

FACSETE

MONIQUE TAIANY BRANDANI

TÉCNICA CIRÚRGICA PARA INSTALAÇÃO DOS IMPLANTES

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

MONIQUE TAIANY BRANDANI

TÉCNICA CIRÚRGICA PARA INSTALAÇÃO DOS IMPLANTES

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE como requisito parcial para conclusão do Curso em Implantodontia

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Antonio Carlos Francisco

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2017

Brandani, Monique Taiany
Técnica cirúrgica para instalação dos implantes / Monique
Taiany Brandani, 2017

Orientador: Antonio Carlos Francisco
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de
Sete Lagoas, 2017

1. Extração dentária 2. Implante imediato
 - I. Título
 - II. Antonio Carlos Francisco

FACSETE

Monografia intitulada “*Técnica cirúrgica para instalação dos implantes*” de autoria da aluna Monique Taiany Brandani, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Esp. Antonio Carlos Francisco
FACSETE - Orientador

Prof. Dr. Idelmo Rangel Garcia Junior
FACSETE

Prof. Esp. Clarissa Estefani Segato
FACSETE

São José do Rio Preto, 14 de setembro de 2017

Dedico este trabalho ao meu maior patrimônio minha família, que estiveram comigo do início ao fim desta etapa.

RESUMO

O objetivo do seguinte trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre as principais características dos implantes imediatos, suas vantagens, desvantagens, indicações e contraindicações. 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. Utilização de técnicas atraumáticas é uma dos requisitos para esta técnica, para fornecer um maior índice de estabilidade primária para o implante, se mostrando essencial para o sucesso dos implantes imediatos, sendo obtidas geralmente com instalação do implante de 3-5 mm além do ápice alveolar. Para um perfil de emergência em região estética pode ser obtido através da inserção do implante 1-3 mm apical á crista óssea adjacente. Quando comparados, as taxas de sucesso da técnica tradicional e da técnica imediata, os resultados se mostram bastantes similares. A resposta dos pacientes em relação a este tipo de tratamento é em sua grande maioria, satisfatória, por apresentar diversas vantagens, como redução da tensão psicológica e eliminação de 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: Extração dentária; Implante imediato, implantes dentários; Osseointegração; Cirurgia Bucal; Exodontia atraumática; Estabilidade primária.

ABSTRACT

The aim of the following study was to conduct a literature review on the main features of immediate implants, advantages, disadvantages, indications and contraindications. Implants in fresh alveoli or Immediate implants are best installed in the same surgical act of an extraction, streamlining the procedure, optimizing the time, preventing bone resorption of alveoli and getting a great success rate. Atraumatic technique is a requirement for this procedure, to provide a greater primary stability index for the implant, if showing essential to the success of immediate implants, being usually obtained with 3-5 mm implant installation beyond the apex of the alveolus. For an emergency profile in aesthetic region can be obtained by inserting the implant 1-3 mm apical to the adjacent bone crest. When compared, success rates of traditional technique and immediate implants, the results are similar enough. The response of patients in relation to this type of treatment is most often satisfactory, by presenting several advantages, such as reducing the psychological tension and elimination of a second surgery. Implants installed in fresh alveoli, when indicated correctly, have a high success rate and it is well described in the literature.

KEYWORDS: Tooth extraction; Immediate implant, Dental implants; Osseointegration; Oral Surgery; Atraumatic Extraction; Primary stability.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Breve história da implantodontia	10
2.2	Osseointegração	11
2.3	Planejamento de reabilitação com implantes dentais	12
2.4	Cirurgia para instalação de implantes	13
2.5	Implantes imediatos	14
2.6	Implantes na zona estética	14
2.7	Implantes na região posterior	15
2.8	Indicações e contra indicações	16
3	DISCUSSÃO	19
4	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O crescente desenvolvimento tecnológico da implantodontia apresenta aos profissionais da área odontológica um desafio, que consiste na busca de uma arquitetura gengival estética, que satisfaça os objetivos do profissional dentro do planejado e, também, o resultado esperado pelo paciente que é submetido a esse tipo de tratamento. Os implantes dentais têm sido amplamente utilizados para se obter uma adequada substituição dental, buscando eliminar os inconvenientes e dificuldades das reconstruções protéticas, sendo uma opção viável de tratamento (MISCH, 2010).

