

FACSETE - Faculdade de Sete Lagoas

ABO – Associação Brasileira de Odontologia - Santos

Especialização em Implantodontia

DEBORA CRISTINA VIEIRA SANTANA CARRIÃO

**Implante Imediato**

Santos - SP

2017

Debora Cristina Vieira Santana Carrião

## **Implante Imediato**

Monografia apresentada à  
Facsete – Faculdade Sete  
Lagoas, como requisito para  
obtenção do Título de  
Especialista em Implantodontia,  
sob orientação do Prof. Dr.  
EDUARDO GUIMARÃES  
MOREIRA MANGOLIN.

Santos – SP

2017

Carrião, Debora e Cristina Vieira Santana

Implante Imediato. Debora Cristina Vieira Santana Carrião, 2017

26.

Referências Bibliográficas p. 24

Monografia apresentada para conclusão de curso de Especialização em Implantodontia FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS, Ano de conclusão

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Guimarães Moreira Mangolin.

Palavras chave: IMPLANTE IMEDIATO; EXODONTIA; ATRAUMÁTICA; ESTABILIDADE PRIMÁRIA.

Debora Cristina Vieira Santana Carrião

## **Implante Imediato**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do Título de Especialista em Implantodontia pela **FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS**

Santos, 14 de outubro de 2017

---

Prof. Dr. Eduardo Guimarães Moreira Mangolin

---

Prof. Dr. Presidente da Banca

---

Prof. Dr. Convidado

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – RX Mostrando Fratura .....	14
Figura 2 – Alvéolo após exodontia .....	14
Figura 3 – Implante 3.3 strauman .....	14
Figura 4 – Inserção do implante .....	14
Figura 5 – Resultado final após 6 meses (A) .....	14
Figura 6 – Radiografica após 6 meses (B) .....	14
Figura 7 - Radiografia pós operatória 1 .....	24
Figura 8 - Tomografia pós operatória 6 meses .....	24
Figura 9 - SCA KIT Neobiotech .....	30
Figura 10 - Radiografia panorâmica inicial .....	33

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 PROPOSIÇÃO .....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA .....	11
3.1 Exodontia .....	15
3.2 Osseointegração .....	17
3.3 Indicações .....	18
3.4 Vantagens dos Implantes Imediatos .....	19
3.5 Desvantagens .....	19
4 DISCUSSÃO .....	20
5 CONCLUSÃO .....	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

## RESUMO

O objetivo do seguinte trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre as principais características dos implantes imediatos, suas vantagens, desvantagens e indicações. Implantes em alvéolos frescos ou imediatos são instalados no mesmo ato cirúrgico de uma exodontia, agilizando o procedimento, otimizando o tempo, prevenindo a reabsorção óssea do alvéolo e obtendo uma grande taxa de sucesso. Para o sucesso da técnica, certos aspectos são necessários, tais como: cirurgia atraumática, preservação das paredes alveolares, curetagem do alvéolo. A estabilidade primária, também se mostra essencial para o sucesso dos implantes imediatos, sendo obtidas geralmente com instalação do implante de 3-5 mm além do ápice alveolar. Fatores que impossibilitam o tratamento, são descritos na literatura: anquilose dentária; presença de grande área de infecção; perda da tabua óssea remanescente; alvéolo muito largo. Quando comparados, as taxas de sucesso da técnica tradicional e da técnica imediata, os resultados se mostram bastantes similares. As respostas dos pacientes em relação a este tipo de tratamento é, em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar diversas vantagens, como reduzir a tensão psicológica e eliminar uma segunda cirurgia. Implantes instalados em alvéolos frescos, quando indicados corretamente, apresentam um alto índice de sucesso e a técnica está bem descrita na literatura.

**PALAVRAS-CHAVE:** implante imediato, exodontia, atraumática, estabilidade primária.

## **ABSTRACT**

The objective of this work was to make, through the review of the literature, the comparison between two types of implant-supported prostheses: those who are stopped and those with cutting retention systems. Comparison parameters, biomechanical aspects (transmission of forced forces, passive adaptation, marginal adaptation and removal) and aesthetic aspects were observed; also it has described alternative techniques that associate both types of retention systems.

