FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

João Carlos Vicente de Barros Junior

EXODONTIA DE MOLAR INFERIOR COM INSTALAÇÃO IMEDIATA DE IMPLANTE E CICATRIZADOR PERSONALIZADO - RELATO DE CASO

PORTO VELHO

2022

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

João Carlos Vicente de Barros Junior

EXODONTIA DE MOLAR INFERIOR COM INSTALAÇÃO IMEDIATA DE IMPLANTE E CICATRIZADOR PERSONALIZADO - RELATO DE CASO

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: TarcioSkiba

Co-orientador: Luanna Farias

PORTO VELHO

2022

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

João Carlos Vicente de Barros Junior

Exodontia de molar inferior com instalação imediata de implante e cicatrizador personalizado - relato de caso

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em implantodontia

Área de concentração: implantodontia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Ms. Tarcio Hiroshi Ishimine Skiba
Orientador

Prof. Esp. Luanna Farias
Coorientador

Prof Esp Maicon Mascarenhas
Convidado

Porto Velho
2022

Exodontia de molar inferior com instalação imediata de implante e cicatrizador personalizado - relato de caso

Resumo: A reabilitação protética implantossuportada tornou-se, com o avançar do tempo e com uma melhor compreensão do processo de osseointegração entre os implantes dentários e os tecidos ósseos, a principal opção reabilitadora na Odontologia. Não é incomum a substituição de dentes não viáveis, seja por cáries, trauma dentário, ou doença periodontal, por implantes dentários. A literatura demonstra detalhadamente o processo de cicatrização alveolar após exodontia e a consequente reabsorção de tecidos moles e duros no local. O protocolo de extração dentaria com instalação imediata de implante e provisionalização ou instalação de cicatrizador personalizado tem sido utilizado cada vez mais pelos profissionais por proteger a arquitetura de tecidos moles e duros, além de diminuir o tempo de tratamento. O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de caso no qual um primeiro molar inferior direito condenado foi substituído por um implante. Para tal, estabeleceu-se um protocolo de carga imediata e o uso de um cicatrizador personalizado para se diminuir o período de cicatrização pós-operatório. Tal protocolo mostrou ser previsivel, eficiente, pois preserva a arquitetura de mucosa e osso, além de ter uma boa relação custo/benefício, pois diminui o tempo de tratamento e custos para o paciente.

Palavras-chave: Cicatrizador personalizado, implante dentário, enxerto ósseo

Introdução

Os implantes dentários são uma alternativa aos métodos tradicionais de se substituir os dentes perdidos através de dentaduras ou próteses fixas, para restaurar estética, fonética e mastigação[1].

A perda dentária pode advir de infecção odontogênica, trauma ou anomalia congênita. Convencionalmente, dentes e raízes comprometidas são removidos e o alvéolo é deixado para se remodelar por vários meses antes que se instale um implante dentário. Porém, é de interesse do paciente de se encurtar o tempo de tratamento entre a extração e a instalação do implante[1].

De acordo com o a proposta elaborada pela Conferência de Consenso da ITI de 2004, o protocolo de instalação de implantes divide-se em 4 tipos: No tipo 1, o implante é instalado imediatamente no local da extração, no mesmo tempo cirúrgico. No tipo 2, a instalação do implante se dá de 4 a 8 semanas após a extração. Já há tecido mole cobrindo o alvéolo, mas sem recuperação óssea significativa. No tipo 3, a instalação é feita de 12 a 16 semanas pós exodontia. Os tecidos moles estão cicatrizados e parte do tecido ósseo também. Já no tipo 4, a instalação é realizada a partir de 6 meses pós extração. O sítio de instalação já se encontra completamente cicatrizado[2].

Eventos fisiológicos que ocorrem após a exodontia podem levar a mudanças morfológicas, estruturais e de composição, que podem resultar em redução do volume dos tecidos moles e duros adjacentes. Hoje em dia, diferentes abordagens clínicas têm sido propostas, com o intuito de minimizar esse problema, além do que tem havido uma demanda crescente por procedimentos menos invasivos que permitam um prognostico favorável, resultando em uma prótese implantossuportada mais estética e funcional[3]

Relato de Caso

Paciente adulto, do sexo masculino apresentou-se com o elemento 46 destruído pra carie e sem possibilidade de recuperação protética, sendo indicada uma prótese implantossuportada no local.

Planejou-se para o caso, exodontia do elemento 46 minimamente traumática e instalação de implante Straumann BLX 4,5 x 12 mm.

No pré-operatório foi administrada Amoxicilina 1 grama V.O. (2 cápsulas de 500 mg cada) 1 hora antes da cirurgia, em conjunto com Dexametasona 8mg V.O. (2 comprimidos de 4 mg cada). No momento da cirurgia, realizou-se bochecho com clorexidina a 0,12%. Para anestesia local, administrou-se Articaína 4% com adrenalina 1:100.000.

