



Especialização em Implantodontia

DOMÊNICA GOMES LIMA SANTOS

IMPLANTES IMEDIATOS: INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

SÃO PAULO
2023

DOMÊNICA GOMES LIMA SANTOS

IMPLANTES IMEDIATOS: INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como exigência parcial para
obtenção do título de Especialista em
Implantodontia pela FACSETE.

Orientador: Prof^a Maria Amelia

SÃO PAULO
2023



Monografia intitulada " **IMPLANTES IMEDIATOS: INDICAÇÕES E
CONTRAINDICAÇÕES.**" de autoria do aluno
Domênica Gomes Lima Santos

Aprovada em __/__/__ pela banca constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Maria Amélia Calandra Jugdar (BEO)

Prof. Dr. Ricardo Elias Jugdar (BEO)

Prof. Dr. André Felipe Murad (BEO)

São Paulo, __/__/__

AGRADECIMENTOS

A minha família e Noivo há todos os ensinamentos até hoje oferecidos, junto com amor, ajuda, dedicação, compreensão, paciência, amizade. Que possibilitou minha formação e dá forças para busca do sucesso no futuro.

*A minha orientadora **Maria Amelia** , pelo apoio, dedicação, amizade e ajuda para o desenvolvimento deste trabalho*

Aos professores da BEO/FACSETE pelo auxílio e dedicação ao longo desta jornada.

*"Que eu jamais me esqueça que Deus me ama infinitamente, que um pequeno grão de alegria e esperança dentro de cada um é capaz de mudar e transformar qualquer coisa, pois...A vida é construída nos sonhos e concretizada no amor."
Chico Xavier*

RESUMO

Os implantes imediatos, quando indicados, são um procedimento de escolha devido ao seu menor tempo de tratamento, sendo necessária uma única intervenção cirúrgica e em alguns casos, ainda podendo receber uma carga imediata, são excelentes quando se torna necessário unir estética, tempo de tratamento e manutenção dos tecidos moles e duros. Com evidências científicas que justifiquem a sua utilização e sendo realizados nas condições adequadas, apresentam uma alta taxa de sucesso e proporcionam maior satisfação e conforto aos pacientes. Os quesitos para a colocação de um implante imediato é a exodontia atraumática, preservando as paredes alveolares e a curetagem para eliminação dos tecidos de granulação, boa saúde bucal e saúde sistêmica do paciente. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão da literatura para descrever as indicações e contraindicações de implantes imediatos nas reabilitações através de implantes dentários.

Palavras-chave: imediatos, reabilitação, implantes imediatos

ABSTRACT

Immediate implants, when indicated, are a procedure of choice due to their shorter treatment time, requiring a single surgical intervention and in some cases, even being able to receive an immediate load, they are excellent when it becomes necessary to unite aesthetics, treatment time and maintenance of soft and hard tissues. With scientific evidence that justifies their use and being carried out under the right conditions, they have a high success rate and provide greater satisfaction and comfort to patients. The requirements for immediate implant placement are atraumatic extraction, preserving the alveolar walls and curettage to eliminate granulation tissues, good oral health and systemic health of the patient. In this sense, the objective of this work is to present a literature review to describe the indications and contraindications of immediate implants in rehabilitations through dental implants.

Keywords: immediate, rehabilitation, immediate implants

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. PROPOSIÇÃO	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
4. DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

Em 1965, o Professor Per-Ingvar Brånemark, à frente de um grupo de pesquisadores da Universidade de Gotemburgo (Suécia), iniciou os estudos que culminaram com a descoberta da Osseointegração. Na década de 60, no ano de 1978 a implantodontia representou um enorme avanço e contribuição na parte reabilitadora da odontologia, sendo possível reabilitar parcialmente ou totalmente edentados, repondo os dentes perdidos.

