

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA ORAL CLÍNICA  
FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

**TRANSFERÊNCIA DO PERFIL DE EMERGÊNCIA PERIIMPLANTAR DE UM  
IMPLANTE UNITÁRIO EM REGIÃO ESTÉTICA DE MAXILA: RELATO DE  
CASO CLÍNICO.**

Jean Carlo Delfino Fernandes

Mossoró – RN

2022

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA ORAL CLÍNICA  
FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Jean Carlo Delfino Fernandes

**TRANSFERÊNCIA DO PERFIL DE EMERGÊNCIA PERIIMPLANTAR DE UM  
IMPLANTE UNITÁRIO EM REGIÃO ESTÉTICA DE MAXILA: RELATO DE  
CASO CLÍNICO.**

**TRANSFER OF THE PERI-IMPLANT EMERGENCY PROFILE OF A SINGLE  
IMPLANT IN MAXILLA AESTHETIC REGION: A CLINICAL CASE REPORT.**

Artigo apresentado ao curso de Especialização do Instituto de Ensino e Pesquisa Oral Clínica - Faculdade Sete Lagoas – FACSET, Como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Prótese Dentária.

Orientador(a): Dra. Ana Clara Soares  
Paiva Torres

Mossoró – RN

2022



Jean Carlo Delfino Fernandes

## **TRANSFERÊNCIA DO PERFIL DE EMERGÊNCIA PERIIMPLANTAR DE UM IMPLANTE UNITÁRIO EM REGIÃO ESTÉTICA DE MAXILA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, do Instituto de Ensino e Pesquisa Oral Clínica, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em prótese dentária.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ pela banca constituída dos seguintes professores:

---

Prof. Dra. Ana Clara Soares Paiva Torres - UFRN

---

Prof. Dr. João Paulo da Silva Neto – Unicamp/SP

---

Prof. Esp. Ney Robson Vieira de Alencar – UFPB

Mossoró, 30 de Janeiro de 2022

## RESUMO

Alguns fatores são essenciais para a obtenção do sucesso na implantodontia em regiões estéticas de maxila, na qual boa parte desses fatores estão relacionados ao condicionamento tecidual, o qual precisa ser reproduzido durante os procedimentos de moldagem. Neste contexto, a técnica de moldagem é uma importante etapa visto que, se mal realizada, poderá levar ao insucesso da prótese sobre implante, podendo comprometer o resultado final do tratamento, uma vez que o modelo obtido pode não representar adequadamente a posição do implante em relação aos tecidos periimplantares. O objetivo do presente trabalho foi relatar um caso clínico no qual foi trabalhado várias etapas cirúrgicas/protéticas com o objetivo de criar, preservar e transferir o perfil de emergência, usando a coroa provisória para remodelação do tecido periimplantar, a fim de otimizar o resultado estético, e realização de uma moldagem modificada com uso de resina flow para transferência final. Realizou-se uma procura em base de dados da PubMed para obtenção de artigos científicos. Para a obtenção de um tratamento estético ideal em região anterior de maxilar, é fundamental o conhecimento de vários fatores, tanto no que se refere ao planejamento cirúrgico, protético e laboratorial para a obtenção de uma prótese previsível, satisfatória e sustentável. Neste sentido, nota-se a importância da provisionalização sobre o implante o mais cedo possível, condicionamento e estabilização do tecido periimplantar, uma moldagem através de um sistema que não permita o colapso desse tecido gengival e que seja o mais fiel possível, um intermediário protético e uma excelente coroa cerâmica.

Palavras-chave: Implantes Imediatos, região estética de maxila, moldagem perfil periimplantar

## ABSTRACT

Some factors are essential to obtain success in implant dentistry in esthetic regions of the maxilla, in which most of these factors are related to tissue conditioning, which needs to be reproduced during impression procedures. In this context, the impression technique is an important step since, if poorly performed, it may lead to the failure of the implant prosthesis, which may compromise the final result of the treatment, since the model obtained may not adequately represent the position of the implant in relation to peri-implant tissues. The objective of the present work is to report a clinical case in which several surgical/prosthetic steps were worked on in order to create, preserve and transfer the emergence profile, using the provisional crown for peri-implant tissue remodeling, in order to optimize the aesthetic result, and realization of a modified impression using flow resin for final transfer. A search was carried out in the PubMed database to obtain scientific articles. In order to obtain an ideal aesthetic treatment in the anterior region of the jaw, it is essential to know several factors, both in terms of surgical, prosthetic and laboratory planning, in order to obtain a predictable, satisfactory and sustainable prosthesis. Note the importance of provisioning the implant as soon as possible, conditioning and stabilizing the peri-implant tissue, molding through a system that does not allow the collapse of this gingival tissue and that is as faithful as possible, a prosthetic and an excellent ceramic crown.

**Keywords:** Immediate Implants, maxillary aesthetic region, peri-implant profile impression.

## INTRODUÇÃO

Na prática diária do cirurgião-dentista, a reabilitação com implantes dentários, um tratamento consolidado na Odontologia<sup>1,2</sup>, se tornou um procedimento corriqueiro e muito procurado. Os pacientes com essa necessidade, normalmente, possuem altas expectativas sobre os resultados funcionais e estéticos deste tratamento.

