

UNIVERSIDADE TIRADENTES

BEATRIZ ALVES DA SILVA ANDRADE

JOSÉ BARRETO DA SILVA NETO

REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Aracaju

2019

BEATRIZ ALVES DA SILVA ANDRADE
JOSÉ BARRETO DA SILVA NETO

REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. LUANA MENEZES
DE MENDONÇA FEITOSA.

Aracaju
2019

BEATRIZ ALVES DA SILVA ANDRADE
JOSÉ BARRETO DA SILVA NETO

REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR:
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Orientadora

1º Examinador:

2º Examinador:

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Luana Menezes de Mendonça Feitosa, orientadora dos discentes Beatriz Alves da Silva Andrade e José Barreto da Silva Neto atesto que o trabalho intitulado: “Reabilitação oral estética multidisciplinar: Relato de caso clínico” está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Profa. Dra. Luana Menezes de Mendonça Feitosa

REABILITAÇÃO ORAL ESTÉTICA MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE CASO

Beatriz Alves da Silva Andrade^a, José Barreto da Silva Neto^a, Luana Menezes de Mendonça Feitosa^b

^(a) Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; ^(b) PhD. Professora Titular do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes;

Resumo

A perda de dentes continua sendo um dos fatores que diminui a autoestima de um indivíduo. E para substituir estes dentes perdidos, a primeira opção de escolha é a instalação de implantes dentários e próteses implantossuportadas. Este tipo de tratamento devolve função, estética de maneira previsível e segura. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo mostrar, através de um relato de caso, o tratamento reabilitador oral estético executado por uma equipe multidisciplinar. A paciente queixava-se da coloração e formato das unidades 11 e 21. Para o sucesso estético do caso foram realizados múltiplos procedimentos como: exodontia atraumática da unidade 21, implante imediato pós-extração, enxerto ósseo, enxerto gengival, prótese provisória sobre implante e sobre dente e coroas de dissilicato de lítio cimentadas sobre diferentes substratos. Pôde-se observar que o planejamento realizado por uma equipe multidisciplinar e a boa comunicação com o paciente foram fatores que interferiram positivamente na resolução estética e funcional deste caso complexo que envolveu região anterior.

Palavras-chave: Estética, multidisciplinar, implante, enxerto, prótese.

Abstract

Loss of teeth remains one of the factors that diminishes an individual's self-esteem. And to replace these missing teeth, the first choice is the installation of dental implants and implant-supported prostheses. This type of treatment returns function, aesthetics in a predictable and safe manner. Therefore, this work aimed to show, through a case report, the oral aesthetic rehabilitative treatment performed by a multidisciplinary team. The patient complained about the staining and shape of units 11 and 21. For the aesthetic success of the case, multiple procedures were performed: atraumatic extraction of unit 21, immediate post-extraction implant, bone graft, gingival graft, provisional implant and over tooth and dissilicate crowns cemented on different substrates. It can be observed that the planning carried out by a multidisciplinary team and good communication with the patient are factors that positively interfere in the aesthetic and functional resolution of complex cases involving the anterior region.

Keywords: Aesthetic, multidisciplinary, implant, graft, prosthesis.

1.INTRODUÇÃO

O sorriso contribui de forma direta e indireta na vida social e pessoal de um indivíduo, incluindo nos aspectos psicológicos e emocionais. Sendo assim, ao sofrerem a perda de um ou mais dentes, os pacientes desejam, de forma rápida e segura, um tratamento que devolva função e estética, restabelecendo sua autoestima.

A reabilitação protética envolvendo áreas estéticas é sempre um desafio para os cirurgiões-dentistas, o que aumenta a complexidade no planejamento e na execução do tratamento. Isso porque o resultado estético final depende de vários fatores, entre eles: forma e a qualidade do osso remanescente, a quantidade e a qualidade da mucosa/gengiva queratinizada, as características dos materiais protéticos utilizados e o tipo de prótese selecionada (FIGUEIREDO et al., 2011).

