

FACSETE

JACKELYNE MOTA DO PRADO

IMPLANTE IMEDIATO PÓS EXODONTIA

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2019

FACSETE

JACKELYNE MOTA DO PRADO

IMPLANTE IMEDIATO PÓS EXODONTIA

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE, como requisito parcial para conclusão do curso de Implante.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Idelmo Rangel Garcia Júnior

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2019

Prado, Jackelyne Mota do
Implante Imediato Pós Exodontia / Jackelyne Mota do
Prado, 2019.
34 f.; il.

Orientador: Idelmo Rangel Garcia Júnior
Monografia (especialização) - Faculdade de Tecnologia de
Sete Lagoas, 2019

1.Implante. 2. Imediato 3. Pós Exodontia

I Título

II Idelmo Rangel Garcia Junior

FACSETE

Monografia intitulada “ **Implante Imediato Pós Exodontia**” de autoria da aluna
Jackelyne Mota do Prado

Aprovada em 23/03/2019 pela banca constituída dos seguintes professores:

Idelmo Rangel Garcia Júnior
FACSETE - Orientador

José Cláudio Maçon
FACSETE

Antônio Carlos Francisco
FACSETE

São José do Rio Preto, 23 de março de 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de pesquisa a minha família, meu esposo e filha. Aos meus pais pelo amor incondicional e apoio em todos os instantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus que iluminou meu caminho durante todo esse tempo do meu curso e não me deixou desistir em nenhum momento, o verdadeiro autor do meu destino.

Agradeço e dedico toda honra e mérito deste curso de pós-graduação a minha família, por suportarem comigo os problemas diários, pensei em desistir, mas eles sempre estiveram ao meu lado me incentivando, me apoiando e confortando.

Agradeço a todos os professores FACSETE- Faculdade de Sete Lagoas, que fizeram parte do meu conhecimento, por terem me ajudado com incentivo e conhecimentos.

Aos meus amigos, aqueles que realmente me suportaram durante o curso, pelos auxílios, pelas experiências vividas diariamente em sala de aula.

“ Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Dentro do cenário odontológico, considerando as grandes transformações tecnológicas, o presente trabalho de pesquisa pretende apresentar uma revisão da literatura apontando a evolução nos Implantes Imediatos Pós exodontia. Para tanto, tem como objetivo apontar dentro da literatura as novas tecnologias, os novos materiais odontológicos utilizados neste procedimento e, principalmente, os benefícios para o paciente. Os avanços tecnológicos da implantodontia no cenário exodôntico veio a favorecer ao paciente, segurança, rapidez, agilidade no restabelecimento procedimento, além da estética, anatomia e funcionalidade, considerando os protocolos desta área. A pesquisa se justifica por entende que de posse destes conhecimentos, o profissional responsável por cuidar da saúde bucal poderá realizar reabilitações oral com eficiência e segurança dentro dos padrões estéticos e funcionais, contribuindo para a melhoria e longevidade do tratamento.

Palavras-chaves: 1. Implante 2. Imediato 3. Pós Exodontia

ABSTRACT

Within the dental scenario, considering the major technological changes, the present research work intends to present a literature review pointing out the evolution in Immediate Implants after extraction. Therefore, it aims to point out within the literature the new technologies, the new dental materials used in this procedure and, mainly, the benefits for the patient. The technological advances of implantology in the exodontic scenario favored the patient, safety, speed, agility in the reestablishment of the procedure, in addition to aesthetics, anatomy and functionality, considering the protocols in this area. The research is justified because it understands that with this knowledge, the professional responsible for taking care of oral health will be able to perform oral rehabilitation with efficiency and safety within the aesthetic and functional standards, contributing to the improvement and longevity of the treatment.

Keywords: 1. Implant 2. Immediate 3. Post Extraction

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Condição clínica	15
Figura 02: Avaliação inicial	16
Figura 03: Index confeccionado entre transferente do implante e dentes adjacentes	18
Figura 04- Transferência do índice mais análogo do implante para o modelo de gesso	19
Figura 05: Exodontia por meio de periótomo	21
Figura 06: Exodontia com preservação alveolar	22
Figura 07: Cicatrização após 4 meses de exodontia	23
Figura 08: Procedimento cirúrgico imediato	24
Figura 09- Implante após 5 semanas	25
Figura 10- Conexão Morse	26
Figura 11: Prótese overdenture	27

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	14
2.1 Implante	14
2.2 Tipos de implante	16
2.3 Indicação	19
2.4 Vantagens e Desvantagens	20
2.5 Exodontia	21
2.6 Implante Imediato Pós Exodontia	24
3. CONCLUSÃO	30
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. INTRODUÇÃO

Pode-se considerar que as práticas de saúde bucal é uma das mais importantes para a saúde do paciente. Isso envolve a mastigação, bem como a estética, afinal, estes dois fatores fazem parte do cenário da odontologia moderna.

Buscando a excelência no tratamento com implantes e objetivando maior satisfação dos pacientes, diversas técnicas têm sido propostas para reduzir o tempo de tratamento e otimizar os resultados estéticos. Contudo, vale salientar que as técnicas devem ser utilizadas de acordo com a situação da saúde do paciente.