Neste sentido, embora a implantodontia possa usar critérios relacionados a osseointegração.<sup>3-7</sup> e manutenção desta a longo prazo como parâmetros para estimar o sucesso do tratamento, atualmente, os resultados estéticos, principalmente na região anterior de maxila, passaram a ser um dos objetivos a serem alcançados na conclusão de um tratamento ideal.

Alguns fatores são essenciais para a obtenção do sucesso na implantodontia em regiões estéticas assim como o método da extração, no caso de implantes imediatos, o próprio fato de os implantes serem imediatos ou tardios, posição do implante, necessidade e execução de tratamento para aumento de tecido duro e/ou mole (enxerto), instalação de provisórios imediatos, técnica de reabertura, provisórios pós reabertura, individualização dos transferentes de moldagem e uma excelente prótese cerâmica.<sup>8,9</sup>

Boa parte desses fatores estão relacionados ao condicionamento tecidual, o qual precisa ser reproduzido durante os procedimentos de moldagem. Neste contexto, a técnica de moldagem é uma importante etapa visto que, se mal realizada, poderá levar ao insucesso da prótese sobre implante, podendo comprometer o resultado final do tratamento, uma vez que o modelo obtido pode não representar adequadamente a posição do implante em relação aos tecidos periimplantares.<sup>10</sup>

Muitos autores tem descrito o uso de próteses provisórias com contorno anatômico com o intuito de guiar a cicatrização dos tecidos moles bem como usando-os para replicar os contornos gengivais, no momento da moldagem dos dentes, realizando uma customização da técnica de moldagem sobre implante em áreas estéticas.<sup>11-14</sup>

Neste contexto, o objetivo do presente é relatar um caso clínico envolvendo a reabilitação de uma perda unitária em região de grande demanda estética por meio de uma prótese sobre implante e discutir, a luz da literatura pertinente, os principais aspectos envolvendo a condução de etapas operatórias que facilitem a obtenção de um resultado satisfatório em áreas de grande demanda estética.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente S. L., sexo feminino, caucasiana, 36 anos de idade, não fumante, não portadora de problemas sistêmicos, compareceu à clínica odontológica particular para tratamento do elemento 11. A paciente relatou a ocorrência de trauma e presença de sintomatologia dolorosa no mesmo. No exame clínico foi percebida uma inflamação na gengiva marginal livre ao teste de vitalidade pulpar foi positivo (Figura 01). A fim de investigar a possibilidade de fratura radicular uma tomografia computadorizada cone beam foi solicitada.

Figura 01. Imagem intraoral com o aspecto inicial dos elementos dentários superiores anteriores com ênfase na inflamação ao redor no elemento 11.



Após análise e planejamento, o tratamento proposto e após aceito pela paciente, executado, foi o de uma reabilitação com prótese unitária sobre implante. Inicialmente, uma cirurgia de exodontia atraumática, com o intuito de minimizar o trauma na região de tecido mole e duro durante o procedimento foi realizada (Figuras 02 e 03).



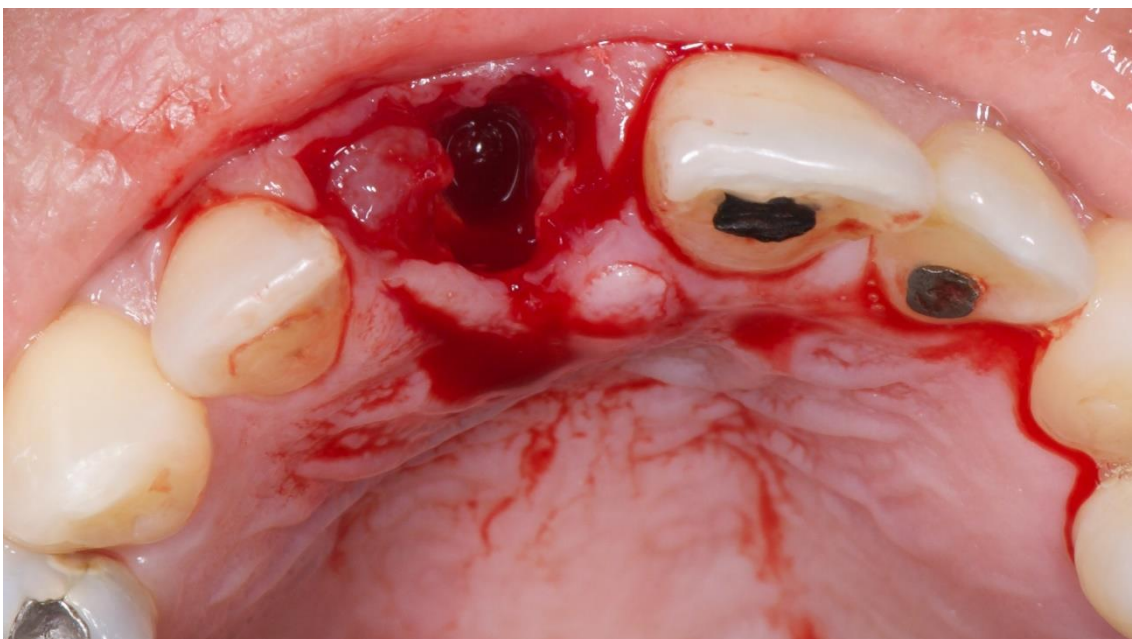
FIGURA 02. Aspecto do leito cirúrgico previamente a realização da exodontia.



Figura 03. Aspecto durante a remoção do elemento 11.



