

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Michelle Costa Mendes Vasconcelos

IMPLANTE IMEDIATO EM ALVÉOLO FRESCO: REVISÃO DE LITERATURA

UBERLÂNDIA – MG

2023

Michelle Costa Mendes Vasconcelos

IMPLANTE IMEDIATO EM ALVÉOLO FRESCO: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Pós Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Orientadora: Prof. Dra. Karina Angélica de Melo

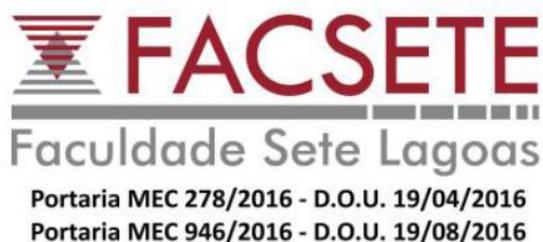
UBERLÂNDIA – MG

2023

Vasconcelos, Michelle Costa Mendes, 1983-
REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTE IMEDIATO: REVISÃO DE
LITERATURA/ Michelle Costa Mendes Vasconcelos – 2023

Orientador: Karina Angélica de Melo
Trabalho de conclusão de curso de especialização em implantodontia -
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, 2023

1. Implante imediato. 2. Exodontia. 3.Reabilitação
I. Melo, Karina Angélica. II. Faculdade Sete Lagoas – FACSETE III.
REABILITAÇÃO ORAL COM IMPLANTE IMEDIATO: REVISÃO DE LITERATURA



Michelle Costa Mendes Vasconcelos

IMPLANTE IMEDIATO EM ALVÉOLO FRESCO: REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao curso superior em odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Área de concentração: Odontologia

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

Profa. Dra. Taís Alves Dos Reis

Doutora em Clínica Odontológica

Profa. Dra. Mirna Scalon Cordeiro

Doutora em Odontologia (Diagnóstico Bucal)

Prof. Lawrence Pereira de Albuquerque

Mestrado em Implantodontia e Especialista em CTBMF

Uberlândia 11 de maio de 2023

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, meu esposo Thiago e meus filhos Miguel e Tomás. Por toda compreensão com minha ausência dedicada aos meus estudos. À todos meus pacientes que necessitaram de atendimentos nos dias que estive ausente do consultório, dedicados somente às aulas e aos estudos. À minha irmã Dra. Júlia que esteve ao meu lado, me apoiando e dando suporte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à todos os professores que estiveram presentes durante todo o curso de pós-graduação, ministrando aulas que contribuíram imensamente com a construção do meu conhecimento especializado sobre implantes dentários. Eles foram essenciais em todo o processo de aprimoramento da minha formação clínica como especialista em implantodontia. À instituição, ABO, que me acolheu desde o primeiro dia de aula, com muito carinho, cuidado e atenção. Sempre dispostos à oferecer o melhor atendimento aos alunos e aos nossos pacientes. Ao nosso coordenador Lawrence que esteve à frente de todo o processo, coordenando o curso com maestria, para que todo o processo de formação de pós-graduação acontecesse de forma organizada, ética e competente.

RESUMO

A exodontia com implante imediato é uma técnica na qual o implante é instalado em alvéolo fresco na mesma cirurgia da extração do dente. Tal técnica apresenta como vantagens um menor tempo de tratamento devido à redução de procedimentos cirúrgicos, consequentemente menor custo, preservação da estrutura dos tecidos moles e duros ao redor do implante, entre outros.

Palavra Chave: implante imediato, exodontia, reabilitação

ABSTRACT

Immediate implant extraction is a technique in which the implant is installed in a fresh alveolus in the same surgery as the tooth inheritance. This technique has the advantages of a shorter treatment time due to the reduction of respiratory procedures, consequently lower cost, preservation of the structure of the soft and hard tissues around the implant, among others.