Brånemark estabeleceu cinco regras para obtenção do sucesso na implantodontia sendo elas: o material do implante (titânio, pois estimula a neoformação óssea ao redor do implante e tem uma biocompatibilidade com tecido ósseo e o meio bucal), o baixo trauma cirúrgico, a estabilidade primária do implante; o tempo cirúrgico (preconizava dois estágios cirúrgicos) e a ativação protética (originalmente recomendado para depois de três a seis meses contados a partir da instalação dos implantes).

A busca da simplificação aliada à reabilitação estética e funcional levou pesquisadores a instituírem um tratamento rápido e eficiente. A instalação de implantes imediatos veio para suprir essa necessidade, com evidências científicas que justificam a que um único estágio cirúrgico pode ser tão aceitável quanto dois estágios, para isso, o diagnóstico e o plano de tratamento são fatores determinantes para bons resultados.

As condições para a colocação do implante imediato deve ser muito bem planejada, levando em consideração a qualidade e quantidade óssea para que ocorra a estabilidade primária do implante, uma boa saúde sistêmica e bucal do paciente são considerados uma alternativa segura de tratamento.

A carga imediata pode ou não ser utilizada, pois depende de condições específicas e favoráveis do caso. Em casos de áreas estéticas, podemos utilizar próteses provisórias com alívio, para que não tenha contato oclusal.

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo desse estudo é a realização de uma revisão de literatura, com as principais indicações e contraindicações de implantes imediatos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Schulte et al. (1978) descreveu a técnica do implante imediato com o objetivo de melhorar os tratamentos reabilitadores com implantes, em que o implante é instalado no alvéolo logo após a extração dentária. Assim, a técnica original proposta por Brånemark foi modificada, possibilitando a colocação dos implantes no interior dos alvéolos imediatamente após a extração dentária.

Lazarra (1989) escreveu que a instalação de implantes imediatos tem sido uma opção cada vez mais frequente, uma vez que apresenta altos índices de resultados satisfatórios, valores acessíveis, menor tempo de trabalho, além de menor tempo com restaurações provisórias. Importantes considerações cirúrgicas para o sucesso de um implante imediato na região anterior da maxila incluem a preservação do do alvéolo dentário, a estabilização primária do implante e a sua posição dimensional.

Souza JR, Ramalho AS, Mantesso A, Simone JL (2003) Esses autores têm discutido o conceito da qualidade óssea em diferentes pontos de vista, que apontou que osso excessivamente denso pode não ser a melhor escolha para implantes imediatos. Em alguns trabalhos, os autores descrevem que o implante deveria ser instalado em osso de densidade tipos I (rebordo alveolar presente em sua quase totalidade), tipos II (osso cortical espesso envolvendo um núcleo de osso medular trabeculado) e tipos III (osso cortical fino envolvendo um núcleo de osso medular trabeculado) e serem espiantados.

Szmukler-Moncler et al., (2010); Placido et al., (2007) Situações clínicas em que as paredes do alvéolo estão intactas, a instalação de implantes imediatos, após exodontia, é preferida, pois oferece uma maior estabilidade primária para restauração provisória.

Abrahamsson et al., (1999) Em pacientes edêntulos, apresenta altas taxas de sucesso e com isso a possibilidade de realizar a osseointegração em pessoas edêntulas parciais. Com o passar do tempo e o avanço das técnicas cirúrgicas, estudos comprovaram que não há uma diferença significativa entre fazer implantes imediatos em duas etapas ou apenas em uma.

Segundo esses autores CAFFESSE & CHAVES (2001) e VASCONCELOS et al., (2001) O uso da técnica de implantes com carga imediata está indicado nos casos onde o paciente apresenta boa condição geral de saúde, ausência de hábitos parafuncionais (bruxismo), higiene bucal satisfatória, oclusão favorável, quantidade e qualidade de osso suficiente para obter melhor fixação do implante, boa estabilidade primária do implante, distribuição ideal dos implantes nos arcos e quando se tem controle de movimentos e da força.

