



Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Escola de Odontologia ABO-RIO CLARO

Especialização em Implantodontia

EMÍLIO HIDEYUKI YUUKI

**"IMPLANTE EM ÁREA ESTÉTICA COM DEFEITO ÓSSEO VESTIBULAR:
RELATO DE CASO CLÍNICO"**

RIO CLARO
JULHO/2022

EMÍLIO HIDEYUKI YUUKI

“IMPLANTE EM ÁREA ESTÉTICA COM DEFEITO ÓSSEO VESTIBULAR:
RELATO DE CASO CLÍNICO”

Monografia apresentada à Faculdade Sete Lagoas como requisito para obtenção de título de especialista em Implantodontia.

Orientador: Prof. Luciano Lima

RIO CLARO

2022

Hideyuki Yuuki, Emílio

Implante em área estética com defeito ósseo vestibular: relato de caso clínico / Emílio. – 2022.

23 f.

Orientador: Luciano Lima.

Monografia (Especialização) – Faculdade Sete Lagoas, 2022.

1. Implantodontia. 2. Regeneração óssea guiada.

I. Implante em área estética com defeito ósseo vestibular: relato de caso clínico.

II. Luciano Lima.

Apresentação de monografia no dia 15/07/2022 no curso de Especialização em Implantodontia – Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Prof.

Prof.

Prof.

RESUMO

A região anterior da maxila é considerada uma área estética da cavidade oral. No campo estético, a substituição bem-sucedida de um dente por um implante dentário requer integração e harmonia dentro da dentição existente. A perda óssea continua sendo um grande desafio para a reabilitação de pacientes com implantes osseointegrados. Para um bom prognóstico a longo prazo, é necessário um volume suficiente de osso no local em que o implante será instalado. A regeneração óssea guiada (ROG) busca promover a reparação e a formação de tecido ósseo, sendo frequentemente utilizada em combinação ao tratamento com implantes dentais osseointegrados. O objetivo do presente estudo foi descrever e relatar um caso clínico, onde a exodontia do incisivo lateral superior direito foi indicada após análise de exames de imagem, radiografia panorâmica e periapical, que apontavam para lesão periapical e fratura radicular do elemento dental, inviabilizando a sua manutenção. Após exodontia foi realizado o implante imediato com a regeneração óssea guiada (ROG) com auxílio de membrana não absorvível e provisionalização estética imediata. Podemos concluir com a realização deste caso que é fundamental o conhecimento do cirurgião dentista implantodontista das macrogeometrias dos implantes disponíveis e suas indicações, assim como dos procedimentos específicos a serem aplicados na colocação de cada um deles, para que possibilite a obtenção de resultados satisfatórios ao paciente. Ainda, é fundamental que o profissional esteja atualizado quanto aos procedimentos de ROG que estão sendo aplicados, as sequências de tratamento, para que possa adequar o planejamento pré-cirúrgico nos casos clínicos que irá executar.

Palavras-chave: reabilitação oral, implantes dentais, área estética, osso alveolar, defeito ósseo alveolar, regeneração óssea guiada.

ABSTRACT

The anterior region of the maxilla is considered an aesthetic area of the oral cavity. In the aesthetic field, the successful replacement of a tooth with a dental implant requires integration and harmony within the existing dentition. Bone loss remains a major challenge for the rehabilitation of patients with osseointegrated implants. For a good long-term prognosis, a sufficient volume of bone is required at the site where the implant will be installed. Guided bone regeneration (GOR) seeks to promote the repair and formation of bone tissue, and is often used in combination with treatment with osseointegrated dental implants. The aim of the present study was to describe and report a clinical case, where the extraction of the upper right lateral incisor was indicated after analysis of image exams, panoramic and periapical radiography, which pointed to periapical lesion and root fracture of the dental element, making its removal unfeasible. After extraction, immediate implant was performed with guided bone regeneration (GBR) with the aid of a non-absorbable membrane and immediate esthetic provisionalization. We can conclude with the realization of this case that it is essential for the implant dentist to know the macrogeometries of the available implants and their indications, as well as the specific procedures to be applied in the placement of each one of them, so that it makes it possible to obtain satisfactory results for the patient. Still, it is essential that the professional is up-to-date on the GBR procedures that are being applied, the treatment sequences, so that he can adapt the pre-surgical planning in the clinical cases that he will perform.

