

FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE
Pós-graduação em Implantodontia

Ellen Vieira Pereira

REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O SUCESSO DOS IMPLANTES IMEDIATOS

Sete Lagoas

2022

Ellen Vieira Pereira

REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O SUCESSO DOS IMPLANTES IMEDIATOS

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em implantodontia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Orientador: Prof^o Esp. Renato Tuffy

Sete Lagoas

2022

Ficha Catalográfica

Pereira, Ellen Vieira
**REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O SUCESSO DOS IMPLANTES
IMEDIATOS /** Ellen Vieira Pereira
Sete Lagoas, 2022. __p

Trabalho de conclusão de curso(Pós-graduação) – Faculdade Sete
Lagoas – FACSETE
Eixo-temático: Implantodontia
Orientador: Profº Esp. Renato Tuffy

1. Implantes dentários, 2. Fenótipo Gengival, 3. Implante imediato,
4. exodontia



Monografia intitulada “**REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA O SUCESSO DOS IMPLANTES IMEDIATOS**” de autoria da aluna Ellen Vieira Pereira

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profº Renato Tuffy

Profº

Profº

RESUMO

O implante dentário objetiva a integração óssea, estética e a restauração da função de forma saudável. A técnica de implante imediato é dependente de um preciso diagnóstico, seguido de um bom plano de tratamento. E, requisitos como fenótipo periodontal, nível de crista óssea interproximal, morfologia óssea, linha do sorriso, morfologia do tecido gengival, pontos de contatos e nível de osso interproximal determinará o sucesso do implante. A previsibilidade desse procedimento e a manutenção e preservação da anatomia alveolar, a diminuição da reabsorção óssea e retrações gengivais corrobora para o sucesso dos implantes imediatos. O objetivo central deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica a respeito dos requisitos principais para o sucesso de um implante imediato. A coleta de dados foi realizada por meio da busca eletrônica, junto às bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão para coleta de dados foram: publicações dos últimos anos entre 2010 à 2022. Dessa forma, a técnica deve ser muito bem avaliada clinicamente para que o processo final seja satisfatório em função e estética.

Palavras-Chave: Implantes dentários, Fenótipo Gengival, Implante imediato, exodontia

ABSTRACT

The dental implant aims at bone integration, aesthetics and the restoration of function in a healthy way. The immediate implant technique is dependent on an accurate diagnosis, followed by a good treatment plan. And, requirements such as periodontal phenotype, interproximal bone crest level, bone morphology, smile line, gingival tissue morphology, contact points and interproximal bone level will determine implant success. The predictability of this procedure and the maintenance and preservation of the alveolar anatomy, the decrease in bone resorption and gingival retractions support the success of immediate implants. The main objective of this work was to carry out a literature review regarding the main requirements for the success of an immediate implant. Data collection was performed through an electronic search, using the LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online) databases. The inclusion criteria for data collection were: publications from the last years between 2010 and 2022. Thus, the technique must be very well evaluated clinically so that the final process is satisfactory in function and aesthetics.

Key-words: Dental implants, Gingival Phenotype, Immediate implant, extraction

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	7
2-METODOLOGIA	8
3-DESENVOLVIMENTO	9
4-RESULTADOS	17
5-DISCUSSÃO	18
6-CONCLUSÃO	19
7-REFERÊNCIAS	20

1-INTRODUÇÃO

As causas de perda dos elementos dentais podem ser por diversos motivos, e que influenciam diretamente na vida das pessoas. Conhecer suas causas é importante para que o cirurgião dentista possa conduzir o melhor tratamento de reposição desses elementos perdidos. A evolução da odontologia possibilitou nos últimos anos devolver aos pacientes não apenas um sorriso estético, mas função mastigatória, como é o caso dos implantes (SILVA; OLIVEIRA; CORRÊA, 2021).

O implante dentário objetiva a integração óssea, estética e a restauração da função de forma saudável. O entendimento sobre os processos biológicos frente à perda de um dente, seja ela por trauma, saúde ou extração, influenciam no modo de que os tecidos moles serão preservados para que seja possível a colocação de um implante imediato (AMARO; CONFORTE, 2022).