Vasconcelos et al., (2001) assegura que, a carga imediata tem como objetivo simplificar, reduzindo o tempo de tratamento e o período de cicatrização. O procedimento protético é realizado em até 24 horas após a cirurgia. Durante o período de cicatrização ocorre um aumento da função mastigatória. Uma das

principais vantagens é a estética, pois se coloca a prótese logo após o ato cirúrgico

Ainda segundo Vasconcelos et al., (2001), os pacientes tratados com carga imediata notam e relatam muitas vantagens, quando comparados com os tratados com o protocolo tradicional, pois não necessitam usar próteses totais removíveis, nem múltiplas fixas provisórias. Tanto pacientes como profissionais mostram a satisfação, já que pela ausência de próteses removíveis, não seriam necessários reembasamentos periódicos mensais reduzindo o número de consultas e, conseqüentemente, o custo. Porém deve ser colocada em regiões com boa estabilidade imediata, pois se a carga for colocada em implantes com pouca estabilidade haverá micro movimentações levando a formação de tecido fibroso entre o osso e o implante ocasionando na perda do mesmo.

Grisi e Marcantonio (2002) A formação de tecido fibroso ao redor do implante pode ocasionar em insucesso, devido aos micros movimentos que podem ocorrer durante a fase de cicatrização. Os insucessos também ocorrem devido à aplicação de implantes em osso de qualidade e quantidade insuficiente, ausência de estabilidade e não cooperação do paciente quanto à higiene bucal. Na maxila existe um maior número de erros devido à baixa densidade óssea ou altura óssea nesta região, não sendo suficiente para suportar as cargas oclusais. Na região posterior o uso de implantes amplos ou duplos pode diminuir o risco de falhas de modo a suportar mais a carga oclusal. O uso de carga imediata em maxila deve ser feito com cautela, já que nesta região não existe um osso de boa qualidade, dificultando o processo de osseointegração.

Martinez et al. (2003) Casos nos quais o paciente apresenta hábitos como bruxismo, quando se tem má qualidade de tecido ósseo, não permitindo uma ancoragem primária do implante e também quando o volume ósseo é insuficiente, fazendo com que haja uma limitação na quantidade e no comprimento do implante, a carga imediata é contra indicada.

Novaes Junior et al.(2004) O posicionamento inadequado do dente a ser extraído, o qual não deve ser perpetuado com a colocação do implante de forma incorreta, a profundidade do alvéolo maior que a dos implantes disponíveis, não permitindo travamento e estabilização primária na região apical.

Misch et al.,(2004), Diz que todas as cargas oclusais do implante imediato precisam ser direcionadas no sentido axial e sendo assim não devem ter nenhum tipo de movimento do implante durante a cicatrização. A colocação de implantes em osso com boa estabilidade, na região anterior de mandíbula onde o osso é mais denso é um fator para obtenção de sucesso. Diversos relatos clínicos e histológicos mostraram índices de sucesso na osseointegração, com o uso da técnica de carga imediata, desde que fosse usada uma carga não excessiva nos implantes. Outro fator de sucesso é a dieta do paciente que durante o tratamento com carga imediata, deve limitar-se a alimentos macios para reduzir o risco de fratura

Romanos e Johanson (2005). De acordo com fatores locais anatômicos tais como áreas extensas de pobre qualidade óssea na maxila são considerados, também, fatores críticos que levam a complicação durante carga imediata. Deve-se evitar a técnica de carga imediata em pacientes com hábitos parafuncionais, fumantes inveterados, aqueles com má higiene bucal, pacientes com doenças sistêmicas como diabetes e hiperparatireoidismo.

O estudo de Traini et al. (2005) demonstrou que a carga imediata leva a uma formação diferente das fibras colágenas ao compará-las com implantes sem carga. Por isso, um implante com carga imediata apresenta maior quantidade de fibras transversas que longitudinais, apresentando diferença estatística significativa.

De acordo com Rocci et al., (2006), é importante considerar que os pacientes buscam tratamentos que sejam confortáveis e tempo minimizado, que promovam melhora na estética e autoestima.