Keywords: oral rehabilitation, dental implants, aesthetic area, alveolar bone, alveolar bone defect, guided bone regeneration.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. PROPOSIÇÃO	9
3. RELATO DE CASO CLÍNICO	10
4. DISCUSSÃO	17
5. CONCLUSÃO	21
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	24

1. INTRODUÇÃO

A região anterior da maxila é considerada uma área estética da cavidade oral. O emprego de implantes dentários nessa região está bem documentado na literatura, e vários ensaios clínicos controlados mostram que as taxas de sobrevivência e sucesso geral do implante nessas situações são semelhantes às relatadas para outros segmentos da maxila e da mandíbula (Belser et al., 2004). Sabe-se que o sucesso do tratamento com implantes depende de um planejamento preciso e, nesse sentido, a região anterior da maxila pode ser a região que requer a avaliação pré-operatória mais rigorosa, porque a dimensão e a morfologia do osso alveolar terão uma influência direta no resultado estético e na estabilidade da colocação do implante (Wakimoto et al., 2012; Zhang et al., 2015).

No campo estético, a substituição bem-sucedida de um dente por um implante dentário requer integração e harmonia dentro da dentição existente (Veltri et al., 2016). As informações sobre a altura, largura, morfologia e densidade do osso alveolar ao redor do local do implante proposto são muito críticas para a determinação do tamanho do implante e do ângulo de colocação (Rozé et al., 2009). Assim, o planejamento pré-cirúrgico, o posicionamento do implante, o tipo de implante a ser utilizado, o manejo do tecido mole, a necessidade de enxerto ósseo estético e o manejo protético são as considerações que afetam os resultados do tratamento que estão associados aos implantes dentários na região anterior da maxila (el Askary, 2001).

Na região anterior da maxila, a colocação do implante apresenta mais desafios devido à demanda por um implante bem ancorado e um resultado estético satisfatório (Buser et al., 2004). Zhang e colaboradores (2015) demonstraram em seu estudo através de tomografia computadorizada de feixe cônico que o incisivo lateral superior possui a crista alveolar mais fina, quando comparado com o incisivo central superior e o canino superior, e ainda sugeriram que, sem procedimentos de enxerto adicionais, a colocação do implante na região do incisivo lateral incorreria em maior risco de perfuração da parede vestibular. Sendo assim, uma avaliação pré-operatória cuidadosa da região anterior da maxila, especialmente da região dos incisivos laterais, é fundamental

para a seleção da abordagem de tratamento ideal e redução de complicações cirúrgicas (Zhang et al., 2015).

A perda ou insuficiência óssea continua sendo um grande desafio para a osseointegração. Para um bom prognóstico a longo prazo, é necessário um volume suficiente de osso no local em que o implante será colocado (Elgali et al., 2017). A regeneração óssea guiada (ROG) busca promover a proliferação de células osteoblásticas e, dessa maneira, permitir a formação de tecido ósseo (Ra e Wo, 2021). Ela é uma técnica previsível para o aumento ósseo, sendo considerada viável para promover um ambiente adequado para posterior colocação implantes (Lei et al., 2019; Mendoza-Azpur et al., 2019). Sendo assim, a ROG é frequentemente utilizada em combinação ao tratamento com implantes dentais osseointegrados (Elgali et al., 2017).

2. PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo foi realizar o relato de um caso clínico em que foi realizada a regeneração óssea guiada com o auxílio de uma membrana não absorvível e a reabilitação oral com implante dental imediato em região de incisivo lateral superior que apresentou defeito ósseo na cortical vestibular decorrente da fratura radicular que inviabilizou a manutenção deste elemento dental.

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

O paciente N.F.S., 53 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao consultório odontológico relatando ter percebido mobilidade no dente incisivo lateral superior direito (12), além de dor ao mastigar. Foram realizados exame clínico e radiografia periapical do dente 12 (figura 1), constatando-se que o dente possuía uma coroa de metalocerâmica com núcleo metálico fundido intrarradicular, e a raiz apresentava-se fraturada decorrente a trauma relatado pelo paciente. Devido à presença desta fratura radicular no dente 12, foi proposto ao paciente a exodontia e a reabilitação do espaço edêntulo com implante imediato e provisionalização estética.



