**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

JORGE LUIS TUEROS MENDOZA

# IMPLANTE IMEDIATO EM SETOR ANTERIOR

RIO BRANCO

2024

**FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE**

JORGE LUIS TUEROS MENDOZA

# IMPLANTE IMEDIATO EM SETOR ANTERIOR

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

Orientador: Dr. Cláudio Ferreira Nóia

RIO BRANCO

2024

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

JORGE LUIS TUEROS MENDOZA

# IMPLANTE IMEDIATO EM SETOR ANTERIOR

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

Área de concentração: implantodontia

Aprovado em 20/07/2024 pela banca composta pelos seguintes docentes:

Claudio F. Noia
PROF. ESP. DR. CLAUDIO NOIA –FACSETE

Claudinei F. Noia.
PROF. ESP.CLAUDINEI NOIA -FACSETE

Rio Branco
2024

## RESUMO

O processo alveolar é um tecido específico que se desenvolve em conjunto com a erupção dos dentes. O volume do processo alveolar está relacionado com a forma e o tamanho dos dentes, seu eixo de erupção e sua inclinação espacial. Portanto, quando os dentes são perdidos, o processo alveolar sofre um processo de atrofia. A cicatrização após a exodontia geralmente progride sem problemas, causando a reabsorção do processo alveolar, principalmente horizontalmente, resultando em um rebordo alveolar menor.

Nos dentes multirradiculares, odontosecção e extração radicular serão realizadas separadamente. Foi realizada uma curetagem correta dos tecidos duros e moles para obter sangramento do leito alveolar e remover o tecido de granulação e quaisquer vestígios patológicos que possam existir.

Objetivo: é a integração óssea e a restauração da função dentária. portanto, é necessário alcançar um resultado harmonioso entre os tecidos moles, a restauração final e um equilíbrio com a dentição remanescente para atender a todos esses parâmetros clínicos de restauração implanto-suportada de um único dente, com tecidos periodontais saudáveis, um biótipo periodontal fino e uma linha de sorriso alta.



**Palavras chave:** Carga Imediata em Implante Dentário, osseointegração, extração dentária.

## ABSTRACT

The alveolar process is a specific tissue that develops in conjunction with the eruption of teeth. The volume of the alveolar process is related to the shape and size of the teeth, their axis of eruption and their spatial inclination. Therefore, when teeth are lost, the alveolar process undergoes a process of atrophy. Healing after tooth extraction generally progresses without problems, causing the resorption of the alveolar process, especially horizontally, resulting in a smaller alveolar ridge.

In multiradicular teeth, odontosection and root extraction will be carried out separately. A correct curettage of the hard and soft tissues was performed in order to achieve bleeding of the alveolar bed and remove the granulation tissue and any pathological remains that may exist.

Objective: is the bone-integration and the restoration of dental function. therefore, it is necessary to achieve a harmonious result between the soft tissues, the final restoration and a balance with the remaining dentition To meet all these clinical parameters of implant-supported restoration of a single tooth, with healthy periodontal tissues, a thin periodontal biotype and a high smile line.



**Palabras clave:** Immediate Loading in Dental Implant, osseointegration, tooth extraction.

## SUMARIO

RESUMO ..... 4
SUMMARY ..... **Erro! Indicador não definido.**
INTRODUÇÃO ..... 7
RELATO DO CASO ..... 9
DISCUSSÃO ..... 11
CONCLUSÃO ..... 12
REFERÊNCIAS ..... 13

## INTRODUÇÃO

O processo alveolar é um tecido específico que se desenvolve em conjunto com a erupção dos dentes. O volume do processo alveolar está relacionado com a forma e o tamanho dos dentes, seu eixo de erupção e sua inclinação espacial. Portanto, quando os dentes são perdidos, o processo alveolar sofre um processo de atrofia. A cicatrização após a exodontia geralmente progride sem problemas, causando a reabsorção do processo alveolar, principalmente horizontalmente, resultando em um rebordo alveolar menor. De fato, considera-se que após um período de 6 meses após a exodontia, a redução horizontal média do rebordo alveolar é de aproximadamente 3,8 mm e a redução vertical de 1,24 mm[1]

Realizar uma extração o menos traumática possível, para manter a maior integridade óssea. Nos dentes multirradiculares, odontosecção e extração radicular serão realizadas separadamente. As paredes alveolares devem ser respeitadas durante a extração: principalmente a parede vestibular, cujo nível deve ser igual ao dos dentes vizinhos, para que a emergência do pilar protético seja estética.[2]

A extração foi cuidadosamente executada procurando preservar a integridade do alvéolo. Foi realizada uma curetagem correta dos tecidos duros e moles para obter sangramento do leito alveolar e remover o tecido de granulação e quaisquer vestígios patológicos que possam existir. Com uma cureta, todo o alvéolo foi examinado em busca de deiscências, fenestrações ou fraturas das paredes alveolares e verificou-se o estado de saúde, consistência e capacidade de fechamento dos tecidos moles perialveolares. O alvéolo foi cuidadosamente observado, estudando-se sua forma, profundidade e diâmetro para a correta escolha do implante a ser utilizado em termos de comprimento e diâmetro.[3]