Segundo Miguel Junior et al., (2006), o procedimento de implantes imediatos é um sucesso no que se refere a osso integração, clinicamente, diminui o número de cirurgias (extração e implante feitos em momento único). No entanto, para definir a indicação deste procedimento, deve-se levar em conta alguns fatores como, qualidade óssea, padrão da oclusão, hábitos parafuncionais e condições sistêmica do paciente.

Bhola et al., (2008). As falhas e interferências que podem ocorrer nestes tratamentos de reabilitação oral, representam um aumento no tempo de tratamento, levando a um aumento dos custos, podendo também causar desconforto para o paciente e até mesmo constrangimento para o profissional de saúde. No entanto, nenhum outro procedimento cirúrgico tem promovido um impacto tão benéfico na qualidade de vida de um paciente edêntulo.

Douglass gl; Merin rl, (2002); Lindhe j, (2008) Alguns imprevistos podem acontecer no momento da cirurgia, em casos de anquilose, fraturas, maiores possibilidades de infecção e falhas na técnica que acabam impossibilitando a implantação imediata.

segundo LINDHEJ (2008), O processo de indicar ou não um implante dentário imediato requer uma avaliação criteriosa, sobre tudo a história dental, de saúde, algumas contraindicações para o processo de implante imediato, são: pacientes que passaram por processo de quimioterapia há menos de 24 meses, visto que as drogas utilizadas afetam a imunidade, conseqüentemente a cicatrização também; pacientes que passaram por radioterapia (cabeça e pescoço) há menos de 24 meses, pois aumenta as chances de desenvolvimento de osteorradionecrose; uso de bisfosfonatos, geralmente utilizados no tratamento de osteoporose, comprometem o processo de remodelação óssea; diabéticos descompensados, em razão do comprometimento da cicatrização e o aumento de riscos de infecção; presença de infecções orais associadas ao biofilme e pacientes com histórico de complicações cirúrgicas

Javed e Romanos (2010) ressaltam que quando não ocorre uma boa estabilidade primária no momento de fixação do implante, a incidência de erros do processo é maior, podendo ocorrer inflamações, sobrecarga biomecânica, perda óssea e não osseointegração do mesmo.

Yong,L.T.,2012; Annibali,S., et.al., (2011) A colocação imediata de implantes dentários em alvéolos pós-extração apresenta ao cirurgião alguns desafios dentre eles estão: o alvéolo fresco possuir uma largura maior que o diâmetro do implante, que provoca a formação de um Gap entre a superfície do implante e a parede óssea alveolar; dificuldade de controlo do posicionamento e angulação do implante, principalmente quando a posição ideal do implante não corresponde à direção do alvéolo; a possível existência de osso infetado, mal vascularizado ou necrótico no alvéolo receptor; deiscência óssea/ perfuração da loca óssea durante a preparação do alvéolo; assentamento incompleto de parafusos da tampa e/ou pilares de cicatrização; dificuldade no atingimento de estabilidade primária e fechamento da ferida cirúrgica; tecidos moles insuficientes para a adaptação correta do retalho mucoperiósseo (se este for necessário).

De acordo com Zanni et al.(2011) A colocação imediata do implante pós-exodontia resultou numa maior redução de estabilidade do implante, de aproximadamente 15%, desde o início do estudo até 4 semanas. A estabilidade do implante imediato foi consistente como a dos implantes colocados tardiamente, em osso maduro após 12 a 16 semanas. O procedimento de colocação de implante imediato pós-exodontia dentária preserva altura e espessura óssea, reduz tempo e custo de tratamento, além de manter a arquitetura gengival, que é de suma importância para o sucesso estético da futura reabilitação protética. Possui taxas de sucesso comparáveis aos implantes em rebordos totalmente cicatrizados.