Objeto deste estudo e pesquisa considera a possibilidade da restauração imediata do implante, da manutenção da arquitetura óssea e gengival e da redução do tempo de tratamento são os fatores que preconizam a técnica de implante imediato pós-exodontia. Dentro deste cenário, o presente trabalho pretende aponta o Implante imediato pós exodôntico como sendo uma prática funcional de tratamento odontológico, que contribui para a restauração das funções bucais do paciente.

Vale salientar que estes procedimentos vêm sendo acompanhado da evolução tecnológica, ou seja, novas técnicas vão surgindo e melhorando o quadro funcional clínico e estético dos pacientes que necessitam destes procedimentos. Nesse sentido, a instalação de implantes pós exodontico vem se tornando um protocolo comum de reabilitação oral.

Destaca-se que alguns autores sugerem a instalação imediata, ou seja, pós exodontia por preservar arquitetura gengival, o que pode melhorar o resultado estético, diminuir o tempo de reestabelecimento do paciente e, conseqüentemente, vem a ser uma grande vantagem no protocolo de convencional de tratamento.

Contudo, vários autores optam e incentivam o implante tardio, quando o implante imediato não pode ser realizado. Nesses casos, a técnica tardia proporciona um alvéolo completamente cicatrizado, tendo um total preenchimento ósseo. Pode-se dizer que esse tipo de técnica é indicada principalmente em casos em que algum defeito ósseo pré-existente pode comprometer o resultado funcional e estético do implante.

Sendo assim, a presente pesquisa se justifica por apontar dentro da literatura como este cenário evoluiu no sentido de facilitar, tanto os procedimentos do cirurgião odontológico, quanto a satisfação de tratamento do paciente.

Para tanto, a metodologia utilizada nesta pesquisa é a pesquisa bibliográfica pois, está baseada em dados científicos visto que a quantidade de fontes é bem extensa, o que permite a observação de distintos pontos de vista. A pesquisa é uma agradável e estimulante forma de reafirmar o que já se sabe sobre o assunto e também de adquirir mais informações.

De acordo com Noronha e Ferreira (2000, p. 191) a pesquisa bibliográfica é:

Em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório do estado-da-arte sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias, métodos, subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura selecionada. Trata-se, portanto, de um tipo de texto que reúne e discute informações produzidas na área de estudo. Pode ser a própria revisão um trabalho completo, ou pode aparecer como componente de uma publicação, ou ainda organizadas em publicações que analisam o desenvolvimento de determinada área no período de um ano. NORONHA E FERREIRA (2000, p. 191)

Os estudos e pesquisas sobre o tema também foram realizados em artigos já publicados, sendo fonte desta pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Implante

Dentro do ambiente odontológico o conceito de implante responde pelo nome de OI (osseointegração). Esse conceito surgiu após estudos sobre a circulação sanguínea de BRANEMARK (1970) que em experiências com coelhos, removeu câmeras de titânio ancoradas no osso.

Posteriormente a esta experiência, bem como o entendimento acerca dessa reação óssea ao biomaterial, o pesquisador atribuiu o conceito de osseointegração como sendo a conexão direta, estrutural e funcional entre osso vital e a superfície de um implante de titânio. Ainda, de acordo com o pesquisador, esse procedimento é capaz de receber carga funcional, das mais variedades de tamanhos e formas, o que tem contribuído para a evolução e melhora dos resultados clínicos.

Dentro deste cenário e considerando as principais preocupações da odontologia com as prevenções das doenças que afetam a cavidade bucal, a maioria dos pacientes apresentam doença periodontal, traumatismos dentários, cáries, a odontologia evoluiu no sentido de implantar imediatamente próteses suportadas, através do advento da osseointegração, devolvendo ao paciente, a segurança, o conforto e a estética através de próteses. (CONCEIÇÃO, 2005; FRANCISCONE & CARVALHO 2008).

Inada & Todescan (2011) afirmam que todo tratamento dentário que envolva prótese dentária é preciso planejamento. Para os autores, o profissional precisa atuar no sentido de avaliar, direcionar a correta instalação do implante. Qualquer erro ou falha de posicionamento podem ser disfarçados ou atenuados nas próteses múltiplas, no entanto, dificilmente isso ocorre nas próteses unitárias.

Figura 01: Condição clínica



Fonte: o autor 2020

Atualmente, os procedimentos de implantodontia têm como objetivo devolver ao paciente as funções mastigatórias, o conforto, a fonética e, principalmente a estética. Mesmo que o paciente tenha alguma atrofia, doença ou lesão, o implante pode ser realizado e a reabilitação pode acontecer considerando o melhor tipo de reposição para os dentes perdidos. (PEREIRA, 2007)

No entanto, os bons resultados acontecem a longo prazo, visto que existe casos de maior complexidade e os implantes imediatos podem representar um grande desafio no cenário odontológico. Mesmo com tantos avanços tecnológicos, esses procedimentos necessitam de uma avaliação profunda de cada situação, ou seja, do estado de saúde do paciente, que vai desde a pressão arterial regular, diabetes ou outras morbidades. (MAZZONETTO, 2008)

Figura 02: Avaliação inicial



Fonte: o autor 2020

Vale salientar que as implantações imediatas ganham força pois podem ser realizadas em menor tempo, possibilita maior conforto ao paciente, invasividade menor, estabilidade dos tecidos moles e duros da região, permitindo o perfil estético adequado. (PEREIRA et. al.2007)

2.2 Tipos de implante

Segundo Misch (2007) durante anos, a única opção estética era baseada nas limitações de uma prótese parcial fixa, devido a sua facilidade clínica e tempo de tratamento.