No caso de extrações dentárias, um planejamento total para identificar o biotipo tecidual de cada indivíduo é indispensável para reconhecer os fatores biológicos que possam interferir e limitar os resultados, principalmente, estéticos de um implante imediato. O planejamento visa preservar os tecidos de possíveis reabsorções ósseas da face vestibular ou crista óssea bucal (AMARO; CONFORTE, 2022).

Os implantes dentários pós exodontia partiu do conceito de osseointegração criado por Branemark em 1969, que deveriam ser realizados em dois estágios: o implante pós exodontia em um período de 4 a 6 meses. Mas, é possível aguardar de 2 a 3 meses para que a crista alveolar se remodele e de 3 a 6 meses para cicatrização, sem carga. O processo cirúrgico em etapas pode ocasionar perdas teciduais significativas, por isso podem ser necessários enxertos gengivais, principalmente em áreas estéticas. (MOTA, 2018).

A instalação dos implantes, apresentam diferentes períodos que são classificados em tipo I, instalado após exodontia, tipo II após o período de 4 a 8 semanas, tipo III que são instalados de 12 a 16 semanas, e os do tipo IV que são instalados apenas após cicatrização tecidual (MARTINS *et al.*, 2020).

Nos seis primeiros meses da exodontia, a remodelação óssea do alvéolo é mais evidente, tanto em direção vertical quanto horizontal. Isso porque, o processo alveolar é dento-dependente, ou seja, o volume, forma e posicionamento são determinados

pelos dentes durante a erupção. Logo, uma exodontia pode tornar o alvéolo atrófico, principalmente na tábua óssea vestibular (MOTA, 2018).

O implante dentário é um instrumento fabricado em titânio instalado no interior do osso alveolar para servir de suporte para uma prótese futura. Um implante de instalação imediata é realizado após a extração de um ou múltiplos dentes, e o paciente é submetido a um procedimento cirúrgico único, reduzindo o período de pós-operatório e com resultados satisfatórios (MARTINS *et al.*, 2020).

Uma das indicações dos implantes imediatos são para alvéolos frescos pós exodontia e são dependentes de fatores como a qualidade e quantidade de tecido ósseo, condição de saúde bucal do paciente, oclusão e hábitos parafuncionais. Porém, são contra indicados para pacientes com dificuldade e deficiência de higiene bucal, fumantes e alcoólatras. Além de indivíduos portadores de doenças sistêmicas não controladas, sob tratamentos radioquimioterápicos e pacientes que fazem uso de medicações do tipo bisfonato por via parenteral, devido interferências na reparação tecidual cicatrizante (MARTINS *et al.*, 2020).

Logo, o objetivo central deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica a respeito dos requisitos principais para o sucesso de um implante imediato. Além disso, destacar o fenótipo gengival, a ausência de infecções na exodontia, o volume ósseo e as paredes ósseas para o sucesso do procedimento.

2-METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada por meio da busca eletrônica, junto às bases de dados LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão para coleta de dados foram: publicações dos últimos anos (2010 à 2022) nas formas de artigos científicos, teses, capítulos, dissertações e monografias, que se encontravam na íntegra e com idioma em português e inglês. Para a análise dos dados será realizada uma leitura completa das produções e realizado tabela com tema, autores e ano de publicação.

3- DESENVOLVIMENTO

A técnica de implante imediato é dependente de um preciso diagnóstico, seguido de um bom plano de tratamento. E, requisitos como fenótipo periodontal, nível de crista óssea interproximal, morfologia óssea, linha do sorriso, morfologia do tecido gengival, pontos de contatos e nível de osso interproximal determinará o sucesso do implante (CÔRREA, 2014).

A primeira classificação detalhada do biotipo periodontal foi proposta em 1980, e descrevia a relação altura e espessura da gengiva com a espessura óssea. Na sequência, o suprimento sanguíneo do retalho e o enxerto de tecido conjuntivo gengival tornou-se parâmetros para um bom prognóstico, conforme figura 1, 2 e 3 (CUNHA et al., 2013).