Rebele; Zühr; Hürzeler, (2013) A instalação imediata de implantes pós-exodontia capta profissionais e pacientes devido a redução da morbidade cirúrgica e do tempo de tratamento. A técnica de instalação de implantes no mesmo passo cirúrgico que a exodontia pode implicar em algumas dificuldades, como por exemplo em regiões de molares, pois o alvéolo nem sempre é propício para o recebimento do implante imediato. Mas desde que esta técnica seja bem utilizada pelo implantodontista apresenta inúmeras vantagens como: redução de etapas cirúrgicas, diminuição custos, preservação dos tecidos moles em dimensão e altura e manutenção da espessura do osso alveolar.

Rocha et al., (2013) sugerem que, para a instalação dos implantes imediatos é importante que o profissional avalie a quantidade e qualidade óssea, oclusão do paciente, hábitos deletérios ou não, técnica cirúrgica e saúde geral do paciente.

Farias e Cappato (2015) alertam para a importância de observar casos em que o paciente possui doenças sistêmicas, tais como, diabetes descontrolada, momentos de radiações, bruxismo, tabagista com má qualidade óssea, sendo

considerado fatores de risco impactantes para a ineficácia no sucesso terapêutico com implantes. Apesar de a instalação de implante imediato consistir em um tratamento bem estabelecido na literatura e prática clínica diária, ainda requer que critérios essenciais sejam respeitados (exodontia minimamente traumática, o diâmetro do implante, o tipo de conexão protética, a técnica cirúrgica sem elevação do retalho mucoperiosteal e approach palatino, e o preenchimento alveolar) para obtenção do sucesso estético clínico desejado.

Vieira (2015) Além disso, esta técnica minimiza a reabsorção óssea devido ao menor trauma cirúrgico, preserva o tecido mole e possibilita um resultado precoce e previsível. O autor comenta que, com estas premissas, os implantes imediatos são excelentes alternativas quando se torna necessário unir estética, previsibilidade e satisfação do paciente e do profissional.

Mattos et al., (2016) As técnicas pouco invasivas para exodontia e continuidade da integridade do tecido periodontal, com a inserção imediata de implantes, seguida de realibitação imediata, se mostram como uma excelente alternativa na preservação da arquitetura gengival.

Miguel Junior et al., (2016) comentam que, sendo a instalação imediata de implantes um sucesso do ponto de vista da osseointegração, no ponto de vista clínico ocorre uma diminuição do número de cirurgias, uma vez que a extração dentária é feita no mesmo momento da instalação do implante. Assim, o paciente terá apenas uma fase pós-operatória. Para definir a real indicação deste tipo de reabilitação, deve se levar em consideração alguns aspectos, pensando nos resultados estéticos e na reabilitação protética do caso clínico, tais como qualidade óssea, oclusão, hábitos parafuncionais e condição sistêmica do paciente. Também deve ser considerada a remodelação dos tecidos periimplantares, através de técnicas cirúrgicas de enxerto de tecido conjuntivo, visando à preservação do volume dos tecidos.

Viana (2017), Diz que a estética do sorriso é algo que cada vez mais é valorizada dentro da sociedade e conseqüentemente da odontologia, quando o paciente procura ajuda profissional devido à uma perda dentária, ele busca também rapidez e eficiência. Com isso implantar imediatamente após a extração do dente, busca atender a necessidade de resultados mais rápidos e exigências estéticas.

Commar et al., (2017) asseguram que as próteses provisórias são essenciais no trabalho de reabilitação principalmente em região anterior, pois tem grande valorização estética, por isso, deve-se considerar durante sua confecção, a semelhança com o elemento perdido, cor e adaptação bem como a saúde dos tecidos adjacentes.

4. DISCUSSÃO

O processo de indicar ou não um implante dentário imediato requer uma avaliação criteriosa, sobre tudo a história dental, de saúde, histórico de periodontite, perdas de elementos dentais, entre outros, são de grande importância neste momento (LINDHEJ, 2008).

Segundo Rosa et al. (2009) a instalação de implantes imediatos é sempre indicada quando existe um alvéolo íntegro e com tecidos moles saudáveis, com ausência de doenças e todas as ocorrências clínicas que possam afetar a osteointegração do implante.

