabilizar a instalação dos

implantes. Os 13 pacientes que apresentaram reabsorção em ponte, receberam implantes associados a regeneração tecidual guiada (RTG). Destes, apenas um fracassou 3 meses após entrar em função, devido a sobrecarga oclusal. Nenhum implante fracassou nos 8 pacientes que receberam re-enxerto em bloco e apenas um fracasso foi observado em um paciente que não recebeu re-enxerto, mas apresentou infecção no período pós-operatório. O sucesso da terapia, considerado quando os implantes permaneceram sem sintomatologia por mais de 6 meses em função, foi de 93,54%.

Dados semelhantes foram apresentados por Freire et al (2002) que avaliaram 67 fissuras alveolares enxertadas quanto à necessidade de re-enxerto para a instalação de implantes. Os autores verificaram que os re-enxertos foram necessários em 30,3% dos casos em que o tempo entre as cirurgias foi maior que 6 meses e em 8,8% dos casos, quando esse tempo foi de até 6 meses. O índice de sucesso dos 67 implantes instalados nas áreas enxertadas foi de 95,52%. Apenas 3 implantes fracassaram (4,48%): dois instalados em fissuras pré-forame incisivo e um, em fissura transforame incisivo, nas quais o re-enxerto ósseo não foi realizado.

Os resultados do acompanhamento por 5 anos de 686 implantes (Titanium Fix® – AS Technology, São José dos Campos – Brasil) instalados em indivíduos com e sem fissura foram apresentados por Rezende et al (2003). No grupo composto por pacientes com fissura, 317 implantes foram instalados em 87 indivíduos (99 na mandíbula e 218 na maxila). Os 7 implantes que falharam (2,2%) estavam localizados em áreas de fissura alveolar enxertada com osso ilíaco (sem re-enxerto) e a falta de osseointegração foi observada no momento da reabertura para a instalação dos intermediários protéticos. No grupo sem fissura, 369 implantes foram instalados em 98 indivíduos (163 na maxila e 208 na mandíbula). Os 6 implantes que falharam estavam

localizados na maxila e apresentaram como causa do fracasso, o tabagismo excessivo que levou a extensa necrose do tecido mole no pós-operatório imediato, bruxismo, osteoporose ou carga excessiva aplicada precocemente na prótese. O teste t pareado não evidenciou diferença estatisticamente significativa nas taxas de sucesso de implantes instalados em maxilas com fissura (97,79%) e sem fissuras (98,33%).

Cune et al (2004) consideraram que os indivíduos com fissura são um grupo relativamente raro de pacientes e, por esta razão, há limitada informação disponível na literatura a respeito do seu protocolo de tratamento. Apresentaram sua experiência com 10 implantes unitários instalados em 9 pacientes de 18 a 22 anos de idade, que haviam recebido enxerto ósseo alveolar antes dos 12 anos. Em 5 casos foi feito o re-enxerto autógeno do mento 3-4 meses antes da instalação dos implantes. Decorridos não menos que 6 meses, os implantes foram expostos e os pacientes receberam coroas provisórias ao invés de cicatrizadores, que permaneceram por até 3 meses com o objetivo de promover condicionamento do tecido mole peri-implantar. As próteses definitivas foram realizadas em cerâmica pura ou com infra-estrutura metálica. Depois de um período médio de seguimento clínico e radiográfico de 3-4 anos, nenhum dos implantes apresentou problemas e a estética foi considerada aceitável em 7 dos 9 casos. Em um paciente a coroa ficou longa e antiestética devido ao posicionamento muito apical do implante, fato este que foi minimizado pela baixa linha do sorriso, embora uma relação desfavorável implante/corona tenha se instalado. E em outro caso, a posição palatinizada do implante foi resolvida com um sobrecontorno vestibular na prótese, embora admitam que esta situação oferece maior risco de complicações biomecânicas. Enfatizaram por fim, que as papilas interproximais estão geralmente ausentes e que, por causa das cicatrizes decorrentes de várias cirurgias anteriores, a resposta dos tecidos peri-

implantares é de difícil prognóstico podendo levar meses até que o contorno gengival final seja alcançado.

2.2 Estética vermelha em próteses implanto-suportadas

Neste tópico foram incluídos trabalhos que tratam da estética gengival na população como um todo, por não haver disponíveis na literatura, publicações específicas para indivíduos com fissuras.

A reabilitação implanto-suportada da região anterior da maxila requer exatidão na reprodução não somente da forma e cor do dente natural, como também do contorno e harmonia dos tecidos gengivais peri-implantares em relação aos tecidos adjacentes. Assim, várias técnicas de manejo cirúrgico e não cirúrgico do tecido mole foram propostas e vêm sendo amplamente empregadas em Implantodontia.

Scahrf e Tarnow (1992) propuseram uma modificação da técnica de enxerto em “rolo” de Abrams, na qual um pedículo de tecido conjuntivo desepitelizado é descolado do palato e enrolado sob a mucosa vestibular para corrigir a falta de volume na área vestibular do rebordo. Nesta técnica modificada é criada uma “bolsa” para receber o enxerto e preserva-se o epitélio que revestia o pedículo de conjuntivo para que a área doadora não fique exposta. Os autores fizeram duas incisões verticais paralelas e profundas da crista do rebordo em direção ao palato, de preferência a 2 mm do sulco, para preservar as papilas, que foram unidas por uma incisão superficial paralela à crista do rebordo. Um retalho conjuntivo-epitelial de no mínimo 0,6 mm de espessura feito desde o palato até o final das incisões verticais expôs o tecido conjuntivo que foi deslocado em direção vestibular. Depois de ser dobrado para dentro de um túnel criado abaixo do periósteo o enxerto pediculado foi preso com suturas entre o periósteo e o

osso. No palato, o epitélio que permaneceu, foi suturado sobre o osso exposto. Como vantagens sobre a técnica original, comentaram que foi possível maximizar a quantidade de tecido conjuntivo e minimizaram as áreas cruentas, de modo a diminuir o desconforto pós-operatório.

Israelson e Plemons (1993), através de três casos clínicos, descreveram uma combinação entre técnicas cirúrgicas de instalação de implantes, regeneração tecidual guiada e cirurgia plástica periodontal, para restaurar a estética e a função em região anterior da maxila. No primeiro caso, com indicação de prótese implanto-suportada para substituir o canino direito, quando da instalação do implante, foi levantado um retalho mucoperiostal por meio de duas incisões liberadoras verticais e uma paralela à crista do rebordo deslocada para o lado palatino. Seis meses após, a reabertura foi feita através da técnica de retalho em “rolo” modificada e foi observado que as roscas se encontravam cobertas por osso neoformado. Aproximadamente depois de seis semanas foi feita uma gengivoplastia, com recorte da gengiva vestibular deixando o tecido mais alto na mesial e distal para assemelhar-se a papilas. No segundo caso, os procedimentos para instalação de implante na região do incisivo central foram semelhantes ao primeiro, mas devido a um defeito no rebordo, roscas que ficaram expostas foram cobertas com osso liofilizado e membrana de politetrafluoretileno (PTFE) para estimular a formação óssea no local. A reabertura foi feita a retalho facilitando a retirada da membrana e antes da fase protética, foi feita uma gengivoplastia para conformar o sulco e dar aparência de papilas gengivais. No terceiro paciente foi também feito o deslize apical do retalho e um implante foi instalado no alvéolo do canino decíduo extraído na mesma data. Como também houve fenestração óssea de aproximadamente 5 mm de coronal para apical na superfície do implante na área vestibular, esta foi coberta por membrana (PTFE). Na reabertura, 7 meses depois do primeiro estágio cirúrgico, foi também empregado o

retalho em “rolo modificado e constatada nova formação óssea no local da fenestração. Posteriormente, foi feita gengivoplastia para otimizar o contorno gengival.

Técnica semelhante foi apresentada por Reikie (1995) para o tratamento do tecido mole peri-implantar a ser empregada no momento da reabertura de implantes unitários de 2 estágios, objetivando a manutenção do contorno gengival ao redor da coroa protética. Recomendou que na segunda fase cirúrgica (reabertura), seja realizado um retalho que envolve duas incisões verticais ao longo das superfícies proximais dos dentes adjacentes, estendendo-se à região do palato por sobre a crista do rebordo unindo as duas incisões anteriores. A incisão palatina, entretanto deve ser biselada em direção ao palato, de forma a promover uma extremidade desprovida de epitélio no retalho, que é então rebatido para vestibular. O parafuso de cobertura deve ser neste momento substituído pelo intermediário de cicatrização de dimensões apropriadas para criar um perfil de emergência que mimetize a coroa protética do dente. Antes de suturar o retalho, a porção desepitelizada deve ser dobrada para o interior da bolsa criada pelo retalho rebatido. Uma coroa provisória foi fabricada depois de 4 a 6 semanas do procedimento cirúrgico descrito. Como pode resultar um sobrecontorno gengival por vestibular, o autor sugeriu uma plastia gengival e a realização da prótese definitiva quando o contorno gengival estiver estabilizado. Apresentou como vantagens da técnica, a minimização do número de procedimentos e de sítios cirúrgicos em comparação ao enxerto livre de gengiva, já que não deixa uma área cruenta exposta no palato, com obtenção de fechamento primário da ferida, além de melhorar a nutrição e taxa de sobrevivência para esse tipo de enxerto. Advertiu, no entanto, que esta técnica é indicada apenas para defeitos moderados do rebordo e quando o tecido do palato não é muito fino.

Nesse mesmo ano (1995), Salama et al sugeriram um novo protocolo para a fase de reabertura visando regenerar papilas interproximais tanto de próteses implanto-suportadas unitárias quanto múltiplas em áreas onde a estética é importante. Partindo do princípio de que na região anterior da maxila, além do ganho tecidual em espessura conseguido pelas técnicas já descritas, haveria necessidade de ganho em altura para a formação de papilas, os autores alteraram sua seqüência de tratamento para a seguinte: por ocasião da reabertura, uma incisão palatina é feita se estendendo para o sulco palatino e interproximal dos dentes vizinhos e um retalho de espessura total é elevado na área vestibular do implante sendo dividido na porção apical para propiciar sua mobilização em direção coronal sem tensão. O parafuso de cobertura é substituído por um pilar de cicatrização de altura capaz de apoiar o aumento vertical necessário sob o retalho vestibular que é avançado coronalmente, de modo a submergi-lo completamente. O princípio desta técnica é a criação e manutenção de um espaço sob o tecido gengival, preenchido pelo coágulo sanguíneo que é subseqüentemente organizado como tecido conjuntivo gengival. Seis a oito semanas mais tarde, o pilar de cicatrização é exposto e uma coroa provisória é confeccionada para guiar a cicatrização final.

Mais especificamente sobre a formação de papilas entre implantes ou entre implante e dentes, Pallaci et al (1995), descreveram a seguinte técnica regenerativa: após a localização dos parafusos de cobertura abaixo da gengiva com o auxílio da ponta de uma sonda, é feita uma incisão no lado palatino dos mesmos, seguida de incisões verticais liberadoras em direção à região vestibular. O retalho de espessura total é levantado, os parafusos expostos e removidos e pilares de cicatrização de altura suficiente para apoiar o retalho, são instalados nos implantes. Incisões semilunares são feitas no retalho vestibular, próximas a cada implante, começando pelo lado distal do

implante localizado mais mesialmente. O pedículo formado é deslocado e suturado 90° em direção ao lado mesial do pilar, preenchendo o espaço de modo a se tornar papila.

Além das técnicas cirúrgicas de plástica periodontal, procedimentos clínicos não cirúrgicos foram propostos para direcionar o tecido gengival para a formação de papila interdental ou interimplantar e para reconstituição do arco côncavo regular e assim, otimizar a estética em próteses implanto-suportadas.

Francischone e Vasconcelos (1998) desenvolveram uma técnica de direcionamento ou “condicionamento” gengival utilizando a coroa provisória: depois da confecção da coroa provisória, inicia-se a colocação de resina acrílica pela técnica do pincel para aumentar seu contorno nas faces vestibular e proximais. A finalidade desse aumento é pressionar a gengiva marginal, anteriormente adaptada ao contorno do pilar de cicatrização, tornando-a isquêmica em pontos estratégicos semanalmente, até que as papilas gengivais estejam formadas, o contorno vestibular definido e o arco côncavo regular reconstituído. Assim a coroa protética terá um perfil de emergência semelhante ao dente natural correspondente

Alguns autores se preocuparam em avaliar as condições teciduais pré-existent e acompanhar a resposta dos tecidos moles quando da instalação de próteses sobre implantes para que um efetivo protocolo de tratamento fosse estabelecido.

Jemt (1997) propôs um índice para avaliar o grau de recessão e de regeneração das papilas adjacentes a dentes e a implantes unitários, com base na observação de fotografias tomadas no momento da instalação das coroas e 1 a 3 anos após. Para isso, avaliaram retrospectivamente, 25 implantes unitários instalados em 21 pacientes. O autor não se referiu a qualquer técnica de manipulação de tecido mole na fase da reabertura dos implantes, do tipo Brånemark “standard”, que receberam cicatrizadores apenas e coroas definitivas, sem passar pela fase de coroa provisória.

Cinco diferentes níveis indicativos da quantidade de papila presente foram estabelecidos, medindo-se a distância entre o ponto de contato proximal e uma linha que passa entre os pontos mais altos das curvaturas gengivais de dentes naturais e das coroas implanto-suportadas. Desta forma, foram atribuídos escores para as seguintes situações: escore 0: ausência de papila; escore 1: menos da metade da altura da área proximal ocupada por tecido mole; escore 2: pelo menos metade da altura da área proximal ocupada por tecido mole; escore 3: todo o espaço proximal ocupado por tecido mole, em boa harmonia com as papilas adjacentes; escore 4 : papila hiperplásica. Outras avaliações do tecido mole foram feitas como descoloração do tecido mole cobrindo a coroa, visibilidade das margens de titânio das coroas e sinais de inflamação. Seus resultados mostraram que papilas que receberam escores de 0 a 3 no momento da instalação das coroas, mudaram para 1 a 4 nos períodos de acompanhamento. O aumento do tamanho das papilas foi significativo tanto para as mesiais quanto para as distais, com escores médios de 2,48 e 2,46 respectivamente. O autor concluiu que as papilas adjacentes a implantes unitários regeneraram com o tempo. Embora tenha admitido que a razão para este fato não esteja totalmente clara, sugeriu que o acúmulo de placa nas áreas interproximais criou uma inflamação que levou a um edema dos tecidos moles, que com o tempo, ocasionou hiperplasia. O autor comentou ainda, que se for este o caso, procedimentos ótimos de limpeza com fio dental e escovas interproximais imediatamente após a inserção de restaurações unitárias, podem se opor à regeneração do contorno do tecido mole.

Um outro parâmetro de avaliação foi proposto por Nordland e Tarnow (1998), que classificaram a condição das papilas interdentais ao redor de dentes naturais de acordo com o grau de preenchimento das embrasuras tendo como referência a porção mais apical da área de contato interproximal. Na classe I, a ponta da papila interdental

situa-se entre o ponto de contato e a extensão mais coronal da junção cimento-esmalte (JCE) na face proximal (a JCE não é visível); na classe II, a ponta da papila interdental situa-se ao nível ou apical à JCE na face proximal (a JCE é visível) e na classe III, a ponta da papila interdental situa-se ao nível ou apical à JCE da face vestibular. Embora este não seja exatamente um método de avaliação de estética, é um índice referido em outros trabalhos que abordam a relação das papilas interproximais com as próteses implanto-suportadas e sua interferência com a estética desses trabalhos. Por esta razão e por ser um dos poucos a qualificar numericamente o tecido mole interproximal, foi incluído neste capítulo.

Chang et al (1999) também compararam as dimensões das coroas e dos tecidos moles entre próteses unitárias implanto-suportadas e dentes naturais contra-laterais. As avaliações foram realizadas em 20 pacientes que tiveram 21 implantes instalados de forma tal que os ombros dos intermediários ficassem a 1-2 mm abaixo da margem gengival após a cicatrização. Próteses cerâmicas foram cimentadas em todos os implantes e os seguintes parâmetros foram observados: a) comprimento da coroa clínica; b) largura da coroa; c) dimensão vestibulo-lingual da coroa; d) posição da extensão apical do ponto de contato; e) largura da mucosa ceratinizada; f) espessura da mucosa; g) nível da margem do tecido mole e h) altura da papila. O índice de papila de Jemt (1997), que é baseado em tomadas fotográficas, também foi empregado para cada implante e dente contra-lateral: Os resultados demonstraram que as coroas implanto-suportadas foram em média 1mm mais longas que as dos dentes contra-laterais e 0,7mm menores no sentido vestibulo-lingual, sem diferenças significantes nas dimensões méso-distais ou posição dos pontos de contato. Já com relação aos tecidos moles, a espessura da mucosa vestibular foi maior nos implantes do que nos dentes (2mm contra 1,1mm em média) e as papilas distais dos implantes apresentaram menor altura e menos

preenchimento da área interproximal, principalmente quando o dente restaurado era o incisivo central. Entretanto, em avaliações posteriores, esta condição apresentou melhora, de modo que no momento da instalação das coroas, 12 de 26 papilas (46%) receberam escores de 0-1 e no exame de controle (4 anos depois em média), apenas 2 áreas (8%) ainda pertenciam a essa categoria. Além disso, apenas um espaço interdental mostrava completo preenchimento por tecido mole no momento da instalação da coroa, ao passo que no exame de controle, 11 áreas (42%) estavam totalmente preenchidas. O grau de satisfação médio dos pacientes foi de 96%. Os autores atribuíram a diferença no comprimento das coroas à perda óssea que ocorre após as extrações e à recessão gengival subsequente à instalação das coroas. O melhor preenchimento por tecido mole do espaço mesial foi explicado pelos autores como sendo devido à anatomia do dente natural adjacente (diâmetro da raiz, curvatura da junção cimento-esmalte, nível da inserção conjuntiva que têm dimensões maiores no incisivo central) e ao tamanho do espaço entre implante e dente. A melhora com o tempo do preenchimento do espaço interproximal foi atribuída a uma regeneração espontânea da papila, induzida pela placa bacteriana que se acumulou em 20% das áreas interproximais produzindo inflamação e edema.