**KEYWORDS:** immediate implants; exodontia; attractive primary stability

## 1. INTRODUÇÃO

Os implantes dentais têm sido amplamente utilizados para se obter uma adequada substituição dental, buscando eliminar os inconvenientes e dificuldades próprios das reconstruções protéticas, sendo uma opção viável de tratamento (misch, 2010).

No início, os implantes eram utilizados para reabilitação de áreas edêntulas e somente eram instalados de 2 a 4 meses após a extração dos dentes, devendo ficar livres de carga por um período de 3 a 6 meses, causando desconforto para alguns pacientes, devido ao uso de próteses provisórias, removíveis e prolongando o tempo de tratamento (branemark, 1977).

Porém, a necessidade de procedimentos mais rápidos, otimizando o tempo e prevenindo reabsorção do rebordo alveolar, fez com que schulte et al. (1978) relatassem uma técnica denominada "implante imediato", que consiste na instalação de implantes dentários logo após a exodontia, minimizando a reabsorção óssea.

Acompanhando esta evolução, caracterizada por altos índices de sucesso, progressos no tratamento e técnicas inovadoras, novos protocolos cirúrgicos e protéticos vêm sendo desenvolvidos, com técnicas cirúrgicas menos traumáticas, objetivando resultados estéticos satisfatórios precoces e estáveis (oliveira, 2008).

A implantodontia inicialmente preocupava-se em obter a estabilização do implante no osso alveolar remanescente, pouco se preocupando em relação ao posicionamento da futura prótese. Com o tempo, os clínicos aprenderam que a instalação de implantes em rebordos alveolares reabsorvidos resultava em próteses não aceitáveis sob o ponto de vista estético (mecall; rosenfeld, 1991).

A instalação imediata do implante poderá favorecer a confecção e o resultado estético final da prótese implanto[suportada, uma vez que o implante

imediate é instalado na mesma posição e com inclinação parecida com a do dente natural (lazzara, 1989).

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.

Também é importante avaliar a história médica e odontológica, fotografias clínicas, modelos de estudo, radiografias periapical e panorâmica, assim como tomografias computadorizadas da região a ser implantada. (becker & goldstein, 2000).

## **2- PROPOSIÇÃO**

- Analisar as indicações, vantagens e desvantagens do implante imediato.

### 3 - REVISÃO DE LITERATURA

Na década de 70, em 1977, especialmente a partir do trabalho pioneiro de per-ingvar bränemark, os implantes dentários começam a apresentar os índices de sucesso tornando-se uma alternativa confiável para reposição de perdas dentais. Bränemark estudou as propriedades de ancoragem do titânio ao tecido ósseo humano, diretamente, sem interposição de camada fibrosa, e cunhou o termo osteointegração. O protocolo colocava ênfase especial em seis fatores: material do implante, desenho do implante, acabamento do implante, condições do osso, técnica cirúrgica e condições de carga sobre o implante, sendo, este último, fator considerado crítico (christopher, 2005 e gomes junior, 2007).

Anteriormente ao desenvolvimento do conceito de osteointegração, os implantes eram normalmente submetidos à carga imediata. Eles não tinham uma boa estabilidade primária e isso impedia a osteointegração, provocando um grande número de complicações e falhas, não sendo adepta pela comunidade odontológica (rosa, 2008).

Com alguns colaboradores (albrektsson adell) bränemark (el.al, 1081) , em 1981, desenvolveu a técnica de implantação em dois estágios, criando os componentes do sistema de implantes e até o instrumental necessário à inserção. O primeiro estágio instala-se um implante inerte e esterilizado com o mínimo trauma possível. O osso cicatriza ao redor do implante por, no mínimo, três meses sem ter contato com a cavidade bucal. Após este período, a gengiva da região do implante é novamente incisada e pilares são conectados à cabeça do implante para a adaptação da prótese (oliveira, 2008).

No início da década de 80, entretanto o international team of oral implantology (iti) considerou que a submersão dos implantes não é um pré-requisito para a osteointegração e desenvolveu um procedimento de estágio único para colocação dos implantes. O sistema iti tem-se mostrado clinicamente bem-sucedido até o presente momento (kan, 2003).

