

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS  
“CIODONTO”**

**GASPAR MANOEL DO NASCIMENTO**

**IMPLANTE IMEDIATO NO DIA A DIA  
CLINICO, VANTAGENS E OS SEUS BENEFICIOS NA VIDA  
DOS PACIENTES**

**RECIFE**

**2020**

**FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE  
LAGOAS “CIODONTO”**

**GASPAR MANOEL DO NASCIMENTO**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado  
ao Programa de pós-graduação em  
Odontologia da Faculdade Sete Lagoas -  
FACSETE, como requisito parcial a obtenção  
do título de especialista em Implantodontia.**

**Orientador professor: Paulo Célio Guerreiro  
Barboza**

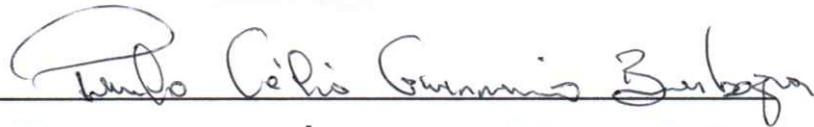
**RECIFE  
2020**

# GASPAR MANOEL DO NASCIMENTO

## IMPLANTE IMEDIATO NO DIA À DIA CLÍNICO, VANTAGENS E OS SEUS BENEFÍCIOS NA VIDA DOS PACIENTES

### ATA DE APROVAÇÃO

Artigo apresentado e aprovado em 29/06/21  
pela banca examinadora constituída pelos professores.



PROFESSOR: PAULO CÉLIO GUERREIRO BARBOZA.



PROFESSOR: MARCELO FARIAS DE MEDEIROS.



PROFESSOR: OSÉAS OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE.



PROFESSOR: WELLINGTON DE SOUZA FLÔR.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Deus, pois, sem ele nada eu poderia fazer, aos meus familiares pelo o incentivo, a cada professor pela dedicação, paciência e zelo nos ensinamentos, aos meus colegas em especial “o trio”; no qual me incluo, com o Dr. Elmo Nunes pena e Dra. Sally De Souza Brito, pelo o companheirismo no decorrer do curso, aos funcionários que com dedicação nos auxiliaram nessa jornada, a todos que direta e indiretamente contribuíram para a conclusão deste curso, meu muito obrigado a todos.

**Dedico este trabalho ao nosso Deus, o autor consumidor da nossa fé,**

**“tendo os olhos fitos em Jesus autor e consumidor da nossa fé. Hb12:2”**

## **RESUMO**

O objetivo do presente trabalho foi de realizar uma revisão de literatura sobre os implantes, em específico do implante imediato, em uma breve síntese da história e o surgimento da técnica da osseointegração, algumas vantagens e desvantagens. Os implantes imediatos são instalados logo após a exodontia, em um mesmo ato cirúrgico, dessa forma, consegue-se uma agilidade no procedimento abreviando o tempo, além de prevenir uma possível reabsorção óssea do alvéolo, essa técnica tem alcançado um grande índice de sucesso, porém, faz-se necessário observar alguns aspectos para implementação da técnica, pela possibilidade da redução do número de cirurgia, redução do tempo da extração do dente e restauração definitiva da prótese. As técnicas quando bem conduzidas obtêm uma maior previsibilidade de sucesso podendo chegar próximo do ideal.

Palavra-chave: implantes imediatos, exodontia, carga imediata, material, osseointegração, estabilidade primária.

## ABSTRACT

The objective of the present work was to carry out a literature review on the implants and implants, specifically the immediate implant, a brief synthesis of the history and the emergence of the osseointegration technique, some advantages and disadvantages. Immediate implants are installed right after extraction, in the same surgical act, thus, the procedure is agile, shortening the time, in addition to preventing possible bone resorption from the socket, this technique has achieved a great success rate, however, it is necessary to observe some aspects for the implementation of the technique, this procedure has achieved more and more acceptance among professionals, due to the possibility of reducing the number of surgery, reducing the time of tooth extraction and definitive restoration of the prosthesis. The techniques when well conducted obtain a greater predictability of success and may come very close to the ideal.