Figura 04. Aspecto do leito cirúrgico após a remoção do elemento 11, com máxima preservação dos tecidos duros e moles adjacentes.



Após a exodontia, foi feita a instalação de implante imediato, do tipo Cone Morse (Neodent, cilíndrico/cônico, Drive, superfície aqua, de especificações 4,3 x 11,5 mm) (Figura 05 e 06) com travamento superior a 40 Ncm. Após instalação realizou-se um enxerto xenógeno com um substituto ósseo (Geistlich bio oss), e barreira de membrana bio gide( Geistlich) (Figura 07). Após isso, foi realizada a instalação de provisório imediato.

Figura 05. Instalação de implante no alvéolo do elemento 11.

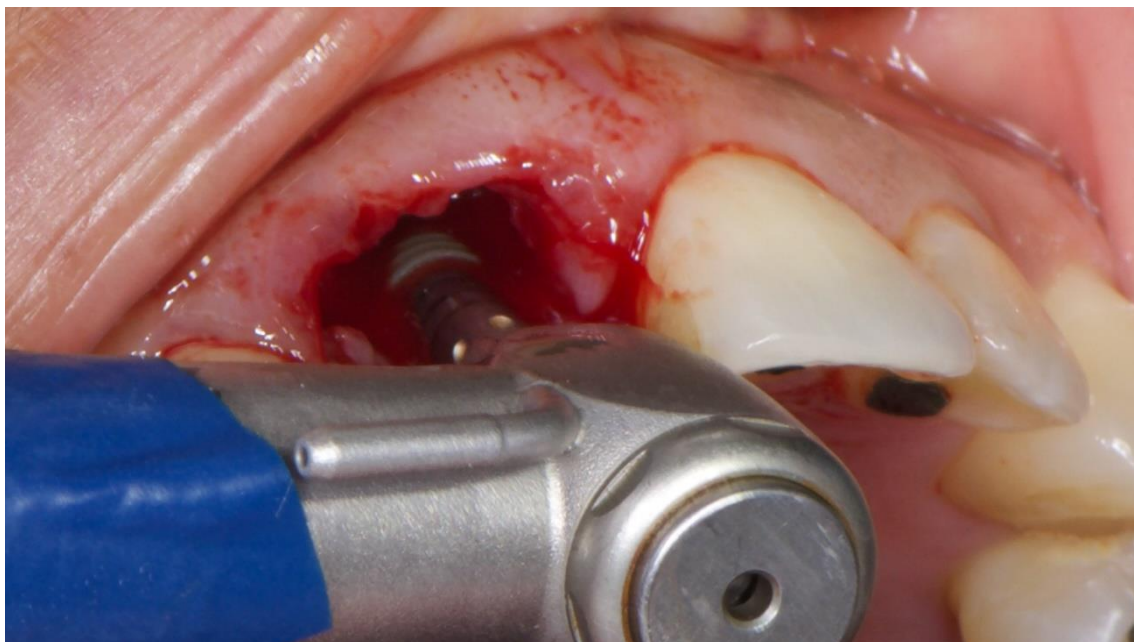


Figura 06. Término da instalação com torque suficiente para provisionalização imediata.