Figura 1. Radiografia periapical do dente incisivo lateral superior direito (12).

Dadas as orientações a respeito do plano de tratamento, o paciente N.F.S. decidiu pela realização do planejamento proposto. Assim, inicialmente foi feita a exodontia do dente 12 (figura 2A). No momento da cirurgia para exodontia deste dente, foi constatado que houve reabsorção óssea da parede vestibular na região, expondo um defeito ósseo (figura 2B). Por ser essa uma área estética, fez-se necessária a realização de uma técnica para regeneração óssea guiada (ROG).

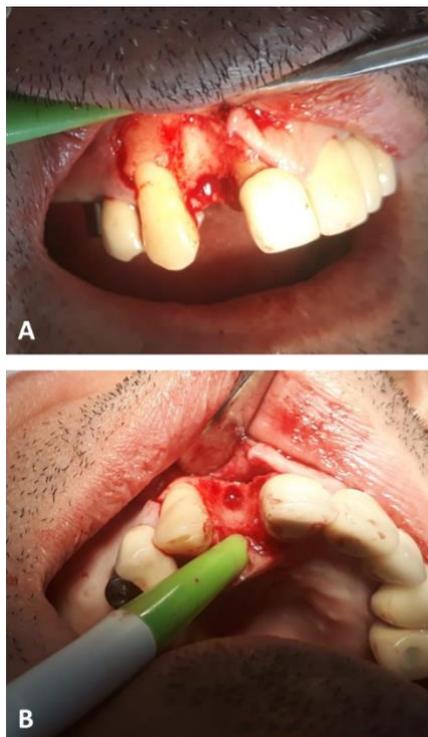


Figura 2. Imagens intrabucais feitas após a exodontia do dente 12. **A:** Defeito ósseo na tábua vestibular na região do dente 12. **B:** Crista óssea remanescente e espaço disponível para a colocação do implante dental.

Através da radiografia periapical realizada foi possível mensurar o espaço disponível para a colocação do implante dental. A distância presente entre as raízes dos dentes 11 e 13 era de 7mm. Dessa maneira, o espaço foi suficiente para a eleição de um implante cone morse (CM) de 3,5mm de diâmetro e 13mm de comprimento (Intraoss ®, Warie Industrial LTDA, São Paulo, Brasil), e o implante foi colocado a 3mm da crista óssea remanescente (figura 3A). O torque final de travamento do implante foi de 60N. Ainda, foi colocado um componente munhão universal (Intraoss ®, Warie Industrial LTDA, São Paulo, Brasil) (figura 3B).

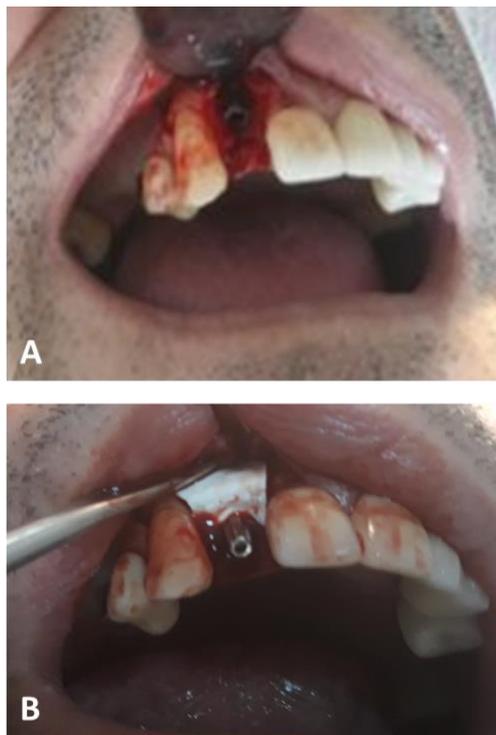


Figura 3. A: Imagem intrabucal após a colocação do implante cone morse 3,5mm x 13mm. **B:** Imagem intrabucal após a colocação do componente munhão universal.