Os primeiros implantes eram indicados 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, 1997). 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.

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 pois o tempo de tratamento é reduzido, a reabsorção óssea é minimizada, otimização da função e a estética desde a primeira cirurgia instalado na mesma posição e com inclinação parecida com a do dente natural (LAZZARA, 1989) . Além disso, o paciente apresenta uma maior satisfação por reduzir a tensão psicológica e eliminar a segunda cirurgia para a instalação de implantes. O diagnóstico correto e o plano de tratamento são fatores fundamentais para o sucesso na instalação de implantes e da instalação da prótese 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 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Breve história da implantodontia

A história dos implantes dentários vem desde o tempo do Egito Antigo, quando conchas do mar eram esculpidas, dentro da mandíbula, no local do dente perdido. Alguns cientistas acreditam que além da função estética, estas conchas também tiveram função mastigatória (BECKER, 1999). No século XVIII, relatos afirmam que o dente perdido, muitas vezes, era substituído por dentes de doadores humanos. A implantação era feita de forma agressiva, e o índice de sucesso era extremamente baixo devido à forte resposta imunológica do indivíduo receptor. Em 1809, Maggiolo fabricou um implante de ouro que era instalado em alvéolo fresco, como uma forma de moldar o osso, para posteriormente inserir um dente após o período de cicatrização.

Em 1887, um médico chamado Harris tentou realizar o mesmo procedimento com um pilar de platina ao invés de ouro. Em 1886, Edmunds foi o primeiro a implantar um disco de platina no osso mandibular e fixar uma coroa de porcelana posteriormente, demonstrando esta experiência na Primeira Sociedade Odontológica de Nova York. Após esta fase inicial, vários experimentos utilizaram diferentes ligas de metal e tipos de porcelana, para implantação em osso, objetivando a substituição de dentes. No entanto, o sucesso a longo prazo era ainda pequeno (TAYLOR & AGAR, 2002). Vários materiais e técnicas foram desenvolvidas, desde implantes em formato de cesta, laminados, justa-ósseos, agulhados, até o desenvolvimento dos implantes rosqueáveis. Inúmeros materiais foram testados como o alumínio, a prata, o latão, o cobre, magnésio, o ouro, aço e o níquel.

Os implantes usados compostos de cromo cobalto não suporta a aplicação de forças laterais de qualquer intensidade elevando quebra inter-espaciais, foram utilizados, também, os implantes em formato de lamina feitos de cromo, níquel ou vanádio e o tântalo em agulhados, até o uso de titânio nos implantes rosqueáveis (MISCH, 2010). O grande avanço na implantodontia oral foi alcançado em 1952 no laboratório de microscopia vital da Universidade de Lund, na Suécia, por uma equipe de pesquisadores suecos coordenados pelo Dr. Per Ingvar Brånemark, um cirurgião

ortopédico. Em uma de suas pesquisas ele estudou a cicatrização óssea, por microscopia óptica, em coelhos.

A equipe do Dr. Bränemark desenvolveu uma câmara óptica constituída de titânio, a qual era parafusada no osso fêmur para facilitar a observação da osteogênese. Após alguns meses, eles perceberam que o cilindro de titânio estava fusionado ao osso, nomeando este fenômeno de osseointegração. Baseado nestas observações, Dr. Bränemark direcionou suas pesquisas para a aplicação do titânio em osso humano. O titânio foi utilizado em forma de parafuso, e incluído no osso como âncora em regiões de perda dentária, demonstrando que sob condições controladas, o titânio poderia ser estruturalmente integrado ao osso com alto grau de previsibilidade, e sem inflamação tecidual ou rejeição em humanos, reafirmando o conceito de osseointegração (TAYLOR & AGAR, 2002). A primeira aplicação prática da osseointegração foi feita em 1965, instalando titânio em forma de raiz no rebordo edentulo. Após 30 anos, as próteses deste implante ainda permaneciam em função perfeita (SULLIVAN, 2001).