Figura 1. Classificação do biotipo periodontal

Biotipo periodontal	Tipo I (40% pacientes)	Tipo II (10% pacientes)	Tipo III (20% pacientes)	Tipo IV (30% pacientes)
Características clínicas	Tecido ceratinizado espesso (3-5 mm). Periodonto espesso à palpação.	Tecido ceratinizado \leq 2 mm de altura. Periodonto espesso à palpação.	Faixa de tecido ceratinizado normal. Rebordo alveolar fino.	Tecido ceratinizado \leq 2 mm de altura. Rebordo alveolar fino

Fonte: Cunha et al. (2013, p. 255)

Figura 2. Relação do suprimento sanguíneo com enxerto de tecido conjuntivo.

Biotipo periodontal	Tipo I (40% pacientes)	Tipo II (10% pacientes)	Tipo III (20% pacientes)	Tipo IV (30% pacientes)
Nutrição na cirurgia	Retalho espesso e osso abundante. Favorecimento da nutrição tecidual.	Osso normal favorecendo a nutrição do retalho, porém, a faixa estreita de tecido ceratinizado pode ocasionar dilaceração do retalho.	Nutrição do retalho oriunda somente do tecido mole.	Retalho fino e osso fino dificultam a nutrição dos tecidos envolvidos na cirurgia.
Cirurgia de enxerto de tecido conjuntivo gengival	Facilita a obtenção de um retalho dividido. Favorece a nutrição do enxerto.	O osso normal facilita a cicatrização por segunda intenção. Podem-se utilizar incisões relaxantes.	Facilita a obtenção de um retalho dividido e com espessura uniforme.	Não é aconselhável.

Fonte: Cunha et al. (2013, p. 255)

Figura 3. Em 1: Biotipo periodontal Tipo 1, Espesso e 2: Biotipo Tipo IV, fino.



Fonte: Modificado de Cunha et al. (2013, p. 255)

Na classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantes da Academia Americana de Periodontia e da Federação Europeia de Periodontia, o fenótipo gengival é considerado como o aspecto da gengiva que indica dimensão passível de ser mudada ao longo do tempo. E, os parâmetros clínicos para avaliação estão presentes na Ortodontia, Implantodontia, Prótese e Dentística. Por isso, a identificação do perfil é válido para determinar saúde do arcabouço periodontal frente aos procedimentos cirúrgicos (BORGES, et al., 2019).

Um fenótipo gengival fino apresenta tecido mole friável, faixa de gengiva estreita e osso subjacente fino com fenestrações ou deiscências, pequena faixa de mucosaceratinizada, papilas interdentais longas e estreitas. Por outro lado, um fenótipo espesso apresenta um tecido mais denso e fibroso, faixa de gengiva larga e osso espesso, mais resistentes e papilas mais curtas e largas. No periodonto fino pode ocorrer danos teciduais durante o procedimento cirúrgico, e o resultado estético pode ser prejudicado pela cicatrização, figura 4(CUNHA et al., 2013, BORGES, et al., 2019).

Figura 4. Fenótipo Gengival Espesso (A) e Fino (B)



Fonte: Chaves (2015, p. 32)

Segundo Borges et al. (2019), os principais parâmetros para identificação do fenótipo gengival, incluem a determinação do volume gengival tridimensional, com avaliação da largura da faixa de mucosa ceratinizada (MC) e da espessura gengival (EG) por meio da sondagem transgengival ou teste de transparência à sondagem (TS) em incisivos centrais superiores, figura 5.

Figura 5. Teste de Transparência da sonda periodontal fenótipo periodontal fino



Fonte: Chaves (2015, p. 33)

Uma gengiva ceratinizada de 2mm é o mínimo para a manutenção da saúde periodontal e peri-implantar. A falta dessa referência ao redor do implante pode provocar o deslocamento da margem gengival e invasão de microrganismos. Logo, a presença de um tecido ceratinizado facilita o fechamento da ferida após a instalação do implante, e a ausência desse tecido deve ser compensada com enxerto gengival autógeno livre ou de tecido conjuntivo gengival (CUNHA et al., 2013).

