

ALINE RODRIGUES MOTA

**PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA APÓS INSTALAÇÃO DE
IMPLANTE IMEDIATO EM ÁREA ESTÉTICA – *REVISÃO DE
LITERATURA***

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2018

Aline Rodrigues Mota

**PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA APÓS INSTALAÇÃO DE
IMPLANTE IMEDIATO EM ÁREA ESTÉTICA – *REVISÃO DE
LITERATURA***

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Prótese Dentária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Lemos de Souza

Belo Horizonte

2018

Ficha Catalográfica

M917 Mota, Aline Rodrigues.
2018 Provisionalização imediata após instalação de implante
MP imediato em área estética: revisão de literatura / Aline
Rodrigues Mota. -- 2018.

31 f. : il.

Orientador: Eduardo Lemos de Souza.

Monografia (Especialização) -- Universidade Federal de
Minas Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. implantação dentária . 2. Prótese dentária fixada por
implante. 3. Estética dentária. 4. Implantes dentários para
um único dente . 5. Reabilitação bucal. I. Souza, Eduardo
Lemos de. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. III. Título.

BLACK - D74

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela fé e força para concluir mais essa jornada em minha vida; aos meus familiares, em especial à minha mãe Rosângela, pelo incentivo, apoio e por estar sempre presente; aos professores Marcos Dias Lanza, Rômulo Hissa, Eduardo Lemos, Marcos Daniel Lanza e Wellington Rocha pelos ensinamentos teóricos, orientações na clínica e na Monografia; aos meus colegas de curso pela amizade e pela companhia nos lanches da tarde; ao Zé Carlos pela ajuda, amizade e companhia na clínica e à Maria José pela confiança no meu trabalho.

RESUMO

A técnica do implante imediato juntamente com a coroa provisória imediata tornou-se uma opção bastante segura para a reabilitação oral. Possui vantagens de manter a arquitetura gengival periimplantar; reduzir o tempo e custo de trabalho, pois reduz os procedimentos cirúrgicos e reduzir a perda em altura e largura do osso alveolar. Entretanto, existe uma divergência sobre essas vantagens com um estudo realizado sobre cães, que demonstrou que a técnica de implante imediato não foi capaz de impedir a remodelação óssea após a exodontia. A coroa provisória imediata favorece a manutenção dos tecidos duro e mole da região e tem o papel de vedar o tecido duro que recebeu o implante, formando uma barreira benéfica ao sucesso dos casos. As presentes imagens ilustram a resolução de um único dente perdido na região da maxila anterior (dente 21), através de implante imediato pós-exodontia sem retalho e estética imediata através de coroa provisória imediata. Concluiu-se que o biótipo gengival tem grande influência na estética no tratamento com implantes, sendo o mais fino com maior susceptibilidade a recessão gengival; o uso de restaurações provisórias é importante durante reabilitações orais com implantes, pois além de devolver a função de mastigação, fonética e estética do paciente, também colaboram com a saúde e manutenção dos tecidos periodontais; a técnica do implante imediato à extração dentária é bastante viável e vantajosa, desde que bem planejada e cuidadosamente executada e o uso de coroa provisória imediatamente após a instalação de implante imediato proporciona bem-estar psicológico, representando uma solução reabilitadora para a perda de dente unitário anterior.

Palavras-chave: Prótese Dentária Fixada por Implante. Estética Dentária. Implantes Dentários para Um Único Dente. Fenótipo Periodontal.

ABSTRACT

Immediate Provisionalization After Installation Of Immediate Implant In Aesthetic Area - Literature Review

The immediate implant technique along with the immediate provisional crown has become a fairly safe option for oral rehabilitation. It has advantages of maintaining the gingival architecture periimplantar; reduce the time and cost of labor as it reduces surgical procedures and reduces loss of height and width of the alveolar bone. However, there is a disagreement about these advantages with a study on dogs, which demonstrated that the immediate implant technique was not able to prevent bone remodeling after the exodontia. The temporary provisional crown favors the maintenance of the hard and soft tissues of the region and has the role of sealing the hard tissue that received the implant, forming a beneficial barrier to the success of the cases. The present case report describes the resolution of a single missing tooth in the region of the anterior maxilla (tooth 21), through immediate post-exodontic implant without flap and immediate aesthetic through immediate provisional crown. It was concluded that the gingival biotype has a great influence on aesthetics in the treatment with implants, being the finest one with greater susceptibility to gingival recession; the use of temporary restorations is important during oral rehabilitations with implants, since in addition to returning the chewing, phonetic and aesthetic function of the patient, they also collaborate with the health and maintenance of the periodontal tissues; the technique of immediate implant to dental extraction is quite feasible and advantageous, since well planned and carefully executed and the use of temporary crown immediately after the installation of immediate implant provides psychological well-being, representing a rehabilitative solution for the loss of tooth unit previous.

Keywords: Implant Fixed Prosthesis. Aesthetic Dentistry. Single Tooth Dental Implants. Periodontal Phenotype.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	9
3 METODOLOGIA.....	10
4 REVISÃO DE LITERATURA	11
5 DISCUSSÃO	18
6 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

A implantodontia possibilitou a melhora da estética e da função mastigatória nos casos de edentulismo total e parcial apresentando-se como uma opção segura para a reabilitação oral (SCHROPP et al., 2003).