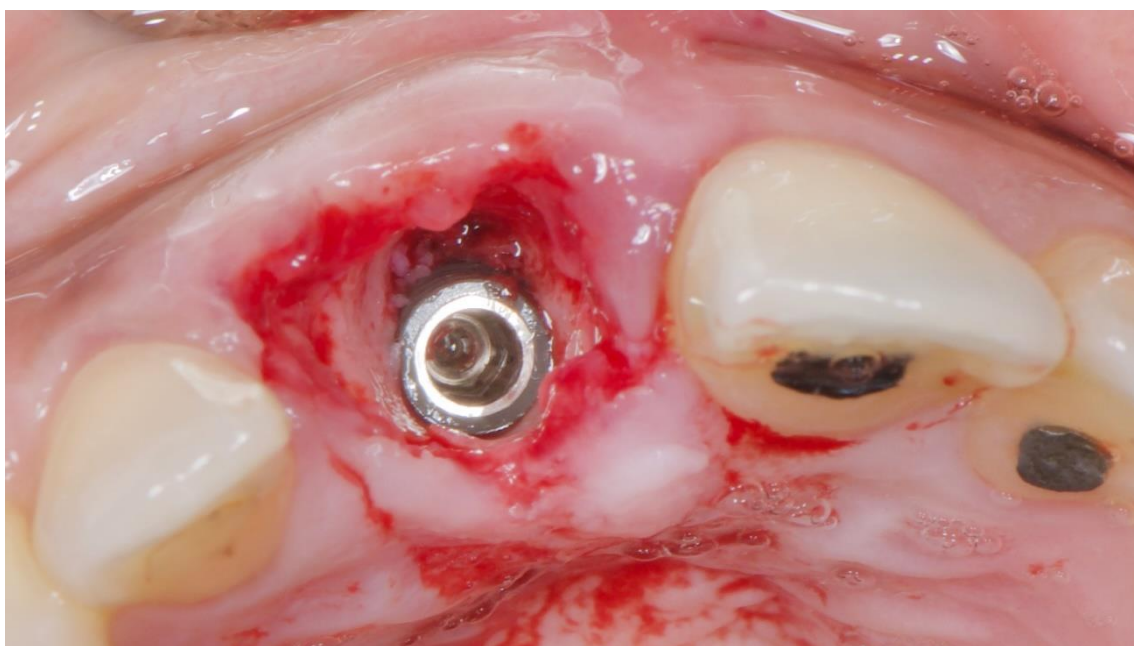
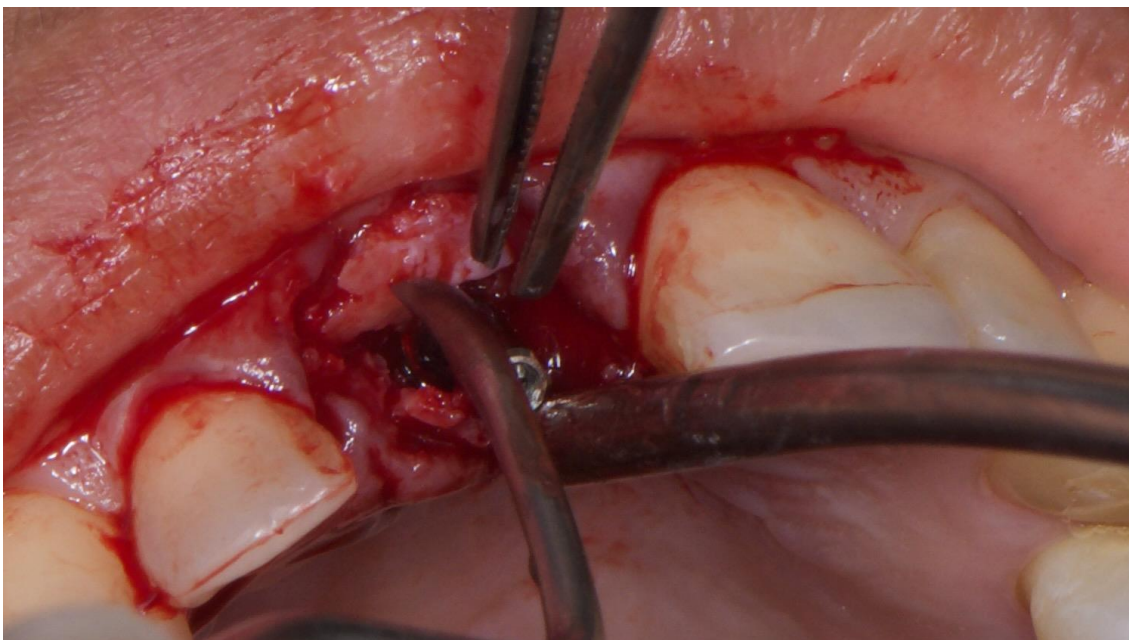


Figura 07. Enxerto de substituto ósseo bio oss e membrana bio gide.



Em seguida, um pilar intermediário do tipo munhão universal da (Neodent) com medidas 3,3 x 6 x 2,5 mm foi instalado. Confeccionou-se então um provisório (Figura 08) pela técnica da faceta comercial com o objetivo inicial de fechamento do alvéolo para a estabilização do material inserido do gap do alvéolo, formação de coágulo e manutenção de tecido peri implantar. Foi realizado ajuste oclusal para remoção de cargas pesadas, tanto em Máxima Intercuspidação (MIH) como nos movimentos de lateralidade e protrusão. Após isso, as orientações pós-cirúrgicas foram feitas e o retorno para remoção da sutura foi marcado para após 15 dias (Figura 09).

Figura 08. Provisório instalado com de carga imediata.



Figura 09. Aspecto clínico 15 dias após remoção de sutura.



Depois de um período de 6 meses, iniciou-se o condicionamento do perfil de emergência periimplantar, através de acréscimo de resina acrílica pela técnica de Nealon (pó e líquido) (Figura 10).

Figura 10. Provisório modificado com acréscimo de resina acrílica para promoção de condicionamento gengival.



Foi realizado 2 sessões de condicionamento com um tempo médio de 10 dias entre as visitas. Aguardou-se um período de 45 dias para estabilização do tecido condicionado (Figura 11) para posterior realização da etapa de moldagem.

Figura 11. Aspecto periimplantar após período de estabilização.



A moldagem foi realizada com um transferente de moldeira fechada. O espaço entre o transfer e o tecido gengival foi preenchido com resina fluida Filtek bulk fill, 3M. (Figura 12). A moldagem fora realizada com silicone de adição da marca Yller (Figuras 13 e 14). Após a moldagem o provisório foi reinstalado e a seleção de cor do elemento sobre implante foi realizada com auxílio de uma escala Vita. (Figura 15). O molde foi enviado para o Laboratório João Paulo em Natal/RN, para vazamento com gesso especial (Figura 16) e confecção de coroa cerâmica em dissilicato de lítio (Figura 17).

Figura 12. Imagem oclusal da individualização do transfer com Resina flow Tetric N.



Figura 13. Molde de transferência com Silicose de Adição.



Figura 14. Transfer individualizado contido no interior do molde.



Figura 15. Seleção de cor com escala Vita.



Figura 16. Modelo de gesso com o análogo do munhão universal.