Keyword: immediate implants, extraction, immediate loading, material, osseointegration, primary stability.

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>.....</b>
2 REVISÃO DA LITERARIA.....	12
2.1 COMO SURTIU O CONCEITO ATUAL DA IMPLANTODONTIA.....	12
2.2 OSSEOINTEGRAÇÃO.....	14
2.3 IMPLANTES DENTARIOS CARGA IMEDIATA.....	16
2.4 CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE IMPLANTES.....	19
2.5 INFLUÊNCIAS DO DESEMPENHO DO IMPLANTE.....	19
2.6 VANTAGENS E DESVANTAGENS NO IMPLANTE IMEDIATO.....	20
3 DISCUSSÃO.....	21
4 CONCLUSÃO.....	23
BIBLIOGRAFIA.....	24



## INTRODUÇÃO

Vários relatos indicam que nas diversas tentativas de substituir os dentes perdidos, através de implantes dentários, fazia-se necessário o uso de diversas técnicas e materiais, com o objetivo de encontrar técnicas que pudessem substituir o dente natural, além da preocupação com a função mastigatória e uma melhor qualidade de vida, várias matérias foram usados com esse objetivo, entre estes destacamos; conchas do mar, porcelana, e até mesmo ouro (FORMETI, 2019).

O grande avanço, para técnica usada hoje, teve início com o desenvolvimento do experimento do professor Per-Ingvar Branemark, que em 1969 publicou diversos estudos, objeto de 15 anos de investigações clínicas e científicas esses experimentos obtiveram grandes resultados e a comprovação da técnica conhecida como osseointegração, que consiste em implantes confeccionados em titânio com melhores propriedades físicas e biológicas (BECKER, 2005).

O uso da técnica proporcionou um grande avanço para o aprimoramento dos implantes, que consiste na osseointegração esse tratamento consiste em uma conexão estrutural e funcional direta entre o osso vital ordenado e a superfície do implante que pode suportar a carga (FARIAS, 2015).

Os implantes tem como principal objetivo promover a reabilitação de áreas edêntulas e posteriormente a instalação da prótese que pode ocorrer entre 2 a 4 meses após a extração dos dentes, além de respeitar um período livre da carga, que corresponde de 3 a 6 meses. Nesse período os pacientes fazem uso de uma prótese provisória, que podem causar um desconforto pela espera para a finalização do procedimento (BECKER, 2005).

Observando os princípios biológicos com o aperfeiçoamento de novas técnicas que foram introduzidas na área estética dos implantes, além de biomateriais e materiais cirúrgicos, temos hoje técnicas menos traumáticas, dessa forma houve redução das complicações, atualmente com o avanço das técnicas alcançadas pelos implantes imediatos, mostrou-se mais eficaz (SILVEIRA, 2011).

A implantodontia alcançou grandes mudanças, alguns conceitos inicialmente como cicatrização foram submetidos a estudos e debates no meio acadêmico, chegando ao procedimento usado. A cicatrização submersa é indicado quando o travamento primário se dar com uma força menor de 32N aplicada. E quando a força de travamento primário for superior é possível colocar um cicatrizador. (HENRIQUES, 2012).

O processo da osseointegração, tem ganhado relevância em estudos, visto que com a cura do titânio os implantes imediatos apresentam uma cicatrização adequada nos tecidos duros, com o uso de componentes biológicos como LPRF melhoram o tempo de cicatrização (HENRIQUES,2012).

O implante imediato, consiste na aplicação do parafuso de titânio, logo após a exodontia, uma abordagem clínica muito satisfatória devido o benefício do implante ser colocado no mesmo ato cirúrgico, reduzindo um possível desconforto do procedimento cirúrgico posterior. (HENRIQUES,2012).

Algumas das vantagens, que podem se destacar é a preservação tecidual, quando bem instaladas, dentro de uma orientação ideal do alvéolo, presente no momento da colocação do implante, devem ser observados; a arquitetura alveolar e a presença do alvéolo em condições favoráveis, com isso pode se chegar a uma ótima estabilidade primária, diminuindo o tempo para reabilitação protética (TAMAR, 2015).