O tecido queratinizado aumenta com a idade devido à atrofia e a margem gengival tende a ser estável. Na avaliação cirúrgica, apresentam forma óssea subjacente grossa, um tecido resistente ao trauma agudo e responde a doenças de formação de bolsas e defeitos infra-ósseos. Além disso, a curvatura do contorno gengival deve ser avaliada. Esse, pode ser classificado como plano, curvo e com curvatura pronunciada, apresentando medidas de <4mm, 4-5mm e >5mm, respectivamente. A medida é a distância entre o meio da face do dente e a altura do tecido interproximal (CHAVES, 2015).

Os pacientes com fenótipo periodontal fino apresentaram 3,45 mais chances de desenvolver doença peri-implantar comparados aos pacientes com fenótipo espesso, ou seja, é um fator de risco para um procedimento de implante. Logo, os procedimentos que envolvem gengiva espessa predispõem um resultado satisfatório. Contudo, alguns autores indicam que em pacientes com fenótipo fino, os implantes imediatos é mais vantajoso por minimizar a perda óssea e evitarem a recessão gengival, além da indicação de realizar as extrações sem retalho (CHAVES, 2015).

Um indivíduo pode apresentar gengiva mista, espessa e fina, tornando-se indispensável avaliação clínica do tecido e um planejamento eficaz. A eminência canina, raiz mesial do primeiro molar superior e incisivos inferiores são mais dispostos a apresentarem fenótipo gengival fino (CHAVES, 2015).

A exodontia é o procedimento de maior atenção para o implante imediato. A sua presciência está relacionado com a integridade dos tecidos de suporte durante a extração, e para o procedimento devem ser utilizados instrumentos como periótomos, mini alavancas e fórceps atraumáticos. O manejo dos tecidos pode comprometer o suporte sanguíneo para osso e para as papilas interdentais. Assim, quanto maior a distância do ponto de contato interproximal até a crista óssea, menor será a chance de formação da papila (CÔRREA, 2014).

O primeiro implante imediato após extração, ocorreu em 1978, o procedimento de implantação logo após extração dentária visa preservar tecidos moles e duros, permitindo instalação de implantes mais longos e de diâmetros maiores. Com isso, possibilita o aumento da superfície de contato, diminui a força causada pela carga oclusal na interface osso-implante e melhora o prognóstico (CÔRREA, 2014).

Os implantes imediatos logo após extração estão indicados para dentes com doença periodontal avançada, fraturas radiculares, cáries abaixo da margem gengival e falhas irreversíveis em tratamentos endodônticos. Além disso, dentes com infecções periapicais extensas, porém estudos obtiveram resultados satisfatórios mesmo em sítios infectados, desde sob um terapia eficiente (ZANI et al., 2011).

Uma exodontia pode causar perda horizontal em média 30% do volume ósseo nos próximos três meses do procedimento e 1mm de retração gengival vestibular após um ano. O implante imediato quando associado à enxertia óssea é uma boa opção diante de um procedimento de regeneração. A guia cirúrgica deve apresentar pelo menos 2mm do implante à tábua óssea vestibular, 1,5mm de distância dos dentes adjacentes e, aproximadamente, 4mm entre margem gengival e base do implante (ANDREIUOLO *et al.*, 2016).

De acordo com Cavestro et al. (2018), os implantes imediatos apresentam prognóstico similar aos convencionais, com um índice de sucesso de aproximadamente 98%. Segundo o trabalho de Amaro; Conforte (2022) os implantes imediatos em alvéolos frescos apresentam uma alta taxa de sobrevivência e estabilidade, capaz de preservar osso alveolar. Os implantes imediatos em regiões de

maxila anterior apresentam bons resultados estéticos, e são capazes de reduzir a perda óssea marginal.

