

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**Instalação de Implante com Restauração Imediata Após Exodontia-
Revisão de Literatura com Relato de Caso Clínico**

Aline Conceição Viana de Souza

Aracaju/SE
05/2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**Instalação de Implante com Restauração Imediata Após Exodontia-
Revisão de Literatura com Relato de Caso Clínico**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em odontologia

Aline Conceição Viana de Souza
Raimundo Silva Rocha

Aracaju/SE
05/2009

ALINE CONCEIÇÃO VIANA DE SOUZA

Instalação de Implante com Restauração Imediata Após
Exodontia- Revisão de Literatura com Relato de Caso Clínico

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Coordenação do Curso
de Odontologia da Universidade
Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em
odontologia

APROVADA EM ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

RAIMUNDO SILVA ROCHA
ORIENTADOR/ PRESIDENTE DA BANCA

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

A mente que se abre a uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original.

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir avançar em mais esta etapa da minha vida, agradeço também aos meus pais por me proporcionarem a realização deste sonho e ao meu orientador, Raimundo Silva Rocha, pela realização deste trabalho e pelos ensinamentos que aprendi.

INSTALAÇÃO DE IMPLANTE COM RESTAURAÇÃO IMEDIATA APÓS EXODONTIA – REVISÃO DE LITERATURA COM RELATO DE CASO CLÍNICO

Aline Conceição Viana de Souza

Raimundo Silva Rocha

RESUMO

As técnicas tradicionais de instalação de implantes preconizam duas fases clínicas, das quais uma é a fase cirúrgica da colocação do implante e a outra, depois de três a seis meses, é a confecção e instalação da prótese. Os implantes imediatos são aqueles colocados no momento da extração dentária utilizando o próprio alvéolo dentário como guia para o implante, sem que haja necessidade de cicatrização do alvéolo antes da cirurgia do implante. Os implantes com restauração imediata são os que recebem uma coroa protética provisória até 48 horas após a cirurgia, mas não mantém contato oclusal com o antagonista. A coroa provisória fica em infra-oclusão durante o período de cicatrização (osseointegração). O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão da literatura sobre a instalação de implantes dentários logo após a exodontia utilizando técnica de restauração imediata. Relato de um caso clínico é apresentado no qual a unidade 14 foi extraída e substituída por um implante (Alvim cone Morse 4,3 x10 mm, Neodent[®], Curitiba, Brasil) com provisionalização imediata. Sucesso clínico inicial foi observado, levando-se em conta a estabilidade e a manutenção dos tecidos perimplantares. Pode-se concluir que o sucesso do protocolo de implantes com restauração imediata depende de fatores relacionados ao paciente (sistêmicos e locais) e ao profissional, uma vez que exige deste último conhecimento, habilidade técnica e experiência no manejo de casos complexos como o do trabalho apresentado.

Palavras-chave: implante imediato, implante unitário, restauração imediata.

ABSTRACT

The traditional techniques of installing implants require two clinic stages, which one is the surgical phase of implant placement and another after three to six months is up and installation of prosthesis. The immediate implants are those placed at the time of tooth extraction using the very cavity with a guide for dental implant without the need for healing of the socket before the implant surgery. The implants with immediate restoration are receiving a prosthesis provisional crown until 48 hours after surgery but not receive masticatory load. The provisional crown is in infra-occlusion during the healing period (osseointegration). The objective of this study is to review literature on the installation of dental implants after tooth extraction using the technique for immediate restoration. Report of a clinical case is presented in which one the unit 14 was removed and replaced by an implant with immediate restoration. Initial clinical success was observed, taking into account the stability and maintenance of the soft tissues. It can be concluded that the success of immediate implants protocol with immediate restoration depends on factors related to the patient (systemic and local) and professional once time it's required by this last knowledge, technical skills and experience in deal to complex cases such as the work presented.

Keywords: immediate implant, immediate restoration and unit implant

INTRODUÇÃO

O protocolo de implantes tradicionais prevê duas fases clínicas, na qual uma é a instalação cirúrgica do implante e a outra, alguns meses depois, é a instalação da prótese. Mas muitos estudos recentes têm mostrado excelentes resultados com implantes utilizando protocolo de fase única.

Os implantes colocados no momento da extração, os implantes imediatos, preservam a forma e o contorno dos tecidos gengivais e as dimensões ósseas, reduz o tempo de tratamento e pode apresentar resultados estéticos satisfatórios.

A reabilitação com implante imediato é uma forma previsível para restaurar a função e a estética bucal. A carga imediata permite que os implantes recebam carga mastigatória sem a necessidade de esperar pelo processo de osseointegração. Esta deve ser indicada somente nos locais em que haja uma boa estabilidade primária dos implantes e em pacientes não portadores de hábitos parafuncionais.

Os implantes colocados com restauração imediata são também os que recebem as coroas no momento da instalação do implante, mas não recebem carga mastigatória, que reduz a possibilidade de insucesso do tratamento. Este tipo de reabilitação necessita de estabilidade primária e só pode ser aplicado em pacientes muito bem selecionados.