Podemos verificar também algumas desvantagens relacionados ao implante imediato; se houver uma discrepância entre a anatomia radicular e o design do implante, ocorre a falta de adaptação entre o leito receptor e o implante ocasionando dificuldades no procedimento cirúrgico quando comparado ao procedimento realizado em rebordos cicatrizados, além de um risco maior de infecções em razão dos processos infecciosos prévios presentes no leito receptor (TAMAR,2015).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 COMO SURTIU O CONCEITO ATUAL DA IMPLANTODONTIA

Nas civilizações antigas, há relatos dos primeiros implantes dentários, no Egito antigo os implantes eram feitos usando conchas do mar, que eram esculpidas, dentro da mandíbula, no local do dente perdido para melhorar a estética e também a função mastigatória (BECKER,2008).

Há relatos no século XVIII, que os dentes perdidos, eram substituídos por dentes de doadores humanos, implantados de forma agressiva, consequentemente o índice de sucesso era muito baixo, devido à forte resposta imunológica do receptor. Em 1809, Maggiolo trouxe um avanço na implantodontia. quando passou a fabricar um implante de ouro, instalado em alvéolo fresco, com o objetivo de moldar o osso, para após esse procedimento inserir um dente depois do período de cicatrização (FARIAS, 2015).

Além do uso de diversas matérias, tais como ouro, porcelana e a platina, o grande marco na história da implantodontia nos moldes que conhecemos hoje, ocorreu em

aproximadamente 1952, quando o professor Per-Ingvar Branemark, trabalhando numa pesquisa para a universidade de Gotemburgo, realizando um experimento científico, que consistia em desenvolver pequenos cilindros de titânio para que estes fossem implantados na tíbia de coelhos e cachorros que perderam movimentos, ou tiveram os movimentos comprometidos (TOUFER, 2016).

O estudo do professor Branemark no início consistiu em colocar um dispositivo envolto em titânio em tíbias de coelhos, o objetivo dessa pesquisa, tinha o foco em observar o processo de regeneração e cicatrização, tal observação trouxe uma grata surpresa, que gerou um grande avanço do experimento, quando observou-se que o titânio havia se fundido ao osso, a integração foi tão completa que, não foi possível fazer a remoção, devido a total integração do material ao osso (TOUFER,2016).

Através desta descoberta, surgiu um novo foco para a pesquisa, com a possibilidade de haver uma integração deste material com o organismo, partindo da integração total do titânio e o osso, surgiu então a ideia de usar esse metal para criar uma ancora para os dentes artificiais (TOUFER,2016).

Após vários anos de pesquisas e experimentos catalogados com uso do titânio ainda assim, não foi fácil convencer os médicos e os odontólogos sobre o uso desse material, mesmo comprovado a total integração com ossos, pois já havia convencido que a introdução de qualquer material estranho ocasionaria um processo de inflamação e conseqüentemente a rejeição de todo o procedimento (TOUFER, 2016).

O professor Branemark apresentou tal experimento, fundamentado em um caso concreto, o paciente possuía uma fenda palatina e malformação na mandíbula, esse quadro ocasionou a falta de dentes em sua mandíbula, esse caso foi de grande importância, pois seria o primeiro paciente com implante de titânio. Após essa intervenção, que consistia no implante de quatro pinos de titânio, que posteriormente

possibilitou ao paciente fazer uso de uma prótese, sendo acompanhada e catalogada por mais de quatro décadas, esse fato foi considerado um grande sucesso e a comprovação científica da tese (TOUFER, 2016).

Mediante vários casos de reabilitação catalogados e a comprovação do resultado, mesmo assim houve uma grande resistência por grande parte da sociedade médica, porém a tese e o estudo encontrou uma grande abertura nos Estados Unidos e Canadá, possibilitando um avanço nas pesquisas para área da implantodontia e o melhoramento do processo (FAVERANI,2018).