Neste contexto, os implantes dentários osseointegrados destacam-se como um método eficaz, visto que podem contribuir para uma resolução estética e funcional favorável, se bem planejado, além de promover benefícios biológicos de não preparar os dentes adjacentes em casos de confecção de prótese parcial fixa (QUARANTA et al.,2010). Ao ser introduzido o conceito de osseointegração, por Branemark et al. (1969), foi estabelecido um protocolo de dois estágios cirúrgicos, considerado essencial para o sucesso da terapia com implantes. No entanto, a necessidade de promover resultados mais rápidos levou ao aperfeiçoamento da técnica cirúrgica, demonstrando que é possível a instalação imediatamente após a extração do elemento dentário, sendo primeiramente relatada por Schulte et al., em 1978.

A extração associada ao implante imediato é indicada em caso de dentes com falhas irreversíveis no tratamento endodôntico, dentes com doença periodontal avançada, fraturas radiculares e cáries avançadas abaixo da margem gengival. Segundo alguns autores (LINDHE.,2005; WAGENBERG; FROUM.,2006), dentes com supuração ou infecção periapical extensa não são candidatos a extração e imediata instalação do implante (ZANI et al.,2011).

As vantagens do implante imediato incluem a preservação óssea (melhorando a relação coroa-implante) e diminuição no número de procedimentos cirúrgicos, o que leva a uma redução no tempo e no custo do tratamento (SCHWARTZ-ARAD; GROSSMAN; CHAUSHU, 2008). A principal desvantagem deste método é que requer um manuseio mais sofisticado do tecido mole para obter um resultado esteticamente satisfatório (PAUL., 2013).

Para se obter sucesso na instalação imediata de um implante após extração deve-se preencher o *gap* entre a superfície do implante e a parede vestibular do alvéolo, buscando prevenir e/ou diminuir a perda de volume inerente ao remodelamento ósseo da parede vestibular (PASSONI et al., 2017). Este preenchimento pode ser feito utilizando um substituto ósseo, que garante um arcabouço osteocondutor, otimizando a formação do osso sobre a superfície do implante (COCHRAN; MORTON; WEBER, 2004). Além disso, é necessário dar significativa atenção ao manejo dos tecidos moles peri-implantares, seja através de enxertos gengivais, deslizes de retalho, técnicas cirúrgicas com incisões bem planejadas e executadas e adequadas técnicas de sutura, ou até mesmo, a utilização de manobras de condicionamento gengival durante a etapa protética, dependendo também de uma extração atraumática e ausência de danos ao tecido ósseo (MATIELLO; TRENTIN, 2015).

O uso adequado de restaurações provisórias que proporcionem a preparação do desenho gengival e um apropriado perfil de emergência ajudam a alcançar o sucesso estético desejado (BULSER et al., 2011). Para as restaurações finais em região anterior, os materiais cerâmicos são os de primeira escolha, pois possuem compatibilidade biológica, biomimetismo, propriedades físicas, químicas e ópticas superiores aos demais materiais utilizados para confecção de coroas protéticas, apresentando assim, resultados estéticos superiores (TIRLET et al., 2013).

Portanto, pode-se observar que para solucionar casos complexos e que envolvam regiões estéticas, é necessário realizar uma abordagem multidisciplinar, com uma boa comunicação, durante todo o tratamento, entre os profissionais envolvidos e o paciente. (BERSANI,2010). Diante disso, este trabalho teve como objetivo demonstrar, através de

um relato de caso clínico, o tratamento reabilitador oral de uma paciente com queixa estética em região anterior de maxila, bem como o envolvimento de uma equipe multidisciplinar na resolução do caso.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente M.V.R, gênero feminino, 36 anos, ASA I (Figura 1), compareceu à clínica odontológica da UNIT, com a seguinte queixa principal SIC " quero colocar faceta". No exame físico intraoral (Figura 2), as unidades 11 e 21 apresentavam alteração de cor, forma e contorno, com restaurações extensas de resina composta.

Figura 1- Foto extraoral frontal e perfil inicial. Figura 2 – Foto intraoral inicial.



Fonte: Arquivo Pessoal



Fonte: Arquivo Pessoal

No exame radiográfico periapical (Figura 3), observou tratamento endodôntico satisfatório em ambos dentes, com rarefação óssea na região periapical das unidades, a qual foi diagnosticada com lesão periapical inativa e confirmado o pouco remanescente dentário na região coronária, com resina composta inserida no terço cervical dos condutos radiculares. Sendo assim, o plano de tratamento para esta paciente foi a realização de coroas totalmente cerâmica nas unidades 11 e 21, com pino intrarradicular de fibra de vidro nas duas unidades.