Keywords: immediate implant, tooth extraction, rehabilitation

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	6
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO.....	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 HISTÓRIA	9
3.2 INDICAÇÕES.....	10
3.3 CONTRA-INDICAÇÕES.....	11
3.4 COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS	11
3.5 VANTAGENS	12
3.6 INTERFACES	12
4 DISCUSSÃO	13
5 CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	16

1 INTRODUÇÃO

Durante a década de 60 o médico sueco Per-Ingvar Branemark em seus estudos sobre microcirculação sanguínea descobriu que sua câmara de observação feita em titânio se unia com o osso da tíbia de coelhos quando em contato, surgiu então, a definição de osseointegração, que é a capacidade de um material se unir e manter estável a um osso vivo (BABUSH et al., 2011; BRANEMARK et al., 2008).

Posteriormente, definiu-se um protocolo em dois estágios para reabilitação com implantes, no qual após a exodontia do elemento dentário aguardava-se entre 3 a 6 meses para a recuperação óssea e cicatrização, para então a instalação do implante, o qual deveria ficar submerso em osso alveolar livre de movimentação e carga por aproximadamente 3 meses. Após esse período o tecido gengival seria novamente incisado para acesso do implante e colocação dos pilares para a adaptação da prótese, tal protocolo é usado até os dias atuais (OLIVEIRA, 2008).

Com o avanço dos estudos e de novas tecnologias uma nova técnica foi proposta e atualmente bem aceita, ganhando reconhecimento na literatura. A instalação de implantes imediatos pós-exodontia está associada a inúmeros benefícios como a eliminação de uma etapa cirúrgica onde, conseqüentemente, haverá um menor tempo de tratamento entre a exodontia do elemento e o momento final da reabilitação com a instalação da prótese, menor custo, preservação de tecidos moles, preservação da altura e largura do osso alveolar promovendo uma cicatrização mais rápida e efetiva evitando a reabsorção da crista alveolar (PENARROCHA et al., 2011).

Vantagens psicológicas também são associadas a esta técnica, pois o paciente passa menor tempo sem o elemento dentário, melhorando a aceitação para o tratamento. A colocação imediata do implante após a exodontia também permite o uso de implantes mais longos e de diâmetros maiores, resultando em uma maior superfície de contato entre o osso e o implante atingindo maiores taxas de sucesso na osseointegração (BUSTAMANTE, 2005).

Algumas indicações para a exodontia com colocação do implante imediato são: fraturas radiculares, lesão de furca, cárie inferior a margem gengival, grande mobilidade dentária, doença periodontal avançada e dentes com tratamento endodôntico insatisfatório de difícil solução (ROSA, 2008 e VIEIRA, 2003).

Segundo Bholá et al. (2008) existem fatores que podem contraindicar a instalação de um implante imediato e devem ser levados em consideração como a quantidade óssea disponível, tipo de osso e de periodonto, linha de sorriso, discrepância entre o diâmetro alvéolo/implante, presença de patologias periapicais, sendo essa última uma contraindicação absoluta para a instalação de implantes em alvéolos frescos.

2 OBJETIVO

O objetivo desse estudo é realizar uma revisão de literatura referente reabilitação com implantes dentários imediatos além de vantagens e desvantagens e suas aplicações práticas,

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRIA

Durante toda a história da humanidade as pessoas têm perdidos seus dentes por decorrência de inúmeros fatores, como trauma, cárie e doença periodontal, sendo as duas últimas as causas mais predominantes. A opção mais recente para reposição dentária é a colocação de implante dentário. Este repõe a raiz dentária, sendo instalado no osso e utilizado para fixação de um elemento protético. Exemplos de implantes fixados em osso remontam mais de 1350 anos (BABBUSH et al., 2011).

De acordo com Penarrocha et al. (2004) após vários estudos com o propósito de diminuir o tempo entre extração, instalação do implante e prótese dentária definitiva, levaram a uma alteração no protocolo convencional, tornando os implantes imediatos com carga imediata uma tendência na reabilitação total

ou parcial com implantes. No implante imediato o período de tratamento é reduzido; a reabsorção óssea é diminuída aumentando a função e a estética a partir da primeira etapa cirúrgica. Além disso, o estresse psicológico do paciente é reduzido visto que não há a precisão de um segundo ato cirúrgico para instalação do implante.