A implantodontia tem sido objeto de pesquisa pela sociedade, devido a possibilidade de reposição da perda do dente, possibilitando ao paciente a reintegração e a qualidade de vida (FAVERANI,2018).

Os dentistas tiveram um grande desafio, pois estão diante de um problema de escala mundial, muito comum em todas as sociedades, o implante está diretamente ligado a uma melhor qualidade de vida dos pacientes, proporcionando uma reabilitação oral, melhorando vários aspectos, principalmente na saúde, promovendo uma melhora no sistema estomatognático além do equilíbrio biopsicossocial (FORMENTI, 2019).

## 2.2 OSSEOINTEGRAÇÃO.

A osseointegração consiste no processo de conexão direta estrutural e funcional entre o osso vivo, saudável apto para receber o material e a superfície do implante que será submetida a uma carga oclusal, que deverá ser preparada para suportar as forças mastigatórias (BECKER,2005).

O titânio é o material mais indicado na confecção de implantes pelas suas propriedades biocompativas, essa técnica desenvolvida por Branemark, formada por componentes de titânio em forma de parafuso, de cobertura transmucosa, cilíndrica. A osseointegração consiste em uma conexão direta entre o osso e o implante sem a interposição de camada de tecidos moles, esse contato não se dá de forma total, ou seja 100%. Tal pesquisa tem servido de parâmetro para, basear a osseointegração na estabilidade primária, o titânio de acordo com vários estudos é o material que melhor se adaptou ao processo (BECKER,2005).

Nesse processo deve-se levar em consideração alguns critérios; ou etapas que envolvem a biocompatibilidade, o desenho do implante, condições da superfície do implante, o estado do sítio cirúrgico, técnicas cirúrgicas utilizadas para instalação, tal controle ocorre nessa ordem para se obter a osteointegração do implante (LINDHE, 2005).

O bom resultado do tratamento com implantes imediatos, depende de vários fatores, entre estes, o diagnóstico e planejamento, observando essas etapas diminui-se o número de intervenções (JUNIOR, 2016).

Para se obter o sucesso da reabilitação com implantes osseointegráveis se faz necessário observar vários fatores, dentre estes destacamos as propriedades físico-químicas da superfície, que poderá interferir nas respostas biológicas e conseqüentemente reparo ósseo da interface osso/implante. Desempenhado assim um papel fundamental para o aumento da área da superfície dos implantes osseointegráveis. As propriedades superficiais mais importantes são a topografia química, carga superficial e o molhamento (FAVERANI,2018).

## 2.3 IMPLANTES DENTARIOS CARGA IMEDIATA

No mercado existem diversos modelos e diferentes materiais que podem ser empregados, existem cerca de 600 sistemas diferentes de implantes e pelo menos cerca de 146 fabricantes, 27 novas companhias de implantes dentários que surgiram no mercado, alguns profissionais têm expressado sua preocupação sobre estes grandes números, sem freios de sistemas. Encontramos no mercado ótimas matérias com excelente qualidade, existem muitas marcas de implantes, uma pesquisa recente no ano de 2012 realizada nos estados Unidos catalogava cerca de 225 marcas de implantes, de 78 fabricantes diferentes, destas encontradas 70 marcas não eram mais comercializadas entre os 78 fabricantes, 10 podiam sustentar seus sistemas com mais de 4 estudos, de boa qualidade metodológica, e 29 tinham documentação clinica publicadas de forma limitada, o que ampliaram em muito as possibilidades do uso do material (ASBJORN, 2011).

O implante logo após a extração do dente natural, é a melhor forma precoce reabilitadora da odontologia, uma vez que é menos traumático para paciente, no mesmo procedimento, visto que o parafuso é cicatrizado junto com o fechamento do alvéolo (BISPO, 2015).