A osseointegração foi definida como a conexão estrutural e funcional direta entre o osso vivo e a superfície de um implante carregado. Com base nesse princípio, foram projetadas próteses dentárias suportadas por implantes de titânio osseointegrado, que se tornaram uma opção terapêutica previsível para o tratamento de pacientes parcialmente[2] e completamente desdentados. Diversos estudos têm demonstrado que o tratamento com implantes de titânio é seguro e apresenta altas taxas de sucesso na reabilitação oral,5,6 devido ao conhecimento cada vez mais profundo do comportamento biológico e biomecânico das próteses e à disponibilidade de diferentes sistemas de reabilitação.[4]

Os protocolos iniciais contraindicavam a carga imediata, pois sempre foi necessário adiar a carga dos implantes dentários por um período que variou de 3 a 6 meses após sua colocação. Nos últimos anos, a carga imediata ganhou muitos adeptos e, apesar dos resultados conflitantes, há um grande número de estudos que sustentam seu uso.[5]

O objetivo é realizar uma extração menos traumática possível, manter maior integridade óssea e implante para a restauração da função dentária. Portanto, é necessário alcançar um resultado harmonioso entre os tecidos moles, a restauração final e um equilíbrio

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 46 anos, procurou o ambulatório para tratamento integral sem história ou alergias, o exame clínico intraoral mostrou que o dente 2.1 apresentava cárie extensa com destruição de 3/4 da coroa, a tomografia computadorizada mostrou que faltava peça 2.1 com falta de tecido duro (coroa dentária), apenas um remanescente radicular de 9 mm de comprimento foi observado com tratamento de canal deficiente que não era adequado para reabilitação convencional.

Após os exames pertinentes e diagnóstico, é feito um plano de tratamento que consiste na extração atraumática da peça 2,1, implante imediato com carga no setor anterossuperior

Antes de iniciar a cirurgia, toma-se pré-medicação para que uma hora antes de tomar dipirona 500mg (Genérico, Brasil) (1tab), amoxicilina 500mg com ácido clavulânico 125n mg (2tab) (Genérico, São Paulo, Brasil), dexametase 4mg (Genérico, Brasil) (dois comprimidos), antissepsia intraoral e extraoral seja realizada com clorexidina a 0,12% e 2% (Vic Pharma, taquaritinga - Brasil) respectivamente, utiliza-se anestesia local infiltrativa cloridrato de articaína + epinefrina 4% 1:100.000 (articaína 100), para o nervo dentário anterior e naso palatino é feita uma incisão intrassulcular peça 2.1 com bisturi número 15c (SMIC, Huaian -China) fazendo a liberação de tecido mole, periótomo para a peça de extração 2.1 atraumática, curetagem alveolar com cureta lucas irrigação com solução salina com concentração isotônica de cloreto de sódio (NaCl) a 0,9 % (Cloreto de Sódio, São Paulo, Brasil) Após observar o leito alveolar com a mesa vestibular em condições ideais, inicia-se a fresagem oblíqua com orientação vestibular para palatal na cortical alveolar com broca helicoidal de lança de 2mm com 800rpm a 4mm antes do ápice do alvéolo até 2mm de profundidade com inclinação para o palato até 2mm de penetração e então a direção é corrigida fresagem paralela à mesa palatina até 10 mm, tomada de raios X com pino de paralelização para observar posição ideal e em seguida a fresagem foi concluída até 15 mm de profundidade, subfresagem com broca de 3,0mm, colocação de implante Implacil de Bortoli (Implacil, Brasil, São Paulo) de 3,5 mm de diâmetro 13 mm de comprimento com velocidade de 20rpm até 2mm subcrestal o controle de torque resultou com 45 Nw na posição mais palatina com um espaço vestibular ou gap de 2mm para vestibular e 1,5mm (mesial e distal), foi realizada a colocação do biomaterial

ósseo de lumina média (critério caixa verde), instalação do pilar ideal de 4,5 x 4 x 2,5mm (Implasílio de Baroli), tomada radiográfica do controle de adaptação de torque de 32Nw, elaboração de coroa provisória com dente de resina no analógico, cimentação provisória, sutura suspensiva, prescrição de medicamentos e controles pós-operatórios.