Ainda, conforme o autor, a sobrevida do implante unitário tem mostrado que esse é o método mais previsível de tratamento para a reposição dentária, pois, além

da previsibilidade, a prótese sobre implante oferece estética, função e, em alguns casos, mais estabilidade que as restaurações tradicionais.

Sendo assim, pode-se afirmar que o desenvolvimento dos implantes osseointegrados trouxe inúmeros benefícios para a reabilitação de pacientes desdentados. Estes procedimentos que envolvem o tratamento com implantes constituem uma modalidade que pode recuperar satisfatoriamente grande parte da função e estética perdidas com a ausência de dentes. Esta recuperação tem efeito na satisfação pessoal, na auto-estima e na sociabilidade do indivíduo (BLATT, 2007).

Outro ponto que deve ser considerado na colocação de implantes dentários refere-se à condição pós-exodontia, objeto deste tudo. Após a extração, a crista óssea alveolar pode ser reabsorvida, determinando um defeito notável nos tecidos duros e moles.

Além do mais, um longo período de inatividade pode levar a redução do trabeculado ósseo, havendo maior perda óssea no primeiro ano após a extração. A fim de evitar os efeitos de remodelagem óssea na área de extração, alguns autores propuseram o posicionamento imediato de implante no alvéolo pós-extração. Tal procedimento apresenta uma sobrevida implantar compreendida entre 93,9 e 100%, resultados comparáveis ao posicionamento mediato (ROMEO & CHIAPASCO, 2008).

Outro ponto negativo observado por Schioli (2003) em relação à técnica convencional de implantes dentários é o longo tempo de demora para completar o tratamento, que pode se estender por meses e até anos. Um aspecto importante a ser avaliado na decisão pelo implante imediato refere-se ao tipo de implante a ser utilizado. É necessário considerar a forma, o desenho, o tratamento de superfície, o formato das espiras e o passo de rosca. Assim, os implantes de formato cônico promovem um melhor travamento lateral na interface osso-implante que é desejável na osseointegração (FRANCISCONE & NETO, 2009).

Frente a opção de instalação imediata do implante pós exodontia, a utilização do provisório e do componente protético definitivo no momento da inserção de tal implante se faz necessária. Segundo Conceição (2005) o provisório imediato tem o intuito de manter as estruturas anatômicas previamente estabelecidas na dentição original. Além disso, Hammerle e Jung, (2008) afirmaram que para otimizar os resultados estéticos, é recomendável o uso de provisórios sobre implantes com perfil de emergência adequados, a fim de criar e formar o tecido perimplantar antes da prótese definitiva.

Figura 03: Index confeccionado entre transferente do implante e dentes adjacentes