Por se tratar de uma região estética, foi aplicada uma técnica de regeneração óssea guiada simultaneamente ao procedimento de colocação do implante dental. Para tanto, foi feita a colocação de uma membrana regenerativa Bone Heal[®] (Bone Heal, São Paulo, Brasil), adequadamente adaptada para encobrir todo o defeito ósseo. Finalmente, o retalho foi reposicionado e suturado com um fio de sutura nylon monofilamento 5-0 (Shalon Medical[®], Goiás, Brasil) (figuras 4A e 4B).



Figura 4. Imagens intrabucais após a colocação da membrana regenerativa Bone Heal®. É possível observar o reposicionamento e a sutura do retalho.

Imediatamente após a finalização do procedimento cirúrgico para colocação do implante dental e da membrana regenerativa, foi confeccionada uma coroa provisória com resina acrílica autopolimerizável Dencrilay (Vipi Produtos Odontológicos®, São Paulo, Brasil), a qual foi cimentada no componente munhão universal com o Cimento Temporário 3M™ RelyX™ NE de Óxido de Zinco sem Eugenol (3M do Brasil ©, São Paulo, Brasil) (figura 5).

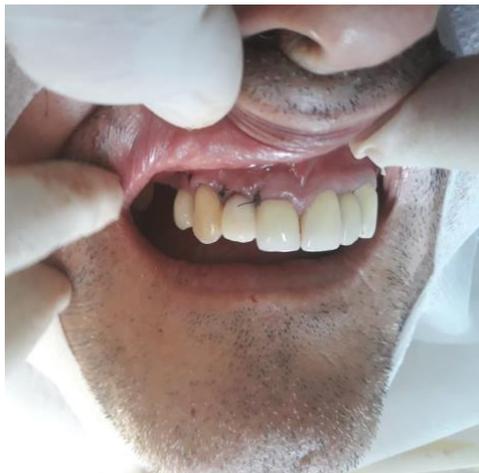


Figura 5. Imagem extrabucal após a cimentação da coroa total provisória do dente 12.

O paciente retornou ao consultório odontológico para remoção da sutura e da membrana regenerativa após completados 10 dias do procedimento cirúrgico (figura 6). Posteriormente, a coroa provisória foi cimentada novamente com o cimento temporário (figura 7).



Figura 6. Imagem intrabucal após a remoção da sutura e da membrana regenerativa.



Figura 7. Imagem intrabucal após a remoção da sutura e da membrana regenerativa e a cimentação da coroa total provisória do dente 12.

Foi realizada uma radiografia para avaliação da osseointegração do implante aos 120 dias após a cirurgia para sua colocação (Figura 8).



Figura 8. Radiografia periapical da região do dente 12.

O resultado do tratamento pode ser observado na figura 9.



Figura 9. Imagem intrabucal após a cimentação da coroa total definitiva do dente 12.

4. DISCUSSÃO

As expectativas dos pacientes em relação ao tratamento com implantes têm mudado nos últimos anos, e a estética passou a desempenhar um papel crucial na definição do que hoje é chamado de sucesso no tratamento reabilitador (Testori et al., 2018). Além da osseointegração e sobrevivência do implante, os resultados estéticos dos implantes têm sido alvo de muita atenção (Slagter et al., 2014; Dong et al., 2021).

A região anterior da maxila representa uma área estética e exige que a reposição de um dente através da reabilitação oral com implantes osseointegrados seja executada de maneira a atingir integração e harmonia com os demais dentes vizinhos (Veltri et al., 2016). A região citada apresenta maiores desafios ao tratamento reabilitador devido à necessidade de boa ancoragem do implante e, ainda, de um resultado estético satisfatório ao paciente (Buser et al., 2004).

O sucesso do tratamento com implantes dentais está absolutamente relacionado a um planejamento prévio preciso. Tem-se na literatura que, nesse sentido, a região anterior da maxila pode ser considerada a região que requer a avaliação pré-operatória mais rigorosa, e isso acontece pela influência que a dimensão e a morfologia do osso alveolar exercem sobre a estabilidade do implante e sobre a estética final obtida (Wakimoto et al., 2012; Zhang et al., 2015).