A exodontia foi realizada sem descolamento de mucosa e sem retalho, sendo realizada odontossecção com broca Zekrya, com intuito de fazer a separação entre as raízes medial e distal. Isto feito, foram realizadas as fresagens para a instalação do implante, sem que as raízes tenham sido removidas ainda. A vantagem desta modificação é que as próprias raízes servem como guia para a orientação e posicionamento tridimensional correto da instalação do implante.

Os restos dentários foram removidos com trauma mínimo, após o que foi realizada a última fresagem e instalado o implante cilíndrico cone morse Straumann BLX 4,5 X 12 mm.

O espaço entre o implante e a tábua óssea vestibular foi preenchido com enxerto xenógeno (LuminaBone Porous grânulo small - Criteria), de lenta reabsorção, com intuito de preservar o arcabouço ósseo alveolar pós extração.

Após a inserção do enxerto, foi inserido no alvéolo e conectado ao implante um cicatrizador personalizado, com resina acrílica auto-polimerizante (Resina acrílica Alike - GC America). Esse cicatrizador, além de proteger o implante e o enxerto, manteve a forma, o contorno e o tamanho original do alvéolo, preservando os tecidos moles e duros periimplantares e fazendo com que haja um perfil de emergência natural do dente no momento da instalação

da prótese. O tempo entre a instalação do implante e a moldagem para a prótese foi de 6 meses.

Esse cicatrizador, além de proteger o implante e o enxerto, manteve a forma, o contorno e o tamanho original do alvéolo, preservando os tecidos moles e duros periimplantares e fazendo com que haja um perfil de emergência natural do dente no momento da instalação da prótese. O tempo entre a instalação do implante e a moldagem para a prótese foi de 6 meses.

Discussão

No passado, a carga imediata em implantes resultava em encapsulamento fibroso. No entanto, alguns profissionais carregavam imediatamente implantes com a proposta de provisionalização, desta forma obtendo resultados positivos com uma alta percentagem de osseointegração[4]. Ao se iniciar com alguns implantes carregados imediatamente através de Overdentures em mandíbula, o conceito de carga imediata evoluiu para carga imediata em implantes múltiplos com prótese fixa, tanto em mandíbula quanto em maxila[4].

Com taxas de sobrevivência comparáveis ao protocolo tardio, a implantação imediata tem recebido grande aceitação pelo seu tratamento mais curto, menos procedimentos cirúrgicos, estética aceitável e maior conforto ao paciente[5].

Para alcançar uma implantação imediata com êxito, a estabilidade primária é essencial, que requer que o ápice do implante seja enterrado em pelo menos 4 mm de osso nativo. em alvéolos de molares, devido a presença de estruturas anatômicas nobres, a disponibilidade de osso apical é limitada[5]. O septo interradicular é também um desafio para a perfuração. Alguns profissionais inserem implantes no alvéolo de raiz palatina de molares maxilares e em um dos alvéolos radiculares de dentes mandibulares, mas o mal posicionamento pode levar a restaurações com perfis pobres e complicações a longo prazo. Como consequência, o segredo é instalar os implantes nos septos interradiculares[5].

Para se obter êxito e se reduzir os riscos de complicações estéticas com implantes imediatos, alguns critérios bem rígidos devem ser respeitados, tais como: ausências de defeitos em tecido mole e duro, fenótipo gengival espesso, cirurgia sem retalho, colocação de enxerto ósseo, além de um adequado posicionamento tridimensional do implante. De fato, a enxertia simultânea de biomaterial com a inserção de implante tem demonstrado a capacidade de lidar com a discrepância entre o osso vestibular e a superfície do implante e de reduzir o risco de complicações estéticas[6].

A fresagem do local de inserção do implante com as raízes dentárias ainda retidas pode auxiliar na obtenção da angulação e posicionamento precisos, permitindo um posicionamento ideal dos implantes em locais de dentes multirradiculares[7].

Dentre as várias estratégias clínicas para ser bem-sucedido com implantes inseridos imediatamente após a extração dentária, a restauração temporária imediata demonstrou favorecer a preservação da altura de papila e a preservação da altura de papila e a prevenção de recessões de tecidos moles[6].