Essa nova concepção fez surgir, na década de 90, outros tratamentos baseados na implantação em um único estágio cirúrgico, com aplicação imediata de carga. E, em meados dos anos 90, o centro de reabilitação brånemark, desenvolveu o sistema novum, baseado no conceito de inserção com carga imediata (regianini, 2010). Entretanto, o conceito tradicional de aguardar alguns 6 meses até a osseointegração ainda é vigente e largamente utilizado. Nesse caso, mantém-se uma prótese removível sobre o implante, minimizando o contato com a mucosa que o recobre, para evitar trauma oclusal (carvalho, 2006).

Além desses requisitos, buser (1997) e froum (2005) estabeleceram alguns critérios que devem ser obedecidos para se obter osseointegração quando da utilização do protocolo brånemark (atieh, 2009): a) a fresagem e a inserção do implante devem ser realizadas com técnica minimamente traumática, evitando o aquecimento do osso durante a preparação do sítio receptor; b) ao término da inserção do implante, deve estabilizar igual à forma inicial; c) cargas funcionais não podem ocorrer durante o período de cicatrização de três a seis meses (regianin, 2010).

Com o rompimento do protocolo original foi proposto à instalação de implantes no interior de alvéolos imediatamente à extração dentária, como forma de se evitar a reabsorção óssea alveolar e, desta forma, maximizar a quantidade de osso disponível para a osseointegração. Com isso haveria também um melhor desenvolvimento estético e funcional das próteses sobre os implantes (bustamante, 2005).

Segundo rosa (2008) o implante imediato é instalado imediatamente após a extração dentária. O meio mais eficaz de preservar tecidos moles e duros após exodontia é a imediata instalação de implantes. Além de reduzir o número de intervenções cirúrgicas e o tempo de tratamento, a inserção de implantes em alvéolo fresco pode promover uma cicatrização mais rápida e efetiva. O primeiro implante realizado após extração foi chamado de "implante imediato", ocorreu em 1978 (maló, 2003). As próteses imediatas conseguem devolver ao paciente, de forma rápida, a

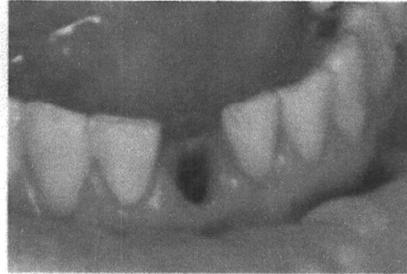
função e a estética, além de permitir visualizar com antecedência possíveis dificuldades na realização da prótese definitiva (vieira, 2003).

A crista alveolar pode reabsorver cerca de 45% após a extração dentária, com maior intensidade nos primeiros seis meses, através de uma cascata de eventos biomecânicos e histológicos complexos que ocorre durante o processo de cicatrização de uma exodontia, provocando mudanças morfológicas e fisiológicas da região (rosa, 2009). Estas mudanças podem ser reduzidas através do uso de técnicas de preservação do alvéolo, como a utilização de uma técnica atraumática de exodontia, enxertos de tecido duro e mole, ademais da utilização de uma membrana de regeneração óssea para estabilização do enxerto ósseo. Os alvéolos, que não sofreram alterações estruturais das paredes ósseas e do contorno gengival, podem receber implantes imediatos; nas situações que existam alterações dos tecidos duros, são usadas técnicas de recuperação o regeneração do alvéolo, para posteriormente, em uma segunda etapa, instalar o implante (gomes junior, 2007).