O objetivo deste trabalho foi fazer revisão da literatura sobre implantes imediatos com provisionalização protética imediata, relatando ainda um caso clínico de uma paciente, gênero feminino, 45 anos, que teve a unidade 14 extraída e sendo esta substituída por implante.

REVISÃO DE LITERATURA

Osseointegração ficou reconhecida como uma interface estável, previsível e desejável em implantes dentários através de estudos cuidadosos originalmente creditados a Brånemark (Brånemark e colaboradores, 1977; Albrektsson, 1983; Albrektsson, 1995) e a Schroeder e colaboradores (1976).(Ganeles, 2008)

GANELES (2008) descreve que tanto Brånemark como Schroeder identificaram a necessidade de uma osteotomia precisa e atraumática, técnica estéril, materiais biocompatíveis e uma cicatrização sem estresse. O protocolo de Brånemark requer a cicatrização submucosa do implante por período de 3 a 6 meses, a depender da região anatômica, enquanto o protocolo de Schroeder prevê uma cicatrização trans-mucosa num período de 3 a 4 meses.

MORTON *et al.* (2008) classificou os implantes de acordo com o tempo de instalação protética em 5 tipos : a) implantes convencionais, aqueles nos quais a prótese é instalada com 3 a 6 meses após a cirurgia; b) implantes com carga precoce, a coroa protética é colocada em contato oclusal com a dentição antagonista até 3 meses a cirurgia; c) implantes com restauração imediata, quando a coroa protética é instalada até 48 horas após a cirurgia, ficando em infra-oclusão; , d) implantes com carga imediata, no qual a prótese e colocada em contato oclusal até 48 horas após a cirurgia; e, e) carga tardia, na qual a prótese é instalada em período posterior a 6 meses da cirurgia.

GANELES (2008) mencionou que, diferentemente de grandes construções protéticas, onde há estabilidade proporcionada pelo arco, implantes unitários necessitam ter boa estabilidade primaria. O mesmo relata ainda que nos protocolos convencionais, o contorno gengival e a forma das papilas precisam ser restabelecidos através de enxertos. Pequenas recessões gengivais de 0,5 a 1 mm, a são observadas com esses protocolos imediatos, entretanto, segundo o autor, sem grande significância.

MORTON *et. al.* (2008) citaram que a habilidade do cirurgião, experiência do mesmo e a atenção aos pequenos detalhes não devem ser subestimados. Dentistas com treinamento avançado em cirurgia oral, em periodontia, prótese e implantodontia estão melhor preparados para tratar pacientes que apresentam casos de alta ou media complexidade.

MORTON *et. al.* (2008) afirma que a carga precoce em implantes instalados em regiões posteriores são considerados simples por varias razoes. Primeiramente os desejos do paciente são geralmente limitados à melhora da mastigação e prevenção de impactação alimentar no espaço do edêntulo. No mais, a demanda por aspectos estéticos, fonéticos, suporte facial e auto-estima são menores. A provisionalização protética desses casos é simples, semelhantes aos procedimentos protéticos convencionais. Porém enfatizam que carregamento imediato com implantes é recomendado para profissionais com alto nível de especialidade, julgamento e habilidade.

MORTON *et. al.* (2008) afirma ainda que na região anterior da maxila as complicações estéticas são preocupações primárias. O risco estético, em particular referencia o fenótipo periodontal, espesso ou fino, pode contraindicar a instalação imediata dos implantes, com carga ou restauração imediata nesta região.

MORTON (2008) citou que há risco associado com a carga imediata ou carga precoce, e estes riscos devem se avaliados se trazem benefícios aos pacientes. Os cuidados pós-operatórios também devem ser avaliados. A técnica de instalação do implante dentário imediatamente após a exodontia, pode apresentar algumas vantagens em relação à técnica de instalação tardia. Dentre essas, a manutenção da arquitetura alveolar e dos tecidos gengivais, o favorecimento do processo de cicatrização óssea, o menor número de intervenções e o menor tempo de tratamento podem ser creditados como vantagens da técnica imediata.

PEÑARROCHA *et al.* (2008) propuseram utilizar a técnica de implantes com restauração imediata em incisivos laterais sem contato oclusal. Eles fizeram o estudo com 8 pacientes que possuíam ausência dos incisivos laterais. Foram instalados implantes com comprimento variando de 13 a 16 mm, com diâmetros de 3,60 ou 4,20 mm. O torque de instalação foi igual ou superior a 35 Ncm e as próteses provisórias foram colocadas com 1 a 2 mm a quem do contato oclusal. Os pacientes e pesquisadores consideraram os resultados satisfatórios nos quesitos estabilidade, higiene, conforto e estética. Eles concluíram que a técnica reduz o risco de complicações e soluciona questões estéticas.

EVANS *et. al.*(2008) avaliaram os resultados estéticos em implantes unitários imediatos e os fatores que podem influenciar estes resultados. Os pacientes receberam implantes imediatos sendo as próteses instaladas com 3 a 4 meses após a cirurgia. Depois de um ano foram avaliados a oclusão e o tecido de suporte peri-implantar. Apenas 14,3% dos casos não apresentaram recessão gengival e também houve redução no tamanho das papilas. Os autores concluíram que são necessários mais estudos para avaliar a estabilidade da mucosa ao redor do implante imediatos.