2.2 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%. 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 al. apud Lindhe (1981) apresentaram uma série de fatores importantes que devem ser controlados para se alcançar a osseointegração do implante. Esses fatores envolvem: a biocompatibilidade, o desenho do implante, as condições da superfície do implante, o estado do sítio cirúrgico, a técnica cirúrgica utilizada para instalação dos implantes e 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. Uma vez estabelecida, a interface osseointegrada é relativamente resistente, mas certamente não é imune aos vários tipos de estímulos externos. Enquanto a cicatrização ao redor dos implantes é altamente sensível a injúrias como irradiação ou calor, uma vez que a osseointegração tenha ocorrido, o mesmo nível de trauma aparentemente não afeta a união (ERIKSSON, 1984).

Estudo tem indicado a possibilidade de osseointegração seguida de um único estágio cirúrgico e colocação de carga imediata sobre implantes de titânio em maxilares edêntulos desde que o torque final de instalação de implantes (fixação primária) exceda 40 N/cm (GARBER et al.2001 apud LENHARO et al., 2004). Em casos de implantações imediatas após exodontia, análises histológicas demonstraram que a taxa de osseointegração pode ser adequada e eficaz quando o implante sobrepassa de 2 a 5 mm o ápice do processo alveolar e quando o diâmetro do implante é maior que o da raiz do dente extraído. (BARZILAY,1993).

2.3 Planejamento de reabilitação com implantes dentais

Planejamento e a previsão de todos os fatores cirúrgicos e protéticos envolvidos no tratamento reabilitador são de suma importância, procurando eliminação de problemas que possam comprometer a estética e função das futuras próteses implantossuportadas. Assim, os princípios do planejamento reverso em implantodontia para o correto planejamento consistem em uma avaliação médica, avaliação odontológica através do exame clínico, exame radiográfico (periapical, panorâmico, oclusal, tomografia computadorizada), modelo de estudo montado em articulador, pois a obtenção de modelos de estudo, evidenciando a Dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente, relação do espaço edêntulo com os tecidos circunjacentes, relações oclusais e a realização de documentação fotográfica. Diante de um paciente edêntulo, o profissional deve preocupar-se também com os problemas psicológicos que a perda dental ocasionou ao paciente. Para um planejamento protético e confecção de guia cirúrgico para a instalação dos implantes nos locais adequados para uma reabilitação funcional e estética. Outra avaliação primordial diz respeito à condição periodontal, como morfotipo periodontal,

espessura e altura óssea na região, presença de papila, faixa de mucosa queratinizada.

Para atender as expectativas do paciente quanto aos seus anseios e reais necessidades devem ser dimensionadas pelo profissional, informando as alternativas de tratamento que poderão ser realizadas e a importância da sua preservação. Os pacientes que são submetidos atualmente a este tipo de tratamento ainda necessitam da conscientização quanto à sua preservação, que envolve os cuidados diários de higiene oral e visitas periódicas ao profissional.

2.4 Cirurgia para instalação de implantes

A cirurgia é realizada no próprio consultório do dentista com anestesia local e o paciente não sente dores. O procedimento consiste em uma pequena incisão na gengiva, com a finalidade de expor o leito ósseo. O dentista precisa ter bom acesso à região para instalar o implante corretamente. Em seguida se utilizam pequenas brocas que realizam a perfuração do osso. O processo é realizado de forma a expandir progressivamente a cavidade para que possa receber o implante do tamanho selecionado pelo dentista. O implante é inserido na cavidade e recebe uma tampa de proteção (tapa implante). Realiza-se uma sutura da região.

Já em casos de instalação imediata de implantes nos alvéolos de dentes recém extraídos, após a anamnese e exame clínico, serem diagnosticados e condenados a extração consiste em anestesia local, durante a extração dentária o dente deve ser extraído com o mínimo de trauma para assim preservar as margens ósseas do alvéolo circunjacentes, em seguida, realiza-se o debridamento / descontaminação do local. O alvéolo deve ser inspecionado, e avaliando assim se todas as tábuas ósseas alveolares estão intactas, para assim promover um contato osso implante. Realizar a inserção do implante no alvéolo do tamanho selecionado pelo dentista onde deve haver pelo menos de 2 a 3mm de osso além do ápice alveolar para que se obtenha estabilidade inicial do implante e não deve haver uma grande área de ressecção gengival, em seguida inserir o tapa implante para proteção e suturar a região.