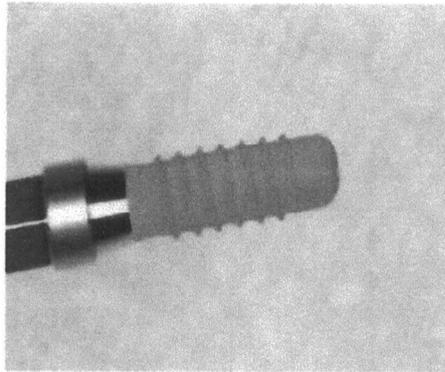
A colocação imediata do implante após exodontia pode ajudar a preservar a dimensão do osso alveolar, permitindo a instalação de implantes mais longos, de diâmetros maiores e melhorando a relação coroa-implante (maló, 2003). Como resultado, a superfície de contato osso-implante aumenta, diminuindo a quantidade de força causada pela carga oclusal na interface osso-implante e atingindo uma melhor taxa de sucesso (moraes júnior, 2012).



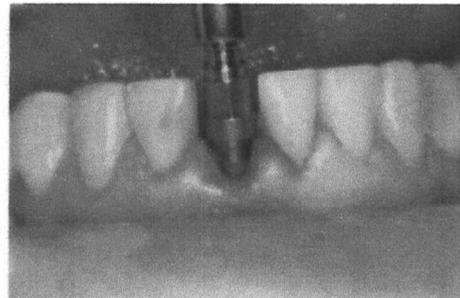
Rx mostrando fratura



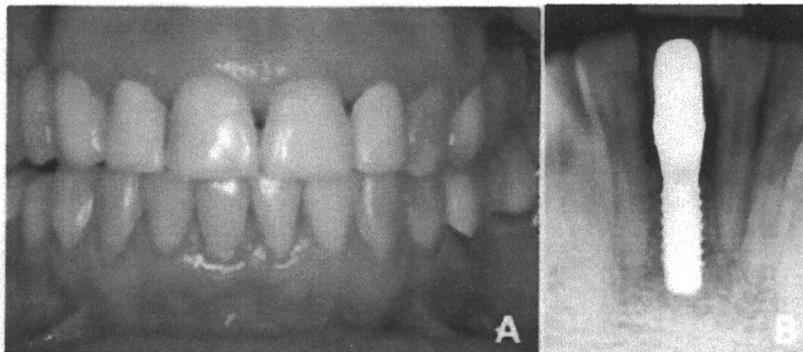
Alveolo após exodontia



Implante 3.3 strauman



Inserção do implante



Na imagem "A" resultado final após 6 meses, em B imagem radiográfica após 6 meses.( imagens de Primo et.al )

A estabilidade inicial do implante imediato é um dos fatores principais para a sobrevida do implante. Para tanto, a técnica de fresagem deve ser realizada de modo a conseguir estabilidade do implante no terço apical do alvéolo, sendo obtida com a utilização de implantes cônicos por se assemelharem ao formato da raiz, e com superfície tratada (oliveira, 2008)

Em relação ao sítio para instalação de implantes imediatos, não há evidências de que a colocação de implantes em alvéolos frescos deva ser restrita a áreas específicas da maxila ou mandíbula. Muitos estudos têm demonstrado previsibilidade de resultados em ambas às arcadas, sem diferenças

Significativas na profundidade de sondagem ou no nível radiográfico da crista óssea (gomes junior, 2007).

### **3.1 - Exodontia**

Geralmente a exodontia é o procedimento que requer mais tempo e cuidado na técnica de implante imediato. Deve ser realizada de forma a preservar as estruturas adjacentes, principalmente a parede óssea vestibular do alvéolo maxilar, que, além de ser delicada, exerce grande influência na previsibilidade do resultado estético (souza neto, 2012).

O deslocamento dos tecidos moles, durante um procedimento cirúrgico, compromete o suprimento sanguíneo para o osso, o que pode, inclusive, acarretar perda das papilas interdentais. A ausência de incisões e de retalho de espessura total evitam perdas ósseas marginais e recessões, o que representa ganho biológico para os tecidos adjacentes, além de ser um fator determinante para o bom pós-operatório cirúrgico (carvalho, 2006).