A reabsorção do osso alveolar ocorre após a perda dentaria por vários fatores dentre estes; a exodontia, traumatismo, processo patológico ou mesmo reabsorção pelo não uso de prótese, contudo é possível o aumento ósseo dessa região com aplicação de biomateriais, autógenos ou osso iofilizado (BISPO,2015).

o sucesso no procedimento ocorre quando se segue alguns critérios, no procedimento tais como; avaliar o paciente clinicamente, o histórico médico e dentário completo, fotografias clinicas, panorâmica, tomografia linear, planejamento e a previsão de todos os fatores cirúrgicos e os protéticos, necessários para o tratamento

reabilitador, são essas etapas extremamente importantes, e tendem a eliminar problemas estéticos, além da função das restaurações implanto suportadas (FARIAS,2015).

O implante de carga imediata, se dar com a instalação de um parafuso, osseointegrável em condições ideais à estabilidade primária, seguida da instalação de prótese em até 48 horas. Se faz importante destacar que o bom irrigamento no momento das frezagens minimiza as agressões de atrito das broncas, pois de acordo com o protocolo específico, a carga imediata pode sofrer futuras encapsulações fibrosas e a micro movimentação do implante que pode interferir no processo de remodelação óssea e falhas no processo de osseointegração, (FONTURA,2016).

Para ajudar no procedimento, estudos tem comprovado que o uso do plasma rico em fibrina LPRF, tem ajudado no tratamento dos implantes imediatos, tal procedimento apresenta um bom desempenho na cicatrização, o uso desse plasma quando inserido de imediato no leito cirúrgico, tem mostrando-se muito eficiente e apresentando ótimos resultados . Além das técnicas usadas, para se obter um resultado satisfatório, deve-se observar o material que será usado, em particular o parafuso escolhido para o procedimento, devendo levar em consideração o diâmetro, que deve ser compatível com o tamanho do alvéolo e de forma complementar o uso do biomaterial, estes quando usado melhora o perfil de emergência (HENRIQUES,2012).

Os biomateriais foram aperfeiçoados no uso do procedimento, hoje estão sendo produzidos com uma proposta de biocompatibilidade, a consequência é a produção de melhores próteses que são classificadas em uma interface desejada, esses biomateriais, são classificados como materiais bionertes, pois são ignorados pelos tecidos vizinhos, tal característica diminui o risco de inflamações por apresentar a função de provocar resposta biológica específica na interface do tecido. Esse material tem sua composição bem próxima da parte mineral do osso, proporcionando uma interface estável para a fixação do material implantado (FORMENTI,2019).

Outra forma, que é considerada um pouco mais invasiva, mas com um bom resultado é associar os implantes com o levantamento do seio maxilar, enxerto e colocação do parafuso, uma das técnicas, pode ser feita com osteotomos de summers (BECKER,2005).

A elevação atual do seio com a colocação de enxerto e instalação de implantes imediatos foram introduzidas por summers em 1994, uma vez que, a atrofia alveolar de altura e largura ou defeitos ósseo, impondo limites o uso de implantes osseointegrados, novos métodos para condicionamento do local, por meio de regeneração óssea guiada ou a própria expansão de rebordo alveolar permitiram a instalação de implantes em condições e com anatomias desfavoráveis (FARIAS,2015).

O acesso ao seio maxilar consiste no desgaste ósseo da parede do seio e o descolamento suave da membrana com osteotomos específicos, que poderá ser expandido através da dispersão do osso, autógeno ou mesmo ósseo iofilizado de banco de ossos resultando em uma largura suficiente para a instalação de implantes, summers também contribuiu com técnica parecida e o osteotomos específicos , para ganhar osso sem acesso vestibular, para facilitar o procedimento, criando um conjunto de instrumentos, de osteotomos.( JUNIOR, 2013).

Essa técnica, só foi possível com a utilização de instrumentos manuais, os osteótomos de summers, que tem a função de compactar o osso apical e lateral mais precisamente no local do implante.(SILVEIRA, 2011).