Resultados semelhantes também foram relatados por Priest (2003) em um estudo retrospectivo de 1 a 9 anos realizado com objetivo de avaliar a previsibilidade da forma do tecido mole ao redor de próteses unitárias implanto-suportadas. Para isso, o autor empregou fotografias intrabucais consecutivas durante o período estudado, de 51 pacientes que receberam 55 próteses unitárias implanto-suportadas (32 na região anterior e 23 na região posterior), todas executadas com a mesma técnica por um único profissional. As fotografias foram tomadas na proporção de 1:1 com filme de 35 mm e as imagens foram capturadas com uma câmera digital, ou escaneadas para

posteriormente serem ampliadas em 10 vezes. Nas imagens das próteses feitas imediatamente após sua instalação e no mínimo 6 meses após, foram feitas três medidas correspondentes à distância do tecido mole em relação a uma linha traçada de forma a que tangenciar as bordas incisais dos dentes naturais adjacentes ao implante: da linha incisal até o ápice de cada papila (mesial e distal) e outra da linha incisal até a margem gengival do centro da face vestibular. A posição da margem gengival também foi classificada como apical, coronal ou coincidente com a do dente contralateral e com a do dente adjacente. As papilas que excediam o ponto de contato foram consideradas como preenchidas e as mais curtas em relação ao contato proximal foram consideradas como incompletas. A observação feita em fotografias posteriores revelou que a regeneração da papila ocorreu em 83,9% das áreas examinadas. A recessão da margem gengival ocorreu em 59,6% dos implantes. Depois de um período médio de 3,5 anos, os dados cumulativos demonstraram um aumento médio de 0,65mm na altura da papila mesial e 0,62 na da distal, sem diferença estatística entre as duas medidas. A recessão média foi de -0,06 mm nesse mesmo período, mas em apenas 7 dos 55 casos, houve exposição das margens das restaurações em consequência às recessões. Os dados demonstraram também que a maior parte das alterações teciduais ocorreram em 1 ano ou menos. Quando as próteses definitivas foram instaladas em seguida à remoção dos cicatrizadores, sem passar pela coroa provisória, este procedimento foi responsável pela altura ótima das papilas em 75% dos casos. Embora não tenha apresentado justificativa para este fato, afirmou que a previsibilidade da forma e contorno gengivais aparentemente é determinada pela anatomia prévia do tecido mole.

Quatro casos clínicos foram apresentados por Mathews (2000) para destacar a importância atribuída por ele aos procedimentos que visam promover estética aos tecidos moles de próteses implanto-suportadas instaladas na região anterior da

maxila. No primeiro deles, no momento da reabertura de um implante de dois estágios, um retalho total pediculado rebatido do palato, teve o periósteo incisado para obter liberação suficiente para recobrir novamente o implante após a substituição do parafuso de cobertura por um cicatrizador de 2 mm de altura. O autor conseguiu substancial aumento da altura das papilas após este procedimento e 8 meses após inserido, o implante foi exposto com um “punch”, sem a realização de novo retalho. Durante os 3 meses seguintes, a paciente usou uma coroa provisória para condicionamento dos tecidos. No segundo caso, usou tração ortodôntica para extrair o dente condenado para “sobre-desenvolver” os tecidos duros e moles da área antes da instalação do implante, que neste caso, foi realizada sem retalho, para não prejudicar o resultado alcançado com a tração. No momento da instalação do implante, um cicatrizador de 4 mm foi instalado e recoberto por um enxerto gengival livre. A reabertura e os passos seguintes foram feitos como no primeiro caso. No terceiro caso, o enxerto gengival livre foi empregado sobre um alvéolo de extração, 3 meses antes da instalação a retalho de um implante. Oito meses após, como o tecido mole ainda estava deficiente em altura, um novo retalho com abordagem palatinizada foi levantado e o parafuso de cobertura foi substituído por um cicatrizador de 4 mm de altura sobre o qual o retalho foi novamente suturado. Após 4 semanas, os passos empregados foram os mesmos dos dois casos anteriores. No último caso, o autor apresentou uma técnica para criar papila entre dois implantes contíguos instalados em uma região enxertada 11 meses antes com uma combinação de osso liofilizado/hidroxiapatita reabsorvível/membrana com reforço de titânio e deixados com cicatrizadores de 2 mm ao invés de parafusos de cobertura sob o retalho. Um grande enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial foi colocado ao redor dos cicatrizadores. A reabertura foi feita com um “punch” e coroas provisórias foram deixadas nos implantes por 8 meses para proporcionar condicionamento gengival antes

da instalação das próteses definitivas. O autor comentou que, para obter bons resultados como os por ele apresentados, é necessário visualizar na área a ser implantada, quais aspectos precisam ser melhorados, de forma a conseguir que a crista do rebordo na área edêntula esteja coronal em relação à posição desejada da margem gengival e as papilas na mesma altura das áreas vizinhas. Relatou ainda, que na sua experiência raramente são necessárias mais do que 2 cirurgias para sobre-corrir um sítio: uma no momento da instalação do implante e outra, no estágio de reabertura são suficientes.

Raigrodski e Block (2002) também apresentaram dois casos clínicos para demonstrar que procedimentos cirúrgicos em tecidos duros e moles geralmente são necessários para restaurar o contorno nos sentidos vertical e horizontal para a instalação de implantes. Em um dos pacientes, de 37 anos, em que um incisivo central havia sido perdido aos 10 anos de idade juntamente com fragmentos de osso, a radiografia periapical pré-operatória indicava que havia osso ao nível da junção cimento-esmalte do dente adjacente. A distância da crista óssea até a área de contato proximal pretendida era de 6 mm. Um enxerto de hidroxiapatita foi realizado simultaneamente à instalação de um implante, com a finalidade de aumentar o rebordo nessa região. A reabertura após 6 semanas foi feita com a utilização de um “punch” e o condicionamento gengival foi conseguido com 4 meses de uso de coroa provisória realizada de forma a promover pressão nas papilas, amoldando-as às áreas proximais, sem qualquer pressão na face vestibular. O outro paciente, de 55 anos de idade, que havia perdido um incisivo central por um trauma 5 anos antes, também apresentava osso interproximal ao nível da junção cimento –esmalte, com 7 mm de distância da crista óssea até a área de contato proximal pretendida na prótese. Devido a uma concavidade na face vestibular do rebordo, 14 semanas após a instalação de um implante na área, foi realizado um enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial. A reabertura, 6 semanas após o enxerto, foi realizada com a

ajuda de um “punch” e um cicatrizador com perfil de emergência reto foi instalado. Como no primeiro caso, a coroa provisória direcionou o condicionamento gengival para o contorno desejado. Ambos os pacientes receberam coroas definitivas de porcelana livre de metal, 3 meses depois. Os autores pretenderam com a apresentação desses casos, demonstrar que os procedimentos de aumento dos tecidos moles e duros favoreceram a obtenção de estética, complementarmente a uma adequada manipulação da resina acrílica da coroa provisória que, ao comprimir o tecido mole interproximal, promove a formação de uma papila bem esculpida e de aparência natural. Por outro lado, recomendaram que mínima ou nenhuma pressão seja exercida na face vestibular da gengiva, para evitar recessão gengival.

O enxerto de tecido conjuntivo foi também empregado por Askary (2002) em 2 pacientes que receberam implantes na região anterior maxilar, cujo rebordo apresentava deficiência de contorno vestibular. No primeiro, um retalho pediculado rotacionado do palato, com a extremidade desepitelizada, como descrito por Reikie (1995), foi executado com a instalação simultânea de um implante que recebeu um cicatrizador no lugar do parafuso de cobertura, substituído seis semanas depois por uma prótese provisória acrílica cimentada. No segundo, cuja queixa principal era o contorno irregular da gengiva ao redor de dois implantes previamente instalados, dois enxertos gengivais livres foram realizados simultaneamente: um deles, de conjuntivo desprovido de epitélio, foi embutido sub-epitelialmente por uma bolsa criada por meio de uma incisão feita na linha da junção muco-gengival, de forma a posicionar-se na região da margem gengival dos implantes e suturado nas papilas entre os implantes; o outro enxerto, de conjuntivo epitelizado, foi suturado apicalmente ao primeiro sobre o perióstio mantido na face vestibular do rebordo. Coroas provisórias foram instaladas 10 dias depois desta cirurgia e substituídas por próteses metalo-cerâmicas 5 semanas após.

O autor considerou a técnica em rolo modificada, empregada no primeiro paciente, superior aos enxertos livres, por aumentar a quantidade de tecido conjuntivo, mantendo harmonia de cor e contorno com os tecidos adjacentes. Comentou ainda que para o restabelecimento de volume, arquitetura e contorno tecidual normal ao redor de implantes dentais, pode ser necessário o uso de várias técnicas de aumento tanto de tecido ósseo como de tecido mole, dependendo da magnitude e dimensões do defeito.

Bianchi e Sanfilippo (2004) por sua vez, avaliaram a eficácia do protocolo cirúrgico da reabilitação de implantes unitários instalados imediatamente em alvéolos de extração, associados aos enxertos sub-epiteliais de tecido conjuntivo. Em sua avaliação de nove anos de acompanhamento, 116 pacientes de 45,5 anos em média foram divididos em 2 grupos, um dos quais (96 indivíduos) foi submetido ao protocolo cirúrgico citado e o outro (20 indivíduos), foi tratado sem a realização do enxerto. Todos os pacientes foram tratados por um único operador. No grupo teste, os enxertos de conjuntivo foram colocados por sobre os implantes estendendo-se por baixo dos retalhos vestibular e lingual, que não foram elevados, fechando a ferida cirúrgica do alvéolo. As áreas doadoras de tecido conjuntivo foram o palato (36 casos), tuberosidade maxilar (50 casos) e rebordo desdentado (10 casos). Três meses depois, pequenas perfurações na mucosa foram realizadas para instalar os cicatrizadores em substituição aos parafusos de cobertura que, na maioria dos casos já estavam expostos. Apenas ocasionalmente foi preciso elevação de retalho para esta finalidade. Nos primeiros seis meses depois de expostos, os implantes receberam carga exercida em coroas provisórias de acrílico que posteriormente foram substituídas por coroas metalo-cerâmicas. Durante o período de observação, nenhum implante foi perdido. Os parâmetros periodontais avaliados, como índices de placa e sangramento, profundidade de sondagem e nível de inserção à sondagem mostraram que a maioria dos implantes mantiveram-se saudáveis.

No primeiro ano em função houve perda de inserção que se estabilizou em 2,5 mm. O perfil de emergência da coroa protética em relação ao dos dentes vizinhos, consideraram ótima uma discrepância que não excedesse 1 mm de desalinhamento. No grupo teste, 100% dos casos apresentaram essa condição, enquanto que no grupo controle, 80% dos casos tiveram discrepância maior que 1mm. O grupo teste mostrou melhor preservação da faixa de mucosa ceratinizada ao longo do tempo do que o grupo controle.

Proposições

3. PROPOSIÇÕES

- Foram proposições deste estudo:
- Avaliar a porcentagem de casos considerados satisfatórios em relação à estética gengival de próteses fixas implanto-suportadas em áreas de fissura alveolar enxertada;
- Avaliar quais são as deficiências anatômicas locais no momento da colocação dos implantes que podem estar associadas à estética gengival;
- Levantar tipos de cirurgias mais executadas para melhorar as condições dos tecidos moles peri-implantares, quantidade média de procedimentos de condicionamento gengival (cirúrgicos ou não) realizados para obtenção de estética gengival nos sujeitos da pesquisa e como esses dados afetam a estética dos trabalhos protéticos;
- Propor e testar um novo índice de avaliação de estética gengival.

A circular inset image showing a close-up of a dental procedure. A white, textured filling material is being applied to a tooth. A small, white, rectangular object, possibly a piece of paper or a small tool, is visible on the tooth surface.

Material e Método

4. MATERIAL E MÉTODO

Uma análise retrospectiva foi empregada para avaliar a estética do tecido mole ao redor de 65 próteses unitárias implanto-suportadas instaladas em 56 pacientes do setor de Implantodontia do HRAC. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios:

1. As próteses unitárias foram instaladas em pacientes de ambos os sexos e qualquer idade com fissura transforame incisivo ou pré-forame incisivo completas, unilaterais ou bilaterais enxertadas;
2. Os rebordos alveolares fissurados foram submetidos a cirurgia de enxerto ósseo secundário ou secundário tardio pela equipe de cirurgia ortognática do HRAC e
3. Disponibilidade de imagens fotográficas de arquivo prévias à execução dos implantes e das próteses.

Duas examinadoras experientes (uma protesista e outra, implantodontista e periodontista do HRAC) avaliaram consensualmente fotografias digitalizadas das próteses implanto-suportadas apresentadas a elas em tela de computador, no programa Power Point (Microsoft Windows 98), sem identificação dos pacientes.

As fotografias foram digitalizadas como se segue:

- a) Diapositivos do arquivo de documentação do HRAC: foram fotografados com câmera digital (Canon - Power-Shot G-2, 4.0 megapixels, lente de 21 mm, sem “zoom”) posicionada a 15 cm de distância focal, estando os diapositivos em negatoscópio iluminado por lâmpadas halógenas;

b) Fotografias das próteses concluídas: quando não constantes do arquivo de documentação, foram feitas com o mesmo equipamento, a uma distância aproximada de 15 cm do rosto do paciente e sem a utilização de “flash”. Estas fotografias foram tomadas entre 3 e 6 meses após a instalação das próteses.

A cada um dos parâmetros: posição da margem gengival, papilas interproximais e coloração gengival, foram atribuídos escores de avaliação (fichas 1- Anexos). Assim, se a margem gengival estava posicionada apicalmente à dos dentes vizinhos, era atribuído o escore 0 (zero); se posicionada no mesmo nível dos dentes vizinhos ou até 1mm coronal, era atribuído escore 1 (um); se as papilas mesial e distal apresentavam-se preenchendo totalmente as ameias, o escore atribuído era 1 (um) para cada uma e se deficientes no sentido vertical, o escore era 0 (zero) também individualmente para cada papila; por fim, se a cor da gengiva peri-implantar era semelhante à dos dentes vizinhos, era atribuído escore 1 (um) e se diferente ou simplesmente ausente, era atribuído escore 0 (zero).

A somatória dos escores classificou a estética gengival em boa, regular e ruim, como se segue:

- estética boa: soma dos escores igual a 3 ou 4
- estética regular: soma dos escores igual a 2
- estética ruim: soma dos escores igual a 0 ou 1

Este índice foi criado especialmente para a execução desta pesquisa, não havendo similar na literatura.

Todos os pacientes foram identificados com dados colhidos dos prontuários e as ocorrências do tratamento, desde o enxerto alveolar até a instalação e controles das próteses foram anotadas (fichas 2 - Anexos).

As fichas foram agrupadas de acordo com o escore recebido, de 0 a 4. Nas fotografias dos pacientes de cada grupo, foi verificada na fase pré-cirúrgica, a presença ou ausência de: bridas e inserções musculares atípicas resultantes de cirurgias prévias, recessão gengival nos dentes vizinhos, presença de mucosa ceratinizada na área a receber o implante e na ficha dos prontuários, a ocorrência ou não de re-enxerto ósseo. Nas fases de reabertura e de finalização protética, foram avaliadas as ocorrências de cirurgias a retalho e de enxertos gengivais livres com ou sem epitélio, assim como a quantidade de sessões de condicionamento gengival (fichas 3 – Anexos).

Os dados foram tabelados (tabelas de 1 a 8) e testes estatísticos foram aplicados para verificar a associação entre estética e os parâmetros observados. Para a associação com recessão gengival nos dentes vizinhos, bridas, presença de mucosa ceratinizada, enxertos gengivais livres, reabertura a retalho e re-enxerto ósseo alveolar, foi empregado o teste χ^2 (qui-quadrado de associação). Para comparar a quantidade de cirurgias de manipulação de tecido mole e sessões de condicionamento gengival com a avaliação da estética foi empregado o teste de Mann Whitney para duas amostras independentes. Em todos os testes adotou-se nível de significância de 5 %.

Resultados

5. RESULTADOS

Das 65 áreas peri-implantares avaliadas, 4 receberam escore 0, 6 receberam escore 1, 13 receberam escore 2, 16 receberam escore 3 e 26 receberam escore 4. Desta forma, a gengiva peri-implantar de 10 próteses (15,38%) foi considerada esteticamente ruim, em 13 (20,00%) foi considerada regular e em 42 (64,62%) a estética gengival foi considerada boa (Figura 2).