O perfil de emergência, que compõe a porção do pilar, da cabeça do implante até a margem livre, tem um papel significativo na criação e manutenção da arquitetura gengival e vai determinar o contorno e a anatomia definitiva dos tecidos moles periimplantares. Os cicatrizadores ajudam na recuperação dos tecidos moles periimplantares, preferivelmente encaixando-se nos contornos da prótese definitiva[8]. No entanto, os cicatrizadores de estoque não conseguem suprir todas as situações, por conta das variações individuais no formato e tamanho dos dentes, além do suporte de tecidos moles e duros. Em consequência, técnicas têm sido desenvolvidas para mimetizar a arquitetura de tais tecidos. Um período de 4 meses deve ser permitido para a manutenção de tecidos moles [8]

.

Durante a cicatrização dos tecidos moles, sugere-se que haja a organização das fibras colágenas (após 4 semanas) e a adesão de mucosa madura (após 6-8 semanas) [3].

Devido a falta de referências que versam acerca do mínimo de estabilidade primaria necessária para o uso de cicatrizador personalizado, os autores recomendam um torque de pelo menos 25Ncm.[3]

Conclusão

O protocolo de exodontia minimamente traumática e carga imediata, com confecção de cicatrizador personalizado em molares provou ser previsível, eficiente e com uma boa relação custo-benefício, haja vista que diminui consideravelmente o tempo de tratamento e o número de passos clínicos para a reabilitação protética.

Inferior molar removal with immediate implant placement connected with customized healing abutment– case report

Abstract: The implant based prosthetic rehabilitation has become through the years the main reahabilitation option in dentistry thanks to a comprehensive understanding of the osseointegration process that takes place between the dental implant and the osseous tissue. It is not uncommon the replacement of non viable teeth, either due to caries, periodontal disease or trauma, to an implant based prossthesis. The literature depicts the alveolar healing process after a dental extraction and the consequent local hard and soft tissue resorption. The early implant installation and provisionalization protocol has been each time more popular amongst the practitioners in order to protect the hard and soft tissues architecture and to save treatment time. The aim of this paper is to present a case report in which a hopeless right inferior first molar was replaced with an implant. For this purpose a protocol of immediate loading and use of customized healing abutment was established in order to mitigate the post surgery healing time. Such protocol has proven to be predictable and efficient as it preserves the hard and soft tissues achitecture. Also, it is cost effective since it saves time treatment and costs for the patient.

8

Key Words: Customized healing abutments, dental implantation, bone transplantation .

Referências Bibliográficas

1. Koirala PD, Singh SV, Choud P, Siddharth R, Jurel SK, Aggarwal H, Triparthi S, Ranabhatt R, Mehrotra D. Early loading of delayed versus immediately placed implants in the anterior mandible: A pilot comparative clinical study. J Prosthet Dent. 2016;116(3):340-345.

2. Lang NP, Lui P, Lau KY, Li KY, Wong MCM. A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets afteratleast1year. Clin. Oral. Impl. Res. 23(Suppl. 5), 2012, 39–66.

3. Ruales-Carrera E, Pauletto P, Apaza-Bedoya K, VolpatoC, Özcan M, Benfatti C. Peri-implant tissue management after immediate implant placement using a customized healing abutment. J Esthet Restor Dent. 2019;1–9.

4. Schwartz-Arad D, Laviv A, Levin L. Survival of Immediately Provisionalized Dental Implants Placed Immediately Into Fresh Extraction Sockets. J Periodontol. 2007; 78(2): 219-223.

5. Chen Z, Li J, Wang HL, Yu H. Initial bone volume changes after immediate implant placement associated with filling the gap using bovine bone in molar sites. Int J Oral Maxillofac Implants. 2019; 34(2): 521-528.

6. Perez A, Caiazzo A, Valente N, Toti P, Alfonsi F, Barone A. Standard vs customized healingabutments with simultaneous bone grafting for tissue changes around immediate implants. 1-year outcomes from a randomized clinical trial. Clin Implant Dent Relat Res. 2019;1–12.

7. Amato F, Polara G. Immediate implant placement in single-tooth molar extraction sockets: A 1-to-6 year retrospective clinical study. Int J Periodontics Restorative Dent. 2018; 38(4): 495-501.

8. Conejo J, Atria P, Hirata R, Blatz M. Copy milling to duplicate the emergence profile for implant-supported restorations. J Prosthet Dent. 2020; 123(5): 671-674.

9. Hu C, Lin W, Gong T, Zuo Y, Qu Y, Man Y. Early Healing of Immediate Implants Connected With Two Types of Healing Abutments: A Prospective Cohort Study. 2018; 27(6): 646-652.

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

João Carlos Vicente de Barros Junior

Exodontia de molar inferior com instalação imediata de implante e cicatrizador personalizado - relato de caso

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em implantodontia

Área de concentração: implantodontia

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Ms. Tarcio Hiroshi Ishimine Skiba
Orientador

Prof. Esp. Luanna Farias
Coorientador

Prof Esp Maicon Mascarenhas
Convidado

Porto Velho
2022