Dos muitos fatores que influenciam o resultado da reabilitação, Testori e colaboradores (2018) consideram que os dois principais são as deficiências ósseas e de tecidos moles no local em que se pretende colocar o implante. Peng e colaboradores (2013) relatam que a posição em que o implante é colocado no osso alveolar exerce uma influência importante no resultado estético, uma vez que interfere no comprimento da coroa que será instalada, que deve ser comparada com o dente contralateral (Peng et al., 2013). Os autores afirmam que um implante que se projeta em direção vestibular resultará em um aumento do comprimento da coroa do implante em comparação com o dente contralateral, interferindo na estética. Veltri e colaboradores (2016) consideram que a

espessura do osso marginal nas faces mesial e distal do implante é um fator anatômico que aparece associado ao resultado estético geral (Veltri et al., 2016).

Sendo assim, o planejamento pré-cirúrgico em casos de reabilitação na região anterior da maxila deve considerar o manejo do tecido mole, a necessidade de enxerto ósseo, o posicionamento do implante, o tipo de implante a ser eleito e, por fim, o manejo da prótese sobre implante (el Askary, 2001). Belser e colaboradores (2004) relataram que, considerando a substituição de um único dente anterior em locais sem deficiências de tecido, resultados de tratamento previsíveis, incluindo estética, podem ser alcançados devido ao suporte de tecido fornecido pelos dentes adjacentes. Entretanto, a perda ou insuficiência óssea continua sendo um grande desafio para a osseointegração.

A qualidade do osso alveolar de vital importância para que se possa alcançar resultados clínicos satisfatórios, incluindo resultados estéticos (Dong et al., 2021). As técnicas de regeneração óssea guiada (ROG) buscam promover a formação de tecido ósseo em áreas que apresentam defeitos ósseos, e podem ser aplicadas em diversas situações clínicas, assim como diferentes materiais e modificações dos mesmos são utilizados (Elgali et al., 2017; Ra e Wo, 2021). Seu princípio fundamental está na aplicação de uma membrana regenerativa que evite que tecidos não osteogênicos interfiram na regeneração óssea da região onde ela é posicionada (Elgali et al., 2017).

Sabe-se ainda que o desenho do colo do implante pode ter influência na recessão do tecido mole na zona estética. De acordo com Ye (2017), implantes com ombro largo, por exemplo, não seriam selecionados para áreas estéticas. Nesse sentido, o desenvolvimento da Implantodontia propiciou a melhoria e a inovação do design dos implantes dentários, o que inclusive gerou mudanças nos protocolos clínicos (Ye, 2017). Os implantes cônicos são uma opção importante para regiões estéticas, pois demonstraram ser bem-sucedidos em áreas onde a estabilidade primária pode ser difícil de alcançar (Dard et al., 2016). De acordo com Dard e colaboradores (2016), a introdução de um implante cônico obriga o cirurgião-dentista a adaptar o procedimento de preparação do leito de implantação para maximizar a estabilidade primária. O local de implantação deve imitar a forma do implante tanto quanto possível para permitir uma distribuição uniforme da carga. Devem ser utilizadas brocas adaptadas à forma do implante

e uma sequência de brocas adaptada ao tipo de osso específico no local do implante para garantir uma estabilidade primária previsível e adequada (Dard et al., 2016).

No presente relato de caso foi feita a reabilitação do dente 12 com implantes dentais osseointegrados utilizando a ROG. O implante eleito para o caso clínico foi um cone morse (CM) de 3,5mm de diâmetro e 13mm de comprimento (Intraoss ®, Warie Industrial LTDA, São Paulo, Brasil), e foi colocado imediatamente após a exodontia do dente 12. A ROG foi realizada no mesmo procedimento de colocação do implante, através da utilização de uma membrana regenerativa Bone Heal ® (Bone Heal, São Paulo, Brasil), que foi adequadamente adaptada para encobrir todo o defeito ósseo. Ainda, foi confeccionada uma coroa provisória, a qual foi cimentada no componente munhão universal com um cimento provisório.

A colocação de implantes imediatamente após a extração dental e a confecção da restauração provisória imediata tornaram-se opções atraentes para pacientes e cirurgiões-dentistas, uma vez que podem contribuir para que resultados estéticos sejam atingidos (Dong et al., 2021). Testori e colaboradores (2018) e Dong e colaboradores (2021) afirmam que a colocação imediata de implantes pode ser um procedimento de sucesso em termos estéticos, mas requer experiência por parte do cirurgião-dentista, uma vez que a técnica é mais delicada, além de ser preciso uma cuidadosa seleção dos casos clínicos. Ainda, os autores ressaltam que a colocação imediata do implante é menos traumática para o paciente, pois exige que menos procedimentos cirúrgicos sejam realizados (Testori et al., 2018).