Em 1969, Branemark introduziu o conceito de osseointegração e estabeleceu que os implantes deveriam ser realizados em dois estágios cirúrgicos: colocação do implante pósexodontia, sendo aguardado um tempo de 4 a 6 meses entre os dois procedimentos. Este espaço de tempo pode determinar o emprego de alguns tipos de restaurações provisórias tais como removíveis ou adesivas que nem sempre cumprem adequadamente sua função durante o período de cicatrização.

Atualmente é comum aguardar de 2 a 3 meses para a remodelação da crista alveolar após a exodontia e 3 a 6 meses de cicatrização sem carga para a osseointegração do implante, o que acarreta em uma sequência de cirurgias que pode ocasionar perdas e danos teciduais significativos (QUIRYNEN et al., 2007). Quando trabalhamos em duas etapas geralmente necessitamos de enxertos gengivais na área estética para gerarmos um resultado satisfatório. A busca por uma solução à exodontia propicia ao cirurgião dentista a oportunidade de decidir qual o melhor momento para a instalação do implante. Esta decisão é fundamental, uma vez que tem uma influência significativa no resultado do tratamento (CHEN et. al., 2009).

Os primeiros 6 meses após a exodontia são críticos, pois neste período as remodelações ósseas do alvéolo são evidentes, seja em direção vertical ou horizontal. O processo alveolar é um tecido dento-dependente, que se desenvolve durante a erupção dentária e o seu volume, sua forma e posicionamento são determinados pelos dentes. Consequentemente a remoção dos dentes afeta o processo alveolar tornando-o atrofico. (ARAÚJO et. al., 2005). Essa reabsorção é mais evidente na tábua óssea vestibular (Ramfjord; Costich, 1968).

Na presença do dente, os tecidos são vascularizados através do ligamento periodontal, periósteo e tecido ósseo. Quando o dente é removido,

perde-se o ligamento periodontal como fonte de suprimento sanguíneo, levando à reabsorção óssea nos estágios iniciais (Pennel, et. al., 1967).

A colocação de implantes imediatamente após a exodontia é um protocolo cirúrgico para reabilitações orais (VIGNOLETTI et al., 2009). A argumentação de muitos autores para a instalação imediata dos implantes sugere que tal procedimento minimiza a reabsorção óssea e assim por consequência conserva a arquitetura gengival, proporcionando próteses mais adequadas. Esta técnica é considerada como um procedimento previsível e aceitável, que proporciona além de outras coisas, uma redução no tempo total do tratamento, sendo uma vantagem em relação ao protocolo convencional (Polizzietal 2000).

Entende-se por implante imediato a colocação de implantes unitários ou múltiplos logo após exodontia dentária utilizando o próprio alvéolo dental (SCHULTE, et. al., 1978). Também possibilita a colocação de uma restauração provisória imediata desde que haja uma estabilidade inicial adequada (Bianchini, 2008).

A implantodontia inicialmente preocupava-se em obter a estabilização do implante no osso alveolar remanescente, pouco observando o posicionamento da futura prótese. Com o tempo, os clínicos aprenderam que a instalação de implantes em rebordos alveolares reabsorvidos poderia muitas vezes resultar em próteses não aceitáveis sob o ponto de vista estético (MECALL; ROSENFELD, 1991). Nos últimos tempos, o sucesso clínico de uma reabilitação com implantes tem a ver não só com a osseointegração, mas também com a estabilidade da estética e função em longo prazo.

A instalação imediata do implante poderá favorecer a confecção e o resultado estético final da prótese implantossuportada, uma vez que o implante imediato é instalado na mesma posição e com inclinação parecida com a do dente natural (LAZZARA, 1989).

O implante imediato foi sugerido com o intuito inicial de aproveitar a arquitetura óssea para facilitar a colocação do implante, eliminando a segunda etapa cirúrgica através de colocação de componentes imediatos e conseqüentemente redução do tempo de trabalho, otimizando a estética e função desde o começo, na primeira cirurgia (SHULTE, et al., 1978).

A técnica de extração dentária e instalação de implantes imediatos com provisórios torna-se previsível quando há um bom planejamento do caso e realização da mesma, respeitando os princípios biológicos e observando a estabilidade do tecido ósseo e gengival. O diagnóstico correto e o plano de tratamento são fatores fundamentais para o sucesso na instalação de implantes e da restauração imediatamente após a exodontia. Exames complementares são sempre uma opção para melhor balizar o procedimento. (BECKER & GOLDSTEIN, 2000).

O papel do provisório é de extrema importância para a manutenção da estética periimplantar, podendo optar por uma carga funcional ou não funcional dependendo da situação (Szmukler-Moncler, et. al., 2000).

Prótese sobre Implante tem sido uma alternativa de tratamento bastante utilizada por cirurgiões-dentistas nos últimos tempos. Essa monografia tem o objetivo de fazer uma revisão de literatura sobre implante e coroa provisória imediatos, destacando principalmente a importância da coroa provisória nesse tipo de tratamento e mostrar que é uma técnica considerável desde que respeitados os princípios de utilização da mesma.