2.5 Implantes imediatos

Segundo Saadoun & Landesberg (1997), a implantação imediata é aquela onde o implante é instalado seguida a extração dentária e na implantação tardia, o procedimento de colocação do implante é adiado até que o tecido mole tenha cicatrização, aproximadamente de seis a oito semanas após a extração. A implantação imediata tem como vantagem alcançar resultados melhores, mais rápidos e funcionais em uma estratégia de tratamento previsível com uma elevada taxa de sucesso. Tais implantes possibilitam a redução do número de tratamentos cirúrgicos, redução do tempo entre a extração do dente e a confecção da prótese definitiva sobre implante, a prevenção da reabsorção óssea, e preservação do rebordo alveolar em termos de altura e largura (COVANI et al, 2004).

Um determinante para o sucesso da técnica é a avaliação do leito receptor do implante, esta avaliação é crítica na determinação da modalidade de tratamento, sendo que alguns fatores devem ser observados, tais como: morfologia, quantidade e qualidade dos tecidos moles e ósseos. Diferenças locais entre os sítios em diferentes áreas da cavidade bucal, a presença de patologias locais. Condição dos dentes adjacentes e das estruturas de suporte, o tipo de prótese a ser instalada sobre o implante.

2.6 Implantes na zona estética

A colocação imediata de implantes em alvéolos pós-extração é uma prática clínica comum, com uma taxa de sucesso similar a dos implantes colocados em rebordos cicatrizados. As próteses implantossuportadas como alternativa viável na reabilitação de dentes anteriores têm se tornado um “estado da arte” na Implantodontia contemporânea, e isso constitui um dos maiores desafios estéticos para os implantodontistas, pois, além de restabelecermos a função mastigatória, há também a necessidade de resgatarmos e mantermos uma estética rosa a longo prazo, condizente aos dentes adjacentes.

Segundo HAMMERLE. et al (2004) Dependendo da arquitetura alveolar e da presença do alvéolo em condições favoráveis, pode ser possível alcançar uma estabilidade primária ótima que possibilite a reabilitação protética imediata.

Devolvendo, prontamente, a aparência do paciente, e preservando arquitetura gengival. O que leva a um ganho estético. Quando um implante for instalado na zona estética, deve-se considerar a anatomia do tecido ósseo e a qualidade, textura e aparência do tecido mucoso (GRUNDER, 2000).

Especialmente quando o implante está localizado na região anterior da cavidade oral, é uma parte indispensável criar condições apropriadas para que as próteses sobre implantes não possam ser distinguidas dos dentes naturais adjacentes ao final do tratamento, podendo ser necessário a realização de uma variedade de procedimentos específicos, incluindo novos protocolos de enxerto ósseo, enxerto de tecido conjuntivo e reconstrução de papilas perdidas. (BAHAT et al., 1993; SALAMA & SALAMA, 1993; BAHAT & DAFTARY, 1995; SALAMA et al., 1995; PRICE & PRICE, 1999; CHOQUET et al., 2001)

2.7 Implantes na região posterior

As indicações para implantes posteriores são: reposição de dentes ausentes em dentições intactas (Pré-molares ausentes congenitamente), preservação da estrutura dentária; Eliminação do uso de próteses parciais removíveis (PPR); Aumento do número de pilares (Redução do risco protético, aplicação do princípio da segmentação e facilidade de eventuais reintervenções); Manutenção de coroas preexistentes e PPF e acompanhamento de complicações protéticas e falhas. Isso inclui situações com perdas dentárias em dentições outrora intactas, o arco encurtado distalmente, extensos segmentos edentulos, perdas de dentes “estratégicos” e dentes com comprometimento estrutural, endodôntico ou periodontal (MISCH, 2009).