MALO *et. al.*(2003) estudaram implantes com restauração imediata em áreas estéticas. As próteses foram instaladas imediatamente após a cirurgia, que seguiu os princípios de Brånemark e tiveram estabilidade primária satisfatória. Os pacientes receberam as próteses provisórias uma semana depois, contudo sem contato oclusal. Seis meses depois as próteses definitivas foram instaladas. Após um ano de acompanhamento, os autores afirmam que a instalação imediata de implantes em área estética é uma opção viável de tratamento, com perda óssea marginal média de 1,2mm, e percentual de sucesso acumulado de 96%.

HALL *et. al.* (2007) compararam os resultados estéticos de coroas sobre implantes convencionais e implantes imediatos instalados na região anterior da maxila. Os resultados em ambos os grupos foram considerados satisfatórios quanto à estabilidade e a estética. As papilas não sofreram recessão gengival em nenhum dos grupos. Foi concluído que durante um ano de acompanhamento não houve alterações nas coroas, nos implantes, na mucosa e nem nas papilas em nenhum dos grupos avaliados da pesquisa.

RIBEIRO *et al.* (2005) apresentaram um caso clínico de implante unitário com carga imediata. A unidade 22 da paciente, de 44 anos, apresentava fratura radicular. Esta foi removida e um implante medindo 16 x 3,5 mm foi instalado, seguido-se a provisionalização imediata. A coroa definitiva foi colocada após 4 meses da cirurgia e a paciente foi acompanhada por dois anos. Eles concluíram que cada caso deve ser analisado e selecionado criteriosamente e que esta técnica preserva a anatomia alveolar e altura da crista óssea, fatores considerados fundamentais para um bom resultado estético.

ANDRADE (2004) relatou um caso clínico de implante unitário no qual a paciente de 45 anos possuía a unidade 45 impactada pelas unidades 44 e 46. Numa mesma sessão clínica a unidade 45 foi extraída, o implante foi colocado e uma coroa de resina acrílica foi instalada sobre o implante. Fatores como estabilidade primária e comprimento do implante, dentre outras, indicam ou contra-indicam a técnica. Foi concluído que o sucesso da implantação com

carga imediata está diretamente relacionado a uma adequada seleção, planejamento e execução de cada caso.

MENEZES *et al.* (2001) apresentou um caso clínico em que o paciente teve extraída a unidade 53 por motivo de fratura e não possuía o germe correspondente. Após avaliações clínica e radiográfica foi indicado um implante com carga imediata. Doze horas depois da cirurgia a prótese foi instalada com torque de 32 Ncm e a mesma foi deixada em desocclusão para evitar instabilidade protética. Noventa dias após a cirurgia o paciente relatou satisfação estética e funcional. É possível concluir que apesar dos bons resultados obtidos, a técnica não pode ser aplicada em todos os casos e uma das particularidades observadas que tornou este caso viável foi a estabilidade primária satisfatória observada.

PEREIRA *et al.* (2006) fez uma revisão de literatura sobre carga imediata em implantes dentários. O autor afirma que a carga imediata reduz o tempo de tratamento e proporciona ao paciente satisfação psicológica e funcional. O carregamento imediato estaria relacionado com o embridamento mecânico do implante com o tecido ósseo antes da osseointegração. Mas a carga prematura sobre o implante também pode levar à formação de tecido fibroso na interface implante - osso. Essa complicação pode acontecer quando não são observados os critérios de indicação e seleção relacionados com o paciente e o sítio de implantação. A indicação da técnica esta voltada para pacientes com boa higiene bucal, oclusão favorável, com boa quantidade e qualidade do tecido ósseo, boa estabilidade primária e ausência de hábitos para-funcionais. O autor conclui que a indicação da carga imediata deve ser extremamente seletiva e criteriosa de modo a evitar os riscos e insucessos que resultarão em seqüelas locais e maior tempo de retratamento.

MULLER *et al.* (2004) relata um caso clínico de um paciente de 56 anos que apresentava ausência da unidade 12. O sítio de implantação era favorável no que concerne ao volume ósseo e tecidos moles. A coroa provisória foi colocada sobre o implante imediatamente após a cirurgia. O autor concluiu que a obtenção de estabilidade primária, osso de boa qualidade, implantes longos, prótese rígida e bem equilibrada são requisitos que regem o sucesso da

técnica de carregamento imediato, que se traduz em satisfação ao paciente com a rápida execução e menor tempo para conclusão do paciente.

YOO *et al.* (2006) avaliaram o volume de crista óssea e procuraram identificar os fatores de risco associados às taxas de perda óssea em implante submetidos a carga imediata. As alterações da crista óssea foram mensuradas em milímetros comparando as radiografias pós-operatórias e atuais de implantes instalados na maxila e na mandíbula. Os resultados mostraram perdas ósseas médias de 0,5 a 1,5mm. Observou-se perda óssea maior nos implantes instalados na mandíbula em relação aos da maxila, fato esse que poderia está relacionado com a maior densidade óssea da mandíbula e a possibilidade de maior aquecimento e necrose óssea.