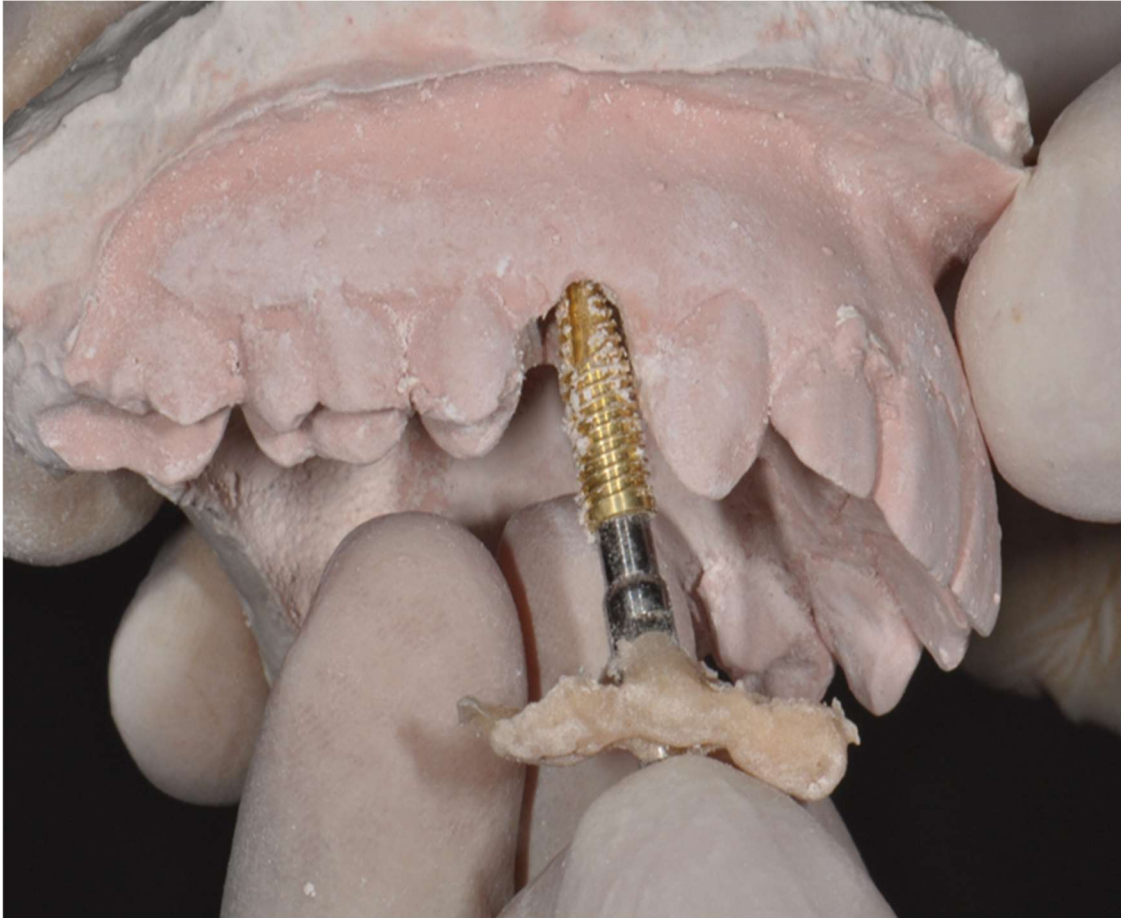
Fonte: o autor, 2020

A reabilitação definitiva e/ou provisória sobre implante pode ser fixa ou removível, cimentada ou parafusada. Frente à utilização de uma peça fixa, há a necessidade de adaptação de um intermediário protético, o qual funciona como elemento de ligação entre a prótese e o implante. (ROCHA, 2012)

As conexões mecânicas das retenções cimentadas e parafusadas são diferentes e a escolha de uma ou de outra forma de reabilitação tem um impacto no design oclusal final e afeta, diretamente, a força transmitida aos componentes e à interface osso-implante. (FRANCISCONE & NETO, 2009)

Em casos de implante unitário que receberá prótese a indicação consiste na utilização de intermediários com mecanismo anti-rotacional, em sua conexão com a cabeça do implante, fato este responsável pela manutenção das coroas em uma única posição (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Figura 04- Transferência do índice mais análogo do implante para o modelo de gesso



Fonte: a autora, 2020

Com o surgimento dos implantes cônicos com conexão interna do tipo cone morse com index protético, pois, o processo de instalação do implante, facilita o tempo cirúrgico, aumentando a resistência ao torque de inserção e possibilita ao profissional instalar a prótese tendo a previsão do posicionamento da coroa em relação ao implante.

2.3 Indicação

Embora os implantes serem associados a população idosa, por conta do envelhecimento ou perda dentária, o uso pode ser indicado em várias situações, conforme determinação do dentista. Sendo assim, o implante pode ser indicado em várias situações, podendo trazer impactos positivos na saúde, bem como na qualidade de vida. (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Conforme afirmam os autores supracitados, o implante imediato é indicado para as situações nas quais envolvem a perda de um ou mais dentes, quando o paciente está insatisfeito a sua mastigação, bem como não conseguiu se adequar a outros métodos. (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Outras situações são apontadas como casos para o procedimento de implantes: dentes com doença periodontal avançada, dentes com falhar irreversíveis ao tratamento endodôntico, fraturas radiculares e também, cáries avançadas a margem gengival. (PECORA, COVANI & SCHIFFERLE, 1996).

Vale destacar que as contraindicações precisam considerar dois aspectos: o sistêmico e o local. Os autores supracitados afirmam que alguns estados patológicos como diabetes, hematopatias e cardiopatas precisam de muita atenção. Estado febril ou inflamações no local também devem ser curadas para que se possa realizar o procedimento de implantes imediatos. (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Alguns autores consideram que a supuração ou infecção periapical extensa do dente é caso de contraindicação a extração imediata e instalação do implante, o que contradiz outros pesquisadores que relatam resultados satisfatórios para os procedimentos citados, mesmo com locais infectados cronicamente. (PECORA, COVANI & SCHIFFERLE, 1996).

2.4 Vantagens e Desvantagens

Segundo Rocha (2012) as vantagens da técnica de carga imediata compreendem: eliminação do segundo estágio cirúrgico, redução do tempo de tratamento, ganho estético e funcional devido à reposição protética imediata, melhora da autoestima e satisfação do paciente.

Como desvantagens, este mesmo autor considera: sessão cirúrgica/protética mais longa, dificuldade para realização de procedimentos protéticos na presença de sangue e dependência de agendamento com o laboratório. No caso apresentado tais desvantagens puderam ser superadas pela adoção de uma técnica indireta de confecção de provisório. NETO e CARLUCCI (2011)

De acordo com Rouck et. al. (2008) o implante imediato traz mais benefício que os implantes tardios. O autor considera que esse processo reduz o tempo de

tratamento, o número de procedimentos cirúrgicos, equilíbrio emocional do paciente, disponibilidade óssea para ancoragem dos implantes, otimização de estética e melhor relação interarcos.