Chen e Buser (2014) realizaram uma revisão sistemática em que puderam concluir que resultados estéticos aceitáveis podem ser alcançados com implantes colocados após a extração dental na região anterior da maxila, entretanto, a recessão gengival constitui um risco desta abordagem de tratamento. Relataram ainda que estudos recentes impuseram critérios de seleção bastante específicos para que este tipo de tratamento fosse realizado reduzindo o risco de comprometimento estético, e esses critérios incluíram a análise da espessura do tecido mole e a presença da cortical alveolar vestibular intacta (Chen e Buser, 2014).

Em contrapartida, Slagter e colaboradores (2014) afirmam que através de uma revisão sistemática foi possível verificar que a colocação imediata de implantes unitários na zona estética mostrou uma excelente sobrevida do implante após 1 ano de acompanhamento (97,1%), e concluem que a colocação imediata com confecção de restauração provisória imediata de implantes dentais na zona estética resulta em excelente resultado de tratamento a curto prazo em termos de sobrevivência do implante, com alteração mínima das dimensões do tecido mole e duro periimplantares. Blanco e colaboradores (2019) afirmam que, com um plano de tratamento crítico feito por um profissional especializado, a abordagem de tratamento imediato pode ser possível e benéfica para o paciente.

No caso relatado foi feita a colocação imediata do implante após a extração do dente 12, concomitantemente à ROG utilizando uma membrana regenerativa e, ainda, confecção de coroa provisória na mesma sessão clínica. Até o momento, o acompanhamento do paciente tem mostrado resultados satisfatórios de ancoragem do implante e da estética dos tecidos periimplantares.

5. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que é necessário que o cirurgião-dentista possua o conhecimento dos diferentes implantes disponíveis para uso, a indicação desses implantes, assim como dos procedimentos específicos a serem aplicados na colocação de cada um deles, para que possibilite a obtenção de resultados satisfatórios ao paciente. Ainda, é fundamental que o profissional esteja atualizado quanto aos procedimentos de ROG que estão sendo aplicados, as sequências de tratamento, bem como os materiais e implantes que estão sendo utilizados em situações específicas, para que possa executar um adequado planejamento pré-cirúrgico nos casos clínicos que irá executar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) BELSER, U.C.; SCHMID, B.; HIGGINBOTTOM, F.; BUSER, D. Outcome analysis of implant restorations located in the anterior maxilla: a review of the recent literature. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v. 19, Suppl, p. 30-42, 2004.
- (2) BUSER, D.; MARTIN, W.; BELSER, U.C. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v. 19, Suppl, p. 43-61, 2004.
- (3) CHEN, S.T.; BUSER, D. Esthetic outcomes following immediate and early implant placement in the anterior maxilla--a systematic review. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v. 29, Suppl, p. 186-215, 2014.
- (4) DARD, M.; KUEHNE, S.; OBRECHT, M.; GRANDIN, M.; HELFENSTEIN, J.; PIPPENGER, B.E. Integrative Performance Analysis of a Novel Bone Level Tapered Implant. **Adv Dent Res**, v. 28, n. 1, p. 28-33, mar. 2016.
- (5) DONG, J.; MAO, C.; XU, J.; HE, Y.; ZHANG, K.; CUI, J. Comparison of clinical esthetic outcomes of immediately placed implants with and without immediate provisionalization in single-tooth implants of the esthetic area: A protocol for systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 10, e0258799, oct, 2021.
- (6) EL ASKARY, A.S. Multifaceted aspects of implant esthetics: the anterior maxilla. **Implant Dent**, v. 10, n. 3, p. 182-91, 2001.
- (7) ELGALI, I.; OMAR, O.; DAHLIN, C.; THOMSEN, P. Guided bone regeneration: materials and biological mechanisms revisited. **Eur J Oral Sci**, v. 125, n. 5, p. 315-337, oct. 2017.
- (8) LEI, L.; YU, Y.; KE, T.; SUN, W.; CHEN, L. The Application of Three-Dimensional Printing Model and Platelet-Rich Fibrin Technology in Guided Tissue Regeneration Surgery for Severe Bone Defects. **J Oral Implantol**, v. 45, n. 1, p. 35-43, feb. 2019.
- (9) MENDOZA-AZPUR, G.; DE LA FUENTE, A.; CHAVEZ, E.; VALDIVIA, E.; KHOULY, I. Horizontal ridge augmentation with guided bone regeneration using particulate xenogenic bone substitutes with or without autogenous block grafts: A randomized controlled trial. **Clin Implant Dent Relat Res**, v. 21, n. 4, p. 521-530, aug. 2019.
- (10) PENG, M.; FEI, W.; HOSSEINI, M.; GOTFREDSEN, K. Influence of implant position on clinical crown length and peri-implant soft tissue dimensions at implant-supported single crowns replacing maxillary central incisors. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v. 33, n. 6, p. 785-93, nov-dec. 2013.
- (11) ROZÉ, J.; BABU, S.; SAFFARZADEH, A.; GAYET-DELACROIX, M.; HOORNAERT, A.; LAYROLLE, P. Correlating implant stability to bone structure. **Clin Oral Implants Res**, v. 20, n. 10, p. 1140-5, oct. 2009.
- (12) SLAGTER, K.W.; DEN HARTOG, L.; BAKKER, N.A.; VISSINK, A.; MEIJER, H.J.; RAGHOEBAR, G.M. Immediate placement of dental implants in the esthetic zone: a systematic review and pooled analysis. **J Periodontol**, v. 85, n. 7, e241-50, jul. 2014.
- (13) TESTORI, T.; WEINSTEIN, T.; SCUTELLÀ, F.; WANG, H.L.; ZUCHELLI G. Implant placement in the esthetic area: criteria for positioning single and multiple implants. **Periodontol 2000**, v. 77, n. 1, p. 176-196, jun. 2018.