QUIRYNEM *et al.* (2007) fez uma revisão de literatura sobre os resultados de implantes colocados no momento da extração. A instalação imediata reduz reabsorção do osso alveolar e o alvéolo serve para guiar as fresagens e a instalação do implante. Estudos mostraram que os resultados dos implantes colocados no momento da extração foram satisfatórios independente de serem submetidos a carga imediata ou não. A taxa insucesso foi muito pequena. O autor concluiu que a instalação de implantes após a extração é uma técnica viável, mas devem ser avaliados o grau de reabsorção óssea presente e o nível de inserção gengival antes da colocação do implante.

ROUCK *et al.* (2008) avaliou a taxa de sucesso, a resposta tecidual e os resultados estéticos após a instalação de implantes unitários na maxila anterior, submetidos a carga imediata, com um ano de seguimento. A taxa de sobrevivência foi 97%. A perda óssea média foi de 0,98mm na mesial e 0,78mm na distal e a recessão gengival foi de 0,53mm na vestibular e 0,41 e 0,31mm nas papilas mesial e distal, respectivamente. Os autores concluem que os resultados satisfatórios observados credencia à técnica como uma alternativa viável de tratamento para pacientes devidamente selecionados.

CASO CLÍNICO

A paciente A.T.G., gênero feminino, 45 anos, procurou o serviço de atendimento da Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes queixando-se de que sua prótese fixa unitaria da unidade 14, apresentou soltura da coroa total. Após 2 tentativas de cimentação desta, sem sucesso, o exame radiográfico foi realizado no qual pode ser confirmada a suspeita clínica de fratura radicular.

Diante do diagnóstico, foi proposto como tratamento, a instalação de implante após exodontia com restauração imediata. A escolha da opção deu-se em função das condições locais e sistêmicas favoráveis para adoção do protocolo. Como pode ser observado nas imagens intraorais e através da radiografia peripical (ver figura 1 e 2). Foi explicado à paciente o protocolo de tratamento, obtendo-se desta o consentimento para resolução do caso. No protocolo pré-operatório foram administrados 1g de amoxicilina (Amoxifar, Zambon®, São Paulo, Brasil), diclofenaco de sódio 50 mg (Voltaren, Novartis®, Basiléia, Suíça) e 10 mg diazepam (Valium, Roche®, São Paulo, Brasil) 1 hora antes da cirurgia.

Após anestesia infiltrativa, obtida com a administração de lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Lidocaína 100, DFL®, Jacarepaguá, Brasil) , exodontia atraumática da unidade 14 foi realizada com periótomos, de modo a preservar as paredes do alvéolo. Após a extração o alvéolo foi irrigado com soro fisiológico e curetado. Observou-se pequeno defeito na cortical vestibular, cerca de 3mm x 3mm que não contra-indicou a instalação imediata do implante. As osteotomias foram realizadas utilizando-se o protocolo cirúrgico para instalação de implantes cônicos, buscando-se otimizar a estabilidade primária. Após as fresagens, foi instalado um implante cônico de 4,3 x 10mm (Alvim CM, Neodent®, Curitiba, Brasil), com torque de inserção final de 45Ncm. O implante foi instalado abaixo da crista óssea cerca de 1,5mm. Enxerto ósseo de origem bovina (Bio-oss, Geistlich Pharmaceutical®, Wollhausen, Suíça) foi colocado no espaço entre o implante e as paredes alveolares, de modo a prevenir a recessão gengival. Em seguida um pilar protético (Munhão Universal CM (Neodent ®, Curitiba, Brasil) de 4,5 x 4 x 3,5 mm, foi assentado sobre o implante com torque de 20Ncm. A provisionalização da coroa foi conseguida com instalação de um “coping” de acrílico (Neodent ®, Curitiba, Brasil) sobre

o pilar, sendo este capturado com resina acrílica (Resina Acrílica Duraley, Polidental®, Cotia, São Paulo) a uma coroa provisória obtida através de desgaste interno de um dente de estoque (Dente Biotone, Dentsply®, Petrópolis, Rio de Janeiro). Após a captura o reembasamento, acabamento e polimento foram executados fora da boca da paciente. A cimentação provisória foi realizada com cimento de hidróxido de cálcio (Hydro C, Dentsply®, Petrópolis, Brasil). Após a remoção do excesso deste último, a sutura das papilas foi realizada com fio de nylon 5-0 (Fio de Sutura Nylon 5-0, Brasuture®, São Sebastião da Gramma, São Paulo). Ajuste oclusal foi realizado de modo a deixar a coroa em infra-oclusão, caracterizando a restauração provisória sem função. As medicações foram mantidas no pós-operatório pelo período de 5 dias (amoxicilina 500 mg (Amoxifar, Zambon®, São Paulo, Brasil) e o diclofenaco 50mg (Voltaren, Novartis®, Basileia, Suíça) de 8\8horas), acrescentando-se 500mg de paracetamol (Tylenol, Jassen-Cilag®, Curitiba, Brasil) quando necessário. Clorexidina 0,12% (Periogard, Colgate®, São Bernardo do Campo, São Paulo) foi prescrito como colutório pelo período de 8 dias, quando foram retirados os pontos. A radiografia pós-operatória foi realizada com 3 semanas, sendo feito ajuste oclusal, deixando contato oclusal mínimo nesta etapa. A coroa definitiva encontra-se em fase final de confecção. Ao final do tratamento a paciente demonstrou satisfação com o resultado, mesmo que ainda provisório. Observou-se a manutenção da arquitetura gengival, com ausência de mobilidade e inflamação dos tecidos peri-implantares.