Figura 3 – Radiografia periapical inicial das unidades 11 e 21.



Fonte: Arquivo Pessoal

Inicialmente, foi realizado o preparo para coroa total das unidades 11 e 21 e confecção dos dentes provisórios com dente de estoque (Biolux OMC, São Paulo, Brasil) (Figuras 4 e 5). Na sessão seguinte, foi realizada a tentativa de desobturação para a colocação do pino fibra de vidro na unidade 21, mas como o conduto estava com resina composta, não foi possível finalizar este procedimento (Figura 6). Desta maneira, optou-se por aguardar aproximadamente 2 meses com o provisório de resina acrílica em posição e observar se os dentes suportariam às forças mastigatórias, sem fraturar. Após este período, a paciente retornou com uma fistula na região vestibular da unidade 21 e ao avaliar a radiografia, observou uma imagem sugestiva de perfuração/trinca no terço médio da raiz. Foi solicitado tomografia computadorizada (TC) para melhor avaliação e localização da perfuração/trinca e prognóstico (Figura 7). Na TC foi observado perfuração/trinca no terço médio radicular, impossibilitando o tratamento restaurador, prognóstico ruim, com indicação de exodontia. O planejamento da unidade 21 precisou ser alterado para extração e instalação de implante imediato e posterior confecção de coroa protética sobre implante.

Figura 4 – Dentes preparados.

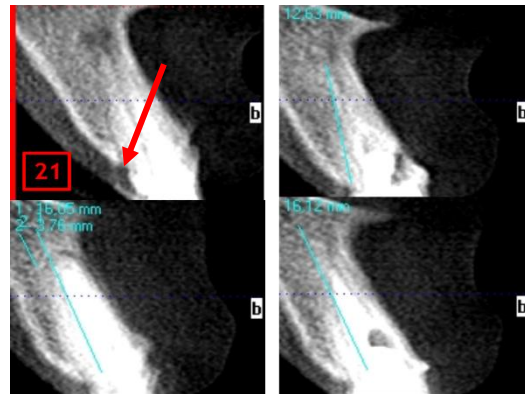
Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 5 - Prótese provisória instalada em dentes

Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 6 - Tentativa de desobturação.

Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 7 - Tomografia computadorizada.

Fonte: Arquivo Pessoal

O dente foi extraído com o mínimo de trauma, visando preservar a estrutura óssea circunjacente. Foi colocado um guia em posição e feita a perfuração inicial com broca lança (Neodent, Curitiba, Brasil) para marcação da posição dos implantes com 800 a 1200 RPM, utilizando motor da Neodent (Neodent, Curitiba, Brasil) e irrigação abundante, tendo cuidado para fazer um posicionamento o mais palatinizado possível, devido à perda da tábua vestibular. Em seguida, foi realizada a evolução da perfuração, na sequência de brocas Titamax 2.0 (Neodent, Curitiba, Brasil), na profundidade de 15,0 mm, para colocação de implante Neodent Titamax CM Ex Acqua de 3.75/13,0 mm e sequência de brocas Piloto 2/3 e Titamax 2.8 (Neodent, Curitiba, Brasil), na profundidade de 15,0 mm. A instalação do implante

foi executada sem irrigação, 30 RPM e torque máximo de 60N para colocação de Titamax CM Ex acima de 3.75/13,0 mm, com 2,0 mm infra-ósseo. Posteriormente, foi colocado o parafuso de cobertura de 2,0 mm de altura com torque de 10N. Neste mesmo dia, foi realizado o preenchimento da cavidade da exodontia com BioOss Large (Geitlich Bio-Oss, Alemanha), cobrindo as roscas do implante da unidade 21. Em seguida, foi feito um enxerto de tecido conjuntivo, retirado do palato, o qual foi reposicionado no defeito vestibular e usado para recobrir o sítio cirúrgico do implante (Figuras 8 e 9). Por fim, a ferida cirúrgica foi suturada com fio de seda 4x0 (Technofio, Goiânia, Brasil). Neste mesmo dia foi colocado um provisório adesivo, preso nos dentes adjacentes com resina composta (Figura 10).

Figura 8 – Palato (sítio doador) suturado após remoção de enxerto.