2 OBJETIVOS

Com o avanço da Odontologia, percebemos que o uso de Próteses sobre Implantes como alternativa de tratamento aumentou consideravelmente. Sendo assim, objetivou-se com este estudo revisar a literatura e ilustrar com imagens um paciente em que foi utilizada a técnica do Implante Imediato seguida de uma Coroa Provisória Imediata e especificamente visar informar aos cirurgiões-dentistas que essa é uma das técnicas viáveis para confecção de Próteses sobre Implantes, desde que bem orientada.

3 METODOLOGIA

Utilizou-se as bases de dados Lilacs e PubMed com as palavras-chave: Implante Dentário, Prótese Dentária Fixada por Implante, Estética Dentária, Implantes Dentários para Um Único Dente e Fenótipo Periodontal, sendo que a maioria são palavras DeCs, para a realização da Monografia: “PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA APÓS INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATOEM ÁREA ESTÉTICA – REVISÃO DE LITERATURA”.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Após uma exodontia dentária de um ou mais dentes, podemos observar uma característica comum que se inicia, que é a reabsorção alveolar. Nos 3 primeiros meses de cicatrização, perde-se 2/3 desse osso e após 6 meses perde-se 40% em altura e 60% em largura no processo de remodelação (PASSONI, et. al. 2015), Esse fato acaba afetando também, os tecidos moles subjacentes (MALAVASI, et. al, 2015).

Devido a essa característica, é favorável a colocação de implantes logo após a extração dentária (Schropp, et al. 2003).

O implante imediato colocado em posição ideal, com preenchimento adequado do gap com biomaterial e sem elevação de retalho, permite minimizar essa remodelação e a provisionalização imediata ajudará a manter o contorno do tecido mole durante o período de osseointegração (MALAVASI, et. al, 2015).

Algumas evidências científicas demonstram que a implantação imediata preserva a anatomia alveolar e ajuda a manter a altura das cristas ósseas (Dennisenet al., 2001; Truninger et al., 2010).

Após experimentos com 163 implantes imediatos associados a restaurações provisórias, autores concluíram que a colocação imediata dos implantes em alvéolo fresco apresentou vantagens de preservação da altura e espessura do rebordo alveolar assim como diminuição do tempo de tratamento (Covani, et. al., 2004).

Por isso, as razões de utilizar a técnica de implante imediato são a de redução do tempo e custo de trabalho, pois reduz os procedimentos cirúrgicos; redução da perda em altura e largura do osso alveolar; manutenção dos tecidos moles e resultados estéticos imediatos com perfis de emergência, contornos gengivais adequados e manutenção da altura da papila pelo uso de restaurações provisórias (ZANI, et al., 2011; MAZARO, et. al., 2013).

Entretanto, em estudos comparativos feitos em animais com colocação de implantes imediatos e implantes após cicatrização, observou-se nitidamente a ocorrência de remodelação tecidual e principalmente da parede óssea vestibular em ambos os casos. Os resultados foram semelhantes quanto à reabsorção óssea, comprovando que a colocação dos implantes imediatos não

foi capaz de impedir a remodelação óssea após a exodontia (ARAÚJO, et. al. 2005).

Apesar de apresentar grandes vantagens, salienta-se que a colocação de implantes imediatos em alvéolos com história de doença periodontal, poderá predispor o surgimento de infecções, podendo não ocorrer uma adequada osseointegração (Esposito. et. al. 2007).

A literatura tem mostrado que o diagnóstico e plano de tratamento são fatores determinantes para um resultado estético periimplantar satisfatório (OLIVEIRA, et. al., 2008).

Todo o planejamento e estratégia do tratamento para reconstruções dentárias protéticas sobre implantes nas regiões anteriores devem ter como um dos objetivos básicos o respeito ao resultado estético final. Nesse aspecto, o padrão e a qualidade da mucosa gengival devem ser encarados como participantes fundamentais na obtenção de um cenário harmônico, suave e adaptado ao paciente. Aqui, nesse contexto, podemos definir dois padrões objetivos para essa avaliação: a linha do sorriso e a qualidade da gengiva e das papilas dos dentes adjacentes (JUODZBALYS & WANG, 2010).

Durante o planejamento do caso, primeiramente devemos observar o motivo da extração (OLIVEIRA, et. al., 2008): Dentes com doença periodontal avançada, cáries avançadas abaixo da margem gengival, dentes com falhas irreversíveis no tratamento endodôntico e fraturas radiculares, são indicações para a exodontia e posterior uso de implantes imediatos e provisionalização (OLIVEIRA, et. al., 2008; ZANI, et. al., 2011).

Dentes com infecção periapical extensa ou supuração, para alguns autores, não é indicada a técnica. Porém, para outros autores, mesmo em sítios infectados cronicamente, a instalação imediata de implantes obteve resultados bastante satisfatórios (ZANI, et. al. 2011).

Também devemos observar a posição relativa do dente, a forma e biotipo do periodonto, forma do dente e a posição da crista óssea (KOIS, 2004).

A quantidade e qualidade da gengiva interferem no sucesso estético da implantação imediata dos implantes, pois se forem insuficientes pode gerar possíveis retrações gengivais (Garber e Salama, 1995).