Figura 2 - Classificação das próteses unitárias implanto-suportadas quanto à estética gengival

As figuras de 3 a 7 mostram exemplos de próteses que receberam escores de 0 a 4.

Nota: A margem gengival encontra-se apicalmente posicionada em relação aos dentes vizinhos (0), as papilas mesial e distal preenchem parcialmente as ameias (0) e não há faixa de gengiva suficiente para comparar sua cor com a dos dentes vizinhos (0).

Figura 3 – Prótese implanto-suportada no elemento 12, à qual foi atribuído o escore 0 na avaliação da estética gengival

Nota: A posição da margem gengival está apical em relação aos dentes vizinhos (0), a papila distal está preenchendo o espaço interproximal (1), mas a mesial preenche parcialmente a ameia (0) e a coloração da gengiva peri-implantar é diferente da dos dentes adjacentes (0).

Figura 4 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 1 na avaliação da estética gengival

Nota: A margem gengival está ao mesmo nível dos dentes vizinhos (1), a papila distal está preenchendo o espaço interproximal (1) mas a mesial está deficiente (0), e não há gengiva ceratinizada presente para se fazer comparação da cor (0)

Figura 5 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 2 na avaliação da estética gengival

Nota: A margem gengival está nivelada com os dentes vizinhos (1), a papila distal está normal (1), mas a mesial está deficiente (0) e a coloração da gengiva assemelha-se à dos dentes vizinhos (1).

Figura 6 - Prótese implanto-suportada no elemento 22, à qual foi atribuído o escore 3 na avaliação da estética gengival

Nota: O nível da margem gengival está ligeiramente coronal aos dentes vizinhos (1), as papilas mesial (1) e distal (1) preenchem todo o espaço interproximal e a coloração da gengiva é idêntica à dos dentes vizinhos (1).

Figura 7 - Próteses implanto-suportadas nos elementos 12 e 22 às quais foi atribuído o escore 4 na avaliação da estética gengival

As próteses que receberam escores de 0 a 2 foram reunidas em um único grupo para possibilitar a comparação estatística com as que receberam escores 3 e 4, devido ao reduzido número de casos enquadrados nas categorias ruim e regular. Desta forma, decidiu-se chamar de esteticamente deficientes as próteses que receberam os escores de 0 a 2.

Ao teste χ^2 , houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos esteticamente deficiente e bom para os parâmetros: presença de recessão gengival nos dentes vizinhos, presença de bridas musculares na área do implante, presença de mucosa ceratinizada e enxertos gengivais livres.

A recessão gengival nos dentes vizinhos esteve presente em 17 (73,91 %) dos casos de estética deficiente e em 18 (42,86 %) dos casos considerados bons ($p=0,03$ -tabela 1).

Tabela 1 – Associação entre estética gengival peri-implantar e presença de recessão gengival nos dentes vizinhos previamente à instalação dos implantes

Escore gengival	Recessão presente	Recessão ausente	Total
0-2 Estética deficiente	17 (73,91 %)	6 (26,09 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	18 (42,86 %)	24 (57,14 %)	42 (100 %)
Total	35 (53,85 %)	30 (46,15 %)	65 (100 %)

$P=0,03$

Houve presença de bridas musculares em 9 (39,13 %) dos casos esteticamente deficientes e em 4 (9,52 %) dos casos considerados bons ($p=0,01$ - tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre estética e presença prévia de bridas musculares na área a receber o implante

Escore gengival	Bridas presentes	Bridas ausentes	Total
0 - 2 Estética deficiente	9 (39,13 %)	14 (60,87 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	4 (9,52 %)	38 (90,48 %)	42 (100 %)
Total	13 (20,00 %)	52 (80,00 %)	65 (100 %)

$P = 0,01$

A mucosa ceratinizada na área a receber o implante estava presente em 7 (30,43%) dos casos esteticamente deficientes e em 36 (85,71 %) dos casos considerados bons ($p=0,00002$ - tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre estética e presença prévia de mucosa ceratinizada na área a receber implantes

Escore gengival	Mucosa ceratinizada presente	Mucosa ceratinizada ausente	Total
0 - 2 Estética deficiente	7 (30,43 %)	16 (69,57 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	36 (85,71 %)	6 (14,29 %)	42 (100 %)
Total	43 (66,15 %)	22 (33,85 %)	65 (100 %)

$P=0,00002$

Em 16 casos esteticamente deficientes (69,57 %), foi realizado enxerto livre de gengiva com epitélio, enquanto que nos casos de estética boa, apenas 4 (9,52 %) enxertos foram realizados ($p=0,000002$ - tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre estética gengival e realização de enxerto gengival livre com epitélio

Escore gengival	Com enxerto	Sem enxerto	Total
0 - 2 Estética deficiente	16 (69,57 %)	7 (30,43 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	4 (9,52 %)	38 (90,48 %)	42 (100 %)
Total	20 (30,77 %)	45 (69,23 %)	65 (100 %)

$P=0,000002$

Foi realizado enxerto livre de conjuntivo sub-epitelial para obtenção de mucosa ceratinizada ao redor dos implantes em 5 (21,74 %) dos casos esteticamente deficientes e em 8 (19,05 %) dos considerados bons, não sendo significativa a associação entre esta técnica cirúrgica e a avaliação estética ($p=0,94$ – tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre estética gengival e realização de enxerto de conjuntivo sub-epitelial

Escore gengival	Com enxerto	Sem enxerto	Total
0 - 2 Estética deficiente	5 (21,74 %)	18 (78,26 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	8 (19,05 %)	34 (80,95 %)	42 (100 %)
Total	13 (20,00 %)	52 (80,00 %)	65 (100 %)

$P=0,94$

Neste trabalho, não houve associação entre estética e cirurgias a retalho para expor os implantes, sendo que as reaberturas a retalho foram realizadas em 5 (21,74%) dos implantes esteticamente deficientes e em 17 (40,48%) dos considerados bons, mas não foram realizadas em 18 (78,26%) dos casos considerados deficientes e em 25 (59,52%) dos considerados bons ($p=0,21$ - tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre estética gengival e reabertura a retalho

Escore gengival	Com retalho	Sem retalho	Total
0 - 2 Estética deficiente	5 (21,74 %)	18 (78,26 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	17 (40,48 %)	25 (59,52 %)	42 (100 %)
Total	22 (33,85 %)	43 (66,15 %)	65 (100 %)

$P=0,21$

Também não foi significativa a associação entre estética e presença de re-enxerto ósseo alveolar, o qual foi realizado em 6 (26,09%) dos casos esteticamente deficientes e em 10 (23,81%) dos casos considerados bons ($p=0,92$ - tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre estética gengival e presença prévia de re-enxerto ósseo alveolar na área que recebeu o implante

Escore gengival	Com re-enxerto	Sem re-enxerto	Total
0 -2 Estética deficiente	6 (26,09 %)	17 (73,91 %)	23 (100 %)
3 e 4 Estética satisfatória	10 (23,81 %)	32 (76,19 %)	42 (100 %)
Total	16 (24,62 %)	49 (75,38 %)	65 (100 %)

$P=0,92$

Quando se avaliou o número total de cirurgias de manejo de tecido mole realizadas para obtenção de estética, foram verificadas as médias de 1,26 cirurgia por prótese do grupo esteticamente deficiente e 0,93 cirurgia por prótese do grupo de estética boa. Esta diferença, entretanto, não foi estatisticamente significativa pelo teste de Mann Whitney ($p=0,07$). O mesmo ocorreu para a quantidade de sessões de condicionamento gengival, com a média de 0,91 sessão por prótese do grupo deficiente e de 1,14 sessão por prótese do grupo com boa estética ($p=0,49$, tabela 8).

Tabela 8 - Média de cirurgias de tecido mole e de sessões de condicionamento gengival para obtenção de estética

Escore gengival	Média de cirurgias	Média de sessões de condicionamento
0 - 2 Estética deficiente	1,26	0,91
3 e 4 Estética satisfatória	0,92	1,14
P=0,07		P=0,49

Discussão

6. DISCUSSÃO

À medida que a Implantodontia foi se tornando uma ciência amplamente aceita e confiável, as exigências dos pacientes foram mudando de foco e aumentando a carga de pressão sobre os terapeutas. Hoje, os pacientes não se contentam mais em receber uma prótese fixa ao invés de removível, ou em terem seus dentes hígidos adjacentes ao espaço protético poupados do traumático desgaste para receberem coroas protéticas. Aqueles que optam pelos implantes almejam não somente uma prótese melhor, mas também estética e funcionalmente perfeita (Khoury e Hoppe, 2000).

A avaliação da estética de um trabalho, objeto ou pessoa é extremamente subjetiva, por estar vinculada a padrões essencialmente culturais. De acordo com Rufenacht (1990), o estudo dos elementos anatômicos da estética é de suma importância, pois a obtenção e a restauração da beleza estão condicionadas, na maioria das vezes, ao restabelecimento dos padrões anatômicos normais. Assim sendo, os tecidos moles peri-implantares, sempre que possível, devem apresentar as mesmas características morfológicas dos tecidos que circundam dentes naturais, em particular, contorno, posição e coloração harmoniosos da margem gengival e presença de papila interdental. Cicatrizes de cirurgias anteriores, defeitos ósseos e gengivais advindos de trauma, atrofia do rebordo alveolar e restaurações protéticas deficientes complicam significativamente a obtenção dessas condições (Khoury e Hoppe, 2000).

Se, por um lado existe consenso quanto ao quê é considerado estético em Odontologia, por outro, faltam parâmetros que tornem esta avaliação menos variável de um indivíduo para outro, ou de uma região do planeta para outra. Em relação à estética gengival, mais especificamente em próteses unitárias implanto-suportadas, há poucos

trabalhos que sugeriram uma metodologia para avaliação da estética global dos tecidos moles ao redor de implantes em comparação aos dentes naturais. Mais escassos ainda são os trabalhos abordando a estética em pacientes com fissura. As publicações disponíveis sobre implantes em área de fissura alveolar enxertada geralmente apresentam pequena casuística e enfocam o sucesso dos enxerto e dos implantes neles instalados, como observado no resumo a seguir (tabela 9).

Tabela 9 – Implantes osseointegrados em fissura alveolar enxertada. Estudos clínicos em ordem cronológica

Autores	Tipo de estudo	Amostra	Assunto
Verdi et al (1991)	Caso clínico	1 paciente / 1 implante	1ª descrição da técnica de instalação de implantes em área de fissura alveolar enxertada
Ronchi et al (1995)	Caso clínico	3 pacientes / 4 implantes	Relato de experiência clínica na reabilitação de adultos com implantes na fissura alveolar enxertada
Kearns et al (1997)	Estudo prospectivo	14 pacientes/ 20 implantes	Avaliação da época mais adequada para instalação de implantes na fissura alveolar enxertada
Takahashi et al (1997)	Caso clínico	19 pacientes / 21 implantes	Avaliação a curto prazo da técnica de instalação de implantes em fissuras alveolares enxertadas
Fukuda et al / (1998)	Estudo prospectivo	7 pacientes / 7 implantes	Enxerto e implantes no mesmo tempo cirúrgico
Nakai et al (1998)	Caso clínico	1 paciente /1 implante	Implante em fissura alveolar enxertada como alternativa de fechamento ortodôntico do arco
Jensen et al (1998)	Estudo prospectivo	16 pacientes / 20 implantes	Re-enxertos e implantes colocados no mesmo tempo cirúrgico
Jansma et al (1999)	Caso clínico	4 pacientes / 6 implantes	Avaliação da necessidade de re-enxertos
Takahashi et al (1999)	Estudo prospectivo	14 pacientes / 14 implantes	Avaliação do volume ósseo após enxerto alveolar
Härtel et al (1999)	Estudo retrospectivo	11 pacientes / 17 implantes	Avaliação clínica e radiográfica da osseointegração de implantes em fissura alveolar enxertada
Rezende et al (2001)	Estudo retrospectivo	31 pacientes 31 implantes	Necessidade de re-enxerto e sobrevivência de implantes
Freire et al (2002)	Estudo retrospectivo	67 pacientes/ 67 implantes	Necessidade de re-enxerto
Rezende (2003)	Estudo retrospectivo	87 pacientes com fissura e 98 sem / 686 e 369 impl. respectivamente	Comparação do sucesso de implantes instalados em maxilas com e sem fissuras
Cune et al (2004)	Caso clínico	9 pacientes / 10 implantes	Avaliação clínica / estética de próteses implanto-suportadas em fissuras alveolares enxertadas

É fundamental conhecer os aspectos que podem influenciar negativamente a estética das próteses implanto-suportadas, desde o preparo da área a receber os implantes, até os métodos disponíveis para compensar efeitos de falhas de planejamento. O principal aspecto que pode contribuir negativamente com a estética das próteses é a falta de quantidade suficiente de osso na área que vai receber o implante, sendo que a reconstrução estética do espaço protético deve considerar a topografia óssea tridimensional, podendo ser necessário o aumento do volume ósseo no sentido vertical e vestibulo-palatino (Salama et al 1995a, 1995b e Parel e Sullivan 1997).

De fato, as dificuldades na reabilitação protética da fissura alveolar reparada por meio de enxerto ósseo são geradas pelas condições residuais dos tecidos mole e duro, conseqüentes da técnica cirúrgica empregada e da alta taxa de reabsorção que esses enxertos sofrem se deixados sem função (Isono et al 2002), a qual pode levar à necessidade de outro enxerto depois de cerca de 24 meses do primeiro, para permitir a instalação de implantes (Jansma et al 1998, Nakai et al 1998, Takahashi et al 1999). Além disso, outras intervenções cirúrgicas freqüentemente necessárias ao longo da vida do indivíduo com fissura podem comprometer a nutrição dos tecidos na área a receber implantes, como correção de fístulas, aprofundamentos de vestibulo e plásticas reconstrutivas gengivais. Deiscências de sutura podem ocorrer por tensão de cicatrizes dessas cirurgias (Boyne e Sands 1972, Fukuda et al 1998), das quais também podem resultar bridas e inserções musculares atípicas que podem acelerar o processo de reabsorção dos enxertos ósseos, inviabilizando a instalação de implantes. (Härtel et al 1999).

Mesmo com todas essas complicações, inerentes ao indivíduo com fissura, observou-se neste estudo que, na sua maioria, as próteses unitárias implanto-suportadas executadas em área de fissura enxertada (64,62% - figura 1) foram consideradas

esteticamente satisfatórias do ponto de vista da qualidade do tecido mole peri-implantar. O fato de que a posição da margem gengival estava favorável em grande parte das áreas avaliadas (50 das 65 áreas, correspondendo a 76,92%), indica que os implantes foram instalados em locais com quantidade óssea suficiente. Como não houve associação entre realização de re-enxertos ósseos alveolares com o resultado estético ($p=0.92$, tabela 7), discute-se que nestes casos, mesmo não inviabilizando tecnicamente a instalação do implante, a altura do osso interproximal pode não ter sido suficiente para suportar as papilas gengivais, razão pela qual certas próteses receberam escores mais baixos. De fato, a somatória dos escores 0, 1 e 2 (figura 1), demonstrou deficiência estética de uma parcela considerável dos trabalhos protéticos deste estudo (35,38%).

Em 73,91% dos casos cuja estética foi considerada deficiente, havia recessão gengival nos dentes vizinhos cuja associação com a estética foi considerada significativa ($p=0,03$, tabela 1). A recessão gengival nos dentes adjacentes à área a receber os implantes denuncia a ausência de tecido ósseo subjacente para suportar a papila interproximal criando um espaço vazio na área interdental chamado “triângulo negro”, que está relacionado com a distância entre o ponto de contato proximal e a crista óssea (Salama et al 1995 e Schincaglia e Nowzari 2001). Há relatos que dimensionam a distância ótima entre a crista óssea proximal e a porção mais coronal da papila, ou entre a crista óssea e o ponto de contato proximal para que se formem papilas em próteses dentais e implanto-suportadas. Tarnow et al (1992) consideraram que se o ponto de contato estiver a uma distância menor ou igual a 5 mm da crista óssea, a papila interdental está sempre presente; para uma distância de 6 mm, o preenchimento é de 56% e com 7 mm ou mais, apenas em 27% dos casos há formação de papila. Outros autores estabeleceram que se a distância da gengiva até a crista óssea for maior que

3mm na face vestibular e 4,5mm nas proximais, pode ocorrer recessão gengival a menos que os tecido mole seja espesso (Priest 1996, Kais 2001).

Nas fissuras alveolares congênitas, a pequena quantidade de tecido ósseo existente ao longo da superfície mesial do canino em irrupção e ao longo da face distal do incisivo central adjacentes à fissura, vai gradativamente diminuindo com o tempo, de forma que na idade adulta é comum a observação de aumento da profundidade de sondagem nesses dentes, que muitas vezes, pode levar à perda dos mesmos (Boyne e Sands, 1976). Procedimentos regenerativos visando à reconstrução óssea nesses casos são muito desfavoráveis, devido à presença da raiz dental desprovida de parede alveolar, o que contra-indica enxertos ósseos por falta de nutrição no lado voltado para a raiz. Por esta razão, é improvável o ganho ósseo em altura, nessas condições.

