FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Juliana Freire Bento

INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO COM RESTAURAÇÃO DENTOALVEOLAR IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO VELHO

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Juliana Freire Bento

INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO COM RESTAURAÇÃO DENTOALVEOLAR IMEDIATA : RELATO DE CASO CLÍNICO

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: Prof.Dr. Claudio Nóia

Co-orientador: Prof. Esp. Déllio Júnior

PORTO VELHO

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Artigo intitulado "INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO COM RESTAURAÇÃO DENTOALVEOLAR IMEDIATA: RELATO DE CASO CLÍNICO" de autoria da aluna Juliana Freire Bento, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Orientador

Professor convidado 1

Professor convidado 2

Porto Velho-RO

06 de abril de 2019.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicionalmente me dado dês do início da minha formação.

A faculdade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um novo horizonte superior, pela confiança no mérito e ética aqui presente.

Aos meus amigos da pós que sempre se mostraram prestativos comigo quando precise, e em especial ao meu trio pelo comprometimento com o nosso trabalho em curso.

Dedicatória

Dedico o meu TCC para todos aqueles que fizeram do meu sonho real, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida.

Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, mas graças a vocês eu não fraquejei.

Obrigada por tudo família, professores, amigos e colegas.

SUMÁRIO

Resumo.....07

Introdução.....08

Relato de caso.....09

Discussão.....24

Conclusão.....25

Abstract.....26

Referências Bibliográficas.....27

Instalação de Implante Imediato com Restauração Dentoalveolar Imediata: Relato de Caso Clínico

Resumo: A perda de um ou mais elementos dentários podem causar danos à saúde oral e consequentemente reduzir a qualidade de vida. Sendo assim a busca pela reabilitação oral com implantes ósseo integrados de forma rápida vem crescendo cada vez mais. O tratamento com implantes com provisionalização imediata proporciona diminuição nas fases cirúrgicas e protéticas diminuindo o tempo de tratamento, mantendo a qualidade dos tecidos moles e estimulando o tecido ósseo durante o processo de ósseo integração. O objetivo deste trabalho foi realizar um relato de caso de exodontia atraumática seguida de implante imediato com provisionalização imediata, abordando pontos fundamentais para o sucesso no tratamento.

Palavras-chave: Implantes dentários; Carga imediata em implante dentário; Torque; Maxila.

Introdução

As alterações morfológicas no alvéolo pós exodontia resultam em redução de aproximadamente 50% do volume vestíbulo-lingual em um período de 6 a 12 meses, e perda vertical de 3 a 4 mm[1].

A colocação de implante imediato pós-exodontia preserva altura e espessura óssea, reduz tempo e custo de tratamento, além de manter a arquitetura gengival, extremamente importante para o sucesso estético e funcional da futura reabilitação protética. Possui taxas de sucesso semelhantes aos implantes em alvéolos totalmente cicatrizados[2].

As indicações para exodontia e instalação de implante imediato são: dentes com doença periodontal avançada, dentes com falhas irreversíveis no tratamento endodôntico, fraturas radiculares e cárie sub gengival[2].

O procedimento de exodontia deve ser o mais atraumático possível, objetivando a preservação do alvéolo e dos tecidos moles adjacentes[1].

Os critérios utilizados para a realização do implante de carga imediata baseiam-se na qualidade do tecido ósseo, estabilidade primária, uso cauteloso do cantilever, próteses provisórias sem contato oclusal em máxima intercuspidação sem contatos em movimentos de protrusão e lateralidade, confeccionadas em acrílico e boa estabilidade oclusal para que os dentes adjacentes recebam carga oclusal maior que o dente implantado[3].

O paciente deve apresentar ausência de doenças sistêmicas descompensadas, imunodeficiências, além de eficiente controle de placa e ausência de hábitos parafuncionais[1].

O objetivo deste trabalho foi realizar um relato de caso de exodontia atraumática seguida de implante imediato com provisionalização imediata, abordando pontos fundamentais para o sucesso no tratamento.

Relato de Caso

Paciente J.P.B gênero feminino, 41 anos, procurou a Clínica de Especialização em Implantodontia para colocação do implante na região do elemento 13. Durante a anamnese a paciente não relatou nenhum dado médico relevante, possuindo bom estado de saúde geral. Durante avaliação foi possível observar a existência de remanescente radicular na região, fenótipo gengival favorável perda de parte da tábua óssea vestibular e presença de remanescente ósseo apical (figura 1).