Pacientes com biótipo periodontal fino, é aconselhável o aumento tecidual juntamente com a implantação para que não corra risco de reabsorção

da parede vestibular (Chen, Wilson e Hammerle, 2004). Se a parede óssea vestibular estiver perdida no ato da extração, não está indicada a colocação de implantes imediatos.

Quanto mais espessa e fibrosa for a gengiva, melhor será o resultado estético. Uma gengiva muito fina tem menos chances de ser manipulada e nem sempre permite a dissimulação das partes metálicas do implante e do pilar. Além disso, o risco de recessão é relevante. Uma boa altura de gengiva queratinizada é igualmente necessária não só para a integridade dos tecidos periimplantares, mas também para um melhor resultado estético (GRUNDER, 2000).

Durante a cirurgia, o profissional deverá se atentar à correta instalação dos implantes em sua posição tridimensional, estabelecimento da estabilidade primária e cuidado com os tecidos circunvizinhos ao alvéolo fresco (NUNES, et. al., 2014).

As exodontias de dentes anteriores são sugeridas por alguns autores, a serem realizadas sem retalhos para a manutenção da tábua óssea vestibular, que é mais fina nessas regiões (Espósito et. al. 2010; Lyndon et. al. 2010). Além disto, o emprego de técnicas cirúrgicas sem que evitem incisões e descolamento das papilas está associado a um menor padrão de perda óssea (Gomez-Roman G., 2001).

Também é sugerido o uso do periótomo como instrumento de remoção do dente (Motta, et. al., 2005).

Para o sucesso da osseointegração, é necessária a redução ou controle dos micromovimentos dos implantes imediatos após a instalação (Albrektsson et al., 1986; Tarnow et al., 1997).

A necessidade da instalação do pilar protético definitivo no momento da instalação do implante é um assunto questionável. É sabido que as repetidas conexões e desconexões de pilares protéticos podem levar a recessão marginal e reabsorção óssea em cães. O rompimento do epitélio juncional do espaço biológico periimplantar pela retirada e nova instalação dos pilares, pode levar o estabelecimento do novo espaço biológico em nível do implante, com consequente reabsorção óssea (Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J., 1997).

No entanto, em humanos há indícios que duas desconexões não afetam o selamento mucoso peri-implantar (Funato A, et al. 2007).

Desta forma, uma alternativa bastante viável é a instalação de uma restauração provisória aparafusada no ato da cirurgia, com uma desconexão após 3 meses para a etapa de moldagem e outra para a instalação do pilar associado à cimentação da restauração definitiva.

As complicações mais comuns são o mau posicionamento dos implantes nos sentidos vestibulo-lingual e apical; e lesões de raízes adjacentes. Como a perda óssea vestibular é freqüente, observa-se uma tendência em colocar o implante mais vestibularizado e mais submerso no osso (Querido e Fan, 2004).

A recessão gengival vestibular é comum de ser esperada com a instalação imediata de implantes, mesmo combinados com enxertos ósseos ou substitutos de osso e ocorre logo após a restauração dos implantes (Chen et. al., 2009).

A forma final da papila é independente do tempo de colocação dos implantes após a extração dentária, de acordo com algumas evidências (CHEN et al., 2009). Entretanto, para outros autores, implantes imediatos deixam as papilas intactas, não havendo diminuição tecidual (Lyndon, et. al. 2010).

A taxa de sucesso dos implantes imediatos se assemelha a dos implantes convencionais, com 6 meses de cicatrização (PRIMO, et. al. 2011). De acordo com um estudo realizado com acompanhamento de pacientes por 16 anos, a taxa de sobrevivência nos implantes colocados imediatamente pós-extração dentária foi de 96% (ZANI, et. al., 2011).

O paciente deverá ter um cuidado especial com a área em torno do implante, principalmente nos primeiros meses de cirurgia, para evitar o risco de infecções e certificar que o implante não será exposto a forças e pressões excessivas.

A harmonia gengival é um elemento importante na estética do sorriso. Para alcançar essa harmonia, dependem de vários fatores como a quantidade, qualidade, saúde, simetria e equilíbrio do tecido mole residual (Quesada, et. al, 2014).

Ao longo do tempo, algumas pesquisas demonstraram que o uso de coroas provisórias imediatas favorece a manutenção dos tecidos duro e mole da região (Worhle, 1998) e também tem o papel de vedar o tecido duro que recebeu o implante, formando uma barreira benéfica ao sucesso dos casos.

Quando são confeccionadas previamente no modelo, promove um bom relacionamento com o tecido gengival e também promove uma transferência fiel da posição do dente (Quesada, et. al., 2014).

Uma das condutas clínicas mais simples e satisfatórias de ser realizada para manutenção/formação da papila interdental é por compressão suave. A pressão gradual baseia-se na utilização da coroa provisória, feita de resina acrílica, para conseguir o condicionamento gengival. Essa coroa irá modelar o tecido gengival, obtendo uma correta relação entre gengiva e prótese, promovendo acesso para higienização e garantindo estética (QUESADA, et. al., 2014).