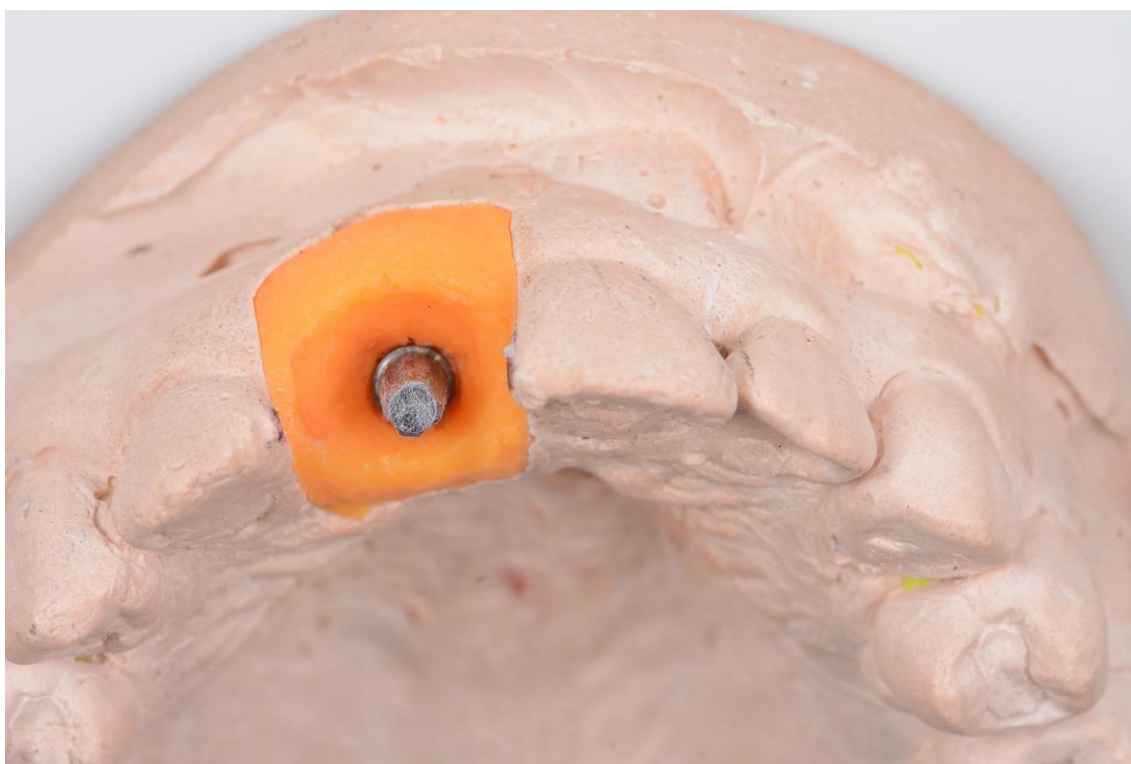




Figura 17. Coroa unitária em Dissilicato de Lítio pronta para instalação.



A instalação do elemento cerâmico definitivo em Dissilicato de Lítio foi realizada utilizando cimento resinoso dual Variolink N (Ivoclar – Vivadent), com catalizador e base na cor Yellow (Figuras 18, 19 e 20)

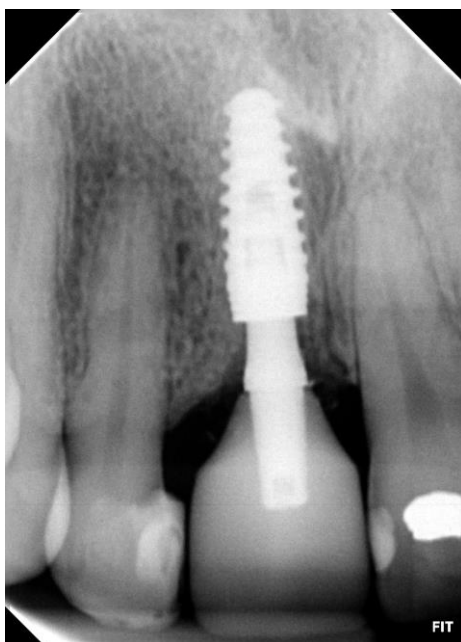
Figura 18. Imagem do elemento unitário cerâmico já instalado.



Figura 19. Sorriso da paciente logo após a instalação.



Figura 20. Imagem radiográfica da coroa em posição.



## DISCUSSÃO

Após a extração dentária, um processo de remodelação é iniciado, levando a mudanças morfológicas em torno do tecido mole e duro. Essas mudanças são iniciadas pela reabsorção do osso fasciculado, que consiste de um osso lamelar com espessura de 0,2 a 0,4 mm e é uma estrutura dente dependente. Essa reabsorção se deve a ruptura do suprimento sanguíneo proveniente do ligamento periodontal e subsequente atividade osteoclástica. A instalação de implante imediato não previne essa remodelação que ocorre principalmente na parede do alvéolo dentário. Uma manutenção maior da parede vestibular é observada em paredes com mais de 1 mm de espessura. Entretanto alterações pós extrações tem relação com outros fatores, como trauma cirúrgico devido abertura de retalho, o número de dentes vizinhos a serem extraídos, a morfologia do alvéolo, biotipo periodontal, presença de enxerto, pacientes fumantes, fatores sistêmicos (diabetes não controlada, desordens ósseas metabólicas), de falta de estímulo funcional na parede do osso remanescente, e características genéticas.<sup>15</sup>

Exodontias atraumáticas, sem abertura de retalho, tem se mostrado como uma boa iniciativa na medida em que contribuem com a redução na quantidade de osso perdido na fase inicial de cicatrização, de 4 a 8 semanas pós extração.<sup>9</sup> Neste sentido, uma abordagem sem a abertura de retalho, e com menor trauma é recomendada nos casos de instalação de implantes imediatos ou precoces em alvéolos com parede vestibular espessa. Atualmente cada vez mais novos instrumentos cirúrgicos veem sendo implementados na prática cirúrgica para realização de exodontias atraumáticas, como periótomos, cirurgias com piezo, e dispositivos de extração vertical.<sup>16</sup>