- (14) VELTRI, M.; EKESTUBBE, A.; ABRAHAMSSON, I.; WENNSTRÖM, J.L. Three-Dimensional buccal bone anatomy and aesthetic outcome of single dental implants replacing maxillary incisors. **Clin Oral Implants Res**, v. 27, n. 8, p. 956-63, aug. 2016
- (15) WAKIMOTO, M.; MATSUMURA, T.; UENO, T.; MIZUKAWA, N.; YANAGI, Y.; IIDA, S. Bone quality and quantity of the anterior maxillary trabecular bone in dental implant sites. **Clin Oral Implants Res**, v. 23, n. 11, p. 1314-9, nov. 2012.
- (16) YE, L. [Current dental implant design and its clinical importance]. **Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi**, v. 35, n. 1, p. 18-28, feb. 2017. Chinese.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por favor, leia este termo cuidadosamente, pois as informações a seguir irão explicar o propósito de descrever este relato de caso clínico e sua função nela como participante. Caso tenha qualquer dúvida sobre este estudo ou termo, você deverá procurar os pesquisadores responsáveis pelo trabalho.

Por esse documento, o Sr. está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado: “Implante em área estética com defeito ósseo vestibular: relato de caso clínico”. Este documento também dará maiores informações sobre os procedimentos a serem realizados, que serão detalhados a seguir. Sua participação não é obrigatória.

Neste caso clínico você receberá o tratamento do dente da frente do lado direito que se apresenta mole e dolorido ao mastigar, através da extração dele e, posteriormente, reabilitação com prótese sobre implante. Todos os procedimentos serão realizados em meu consultório e os atendimentos serão realizados por mim.

Este relato de caso pretende contribuir para sua reabilitação dentária, proporcionando melhora da mastigação, fala e estética. Se identificado qualquer problema ou inferioridade significativa do tratamento, o trabalho poderá ser suspenso e o melhor procedimento será garantido.

Você terá escolha em não participar do relato de caso, tendo a possibilidade de retirar seu consentimento posteriormente, caso mude de opinião por qualquer motivo. Além disso, não será revelada, sob nenhuma hipótese, a sua identidade, mesmo na divulgação dos resultados. Os resultados obtidos serão publicados, independentemente de serem favoráveis ou não.

Dr. Emílio Hideyuki Yuuki

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição de estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas sobre todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome: _____ RG: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Sexo: M () F ()

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____

Assinatura do declarante