Quando o assunto é saúde periodontal, a profundidade de sondagem para bolsas entre alvéolos frescos ou cicatrizados não apresentaram diferenças importantes, mas que a frequência do nível ósseo é 85% dos implantes em alvéolos frescos e 84% dos implantes em tecido ósseo cicatrizado (AMARO; CONFORTE, 2022).

Os pré-requisitos para a colocação de implantes imediatos está diretamente ligado ao sucesso do tratamento reabilitador. Assim, segundo Martins *et al.*, (2020) a análise da correlação entre quantidade do osso remanescente e a altura e largura é indispensável, seguido pela preocupação em preservar o máximo de tecido ósseo e não causar injúrias às paredes do periodonto. A seleção do implante deve apresentar medidas compatíveis com o interior do alvéolo para uma perfeita adaptação entre o implante dentário e o osso alveolar.

A etapa pré-cirúrgica inclui exames adequados e anamnese criteriosa. Uma contra-indicação médica é rara e as limitações são alterações sistêmicas significativas, como: histórico de infarto, câncer desenvolvido, hemofílicos, osteoporose, diabetes e tabagistas exagerados. Além disso, é indicado que o médico responsável pelo paciente com doenças de base seja consultado. E, somente após exames físico-clínicos, laboratoriais e por imagem o paciente deverá receber o planejamento e a confecção da guia (MARTINS *et al.*, 2011).

Além da ausência de fatores locais e sistêmicos, um fenótipo gengival favorável, o osso além do ápice deve garantir pelo menos 4mm de tecido ósseo para que a estabilidade primária obtenha sucesso. Isto é, na avaliação radiográfica, deve-se avaliar a disponibilidade óssea, o formato do tecido ósseo e a espessura. Logo, a espessura óssea ideal na crista deve apresentar de 4 a 5mm de espessura e 10 mm, pelo menos, da crista ao canal mandibular (CÔRREA, 2014).

As células perivasculares são precursoras osteogênicas que irão se diferenciar em osteoblastos na superfície do implante durante a osteogênese de contato. A matriz óssea que cresce no implante é a linha cementante e logo acima está o colágeno, com isso, os osteoblastos maduros não entram em contato com o implante graças a linha cementante, pelo osso mineralizado e pela camada de tecido osteoide (MENDES; DAVIES, 2016).

A osseointegração é a ancoragem do implante no osso e deve ser capaz de suportar as cargas mastigatórias. Ainda, uma resposta imunológica contra o implante causa interações do sangue com a superfície do implante, ou seja, ocorre uma resposta imune adaptativa que resultará na resolução da injúria. Contudo, uma resposta imunológica do tipo aguda pode-se transformar em crônica e ocorrer o recrutamento de células gigantes causando encapsulamento e rejeição do mesmo (MENDES; DAVIES, 2016).

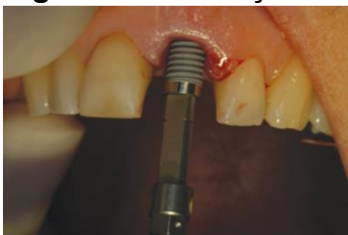
Em seu trabalho, Zani et al. (2011), demonstra a extração e um implante imediato do elemento dentário 21 por fratura longitudinal, figura 6 - 13. Conforme sequência, o dente foi extraído após indicação visando preservar a estrutura óssea adjacente. Realizado o debridamento local e realizado o implante cônico (Replace Select – Nobel Biocare) de 4,3mm x 13mm logo após a extração. A fresagem inicial foi com broca de 2mm de diâmetro e 16mm de comprimento abaixo da margem gengival, sendo que a crista óssea estava a 3mm da Margem gengival. O preparo foi realizado com broca de 3,5mm e 4,3mm e, então, realizado o implante com estabilidade de 15N/cm, sem carga. O implante foi posicionado 3mm acima da junção amelocementária dos dentes adjacentes. Como não teve gap maior que 3mm, não foi realizado enxerto. Posteriormente, confeccionou-se uma coroa provisória unida fora do contato oclusal, por motivo estético. Após 4 meses de cicatrização e com estabilidade primária alcançada realizou-se uma coroa cerâmica em pilar procera, mantendo arquitetura gengival e requisito estético.