No entanto, existem algumas desvantagens, ou seja, maior risco de infecção nos alvéolos, presença de espaços entre implantes, necessidade de deslocamento de retalho para recobrir o implante, reabsorção das paredes ósseas do alvéolo, seja por doença ou por danos decorrentes da exodontia. (ESPÓSITO et al.; 2010)

Muitos pesquisadores acreditam que a instalação imediata pode contribuir para preservar e, principalmente, diminuir os riscos para a saúde do paciente.

2.5 Exodontia

Dentro da odontologia, a exodontia é considerada um procedimento cirúrgico buco-maxilo-facial, ou seja, da retirada de dentes por instrumentos especializados e técnicas adequadas. Considerada a mais antiga das práticas odontológicas, a exodontia está literalmente ligada ao surgimento de cáries. Trata-se de uma intervenção invasiva que remove o tecido mole por meio de uma estreita abertura, acometida de sangramento em uma área inundada da saliva. (GRAZIANI et. al 1986)

Figura 05: Exodontia por meio de periótomo



Fonte: o autor, 2020

Ainda, para o autor supracitado, a extração de dentes acomete-se de algumas dificuldades, principalmente quando vem acompanhada da falta de acessibilidade, por divergências nas curvaturas, alterações na raiz, fragilidade por cáries, ou até mesmo quando o paciente passou por tratamento endodôntico por muitos anos e os dentes ficaram frágeis.

Figura 06: Exodontia com preservação alveolar



https://www.google.com/search?q=imagem+exodontia&rlz=1C1CHBD_pt-PTBR885BR885&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwjn1smp69foAhX3GrkGHVnOCS4Q_AUoAXoECAwQAw&biw=1366&bih=625#imgrc=bHhu0OdiOYXdTM

Estudos realizados em Botticelli et. al. (2006) possibilitaram verificar que após a exodontia, parte do osso cortical é substituído por osso trabecular e medular. Sendo assim, os primeiros meses são críticos, considerando o alto índice de reabsorção óssea que ocorre no alvéolo. De acordo com o autor, isso pode ocorrer tanto na direção vertical quanto na horizontal. Essa reabsorção pode comprometer em cerca de 45 % o osso alveolar, dificultando o prognóstico da restauração final. (BOTTICELLI et. al , 2006).

Posteriormente a esta linha, existe uma probabilidade de redução de 5 a 7 mm da crista horizontal ou vestibulo-lingual, que pode ocorrer num período de 6 a um ano. Chen et al. (2004). Porém, a maioria dessas alterações acontecem entre 4 meses de cicatrização.

Conforme apontam os estudos de Araújo et. al. (2005) durante as fases iniciais de cicatrização ocorrem as alterações dimensionais. Para o autor, no intervalo de 8 semanas, acontece uma atividade marcante que é a osteoclática, na qual acontece a reabsorção das cristas vestibular e lingual. (ARAÚJO et. al. 2005). Os estudos do autor apontam que a redução em altura é mais marcante na parede vestibular que na lingual, contudo, as alterações em largura e altura da crista alveolar ocorrerá nos procedimentos de exodontia múltiplas quanto nas unitárias.

Figura 07: Cicatrização após 4 meses de exodontia



Fonte: o autor- 2020

E é nesse cenário que alguns autores sugerem a instalação imediata, afinal, este procedimento traz muitos benefícios aos pacientes, uma melhora na estética e menor tempo no tratamento. (CHEN et al.,2004; ARAUJO et al., 2005; BOTTICELLI et al., 2008).

2.6 Implante Imediato Pós exodontia

Historicamente, as primeiras técnicas de implantes imediato pós exodontia foram nomeadas e descritas por Schulte & Heimke (1976) em seus estudos. Atualmente, existem várias terminologias como imediatos, recente, tardio e maduro para descrever o procedimento que acontece pós extração do dente. Quanto as classificações, estas estão relacionada a cicatrização tecidual e previsibilidade para a realização de tais procedimentos. SCHULTE et.al (1976).

Contudo, nas bibliografias estudadas verificaram-se que os procedimentos cirúrgicos e imediatos após a exodontia, devem ser considerados implantes imediatos, ou seja, os implantes precoce, os tardios e os implantes instalados após 6 meses de cicatrização, conforme pode ser observado na figura 03:

Figura 08- Procedimento cirúrgico imediato



Fonte: o autor, 2020

Mas, outras pesquisas definiram implantes imediatos como sendo aqueles que acontecem entre 3 a 15 dias, após a exodontia. Quanto os implantes tardios, esses acontecem entre 65 e 168 dias. (POLIZZI et. al.,2000). O pesquisador aponta ainda que os implantes tardios são aqueles que acontecem entre 3 a 5 semanas de cicatrização do alvéolo de acordo com a figura 04:

Figura 09- Implante após 5 semanas



Fonte: o autor, 2020

Em Chen et. al. (2004) verificou-se que o termo precoce foi usado para descrever os procedimentos de implantes que ocorriam após a cicatrização inicial do tecido mole, contudo, antes do preenchimento ósseo do alvéolo.

