



Sérgio Luís Scombatti

Doutor em Periodontia – FOB/USP;
Livre-docente em Periodontia e coordenador
dos cursos de aperfeiçoamento em implantes
e reconstrução tecidual, e da especialização,
mestrado e doutorado em Periodontia
Forp-USP. Orcid: 0000-0002-6199-7348.

Open healing para a preservação de alvéolo pós-exodontia

A técnica de regeneração óssea guiada (ROG) é uma das mais indicadas para a preservação do alvéolo pós-extração. Baseando-se no uso de uma membrana que servirá de barreira aos tecidos conjuntivo e epitelial, associada ou não a substituto ósseo, pressupõe-se o recobrimento total dessa membrana pelo retalho, para evitar contaminação pelo meio bucal. Para tal, são frequentemente necessárias incisões relaxantes e tracionamento coronal deste retalho. No entanto, pode ser difícil obter coaptação primária em regiões posteriores, notadamente em dentes molares, pelo maior diâmetro do dente e, em geral, menor profundidade clínica do vestíbulo. Soma-se a isso o fato de que esta manobra clínico-cirúrgica irá alterar a linha mucogengival, trazendo-a para uma posição mais próxima à crista do rebordo e, em consequência, diminuindo a faixa de mucosa queratinizada disponível para a futura reabilitação com implantes.

Uma decisão terapêutica possível nesses casos seria a instalação precoce com cicatrização de tecidos moles¹, na qual o implante é colocado em um sítio pós-extração (tipicamente de quatro a oito semanas pós-exodontia) que teve a cicatrização dos tecidos moles, porém sem cicatrização óssea finalizada. Esse tipo de procedimento tem, entretanto, importantes desvantagens: primeiramente, agrega uma cirurgia extra ao paciente, resultando em maior morbidade e custo. Além disso, mesmo se a instalação do implante e/ou ROG forem realizadas após apenas quatro semanas da exodontia, algum grau de reabsorção das tábuas ósseas vestibular e lingual irá ocorrer, podendo impactar de forma significativa na formação óssea desejada. Adicionalmente, qualquer atraso cicatricial pós-extração nos tecidos moles pode resultar em tecido friável e pouco espesso, ocorrendo maior risco de exposição da membrana com a cirurgia de ROG.

Procurando contornar estes desafios, recentemente tem sido discutida na literatura a possibilidade de realizar os procedimentos de ROG em alvéolos pós-exodontia por meio da cicatrização dos tecidos moles por segunda intenção ou “cicatrização aberta” (uma tradução literal de *open healing*). Nesse sentido, estudos clínicos recentes²⁻³ publicaram a avaliação de membranas colágenas deixadas intencionalmente expostas, em camadas simples ou duplas³ e com diferentes técnicas de suturas², na preservação do alvéolo pós-extração. Os resultados mostraram formação óssea adequada, com pouca reabsorção após a exodontia e baixas taxas de complicações. Embora a ideia seja interessante, mais estudos são necessários para preconizar este uso das membranas colágenas, pois isso vai contra a determinação preconizada pela maioria das empresas fabricantes (que indicam o completo recobrimento pelo retalho) e pela literatura prévia (que relata maior probabilidade de contaminação bacteriana e complicações clínicas, com consequente menor formação óssea quando estas membranas são expostas).

Entretanto, o raciocínio de usar a cicatrização aberta em determinadas situações clínicas bem indicadas parece ser bastante válido, por permitir a regeneração óssea no mesmo instante da exodontia, concomitante ou não à instalação do implante, e sem alterar a linha mucogengival, levando à maior preservação da profundidade do vestíbulo e da faixa de tecido queratinizado no pós-operatório.

Nesse sentido, existem atualmente no mercado nacional barreiras de polipropileno ou titânio que têm esta indicação de uso por parte dos fabricantes. Por serem materiais não absorvíveis, devem ser removidas após 14 a 21 dias em função, e o protocolo exige um estrito controle do profissional neste período (visitas de controle pós-operatório pelo

menos semanais), prescrição de antibióticos (sendo um dos protocolos possíveis o uso de amoxicilina 875 mg + ácido clavulânico 125 mg, de 12/12 horas por 11 dias, iniciando 24 horas antes do procedimento) e quimioterápicos locais (bochechos com gluconato de clorexidina a 0,12%, três vezes ao dia, até a remoção da barreira), além, obviamente, do uso de medicação analgésica e, eventualmente, anti-inflamatória. Seguindo estes cuidados, casos clínicos de sucesso têm sido reportados (Figuras 1 a 8), embora estudos controlados em humanos sejam ainda necessários para a determinação

do real potencial da técnica, bem como de seus limites e complicações mais frequentes. ■

REFERÊNCIAS

1. Hämmerle CH, Chen ST, Wilson Jr. TG. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(suppl.):26-8.
2. Park JC, Koo KT, Lim HC. The hidden X suture: a technical note on a novel suture technique for alveolar ridge preservation. *J Periodontal Implant Sci* 2016;46(6):415-25.
3. Choi HK, Cho HY, Lee SJ, Cho IW, Shin HS, Koo KT et al. Alveolar ridge preservation with an open-healing approach using single-layer or double-layer coverage with collagen membranes. *J Periodontal Implant Sci* 2017;47(6):372-80.



Figura 1 – Primeiro molar indicado para exodontia e preservação do rebordo dentro de um planejamento global do caso para futura instalação de implantes.

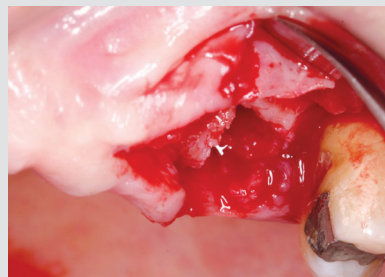


Figura 2 – Exodontia cuidadosa realizada preservando as tábuas ósseas remanescentes.



Figura 3 – Lâmina de titânio posicionada por lingual e alvéolo preenchido com osso bovino inorgânico.



Figura 4 – Lâmina de titânio adaptada ao alvéolo e rebordo, recobrando todo o substituto ósseo.

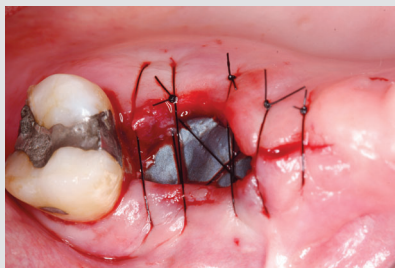


Figura 5 – Sutura realizada sem tracionamento coronal do retalho, deixando a lâmina de titânio intencionalmente exposta, em um processo de *open healing*.



Figura 6 – Aspecto cicatricial após 15 dias, mostrando a boa resposta tecidual e a pouca aderência de indutos (pelo tratamento de anodização que a lâmina de titânio recebe).



Figura 7 – Remoção da lâmina, evidenciando um tecido reparador bastante vascularizado sob ela.



Figura 8 – Aspecto cicatricial 60 dias após a ROG, mostrando a preservação do formato do rebordo e manutenção da faixa de mucosa queratinizada.