Quando a unidade dental for removida, o alvéolo deve ser desbridado de forma cuidadosa, para remoção do tecido de granulação e fibras do ligamento periodontal. As paredes do osso alveolar devem ser decorticadas para facilitar a repopulação local por células osteoprogenitoras oriundas do endóstio e uma cureta é usada para explorar a presença e localização das tábuas vestibular e palatina (gomes junior, 2007). O guia cirúrgico é então colocado em posição e a broca cirúrgica é utilizada perfurando a tábua óssea palatina do alvéolo dentário. Na região anterior da

maxila é importante evitar a instalação do implante no longo eixo do alvéolo devido a possibilidade de causar perfuração na tábua vestibular do alvéolo, comprometendo a sobrevida do implante. O eixo do implante deve ter como referência a borda incisal do dente adjacente e estar ligeiramente inclinado para palatina (moraes júnior, 2012).

Desta forma, a morfologia do alvéolo residual pós-exodontia pode complicar o ideal posicionamento do implante em alvéolos frescos. Se o dente extraído tiver significativa curvatura da raiz ou dilaceração, a instalação do implante na posição do ápice do dente culminará em estética insatisfatória. Para superar a dificuldade devido à curvatura da raiz em alvéolos frescos (oliveira, 2008).

Após constatação da presença de dilaceração radicular, a primeira fresagem para instalação do implante deve ser realizada com 1000 rpm, no ângulo da parede axial do alvéolo. O ponto preciso da entrada da broca e a angulação empregada, estão em função da relação da morfologia do alvéolo dentário com a posição final desejada para o implante. A pressão da broca deve ser aplicada apicalmente e lateralmente até a broca alcançar a estabilidade apical desejada, evitando a posição alveolar original, determinada pelo dente extraído. O implante deve ser instalado na posição ideal para reabilitação (moraes júnior, 2012).

De acordo com cauduro (2009), em área estética, a plataforma do implante deve estar no mínimo 3 mm apical a uma linha imaginária que conecta a junção cimento-esmalte dos dentes adjacentes, e apical à crista interproximal. Este procedimento pode assegurar um adequado perfil de emergência e facilitar a restauração. O torque de 40 ncm na fresa pode também ser um bom indicador da estabilidade inicial do implante. Torque excessivo não deve ser aplicado ao implante devido ao risco de comprimir excessivamente o osso adjacente, resultando em necrose óssea e perda do implante.

Algumas complicações, culminado ou não na perda do implante, podem estar presentes antes, durante ou após a instalação do implante em alvéolos frescos,

dentre eles: a diminuição em altura óssea, relacionada principalmente à utilização de próteses provisórias imediatamente após cirurgia. Para minimizar este problema os autores aconselharam o uso de próteses fixadas nos dentes adjacentes, quando possível, para eliminar o contato direto com o tecido mole. Outra complicação relatada foi a exposição precoce do implante, que em alguns casos, necessitou de intervenção cirúrgica, debridamento e fechamento primário do tecido periimplantar (bustamante, 2005).

A melhor forma de evitar complicações pós-operatórias é respeitar as contraindicações. Uma contra-indicação absoluta para a instalação de Implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório periapical agudo. Em relação à discrepância de diâmetro, quando o espaço alvéolo/implante é maior do que 5 mm, é aconselhável a realização de regeneração óssea (vieira, 2009).

Apesar da presença de complicações nos implantes imediatos, principalmente relacionados à pacientes com história de periodontite, o índice de sucesso permanece elevado e o tratamento, muitas vezes, ainda é conservador e eficaz (carvalho, 2006).

### **3.2 - Osseointegração**

A osseointegração é definida como o contato direto, estrutural e funcional, entre osso ordenado e saudável com a superfície do implante, com o implante clinicamente estável e capaz de suportar as forças mastigatórias. (branemark et al., 1985).

A osseointegração representa uma conexão direta entre o osso e o implante sem a interposição de camadas de tecidos moles. Porém, o contato direto entre o implante e o osso não ocorre 100%.

Contato ósseo com o implante necessário para considerá-lo osseointegrado levaram a uma definição de osseointegração baseada na estabilidade clínica, em vez

de se usarem critérios histológicos: "o processo pelo qual a fixação rígida clinicamente assintomática de materiais aloplásticos é realizada e mantida, no osso, durante cargas funcionais" (zarb & albrektsson, 1991).