Nesse contexto, considera-se que o processo de reabsorção depende se o biotipo ósseo é fino ou espesso. Grande parte da perda óssea após a exodontia ocorre nos primeiros 6 meses. A instalação do implante imediato não previne a perda óssea, mas traz um grande benefício na promoção da estética gengival através da instalação do provisório imediatamente a instalação e conseqüentemente uma modelação gengival precoce.<sup>17</sup> Para Chappuis *et al* 2017, a instalação de implante imediato não previne reabsorção óssea *per se*, e

somente deveria ser colocado em sítios a parede óssea esperada pós exodontia seja de no mínimo 1mm de espessura e que também tenha um tecido gengival espesso. Se essas condições ideais não estiverem presentes, outro protocolo do momento da instalação do implante deve ser escolhido, para que se alcance um resultado estético previsível

Para Buser *et al* 2017, existe quatro possibilidades de instalação de implantes pós extração de um único dente em região estética. As possibilidades seriam: imediatamente após a remoção do dente, instalação precoce com a cicatrização do tecido mole (4 a 8 semanas), instalação precoce com cicatrização óssea parcial (12 a 16 semanas) e instalação tardia (após 6 meses da extração).

Em virtude da reabsorção do rebordo dentário pós exodontia se constituir de um processo biológico inevitável<sup>18</sup>, em particular com o objetivo de preservar o volume ósseo alveolar, estudos tem se mostrado que enxertos alveolares com biomateriais e uso de barreiras em formato de membranas podem reduzir o grau de alterações dimensionais.<sup>19</sup> Para Heggeler *et al* 2011, a técnica de preservação alveolar pode ser uma ajuda nas mudanças dimensionais ósseas ocorridas pós exodontia, mas que não previne a reabsorção óssea.

Para Bienz, *et al* 2017 a regeneração do volume na região anterior é de grande importância para o tratamento de implante na região estética. A fim de alcançar um resultado estético ideal, um acréscimo de tecido duro como também mole parece ser um pré-requisito. A regeneração óssea guiada é a modalidade de tratamento indicado para essa regeneração.

O fenótipo gengival também é importante na previsibilidade da estética do tecido mole. Uma gengiva espessa, não somente tem um maior volume de matriz extracelular, e colágeno, mas também uma vascularização aumentada, que contribui para uma maior remoção dos produtos tóxicos, favorecendo a resposta imunológica, respondendo mais favoravelmente a cicatrização do ferimento cirúrgico. Geralmente na maxila o fenótipo gengival é fino, entre 0,5 e 1mm.<sup>22</sup>

No aspecto protético, a manipulação dos tecidos duros e moles vai depender de um planejamento preciso em questões/paradigmas inerentes a especialidade, como o momento de instalação do provisório, se imediato ou tardio, seleção apropriada do intermediário, que seja capaz de guiar a

remodelação do tecido mole durante a fase de provisório, para somente após sua estabilização, caminhar para a fase definitiva.<sup>17</sup>

A restauração provisória sobre implante é fundamental para alcançar um perfil gengival adequado, preservando, formando e até criando tecido mole, servindo para manipular tal tecido até a instalação final da coroa definitiva. A instalação da coroa provisória imediatamente a instalação do implante tem como propósito a preservação do tecido mole durante o período de osseointegração. Modificação da área cervical pode guiar e estabilizar os tecidos ao redor do implante.<sup>8</sup>

Neste sentido, a mucosa peri-implantar pode ser modificada em sua forma através de um processo de escultura baseado no princípio que o tecido mole pode mudar de forma através de uma compressão constante, mas controlada. Especialmente em pacientes com um biotipo gengival grosso, esse tecido pode ser manipulado para reproduzir o contorno parabólico gengival. A restauração provisória é a responsável pela criação e condicionamento do contorno do tecido mole peri-implantar. O período de condicionamento varia entre 3 a 6 meses para assegurar um resultado estável. Nesse período, o paciente deve ser visto mensalmente para que o profissional possa acrescentar ou remover pequenas quantidades de resina até conseguir o requerido formato. Esse processo deve ser realizado gradualmente a fim de evitar uma compressão excessiva, causando desconforto ao paciente.<sup>23</sup>

O manejo do tecido duro e mole e a estética ideal são importantes critérios de sucesso na implantodontia contemporânea. Nos casos com demanda estética, os resultados finais dependem não somente da restauração definitiva por si só, a qual deve imitar o contorno peri-implantar ideal estabelecido pela restauração provisória.<sup>14</sup>, mas também da chamada “estética rosa”, termo que se refere a forma da gengiva em torno da restauração. Após a instalação do implante, o formato da coroa provisória pode preservar, modificar e suportar o tecido mole, providenciando um natural perfil de emergência.<sup>24</sup>

Boa parte desses fatores relacionados ao condicionamento tecidual, o qual precisa ser reproduzido durante os procedimentos de moldagem para confecção da prótese definitiva. Muitas técnicas para transferência do perfil de

emergência peri-implantar tem sido descrito na região estética de maxila, tanto direto como indiretamente, sendo a instalação de próteses provisórias a melhor forma de esculpir e condicionar o tecido mole peri-implantar.<sup>8 10 11 12 13 14 23 25</sup>