Curiosamente neste estudo, nos casos em que apenas uma das papilas foi considerada deficiente, houve coincidência deste evento para a papila mesial, contrariando os achados de Chang et al (1999). Estes autores perceberam que em coroas realizadas sobre implantes substituindo o incisivo central, havia melhor preenchimento da papila mesial (voltada para o incisivo central oposto) do que da papila distal (voltada para o incisivo lateral). Embora os autores tenham atribuído este fato à conformação da junção cimento-esmalte, diâmetro da raiz e nível da inserção conjuntiva mais favoráveis no incisivo central, esta explicação não se aplica aos casos aqui estudados, já que fatores como a perda óssea em altura freqüente nos dentes adjacentes à fissura, exercem uma influência maior no suporte da papila interproximal do que a anatomia dental em si. Talvez este aspecto seja merecedor de pesquisas futuras melhor direcionadas.

Outro fato relevante é que a presença de bridas musculares pode também diminuir a faixa de mucosa ceratinizada, responsável pela imobilização da gengiva

marginal e pela homeostasia do sulco gengival. Neste estudo, a presença de bridas influenciou negativamente o resultado estético das próteses unitárias (tabela 2), não só porque diminuiu a quantidade óssea disponível para a instalação dos implantes, como também porque tornou necessária uma intervenção cirúrgica adicional para sua correção e para criação de gengiva, por meio de enxertos gengivais livres de conjuntivo com ou sem epitélio.

Há concordância entre pesquisadores de que uma faixa suficiente de mucosa inserida é necessária, não somente por razões estéticas, como também para o sucesso a longo prazo das próteses (Ten Cate 1985, Bengazi et al 1996), uma vez que exerce importante papel na manutenção da higiene e saúde dos tecidos periodontais e peri-implantares (Khoury e Hoppe 1998). Embora haja questionamento a respeito da necessidade de uma faixa de gengiva ceratinizada e inserida para evitar a recessão da margem gengival em pacientes com boa higiene oral (Lindhe 1992, Wennström et al 1994), há evidências de que implantes em áreas desprovidas de gengiva ceratinizada são mais frágeis frente ao acúmulo de placa, estando mais predispostos à peri-implantite (Bennani e Baudoin 2002).

A presença de largura adequada de gengiva ceratinizada no rebordo desdentado previamente à instalação dos implantes foi considerada um fator altamente associado com a estética ($p=0,00002$, tabela 3), uma vez que estava presente em 85,71% dos casos esteticamente bons e em 30,43% dos casos considerados deficientes.

Técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas têm sido relatadas como meios de obter disponibilidade de contorno e textura gengival como requisito prévio fundamental para a obtenção de estética em próteses implanto-suportadas (Israelson e Plemon 1993, Palacci et al 1995, Lange 1995, Tinti e Parma-Benfenati 1995, Jemt 1997, Groisman e Harari 2000, Mathews 2000). Entretanto, algumas delas nem sempre resultam no efeito

estético desejado. Enxertos gengivais livres com epitélio, por exemplo, promovem uma coloração gengival diferente das áreas circunvizinhas (Lindhe 1992). Este foi um aspecto que se correlacionou com a falta de estética neste estudo, onde 69,57% dos casos de estética deficiente receberam enxerto gengival livre epitelizado em algum momento da reabilitação ($p=0,000002$, tabela 4). O enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial, empregado como alternativa ao enxerto livre epitelizado, pode mascarar a diferença de coloração em áreas onde a estética é fundamental, além de proporcionar a mesma eficiência na obtenção de uma faixa maior de mucosa ceratinizada (Scarso Filho et al 2001). Usado para aumentar o volume vestibular do tecido gengival e compensar pequenos defeitos ósseos não corrigidos até esta fase, é nutrido duplamente através do periósteo subjacente e do retalho de revestimento. Tem como vantagem a adaptação estética do enxerto à cor e à textura do tecido adjacente (Sclar 2000). Todavia, 21,74% dos casos esteticamente deficientes receberam enxerto de tecido conjuntivo sub-epitelial contra 19,05% dos considerados esteticamente bons, ($p=0,94$, tabela 5), demonstrando que este não é um procedimento determinante na obtenção da estética. Desta forma, pondera-se que outros fatores exerceram maior influência sobre os resultados do que este tipo de cirurgia.

Dentre as técnicas de reabertura a retalho, uma das mais citadas é aquela em que um cicatrizador é instalado sobre o implante antes se submergi-lo novamente sob um retalho muco-perióstico liberado de forma a possibilitar sua sutura sem tensão. Esta técnica, também chamada de regeneração tecidual guiada sem membrana, cria um espaço entre o cicatrizador e o retalho onde o coágulo que aí se forma, evolui para tecido conjuntivo na cicatrização, aumentando a espessura de tecido mole disponível para o condicionamento (Salama et al 1995 a e b, Reikie 1995, Mathews 2000, Bianchi e Sanfilippo 2004). Esta técnica tem sido também empregada rotineiramente no HRAC,

ao lado do deslocamento de um retalho de palatina para vestibular, aumentando a faixa de mucosa ceratinizada ao redor do implante. Também tem sido empregado o retalho em rolo modificado (Scahrf e Tarnow 1992, Israelson e Plemons 1993). Entretanto, este trabalho não encontrou associação entre essas cirurgias e o resultado estético alcançado com sua utilização. Como visto, foram realizadas reaberturas a retalho em 5 (21,74%) dos implantes esteticamente deficientes e em 17 (40,48%) dos considerados bons, mas não foram realizadas em 18 (78,26%) dos casos considerados deficientes e em 25 (59,52%) dos considerados bons ($p=0,21$ - tabela 6), sugerindo que outros fatores que não a técnica de reabertura em si interferiram mais na estética gengival.

A quantidade de cirurgias de tecido mole realizadas para obtenção da estética não teve associação com a estética final dos tecidos peri-implantares nesta avaliação (tabela 8 - $p=0,07$). Mesmo que repetidas vezes executadas, estas cirurgias não conseguiram muitas das vezes, compensar deficiências ósseas prévias à instalação dos implantes, ou contornar certas falhas no planejamento, como por exemplo, a instalação do implante em inclinação desfavorável, ou em infra-oclusão exagerada em relação aos dentes vizinhos. Para o posicionamento ápico-coronal do implante, Pallaci et al (1995) recomendaram tomar como referência a junção amelo-cementária dos dentes adjacentes. Quando o periodonto está intacto, o implante deve ser posicionado 2 mm apicalmente à junção amelo-cementária e, para um periodonto reduzido, que evidencia regiões radiculares descobertas, o implante deve ser aprofundado entre 0,5 e 1 mm em relação à gengiva marginal. Estas premissas nem sempre foram seguidas na instalação dos implantes aqui estudados.

O mesmo ocorreu com o número de sessões de condicionamento gengival o qual não foi associado à estética final dos tecidos peri-implantares neste estudo (tabela 8

- $p=0,49$). Embora nos pacientes sem fissura a cicatrização dos tecidos moles guiada pela prótese provisória tenha grande influência na arquitetura gengival final (Sclar 2000), estes procedimentos não foram realizados de maneira sistemática como preconizado por Franchiscone e Vasconcelos (1998), ou seja, uma vez por semana durante um ou 2 meses, pela dificuldade dos pacientes do HRAC em atender aos retornos e também por ser esta técnica um refinamento, indicada quando há quantidade e qualidade de tecidos peri-implantares suficientes.

Concluiu-se frente a estes resultados, que a racionalização dos procedimentos terapêuticos envolvendo implantes osseointegrados na reabilitação da fissura alveolar enxertada deve considerar as condições iniciais do sítio a ser implantado, de forma que condições ótimas de quantidade e qualidade de tecidos duros e moles devem estar presentes antes da instalação de implantes. Procedimentos de manipulação de tecido mole e técnicas protéticas de condicionamento gengival em áreas de implantes mal-posicionados, ou com deficiências ósseas e gengivais, não melhoraram a estética gengival, representando um sacrifício adicional desnecessário para esses pacientes.

A circular inset image showing a close-up of a dental crown on a tooth. The crown is white and has a textured surface. The surrounding gum tissue is pink and appears healthy. The text "Considerações finais" is overlaid on the image.

Considerações finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ultimas décadas foram marcadas por grandes mudanças tecnológicas, sociais e principalmente pela globalização e divulgação de conhecimentos. As pessoas sofreram influência dessas mudanças e modificaram também sua percepção das coisas e seu comportamento. O perfil do paciente do HRAC, de modo geral, não é mais aquele de alguns anos atrás: pessoas humildes, vindas muitas vezes de Estados distantes, que ficavam internadas vários dias ou semanas para tratamento dos poucos dentes que lhes restavam, para fazer as primeiras cirurgias, já em idade adulta. A elas, bastava a restituição do sorriso, proporcionado pela prótese parcial ou total removível, com os poucos recursos de retenção e estética dos quais se dispunha.

Hoje, quase não se vêem mais adultos não operados e com dentes em péssimas condições. Os Núcleos de Descentralização criados, mantidos e viabilizados pela administração e coordenadores dos programas sociais do HRAC, conhecimento e acesso da população aos cuidados com a saúde, ao lado do aprimoramento dos conhecimentos científicos por parte dos profissionais são os grandes responsáveis por essas mudanças.

A maioria dos pacientes adultos de hoje, são os mesmos que iniciaram o tratamento no HRAC-USP com poucos meses de idade e vêm sendo acompanhados durante todos esses anos por esta equipe de reabilitação. Muitos são jovens universitários, ou já graduados e bem posicionados social e economicamente, com consciência de que a sociedade é preconceituosa com quem não tem a aparência “ideal” divulgada pela mídia. Por isso, há cobranças por parte deles, por uma perfeição de reabilitação, às vezes não alcançada. Por outro lado, a Odontologia teve grandes

avanços como os implantes osseointegrados, os quais, as pessoas acreditam, trarão seus dentes como se nascessem de novo. Até mesmo os profissionais, entusiasmados com as novas tecnologias podem ser levados a extrapolar as indicações, diminuindo as reais possibilidades de sucesso. É importante ter em mente as dificuldades que as seqüelas da fissura deixam na morfologia e fisiologia dos tecidos bucais para que sejam feitos bons diagnósticos e tratamentos previsíveis dentro das limitações de cada caso e, nas situações desfavoráveis, os pacientes devem ser esclarecidos sobre as reais possibilidades da obtenção de resultado esteticamente satisfatório.

Conclusões

7. CONCLUSÕES

- A estética gengival em próteses unitárias implanto-suportadas em área de fissura alveolar enxertada mostrou-se satisfatória em 64,62% dos casos;
- As principais deficiências anatômicas encontradas no momento da colocação dos implantes naqueles casos onde a estética gengival foi considerada insatisfatória foram: recessão gengival nos dentes vizinhos, bridas musculares e falta de mucosa ceratinizada;
- Os tipos de cirurgia plástica gengival mais realizados em próteses unitárias implanto-suportadas nos pacientes do HRAC foram: enxertos de gengiva livre com epitélio, enxertos livres de conjuntivo e reaberturas a retalho, numa média de 1,26 cirurgia por prótese do grupo esteticamente deficiente e 0,92 cirurgia por prótese do grupo de estética boa; esta diferença, entretanto, não foi estatisticamente significativa. Quanto ao tipo de cirurgia, o único que influenciou negativamente a estética gengival foi o enxerto de gengiva livre com epitélio. As sessões de condicionamento gengival não apresentaram variação significativa entre os grupos com estética boa (1,11 sessão por paciente) e deficiente (0,91 sessão por paciente);
- O método proposto para avaliação da estética gengival mostrou-se eficiente para o tipo de análise efetuada.

Referências Bibliográficas

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Åbyholm FE, Bergland O, Semb G. Secondary bone grafting of alveolar clefts: a surgical/ orthodontic treatment enabling a non-prosthetic rehabilitation in cleft lip and palate patients. *Scand J Plast Reconst Surg* 1981; 5:127-40.

Askary AS. Use of connective tissue grafts to enhance the esthetic outcome of implant treatment: a clinical report of 2 patients. *J Prosthet Dent* 2002; 87:129-32.

Becker W, Becker BE. Flap designs for minimization of recession adjacent to maxillary anterior implant sites: A clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1996; 11:46-54.

Bengazi F, Wennström JL, Lekholm U. Recession of the soft tissue margin at oral implants. A 2-year longitudinal prospective study. *Clin Oral Implants Res* 1996; 7:303-10.

Bennani V, Baudoin CA *Estética e perfil de emergência em implantodontia*. Porto Alegre RS: Artmed Editora AS; 2002.

Bergland O, Semb G, Åbyholm FE. Elimination of residual alveolar cleft by secondary bone grafting and subsequent orthodontic treatment. *Cleft Palate* 1986; 23:175-205.

Bianchi AD, Sanfilippo F. Single-tooth replacement by immediate implant and connective tissue graft: a 1-9 years clinical evaluation. *Clin Oral Impl Res* 2004; 15:269-77.

Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palate clefts. *J Oral Surgery* 1972; 30:87-92.

Boyne PJ, Sands NR. Combined orthodontic-surgical management of residual palato-alveolar cleft defects. *Amer. J. Orthodont* 1976; 70:20-37.

Breine U, Brånemark P-I. Reconstruction of alveolar jaw bone. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1980; 14:23-48.

Castilla E, Lopez-Camelo JS, Paz JE. *Atlas geografico de las malformaciones congénitas em Sudamerica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Chang M, Wennström JL, Ödman P, Andersson B. Implant supported single-tooth replacements compared to contralateral natural teeth. *Clin Oral Impl Res* 1999; 10:185-94.

Cune MS, Meijer GJ, Koole R. Anterior tooth replacement with implants in grafted alveolar cleft sites: a case series. *Clin Oral Impl Res* 2004; 15:616-24.

Daftary F. Natural esthetic with implant prostheses. *J Esthet Dent* 1995; 7:9-17.

Damante JH, Freitas JAS, Morais N Anomalias dentárias de número na área da fenda, em portadores de malformações congênitas lábio-palatais *Estomat Cult* 1973; 7:88-97.

Dempf R, Teltzrow T, Kramer FJ, Hausamen JE. Alveolar bone grafting in patients with complete clefts: a comparative study between secondary and tertiary bone grafting. *Clef Pal-Craniof J* 2002; 39:18-25

Francischone C E, Vasconcelos L W. *Osseointegração e as próteses unitárias: como otimizar a estética*. São Paulo: Artes Medicas EAP-APCD; 1998.

Freire JNO, Gil JN, Rezende MLR, Magini RS, Cardoso AC, Coura GS. Evaluation of bone grafts and osseointegrated implants in alveolar clefts. *J Dent Res* 2002; 81(special is): 275.

Fukuda M, Takahashi T, Yamaguchi T, Kochi S. Placement of endosteal implants combined with chin bone onlay graft for dental reconstruction patients with grafted alveolar clefts. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27:440-4.

Groisman M, Harari ND. Técnicas de cirurgia plástica periodontal visando a estética em implantes orais. In: Dinato JC, Polido WD. *Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese*. São Paulo: Artes Médicas; 2001. p.243-60.

Härtel J, Pogl C, Henkel KO, Gundlach KK. Dental implants in alveolar cleft patients: a retrospective study. *J Craniomaxillofac Surg* 1999; 27:354-7.

Isono H, Kaida K, Hamada Y, Kokubo Y, Ishibara M, Hirashita A, et al. The reconstruction of bilateral clefts using endosseous implants after bone grafting. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 21:403-10.

Israelson H, Plemons JM. Dental implants, regenerative techniques, and periodontal plastic surgery to restore maxillary anterior esthetics. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993; 8:555-61.

Jansma J, Raghoobar GM, Batenburg RH, Stellingsma C, Oort RP. Bone grafting of cleft lip and palate patients for placement of endosseous implants. *Cleft Palate Craniofac J* 1999; 36:67-72.

Jemt T. Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997; 17:327-33.

Jensen J, Sindet-Petersen S, Enemark H. Reconstruction of residual alveolar cleft defects with one-stage mandibular bone grafts and osseointegrated implants. *J Oral Maxillofac Surg* 1998; 56:460-6.

Kais JC. Predictable peri-implant gingival aesthetic: five diagnostic keys. *Compend Contin Educ Dent* 2001; 22:199-208.

Kearns G, Perrott DH, Sharma A, Kaban LB, Vargervik K. Placement of endosseous implants in grafted alveolar clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 1997; 34:520-5.

Keller EE, Van Roekel NB, Desjardins RP, Tolman DE. Prosthetic-surgical reconstruction of the severely resorbed maxilla with iliac bone grafting and tissue-integrated prostheses. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1987; 2:155-65.

Khoury F, Hoppe A. Soft tissue management in oral implantology: a review of surgical techniques for shaping an esthetic and functional peri-implant soft tissue structure. *Quintessence Int* 2000; 31:483-99.

Lange GL. Aesthetic and prosthetic principles for single tooth implant procedures: an overview. *Pract Periodontic Aesthet Dent* 1995; 9:51-61.

Lindhe J, Wennström J, Karring T. Cirurgia mucogengival. Tradução de Novaes Junior AB. In: Lindhe J. *Tratado de periodontologia clínica*. 2nd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992. P. 313-34.

Mathews DP. Soft tissue management around implants in the esthetic zone. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000; 20:141-9.

Nagem Filho H, Morais N, Rocha RGF. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. *Rev Fac Odontol Univ São Paulo* 1968; 6:111-28.