Fonte: Doação da Professora Eleonora Martins

Figura 9 – Preenchimento vestibular com enxerto de tecido conjuntivo.



Fonte: Doação da Professora Eleonora Martins

Figura 10 – Prótese provisória adesiva.



Fonte: Doação da Professora Eleonora Martins

Após 6 meses, tempo necessário para osseointegração do implante e cicatrização do enxerto, iniciou-se a segunda fase cirúrgica, que consistiu na reabertura para a exposição do implante. Nesta, foi utilizada a técnica de incisões de retalhos palatinos rodando o enxerto gengival pediculado do palato, para preencher a deficiência vestibular. A técnica consiste em uma incisão em forma de “U”, descrita por (JOLY; CARVALHO; SILVA, 2010) com a base da incisão voltada para palatina, preservando a região de papilas interproximais, sendo que o retalho deve ser cuidadosamente elevado, expondo a plataforma protética do implante. A porção de epitélio que recobre o retalho deve ser removida e o tecido conjuntivo subjacente rotacionado, envelopado e estabilizado por vestibular, o que proporciona o aumento do volume e a melhora do contorno tecidual. Em seguida, o cicatrizador foi instalado e a prótese provisória foi reposicionada, possibilitando o encaminhamento da paciente para confecção das coroas protéticas.

Realizado a remoção do cicatrizador, foi instalado o munhão universal de 3,3 x 6,0 x 4,5 (Neodent, Curitiba, Brasil) e confeccionado a prótese provisória sobre implante para realizar o condicionamento gengival gradativo. Enquanto isso, a unidade 11 permanecia com o provisório sobre dente, aguardando o tempo da osseointração do implante e condicionamento gengival para fazer a moldagem dos dois juntos.

Após, 2 meses de condicionamento gengival, o perfil de emergência do provisório estava adequado e foi realizada a moldagem com fio retrator (Ultradent, South Jordan, USA) do 11 e com o transferente no 21. O modelo foi enviado para o laboratório de prótese que confeccionou duas coroas de dissilicato de lítio (E Max Press - Ivoclar Vivadent, São Paulo, Brasil) na cor A2 (Escala VITA, Paraná, Brasil). Após a prova da cerâmica e checagem de adaptação e aprovação da paciente, as coroas foram cimentadas com Rely X U200 (3M ESPE, São Paulo, Brasil). (Figuras 11 a 16).

**Figura 11 – Preparo na unidade 11 e
munhão universal instalado com
gengiva condicionada.**



**Fonte: Doação da Professora Luana
Menezes de Mendonça Feitosa.**

**Figura 12 – Coroas em cerâmica pura
das unidade 11 e 21 cimentadas.**



**Fonte: Doação da Professora Luana
Menezes de Mendonça Feitosa.**

Figura 13- Sorriso final

Fonte: Doação da Professora Luana Menezes de Mendonça Feitosa.

Figura 14- Radiografia periapical

Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 15- Foto intraoral após 2 anos.

Fonte: Arquivo Pessoal

Figura 16- Foto extraoral após 2 anos.

Fonte: Arquivo Pessoal

3. DISCUSSÃO

Quando o indivíduo perde um ou mais dentes, é consenso que a melhor opção de tratamento seja a colocação de implante seguido de confecção de prótese sobre o mesmo. Este tipo de tratamento devolve ao paciente função e estética, de maneira segura e eficiente (SCHWARTZ-ARAD; GROSSMAN; CHAUSHU, 2008). Por este

motivo, essa foi a primeira opção de tratamento proposta para a paciente citada e aceita pela mesma.

Neste caso clínico, optou-se em realizar a extração seguida de instalação imediata da unidade 21, contrariando o conceito inicial de osseointegração preconizado por Branemark et al. (1969) bem como defendido por Chen et al. (2010), o qual relataram que a fixação de implantes após um período de espera possibilita a resolução da infecção existente, além de um aumento na área e volume dos tecidos moles. Contudo, os mesmos observaram que a concomitante reabsorção do rebordo alveolar na dimensão vestibulolingual limita as vantagens da colocação tardia dos implantes.

Outros estudos, entretanto, relatam resultados muito satisfatórios relacionados à instalação imediata de implantes, mesmo em sítio infectados cronicamente (BIANCHINI, 2008).