De acordo com Bustamante (2005) com o rompimento do protocolo original foi proposto a instalação de implantes no interior de alvéolos imediatamente à extração dentária, como forma de se evitar a reabsorção óssea alveolar e, desta forma, maximizar a quantidade de osso disponível para a osseointegração. Com isso haveria também um melhor desenvolvimento estético e funcional das próteses sobre os implantes.

3. 2 INDICAÇÕES

Quando um dente natural é perdido, o implante dentário torna-se uma opção para a reabilitação pois essa perda dentária pode causar alteração da função mastigatória, além disso, o osso alveolar quando não está em função perde lentamente sua densidade e massa, resultando em redução na altura e volume ósseo. Implantes imediatos com reabilitação imediata ajudam a preservação do tecido ósseo, do desenho gengival e diminui o período de tratamento (MISCH, 2011).

Para obtermos bons resultados com a instalação imediata devemos estar atentos a condições como: estabilidade primária ou inicial, ter atenção durante a instalação do implante no torque de implantação, quantidade e qualidade óssea e uma boa técnica cirúrgica minimamente traumática. Deve-se levar em consideração também, a verificação dos tecidos moles adjacentes após a inserção do implante imediato, cujo êxito depende da exodontia atraumática e da falta de perdas do aparelho de inserção. As extrações em áreas estéticas deverão ser realizadas com cautela, já que a parede óssea vestibular pode ser fina e apto de fratura, o que poderá comprometer esteticamente os implantes instalados visto que o tecido gengival acompanhará a presença de tecido ósseo

vestibular existente, ou seja, qualquer perda óssea pode mostrar-se comprometedora (ZANI et al., 2011).

De acordo com Rosa et al., (2009) e Vieira et al., (2003) a indicação para instalação de implante imediato é sempre quando houver um alvéolo íntegro, tecidos moles saudáveis, livre de doenças, e que o osso oferece condições para a estabilização do implante.

3. 2. 1. CONTRAINDICAÇÕES

Os cenários mais encontrados que levam a indicação de exodontias são fraturas de raízes, lesões perirradiculares de etiologia endodôntica, danos periodontais, traumas e cáries verticais, além da margem óssea, isto é, a substituição de dentes com doenças sem possibilidade de intervenção (ROSA et al., 2009)

Segundo Bholá et al. (2008) há circunstâncias que podem tornar inviável a realização do implante imediato, sendo estas: anquilose dentária; fratura da tábua óssea remanescente; existência de alvéolo muito grande; e existência de enormes áreas de contaminação.

Lekholm (2000) relatou que em pacientes comprometido com fatores de risco sistêmico pode-se contraindicar qualquer tipo de tratamento com implantes, inclusive os carregados imediatamente. Tais fatores são: defeito da homeostase, doenças descontroladas e osteoporose.

3.1.3 COMPLICAÇÕES PÓS OPERATÓRIAS

A melhor forma de evitar complicações pós-operatórias é respeitar as contraindicações. Uma contraindicação absoluta para a instalação de implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório periapical agudo. Em relação à discrepância de diâmetro, quando o espaço alvéolo/implante é maior do que 5mm é aconselhável a realização de regeneração óssea guiada (VIEIRA, 2009).

Devemos ter atenção também à técnica realizada para exodontia do elemento dentário previamente à instalação do implante, evitando o máximo

possível o descolamento do tecido gengival, visando assim uma melhor cicatrização do implante dentário e, dessa forma, evitando recessões gengivais subsequentes.

Cuidados pós-operatórios ta

3.1.4 VANTAGENS

Algumas vantagens em relação aos implantes realizados em áreas já cicatrizadas são eliminação do período de reparação do alvéolo e um único tempo cirúrgico diminuindo o período para instalação da prótese, redução do custo e preservação da altura e largura óssea alveolar facilitando, desta maneira, a colocação de implante em relação ao seu comprimento, largura e angulação (KRUMP & BARNETT et al., (1991); BARZILAY et al., (1993))

De acordo com Bustamante (2005) o implante imediato elimina a espera de vários meses de calcificação do alvéolo, mantém a dimensão alveolar, reduz o tempo de edentulismo, reduz o custo do tratamento aumentando a aceitação do paciente, previne o início da perda óssea, permitindo a instalação de implantes mais largos e mais longos, melhorando a relação coroa-implante) e uma diminuição no número de procedimentos cirúrgicos.