Nakai H, Niimi A, Fujimoto T, Ueda M. Prosthetic treatment using an osseointegrated implant after secondary bone grafting of a residual alveolar cleft: a case report. *Int J Oral Max Implants* 1998; 13:412-5.

Nordland WP, Tarnow DP. A classification system for loss of papillary height. *J Periodontol* 1998; 69:1124-6.

Palacci P, Engstrand P, Ericsson I, Rangert BO, editors. *Optimal implant positioning soft tissue management for the Bränemark System*. Chicago: Quintessence; 1995.

Parel SM, Sullivan DY. *Estética e osseointegração*. São Paulo: Santos; 1997.

Priest GF Failure rates of restorations for single-tooth replacements. *Int J Prosthodont* 1996; 9:38-45.

Priest G. Predictability of soft tissue form around single-tooth implant restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003; 23:19-27.

Raigrodski AJ, Block MS. Clinical considerations for enhancing the success of implant-supported restorations in the aesthetic zone with delayed implant placement. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2002; 14:21-8.

Ramstad T, Semb G. The effect of alveolar bone grafting on the prosthodontic/reconstructive treatment of patients with unilateral complete cleft lip and palate. *Int J Prosthodont* 1997; 10:6-63.

Reikie DF. Restoring gingival harmony around single tooth implants. *J Prosth Dent* 1995; 4:47-49.

Rezende MLR, Freire JNO, Coura GS. Clinical evaluation of osseointegrated implants placed in alveolar cleft grafted with iliac bone. In: *Programme and Abstracts of the 9th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies*; 2001 25-29 June; Goteborg, Sweden. Goteborg: s.n.; 2001.p. 168.

Rezende MLR. Rate of success of osseointegrated implants in the rehabilitation of cleft patients. In: *Proceedings of the 18th Annual Meeting of the American Academy of Oseointegration*; 2003 27-1 Feb-Mar; Boston, USA; Boston: s.n.; 2003. p.83.

Ronchi P, Chiapasco M, Fratini D. Endosseous implants for prosthetic rehabilitation in bone grafted alveolar clefts. *J Craniomaxillofac Surg* 1995; 23:382-6.

Rufenacht C. R. *Fundamentals of Esthetics*. Chicago, Illinois: Quintessence, 1990.

Salama H, Salama M, Garber D, Adar P. Developing optimal peri-implant papillae within esthetic zone: guided soft tissue augmentation. *J Esthet Dent* 1995; 7:125-129.

Salama H, Salama MA, Li TF, Garber DA, Adar P. Treatment planning 2000: An esthetically oriented revision of the original implant protocol. *J Esthetic Dent* 1995; 9:55-67.

Scarso Filho J, Barreto MA, Tunes U R *Planejamento estético cirúrgico e protético em Implantodontia*. São Paulo SP: Artes Medicas Ltda; 2001.

Scharf D, Tarnow D. Modified roll technique for local alveolar ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1992;12:L415-425.

Schincaglia GP, Nowzari H. Surgical treatment planning for the single –unit implant in aesthetic areas. *Periodont 2000* 2001; 27: 62-182.

Sclar A. Cosmetic soft-tissue enhancement for dental implants. *Alpha Omegan* 2000; 93:38-45.

Spina V, Psillankis JM, Lapa FS, Ferreira MC. Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo* 1972; 27: 5-6.

Silva Filho OG, Ferrari Júnior FM, Rocha DL, Souza Freitas JA. Classificação das fissuras lábio-palatais: breve histórico, considerações clínicas e sugestão de modificação. *Rev Bras Cirurg* 1992; 82:59-65.

Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol* 1992; 63:995-6.

Takahashi T, Fukuda M, Yamaguchi T, Kochi S. Use de endosseous implants for dental reconstruction of patients with grafted alveolar clefts. *J Oral Max Surg* 1997; 55:576-8.

Takahashi T, Fukuda M, Yamaguchi T, Kochi S. Placement of endosseous implants into bone-grafted alveolar clefts: assesment of bone bridge after autogenous particulate cancellous bone and marrow graft. *In J Oral Maxillofac Implants* 1999; 14:86-93.

Ten Cate AR. The gingival junction. In: Brånemark P-I, Zarb G, Albrektsson T (eds). *Tissue-integrated prosthesis: osseointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence; 1985:145-152.

Tinti C, Parma-Benfenati S. Coronally positioned palatal sliding flap. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995; 15:299-310.

Turvey A, Moriarty J, Hoke J. Delayed bone grafting in the cleft maxilla and palate: A retrospective multidisciplinary analysis. *Am J Orthodont* 1984; 86:244-56.

Verdi Junior FJ, Slanzi GL, Cohen SR, Powell R. Use of the Brånemark implant in the cleft palate patient. *Cleft Palate Craniofac J* 1991; 28:301-4.

Wennström JL, Bengazi F, Lekholm U. The influence of the masticatory mucosa on the peri-implant soft tissue condition. *Clin Oral Impl Res* 1994; 5:1-8.

Anexos

ANEXO 1 – Fichas 1. Avaliação da estética gengival

Paciente da fotografia nº 25

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 0							

Paciente da fotografia nº 43

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 0					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 52

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 0							

Paciente da fotografia nº 62

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 0							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 7

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 1							

Paciente da fotografia nº 10

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 1							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 35

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 1					

Paciente da fotografia nº 40

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 1							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 44

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 1					

Paciente da fotografia nº 50

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 1								

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº : 4

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Paciente da fotografia nº 26

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 2								

Avaliação do conjunto

BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 29

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Paciente da fotografia nº 41

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 2					

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 45

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 2					

Paciente da fotografia nº 46

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 2					

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 48

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Paciente da fotografia nº 49

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 2								

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 53

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Paciente da fotografia nº 56

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 60

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 2							

Paciente da fotografia nº 61

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 2								

Avaliação do conjunto

BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 63

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 2								

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 1

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 3								

Paciente da fotografia nº 5

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 3					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 9

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 3								

Paciente da fotografia nº 9

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 3					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 11

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial	Distal		Semelhante	Diferente	
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
1			0	1	0			
	Total de pontos: 3							

Paciente da fotografia nº 13

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 15

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Paciente da fotografia nº 19

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 3								

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 30

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 3					

Paciente da fotografia nº 31

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 3					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 33

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Paciente da fotografia nº 38

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 3					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 51

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Paciente da fotografia nº 54

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 55

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 3								

Paciente da fotografia nº 62

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 3							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 2

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 4								

Paciente da fotografia nº 3

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 8

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Paciente da fotografia nº 12

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 12

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Paciente da fotografia nº 16

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 16

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Paciente da fotografia nº 17

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 18

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Paciente da fotografia nº 23

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 24

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Paciente da fotografia nº 24

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 27

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Paciente da fotografia nº 29

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 32

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 4								

Paciente da fotografia nº 34

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 34

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Paciente da fotografia nº 36

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM 3- 4	REGULAR 2	RUIM 0-1

Paciente da fotografia nº 39

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 4								

Paciente da fotografia nº 42

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
Total de pontos: 4								

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 47

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Paciente da fotografia nº 54

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 56

Área	Gengiva							
22	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Paciente da fotografia nº 63

Área	Gengiva							
12	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

Paciente da fotografia nº 64

Área	Gengiva							
11	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
	Total de pontos: 4							

Paciente da fotografia nº 65

Área	Gengiva							
23	Posição da margem em relação aos dentes vizinhos		Papilas proximais ao implante				Cor na área do implante em relação às áreas vizinhas	
	Semelhante	Apical	Mesial		Distal		Semelhante	Diferente
	1	0	Normal	Deficiente	Normal	Deficiente	1	0
			1	0	1	0		
			Total de pontos: 4					

Avaliação do conjunto		
BOM	REGULAR	RUIM
3- 4	2	0-1

ANEXO 2 – Fichas 2. Dados coletados de prontuários

2.2 Grupo que recebeu escore 0

Nome: L. A. O

RG: 27.125 - 05

Fissura : Pré – forame unilateral direita completa

Data nasc. : 16 / 07 / 82

Sexo : (F)

Fotografia nº: 25

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intrabucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 12/ 05/ 99 (17 anos e 3 meses) Enxerto medular de crista ilíaca, com finalidade de colocação de implante	Não	2- 27/ 03/ 00 Titanium Fix 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 4	3- 07/ 03/ 01 Reabertura e instalação de “healing abutment” de 5,5 mm	4 - Enxerto livre conjuntivo epitelial na tentativa de melhorar a estética	5- 06/ 06/ 01 Confecção de coroa provisória sobre UCLA de plástico (cinta metálica visível)	6- 30/ 01/ 02 Prova da estrutura metálica UCLA (pedido para protético acrescentar porcelana simulando gengiva na cervical) 7- 20/ 02/ 02 Instalação da coroa de porcelana	

Nome: G.L. M

RG: 2.740 - 67

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 11 / 11/ 80

Sexo : (F)

Fotografia nº: 43

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 02/ 99 (18 anos) Enxerto medular de crista ilíaca e avanço da maxila (cirurgia ortognática)	2- 29/ 05/ 01 Enxerto em bloco do mento	3- 03/ 10/ 01 Titânio Fix 3,75 x 13 mm	5- 07/ 08/ 02 Reabertura + “healing abutment” de 5,5 mm	4 - 21/ 06/ 02 Enxerto livre conjuntivo –epitelial 7- 26/ 06/ 03 Condicionamento gengival	6- 06/ 02/ 02 Confecção de coroa provisória sobre tubo de Titânio	8- 09/ 10/ 03 Moldagem 9- 01/ 06/ 04 Cimentação da coroa sobre “abutment” UCLA	

Nome: M. J. F

RG: 9.870 - 38

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 18 / 10 / 78

Sexo : (M) .

.Fotografia nº: **52**

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 18/ 10/ 00 (21 anos e 11 meses) Enxerto medular de crista ilíaca feito com finalidade de colocar implante +fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 19/ 02/ 01 Titânio Fix 3,75 x 13 mm Osso tipo 4	3- 31/ 07/ 01 Reabertura com enxerto gengival	3- 31/ 07/ 01 Enxerto livre conjuntivo - epitelial	4 - 27/ 09/ 01 Moldagem para confecção do provisório 5- 18/ 10/ 01 Instalação de coroa provisória parafusada	6- 26/ 11/ 01 Moldagem com tranferentes 7- 30/ 11/ 01 Prova da sobre-estrutura que ficou ligeiramente vestibularizada 8- 06/ 12/ 01 Instalação da coroa	9- 17/ 04/ 02 Implante estável e sem sinais clínicos de inflamação

Nome: E. T. P

RG: 15.273 - 0

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 20/ 06/ 78

Sexo : (M)

Fotografia nº: **62**

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 10/ 98 (21anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal (tecido mole deficiente e fístula prejudicando o procedimento)	2- 22/ 03/ 00 Enxerto de osso liofilizado + membrana (grande reabsorção do enxerto prévio; prognóstico pouco favorável).	3- 24/ 07/ 00 Titânio Fix poroso 3,75 x 11,5 mm (enxerto reabsorvido novamente, com pouco osso disponível)	4 – 08/02/01 Reabertura + colocação de cicatrizador de 6 mm	6- 15/08/ 02 Enxerto livre conjuntivo - epitelial	5- 06/ 05/ 02 Confecção da coroa provisória	8- 14/ 01/ 03 Ajuste da estrutura metálica UCLA 9-24/ 12/ 03 Instalação da coroa de porcelana	

2.2 Grupo que recebeu escore 1

Nome: C.E.R.X

RG: 2.033-8

Fissura : Pré - forame unilateral esquerda completa + pós-forame incompleta

Data nasc. : 12/ 05/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 7

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 11/ 97 (18 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula de palato anterior	Não	2- 19/ 03/ 98 Titânio Fix 3,75 x 13 mm Osso tipo 4	3- 10/ 05/ 99 Instalação de “abutment” de 4 mm	3- 10/ 05/ 99 Enxerto livre conjuntivo - epitelial + aprofundamento do vestibulo 5- 06/ 05/ 99 Enxerto de conjuntivo sub-epitelial para aumentar contorno vestibular 6-06/ 12/ 99 Condicionamento gengival	4- 29/04/ 99 Coroa provisória sobre componente UCLA 7- 27/ 03/ 00 Troca por componente Estheticone anti-rotacional	8- 05/ 05/ 00 Instalação da coroa de porcelana	10- 9/3/ 01 Controle

Nome: T. R. M

RG: 5.674 - 4

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 25/ 01/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 10

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 18/ 01/ 02 (19 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula de palato anterior	Não	2 - 11/ 06/ 02 Titânio Fix tratado de 3,75 x 13 mm	4 – 20/ 02/ 03 Reabertura + “healing abutment” de 4 mm	3 – 04/ 12/ 02 Enxerto livre conjuntivo - epitelial 5 -22/ 04/ 02 Condicionamento gengival	4 - 25/ 03/ 03 Coroa provisória direta sobre tubo de Ti 6- 08/ 07/ 03 Personalização do transferente + moldagem	7- 10/ 07/ 03 Instalação da coroa de porcelana + aumento da coroa do 21 com resina composta para fechar diastema	

Nome: A. G

RG: 2.749 - 9

Fissura : Tranforame unilateral esquerda

Data nasc. : 09/ 12/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 35

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 08/ 07/ 98 (18 a e 6 m) Enxerto medular de crista ilíaca + cirurgia ortognática de avanço da maxila	Não	2 - Titânio Fix de 3,75 x 15 mm Ficaram 4 roscas expostas,que foram recobertas com osso autógeno do tuber + membrana No pós operatório houve deiscência de sutura e membrana foi retirada	3 - 31/ 01/ 00 Parafuso de cobertura já exposto; instalado cicatrizador	Não	4 - 14/ 02/ 00 Moldagem de transferência para confecção do provisório 5 – 21/ 12/ 00 Instalação do provisório	6- 12/06/ 00 Instalação da coroa	

Nome: K. L. C

RG: 6.066 - 6

Fissura : Pré-forame direita completa

Data nasc. : 11/ 08/ 84

Sexo : (F)

Fotografia nº 40

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1 - 01/ 04/ 98 (13 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2 - 04/ 09/ 98 Titanium Fix de 3,75 x 13 mm Osso poroso tipo 4, mas com altura e espessura suficientes	4 - 01/ 04/ 99 Reabertura + cicatrizador de 7 mm	3 -26/ 11/ 98 Enxerto livre conjuntivo-epitelial 4 - 01/ 04/ 99 Enxerto de conjuntivo	5 - 12/ 05/ 99 Instalação de abut. CeraOne de 2 mm + moldagem 6 - 13/ 05/ 99 Instalação do provisório e aumento das coroas dos 11 e 13 com resina composta	7 - 27/ 07/ 99 Moldagem para infraestrutura CeraOne 8- 25/ 09/ 00 Cimentação da coroa (só foi cimentada agora, pois aguardava finalização ortodôntica)	9- 08/ 04 02 Tudo bem, mas paciente relatou mau cheiro,; sem sinais de inflamação

Nome: D.G. C

RG: 4.844 - 24

Fissura : Pré – forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 11/ 08/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 44

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 08/ 10/ 98 (15 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 21/ 01/ 99 Titânio Fix 3,75 x 13 mm Fenestração vestibular e no ápice. Colocação de osso liofilizado bovino e membrana	4 - 19/ 07/ 99 Abertura a retalho	3- 25/ 03/ 99 Aprofundamento do vestibulo e enxerto livre conjuntivo-epitelial 4 - 19/ 07/ 99 Deslize apical do retalho 6 -09/ 09/ 99 Condicionamento gengival 7- 05/ 10/ 99 Condicionamento gengival	5- 30/ 08/ 99 Coroa provisória sobre Estheticone com cinta de 1 mm	8- 08/ 08/ 02 Instalação da coroa	9- 06/ 03/ 03 Tudo bem

Nome: L.P. S

RG: 4.115 - 01

Fissura : Pré – forame unilateral esquerda completa e pós – forame completa

Data nasc. : 13 / 08 / 81

Sexo : (M)

Fotografia nº: 50

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 02/ 10/ 98 (17 a e 2 m) Enxerto medular de crista ilíaca + fístula buco-nasal Um mês após foi detectado reabsorção do enxerto em contato com a fossa nasal, provavelmente por pressão	2- 15/ 03/ 99 Re-enxerto com osso do mento, junto com instalação do implante	2- 15/ 03/ 99 Titânio Fix 3,75 x 13 mm, junto com re-enxerto 3- 22/ 04/ 99 Controle da cirurgia e verificação que os dentes vizinhos à área do implante apresentavam recessão gengival acentuada	4 – 20/ 09/ 99 Reabertura e colocação de cicatrizador de 4 ,00 mm com cirurgia gengival	4 – 20/ 09/ 99 Enxerto livre conjuntivo-epitelial + recobrimento da raiz do 23 + gengivoplastia nos 23 e 24, na reabertura 6- 18/ 11/ 99 Enxerto livre de conjuntivo 7- 15/ 12/ 99 Condicionamento gengival 8- 13/ 02/ 00 Condicionamento gengival	5- 04/ 11/ 99 Instalação de “abutment “ CeraOne de 1 mm 6- 18/ 11/ 99 Instalação do provisório + cirurgia gengival	9- 04/ 06/ 00 Instalação da coroa de porcelana	