O paciente vai para o controle pós-operatório e é realizado um exame radiográfico clínico, observa-se uma imagem bem definida, com reabilitação favorável, boa oclusão, boa estética e sem a presença de qualquer tipo de desconforto ao paciente

## DISCUSSÃO

A inserção do implante imediato, no local fresco da extração, não modifica a dinâmica óssea da remodelação. Os resultados dos estudos clínicos, radiográficos e histológicos indicam que a consolidação óssea dos sítios com inserção imediata continua com seu processo de remodelação. Segundo Corbella, o implante imediato em sítios com patologia periapical terá sucesso clínico equivalente ao obtido quando os implantes forem colocados em locais sem patologia periapical, quando um rigoroso protocolo médico e cirúrgico for estabelecido.[6]

A terapia com implantes dentários visa a integração óssea e a restauração da função. No entanto, os clínicos enfrentam uma alta demanda estética da sociedade, por isso é necessário alcançar um resultado harmonioso entre os tecidos moles, a restauração final e um equilíbrio com a dentição remanescente. Para atender a todos esses parâmetros, grandes esforços são necessários quando o clínico planeja uma restauração implanto-suportada de dente único.  com tecidos periodontais saudáveis, biótipo periodontal fino e linha de sorriso alto.[7]

Apesar da tecnologia disponível, em alguns casos os implantes dentários são incapazes de alcançar ótimos resultados estéticos. O correto posicionamento dos tecidos moles nas restaurações de implantes dentários depende da preservação da altura do osso alveolar. Consequentemente, os tecidos duros são os principais determinantes do resultado estético.[8]

A implantodontia oral revolucionou a prática odontológica cotidiana ao incorporar uma técnica terapêutica previsível para a reabilitação oral de pacientes que perderam seus dentes naturais por diferentes motivos. Nesse sentido, inúmeros pacientes têm sido tratados através da reabilitação protética com implantes osseointegrados com excelentes resultados funcionais e estéticos.[9]

Os dentes são órgãos vitais para o desenvolvimento de uma vida normal. Sua principal função é triturar os alimentos para promover a digestão adequada. Mas eles também desempenham um papel social importante, pois não são apenas cruciais para a fonação, mas também para uma expressão harmoniosa do rosto. Bons dentes costumam ser sinal de saúde e bem-estar.[10]

## CONCLUSÃO

O implante imediato em sítios com patologia periapical terá sucesso clínico equivalente ao obtido quando implantes são colocados em locais sem patologia periapical, quando um rigoroso protocolo médico e cirúrgico é estabelecido. A terapia com implantes dentários visa a integração óssea e a restauração da função. O correto posicionamento dos tecidos moles nas restaurações de implantes dentários depende da preservação da altura do osso alveolar. Nesse sentido, inúmeros pacientes têm sido tratados através da reabilitação protética com implantes osseointegrados com excelentes resultados funcionais e estéticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


1. Velasco Ortega E, Jiménez Guerra A, Monsalve Guil L, Ortiz García I, España López A, Matos Garrido N. Carga inmediata de implantes insertados en alveolos postextracción: resultados clínicos a dos años. Avances en Periodoncia e Implantología Oral [Internet]. abril de 2015 [citado 18 de junho de 2024];27(1):37–45. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852015000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Peñarrocha M, Uribe R, Balaguer J, Peñarrocha Diago Cirugía Bucal Clínicas Odontológicas M. Implantes inmediatos a la exodoncia. Situación actual.

3. Hernández Miranda L, Ramos Lorenzo M, Carrazana Rodríguez S. Implante transalveolar inmediato ante reabsorción dentinaria interna Immediate transalveolar implant as an effective solution for internal tooth resorption. [citado 18 de junho de 2024]; Disponível em: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1935http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1935

4. ARTÍCULOS ORIGINALES DERIVADOS DE INVESTIGACIÓN.

5. Sardina S, Torres B, Martín S, García G. Colocación de implantes inmediatos con carga inmediata y regeneración ósea guiada. RCOE. 2021;26(1):232–7.

6. Yannuzzi AR, Yannuzzi AR. Taller 1 - Momento idóneo para la inserción del implante, inmediato, temprano o diferido. Odontoestomatologia [Internet]. 1º de setembro de 2017 [citado 18 de junho de 2024];19(SPE):5–12. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392017000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. Fernando J, Agudelo S, Latorre Correa F. Implante inmediato postextracción y restauración inmediata. Planeación quirúrgica y prostodóntica Immediate post-extraction implant and immediate restoration: Surgical and prosthodontic planning. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2015 [citado 19 de junho de 2024];8(3):249–55. Disponível em: www.elsevier.es/piro

8. Immediate Implant Placement and Provisionalization in the Esthetic Zone. Surgical and Prosthetic Management. Clinical Case Report. 2014;

9. Ortega VE, Mourelo PJ, Castro LJ, Valiño CJ, Ferrera PM, Periodoncia AE, et al. El tratamiento con implantes dentales postextracción.

10. De Estomatología F, González Sánchez R, Leticia DCE, Lemus Cruz M, Zoraya D, Urrutia A, et al. CIENCIAS TECNOLÓGICAS Origen y evolucion de los implantes dentales The origin and evolution of dental implant.