Outras classificações surgiram para determinar o que seria implante imediato e foi em Quirynem et. al (2007) que verificou-se que imediato é aquilo que acontece logo após a exodontia dentária, ou seja, no mesmo instante. Contudo, o especialista sugeriu a verificação e classificação dos tecidos moles ou duros para o procedimento.

Dentro desta temática, verificou-se que os implantes podem ser divididos conforme o formato ou tipos de conexões protéticas, quanto ao tratamento de superfície, bem como a rugosidade. Já os formatos podem ser cônicos, cilíndricos ou híbridos. Quanto as conexões, estas podem ser hexágono externo, interno ou conexão morse. (ROCHA, 2012)

Figura 10- Conexão Morse



Fonte: o autor, 2020

Existem outros tipos de implante que podem ser realizados no pós exodontia, objeto deste estudo. Contudo, o que mais é utilizado é o implante ósseo integrado. O implante ósseo integrado acontece por meio cirúrgico diretamente no osso maxilar e a integração ao osso pode levar de 4 a 6 meses. No entanto, vale destacar que após esse período, uma nova cirurgia pode ser necessária para ligar o implante ao meio bucal. (ROCHA, 2012)

Esse implante pode acontecer através da prótese protocolo implanto suportada e implanto retida, fixada sobre 4 a 8 implantes em média. Esse tipo de implante é realizado pelo dentista e é somente ele que tem o conhecimento para direcionar o procedimento. Oferece ótima estética e segurança, principalmente para aqueles que optaram por não usar a dentadura.

A prótese Overdenture consiste num procedimento mais barato que a protocolo pois exige menos implantes e é feita em resina. Esse tipo de prótese é como uma dentadura que possui encaixes conectivos, os quais possibilitam a estabilidade e retenção. Para o paciente, esse tipo de prótese é mais fácil de higienizar e manusear pelo paciente. (ROCHA, 2012)

Figura 11: Prótese overdenture



Fonte: <http://luigustavoleite.com.br/blog/protese-overdenture/> Acesso em 08 de abril de 2020

Dentro dos procedimentos de implantes, o comprimento e o diâmetro são importantes fatores, tanto para o contato como a ancoragem ao tecido ósseo. O diâmetro pode ser considerado mais importante que o comprimento. Contudo, o comprimento demonstra importância na questão de transmissão de força ao osso. Pode-se afirmar que o formato do implante, a geometria pode afetar a interação entre o material e o osso. (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Quanto a estabilidade do implante imediato a sua instalação, está é conhecida como estabilidade primária e depende da ancoragem óssea, cuja forma depende da macroscópica, da geometria e da presença de roscas para acontecer. (MISCH, 2007; FRANCISCONE & NETO, 2009; ROCHA, 2012)

Outro ponto a ser considerado é o fato de que a confecção do provisório de forma indireta favorece a área recém operada, protegendo-a de possíveis contaminações provenientes do material utilizado na manipulação de tal coroa.

De acordo com Neto e Carlucci (2011) quando se planeja trabalhar com restaurações provisórias sobre implantes colocados em alvéolos frescos é importante alcançar valores de torque iguais ou superiores a 45Nc, podendo ser possível garantir uma boa estabilidade primária.

Segundo Gallucci (2007) quando houver indicação de extração de um elemento dental seguida de instalação de implante com temporização imediata se faz necessário: remoção atraumática, posicionamento e inclinação corretos do implante e harmonização do componente protético em relação ao implante.

Ainda, para o autor, os intermediários desta linha possuem, na extremidade da conexão cônica, um indexador hexagonal que favorece o encaixe e permite o efeito antirrotacional da prótese sobre o implante (indexação protética), permitindo a perfeita adaptação entre os mesmos e proporcionando ainda mais segurança, rapidez e versatilidade dos trabalhos clínicos e laboratoriais.

Segundo Pedrola (2011) realizar carga imediata em implantes unitários consiste em colocar uma coroa provisória de acrílico em infraoclusão de forma que não haja contato em máxima intercuspidação e nem nos movimentos excêntricos. Da mesma forma, Pereira *et al.* (2005) observaram a necessidade de eliminar totalmente os contatos oclusais após a instalação de provisório imediato.

Apesar de Francischone e Neto (2009) afirmarem que o implante cônico apresenta superfície funcional menor com roscas menos profundas, para Bianchini (2010) o implante cônico está indicado para alvéolos de dentes recém extraídos porque seu desenho é o que mais se aproxima da forma do alvéolo, diminuindo as distâncias entre a fixação e o remanescente ósseo, facilitando a ancoragem e minimizando a necessidade de grandes regenerações ósseas.