2.3 Grupo que recebeu escore 2

Nome: R.R

RG: 6.623 - 81

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 10/ 11/ 84

Sexo : (M)

Fotografia nº: 4

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 14/ 06/ 99 (14 anos e 6 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 18/ 11/ 02 Implante de 3,75 x 11,5 mm (região estava apropriada)	3- 14/ 05/ 03 Reabertura + “healing abutment” de 4 mm	5- 27/ 07/ 03 Condicionamento gengival 8- 30/ 10/ 03 Aprofundamento de vestibulo + enxerto gengival	4 - 18/ 06/ 03 Coroa provisória direta sobre implante	6- 23/ 09/ 03 Moldagem com transferente personalizado 7- Instalação da coroa de porcelana	8- 23/ 06/ 04 Boa estabilidade e sem sinais de inflamação

Nome: J.C.G

RG: 8971 - 01

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 24/ 01/ 84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 26

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertu	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 27/ 04/ 99 (15 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	3- 09/ 10/ 01 Implante Nobel Biocare 3,75 x 10 mm Osso tipo 3 Ficou ligeiramente vestibularizado	4 - 25/ 07/ 01 Reabertura a retalho+ “healing abutment” de 5,5 mm	2- 04/ 07/ 00 Aprofundamento do vestibulo + enxerto conjuntivo -epitelial 4 - 25/ 07/ 01 Reposição apical do retalho	5- 18/ 09/ 01 Transferência para confecção do provisório 6- 20/11/ 01 Instalação da coroa provisória	7- 14/ 01/ 02 Moldagem com transferente 8- 16/ 01/ 02 Adaptação infra-estrutura UCLA 9- 17/ 01/ 02 prova e instalação da coroa de porcelana	

O espaço do 12 foi ocupado or supra-numerário

Nome: R.S

RG: 4.715 - 5

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 20/ 06/ 83

Sexo : (M)

Fotografia nº: 29

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/07/ 99 (16 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucal-nasal	Não	2- 11/04/ 01 Titânio Fix poroso 3,75 x 10 mm Osso tipo 4; não houve reabsorção significativa do enxerto, que tinha boa espessura e altura	3- 27/ 09/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 4 mm	3- 27/ 09/ 01 Posicionamento apical do retalho 5- 12/ 12/ 01 Condicionamento gengival 6- 23/ 01/ 02 Condicionamento gengival	4 - 26/10/ 01 Confecção da coroa provisória	7- 22/ 05/ 02 Moldagem com transferente personalizado 8- 25/ 09/ 02 Instalação da coroa de porcelana	

Nome: E. T. L. R

RG: 2.873 -51

Fissura : Pré- forame unilateral direita

Data nasc. : 18/ 02/ 81

Sexo : (M)

Fotografia nº: 41

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 01/ 02/ 00 (18 anos e 11 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 29/ 06/ 00 Titânio Fix poroso 3,75 x 15 mm Houve leve reabsorção óssea por vestibular (concavidade), que não inviabilizou a colocação do implante, ficando este ligeiramente supra – ósseo. Osso tipo 3	3- 07/ 12/ 00 Reabertura + “healing abutment” de 7 mm	3- 20/ 09/ 00 Enxerto livre conjuntivo -epitelial	4 - 13/ 02/ 01 Instalação de CeraOne de 1 mm + moldagem para provisório 5- 20/ 02/ 01 Instalação da coroa provisória	6- 04/ 04/ 01 Moldagem para infra-estrutura 7- 15/ 05/ 01 Ajuste do “copping” InCeran 8- 16/ 05/ 01 Cimentação da coroa sobre CeraOne	

Nome: J. A. C.J

RG: 8.590 - 58

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 16/ 01/ 78

Sexo : (M)

Fotografia nº: 45

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 07/ 10/ 99 (21 anos e 9 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 04/ 12/ 00 Titânio Fix poroso 3,75 x 8,5 mm	3- 26/ 06/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 5,5 mm	3- 26/ 06/ 01 Reposicionamento apical do retalho 5- 26/ 10/ 01 Condicionamento gengival 6- 27/ 07/ 01 Condicionamento gengival 7- 22/ 01/ 02 Condicionamento gengival	4 – 27/ 09/ 01 Confecção de coroa provisória sobre CeraOne 8- 03/ 04/ 02 Exposição da cinta metálica do CeraOne; trocado “abutment” de 2 por de 1 mm e refeito provisório	9- 05/ 06/ 02 Ajuste do “copping” 10- 14/ 07/ 02 Prova e instalação da coroa de porcelana	11- 12/ 09/ 02 Boa estabilidade e sem sinais de inflamação

Nome: J. M. C

RG: 4.877 - 54

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 22/ 08/ 83

Sexo : (M)

Fotografia nº: 46

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 09/ 06/ 97 (13 anos) Enxerto medular de crista ilíaca junto com cirurgia ortognática + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 23/ 07/ 01 Titânio Fix poroso 3,75 x 11,5 mm (como ficaram 3 roscas expostas, foi colocado osso autógeno da área de exodontia do 18 + membrana de osso liofilizado bovino)	5- 18/ 12/ 02 Reabertura + instalação de “abutment” CeraOne de 1 mm	4 – 15/ 08/ 02 Enxerto livre conjuntivo-epitelial 6- 24/ 04/ 03 Condicionamento gengival	5- 18/ 12/ 02 Coroa provisória sobre cilindro plástico	7- 07/ 06/ 03 Moldagem 8- 07/ 08/ 03 Ajuste e instalação da coroa de porcelana	

Áreas dos 22/ 23 ficaram fora da amostra (implantes contíguos)

Nome: A. P. C

RG: 6.334 - 64

Fissura : Pré-forame unilateral direita completa

Data nasc. : 16/08/84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 48

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 11/05/99 (14 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucal-nasal	Não	2- 05/03/02 Implante Máster 3,3 x 13 mm (espessura óssea satisfatória, não havendo necessidade de re-enxerto)	3- 06/09/02 Reabertura com enxerto e instalação de "healing abutment" de 5 mm (havia roscas expostas por vestibular e posição do implante estava vestibularizada)	3- 06/09/02 Enxerto livre de conjuntivo 5- 04/11/02 Condicionamento gengival	4 - 11/10/02 Confecção da coroa provisória sobre tubo UCLA 6- 18/12/02 Personalização do transferente + moldagem	7- 26/03/03 Prova da infra- estrutura 9- 27/05/03 Prova e instalação da coroa de porcelana	

Nome: M. G. A

RG: 5.747 - 09

Fissura : Pré- forame unilateral direita completa

Data nasc. : 05/07/84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 49

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 21/06/99 (14 anos e 11 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 21/06/02 Titânio Fix de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 4	3- 14/05/03 Reabertura + enxerto de conjuntivo	4 - 14/05/03 Enxerto livre de conjuntivo	4 - 14/05/03 Confecção da coroa provisória	5- 30/09/03 Personalização do transferente + moldagem para confecção de "copping" InCeran 6- 31/10/03 Prova da infra-estrutura 7- 03/11/03 Ajuste e instalação da coroa de porcelana	

Nome: A. L. T

RG: 4.224 - 59

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 29/ 10/ 82

Sexo : (M)

Fotografia nº: **53**

ÁREA 11	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 12/ 09/ 95 (12 anos e 11 meses) Enxerto modular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	2- 07/ 06/ 00 Enxerto em bloco do mento + membrana	3- 03/ 04/ 00 Titânio Fix de 3,75 x 13 mm	4 - 03/ 04/ 01 Reabertura + “healing abutment” de 4 mm	6- 02/ 07/ 01 Condicionamento gengival 7- 23/ 07/ 01 Condicionamento gengival 8- 06/ 09/ 01 Condicionamento gengival	5- 05/ 06/ 01 Confecção da coroa provisória	9- 13/ 09/ 01 Personalização do transferente + moldagem 10- 06/ 12/ 01 Prova da infra-estrutura 11- 12/ 12/ 01 Instalação da coroa de porcelana	12- 18/ 02/ 02 Tudo bem

Nome: F. A. P. P

RG: 4.702 - 03

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 11/ 03/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: **56**

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 10/ 10/ 95 (12 anos e 6 meses) Enxerto modular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal bilateral	2- 24/ 07/ 01 Enxerto em sela de lateral de mandíbula por vestibular e osso triturado por palatino + membrana de polímero de mamona para cobrir o enxerto triturado (defeito amplo)	3- 10/ 12/ 01 Titânio Fix tratado de 3,75 x 10 mm Osso tipo 3	5 - 08/ 08/ 02 Instalação de “healing abutment” de 5,5 mm	4 - 13/ 06/ 02 Enxerto livre conjuntivo-epitelial 8- 01/ 10/ 02 Condicionamento gengival	6- 09/ 09/ 02 “Abutment” CeraOne de 3 mm + moldagem para provisório 7- 10/ 09/ 02 Instalação da coroa provisória	9- 11/ 11/ 02 Personalização do transferente + moldagem 10- 14/ 11/ 02 Ajuste e instalação da coroa InCeran	11- 10/11/ 03 Tudo bem

Nome: C. E. S

RG: 1.459 - 25

Fissura : Pré-forame completa esquerda

Data nasc. : 25/ 03/ 77

Sexo : (M)

Fotografia nº: 60

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 20/ 11/ 97 (20 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	2- 01/ 12/ 99 Enxerto “onlay” de lateral de mandíbula + membrana	4 - 04/ 07/ 00 titânio Fix de 3,75 x 15 mm Osso tipo 2	5- 04/ 04/ 01 Reabertura + instalação de “abutment” CeraOne de 1 mm + confecção da coroa provisória	3- 25/ 01/ 00 Deslize coronal do retalho para cobrir enxerto exposto 6- 31/ 05/ 01 Enxerto livre de conjuntivo 7- 19/ 07/ 01 Deslize coronal do retalho + enxerto livre conjuntivo-epitelial	5- 04/ 04/ 01 Instalação da coroa provisória	8- 19/ 10/ 01 Moldagem 9- 25/ 10/ 01 Prova da infra-estrutura 10- 16/ 04/ 02 Prova da coroa de porcelana 11- 12/ 06/ 02 Cimentação da coroa de porcelana	

Nome: R. P. S

RG: 4.278 - 01

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 04/ 12/ 82

Sexo : (M)

Fotografia nº: 61

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 24/ 11/ 97 (15 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 20/11/ 01 TitânioFix 3,75 x 8,5 mm Osso tipo 3	3- 14/ 05/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 8 mm	3- 14/ 05/ 01 Reposição apical do retalho 4 - 14/ 06/ 02 Enxerto livre conjuntivo-epitelial com aprofundamento do vestibulo 6- 11/ 10/ 02 Condicionamento gengival 7- 17/ 12/ 02 Condicionamento gengival	5- 16/ 08/ 02 Instalação de “abutment” CeraOne de 1,00 mm + coroa provisória	8- 21/ 01/ 03 Personaliza -ção do transferente + moldagem 9- 25/ 02/ 03 prova do “copping” Inceran 10- 20/ 04/ 03 Ajuste e cimentação da coroa de porcelana	11- 15/ 01/ 04 Boa estabilidade e sem sinais de inflamação

Nome: M. D

RG: 14.326 - 06

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 31/ 07/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 63

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 22/ 06/ 99 (19 anos e 8 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	Não	2- 02/ 12/ 99 Titanium Fix rugoso de 3,75 x 10 mm Osso tipo 4	3- Abertura a retalho + cicatrizador de 5 mm	3- 11/ 09/ 00 Deslize de retalho de palatino para vestibular 5- 04/ 12/ 00 Condicionamento gengival	4 - 16/ 10/ 00 Confecção de coroa provisória sobre CeraOne	5- 14/ 02/ 01 Personaliza –ção do transferente + moldagem 6- 05/06/01 Ajuste das infra- estruturas 7- 18/ 10/ 01 Cimentação da coroa de porcelana	8- 17/ 02/03 Tudo bem

2.4 Grupo que recebeu escore 3

Nome: E. P. O

RG: 15.571 - 03

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 25/ 01/85

Sexo : (F)

Fotografia nº: 1

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 24/ 10/00 (15 anos e 8 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 02/07/02 Titanium Fix tratado de 3,3 x 10 mm	3- 14/02/03 Reabertura + “healing abutment” de 4 mm	2- 02/ 07/ 02 Enxerto de conjuntivo por vestibular	4 - 08/ 04/03 Coroa provisória sobre tubo de Ti	5- 9/05/003 Personalização do transferente + moldagem 6- 04/06/03 Ajuste do “abutment” UCLA 7- 05/ 03/06 Ajuste e cimentação de coroa InCeran	

Nome: M. R. G

RG: 28.190 - 05

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 28/ 06/ 80

Sexo : (M)

Fotografia nº: 5

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 14/ 07/ 00 (20 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 31/ 07/ 01 Titanium Fix poroso de 3,75 x 15 mm Osso tipo 4	3- 27/ 02/ 02 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 4 mm	2- 27/ 02/ 02 Deslize apical do retalho 5- 15/ 05/ 02 Condicionamento gengival	4 – 01/04/ 02 Instalado “abutment” CeraOne de 1 mm e confeccionada a coroa provisória	6- 16/ 07/ 02 Personaliza -ção do transferente + moldagem 7- 31/10/02 Ajuste do “copping InCeran 8- 01/11/ 02 Ajuste + instalação da coroa InCeran sobre CeraOne	

Nome: J. K

RG: 5074 - 28

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 06/ 12/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 9

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1 – 11/ 11/ 97 (13 anos e 11 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 28/ 05/ 01 Titanium Fix poroso 3,75 x 11,5 mm, com expansão. Pequena reabsorção do enxerto, sem fenestração. Osso tipo 4	3- 26/ 11/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment”	3-26/ 11/ 01 Retalho em rolo 6- 08/ 05/ 02 Condicionamento gengival 7- 05/ 06/ 02 Condicionamento gengival	4 – 27/ 02/ 02 Instalação do CeraOne 3 mm + moldagem para confecção do provisório 5 – 03/ 04/ 02 Instalação do provisório	6- 04/ 07/ 02 Personalização do transferente + moldagem 9- 14/ 08/ 02 Prova do coping InCeran 10- 12/ 09/ 02 Ajuste e cimentação da coroa de porcelana	11- 25/ 11/ 03 Tudo bem

Nome: J. K

RG: 5074 - 28

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 06/ 12/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 9

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1 – 11/ 11/ 97 (13 anos e 11 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 28/ 05/ 01 Titanium Fix poroso 3,75 x 11,5 mm, com expansão. Pequena reabsorção do enxerto, com fenestração da tábua óssea e 5 roscas expostas. Osso tipo 4	3- 26/ 11/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment”	3- 26/ 11/ 02 Posicionamento apical do retalho 6- 08/ 05/ 02 Condicionamento gengival 7- 05/ 06/ 02 Condicionamento gengival	4 – 27/ 02/ 02 Instalação do CeraOne 3 mm + moldagem para confecção do provisório 5 – 03/ 04/ 02 Instalação do provisório	6- 04/ 07/ 02 Personalização do transferente + moldagem 9- 14/ 08/ 02 Prova do coping InCeran 10- 12/ 09/ 02 Ajuste da coroa 11- 21/ 10/ 02 Cimentação da coroa de porcelana	11- 25/ 11/ 03 Tudo bem

Nome: R. C. G

RG: 33.138 - 01

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 24/ 01/ 80

Sexo : (M)

Fotografia nº: 11

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 20/ 05/ 02 (22 anos) Enxerto de crista ilíaca	2- 25/ 11/ 02 Reabsorção do enxerto que formava um túnel de V para P. Colocado osso da região do 38 (exo) + enxerto em bloco em forma de cunha 3- 06/ 12/ 02 Deiscência de sutura.Curetagem e nova sutura 4 – 13/ 03/ 03 Cicatrização OK	5- 09/ 03/ 03 Titanium Fix poroso de 4 x 10 mm Osso tipo 3	7- 09/ 09/ 03 Reabertura + confecção de coroa provisória imediata sobre UCLA de plástico	6- 27/ 07/ 03 Enxerto livre conjuntivo-epitelial 8- 13/ 10/ 03 Condicionamento gengival 9- 10/ 02/ 04 Condicionamento gengival	7- 09/ 09/ 03 Coroa provisória imediata sobre UCLA de plástico	10- 22/ 04/ 04 Personalização do transferente + moldagem 11- 23/ 04/ 04 Prova do “abutment” UCLA 12- 28/ 04/ 04 instalação do UCLA + ajuste e cimentação da coroa de porcelana.	