O principal fator para se obter sucesso no condicionamento gengival é a higienização do paciente. Caso o paciente não higienize de forma correta, o processo de inflamação se instala no local e perde-se o controle sobre o direcionamento gengival (QUESADA, et. al. 2014).

Se a estabilidade dos implantes for satisfatória, realiza-se a moldagem da cabeça dos implantes ou abutments para a confecção da coroa provisória imediata.

O provisório imediato é utilizado para melhorar a morfologia dos tecidos moles além de aumentar a aceitação do paciente ao tratamento. Cuidados devem ser tomados para evitar qualquer contato oclusal sobre o implante, durante os primeiros seis meses após a sua colocação. A utilização da restauração provisória para melhorar a qualidade do tecido mole na interface implante-coroa tem sido avaliada na literatura. O provisório imediato tem sido proposto para fornecer suporte aos tecidos moles após a colocação imediata de implantes em áreas estéticas. Se a estabilidade dos implantes é satisfatória, é possível realizar a moldagem sobre a cabeça do implante ou abutment durante a cirurgia a fim de se colocar uma prótese provisória imediata. Neste caso, a adaptação dos tecidos mucosos é mais precisa (JEMT, 1999).

Após a sua instalação, deverá permanecer em infra-oclusão durante a cicatrização para evitar micromovimentos maiores que 150 micrômetros, a fim de evitar interferência no processo de ossointegração (QUESADA, et. al. 2014).

Os efeitos biomecânicos da restauração provisória devem ser controlados pela limitação e distribuição de contato oclusal com a remoção de todos os contatos excursivos das restaurações provisórias. As restaurações

temporárias devem permanecer no lugar durante todo o processo de reparo de tecidos moles e osso, a fim de que ocorra boa adaptação dos tecidos (MORTON et. al, 2004).

O resultado estético dependerá da forma da prótese implantossuportada, da qualidade e quantidade de gengiva periimplantar, do limite cervical e do perfil de emergência.

Perfil de emergência é definido como sendo o contorno de um dente ou uma coroa de um dente natural ou de um pilar de um implante e a sua relação com os tecidos adjacentes (Prosthodonticterms, 2017).

O perfil de emergência adequado é fundamental na configuração do tecido periimplantar (PASSONI, et. al. 2015) e de grande importância durante a fase provisória, pois pode ser modificado e avaliado antes da confecção da prótese definitiva. Também tem influência na higienização, saúde gengival e estética do paciente.

Na zona de estética, o perfil de emergência de implantes dentários deve imitar os dentes naturais. Para conseguir isto, algum grau de alteração de tecido mole muitas vezes se torna necessário. O desenvolvimento de um perfil de emergência dos tecidos moles na fase provisória é de grande importância, podendo ser avaliado e modificado antes da confecção da prótese definitiva. Sem forma adequada, tamanho e localização do implante que emerge do tecido mole, o resultado estético final será comprometido. Mesmo uma grande seleção de pilares pode não fornecer o contorno necessário para uma situação esteticamente exigente (NEALE & CHEE, 1994; SCHINCAGLIA & NOWZARI, 2001).

Os principais benefícios da confecção da coroa provisória imediata são: necessidade de apenas um procedimento cirúrgico; melhor resposta do tecido mole com a coroa, pois será moldado através dela melhorando também a estética e evitar o uso de próteses temporárias ou a falta dentária, reduzindo impactos negativos psicologicamente e fisicamente. Também visa criar pseudo-papilas, reconstruir o arco côncavo gengival e eliminar “buracos negros” (Jacques et al., 1999; Liu, 2004; Orsini et al., 2006 e Guruprasada, 2012).

E as principais limitações de se confeccionar uma prótese imediata são: técnica muito precisa no qual é preciso que o cirurgião-dentista haja com precaução para assegurar que o implante não se mova enquanto não há

osseointegração; técnica indicada apenas em algumas situações específicas, devendo o implante suportar torque de 35Ncm e falta de osseointegração do implante devido a possíveis infecções locais ou estresse excessivo não previsto, por exemplo.

5 DISCUSSÃO

Existem alguns motivos para se planejar um implante imediato dentre eles estão fatores tais como estética, tempo de cicatrização e redução no número de cirurgias. Na região anterior da maxila, onde a estética é um fator importante, são utilizados implantes imediatos com o intuito de diminuir o período de cicatrização, mantendo também, os tecidos duros e moles circundando os implantes com muita frequência.

Os fenótipos gengivais finos e grossos respondem diferentemente a estímulos. Em relação à estética reabilitadora, são obtidos melhores resultados os fenótipos grossos, pois apresenta gengiva inserida em grande quantidade e qualidade.

Ambos fenótipos possuem diferenças de remodelação óssea frente a exodontias. Nos fenótipos grossos a tábua vestibular é volumosa, enquanto que os fenótipos finos apresentam tábuas finas com deiscências e fenestrações. Portanto, existe uma maior probabilidade de fratura na tábua óssea nos fenótipos finos.



(Vista frontal da arcada dentária com fenótipo fino antes e após exodontia)

A perda deste dente foi restabelecida por um implante com a técnica convencional, onde se aguardou 90 dias para a cicatrização do alvéolo e posterior instalação do implante e reabertura com 90 dias. Isto levou a posterior reconstrução gengival, através de enxerto e condicionamento da mesma após cicatrização por meio da coroa provisória.