Albrektsson et ai. Apud lindhe (1981) apresentaram informações sobre uma série de fatores importantes que devem ser controlados para se alcançar a osseointegração do implante. Esses fatores envolvem: (1) a biocompatibilidade, (2) o desenho do implante, (3) as condições da superfície do implante, (4) o estado cio sítio cirúrgico (5) a técnica cirúrgica utilizada para instalação dos implantes e (6) as condições das cargas aplicadas sobre o Implante após a sua instalação. Segundo lindhe (2010) todos esses fatores necessitam ser controlados para resultar na osseointegração do implante.

Para aumentar a estabilidade primária na região anterior da mandíbula recomenda-se estender a fixação até a sua cortical inferior. Já na região posterior de mandíbula e de maxila o ideal é que se tenha estabilização na cortical alveolar vestibular ou lingual, e se possível, nas duas, para que os resultados histológicos sejam melhores.

### **3.3 – Indicações**

- na substituição de dentes com patologias sem possibilidade de tratamento como : cárie, fraturas e reabsorções radiculares
- elementos inclusos
- agenesia dentária
- lesões apicais crônicas quando a terapia endodôntica não consegue efeito eficaz

### **3.4 - Vantagens dos implantes imediatos**

- instalação no mesmo ato cirúrgico da exodontia,
- otimização do tempo e agilidade no procedimento
- manutenção da altura e largura do osso alveolar
- regeneração dos tecidos moles

Para o sucesso dessa técnica, certos aspectos são necessários, tais como: cirurgia atraumática, preservação das paredes alveolares e curetagem do alvéolo.

### **3.5 - Desvantagens**

- presença de grande área de infecção;
- anquilose dentária;
- fratura da tábua óssea remanescente;
- presença de alvéolo largo;
- formação de gaps devido à diferença de diâmetro e a geometria entre a raiz do dente perdido e o implante;
- posicionamento inadequado do implante

#### 4 - Discussão

A substituição imediata de dentes por implantes como foi proposta há mais de 20 anos e o seu excessivo emprego atual é motivado pelo elevado nível de sucesso alcançado com os implantes osseointegrados colocados seguindo o protocolo tradicional de bränemark (carvalho, 2009 e oliveira, 2008). O implante imediato passou a ser considerado por possuir o potencial de preservar a arquitetura óssea e gengival periimplantar de maneira previsível e por reduzir o período entre a extração do dente e aplicação da prótese. Estudos sobre osseointegração têm demonstrado que essa colocação imediata de implantes em alvéolos de extração frescos pode oferecer vantagens sobre o protocolo clássico, possuindo o potencial de aumentar a aceitação do procedimento pelo paciente (atieh, 2009 e kan, 2003). Mais recentemente surgiram técnicas de instalação de implante imediato unitário que evitam o descolamento de retalhos e a utilização de membranas, e parecem preservar ainda mais a arquitetura gengival, principalmente em nível das papilas interproximais (cauduro, 2009 e gomes junior, 2007). Os implantes imediatos estão se tornando cada vez mais frequentes para os implantodontista pelo prognóstico favorável de longa duração, à redução de custo e, principalmente, pela previsibilidade estética das restaurações de implantes unitários comparados com as opções restauradoras tradicionais (christopher, 2005 e vieira, 2003). A eliminação do período de espera pela consolidação alveolar, menos sessões cirúrgicas, período mais curto de edentulismo e do tempo total de tratamento, redução dos custos gerais, preservação da altura e largura do osso alveolar com otimização dos resultados estéticos e funcionais e a redução da geração de calor durante o procedimento de colocação do implante são as possíveis vantagens significantes mencionadas (thomé, 2007 e silva, 2009). Ainda alguns estudos relatam varias indicações à aplicação do protocolo de implante imediato em situações clínicas como fraturas de raiz, complicações endodônticas-periodontais, ou fracassos de cirurgia de endodôntica, cáries de raiz largas e fracassos periodontais, dentes com patologias sem possibilidade de tratamento. Também estão indicados implantes imediatos simultâneos a extrações de caninos inclusos e de dentes decíduos (oliveira, 2008 e souza neto, 2012). Torna-se necessário compreender a dinâmica que rege os tecidos ósseos e