De acordo com Zanni et al.(2011) A colocação imediata do implante pós-exodontia resultou numa maior redução de estabilidade do implante, de aproximadamente 15%, desde o início do estudo até 4 semanas. A estabilidade do implante imediato foi consistente como a dos implantes colocados tardiamente, em osso maduro após 12 a 16 semanas.

Rebele; Zuhr; Hürzeler, (2013) Falam que a instalação imediata de implantes pós-exodontia capta profissionais e pacientes devido a redução da morbidade cirúrgica e do tempo de tratamento.

Já, segundo LINDHEJ (2008), as contraindicações para o processo de implante imediato, são: pacientes que passaram por processo de quimioterapia há menos de 24 meses, visto que as drogas utilizadas afetam a imunidade, consequentemente a cicatrização também; pacientes que passaram por radioterapia (cabeça e pescoço) há menos de 24 meses, pois aumenta as chances de desenvolvimento de osteorradionecrose; uso de bisfosfonatos, geralmente utilizados no tratamento de osteoporose, comprometem o processo de remodelação óssea; diabéticos descompensados, em razão do comprometimento da cicatrização e o aumento de riscos de infecção; presença de infecções orais associadas ao biofilme e pacientes com histórico de complicações cirúrgicas

ELERATI et al., (2012) Diz que apesar da existência de diversos recursos clínicos para obtenção da estética nas reabilitações com implantes osseointegrados, principalmente em implante imediato em região de estética, o profissional deve ter discernimento clínico para julgar o que é ideal, viável ou inviável em um tratamento.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que implantes imediatos diminuem a taxa de reabsorção óssea pós-exodontia, o número de procedimentos cirúrgicos e conseqüentemente o tempo de tratamento. Para a realização de implantes imediatos deve ser sempre levada em consideração a saúde sistêmica, a qualidade do remanescente ósseo, a cooperação e qualidade da higienização do paciente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRANEMARK PI, ADELL R, BREINE U, LINDSTROM J, OHLSSON A. 1969. Intraosseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg, 3: 81-100.

BRANEMARK PI, HANSSON BO, ADELL R, BREINE AU, LINDSTROM J, HALLEN O, OHMAN A. 1977. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience form a 10-year period. Scand J Plast Reconstr Surg, 16 : 1-132.

LAZZARA, R. J. Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages. Int J Period Rest Dent. Chicago, v. 9, n. 5, p. 333-43, 1989.

CAFFESSE, R; CHAVES, R.H. Como Aumentar as possibilidades de êxito em osseointegração em condições desfavoráveis. In: DINATO, C; POLIDO, W.D. Implantes osseointegrados cirurgia e prótese. 1ed. São Paulo: Ed Artes médicas, p. 459-461, 2001.

GRISI, D.C; MARCANTONIO JR, E. Aplicação de carga imediata em implantes dentais. BCl. v. 9, n.34, p.111-116, 2002.

Informações do Capítulo 1 do livro “Close to the Edge – Brånemark and the Development of Osseointegration” – McClarence, Elaine – Quintessence Books, Berlim, Alemanha, 2003

DAVARPANAH M, MARTINEZ H, CELLETTI R, LAZZARA RJ. Manual de implantodontia clínica. Trad. De Monique revillion Dinato. São Paulo: Artes Médicas 2003.

MARTINEZ H ET AL. Novos conceitos para a colocação em função. In. Davarpanah M et al. Manual de implantodontia clínica, 1 ed. São Paulo. Ed Artmed AS. p.312-14 – 2003.

SOUZA JR, Ramalho AS, Mantesso A, Simone JL. Instalação de implantes osseointegrados com carga imediata. RGO 2003 Out.;51(4):358-65.

DRAGO CJ, LAZZARA RJ. Immediate provisional restoration of osseotite implants: a clinical report of 18- month results. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19:534-41.

NOVAES JR. AB, NOVAES AB. Procedimentos cirúrgicos em periodontia e implantodontia São Paulo: Artes médicas; 2004.