Já Paul (2013) confirmou que os resultados finais dos tratamentos reabilitadores com implantes podem ser melhorados quando a instalação do implante é realizada imediatamente após a extração do dente, o que permite a manutenção do contorno ósseo e tecido mole que existia antes da cirurgia. Segundo ele, a presença física do implante, posicionado pós-extração, irá fornecer um suporte para as paredes ósseas alveolares, estimulando o processo de reparo alveolar e prevenindo a reabsorção e o colapso do rebordo, que normalmente ocorrem após a exodontia.

Para Paolantonio *et al.* (2011), a espessura mínima de 2,0 mm de osso vestibular é necessária para manter uma dimensão vertical estável da crista alveolar e assegurar, desta maneira, apoio aos tecidos moles. Neste caso, tratou-se de uma paciente que não possuía a espessura mínima. Sendo assim, na ausência desse requisito, o procedimento de preenchimento alveolar foi indicado para atingir a espessura mínima sugerida de osso vestibular.

Para CHOW 2009, o uso de biomateriais para substituir a perda óssea tem sido uma prática comum há décadas. Inicialmente, para restituir perdas ósseas os cirurgiões utilizavam autoenxertos, considerados ideais por representarem material do próprio indivíduo. Entretanto, esse procedimento apresenta desvantagens, como maior incidência de complicações no sítio doador e tamanho limitado do material passível de doação, que, na maioria das vezes, é insuficiente (OLIVEIRA et al., 2009).

Diante dessas limitações, os aloenxertos e os xenoenxertos surgiram como possíveis substitutos. Entretanto, eles também apresentam limitações importantes, como risco de rejeição ou de transmissão de doenças (GEREMIAS et al., 2015). Neste relato, a técnica de enxerto alógeno e a remoção de tecido conjuntivo doador do palato foram responsáveis pela recuperação da espessura da região vestibular da maxila e proporcionou a reabilitação com implantes de maneira segura, estética e previsível.

Em relação à reabilitação protética, para Askary (2001), o uso de intermediários metálicos, como os de titânio em prótese sobre implantes, pode provocar inconvenientes devido sua coloração escurecida que pode alterar o aspecto final de coroas puras de porcelana, além da possibilidade de escurecimento da margem gengival quando esta é muito fina. Figueiredo et al. (2011) completaram que os pilares cerâmicos são de grande utilidade nas áreas mais estéticas devido a sua coloração favorável, tornando a translucidez da prótese mais natural, o que é muito importante em pacientes com linha do sorriso alta e mucosa periimplantar fina. Entretanto, possui custo mais elevado do que os pilares metálicos (OLIVEIRA et al., 2017). No caso clínico relatado, o pilar protético utilizado foi o metálico, pois a margem gengival era espessa, o implante estava bem posicionado, proporcionando um resultado final estético satisfatório.

A técnica de condicionamento do tecido gengival utilizada nesta paciente foi a de pressão gradual, a qual consiste no acréscimo de pequenas porções de resina

acrílica (VIP, São Paulo, Brasil) quimicamente ativada em uma prótese provisória, de modo que haja um afastamento da mucosa periimplantar, observado por meio de uma leve isquemia da mucosa, de modo a remodelá-la, de acordo com o interesse do profissional, sempre respeitando princípios biológicos, perfis de emergência adequados e espaço interdental para as papilas como descreveu Jacques, em 2005.

Oliveira et al. (2017) afirmaram que as coroas de cerâmica pura são indicadas em casos onde já existe grande perda da estrutura dental e a estética é essencial, uma vez que coroas metalocerâmicas podem apresentar, ao longo do tempo, escurecimento na margem gengival devido à presença de metal em sua estrutura. Por esse motivo, a escolha de usar uma coroa totalmente cerâmica de dissilicato de lítio neste caso, justifica-se por suas propriedades ópticas serem semelhantes às do esmalte dental, além de apresentar boas características de ligação à estrutura dental, desde que seja feito o condicionamento das superfícies internas com ácido fluorídrico associadas a um agente de ligação (silano). Assim, os laminados e coroas de dissilicato de lítio, quando têm suas superfícies internas condicionadas com ácido fluorídrico e recebem aplicação do silano, apresentam uma forte ligação com os cimentos resinosos (CHRISTENSEN, 2014).