DISCUSSÃO

No caso clínico relatado, observou-se, depois de seis meses de acompanhamento, que a arquitetura gengival foi mantida, sem recessões ou alterações na forma. Tal como descreve HALL *et. al.* (2007) que após um ano de acompanhamento com seu estudo comparativo, observou resultados

estéticos semelhantes nas coroas instaladas em implantes convencionais e implantes com restauração imediata. Entretanto GANELES (2008) afirma retração gengival da ordem de 0,5 a 1mm deve ser considerada com previsível e não significativa.

Diferentemente, EVANS *et. al.* (2008) avaliaram resultados estéticos em implantes imediatos e constatou que apenas 14,3% dos casos não apresentaram recessão gengival nem alteração no tamanho das papilas. Os autores concluíram que são necessários mais estudos para avaliar a estabilidade da mucosa.

ROUCK *et. al.* (2008) também avaliou a resposta dos tecidos moles em implantes imediatos, encontrando também altas taxas de recessão gengival e alteração no tamanho das papilas. Mas mesmo assim, os autores consideraram as alterações nas papilas e recessões gengivais pequenas e os resultados satisfatórios, sendo uma alternativa viável de tratamento para pacientes específicos.

Segundo MORTON (2008) os implantes com restauração imediata são aqueles em que a coroa protética é instalada em até 48 após a colocação do implante, sem contato oclusal. No caso clínico relatado, o mesmo conceito foi utilizado, sendo instalada a coroa protética provisória, deixando-a fora de oclusão, de forma a reduzir a possibilidade de insucesso do caso. Além do mais, a oclusão equilibrada da paciente, favoreceu a estabilidade do provisório, conferindo ainda alguma proteção ao mesmo. PEÑARROCHA *et. al.* (2008) também propuseram a técnica de implantes imediatos sem contato oclusal para que ocorra o processo de osseointegração e concluíram que a técnica reduz o risco de complicações.

Malo *et al.* (2003) observaram perda óssea marginal de 1.2mm e percentual de sucesso de 96% de sucesso para implantes instalados em áreas estéticas, em situação de restauração imediata. A estabilidade dos tecidos moles observada no caso relatado, está relacionada com a instalação do implante após a extração, que ajudou a prevenir a reabsorção do osso alveolar, ainda que por pouco tempo de observação. Além desse fato, enxerto ósseo foi utilizado para dar suporte à gengiva marginal e às papilas, que

juntamente com o munhão protético e a coroa provisória também ajudou a manter o suporte dos tecidos moles. Em relação ao pilar protético observou-se a manutenção da crista óssea peri-implantar, com a presença de osso sobre a plataforma do implante. Fato não descrito no artigo anteriormente citado. Tal fato se deve ao tipo de implante utilizado, já que o implante com junção Morse permite um melhor vedamento entre o componente protético e o implante, reduzindo o infiltrado inflamatório. Além desse fato, o conceito de mudança de plataforma afasta a interface pilar-implante do osso circunjacente, contribuindo também para a manutenção do osso.

HALL *et. al.* (2007) e MENEZES *et. al.* (2001) observaram resultados estéticos satisfatórios em implantes imediatos, instalados em áreas estéticas.

PEÑARROCHA *et. al.* (2008) descreveram a técnica de implantes imediatos em incisivos laterais sem contato oclusal. Afirmam que nos casos de extração, uma boa estabilidade primária pode ser adquirida quando é utilizado um implante de maior que o diâmetro. O implante utilizado no caso clínico tinha forma cônica e o diâmetro era de 4,3mm, suficiente para garantir contato ósseo adequado com as paredes alveolares e obter estabilidade primária acima de 45Ncm.

PEREIRA *et. al.* (2006) ,RIBEIRO *et. al.* (2005) MENEZES *et. al.* (2001) também enfatizam a necessidade da obtenção da estabilidade primária para indicar o carregamento ou restauração imediatas.

Nas radiografias de controle do caso clínico foi possível observar que o processo de osseointegração aconteceu de forma satisfatória, assim como no estudo de EVANS *et. al.* (2008) que observaram resultados estéticos satisfatórios com implantes imediatos, obtendo sucesso em 100% dos casos imediatos.