Na região posterior da maxila, especialmente, a extração óssea pode ser comprometer a instalação de implantes osseointegrados. Devido a deficiência óssea pode ser decorrente de vários fatores, como a reabsorção do osso alveolar e pneumatização do seio maxilar, acontecendo devido à atividade osteoclástica da membrana de Schneider. Para que implantes osteointegrados possam ser instalados são necessárias quantidade e qualidade óssea adequada para a estabilidade primária do implante (QUEIRÓZ; SOUZA; OKAMOTO et al., 2008 e BERNARDELLO; RIGHI; COSCI et al., 2011). Para solucionar a perda óssea na

região posterior da maxila, o levantamento de seio maxilar tem sido amplamente utilizado, com técnicas bem definidas na literatura (MARZOLA, 2008; RAHPEYMA; KHAJEAHMADI, 2013 e PAIVA; BATISTA; CARVALHO et al., 2014). O levantamento de seio maxilar consiste na osteotomia da sua parede anterior, expondo a membrana sinusal, devendo ser elevada para se obter espaço capaz de receber novo tecido ósseo (MARZOLA, 2008 e CAMARGO FILHO, 2010). Para alcançar este objetivo diversas técnicas podem ser utilizadas, com fresas e osteótomos (MARZOLA, 2008; BERNARDELLO; RIGHI; COSCI et al., 2011; CANNIZZARO; FELICE; MINCIARELLI et al., 2013 e MENDONÇA-CARIDAD; NUNEZ; JUIZ-LOPEZ et al., 2013) além, o uso de ultrassom piezoelétrico como alternativa para realização destas osteotomias (CAMARGO FILHO, 2010). O espaço criado pela elevação da membrana sinusal e pode ser preenchido com uma gama de biomateriais, desde osso autógeno, heterógeno, xenógeno, materiais aloplásticos ou simplesmente pelo coágulo sanguíneo (CHEN; CHANG; LEUNG et al., 2007 e MARZOLA, 2008). Tais técnicas são seguras e efetivas para criação de um volume satisfatório de osso vital neoformado, permitindo a instalação dos implantes imediata ou não a este procedimento, ganhando anatomia proteticamente favorável (NEVINS; CAMELO; DE ANGELIS et al., 2011).

2.8 Indicações e contra indicações

A avaliação dos pacientes candidatos aos implantes imediatos deve ser criteriosa, pois depende do estado dos dentes adjacentes, razão da perda dental e qualidade e a quantidade óssea e do epitélio gengival (BLOCK & KENT, 1991). A utilização de implantes imediatos possui várias vantagens quando comparada ao procedimento tradicional, cujo tempo entre a extração dentária e a cicatrização do implante pode durar até 12 meses em média. Outra dessas vantagens é que o paciente apresenta maior satisfação por reduzir as tensões psicológicas eliminando uma segunda cirurgia para a instalação do implante (PENARROCHA et al., 2004).

Algumas complicações, culminando ou não na perda do implante, podem estar presentes antes, durante ou após a instalação do implante em alvéolos frescos. As complicações cirúrgicas encontradas com implantes imediatos podem estar associadas com diversos fatores: extrações complicadas, perfuração da

plataforma cortical, anatomia do alvéolo que não permita um posicionamento ideal do implante, proximidade grande à dentes adjacentes, alvéolos ou outros implantes, dificuldades associadas com técnicas de posicionamento de membranas e problemas associados como o fechamento do retalhos. O fechamento em longo prazo pode ser comprometido por muitos fatores como: a técnica cirúrgica, a qualidade e espessura dos tecidos, a presença de tensão ou edema dos retalhos, eliminação ou não de todo o epitélio das margens dos retalhos a serem coaptados e a presença de trauma pós-operatório (BARZILAY, 1993).

Segundo Salama et al (2001 apud Rosa et al., 2003), a chave para o sucesso da instalação imediata de um implante é uma avaliação do prognóstico dos tecidos moles adjacentes, no qual o sucesso estético dependerá da extração atraumática e da ausência de danos ao aparelho de inserção.

INDICAÇÕES

As indicações são principalmente, edentulismos parciais e totais, perda elementos unitários, edentulismos com distribuição desfavorável ou número insuficiente de pilares naturais para próteses fixas, Insatisfação ou rejeição à próteses totais ou parciais removíveis, são também indicados na substituição de dentes com patologias sem possibilidade de tratamento como: cáries, fraturas e reabsorções radiculares. Também estão indicados para casos de elementos inclusos, agenesia dentária (germe do permanente), quando o dente decíduo encontra-se em processo esfoliativo; e ainda nos casos de lesões apicais crônicas, quando a terapia endodôntica não consegue efeito eficaz (FREIRE et al, 2005).