ROMANOS GE, JOHANSSON CB. 2005. Immediate loading with complete implant- supported restorations in an edentulous heavy smoker: histologic and histomorphometric analyses. Int J Oral maxillofac Implants; 20(2): 282-90.

Traini T, Degidi M, Caputi S, Strocchi R, Di Loiro D, Piattelli A. Collagen fiber orientation in human peri-implant bone around immediately loaded and unloaded titanium dental implants. J Periodontol. 2005; 76:83 -9.

PLACIDO, A. F. Carga imediata sobre implantes osseointegráveis na região anterior da mandíbula. 2007. 71f. Monografia (Especialização em Odontologia)-Centro de Pós-Graduação da Academia de Odontologia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol 2008;

BUENO, THIAGO OZI. Os princípios básicos para a carga imediata na implantodontia / Thiago Ozi Bueno. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. 42f. : il

MARTINEZ, P. P.; LANGNER, R. P.; RODRÍGUEZ, R. P. Immediate Restorations on Implants in the Esthetic Area. International Journal of Oral Implantology and Clinical Research, New Delhi, v. 1, n. 1, p. 21-25, January-April 2010.

DE CARVALHO P S P, ROSA AL, BASSIA P F, PEREIRA L A V D. Biomateriais aplicados a Implantodontia. ImplantNews.2010;7(3a-PBA):56-65.

ELERATI, E. L.; ASSIS, M. P.; COSTA, S. C. Soluções em gengiva cerâmica na correção estética de implantes unitários mal posicionados na região anterior. ImplantNews, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 95-100, 2012.

Yong, L. T., Single stage immediate implant placements in the esthetic zone. J Oral Implantol, 2012. 38(6): p. 738-46

NOVAES JR AB, SUAID F, QUEIROZ AC, MUGLIA VA, SOUZA SL, PALIOTO DB, et al. Buccal bone plate remodeling after immediate implant placement with and without synthetic bone grafting and flapless surgery: radiographic study in dogs. J Oral Implantol.2012;38(6):687-98.

MORAES JR., E. F. et al. Carga imediata provisória em maxila atrofica, uma alternativa de tratamento: relato de caso. SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 2, p. 377- 388, 2018

BASSIR, S. H., EL KHOLY, K., CHEN, C. Y., LEE, K. H., & INTINI, G. (2018). Outcome of early dental implant placement versus other dental implant placement protocols: A systematic review and meta-analysis. J Periodontol, May, 90(5), 493-506. 10.1002/JPER.18-0338. Epub 2018 Dec 5. PMID: 30395355; PMCID: PMC6500770.

MORAES JR., Edgard Franco et al. Implantação imediata em área estética: descrição de caso. SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 3, p. 685- 694, 2018.

Medeiros, M., Marcelino, K., Júnior, J., Pinheiro, N., Freire, J., Dantas, E. M., Barbosa, G. A. S., Gondim, A. L. M. F., Ribeiro, E. D., & Almeida Neto, L. F. (2020). Exodontia atraumática e implante imediato em área estética: relato de caso. Research, Society and Development, 9 (9), 01-15. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/7997/7153>

JESUS, DEYVISON SOUZA DE. Reabilitação imediata com implantes em alvéolos frescos: vantagens e desvantagens. 2020. Tese de Doutorado.

KLEE, D. Implante imediato em alvéolo fresco: fatores para o sucesso. Revista Implante news. Disponível em: <https://revistaimplantnews.com.br/implante-imediato-em-alveolo-fresco-fatorespara-o-sucesso/>. Acesso em abril de 2022

DE PAIVA LIMA, RICARDO SEIXAS ET AL. Preservação alveolar pós exodontia para posterior instalação de implante dentário: relato de caso clínico. Research, Society and Development, v. 11, n. 4, p. e56911427903-e56911427903, 2022.

AMARO, L. C. F. .; CONFORTE, J. J. . IMPLANTE IMEDIATO EM ALVÉOLO FRESCO. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 8, n. 5, p. 1209–1230, 2022. DOI: 10.51891/rease.v8i5.5516. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5516>.