Para Gomes *et al* 2006, o sucesso das restaurações protéticas em implantodontia está diretamente associado à precisão e adaptação passiva entre prótese e implante, estabilidade da interface dente/pilar, assim como a uma adequada distribuição de forças mastigatória ao conjunto. O procedimento de moldagem de transferência do implante ou do intermediário é uma das etapas mais importantes para a obtenção da passividade do conjunto prótese/implante.<sup>26</sup> A moldagem de prótese sobre implante necessita o registro simultâneo das áreas de tecido mole com o posicionamento preciso dos componentes do implante. Técnicas de moldagem são utilizadas de formas diversas, podendo ser com moldeiras de estoque ou individualizada, na forma direta ou indireta, aberta ou fechada, dependendo da posição dos implantes e do planejamento protético.<sup>8</sup>

Não existe um material de moldagem ideal, que satisfaça todas as qualidades necessárias em implantodontia, como estabilidade dimensional, fácil manipulação, não tóxico, hidrofílico, resistência ao rasgamento, recuperação elástica, precisão e tempo de presa adequado. Para a implantodontia, os materiais que trazem o máximo dessas características são os silicones de adição e os poliéteres.<sup>27,28</sup>

No que se refere as técnicas de moldagem na implantodontia em área estética, a técnica com o uso de moldeira fechada parece ser a preconizada.<sup>28</sup> Embora alguns profissionais usem o próprio provisório para a transferência do perfil de emergência.<sup>11 12 13 14 23</sup> Para Grizas *et al*, 2018, quatro formas de transferência do perfil de emergência são indicados. Uma cópia de impressão modificada com o uso de resina composta flow copiando o perfil de emergência diretamente na boca, ou com o uso de resina composta extraoral, uso do provisório como forma de mimetizar o perfil de emergência e o uso da tecnologia CAD/CAM.

Padopoulos, *et al*, 2014, em seu trabalho de transferência de perfil de emergência do provisório para a restauração final demonstra através de 3

maneiras, impressão modificada com acréscimo de resina intraoral, extraoral com resina acrílica e com o uso da tecnologia CAD/CAM, expõem que todas as técnicas mencionadas dão ao clínico uma forma precisa de transferência, mas que a escolha final depende do profissional. Neste sentido, Marques *et al*, 2019, relata em seu trabalho uma diferença estatisticamente significativa entre a moldagem tradicional e a moldagem com o CAD/CAM, embora essa diferença não seja detectável clinicamente. Liu *et al*, 2017, coloca o uso do CAD/CAM para a replicação do contorno do tecido mole periimplantar e perfil de emergência como uma nova técnica que permite essa moldagem de forma simples e factível.

## CONCLUSÃO

Para a obtenção de um tratamento estético ideal em região anterior de maxilar é fundamental o conhecimento de vários fatores, tanto no que se refere ao planejamento cirúrgico e protético, como também ao aspecto laboratorial, para a obtenção de uma prótese previsível, satisfatória e sustentável. Neste sentido, pode-se notar a importância de uma provisionalização sobre o intermediário protético o mais cedo possível, preferencialmente imediatamente a instalação do implante, para um bom condicionamento e estabilização do tecido periimplantar. Além disso, enfatiza-se assim que para o sucesso, além dos fatores já mencionados, a moldagem deve ser feita com uma técnica que não permita o colapso do tecido periimplantar condicionado e que seja o mais fiel possível seguida da finalização com uma excelente coroa cerâmica.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adell, R; Lekholm, U; Rockler, B. A 15-years study osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. *Int. J. Oral Surg.* v. 10, n. 6, p. 387-416, dec. 1981.
2. Faverani, LP; Ramalho-Ferreira, G; Gaetti-Jardim, EC.; Okamoto, R; Shinohara, EH.; Assunção, WG.; Garcia Junior, IR. Implantes osseointegrados: evolução e sucesso. *Salusvita.* v. 30, n. 1, p. 47-58, 2011.
3. Branemark, PI.; Adell, R; Breine, U; Hansson, BO; Lindstrom, J; Ohlsson, A. Intra-osseous Anchorage of Dental Prostheses. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg.* v. 3, p. 81-100. 1969.
4. Branemark, PI.; Hansson, BO.; Adell, R; Breine, U; Lindstrom, J; Hallen, O; OHMAN, A. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10- Years period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl.* v. 16, p, 1-132. 1977.
5. Branemark, PI. Osseointegration and its experimental background. *J Prosthet Dent.* v. 50, no. 3, p. 399-409, Set 1983.
6. Albrektsson, T; Albrektsson, B. Osseointegration of bone implants A review of an alternative mode of fixation. *Acta Orthop. Scand.* v. 58, no. 5, p. 567-577, 1987.
7. Buser, D; Chappuis, V; Belser, UC.; Chen, S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: When immediate, When early, When late? *Periodontology 2000.* v. 73, p. 84-102. 2017.
8. Grizas, E; Kourtis, S; Andrikopoulou, E; Romanos, GE. A detailed decision tree to create, preserve, transfer, and support the emergence profile in anterior maxillary implants using custom abutments. *Quintessence International Implantology.* v. 49, n. 5, may. 2018.
9. Farronato, D.; Pasini, P. M.; Manfredini, M.; Scognamiglio, C.; Orsina, A.A. Farronato, M. Influence of the implant-abutment connection on the ratio between height and thickness of tissue at the buccal Zenith; a randomized controlled trial on 188 implants placed in 104 patients. *BMC Oral Health.* V. 20, p. 1 – 11, 2020.
10. Gomes, EA.; Assunção, WG.; Costa, PS.; Delben, JA.; Barão, VAR. Moldagem de Transferência de Prótese Sobre Implante ao Alcance do Clínico-Geral. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa,* v. 6, n. 3, p. 281-288, set/dez. 2006.
11. Lops, D; Bressan, E; Cea, N; Sbricoli, L; Guazzo, R; Scanferla, M.; Romeo, E. Reproducibility of Buccal Gingival Profile Using a Custom Pick-up Impression technique: A 2 year Prospective Multicenter Study. *Journal of Esthetic and Rest Dentistry.* v. 28, n. 1, p. 43-45. 2016.
12. Marques, DNS.; Alves, RVAA.; Mata, ADSP.; Caramês, JMM. Soft tissue replication in single unit implant impressions – A three dimensional clinical study. *J Esthet Restor Dent.* p. 1-10. 2019.