Nome: R.C.G

RG: 5999-48

Fissura : pré-forame unilateral esquerda

Data nasc. : 19/ 04/ 84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 13

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 08/ 03/ 99 (14 anos) Enxerto medular de crista ilíaca 2- 11/ 06/ 99 Avaliação. Enxerto foi perdido parcialmente	3- 16/ 03/ 00 Re-enxerto de lateral de mandíbula. Havia reabsorção em forma de V no osso alveolar por palatino; por vestibular não havia deficiência, por isso o enxerto foi feito por palatino	4- 27/ 06/ 00 Titanium Fix poroso 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	5- 16/ 11/ 00 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 5,5 mm	5- 16/ 11/ 00 Retalho em rolo junto com reabertura 9- 01/ 02/ 02 Aprofundamento do vestíbulo (optou-se por não fazer enxerto de conjuntivo pois havia mucosa ceratinizada suficiente)	7- 07/ 02/ 01 Instalação de “abutment” CeraOne de 1 mm + moldagem para provisório 8- 07/ 03/ 01 Instalação da coroa provisória 10- 27/ 11/ 03 Reembasamento da coroa provisória	11- 04/ 02/ 04 Transferência para confecção de “copping” InCeran 12- 19/ 02/ 04 Cimentação da coroa In Ceran	12- 26/ 04/ 04 Tudo OK

Nome: K. S. L

RG: 2. 010 - 27

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 03/ 05/ 79

Sexo : (F)

Fotografia nº: 15

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/ 07/ 97 (18 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	Não	2- 12/ 11/ 02 Titanium Fix tratado de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3 Não houve reabsorção significativa do enxerto	4 – 16/ 09/ 03 Reabertura +“healing abutment” de 5,5 mm	3- 15/ 05/ 03 Enxerto livre conjuntivo -epitelial	5- 21/ 10/ 03 Confecção e instalação de coroa provisória direta sobre o implante (tubo de Ti)	6- 13/ 05/ 04 Instalação de CeraOne de 2 mm e moldagem com transferentes 7- 03/ 06/ 04 Prova do“copping” InCeran 8- 18/ 03/ 04 Cimentação da coroa In Ceran	

Nome: O. C

RG: 6.705 - 62

Fissura : Pré - forame unilateral direita completa

Data nasc. : 16/ 10/ 82

Sexo : (M)

Fotografia nº: 19

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 13/ 06/ 97 (14 anos e 7 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	Não	2- 11/ 08/ 98 Titanium Fix de 3,75 x 13 mm com osso do túber	3- 10/ 03/ 99 Reabertura +“healing abutment”	3- 10/ 03/ 99 Enxerto livre de conjuntivo junto com reabertura 5- 12/ 05/ 99 Condicionamento gengival 6- 09/ 06/ 99 Condicionamento gengival	4- 07/ 04/ 99 Instalação de “abutment” Estheticone de 3 mm + moldagem para provisório 5- 12/ 05/ 99 Instalação da coroa provisória	7- 14/ 04/ 00 Personaliza -ção do transferente + moldagem 8- 10/ 05/ 00 Ajuste da infra estrutura 9- 05/ 06/ 00 Ajuste da coroa de porcelana 10- 21/ 06/ 00 Instalação da coroa	12- 03/ 08/ 01 Tudo bem

Nome: G. V. F

RG: 5.974 - 28

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda + pós forame

Data nasc. : 22/ 05/ 84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 30

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 21/ 09/ 99 (15 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 26/ 09/ 03 Titanium Fix Tratado de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	3- 14/ 04/ 04 Reabertura + “healing abutment” de 4 mm	Não	4- 20/ 06/ 04 Instalação do “abutment” + coroa provisória	5- 18/07/04 Moldagem 6- 15/ 08/ 04 Prova da infraestrutura 7- 30/ 08/ 04 Ajuste e instalação da coroa de porcelana	

Nome: L. G. S

RG: 2.2229 - 01

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 20/ 11/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 31

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 08/ 97 Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula bucal-nasal	Não	2- 07/ 08/ 98 Titanium Fix de 3,75 x 13 mm Osso tipo 2	3- 28/ 01/ 00 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 5 mm, que foi trocado depois por um de 7 mm	3- 28/ 01/ 00 Deslize de retalho palatino em rolo 7- 26/ 06/ 03 Condicionamento gingival	4 - 05/ 04/ 00 Instalação de “abutment” CeraOne de 1 mm + moldagem para confecção de provisório 5- 06/04/ 00 Instalação da coroa provisória 6- 27/ 05/ 03 Troca do CeraOne de 1 por de 3 mm + troca de provisório	10- 27/ 08/ 03 Personaliza -ção do transferente + moldagem 11- 02/ 09/ 03 Prova do “copping” InCeran 12- 04/ 09/ 03 Cimentação da coroa In Ceran	

O pré-canino direito foi transformado no 12

Nome: J. B. O

RG: 4.215 - 03

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 17/ 01/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 33

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 19/ 04/ 96 (13 anos e 2 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 09/ 09/ 99 Instalação do implante	4- 22/ 05/ 00 Reabertura + “healing abutment” de 5 mm	3- 17/ 04/ 00 Enxerto livre de conjuntivo 4- 22/ 05/ 00 Deslize retalho palatino para vestibular 7- 17/ 10/ 00 Condicionamento gengival	3- 29/ 05/ 00 Instalação de “abutment” CeraOne de 2 mm + moldagem para confecção de provisório 6- 31/ 08/ 00 Instalação da coroa provisória	8- 20/ 11/ 00 Personaliza -ção do transferente + moldagem 9- 17/ 07/ 01 Prova do “copping” InCeran 10- 19/ 07 /01 Cimentação da coroa In Ceran	11- 13/ 12/ 01 Paciente relatou escape de ar na D do 11, que foi re-anatomizado com resina

Nome: J.M. P. D

RG: 4.616 - 63

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 24/ 06/ 83

Sexo : (M)

Fotografia nº: 38

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 30/ 07/ 99 (16 anos e 1 mês) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 07/ 02/ 01 Titanium Fix de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	3- 13/ 09/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 5 mm	3- 13/ 09/ 01 Retalho em rolo 5- 03/ 09/ 01 Condicionamento gengival 6- 17/ 09/ 01 Condicionamento gengival 7- 29/ 10/ 01 Condicionamento gengival	4- 20/ 08/ 01 Instalação de “abutment” CeraOne de 2 mm + moldagem para confecção de provisório	8- 11/ 02/ 01 Personaliza -ção do transferente + moldagem 9- 09/ 12/ 01 Prova do “copping” InCeran 10- 08/ 02/ 02 Cimentação da coroa In Ceran	

Nome: W. S

RG: 2.7708 - 08

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 11/ 06/ 78

Sexo : (M)

Fotografia nº: 51

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 29/ 06/ 00 (22 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 17/ 10/ 00 Titanium Fix poroso de 3,75 x 13 mm Osso tipo 4	3- 01/ 04/ 01 Reabertura a retalho +“healing abutment” de 4 mm	3- 01/ 04/ 01 Reposiciona - mento apical do retalho junto com reabertura 5- 09/ 05/ 01 Condicionamento gengival 6- 04/ 07/ 01 Condicionamento gengival 7- 29/ 08/ 01 Condicionamento gengival	4- 09/ 05/ 01 Instalação de coroa provisória 6- 13/ 06/ 01 Instalação de outro provisório	8- 31/ 10/ 01 Personaliza -ção do transferente + moldagem 9- 14/ 11/ 01 Prova do“copping” InCeran 10- 15/ 11/ 01 Cimentação da coroa In Ceran	

Nome: C. V. M

RG: 5.484 - 12

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 19/ 12/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 54

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 14/ 09/ 99 (15 anos e 8 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 17/ 07/ 01 Titanium Fix poroso de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 4 Pequena fenestração por vestibular com algumas roscas expostas, cobertas com osso autógeno do coletor	3- 20/ 02/ 02 Reabertura a retalho +“healing abutment” As roscas expostas foram totalmente cobertas	3- 20/ 02/ 02 Retalho posicionado apical 4- 09/ 08/ 02 Enxerto de conjuntivo	3- 20/ 02/ 02 Instalação de provisório sobre tubo plástico UCLA	5- 15/ 05/ 02 Moldagem 6- 04/ 06/ 02 Prova da infraestrutura 7- 25/ 08/ 03 Instalação da coroa de porcelana	

Nome: A. C. S

RG: 9.302 - 05

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 07/ 06/ 78

Sexo : (F)

Fotografia nº: 55

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 10/ 11/ 98 Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	2- 08/ 03/ 99 Enxerto de lateral de mandíbula	3- 10/ 08/ 99 Titanium Fix de 3,75 x 13 mm	4- 03/ 02/ 00 Reabertura + "healing abutment" de 7 mm	Não	5- 30/ 03/ 00 Instalação de "abutment" CeraOne + coroa provisória	6- 30/ 05/ 00 Personaliza -ção do transferente + moldagem 7- 05/ 07/ 00 Prova do "copping" InCeran 8- 14/ 09/ 00 Cimentação da coroa In Ceran	

Nome: E. T. P

RG: 15.273 - 0

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 20/ 06/ 78

Sexo : (M)

Fotografia nº: 62

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 10/ 98 (21anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal (tecido mole deficiente e fistula prejudicando o procedimento)	2- 24/ 02/ 00 Enxerto de osso liofilizado + enxerto de lateral de mandíbula + membrana (grande reabsorção do enxerto prévio) 3- 24/ 07/ 00 Outro re-enxerto em bloco do mento + membrana	4 - 08/ 10/ 01 Titânio Fix poroso 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 2 (apesar do tempo decorrido re-enxerto estava em boas condições)	4 - 15/ 04/ 02 Instalação do cicatrizador junto com enxerto de conjuntivo	4 - 15/ 04/ 02 Enxerto livre de conjuntivo	5-16/ 05/ 02 CeraOne de 1 mm + confecção da coroa provisória	6- 14/ 01/ 03 Ajuste da estrutura metálica UCLA 9-24/ 03/ 03 Instalação da coroa de porcelana	

2.5 Grupo que recebeu escore 4

Nome: C. A. M

RG: 9.256 - 08

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 21/ 08/ 86

Sexo : (F)

Fotografia nº: 2

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/ 09/ 97 (11 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	2- 20/ 02/ 03 Enxerto em bloco do mento com membrana bovina	3- 25/ 07/03 Implante Master liso de 3,3 x 15 mm Osso tipo 3		4 – 08/ 09/ 03 Condicionalmento gengival	3- 25/ 07/03 Confecção de prótese provisória sobre tubo plástico para carga imediata 4 – 08/ 09/ 03 Nova provisória	5- 06/ 10/ 03 Personalização do transferente + moldagem 6- 24/ 11/ 03 Prova de estrutura sobre UCLA 7- 19/ 01/ 04 Instalação do “abutment” UCLA + instalação da coroa	

Nome: L. M

RG: 9.240 - 92

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 08/ 05/ 71

Sexo : (F)

Fotografia nº: 3

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 22/ 08/ 97 (26 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + cirurgia ortognática	2- 18/ 02/ 98 Eenxerto da região retro molar junto com implante	2- 18/ 02/ 98 Instalação do implante	3- 18/ 02/ 99 Reabertura + “healing abutment” de 5,5 mm	4 – 08/ 04/ 99 Condicionalmento gengival	4 – 08/ 04/ 99 Confecção da coroa provisória	5- 03/ 05/ 99 Personalização do transferente + moldagem 6- 10/ 06/ 99 Prova da infraestrutura metálica 7- 29/ 06/ 99 Ajuste e instalação da prótese	

Nome: N. U. P

RG: 8.100 - 03

Fissura : Pré-forame unilateral direita completa

Data nasc. : 10/ 04/ 86

Sexo : (F)

Fotografia nº: 8

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 07/07/99 (13 anos e 3 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	Não	3- 05/ 09/ 03 Titanium Fix de 3,75 x 13 mm (carga imediata)		Não	3- 05/ 09/ 03 Confecção da coroa provisória	4- 10/ 11/ 03 Moldagem 5- 04/12/ 03 Instalação da coroa	

Nome: S. H. P.L

RG: 14.700 - 02

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 09/ 10/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 12

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/11/ 96 Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fistula buco-nasal	Não	2- 15/ 03/ 00 Titanium Fix tratado de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 2	3- 07/ 02/ 01 Reabertura +“healing abutment” de 3 mm	7- 17/ 05/ 01 Condicionamento gengival	5- 05/ 04/ 01 Seleção do “abutment” CeraOne de 1 mm + moldagem 6- 19/ 04/ 01 Instalação da coroa provisória sobre CeraOne	8- 12/ 07/ 01 Transferência para confecção de “copping” InCeran 9- 26/ 07/ 01 Ajuste do “copping” InCeran 9- 31/ 08/ 01 Ajuste e instalação da coroa Inceran	10- 09/11/ 01 Alívio de contato prematuro 11- 13/05/01 Tudo bem

Nome: S. H. P.L

RG: 14.700 - 02

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 09/ 10/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 12

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/11/ 96 Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	2- 15/ 03/ 00 Enxerto autólogo em bloco do mento + membrana de osso liofilizado bovino	2- 15/ 03/ 00 Titanium Fix poroso de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	3- 07/ 02/ 01 Reabertura +“healing abutment” de 5,5 mm	7- 17/ 05/ 01 Condicionamento gengival	5- 05/ 04/ 01 Seleção do “abutment” CeraOne de 2 mm + moldagem 6- 19/ 04/ 01 Instalação da coroa provisória sobre CeraOne	8- 12/ 07/ 01 Transferência para confecção de “copping” InCeran 9- 26/ 07/ 01 Ajuste do “copping” InCeran 9- 31/ 08/ 01 Ajuste e instalação da coroa Inceran	10- 09/11/ 01 Tudo bem 11- 13/05/01 Tudo bem

Nome: R. B. D

R G: 25.285 - 09

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 04/ 09/ 84

Sexo : (M)

Fotografia nº: 16

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 13/ 10/ 97 (13 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 22/ 07/ 03 Titanium Fix tratado de 3,75 x 13 mm Osso tipo 3		Não	2- 22/ 07/ 03 Confecção de coroa provisória 3- 07/ 07/ 04 Novos provisórios sobre UCLA	4- 06/ 09/ 04 Moldagem 5- 05/10/ 04 Instalação da coroa	

Nome: R. B. D

R G: 25.285 - 09

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 04/ 09/ 84

Sexo : (M)

Fotografia nº: 16

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç ÃO	1- 13/ 10/ 97 (13 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 22/ 07/ 03 Titanium Fix tratado de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 2		Não	2- 22/ 07/ 03 Confecção de coroa provisória 3- 07/ 07/ 04 Novos provisórios sobre UCLA	4- 06/ 09/04 Moldagem 5- 05/10/ 04 Instalação da coroa	

Nome: M. C. R. S

RG: 7.375 - 58

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 06/ 12/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 17

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç ÃO	1- 18/ 10/99 (15 anos e 10 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 03/ 04/ 02 Titanium Fix de 3,75 x 11,5 mm	3- 04/ 10/ 02 Reabertura +“healing abutment” de 4 mm	5- 20/ 11/ 02 Condicionamento gengival	4- 06/ 11/ 02 Instalação de “abutment” CeraOne + coroa provisória	6- 04/02/03 Moldagem 7- 17/ 03/ 03 Prova de infra estrutura sobre CeraOne 8- 05/ 05/ 03 Ajuste e cimentação da coroa cimentada	9-28/07/03 Tudo OK

Na área do 12 não foi colocado implante

Nome: C.P.A

RG: 4.667 - 01

Fissura : Tranforame unilateral direita

Data nasc. : 27/ 05/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 18

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç ÃO	1- 20/ 09/ 95 (12 anos e 4 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 25/ 10/ 98 Implante Micromini de 3,25 x 13 mm	3- 29/ 03/ 99 Reabertura a retalho + “healing abutment”	3- 29/ 03/ 99 Deslize vestibular do retalho 5- 10/ 05/ 99 Condicionamento gengival	4 - 19/ 04/ 99 Confecção de provisório sobre componente de Ti UCLA micromini	6- 31/ 05/ 99 Personalização do transferente + moldagem 7- 21/ 06/ 99 Prova do UCLA 8- 22/ 06/ 99 Ajuste e instalação da coroa	9- 15/ 05/ 00 Tudo bem

Nome: L.O.G

RG: 12.156 - 08

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 17/ 12/ 75

Sexo : (M)

Fotografia nº: 23

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç ÃO	1- 24/ 05/ 01 (25 anos e 4 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 21/ 02/ 02 Titanium Fix poroso de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	3- 27/ 08/ 02 Reabertura a retalho + “healing abutment de 4 mm	3- 27/ 08/ 02 Retalho em rolo + técnica de Pallaci	4- 10/ 10/ 02 Instalação de CeraOne de 2 mm + coroa provisória	5- 12/ 11/ 02 Moldagem 6- 15/ 03/ 03 Ajuste do “copping” InCeran 7- 30/ 05/ 03 Instalação da coroa InCeran	

Nome: M. A. L. S

RG: 3.126 - 14

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 25/ 05/ 81

Sexo : (F)

Fotografia nº: 24

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 20/ 10/ 95 (14 anos e 4 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 01/ 03/ 01 Titanium Fix de 3,3 x 13 mm	3- 20/ 05/ 02 Reabertura +“healing abutment”	4- 19/ 07/ 02 Enxerto de conjuntivo 6- 19/ 09/ 02 Condicionamento gengival	3- 20/ 05/ 02 Confecção de provisório sobre UCLA plástico	7- 18/ 11/ 02 Personalização do transferente + moldagem 8- 16/ 12/ 02 Ajuste do “copping” InCeran 9- 22/ 04/ 03 Instalação de UCLA + coroa In Ceran	

Nome: M. A. L. S

RG: 3.126 - 14

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 25/ 05/ 81

Sexo : (F)

Fotografia nº: 24

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 20/ 10/ 95 (14 anos e 4 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 01/ 03/ 01 Titanium Fix tratado de 3,3 x 11,5 mm	3- 19/ 06/ 02 Reabertura +“healing abutment”	6- 19/ 09/ 02 Condicionamento gengival	3- 19/ 06/ 02 Confecção de provisório sobre UCLA plástico	7- 18/ 11/ 02 Personalização do transferente + moldagem 8- 16/ 12/ 02 Ajuste do “copping” InCeran 9- 22/ 04/ 03 Instalação de UCLA + coroa In Ceran	