Para (Stanley, 2009) a escolha entre uma prótese cimentada ou parafusada é influenciada inicialmente pelo posicionamento tridimensional do implante; segundo, pela região (anterior ou posterior) onde o implante está localizado; terceiro, pelo tipo de prótese (unitária, parcial ou total a ser realizada).

Segundo Palmer (2002) levando em consideração apenas a execução do trabalho, seja clínico ou laboratorial, a prótese cimentada será sempre mais simples e de menor custo, sendo, por esse aspecto, a melhor opção; mas para optar pela prótese parafusada, é importante que o implante esteja instalado em ótimas condições, permitindo-se a construção da coroa protética com acesso ao parafuso, sem

comprometimento da estética ou da função mastigatória. Neste presente relato selecionou-se pela prótese cimentada por apresentar resultados satisfatórios ao longo prazo em prótese unitária, pelo posicionamento correto do implante, além de ter um custo baixo.

A reabilitação na região anterior da maxila é um procedimento complexo, que requer adequado planejamento e abordagem multidisciplinar, envolvendo desde a manipulação dos tecidos ósseo e gengival até a escolha de componentes de implante e de prótese que possam agregar melhorias ao resultado final do caso, para que, de fato, se possa alcançar uma reabilitação com características muito semelhantes a de dentes naturais (PARK, 2010).

4. CONCLUSÃO

A partir deste relato de caso, pôde-se concluir que:

- O implante imediato pós-exodontia preservou a altura e espessura óssea, reduziu tempo e custo de tratamento e manteve a arquitetura gengival.
- O uso de enxerto ósseo e membrana mostraram ser eficientes na reconstrução de defeitos ósseos horizontais, na instalação de implante imediato pós-extração.
- As restaurações provisórias foram essenciais para um correto diagnóstico e plano de tratamento, bem como na preparação da arquitetura gengival. - A cerâmica de dissilicato de lítio juntamente com o a cimentação adesiva, promoveram um excelente resultado estético.
- O planejamento multidisciplinar e a boa comunicação com a paciente mostraram ser de extrema importância na solução de casos complexos.

5. REFERÊNCIAS

1. Askary AS. Multifaceted aspects of implants aesthetics: the anterior maxila. **Implant Dent.** 2001;10(3):182-91.
2. Bersani E, Coppedê AR, De Paula Pinto Prata HH, Miglioranca RM, De Mayo TM. Carga em implantes instalados em alvéolos frescos após extração de dentes posteriores sem procedimento de enxertos e sem retalhos. **Rev Implant News** 2010; 7(3a-PBA):73-81.
3. Bianchini M. **O Passo-a-Passo Cirúrgico na Implantodontia da Instalação a Prótese**, Editora Livraria Santos: São Paulo, 2008, capítulo 11.
4. Branemark PI, Adell R, Breine U, Hansonn BO, Lindstron J, Ohlsson A. Intraosseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies. **Scand J Plast Reconstr Surg** 1969; 3(2):81-100.
5. Bulser, D., Wittneben, J., Bornstein, M. M., Grütter, L., Chappuis, V., & Belser, U. C. (2011). Stability of REFERÊNCIAS contour augmentation and esthetic outcomes of implant-supported single crowns in the esthetic zone: 3-year results of a prospective study with early implant placement postextraction. **Journal of periodontology**, 82(3), 342-349.
6. COCHRAN, D. L.; MORTON, D.; WEBER, H. P. Consensus statements and recommended Clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, Carol Stream, Illinois, EUA, v.19 (suppl), p.109-113, 2004.