(Tecido conjuntivo para reconstrução gengival após colocação do implante)

Caso 1- Imagens cedidas do Prof. Dr. José Alfredo Mendonça

Não é sempre que conseguimos realizar o implante imediatamente após a exodontia. Existe ainda o fator travamento primário que depende de alguns fatores como técnica cirúrgica, osso envolvido, tipo de implante e tratamento de superfície do mesmo. Portanto, para proteção total do implante imediato é interessante deixar a coroa provisória imediata sem carga, lançando mão de placas oclusais, para evitar qualquer pressão exercida pela língua ou cargas cêntricas e excêntricas, desta forma obtendo-se uma maior probabilidade de sucesso.

Por intermédio do enxerto gengival, pode-se obter um fenótipo gengival grosso partindo de um fenótipo gengival fino.

Este caso em questão optou-se pela técnica de exodontia e implante imediato no alvéolo fresco, pelo fato do caso em questão se enquadrar nos quesitos supracitados para eleição da técnica.



(Vista frontal da arcada dentária superior do paciente)

Existe um papel fundamental da coroa provisória nestas situações, sendo assim esta foi planejada concomitantemente ao implante através de uma moldagem prévia antes da exodontia.

Quando são confeccionadas previamente no modelo, promove um bom relacionamento com o tecido gengival e também promove uma transferência fiel da posição do dente (Quesada, et. al., 2014).



(Vista do modelo de gesso feito a partir do molde da boca do paciente)

As exodontias de dentes anteriores são sugeridas por alguns autores, a serem realizadas sem retalhos para a manutenção da tábua óssea vestibular, que é mais fina nessas regiões (Espósito et. al. 2010; Lyndon et. al. 2010). Além disto, o emprego de técnicas cirúrgicas sem que evitem incisões e descolamento das papilas está associado a um menor padrão de perda óssea (Gomez-Roman G., 2001).

A parede óssea vestibular fina é geralmente composta por osso fasciculado. Após exodontia, esse osso fasciculado é absorvido. Então, quando o implante é imediatamente colocado após a extração do dente, espera-se uma perda óssea vertical.



(Remoção da lesão durante a curetagem do alvéolo após exodontia)

Durante a cirurgia de colocação de implantes, o profissional deverá se atentar à correta instalação dos implantes em sua posição tridimensional, estabelecimento da estabilidade primária e cuidado com os tecidos circunvizinhos ao alvéolo fresco (NUNES, et. al., 2014). O correto posicionamento tridimensional do implante e estabilidade inicial, assim como a presença de um alvéolo com boa cortical vestibular, sem presença de infecção e uma quantidade mínima de 3mm de osso apical, são importantes para o restabelecimento funcional e estético em um tratamento feito com implantes imediatos.



(Vista frontal do momento da colocação do Implante Imediato)

No caso, observa-se que não há cirurgia de abertura de retalho durante a colocação do implante, devido a cirurgia ser feita no mesmo ato da exodontia.

O diâmetro do implante deve ser escolhido de acordo com perfil de emergência da prótese que será confeccionada. Se por acaso houver gap entre o implante e o osso, preencher com algum tipo de biomaterial para vedamento.

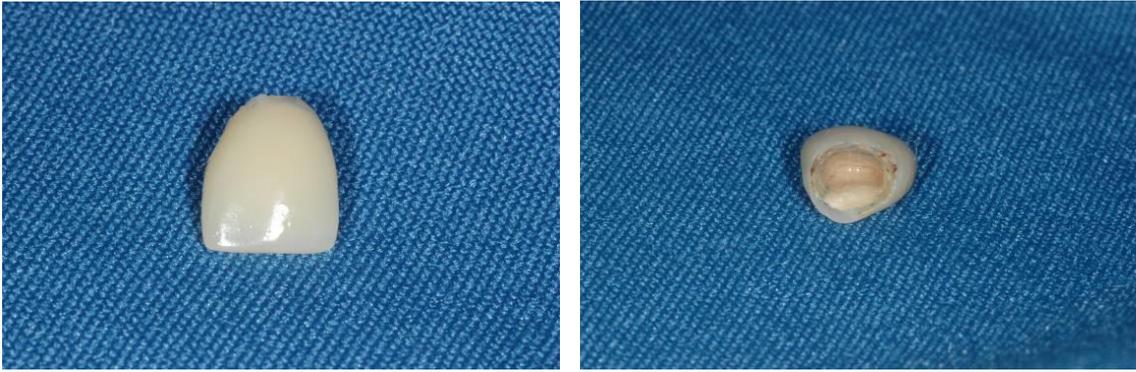


(Vista oclusal do Implante Imediato colocado em posição)

Foi realizada uma barreira de silicone no modelo para delimitar a posição da futura coroa provisória, feita com a própria coroa de porcelana da paciente.



(Confeção da barreira de silicone)



(Coroa de porcelana do próprio paciente, após exodontia do dente 21)

Posteriormente, quebrou-se o dente 21 de gesso para fazer a transferência da réplica do implante para o modelo através do guia de transferência feito de resina acrílica.