Figura 6- Elemento 21 antes da extração.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 282)

Figura 7 - Instalação imediata do implante.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 282)

Figura 8 - Implante situado 3 mm acima da margem gengival



Fonte: Zani et al. (2011, p. 282)

Figura 9 - Vista oclusal do implante instalado.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 282)

Figura 10 - Prótese provisória instalada sem contato oclusal.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 283)

Figura 11 - Radiografia de controle: 4 meses após a instalação do implante.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 283)

Figura 12 - Pilar procera posicionado.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 283)

Figura 13 - Coroa cerâmica cimentada definitivamente.



Fonte: Zani et al. (2011, p. 283)

O sucesso de um implante imediato está relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos. Como exemplo, a ausência de parede vestibular e/ou biotipo periodontal fino tornam-se fatores de risco para uma recessão gengival em sítio. Nos casos de sítios em que a estética é importante, faz-se necessário trabalhar o tecido mole (BALDERRAMA et al., 2021). O gap é um defeito ósseo presente em casos de implante imediato, e devem sempre ser avaliados (ZANI et al., 2011).

A estabilidade primária está relacionada ao procedimento cirúrgico, ao implante, ao torque (recomendado 45 a 60N) e a densidade óssea. A estrutura remanescente do alvéolo após extração se prejudicada traz riscos inclusive para a manutenção da gengiva queratinizada. Por isso, tábua óssea vestibular com menos de 50% de estrutura deve-se realizar enxerto ósseo para preencher o alvéolo, e o implante realizado após quatro meses. No caso em que apenas ocorrer um gap entre osso e implante é possível enxertar com osso particulado de baixa reabsorção (SCHESTATSKY et al., 2020).

Após os implantes imediatos, faz-se necessário o preenchimento dos gaps com biomateriais/enxertos objetivando otimização dos resultados. A reabsorção óssea marginal dos implantes está mais presentes quando em casos de dois tempos cirúrgicos, por esse motivo, o implante imediato após extração é a melhor escolha na prática clínica (SAMPAIO, et al., 2020).

A técnica de implantes imediatos em sítios infectados cronicamente não é contra-indicada se o cirurgião dentista dispõe de condições de tratamento pré e pós operatório. Para isso é necessário uma limpeza e remoção cuidadosa do tecido contaminado e uma regeneração controlada do defeito alveolar, debridamento alveolar antes do ato cirúrgico e a administração de antibiótico (CAMARGO, 2017).

4-RESULTADOS

Foram encontrado 17 trabalhos com o tema em questão no período de 2011 – 2022, relacionado em tabela com classificação de título, autor e ano.

Implante imediato em alvéolo fresco	AMARO, L.C.F.; CONFORTE, J.J.	2022
Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos.	ANDREIUOLO, R. <i>et al.</i>	2016
Implante imediato com provisionalização imediata para estabilidade tecidual pós-extração – relato de caso.	BALDERRAMA, I.F. <i>et al.</i>	2021
Distribuição das características clínicas do fenótipo gengival em pacientes saudáveis.	BORGES, S.B. <i>et al.</i>	2019
Implantes Imediatos Dentários em Áreas InfectadaS	CAMARGO, L.	2017
Implante imediato com uso da membrana de polipropileno: Relato de caso.	CAVESTRO, T.O.	2018
Importância do fenótipo periodontal em implantodontia.	CHAVES, G.R.	2015
Implante imediato: vantagens e indicações	CÔRREA, P.C.A.	2014
A importância do fenótipo periodontal para a implantodontia	CUNHA, F.A. <i>et al.</i>	2013
Reabilitação oral com implante imediato: revisão de literatura.	MARTINS, I.M. <i>et al.</i>	2020
Ossointegração: Análise de fatores clínicos de sucesso e insucesso	MARTINS, V. <i>et al.</i>	2011
Uma nova perspectiva sobre a biologia da ossointegração.	MENDES, V.C.; DAVIES, J.E	2016
Implante imediato pós-exodontia em região de molar utilizando um novo implante com a técnica de preparo intrarradicular e preservação alveolar	MARTINS, S.H.L.	2020