## 2.4 CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE IMPLANTES

Os implantes eram utilizados com o propósito de reabilitar as áreas edêntulos, tempo que variava de 3 a 6 meses para permitir a neoformação óssea e diminuir os riscos de indução de um reparo fibroso da cicatrização na interface do implante ósseo, a reabilitação oral deveria ser feita após 4 meses da colocação dos implantes na maxila e 3 meses, em mandíbula. Esse procedimento tinha como objetivo não comprometer o processo de osseointegração, de fato se respeitasse essa previsibilidade, seria obtido o sucesso da reabilitação ao longo prazo, invocando a manutenção dos implantes submersos na fase de cicatrização óssea. Os estudos tem comprovado uma grande vantagem, além da possibilidade de osseointegração seguida de apenas um único estágio cirúrgico e a colocação do implante imediato sobre implantes de titânio em maxilares edêntulos. A chave do sucesso da instalação imediata, depende de uma avaliação do prognóstico dos tecidos moles adjacentes, no qual o sucesso estético dependerá da extração à traumática e da ausência de danos de inserção (FARIAS,2015).

Os implantes imediatos são realizados logo após a exodontia, essa técnica tem se tornado uma abordagem clinica muito comum, devido a redução do tempo de cirurgias necessárias, além da ampla vantagem, principalmente no tempo da reabilitação funcional e estética (HENRIQUES,2012).

## 2.5 INFLUÊNCIAS DO DESEMPENHO DO IMPLANTE

A rigidez do osso cortical é de 10 a 20 vezes maior do que o osso trabécula em função das lamelas densas e mineralizadas, quanto maior o osso trabécula, maior a estabilidade primaria, devemos esclarecer que a expressão “qualidade óssea” é

empregada de forma incorreta, uma vez que, o osso macio geralmente é considerado de pobre qualidade para o procedimento, no entanto, não existe nada biologicamente errado com esse tipo de osso, devemos levar em consideração que a sua resistência biomecânica será menor, logo seria mais correto usarmos a expressão sobre a densidade óssea, de osso macio ou osso denso ( ABJORN, 2011).

Novas técnicas foram introduzidas em especial na área do design dos implantes, biomateriais e cirurgias menos traumáticas, desta forma foram reduzidas assim as complicações aumentando a praticabilidade alcançando assim um maior grau de sucesso pelos implantes dentais imediatos (FEVARANI,2011).

Os implantes em forma de rosca são recomendados e apresentam excelentes resultados, estes tipos de implantes são recomendados, pois aumentam a área de contato da osseointegração e ainda melhora a distribuição de forças ao tecido ósseo, levando a melhor fixação, além da saúde estomatognática do paciente (FEVARANI.2011).

## 2.6 VANTAGENS E DESVANTAGENS NO IMPLANTE IMEDIATO.

Os implantes imediatos apesar de apresentarem uma técnica mais difícil, apresentam uma série de vantagens, tais como; a preservação tecidual, quando instalado, pode ter uma orientação ideal dentro do alvéolo, dependendo da arquitetura alveolar e da presença do alvéolo em condições favoráveis, pode ser possível alcançar uma ótima estabilidade primária, essa condição é favorável, para uma arquitetura gengival, reabilitação protética, que devolve ao paciente a preservação da aparência e a autoestima (TAMAR,2015).

Algumas desvantagens, diz respeito a discrepância entre, anatomia radicular e o design do implante, a falta de adaptação entre o leito receptor e o implante, que pode

gerar dificuldades no procedimento cirúrgico. Quando comparada ao procedimento realizado em rebordos cicatrizados, além dessas desvantagens na instalação imediata de implantes, pode ocorrer ainda outros problemas, tais como; maior risco de infecção em razão dos processos infecciosos prévios presentes no leito receptor, possibilidade de haver exposição do implante, pois não se tem como, determinar a magnitude do remodelamento ósseo que acontecerá após o procedimento cirúrgico, o que pode levar a um resultado estético insatisfatório, bem como a formação de gaps, devido a diferença do diâmetro e à geometria entre a raiz do dente perdido e o implante. (TAMAR, 2015).

O implante imediato favorece a confecção e o resultado estético final da prótese, implanto suportada, uma vez que, o implante imediato é instalado na mesma posição e com a inclinação parecida com a do dente natural (TAMAR, 2015).