Tal observação vai contra aos estudos de Joly *et al.* (2010). Para estes autores o desenho dos implantes influencia na manutenção da integridade das papilas e da crista proximal, após a implantação imediata. Segundo eles, em casos imediatos, a escolha recai sobre implantes com plataforma reduzida, que favorecem a criação de um espaço horizontal que minimiza a reabsorção óssea relacionada a formação do espaço biológico.

Segundo eles, mesmo com a preservação do osso proximal, ainda assim, as papilas não preenchem completamente os espaços proximais. Desta forma, sugerem que o preenchimento dos gaps com matriz mineral inorgânica associada ou não a osso autógeno, seja feito em todos os casos com o objetivo de alcançar estabilização

do contorno alveolar e, conseqüentemente, da mucosa peri-implantar. Para Joly *et al.* (2010) implantes com desenhos festonados, que simulam o contorno JCE proximal, mostram resultados clínicos promissores, apesar da dificuldade técnica de inserção deste tipo de implante.

3. CONCLUSÃO

Após a leitura das publicações existentes sobre implantes imediatos pós exodontia, pode-se verificar que esta prática pode evitar muitos contratempos na saúde do paciente. Primeiro porque preserva a altura e espessura óssea, podendo manter a arquitetura gengival e reduz tempo e custos deste tratamento.

Dentro do mesmo procedimento, pode-se manter a estética e, conseqüentemente a reabilitação protética, diferentemente do que acontece aos implantes em reborcos já cicatrizados. No entanto, é importante salientar que o processo de exodontia deve acontecer de forma atraumática, afinal, esta pode preservar ao máximo o tecido ósseo da arquitetura gengival do paciente.

Foi observado também, que o planejamento do implante imediato pós exodontia deve acompanhar os protocolos exigidos pelo ministério da saúde, que prevê, primeiramente o estado de saúde do paciente e a maneira com que esse procedimento vai ser feito. Nesse cenário, é importante considerar a estabilidade primária para que aconteça a junção anelo cementária dos dentes vizinhos. Isso para que o resultado seja satisfatório, tanto para o paciente quanto para o dentista que propôs o procedimento.

Vale considerar que a colocação de implante imediato pós exodontia, ou seja, após a extração dentária deve ser indicada principalmente para pacientes que necessitam de um pronto estabelecimento bucal, ou seja, a função bucal e estética.

Considera-se que não existe na literatura estudada a superioridade de um tipo de implante imediato pós exodontia em relação a outro, porém, existe uma correta indicação para cada caso. Evidencia-se também que os implantes imediatos e precoces podem ser uma alternativa para a abreviação de tratamento. Contudo, existe maior risco do que nos implantes tardios.

Observou-se que o implante imediato é uma técnica sensível e pode ser mais fácil de ser executado, sendo restrito aos profissionais qualificados, afinal a escolha clínica deve ser no sentido de utilizar o melhor momento dos tecidos moles, para que se possa proporcionar uma excelente estética, porém, evitando a perda de volume alvéolo.

Sendo assim, acredita-se que o momento para a instalação em zonas estéticas é um fator de grande importância, tendo a necessidade de ser cuidadosamente

escolhido para que não ocasione recessões gengivais consideráveis e que pode comprometer o trabalho restaurador final.

Portanto, a implante imediato pós exodontia deve ocorrer especialmente quando a parede vestibular, o biótipo gengival for espesso e o alvéolo apresentar residual ósseo apical para o travamento do implante. Esse procedimento, sem dúvida, é o mais vantajoso para o paciente. Reflete-se que em casos de ausência de tecido mole e nos casos de infecção periapical o implante imediato também é indicado.

Os estudos encontrados mostraram que muitos autores apontam que que fatores como uma morfologia desfavorável do alvéolo, inadequada quantidade de tecido duro para a ancoragem dos implantes e defeitos ósseos são contra indicativos para a instalação dos implantes imediatos.

No entanto, a técnica quando bem escolhida, pode produzir resultados de sucesso em comparação aos implantes em locais já cicatrizados, trazendo benefício psicológico para o paciente, evitando a ansiedade, diminuindo até mesmo a não convivência social do mesmo.

Contudo, revela-se que não existe um consenso dentro da literatura em relação ao implante imediato pós exodontico, necessitando assim mais estudos para melhorar e completar a conclusão.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, M. G .; LINDHE, J. Alterações dimensionais da crista após extração dentária. J Clin Periodontol 2005; 32: 212-218.

BIANCHINI, M.A. O passo a passo cirúrgico na implantodontia: da instalação à prótese. São Paulo: Santos; 2010. 364p.

BOTTICELLI, D. LINDHE, J. Formação de tecido ósseo adjacente a implantes colocados em soquetes de extração frescos: um estudo experimental em cães. Implantes orais clínicos. Pesquisa 2006; 17, 351-358.

BLATT, M. Análise e interpretação da ciência biomecânica nas próteses sobre implantes: prótese total fixa, prótese parcial fixa, overdenture, conexões dentes-implantes e PPRs associadas a implantes osseointegrados. SP Monografia de Especialização. Bauru: Fundação de Odontologia Bauruense de Estudos Odontológicos – Faculdade de Odontologia de Bauru – Universidade de São Paulo: 2007.