Provisionalização imediata após instalação de implante imediato em área estética: revisão de literatura.	MOTA, A.R.	2018
Implante imediato associado a enxerto xenógeno e provisionalização imediata em área infectada: relato de caso.	SAMPAIO, V.P.R. et al.	2020
Implante imediato sem estabilidade primária – uma abordagem em área estética.	SCHESTATSKY, R. et al.	2020
implante Mediato X Implante Imediato: Vantagens/Desvantagens/Indicação/Contraindicação	SILVA, L.M.; OLIVEIRA, T.C. ; CORRÊA, M.B.	2021
Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico .	ZANI, R.S. et al.	2011

5- DISCUSSÃO

Além da quantidade de osso suficiente para um torque, requisitos como a manutenção da integridade das quatro paredes ósseas após exodontia, ausência de infecções ativas no sítio a ser implantado é fundamental. A decisão para realizar um implante imediato depende da anamnese e planejamento preciso, e que as alterações sistêmicas não são determinantes para a não opção da terapia cirúrgica, mas demanda conhecimento e controle em situações de adversidades. E, o procedimento terapêutico deve ter em mãos os protocolos pré, trans e pós operatório, com tipo de procedimentos e medicamentos (AMARO; CONFORTE, 2022).

Para Martins et al. (2020), regiões posteriores para implantes imediatos são desafiadores devido ao tamanho do implante e o estado do alvéolo após a exodontia de um elemento com raízes de tamanho considerável, tronco radicular alto e com divergências, uma qualidade óssea presente e outros fatores que prejudicam a saúde do implante. Além disso, em uma amostra total de 1.106 implantes imediatos, após um ano a taxa de sobrevivência foi de 96,6%. Além disso, uma boa estabilidade primária esta ligada a uma boa estabilidade secundária, o que garante o sucesso do implante e uma osseointegração satisfatória.

O fenótipo gengival espesso é o mais interessante para casos de implantes imediatos, por isso deve-se levar em conta na escolha do material a região a ser trabalhada. Os dentes antero superiores respondem em média de 60,5% dos fenótipos espessos contra 84,6% do fenótipo fino em dentes antero inferiores (BORGES et al.2019)

A presença de tecido queratinizado não influencia, diretamente, o processo de cicatrização e conservação da saúde dos tecidos moles, desde que exista uma boa higiene e um bom controle de placa. Além disso, no local que sera realizado à exodontia é possível abrir mão de enxerto de tecido pós exodontia, em casos de reabsorções, com tecido duro e conjuntivo (CUNHA, F.A. et al., 2013).

O implante imediato com enxerto dispensa em muitos casos procedimentos subsequentes. E, a utilização de técnicas sem incisões e descolamentos de papilas está ligado a um menor padrão de perda óssea. Por isso, o implante deve estar a pelo menos 2mm da tábua óssea vestibular, 1,5mm dos dentes adjacentes, 4mm entre a margem gengival e plataforma do implante (ANDREIUOLO, R. et al., 2016). Os procedimentos que apresentam defeitos horizontais após o implante imediatos, os gaps, quando menores do que 3mm cicatrizarão com preenchimento ósseo total, e quando maiores deve-se realizar o enxerto/membrana (ZANI et al., 2011).

Contudo, para Martins et al., (2020), não existem restrições para implantes imediatos, desde que os processos pré e pós operatórios sejam respeitados. Contudo, autores discordam e que fatores como: saúde geral do paciente, idade, quantidade e qualidade de tecido ósseo remanescente, técnica cirúrgica e estrutura do implante dentário devem ser levados em conta. O implante após a exodontia só deverá ocorrer se o alvéolo estiver integro e garantir a estabilidade primária do implante. Ademais, a exodontia deve ser minimamente invasiva para que a integridade desse alvéolo seja preservada e o sucesso clínico seja alcançado.