3.2 INTERFACES

Brazilay et al.,(1993) classificou 15 interfaces para implantes imediatos em tipo I, II e III.

Tipo I – é a interface onde o implante apresenta-se com osso em íntimo contato com toda a superfície; isto ocorre quando o alvéolo tem diâmetro menor que o implante colocado.

Tipo II - se apresenta quando a anatomia dos alvéolos após a exodontia apresenta um espaço entre o alvéolo e o implante que poderá existir, e nesta interface o espaço está presente na porção cervical do implante, enquanto que na região apical o implante encontra-se intimamente em contato com o osso alveolar.

Tipo III – existe espaço em toda a margem lateral do implante.

Huys (2001) relata que enxertos são necessários para preencher o espaço que fica entre o implante e o osso alveolar, pois os desenhos da maioria dos implantes são projetados para processos alveolares cicatrizadas. A colocação de um substituto ósseo proporcionaria um alongamento do osso no sentido vestibulo-lingual em volta do pescoço do implante, onde há acúmulo de forças e inibiria a penetração do tecido mole que pode levar a perda do implante.

4. DISCUSSÃO

Krump & Barnett et al., (1991) Barzilay., (1993) Penarrocha et al., (2004) Bustamante (2005) Covani et al., (2008) Babbush et al., (2011) relatam algumas vantagens relacionadas a técnica de exodontia com implante imediato como a eliminação de uma etapa cirúrgica e conseqüentemente um menor tempo de tratamento. A reabsorção óssea também é diminuída conservando assim as estruturas do rebordo alveolar em relação a altura e diâmetro. Existe também uma melhor aceitação do paciente devido ao menor tempo de edentulismo, conseqüentemente, ocorre também a redução do estresse do paciente e do profissional.

Becker et al., (1994), Huys (2011), Andreiuolo et al., (2015) mostraram em seus estudos que o uso de enxertos ósseos e membranas para regeneração óssea guiada são necessários para preencher o espaço que fica entre o implante e o osso alveolar, além de preencher o espaço evitariam uma possível perda horizontal nos primeiros 3 meses. Os implantes que tiveram essa associação obtiveram melhores resultados na formação óssea adjacente ao implante.

Otoni et al., (2005) relatam que a obtenção de estabilidade primária durante a instalação do implante imediato e torque de inserção superior a 30Ncm são fatores essenciais para que o sucesso com a técnica seja alcançado.

Em alguns estudos realizados por Tomé e colaboradores em 2007, mostraram que são necessários alguns pré-requisitos para a instalação com implantes imediatos e um desses requisitos seria que o local da instalação esteja livre de focos infecciosos, porém trabalhos mais atuais mostram que a instalação de implantes imediatos em regiões cronicamente afetadas não são mais uma contraindicação, desde que o cirurgião dentista realize o procedimentos clínicos pré e pós operatórios com cuidado, como uma cuidadosa limpeza do local, debridamento alveolar e prescrição de antibiótico. Portanto o sucesso da técnica de implante imediato em região afetada depende diretamente da remoção total do tecido contaminado.

Segundo Bhole e colaboradores em 2008, circunstâncias que apresentam fratura da táboa óssea alveolar, anquilose dentária, alvéolo muito grande, podem ser fatores que contraindicam a instalação do implante imediato.

A estabilidade inicial do implante é um dos fatores principais para a sobrevida do implante. Portanto a técnica de fresagem deve ser realizada de modo a conseguir estabilidade do implante no terço apical do alvéolo, sendo obtida com a utilização de implantes cônicos por se assemelharem ao formato da raiz, e com a superfície tratada (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Rosa et al., (2009) e Vieira et al., (2003) a indicação para instalação de implante imediato é sempre quando houver um alvéolo íntegro, tecidos moles saudáveis, livre de doenças e onde o osso ofereça condições para a estabilização do implante.