Nome: A. A. P

RG: 12.453 - 02

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 03/ 10/88

Sexo : (M)

Fotografia nº: 27

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 04/ 11/ 97 (9 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	2- 26/ 06/ 03 Enxerto em bloco do mento	3- 18/ 11/03 Implante Master de 3,3 x 13 mm Osso tipo 2 Carga imediata		Não	3- 18/ 11/03 Instalação da coroa provisória	4 – 06/ 09/ 04 Moldagem 5- 12/ 10/ 04 Prova da infraestrutura 6- 06/11/04 Instalação da coroa	

Nome: R.S

RG: 4.715 - 05

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 20/ 06/ 83

Sexo : (M)

Fotografia nº: 29

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/07/ 99 (16 anos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucal-nasal	Não	2- 11/04/ 01 Titânio Fix poroso 3,75 x 10 mm Osso tipo 4 Não houve reabsorção significativa do enxerto, que tinha boa espessura e altura	3- 27/ 09/ 01 Reabertura a retalho + “healing abutment” de 4 mm	3- 27/ 09/ 01 Posicionamento apical do retalho 5- 12/ 12/ 01 Condicionamento gengival 6- 23/ 01/ 02 Condicionamento gengival	4 - 26/10/ 01 Confecção da coroa provisória	7- 22/ 05/ 02 Moldagem com transferente personalizado 8- 25/ 09/ 02 Instalação da coroa de porcelana	

Nome: G. C. A

RG: 7.222 - 02

Fissura : Pré-forame bilateral esquerda completa e direita incompleta + pós forame

Data nasc. : 17/ 08/ 87

Sexo : (F)

Fotografia nº: 32

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 19/ 09/ 99 (15 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 25/ 09/ 01 Titanium Fix poroso de 3,75 x 15 mm + retalho Osso tipo 4	3- 01/ 04/ 03 Reabertura + “abutment” CeraOne de 1 mm + provisório	4- 07/ 05/ 03 Condicionalmento gengival	3- 01/ 04/ 03 Instalação da coroa provisória	5- 30/ 05/ 03 Moldagem 6- 17/ 06/ 03 Prova do “copping” InCeran 7- 18/ 06/ 03 Instalação da coroa	

Nome: C. J. P. S. Q

RG: 16.443 - 07

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 03/ 08/ 81

Sexo : (M)

Fotografia nº: 34

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/ 09/ 93 (12 anos) Reposicionamen-to da pré maxila com enxerto ósseo da crista ilíaca 2- 16/ 03/ 01 Enxerto medular de crista ilíaca	Não	3- 22/ 08/ 02 Titanium Fix trtado de 3,75 x 15 mm + retalho Osso tipo 3	4 - 28/ 02/ 02 Reabertura a retalho	4- 28/ 02/ 02 Posicionamento apical do retalho	5- 27/ 03/ 03 Instalação de UCLA plástico + confecção da coroa provisória	6- 14/ 06/ 03 Moldagem 7- 18/ 10/ 03 Prova da infraestrutura 8- 29/ 04/ 04 Cimentação da coroa sobre UCLA	

Nome: C. J. P. S. Q

RG: 16.443 - 07

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 03/08/81

Sexo : (M)

Fotografia nº: 34

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 23/09/93 (12 anos) Reposicionamen-to da pré maxila com enxerto ósseo da crista ilíaca 2- 16/03/01 Enxerto medular de crista ilíaca	Não	3- 22/08/02 Titanium Fix tratado de 3,75 x 11 mm + retalho Osso tipo 3	4 - 28/02/02 Reabertura a retalho	4 - 28/02/02 Posicionamento apical do retalho	5- 27/03/03 Instalação de UCLA plástico + confecção da coroa provisória	6- 14/06/03 Moldagem 7- 18/10/03 Prova da infraestrutura 8 - 29/04/04 Cimentação da coroa sobre UCLA	

Nome: G. C. P

RG: 5527 - 08

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 24/02/84

Sexo : (F)

Fotografia nº: 36

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 14/08/95 (11 anos e 6 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucal-nasal	Não	2- 27/03/03 Titanium Fix tratado de 3,75 x 13 mm Osso tipo 3	3- 01/12/03 Reabertura com enxerto de conjuntivo	3- 01/12/03 Enxerto livre de conjuntivo 4- 05/03/04 Condicionamento gengival 5- 12/04/04 Condicionamento gengival	3- 01/12/03 Instalação de coroa provisória	6- 18/05/04 Personalização do transferente + moldagem 7- 21/05/04 Prova do “copping InCeran 8- 26/05/04 Instalação de UCLA + cimentação de coroa InCeran	

Nome: G. H. M. R

RG: 27.318 - 08

Fissura : Transforame unilateral esquerda

Data nasc. : 04/ 01/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 39

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 09/ 01/ 02 (23 aos) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 24/ 09/ 02 Titanium Fix poroso de 3,75 x 10 mm Osso tipo 4	4- 26/ 06/ 03 Reabertura + instalação de CeraOne de 2 mm + provisório	3- 20/ 03/ 03 Enxerto de conjuntivo envolvendo também o 23 5- 31/ 07/ 03 Condicionamento gengival	4- 26/ 06/ 03 Instalação de coroa provisória	6- 05/ 08/ 03 Personalização do transferente + moldagem 7- 04/ 09/ 03 Prova da infraestrutura 8- 01/10/ 03 Ajuste e instalação da coroa sobre CeraOne 9- 18/ 11/ 03 torque e cimentação definitiva	

Nome: B. J. C

RG: 4.000 - 02

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 08/ 08/ 82

Sexo : (M)

Fotografia nº: 42

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótes definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 30/ 03/ 99 (16 anos e 7 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 15/ 05/ 01 Titanium Fix de 3,75 x 10 mm com RTG, osso autógeno do coletor + membrana nas 3 rosca expostas Osso tipo 4	3- 07/ 11/ 01 Reabertura a retalho com "healing abutment" de 5,5 mm	3- 07/ 11/ 01 Deslize apical do retalho 4 - 04/ 03/ 02 Aprofundamento do vestibulo + enxerto conjuntivo-epitelial	5- 06/ 12/ 02 Instalação de coroa provisória sobre UCLA	6- 15/ 07/ 02 Personalização do transferente + moldagem 7- 16/ 07/ 02 Prova da infraestrutura 8- 19/ 07/ 02 Instalação da coroa InCeran sobre CeraOne	9- 15/ 07/ 03 Tudo bem

Na área do 22 foi colocado implante também no 21 (implantes contíguos) estando fora da amostra

Nome: M. B. S

RG: 16.548 - 04

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda completa

Data nasc. : 28/ 11/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 47

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 02/ 09/ 94 (10 anos e 9 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 24/ 06/ 97 Implante Nobel de 3,75 x 13 mm Fenestração da tábua óssea vestibular	3- 04/ 11/ 97 Reabertura com "healing abutment" de 6 mm	6- 20/ 06/ 01 Enxerto de conjuntivo subepitelial 7- 21/ 08/ 01 Condicionamen- to gengival	4 – 14/ 04/ 98 Instalação de CeraOne de 2 mm e confecção da coroa provisória 5- 08/ 03/ 01 Novo provisório	8- 23/ 09/ 01 Moldagem 9- 25/ 09/ 01 Ajuste do In Ceran 10- 15/ 03/ 02 Cimentação da coroa	

Nome: C. V. M

RG: 5.484 - 12

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 19/ 12/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 54

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 14/ 09/ 99 (15 anos e 8 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula buco-nasal	Não	2- 17/ 07/ 01 Titanium Fix poroso de 3,75 x 13 mm As últimas 3 roscas foram deixadas supra-ósseas e colocado por palatino osso coletado autógeno e coberto com membrana de osso bovino	3- 13/ 03/ 02 Reabertura a retalho + "healing abutment"	3- 13/ 03/ 02 Enxerto livre conjuntivo-epitelial na reabertura	4- 15/ 05/ 02 Instalação de provisório sobre CeraOne de 3 mm	4- 15/ 05/ 02 Moldagem 5- 21/ 07/ 03 Prova do coping InCeran sobre UCLA 6- 06/ 10/ 03 Instalação da coroa de porcelana	

Nome: F. A. P. P

RG: 4.702 - 03

Fissura : Pré-forame bilateral completa

Data nasc. : 11/ 03/ 83

Sexo : (F)

Fotografia nº: 56

ÁREA 22	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 10/ 10/ 95 (12 anos e 6 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucó-nasal bilateral	2- 06/ 03/ 01 Enxerto em bloco do mento	3- 24/ 07/ 01 Titânio Fix tratado de 3,3 x 10 mm Osso tipo 2	5 - 08/ 08/ 02 Instalação de "healing abutment" de 4 mm	4 - 13/ 06/ 02 Enxerto livre conjuntivo-epitelial 8- 01/ 10/ 02 Condicionamento gingival	6- 09/ 09/ 02 "Abutment" UCLA + moldagem para provisório 7- 10/ 09/ 02 Instalação da coroa provisória	9- 11/ 11/ 02 Personaliza -ção do transferente + moldagem 10- 07/ 04/ 03 Ajuste e instalação da coroa sobre UCLA fundido	11- 10/11/ 03 Tudo bem

Nome: M. D

RG: 14.326 - 06

Fissura : Transforame bilateral

Data nasc. : 31/ 07/ 79

Sexo : (M)

Fotografia nº: 63

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 22/ 06/ 99 (19 anos e 8 meses) Enxerto medular de crista ilíaca + fechamento de fístula bucó-nasal	Não	2- 03/ 04/ 00 TitânioFix poroso Osso tipo 3, com boa espessura, não havendo necessidade de re- enxerto	3-11/ 09/ 00 Abertura a retalho + cicatrizador de 5 mm	3- 11/ 09/ 00 Deslize do retalho 5- 04/ 12/ 00 Condicionamento gingival	4 - 16/ 10/ 00 Confecção de coroa provisória sobre CeraOne	5- 14/ 02/ 01 Personaliza -ção do transferente + moldagem 6- 05/06/01 Ajuste das infra- estruturas 7- 04/02/02 Cimentação da coroa de porcelana	8- 17/ 02/03 Tudo bem

Nome: T. N. M

RG: 6.382 - 07

Fissura : Transforame unilateral direita

Data nasc. : 29/ 03/ 84

Sexo : (M)

Fotografia nº: 64

ÁREA 12	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 07/ 03/ 94 (10 anos) Enxerto medular de crista ilíaca	2- 21/ 05/ 01 Enxerto em bloco do mento (o enxerto do ilíaco estava reabsorvido em espessura)	3- 23/ 10/ 01 Titanium Fix poroso de 3,75 x 11,5 mm Osso tipo 3	4- 17/ 04/ 02 Reabertura a retalho com "healing abutment"	4- 17/ 04/ 02 Deslize apical do retalho 6- 15/ 05/ 02 Condicionamen- to gengival 7- 29/ 05/ 02 Condicionamen- to gengival	5- 29/ 04/ 02 Instalação de CeraOne de 1 mm + coroa provisória	8- 04/ 07/ 02 Moldagem 9- 05/ 08/ 02 Prova do "copping" InCeran 10- 14/ 08/ 02 Ajuste e cimentação da coroa	11-14/ 09/ 02 Tudo bem

Nome: H. A. S

RG: 4.693 - 01

Fissura : Pré-forame unilateral esquerda

Data nasc. : 07/ 06/ 83

Sexo : (M)

Fotografia nº: 65

ÁREA 23	Enxerto alveolar secundário	Re-enxerto intra bucal	Instalação do implante	Reabertura	Manipulação do tecido mole	Prótese provisória	Prótese definitiva	Controle
D E S C R I Ç Ã O	1- 05/ 04/ 95 (11 anos e 10 meses) Enxerto medular de crista ilíaca	Não	2- 25/ 04/ 03 Titanium Fix tratado de 4 x 8,5 mm Osso tipo 3	3- 18/ 10/ 03 Reabertura a retalho	3- 18/ 10/ 03 Deslize apical do retalho 5- 18/ 12/ 03 Condicionamen- to gengival 8- 26/ 03/ 04 Enxerto de conjuntivo	4 – 20/ 11/ 03 Confecção de coroa provisória	7- 25/ 03/ 04 personaliza-ção do transferente + moldagem 8- 26/ 03/ 04 Ajuste do UCLA 9- 28/ 04/ 04 Prova do "copping" InCeran 10- 29/ 04/ 04 Instalação do UCLA + cim. coroa	

ANEXO 3 – Fichas 3. Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 0									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto de gengiva livre	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
25 (12)	sim	sim	ausente	não	sim	não	não	1	0
43 (12)	não	não	ausente	sim	sim	não	não	1	1
52 (12)	não	sim	ausente	não	sim	não	não	1	0
62 (12)	não	sim	ausente	sim	sim	não	não	1	0

Escore: 1

Escore: 1									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
7 (22)	sim	sim	ausente	não	sim	não	sim	2	0
10 (22)	não	sim	ausente	não	sim	não	não	1	1
35 (22)	sim	sim	ausente	não	não	não	não	0	0
40 (12)	não	não	ausente	não	sim	não	não	1	0
44 (22)	não	não	ausente	não	sim	sim	não	2	1
50 (22)	sim	sim	ausente	sim	sim	não	sim	2	2

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:2									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
4 (22)	não	sim	presente	não	sim	não	não	1	1
26 (22)	sim	sim	ausente	não	sim	sim	não	2	0
29 (12)	sim	sim	ausente	não	não	sim	não	1	2
41 (12)	não	não	presente	não	sim	não	não	1	0
45 (12)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	0

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:2 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
46 (12)	não	sim	ausente	não	sim	sim	Não	2	1
48 (12)	não	sim	presente	não	não	não	sim	1	1
49 (12)	não	não	presente	não	não	não	não	1	0
53 (12)	não	sim	presente	sim	não	não	não	0	3
56 (12)	sim	sim	ausente	sim	sim	não	não	1	1

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

[illegible]

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:3									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
1 (12)	não	sim	presente	não	não	não	sim	1	0
5 (22)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	1
9 (12)	não	não	presente	não	não	sim	não	1	2
9 (22)	não	não	presente	não	não	sim	não	1	2
11 (22)	sim	sim	ausente	sim	sim	não	não	1	2

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:3 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
13 (22)	não	sim	presente	sim	não	sim	não	1	0
15 (12)	sim	não	ausente	não	sim	não	não	1	0
19 (12)	não	sim	presente	não	não	não	sim	1	3
30 (22)	não	sim	presente	não	não	não	não	0	0
31 (22)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	1

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:3 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
33 (12)	não	sim	ausente	não	não	sim	sim	2	1
38 (22)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	3
51 (22)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	4
54 (12)	não	não	presente	não	não	sim	sim	2	0
55 (22)	não	não	presente	sim	não	não	não	0	0

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore:3 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
62 (22)	não	sim	presente	sim	não	não	sim	1	0

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 4									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
2 (22)	não	sim	presente	sim	não	não	Não	0	1
3 (12)	não	sim	presente	sim	não	não	não	0	2
8 (12)	não	não	presente	não	não	não	não	0	0
12 (12)	não	não	presente	não	não	não	não	0	2
12 (22)	não	não	presente	sim	não	não	não	0	2

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 4 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
16 (12)	não	não	presente	não	não	não	não	0	0
16 (22)	não	não	presente	não	não	não	não	0	0
17 (22)	sim	sim	ausente	não	não	não	não	0	1
18 (12)	não	sim	presente	não	não	sim	não	1	1
23 (22)	não	sim	ausente	não	não	sim	não	1	0

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 4 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
24 (12)	não	não	presente	não	não	não	sim	1	1
24 (22)	não	não	presente	não	não	não	não	0	1
27 (22)	não	não	presente	sim	não	não	não	0	0
29 (22)	não	sim	presente	não	não	sim	não	0	0
32 (22)	não	não	presente	não	não	não	não	0	1

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 4 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
34 (12)	sim	não	ausente	não	não	sim	não	1	0
34 (22)	não	não	presente	não	não	não	não	0	0
36 (22)	não	não	presente	não	não	não	sim	1	2
39 (22)	não	sim	presente	não	não	não	sim	1	1
42 (12)	não	não	ausente	não	sim	sim	não	2	0

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

Escore: 4 (continuação)									
Situações prévias à instalação dos implantes					Eventos pós-instalação dos implantes				
Paciente /área do implante	Bridas	Recessão gengival nos dentes vizinhos	Mucosa ceratinizada	Re-enxerto ósseo	Enxerto gengival livre com epitélio	Reabertura a retalho	Enxerto de conjuntivo sub-epitelial	Quantidade de cirurgias de tecido mole	Quantidade de sessões de condicionamento gengival
47 (22)	não	sim	presente	não	não	não	não	0	1
54 (22)	não	não	presente	não	sim	não	não	1	0
56 (22)	não	não	presente	sim	não	não	não	0	1
63 (12)	não	não	presente	não	não	sim	não	1	1
64 (11)	não	não	presente	sim	não	sim	não	1	2

Ficha nº 3- Eventos pré e pós-cirúrgicos

[illegible]