O guia de transferência foi confeccionado para facilitar a posição da futura coroa provisória no modelo de gesso.





(Vista oclusal do guia de transferência em resina acrílica)

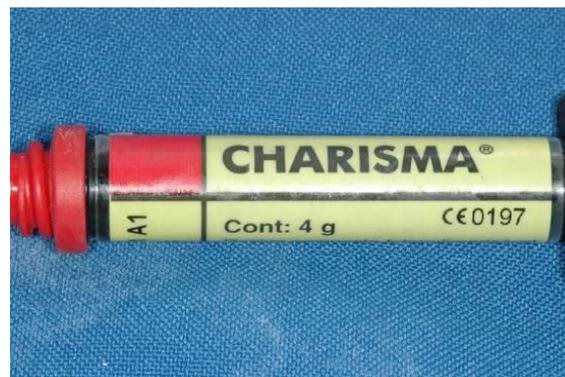


O provisório é colocado na barreira de silicone, posicionado no espaço do dente 21 no gesso e preso no componente calcinável através de resina composta Charisma.

A barreira de silicone é importante ser feita para que a coroa provisória fique na posição correta no modelo, assim como ficará em boca. Também é uma forma de evitar realização de sutura.



(Vista palatina da barreira de silicone com a coroa de porcelana antiga colocada em posição)



(Vista palatina da barreira de silicone com a coroa provisória colocada na posição correta, no cilindro calcinável)



(Vista frontal da coroa provisória feita a partir da coroa de porcelana antiga do paciente, no modelo de gesso)



(Vista palatina da coroa provisória feita a partir da coroa de porcelana antiga do paciente, fora e sobre o modelo de gesso)

Após a sua instalação, deverá permanecer em infra-oclusão durante a cicatrização para evitar micromovimentos maiores que 150 micrômetros, a fim de evitar interferência no processo de ossointegração (QUESADA, et. al. 2014).

O provisório é colocado em boca e é observado que não há contato sobre ele.

Também pode-se observar que há uma leve recessão gengival devido a remodelação óssea da tábua vestibular.



(Vista frontal e oclusal da coroa provisória feita a partir da coroa de porcelana antiga do paciente, em boca. A coroa provisória está em infra-oclusão)

A estética do paciente se manteve a mesma anterior à cirurgia, apesar de notar-se uma leve recessão gengival na região do dente 21.



(Vista frontal da coroa provisória em boca)

Caso 2 - Imagens cedidas do Prof. Dr. José Augusto Cesar Discacciati

6 CONCLUSÃO

De acordo com a Revisão de Literatura podemos concluir que o biótipo gengival tem grande influência na estética no tratamento com implantes, sendo o mais fino com maior susceptibilidade a recessão gengival; o uso de restaurações provisórias é importante durante reabilitações orais com implantes, pois além de devolver a função de mastigação, fonética e estética do paciente, também colaboram com a saúde e manutenção dos tecidos periodontais; a carga imediata deve ser evitada sobre a prótese na região anterior; a técnica do implante imediato à extração dentária é bastante viável e vantajosa, desde que bem planejada e cuidadosamente executada e o uso de coroa provisória imediatamente após a instalação de implante imediato proporciona bem-estar psicológico, representando uma solução reabilitadora para a perda de dente unitário anterior.

REFERÊNCIAS

- ROCHA, P. V., *et al.* Componentes Protéticos sobre Implante. In: _____. **Todos os passos da Prótese sobre Implante: do Planejamento ao Controle Posterior.** Nova Odessa: Napoleão, 2012. Cap. 5, p. 153- 202.
- ROCHA, P. V.; VENTIN, E.; MIYASHITA, E. Reabilitação Unitária sobre Implante. In: _____. **Todos os passos da Prótese sobre Implante: do Planejamento ao Controle Posterior.** Nova Odessa: Napoleão, 2012. Cap. 6, p. 203-272.
- ROCHA, P. V., *et al.* Carga Imediata – Das Próteses Unitárias às Totais. In: _____. **Todos os passos da Prótese sobre Implante: do Planejamento ao Controle Posterior.** Nova Odessa: Napoleão, 2012. Cap. 9, p. 397- 440.
- LINDHE, J.; KARRING, T.; ARAÚJO, M. Anatomia dos Tecidos Periodontais. In: LINDHE, J; LANG, N.; KARRING, T. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2010. Cap. 1, p. 3-8.
- BELSER, U. C.; BERNARD, J; BUSER, D. Implantes na Zona Estética. In: LINDHE, J; LANG, N.; KARRING, T. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2010. Cap. 53, p. 1101-1104.
- CARDOSO, A. C., *et al.* Pilares Protéticos. In: _____. **O Passo a Passo da Prótese sobre Implante: da 2ª etapa Cirúrgica à Reabilitação Final.** 2ª ed. Santos: Editora Santos, 2012. Cap. 2, p. 65-104.
- MAZARO, J. V. Q., *et al.* Estética Imediata com Implante Cone Morse – Relato de Caso/Immediate aesthetic with Morse Taper Implant – Case Report. **Full Dent. Sci.** São José dos Pinhais, v. 5, n. 17, p. 67-75, 2013.
- PASSONI, B., *et al.* Implante Imediato com estética imediata, definitiva e acompanhamento tomográfico da tábua óssea vestibular – Relato de Caso. / Immediate Implant, Immediate aesthetic and final restoration with tomographic follow-up the buccal plate – Case Report. **Full Dent. Sci.** São José dos Pinhais, v. 6, n. 23, p. 183-190, 2015.
- SANTOS, R. A. S.; SIMÃO G. M. L.; REIS FILHO, N. T. Implante unitário imediato em função imediata em área estética: Relato de Caso Clínico. **Rev. Odontol. Planal. Cent.** Gama, v. 6, n. 1, p. 4-10, Jan/Jun, 2016.
- MAZARO, J. V. Q., *etal.* Aspectos relevantes em implantes imediatos pós-exodonticos em área estética. / Relevant aspects in esthetic outcomes of immediate implant placement following extraction. **Prosthes. Lab. Sci.** São Paulo. v. 6, n. 21, p. 59-69, 2016.
- CHEN, S. T.; BUSER, D. Clinical and Esthetics Outcomes of Implants Placed in Post extraction Sites. **The International Journal of Oral and Maxillofacial Implants** 2009; 24: 186 – 217.
- ARAUJO, M. G.; SUKEKAVA, F.; WENNTROM, J. L.; LINDHE, J. Ridge alterations following implant placement in fresh extraction sockets: an experimental study in the dog. **Journal Clinic Periodontology** 2005; 32: 645–652.
- VIGNOLETTI, F.; JOHANSSON, C.; ALBREKTSSON, T.; DE SANCTIS, M., SAN ROMAN, F., SANZ, M. Early healing of implants placed into fresh extraction sockets:

an experimental study in the beagle dog. **Journal of Clinical Periodontology** 2009; 36: 265–277

POLIZZI, G.; GRUNDER, U.; GOENÉ, R.; HATANO, N. Immediate and Delayed Implant Placement Into Extraction Sockets: A 5-Year Report. **Clinical Implants Dentistry and Related Research** 2000; 2: 293-99.

SCHULTE W, H, KLEINNEIKENSCHIEDT Linder K, SCHAREYKA R. The Tübingen immediate implant in clinical studies. **DtschZahnärztl Z**; v.5: p.348-359, 1978.

MECALL, R. A.; ROSENFELD, A. L. Influence of residual ridge resorption pattern on implant fixture placement and tooth position. **Int. J. Periodont. Rest. Dent.**, v. 11, n. 1, p. 8-23, 1991.

LAZZARA, R. J. Immediate implant placement into extraction sites: Surgical and restorative advantages. **Int. J. Periodont. Rest. Dent.** v. 9, n. 5, p. 333-43, 1989.

BECKER W, GOLDSTEIN M. Immediate implant placement: treatment planning and surgical steps for successful outcome. **Periodontol**; v.47: p.79-89, 2000.

SZMUKLER-MONCLER S, PIATTELLI A, FAVERO GA, DUBRUILLE JH. Considerations preliminary tooth application of early and immediate loading protocols in dental implantology. **Clin Oral Implants Res.** 2000 Feb;11(1):12-25.

Gomez-Roman G. Influence of flap design on peri-implant interproximal crestal bone loss around single-tooth implants. **Int. J. Oral Maxillofac. Implants.** 2001;16:61-7.

GRUNDER, U. Stability of the mucosal topography around single-tooth implants and adjacent teeth: a 1-year results. **International Journal Periodontics Restorative Dentistry.** [s.l.], v. 20, n. 1, p. 11-7, Feb. 2000.

NEALE, D.; CHEE, W. Development of implant soft tissue emergence profile: a technique. **The Journal of Prosthetic Dentistry.** Los Angeles, v. 71, n. 4, p. 364- 368, Apr. 1994.

SCHINCAGLIA, G. P.; NOWZARI, H. Surgical treatment planning for single unit implant in aesthetic areas. **Periodontology** 2000. Denmark, v. 27, n. 1, p. 162-182, Oct. 2001.

GRUNDER, U. et al. Influence of 3-D bone-to-implant relationship on esthetics. **International Journal of Periodontics Restorative Dentistry.** Chicago, v. 25, p. 113-119, 2003.

JEMT, T. Restoring the gingival contour by means of provisional resin crowns after single implant treatment. **The International Journal of Periodontics e Restorative Dentistry.** Hanover Park, v. 19, n. 1, Feb. 1999.

MORTON, D. et al. Immediate restoration and loading of dental implants: clinical considerations and protocols. **International Journal of Oral e Maxillofacial Implants, Chicago**, v. 19, special suppl., p. 103-108, 2004.

Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J. The mucosal barrier following abutment dis/reconnection: an experimental study in dogs. **J. Clin. Periodontol.** 1997;24(8):568-72.

Funato A, Salama MA, Ishikawa T, et al. Timing, positioning, and sequential staging in esthetic implant therapy: a four-dimensional perspective. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.** 2007;27:313-23.

JUODZBALYS, G.; WANG, H. Esthetic index for anterior maxillary implant supported restorations. **Journal of Periodontology**, [s.l], v. 81, n. 1, p. 34-42, Jan. 2010.