### 3 DISCUSSÃO

Os implantes em alvéolos frescos, tem se mostrado um tratamento com grande previsibilidade de sucesso. A utilização de implantes imediatos possui inúmeras vantagens, comparado com o procedimento tradicional, reduzindo o tempo, tratamento, tais vantagens tem sido um incentivo na escolha dos profissionais, trazendo uma maior satisfação ao paciente, além da redução da reabsorção óssea (BECKER, 2015).

Estudos detectaram que atualmente existem cerca de 600 sistemas diferentes de implantes, pelo menos 146 fabricantes em todo o mundo, 27 novas companhias de implantes dentários surgiram no mercado, alguns profissionais têm expressado sua preocupação sobre esta grande quantidade sem freios de sistemas, o alarme foi dado nos Estados, preocupados com a qualidade dos novos implantes que eram vendidos, os investigadores observaram cerca de 225 marcas de implantes e 78 fabricantes, mas também descobriram que 70 marcas não eram mais comercializadas dos 78

fabricantes, 10 podiam sustentar seus sistemas com mais de 4 estudos, de boa qualidade metodológica, e 29 tinham documentação clinica publicada de forma limitada (ASBJORN,2011).

As pesquisas sobre complicações do implante imediato, detectou que algumas destas marcas, poderiam ocasionar a perda do implante, um exemplo mais comum observado nos estudos foi a fratura do material recebido, destaca-se ainda a falta de condições de distribuições de forças de maneira satisfatória, pois apresentava uma mobilidade lateral, não sendo adequadas, para todas as áreas da cavidade bucal, na região de maxila posterior, no caso destacado, foi onde apresentou um número maior de fracasso. Além de não possuírem uma padronização. Com isso, não atingiram os critérios de qualidade, fazendo com que fossem totalmente contraindicados para qualquer reabilitação (FORMENTI, 2019).

Grandes avanços para o sucesso do implante imediato foi a descoberta da estabilidade primária que nada mais é do que o resultado do travamento mecânico do implante no osso circundante, este dependerá da qualidade e quantidade óssea, além da técnica cirúrgica e do desenho do implante. Estudos demonstraram que após um período aproximado de um ano, semelhantes resultados entre implante imediato e tardio, porém a pesquisa enfatizou as dificuldades técnicas e a necessidade de uso de biomateriais par obter os mesmos resultados, o estudos ainda enfatizaram a carência de informação sobre os resultados estéticos da técnica (SILVEIRA,2011).

A superfície de contato osso e implante influencia diretamente na sobrevida do implante a longo prazo, os resultados demonstraram que os implantes instalados imediatamente pós-exodontia tiveram uma média de 50% de superfície, sem a presença de tecido fibroso tal observação confirma que em gaps pequenos a regeneração ocorre sem interferências, graças a superfície áspera do titânio o que demonstra uma maior porcentagem de contato osso-implante quando comparada às superfícies lisa ou de textura fina para implantes imediatos( ASBJOR, 2008).

A única contra indicação observada na aplicação do implante imediato, se dar quando se observa no paciente um processo inflamatório no dente ao ser extraído, os

autores indicam a instalação do implante em alvéolos frescos após exodontia (TAMAR, 2015).

Devemos considerar que a implantodontia atingiu grandes avanços em relação ao prognóstico de sucesso da reabilitação bucal, um dos pontos se dar pelo uso do material titânio, com propriedades comprovadas biologicamente compatíveis com o organismo humano, além de suas características bionertes, promovendo para os pacientes a possibilidade de desfrutar de uma melhor qualidade de vida (FORMENTI, 2019).

#### 4 CONCLUSÃO

Tendo como ponto de partida, a presente revisão de literatura, conclui-se que a técnica estudada do implante imediato com a extração dentária se mostrou viável e vantajosa, para ambas as partes, tanto o paciente como também para o cirurgião dentista, destacamos as seguintes vantagens; a diminuição do tempo de tratamento, preservação do tecido ósseo, manutenção e estabilidade primária, o que trouxe grande aceitação por parte dos pacientes.