CONTRA INDICAÇÕES

As contra-indicação para a instalação de implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório periapical agudo, lesões endodônticas e má higiene do paciente. Em relação à discrepância de diâmetro entre a anatomia radicular e o design do implante, ou quando 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. Os pacientes com periodontite agressiva

precisam de uma melhor avaliação e julgamento antes da indicação dos implantes imediatos. (SAHITYA SANIVARAPU et al, 2010), porém o índice de sucesso permanece elevado e o tratamento, muitas vezes, ainda é conservador e eficaz (CARVALHO, 2006). São também contra indicados, em pacientes com doenças locais ou sistêmicas com influência direta sobre o metabolismo orgânico, pacientes em tratamentos de radioterapia ou quimioterapia, pacientes em crescimento e pacientes grávidas.

3 DISCUSSÃO

A instalação de implantes em alvéolos frescos fornece um tratamento com alta previsibilidade de sucesso. Além disso a instalação de implantes imediatos possuem inúmeras vantagens quando comparado ao procedimento tradicional, reduzindo o tempo de tratamento e a morbidade, levando a uma maior satisfação do paciente e a uma menor reabsorção óssea, otimizando a função e a estética desde a primeira cirurgia (Landsberg, 1997).

Autores afirmam que pacientes que apresentando periodontite possuem pior prognóstico dos pacientes sem história de doença periodontal pregressa. Rosenquist & Grenthe, 1996 relataram que este fato está possivelmente relacionado a presença de uma microbiota mais patogênica, e uma menor quantidade e qualidade óssea, desencadeando baixa neoformação óssea e a menos formação de gengiva ceratinizada na região periimplantar, ambos importantíssimos para a sobrevivência do implante instalado em alvéolos frescos. A superfície de contato osso e implante influenciam diretamente na sobrevivência do implante em longo prazo.

A morfologia do alvéolo residual pós-exodontia pode complicar o ideal posicionamento do implante em alvéolos frescos, sendo responsável por uma maior dificuldade técnica no procedimento. O ângulo da parede axial, a curvatura da raiz do dente extraído, e a posição final do ápice do dente extraído no alvéolo, representam um desafio instalação atraumática e precisa do implante na posição mais desejável. Clinicamente, é importante que a perfuração da broca se aprofunde axialmente no alvéolo, caminhando para a posição previamente ocupada pelo ápice do dente extraído. No entanto, se o dente extraído tiver significativa curvatura da raiz ou dilaceração, a instalação do implante na posição do ápice do dente culminar em estética insatisfatória (FUGAZZOTTO, 2002). A inserção do implante imediato além do ápice dentário e a utilização de um implante com diâmetro maior do que o alvéolo dentário aumenta a estabilidade primária e assegura um alto índice de sucesso.

De acordo com Penãrrocha et al. em 2004, a única contra indicação absoluta à instalação de implante imediato é a presença de processo inflamatório agudo periapical no dente a ser extraído. Os autores aconselham a instalação de implantes em alvéolos frescos após a exodontia de dentes apresentando lesão periapical crônica, dente que antibióticoterapia profilática, curetagem alveolar, inserir no

alvéolo Iodopovidona ou Povidona-iodo (PVPI) por 5 minutos pois é uma solução tópica anti-séptica utilizada para a desinfecção do alvéolo devem ser realizados antes da instalação do implante.

O uso de implantes imediatos apresenta inúmeras vantagens como um tempo cirúrgico conforto para o paciente, manutenção do perfil de emergência, mas possuem também como desvantagens a dificuldade técnica, o baixo travamento primário, a necessidade de uso de biomateriais.

4 CONCLUSÃO

Os implantes instalados em alvéolos frescos apresentam altos índices de sucesso.

Os implantes imediatos encurtam o tempo de reabilitação. Diminuem a reabsorção óssea no alvéolo residual pós-exodontia e eliminam a segunda cirurgia.

A inserção do implante imediato além do ápice dentário e a utilização de um implante com diâmetro maior do que o alvéolo dentário aumenta a estabilidade primária e assegura um alto índice de sucesso.

REFERÊNCIAS

BARZILAY I, GRASER G, IRANPOUR B, NATUELLA J. Immediate implantations of a pure titanium implant into extraction socket: Report of pilot procedure. **Int J Oral Maxillofac Implants.** p. 277-284, 1991.