gingivais após a exposição do implante na cavidade bucal e sua inter-relação com os tecidos de suporte dos dentes adjacentes para redução dos riscos da atrofia gengival e a perda de altura das papilas (cFACAuduro, 2009 e gomes junior, 2007). Para o implante dentário, são necessários alguns pré-requisitos para que a implantação imediata seja indicada, como a extensão da reabsorção óssea, a morfologia do defeito ósseo e se o posicionamento do implante proporcionará angulação ideal para a finalização do trabalho com uma restauração esteticamente aceitável (moraes júnior, 2012 e regianini, 2010). A atrofia óssea, com prejuízo funcional e estético, retarda e dificulta a reabilitação protética. Com o objetivo de prevenir ou retardar a perda do volume de osso do rebordo alveolar, recomenda-se que o implante seja realizado o mais precoce possível, de forma preventiva. Esta pode ser iniciada antes que o osso alveolar edêntulo seja reabsorvido a tal grau que somente um rebordo em lâmina de faca esteja presente (rosa, 2009). Algumas pesquisas demonstraram que a modificação no desenho do corpo e da superfície dos implantes altera a qualidade do implante, com aumento do sucesso em ossos de baixa qualidade devido a uma maior ancoragem e superfície de contato osso-implante (christopher, 2005, rosa, 2008 e thomé, 2007). De acordo com rosa (2007), a cirurgia de implante imediato sem realizar retalhos é um procedimento previsível, sendo um procedimento que consome menos tempo, o sangramento é mínimo e a instalação do implante é vantajosa, não havendo necessidade de realizar suturas e remover pontos posteriormente, que ocasionalmente levam a cicatrizes ou deformações teciduais. Edema e dor podem ser evitados ou minimizados quando não há deslocamento do retalho (maló, 2003, regianini, 2010 e vieira, 2003). Cabe ressaltar a importância do implantodontista na execução do protocolo estabelecido, respaldados por métodos científicos seguros, aumentando a confiabilidade dos bons resultados estéticos e funcionais aqui observados. O risco de complicações de implante imediato à extração é pequena e seria possível desde que todos os pré-requisitos, limitações e critérios de seleção dos implantes imediatos sejam não sejam atendidos (oliveira, 2008 e rosa, 2008). Assim, os implantes imediatos mostram-se alternativa eficiente à reabilitação de elementos dentais condenados, bem como a eliminação do período de espera 16 para regeneração do tecido periodontal, manutenção da dimensão do alvéolo, eliminação da cirurgia para implantação e

especialmente, a diminuição do período com dentes ausentes, fato este que diminui custo e aumenta a aceitabilidade por parte do paciente (oliveira, 2008, rosa, 2007, egianini, 2010, souza neto, 2012 e vieira, 2003). Sua previsibilidade evidenciada pelas altas taxas de sucesso e diminuição no tempo de tratamento, mesmo quando instalados em locais com patologias periapicais e/ou periodontais, são escolha segura e eficaz, quando bem indicados. Os fatores chave para o sucesso estão em observar a correta indicação e contraindicação, além de estabelecer diagnóstico e planejamento minucioso para reabilitação com os implantes imediatos (christopher, 2005, souza neto, 2012 e silva, 2009).

## **5- Conclusão**

- Implantes instalados em alvéolos frescos ou imediatos, quando indicados corretamente, apresentam um alto índice de sucesso e a técnica esta bem descrita na literatura. Apresentam como vantagens o fato de agilizarem o tratamento, otimizando o tempo, diminuindo a reabsorção óssea e eliminando a necessidade de uma segunda cirurgia, gerando assim, um maior bem estar ao paciente. A estabilidade primária é fundamental para o sucesso da técnica. Especial atenção deve ser dado à áreas estéticas.