7. Chen ST, Wilson Jr TG, Hammerle CHF. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures and outcomes. **Int J Oral Maxillofa Implants** 2004; 19 (supplement):12-25.
8. Christensen GJ, Use of luting or bonding with lithium disilicate and zirconia crowns. **J Amer Dental Assoc.** 2014; 145(4):383-6.
9. Figueiredo C.M.; Dias R. P.; Amado F. M.; Rossi F.C.; Ishikiriama B.L; O uso de implantes, enxerto ósseo e condicionamento do tecido gengival perimplantar na reabilitação estética de área anterior de maxila. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 10 (3) 285-291, jul./set., 2011.
10. Geremias T. C.; Montero J. F. D.; Juanito G. M.; Morsch C. S.; Magini R. S.; Regeneração da parede vestibular em implante anterior com uso de Bio-Oss® – relato de caso. **Full Dent. Sci.** 2015; 6(24):486-491.
11. Jacques LB, Coelho AB, Hollweg H, et al. Tissue sculpturing: an alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. **J Prosthet Dent.** 2005;81(5):630-3.
12. Joly C.J.; Carvalho P.F.M.; Silva R.C.; **Reconstrução Tecidual Estética.** Editora Artes Médicas; 2010.p.63-153.
13. Lindhe J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** Ed: Guanabara Koogan, 2005.
14. Matiello C.N.; Trentin M. S. Implante dentário com carga imediata na região anterior superior: relato de caso clínico. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 238-242, maio/ago. 2015.

15. Oliveira MC, Vieira CA, Bomfim C, Integração estética entre laminados cerâmicos e coroa total modificada na clinica restauradora. **FOL**. 27(1)43-61.jan-jun.2017.
16. Oliveira JA. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. **Fac Odontol Bauru**. 2009;10(2):99-104.
17. Palmer, A.M. (2002), implant reconstruction in the posterior mandible long term retrospective study; **J prost hit dent**. 78(1), 34-42.
18. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A, Archivio D, Placido G. Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man. **J Periodontol**. 72, 1560–1571, 2001.
19. Passoni B.B.; Ferreira R. M.; Carrera E. A.; Magini R. S.; Benfatti C.A.; **Reabilitação oral estética multidisciplinar: periodontia, implantodontia e prótese**. Volume 01, FGM 2017; P.26-31.
20. Paul S.J, Jovanovic S.A. Anterior implant-supported reconstructions: a prosthetic challenge. *Pract Periodontics*. **Aesthet Dent**. 2013;11(5):585-90.
21. Park J.B. Restoration of the maxillary anterior tooth using immediate implantation with simultaneous ridge augmentation. **Indian Journal of Dental**. Research 2010; 21:454-456.
22. Quaranta A, Andreana S, Pompa G and Procaccini M. Active implant peri-apical lesion: A case report treated via guided bone regeneration with a 5-year clinical and radiographic follow-up. **Journal of Oral Implantology** 2010; 15:313-319.

23. SCHULTE, W. et al. The tubingen immediate implant in clinical studies. **Deutsche zahnärztliche zeitschrift**, Munchen, Alemanha, v.33, n.5, p. 348-359, May. 1978.

24. SCHWARTZ-ARAD, D.; GROSSMAN, Y.; CHAUSHU, G. The clinical effectiveness of implants placed immediately into fresh extraction sites of molar teeth. **Journal of Periodontology**, Chicago, Ill., US, v.71, n.5, p. 839-844, May. 2008.

25. Stanley, M. (2009), “**Prótese fixa sobre implante: cimentar ou aparafusar?**”, *Maxillares*, Julho 43 – 50.

26. Tirlet, G., Crescenzo, H., Crescenzo, D., & Bazos, P. (2013). Ceramic adhesive restorations and biomimetic dentistry: tissue preservation and adhesion. **The international journal of esthetic dentistry**, 9(3), 354-369.

27. Wagenberg B, Froum SJ. A retrospective study of 1925 consecutively placed immediate implants from 1988 to 2004. **Int J Oral Maxillofac Implants**. 2006 Jan-Feb; 21(1):71-80.

28. Zani S. R.; Alves R. A.; Korb S. H. B.; Rivaldo E.G.; Frasca L. C. F.; Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, 10 (3) 281 - 284, jul./set., 2011.

ANEXO A

CLÍNICA ODONTOLÓGICA DA UNAT

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE IMAGEM

Aracaju, 09 de 05 de 2019.

Eu, Mônica Valéria Rodrigues Lima
portadora da C.I nº 1.305.740 SSP/SE, residente e domiciliada à:
Av. Estelino Alves de Lima Nº 235 Bairro Inácia
Bombazeira

autorizo e informo a minha permissão para o uso de imagens para utilização em trabalhos acadêmicos, revistas especializadas e em eventos científicos.

Sem mais subscrevo,

Mônica Valéria Rodrigues Lima

Assinatura do paciente ou responsável