13. Attard, N & Barzilay, I. A Modified Impression Technique for Accurate Registration of Peri-Implant Soft Tissues. *J Can Dent Assoc.* v. 69, n. 2 p. 80-83. 2003.
14. Tsai, B. A Method for Obtaining Peri-Implant Soft-Tissue Contours by Using Screw-Retained Provisional Restorations as Impression Copings: A Clinical Report. *Journal of Oral Implantology.* v. 37, n. 5, 2011.
15. Avila-Ortiz, G; Elangovan, S; Kramer, KW; Blanchette D; Dawson, DV. Effect of alveolar ridge preservation after tooth extraction: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* v. 93, n.10, p. 950-958. 2014.
16. Chappuis, V; Araujo, MG.; Buser, D. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in the esthetic sites. *Periodontology 2000.* v. 73, p. 73-83. 2017.
17. Manicone, PF.; Raffaelli, L; Ghassemian, M; D'addona, F. Soft and Hard Tissue Management in Implant Therapy – Part II: Prosthetic Concepts. *Internacional Journal of Biomaterials.* p. 1-6. 2012.
18. D'addona, A; Ghassemian, M; Raffaelli, L; Manicone, PF. Soft and Hard Tissue Management in Implant Therapy – Part I: Surgical Concepts. *Internacional Journal of Biomaterials.* p. 1-8. 2012.
19. Araujo, MG.; Lindhe, J. Ridge preservation with the use of Bio-Oss collagen: a 6-month study in the dog. *Clin Oral Implants Res.* v. 20, p. 433-440. 2009.
20. Heggeler, JMA. G; Slot, DE.; Van Der Weijden, GA. Effect of socket preservation therapies following tooth extraction in non-molar regions in humans: a systematic review. *Clinical Oral Implants Research.* v. 22, p. 779-788. 2011.
21. Bienz, SP.; Jung, RE.; Sapata, VM.; Hämmerle, CHF.; Hüslér, J.; Thoma, D. S. Volumetric changes and peri-implant health at implant sites with or without soft tissue grafting in the esthetic zone, a retrospective case-control study with a 5-year follow-up. *Clinical Oral Implants Research.* p. 1-7. 2017.
22. Kan, JY.; Rungcharassaeng K; Morimoto, T; Lozada, J. Facial gingival tissue stability after connective tissue graft with single immediate tooth replacement in the esthetic zone: consecutive case report. *J Oral Maxillofac Surg.* v. 67, p. 40-48, 2009.
23. Parpaiola, A; Sbricoli, L; Guazzo, R; Bressan, E; Lops, D. Managing the Peri-implant Mucosa: A Clinically Reliable Method for Optimizing Soft Tissue Contours and Emergence Profile. *Journal of Esthetic and Rest Dentistry.* v. 25, n. 5, p. 317-323. 2013.
24. Papadopoulos, I; Pozidi, G; Goussias, H; Kourtis, S. Transferring the emergence profile from the provisional to the final restoration. *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry.* v. 26, n. 3, p. 154-161, 2014.
25. Chee, W; Jivraj, S. Impression techniques for implant dentistry. *British Dental Journal,* v. 201, n. 7, p429-432. 2006.
26. Pimenta, MHG.; Silva, RS; Poluha, RL. Moldagem em Prótese sobre Implante: Revisão de Literatura. *Rev. UNINGÁ.* v. 56, n. S5, p. 37-42, jul./set. 2019.

27. Thompson, GA.; Vermilyea, SG; Agar, JR. Effect of disinfection of custom tray materials on adhesive properties of several impression material systems. *J Prosthet Dent*, v.72, n.6, p. 651-656, 1994.
28. Donovan, T. E.; Chee, W. W. A review of contemporary impression materials and techniques. *Dent Clin North Am*, v. 48, n. 2, p. 445-470, 2004.
29. Liu, X; Liu, J; Mao, H; Tan, J. A Digital technique for replicating periimplant soft tissue contours and the emergence profile. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. v. 1, p. 1-4. 2017.
30. Assunção, WG.; Gennari-Filho, H.; Zaniquelli, O. Evaluation of transfer impressions for osseointegrated implants at various angulations. *Implant Dent, Baltimore*, v. 13, n. 4, p. 358-366, dec. 2004.