## Referências Bibliográficas

- ATIEH, MA; PAYNE, AG; DUNCAN, WJ; CULLINAN, MP. Immediate restoration/loading of immediately placed single implants: is it an effective bimodal approach? *Clin Oral Implants Res.* v. 20,n. 7, p. 645-59,Jul. 2009.
- BRÄNEMARK, P.-I.; ZARB, G. A.; ALBREKTSSON, T. Tissue integrated prostheses. *In:Osseointegration in clinical dentistry.* Chicago : Quintessence Publ. Co. Inc. 1985.
- BARZILAY, I. Immediate implants: Their current Status *Int. J Prasthodont*,v 6, p.169-75, 1993.
- BECKER W, GOLDSTEIN M. Immediate implant placement: treatment planning and surgical steps for successful outcome. *Periodontol*; v.47: p.79-89, 2000.
- BRANEMARK PI, HANSSON BO, ADELL R, BREINE U, LINDSTROM J, HALLEN O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl.* ; v.16: p.1-132, 1997.
- BUSTAMANTE, G. L. IMPLANTES IMEDIATOS. Programa de Especialização de Implantodontia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.
- CHRISTOPHER C. K. H. Immediate function with dental implants. *Dental Practice*, p. 156 – 166. Mar. / Apr. 2005.
- CARVALHO, N. B.; GONÇALVES, S. L. M. B.; GUERRA, C. M. F.; CARREIRO, A. F. P. PLANEJAMENTO EM IMPLANTODONTIA: UMA VISÃO CONTEMPORÂNEA. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.6, n.4, p. 17 - 22, out./dez. 2006.

- GOMES JUNIOR, R. IMPLANTE IMEDIATO COM PROVISÓRIO IMEDIATO EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: ESTUDO PROSPECTIVO DE 18 MESES. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

- KAN, Joseph Y. K.; RUNGCHARASSAENG, Kitichai, Jaime. Immediate Placement and Provisionalization of Maxillary Anterior Single Implants: 1-Year Prospective Study The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. v.18, n. 1, p. 31-38. 2003.

- LINDHE, J; KARRING, T; LANG NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. Guanabara Koogan, 4ª edição, 2005.

- MISCH, CE. Implantes dentais contemporâneos. Editora: Elsevier/Rio de Janeiro, 3ª edição, 2009.

- MORAES JÚNIOR, E. F.; MARZOLA, C.; MIZIARA, E. V.; TOLEDO-FILHO, J. L. INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UNITÁRIO NA REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA SEM O DESCOLAMENTO DE RETALHOS - ANÁLISE CLÍNICA E RADIOGRÁFICA. Pós- graduação.

- MALÓ, Paulo; FRIBERG, Bertil; POLIZZI, Giovanni; GUALINI, Federico; VIGHAGEN, Torbjörn; RANGERT, Bo. Immediate and Early Function of Brånemark System® Implants Placed in the Esthetic Zone: A 1-Year Prospective Clinical Multicenter Study. Clinical Implant Dentistry and Related Research, v. 5, n.1, p. 37 – 47, 2003.

- OLIVEIRA, A. C.; SOUZA, J. R.; THOME, G.; MELO, A. C. M.; SARTORI, I. A. M. Implante imediato unitário em função imediata – relato de caso. RFO, v. 13, n. 1, p. 70-74, janeiro/abril 2008.

- SCHULTE W, H, KLEINNEIKENSCHIEDT Linder K, SCHAREYKA R. The Tübingen immediate implant in clinical studies. Dtsch Zahnärztl Z; v.5: p.348-359, 1978.
- ROSA, M. B.; FERREIRA, S. D.; LEAHY, F. M.; DUTRA, R. A. Implante imediato após extração. PRO-ODONTO SESCAD. p. 33 -100.
- REGIANINI, L. G. IMPLANTE IMEDIATO ANTERIOR UTILIZANDO PRÓTESE IMEDIATA AUTÓGENA COM COMPONENTE MULTI FUNCIONAL (HEXTRA). de Mestre em Bioengenharia pela UNIVAP Universidade do Vale do Paraíba.
- VIEIRA, R.; CAPELARI, M. M; MARZOLA, C.; TOLEDO FILHO, J. L.; PASTORI, C. M.; ZORZETTO, D. L. G.; TOLEDO, G. L.; OLIVEIRA, M. Implantes osseointegráveis com carga imediata. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – Regional de Bauru/ 2003.