6-CONCLUSÃO

O procedimento de instalação de implantes imediatos tornou-se uma opção de técnica bastante viável quando comparada aos implantes em etapas. A previsibilidade desse procedimento, a manutenção e preservação da anatomia alveolar, a diminuição

na reabsorção óssea e retrações gengivais corrobora para o sucesso dos implantes imediatos. Contudo, a técnica deve ser muito bem avaliada clinicamente para que o processo final seja satisfatório em função e estética.

7-REFERÊNCIAS

- AMARO, L.C.F.; CONFORTE, J.J. IMPLANTE IMEDIATO EM ALVÉOLO FRESCO. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**. São Paulo, v. 8, n.5. 2022.
- ANDREIUOLO, R. *et al.* Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 84-8, jan./mar. 2016.
- BALDERRAMA, I.F. *et al.* Implante imediato com provisionalização imediata para estabilidade tecidual pós-extração – relato de caso. **Full Dent. Sci.**; v. 12, n.47, p. 30-37. 2021.
- BORGES, S.B. *et al.* Distribuição das características clínicas do fenótipo gengival em pacientes saudáveis. **Rev Odontol UNESP**. v. 48, p.1-11, 2019.
- CAMARGO, L. **Implantes Imediatos Dentários em Áreas InfectadaS**. Monografia (especialização) - Faculdade Sete Lagoas. 34f. 2017.
- CAVESTRO, T.O. Implante imediato com uso da membrana de polipropileno: Relato de caso. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. V.12, N. 42, p. 1098-1109, 2018.
- CHAVES, G.R. **Importância do fenótipo periodontal em implantodontia**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. 43f. 2015.
- CÔRREA, P.C.A. **IMPLANTE IMEDIATO: VANTAGENS E INDICAÇÕES**. Monografia (Especialização) - Faculdade Sete Lagoas - Facsete, 26f. 2014.
- CUNHA, F.A. *et al.* A IMPORTÂNCIA DO FENÓTIPO PERIODONTAL PARA A IMPLANTODONTIA. **PerioNews**, v.7, n.2, p. 151-9, 2013.
- MARTINS, I.M. *et al.* Reabilitação oral com implante imediato: revisão de literatura. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.12, p. 95785-95794, dec. 2020.
- MARTINS, S.H.L. *et al.* Implante imediato pós-exodontia em região de molar utilizando um novo implante com a técnica de preparo intrarradicular e preservação alveolar. **J Multidiscipl Dent**. v. 10, n. 2, p.160-7. 2020.
- MARTINS, V. *et al.* OSSEOINTEGRAÇÃO: ANÁLISE DE FATORES CLÍNICOS DE SUCESSO E INSUCESSO. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.32, n.1, p. 26-31, Janeiro/Junho, 2011.

MENDES, V.C.; DAVIES, J.E. Uma nova perspectiva sobre a biologia da osseointegração. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**, v.70, n.2, p.166-71, 2016.

MOTA, A.R. **Provisionalização imediata após instalação de implante imediato em área estética: revisão de literatura**. Monografia (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia. 31f. 2018.

SAMPAIO, V.P.R. et al. Implante imediato associado a enxerto xenógeno e provisionalização imediata em área infectada: relato de caso. **Arch Health Invest**, v.9, n.5, 2020.

SCHESTATSKY, R. et al. Implante imediato sem estabilidade primária – uma abordagem em área estética. **Full Dent. Sci.**, v. 12, n. 45, p. 44-51, 2020.

SILVA, L.M.; OLIVEIRA, T.C. ; CORRÊA, M.B. Implante Mediato X Implante Imediato: Vantagens/Desvantagens/Indicação/Contraindicação. **JNT- Facit Business and Technology Journal**. v. 1, n.28, p. 286-301. 2021.

ZANI, R.S. et al. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico . **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.10, n. 3, p. 281-84, 2011.