Para Cauduro (2009) o torque de 40Ncm na fresa pode ser um bom indicador para a estabilidade inicial do implante, torque excessivo pode comprimir excessivamente o osso adjacente podendo levar a uma necrose óssea e conseqüentemente a perda do implante.

Vieira (2009) relata que a melhor forma de evitar complicações pós-operatórias é respeitar as contraindicações, sendo a presença de um processo inflamatório periapical agudo em alvéolos frescos uma contraindicação absoluta para essas cirurgias.

Segundo Zani et al. e Bianchini et al. em 2011, as recomendações para exodontia e colocação de implante imediato são: dentes com danos irreversíveis no tratamento endodôntico, dentes com patologia periodontal avançada, fraturas radiculares e carie inferior a margem gengival.

Através de estudos realizados por Zani et al., (2011) foi observado que em gaps menores de 3mm seria indiferente a utilização ou não de membranas de biomateriais, foi demonstrado que a cicatrização e nova formação óssea ocorre nos defeitos horizontais mesmo sem a utilização de enxertos, e que em alguns casos mesmo com gaps maiores de 4mm sem a utilização dos enxertos houve a capacidade de reparo.

De acordo com Souza Neto (2012) e exodontia é o procedimento que requer mais tempo e cuidado na técnica de implante imediato, a cirurgia deve ser realizada o mais traumática possível, preservando as estruturas ósseas e tecidos moles circundantes.

5 CONCLUSÃO

Com este trabalho concluímos que a técnica de exodontia com implante imediato quando realizada dentro das indicações e seguindo corretamente os critérios, como uma exodontia traumática e a correta escolha do implante e sua instalação, apresenta inúmeras vantagens para o paciente e também para o profissional. Na literatura utilizada não foi citadas desvantagens em relação a realização da técnica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, S.B.; SILVA, C.M. Implante Imediato com Reabilitação Imediata. 2017. 23f. Centro Universitário São Lucas, RO, 2017.

ANDREIUOLO, R. et al., Implante Imediato na Região Anterior: Aspectos Cirúrgicos e Protéticos. Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v.73, n. 1, p. 84-88, jan./mar.2016.

ARAUJO, S.C. et al., Reabilitação com Instalação de Implante Imediato em Região de Molar com Abordagem Alternativa de Osteotomia: Relato de Caso. Rev. Odontol. Bras. Central, 2019; 28(84): 23-25.

CORREA, P.C.A. Implante Imediato: Vantagens e Indicações. 2014. 23f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – FACSETE, Vitória da Conquista, BA, 2014.

MARTINEZ.J.O. et al., Immediate Implants Following Tooth Extraction. A Systematic Review. Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. 2012 Mar 1;17 (2):e251-61.

MEZZOMO.L.A. Alveolar ridge preservation after dentalextraction and before implant placement:A literature review.Ver. Odonto. Cienc. 2011;26(1):77-83

PEREDO-PAZ, L.G. et al., Carga Imediata em Próteses Unitárias Pós-exodontia, em Área Estética. Rev. Dental Press Periodontia Implantol., Maringá, v. 2, n. 1, p. 92-209, jan./fev./mar.2008.

STELUTE, R. Implantes Imediatos. 2007. 28f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – Centro Universitário do Norte Paulista, São José do Rio Preto, SP, 2007.

THOMÉ, G. et al., Implante Imediato em Local Cronicamente Infectado: avaliação após 12 meses. RGO, Porto Alegre, v.55, n.4, p. 417-421, out./dez.2007.

VANEZUELA.S. Immediate Implant Placement by Interradicular Bone Drilling before Molar Extraction: Clinical Case Report With One-Year Follow-Up. Hindawi. Case Reports in Dentistry.Vol. 2018, Article ID 6412826, 5 pages.

ZANI, S. R. et al., Colocação de Implante Após Exodontia: Relato de Caso Clínico. Odontol. Clín-cient., Recife, 10 (3) 281-284, jul./set., 2011.