

## Introdução

Após a extração dentária desencadeiam-se mecanismos fisiológicos multifatoriais que conduzem à reabsorção óssea e remodelação alveolar (1-3). Esta reabsorção surge devido à perda do ligamento periodontal, que por sua vez faz com que a tábua óssea não seja vascularizada (1-3). Existem diversas técnicas desenvolvidas para minimizar as alterações tecidulares pós extração e compensar as alterações dimensionais embora nenhuma técnica cirúrgica ou material previne completamente essas alterações (4). Assim foram propostas técnicas de extração radicular parcial (Partial extraction Therapies) para minimizar este problema e melhorar os resultados estéticos, nomeadamente o Socket Shield (Hurzeler et al.) (5). Estas técnicas consistem em deixar uma porção da raiz do dente a extrair, na parte vestibular do alvéolo, seguindo-se a colocação de um implante imediato (5). O objetivo de deixar uma porção da raiz é assim manter o periodonto saudável entre a raiz e o osso alveolar, permitindo que este seja vascularizado impedindo a reabsorção (5).

## Materiais e Métodos



## Resultados

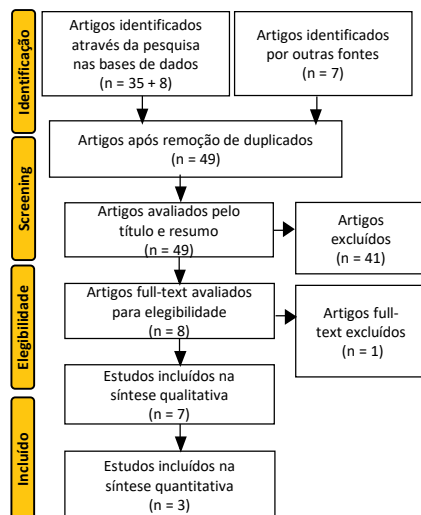


Figure 1: Diagrama PRISMA para a seleção dos estudos

Autor e ano	Tipo de estudo	Nº de Implantes	Sobrevivência	Sucesso	Perda de Osso (mm)	Alterações tecidos moles (nm)	Recessão Gingival (mm)	Follow-up médio (meses)	PES
Siormpas et al., 2014 (6)	Retrospectivo	46	100%	97%	M: 0,18 (0,09) D: 0,21 (0,09)	NR	NR	40	NR
Baumer et al., 2017 (7)	Retrospectivo	10	100%	100%	M: 0,33 (0,43) D: 0,17 (0,36)	-0,37 (0,18)	-0,33 (0,23)	58	12
Gluckman et al., 2017 (8)	Retrospectivo	128	NR	96,10%	NR	NR	NR	48	NR
Bramanti et al., 2018 (9)	RCT	20	100%	NR	0,605 (0,06)	NR	NR	36	12,15 (0,87)
		20			1,115 (0,131)				10,3 (1,59)
Han et al., 2018 (10)	Prospetivo	40	100%	96,7%	NR	NR	NR	12	NR
Hinze et al., 2018 (11)	Prospetivo	17	100%	100%	I: 0,10 (0,22) PM: 0,05 (0,13)	-0,07 (0,16)	0,17 (0,67)	3	NR
Siormpas et al., 2018 (12)	Retrospectivo	250	96,50%	87,9%	NR	NR	NR	49,94	NR

Tabela 1: Resumo dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor e Ano	Pre Intervenção		Na intervenção	Pós-intervenção			
	Confusão	Seleção dos participantes para o estudo	Classificação das intervenções	Devida a falta de dados	Medições de resultados	Seleção do resultado reportado	
Siormpas et al., 2014 [6]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo
Baumer et al., 2017 [7]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo
Gluckman et al., 2017 [8]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo
Han et al., 2018 [10]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo
Hinze et al., 2018 [11]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo
Siormpas et al., 2018 [12]	moderado	moderado	baixo	baixo	baixo	moderado	baixo

Tabela 2 2: Risco de viés ROBINS-I (Risk of Bias in Non-Randomized Studies) – Estudos observacionais

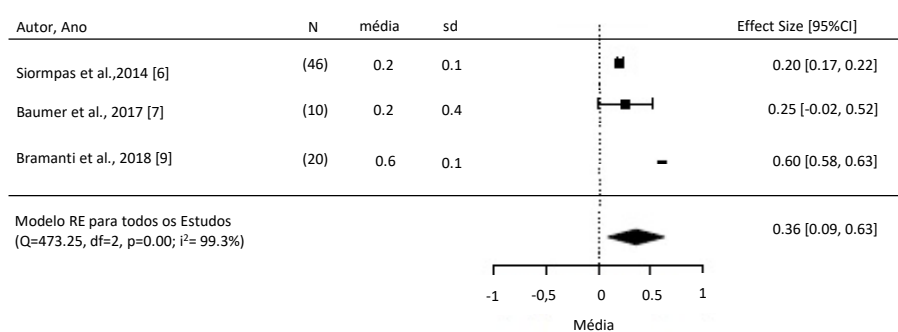


Figura 2: Gráfico Forest-plot da perda de osso interproximal em implantes colocados com recurso à técnica de Socket Shield. 95% CI: 95% Intervalo de Confiança; N = tamanho da amostra; sd = desvio padrão; df = graus de liberdade.

## Discussão/Conclusão

Apesar de existirem algumas limitações como o potencial risco de viés, a inclusão de estudos não-randomizados, o baixo nível de evidência (2B), e a falta de estudos RCT, pode-se concluir que as terapias de extração parcial podem efetivamente prevenir a perda óssea marginal (0,36 mm; IC 95%: 0,09 a 0,63 mm) e, conseqüentemente, manter a estética dos tecidos moles sem a necessidade de mais procedimentos invasivos. Assim, essa técnica apresenta vantagens como baixa morbidade e uma boa relação custo-benefício com altos resultados estéticos. No entanto, é uma técnica complicada, de difícil execução com uma curva de aprendizagem demorada. Para recomendar esta técnica como procedimento clínico de rotina, são necessários estudos RCT, com amostras maiores e períodos de follow-up mais longos.

## Bibliografia