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.

BRÄNEMARK, P.-I.; ZARB, G. A.; ALBREKTSSON, T. **Tissue integrated prostheses. In:Osseointegration in clinical dentistry.** Chicago : Quintessence Publ. Co. Inc. 1985. 31.

BRANEMARK PI, OHMELL L.O., NILSSON P., THOMSON P. Biomechanical characterization of osseointegration during healing: an experimental in vivo study in the rat. **Biomaterials.** v. 18, p. 969–978, 1997.

COVANI U, BARONE A, CORNELINI R, CRESPI R. Soft tissue healing around implants placed immediately after tooth extraction without incision: A clinical report. **Int J Oral Maxillofac implants.** v.19: p.549-53, 2004.

ERIKSSON University of Göteborg., R.A.. **Heat induced bone tissue injury.** PhD thesis. Göteborg: Biomaterials Group, 1984.

FREIRE, M. FRED; GUARACILEI MACIEL VIDIGAL H; MARCELO CORRÊA MANSO; MARCIO BALTAZAR CONV. Estágio atual do tratamento do espaço entre a parede óssea e a superfície do implante em alvéolos de extração: Revisão de literatura. **Rev. Bras. Implant.** p.17-22, 2005.

FUGAZZOTTO PA. Simplified Technique for Immediate Implant Insertion into Extraction Sockets: Report of Technique and Preliminary Results. **Implant Dentistry** v. 11: p.79 – 82, 2002.

GARBER, D.A.; BELSER, U.C. Restoration – generated site development. **Cont.Educ.Dent.**,v.11,n.8,p.796-804,1995.

GARBER, D; SALAMA, M.; SALAMA, H. Immediate total tooth replacement in the external root resorption care. **World Dentistry,** v. 1, p. 6-10,1995.

GRUNDER U, POLIZZI G, GOENE R, HATANO N, HENRY P, JACKSON WJ, et al. A 3-year prospective multicenter follow-up report on the immediate and delayed immediate placement of implants. **Int J Oral Maxillofac Implants.**; v.14. n.2 : p.210- 6, 1999.

HAMMERLE CH, CHEN ST, WILSON TG Jr. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. **Int J Oral Maxillofac Implants.**; v.19 p. 26-8, 2004.

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

LANDSBERG CJ. Complete flap coverage in augmentation procedures around dental implants using the everted crestal flap. **Pract Periodontics Aesthet Dent** **1995**; 7 (2): 13-22 apud

LANSBERG CJ. Socket seal surgery combined with immediate implant placement: a novel approach for single-tooth replacement. **Int J Periodont Rest Dent.**; v.17p.141-149, 1997.

LANDESBERG CJ. Socket seal surgery combined with immediate implant placement: a novel approach for single-tooth replacement. **Int J Periodont Dent.**; v.17 p.141-149,1997.

LINDHE, J; KARRING, T; LANG NP. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral.** Guanabara Koogan, 4^a ed, 2005. Rio de Janeiro

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

MISCH, CE. **Implantes dentais contemporâneos.** Elsevier, 3ed, 2009. Rio de Janeiro

NEVINS M, MELLONIG JT; Enhancement of the Damaged Edentulous Ridge To Receive Dental Implants: A combination of allongrefft and the Gore-tex membrane. **Int J Periodontics Restorative Dent.**, v.12 p.96-111, 2002.

PENÁRROCHA M, URIBE R, BALAGUER J. Implantes inmediatos a la exodoncia; situación actual. **Med Oral.**, v.9 p.234-242, 2004.

SCHULTE W, H, KLEINNEIKENSCHIEDT Linder K, SCHAREYKA R. The Tubingen immediate implant in clinical studies. **Dtsch Zahnarztl Z.**, v.5 p.348-359, 1978.

SULLIVAN RM. **Implant Dentistry and the Concept of Osseointegration: A Historical Perspective.** J Calif Dental Assoc, 2001.

TAYLOR, T. D., AGAR, J. R., "Twenty years o pro ress in implant prosthodontics " **Journal of Prosthetic Dentistry.**, v. 88, p. 793, 2002.