Mas MULLER *et. al.* (2004) defende que a carga imediata apresenta maior risco de insucesso quando instalada sobre implantes imediatos, em comparação com áreas cicatrizadas. Colaborando com eles, QUIRYNEN *et. al.* (2007) observaram pequena taxa de insucesso com os implantes imediatos.

Para Rocha (2009) a instalação de implantes imediatamente após a exodontia requer avaliação cuidadosa do alvéolo dentário, já que mesmo em alvéolos preservados, o suprimento sanguíneo interrompido do ligamento periodontal, vai contribuir para o processo de reabsorção óssea, principalmente da cortical externa da maxila. Assim, justifica-se a utilização de recursos terapêuticos auxiliares como os enxertos de tecidos duros e moles, bem como a coroa provisória devidamente preparada, de modo a fornecer suporte aos tecidos moles. Além desse fato, deve-se utilizar sistemas de implantes que minimizem o processo de reabsorção a nível da cabeça do implante, de modo a manter o volume de tecidos duros que darão suporte aos tecidos moles (gengiva e papilas).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a revista da literatura realizada e o caso clínico apresentado concluiu-se que:

A seleção do paciente é fundamental para obtenção de resultado favorável;

A estabilidade primária deve ser suficiente para garantir a imobilização do implante;

A técnica apresentada é viável e mostrou resultados satisfatórios do ponto de vista estético e funcional e deve ser executada por profissionais com ampla experiência.

SOBRE OS AUTORES:

Aline Conceição Viana de Souza é graduanda em Odontologia pela Universidade Tiradentes. Email: alinec.viana@yahoo.com.br. Raimundo Silva Rocha é mestre em Patologia Oral pela Universidade Federal do Rio Grande

do Norte, professor responsável pela disciplina de Estágio Supervisionado II e professor adjunto na disciplina de Cirurgia Oral da Universidade Tiradentes e orientador do presente artigo. Email: rocha.raimundo@uol.com.br.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PEÑARROCHA, M.; LAMAS, J.; PENARROCHA, M. Immediate maxillary lateral incisor implants nonocclusal loading provisional crowns. **Journal of prosthodontics**, Valencia, v.17, p.55-59, 2008.

2. EVANS, CDJ; CHEN, ST. Esthetic outcomes of immediate implant placements. **Clin. Oral. Impl. Res.** 19, 73-80, 2008.

3. MALO, P.; FRIBERG B. Immediate and early function of Branemark System Implants Placed in the Esthetic Zone: A one year prospective clinical multicenter study. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, Lisboa, v. 5, p 37-47, 2003

4. HALL, J. A. G. et. al. Immediately restored, single tapered implants in the anterior maxilla: prosthodontic and aesthetic outcomes after one year. **Clinical implant dentistry and related research**, queen-stown, v.9, p34-44, 2007.

5. RIBEIRO, G.; SCHNEIDER, L.; LIMA, P.; KRAUSE, R.; SMIDT, R. Carga imediata sobre implante unitário imediato-relato de caso clínico. **Stomatos**, Canoas, v.11, p.51-57, n.20, 2005.

6. ANDRADE, P. C. Carga imediata em implante unitário-relato de um caso. Belo Horizonte, MG, 2004. 8f. Tese (mestrado em implantodontia). São Leopoldo Mandic, SLMandic.

7. MENEZES, H. H. M.; MAGALHÃES, D.; LENHARO, A. Implante unitário com carga imediata – relato de caso clínico. **Biosci**, v 17, n 1, p. 115 – 126, jun, 2001.

8.PEREIRA, A. P. C. F.; CUNHA, A. Carga imediata em implantes dentários: revisão de literatura. X encontro latino de iniciação científica e VI encontro latino americano de pós-graduação universidade do vale do Paraíba, p.649 – 652, 2006.

9.MULLER, A.; SILVA, A.; SCHMIDT, L. Implante unitário submetido à carga imediata, **RGO**, v.52, p. 27-42, jan/fev/mar, 2004.

10.YOO, R. H.; ERAKAT, M.; WEED, M.; DODSON, T. Changes in crestal bone levels for immediately loaded implants. **The international journal of oral & maxillofacial implants**, v 21, n 2, p 253-262, 2006.

11.QUIRYNEN, M.; ASSCHE, N.; BOTTICELLE, D.; BERGLUNDH, T. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome. **The international journal of oral & maxillofacial implants**, v 2, supplement, p 203 – 227, 2007.

12.ROUCK, T.; COLLYS, K.; COSYN, J. Immediate single-tooth implants in the anterior maxilla: a 1-year case cohort study on hard and soft tissue response. **J Clin Periodontol** ; 35: 649–657,2008.

13.MORTON D., GANELES J. **TIT treatment guide: loading protocols in implant dentistry**, Quintessence Publishing Co. Berlin, 2008. 168p.