BRANEMARK. PI, Breine U, Adell R, Hansson BO, Lindström J, Ohlsson A. Ancoragem intra-óssea da prótese dentária I. Estudos experimentais. Scand J Plast Reconstr Surg, 1970; 9-75.

CONCEIÇÃO E.N. Restaurações estéticas: compósitos, cerâmicas e implantes. Porto Alegre: Artmed; 2005. 308p.

CHEN, S.T .; WILSON J., T. G .; HAMMERLE, C. H. F. Imediato ou Precoce Colocação de Implantes Após Extração Dentária: Revisão da Base Biológica, Clínica Procedimentos e Resultados. O International Journal of Oral and Maxillofacial Implants 2004; 19: 12-25.

DE ROUCK, T., COLLYS, K. COSYN, J. (2008). Substituição de dente único no Maxila Anterior por Meio de Implantação Imediata e Provisionalização: A Reveja. J implantes orais Maxillofac 2008; 23: 897-904.

ESPOSITO, M .; GRUSOVIN, M. G .; POLYZOS, I. L .; Felice, P .; WORTHINGTON, L. **Momento da colocação do implante após a extração do dente: imediato, com retardo imediato ou implantes atrasados? Uma revisão sistemática da Cochrane.** European Journal Oral Implantology 2010; 3 (3): 189–205.

FRANCISCHONE, C. E, CARVALHO P.S.P. **Prótese sobre implantes: planejamento, previsibilidade e estética.** São Paulo: Santos; 2009. 289p.

FRANCISCHONE, C.E, NETO, A.M. **Bases clínicas e biológicas na implantologia.** São Paulo: Santos; 2009. 256p.

GALLUCI, G.O, et. al. **Influência da carga imediata do implante na morfologia dos tecidos moles peri-implantar na maxila desdentada.** Int J Oral Maxillofac Implants. 2007.22: 595-602.

GRAZIANI, et al. 1986

HAMMERLE C, JUNG. R. **Tratamento protético dos implantes na zona estética: princípios gerais e documentação científica.** In: Buser D, Belser UC, Wismeijer. ITI Treatment Guide: implantes em áreas estéticas ITI Treatment Guide. São Paulo: Quintessence; 2008. p. 38-46.

INADA E, TODESCAN FF. **Implante imediato com carga imediata na zona Protocolos clínicos estética – Fase protética – Parte II.** 2007; 61(6): 427-432.

JOLY, J.C, CARVALHO P.F.M, SILVA RC. **Reconstrução tecidual estética: procedimentos plásticos e regenerativos periodontais e Peri-implantares.** São Paulo: Artes Médias; 2010. 693p.

MAZZONETTO, R. **Reconstruções em Implantodontia: para o sucesso e previsibilidade.** Nova Odessa, Napoleão. 2008.

MISCH, C.E. **Prótese sobre implantes.** São Paulo: Santos; 2007. 625p.

NETO AM, CARLUCCI CL. Provisórios imediatos sobre implantes cone morse. J Ilapeo. 2011; 2 (6): 8-12.

PECORA G, ANDREANA S, COVANI U, DE LEONARDIS D, SCHIFFERLE RE. Novos rumos em endodontia cirúrgica; Implantação imediata em um local de extração. J Endod, março de 1996; 22 (3): 135

PEDROLA F. Implantodontia oral: alternativas para uma prótese bem-sucedida. Rio de Janeiro: Revinter; 2011. 225p.

PEREIRA-Filho VA, Hochuli-Vieira E, Gabrielli MAC, Queiroz TP, Chávez OFM. Distração osteogênica mandibular para instalação de implantes: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2007; 7(1):51-58.

PEREIRA RE, Guilherme AS, Freitas GC, Arruda M, Castro FM, Antunes DE. Implante unitário imediato Iti-Te com instalação imediata de coroa provisória utilizando o monta-implante: relato de caso clínico. Rev Bras Implant Prótese Implant. 2005; 12 (46): 129-36.

POLIZZI, G .; GRUNDER, U .; GOENÉ, R .; HATANO, N. Imediato e atrasado Colocação do implante nas cavidades de extração: um relatório de 5 anos. Implantes Clínicos Odontologia e Pesquisa Relacionada 2000; 2: 293-99.

QUIRYNEN, M .; Van Assche, N .; BOTTICELLI, D .; BERGLUNDH, T. Revista Internacional de Implantes Orais e Maxilofaciais 2007; 22: 203–223.

ROMEO E, CHIAPASCO M. Reabilitação oral com prótese implantossuportada para casos complexos. São Paulo: Santos; 2008. 494p.

SCHIROLI G. Extração Imediata de Dente, Colocação ® de um Implante Cônico de Rosca e Provisionalização na Zona Estética: Um Relato de Caso. Impl. Odontologia. 2003; 12 (2): 123-129.

SCHULTE, W .; KLEINEKENSCHIEDT, H .; LINDER, K .; SCHAREYKA, R. O Implante imediato de Tübingen em estudos clínicos. Dtsch Zahnärztl Zeitschr 1978; 33: 348-359.