Para a realização dessa técnica é imprescindível um diagnóstico preciso, além de um planejamento adequado da condição do paciente, uma avaliação clínica, um histórico médico e dentário completo, fotografias clínicas, panorâmica, tomografia linear, planejamentos e previsão de todos os fatores cirúrgicos, o que proporciona maiores chances de sucesso ao procedimento e minimiza a possibilidade de erros, essa técnica requer uma seleção criteriosa do caso e um protocolo de tratamento específico, além de um alto nível de habilidade cirúrgica do profissional.

## BIBLIOGRAFIA

- Asborn Jokstand, DDD,Phd. (2008). *osteointegração e implantes dentários- congressos*. Toronto, Canada: Santos.
- BECKER, W. (22 de ABRIL de 2005). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16936671/>. Fonte: Colocação imediata do implante: diagnóstico, planejamento de tratamento e etapas de tratamento / ou resultados de sucesso.
- Bispo, L. B. (agosto de 2015). *O uso da proteína recombinante no aumento osseo em implantodontia* . Fonte: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-72722015000100006&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-72722015000100006&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt).
- FARIAS. (20 de abril de 2015). *Implante imediato: uma revisão da literatura*. Fonte: [http://www.punf.uff.br/arquivos\\_punf/tcc/odontologia/2015/1/implantesimediatoresumevi-saodaliteratura.pdf](http://www.punf.uff.br/arquivos_punf/tcc/odontologia/2015/1/implantesimediatoresumevi-saodaliteratura.pdf).
- Farias, I. B. (março de 2015). *implantes imediatos: uma revisão da literatura* . Fonte: [http://www.punf.uff.br/arquivos\\_punf/tcc/odontologia/2015/1/implantesimediatoresumevi-saodaliteratura.pdf](http://www.punf.uff.br/arquivos_punf/tcc/odontologia/2015/1/implantesimediatoresumevi-saodaliteratura.pdf).
- FEVARANI, L. P. (20 de outubro de 2018). *Osseointegrados evolução e sucesso*. Fonte: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2011v30n1/salusvitav30n12011p47-48.pdf>.
- FONTOURA, R. C. (outubro 23 de 2016). *implante imediato com carga imediata: elemento unitário*. Fonte: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5502/1/PPG\\_33723.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5502/1/PPG_33723.pdf).
- FORMENTI, N. (25 de outubro de 2019). *cirurgia Guiada em implantologia*. Fonte: [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8526/1/PPG\\_29255.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8526/1/PPG_29255.pdf).
- HENRIQUES, R. B. (22 de outubro de 2012). *Implantes Curtos: taxas de sucesso, características e factores que possibilitam uma optimização da técnica e do desempenho clínico* . Fonte: <http://hdl.handle.net/10284/3431>.
- JR, J. G. (janeiro de 2013). *Caracterização das superfícies de implantes dentais e, MEV/EDS*. Fonte: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v70n1/a16v70n1.pdf>.
- junior, G. M. (março de 2016). *Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos*. Fonte: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v73n1/a16v73n1.pdf>.
- Silveira, R. B. (20 de novembro de 2011). *metodologia de inclusão de implantes com a técnica de expansores de summers*. Fonte: <http://clivo.com.br/wpp/wp-content/uploads/metodologia-de-instalacao-de-implantes-com-a-tecnica-de-expansores-de-summers.pdf>.
- SILVEIRA, R. M. (24 de outubro de 2011). *Metodologia de instalação de implantes com a técnica de Expansores de Summers*. Fonte: <http://www.clivo.com.br/wpp/wp->

content/uploads/metodologia-de-instalacao-de-implantes-com-a-tecnica-de-expansores-de-summers.pdf.

TOUFER, A. P. (20 de outubro de 2016). *Overdenture sobre implantes em pacientes idosos*. Fonte: Repositório Institucional: <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/5505>

WESTESURY, L. (20 de JUNHO de 2006). *O mecanismo de fixação de células epiteliais ao titânio in vitro*. Fonte: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1600-0765.1981.tb00999.x>.