14. ROCHA, R.S. **Opinião pessoal**, baseada em 12 anos de prática em Implantodontia.

ANEXOS



Fig.1- Vista intra-oral da unidade 14



Fig 2.- Radiografia periapical de diagnóstico mostrando a fratura radicular da unidade 14



Fig. 2- Exodontia traumática com periótomo

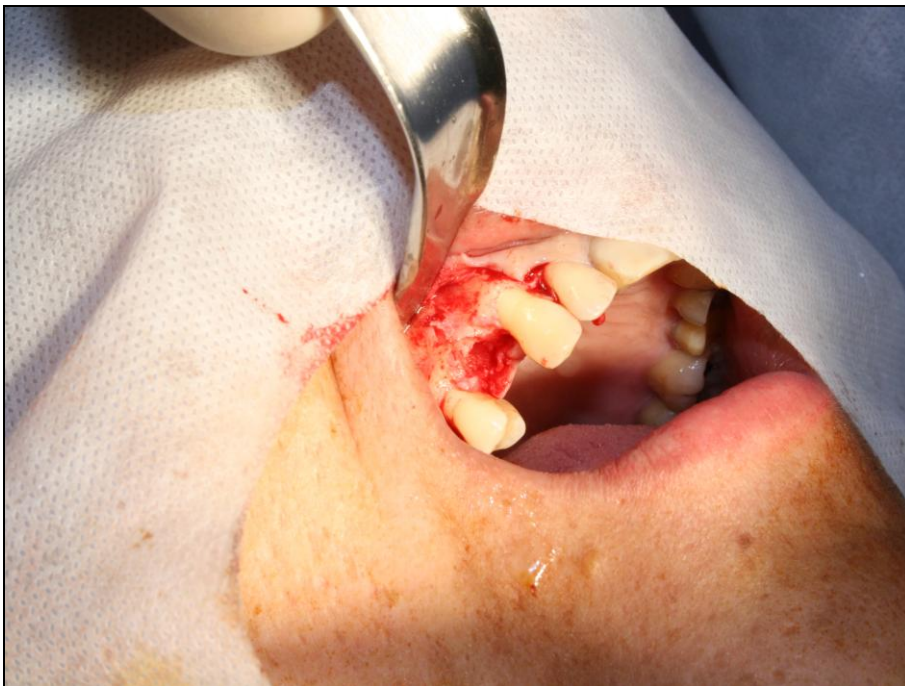


Fig. 3- Area cirúrgica após a exodontia traumática

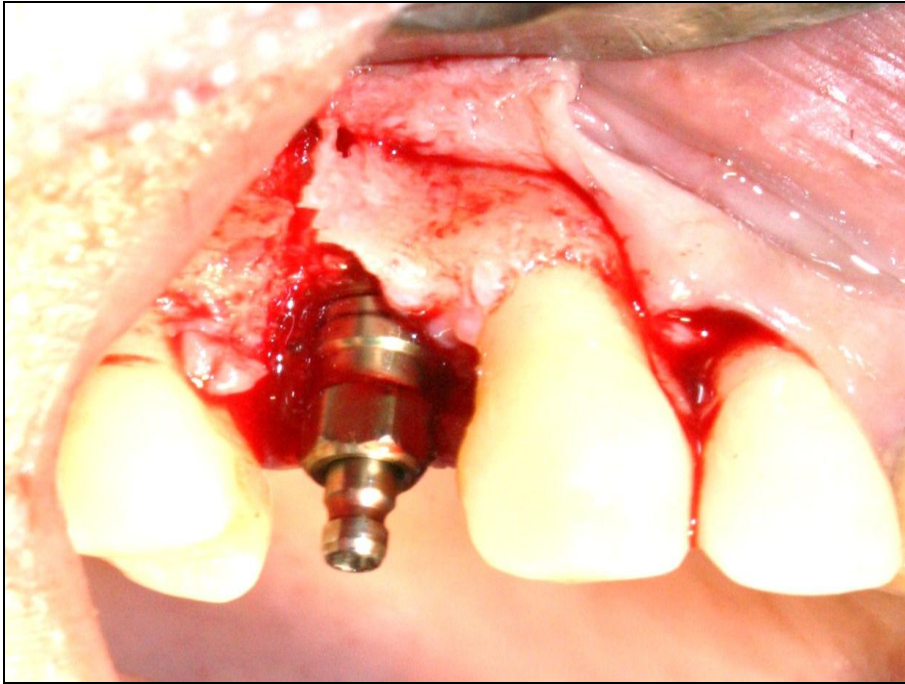


Fig. 4- Implante Alvim CM instalado 2mm abaixo da crista óssea

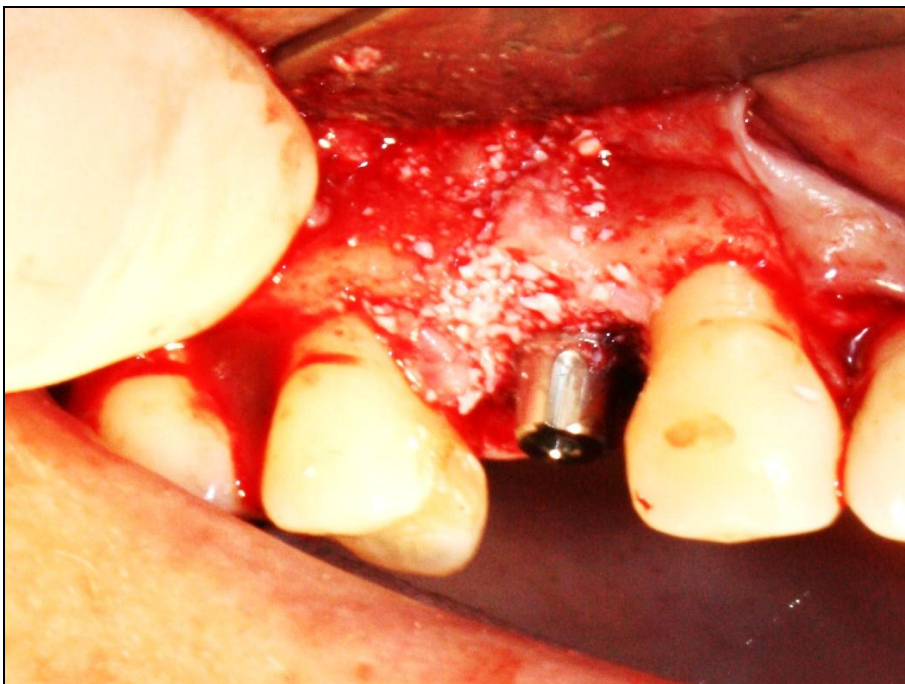


Fig. 5- Enxerto ósseo interposto entre o implante e o Munhão Universal de 4,5x 4x2,5mm.



Fig. 6- Provisório em infra-oclusão e sutura.



Fig. 7- Aspecto intra-oral com 21 dias.



Fig. 8- Aspecto intra-oral da coroa com reanatomização após 6 meses

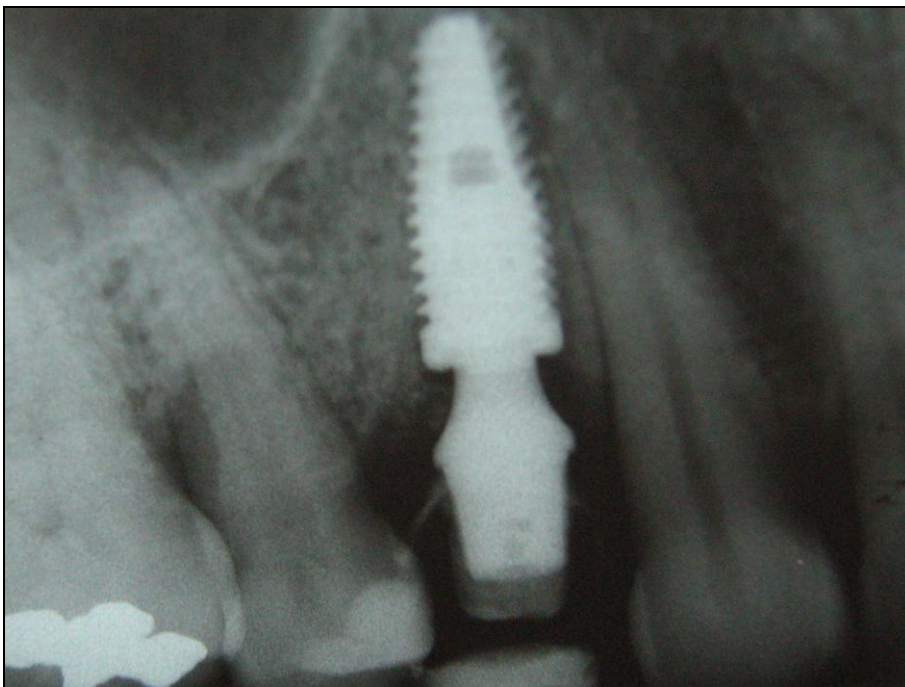


Fig. 9- Radiografia periapical após 6 meses mostrando manutenção de 2 mm de crista óssea sobre a cabeça do implante

Universidade Tiradentes – UNIT
Curso de Odontologia
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Adriani Terra Giambate Santos, RG. 299642 SSP-SE,
abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em apresentação de caso clínico, na
condição de sujeito e objeto do caso clínico, que fui devidamente esclarecido do Trabalho de
Conclusão de Curso intitulado: Implante de Restauração Imediata Após Extração –
Apresentação de Caso Clínico desenvolvido pela acadêmica Aline Conceição Viana de Souza e
pelo orientador Raimundo Silva Rocha do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes
UNIT, quanto aos seguintes aspectos:

Autorizo a utilização de dados clínicos presentes no prontuário odontológico, fotografias e
radiografias referentes ao caso clínico em questão.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Objeto da Pesquisa (NOME): Adriani Terra Giambate Santos
RG: 299642 SSP-SE Data de nascimento: 08/02/1963 Sexo: M() F(X)
Endereço: Cord. Estrela do Mar Edif. Covários nº: 700 Apto: 203
Bairro: Atalaia Cidade: Aracaju CEP: 49.037-000
Tel: 3343-3669

Aracaju, 14 de maio de 2009

Adriani Terra Giambate Santos
Assinatura do Declarante

Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela paciente