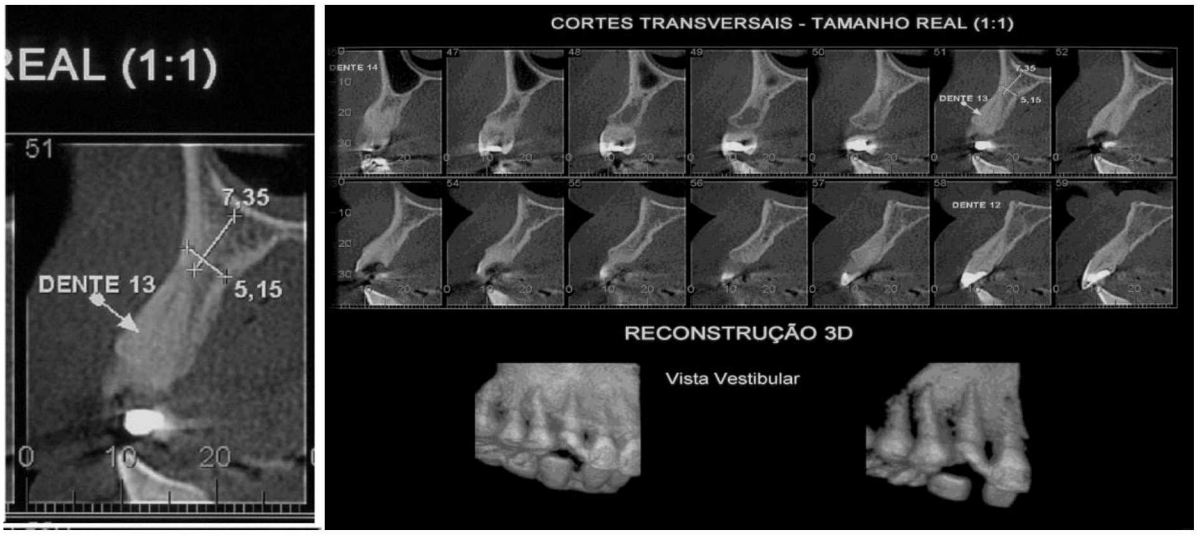


Figura 1- Corte tomográfico onde se observa a perda da tabua óssea vestibular e manutenção de remanescente ósseo além do ápice dental.

O planejamento proposto para o elemento foi a exodontia atraumática, seguida da colocação de implante imediato, preenchimento do Gap com biomaterial (Critéria, São Paulo, Brasil) Lumina Bone granulação média e provisionalização imediata caso o implante atinge-se o torque de 32N.

A cirurgia foi iniciada com bloqueio dos nervos alveolar superior médio e palatino maior (D) utilizando a solução anestésica de Mepivacaina 2% com vasoconstritor 1:100.000 (Dfl, Rio de Janeiro, Brasil), seguido de incisão intra sulcular ao redor do elemento 13 (figura 2).



Figura 2- Aspecto inicial após incisão intrasulcular.

A extração foi realizada de forma minimamente invasiva, utilizando periótomos apenas nas faces mesial, distal e palatina, para romper as fibras do ligamento periodontal, minimizando os danos aos tecidos moles e a parede vestibular do alvéolo (figuras 3 e 4).

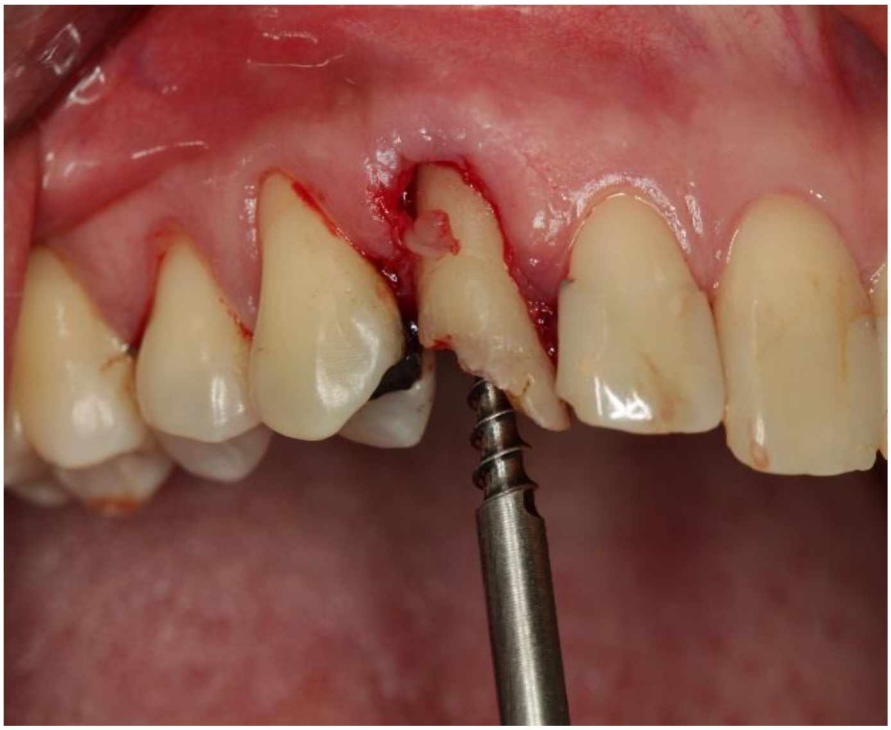


Figura 3- Luxação do elemento dental.



Figura 4- Remoção do elemento dental.

Após a extração foram realizadas as fresagens para instalação do implante cone morse 4.3 X 16 mm DRIVE (NEODENT, CURITIBA-PR, BRASIL) (figuras 5,6,7,8,9). e sendo obtido um torque de 70Ncm, possibilitando a escolha do componente munhão universal 3.3x6x2,5 e a provisionalização imediata (figuras 10,11,12,13).

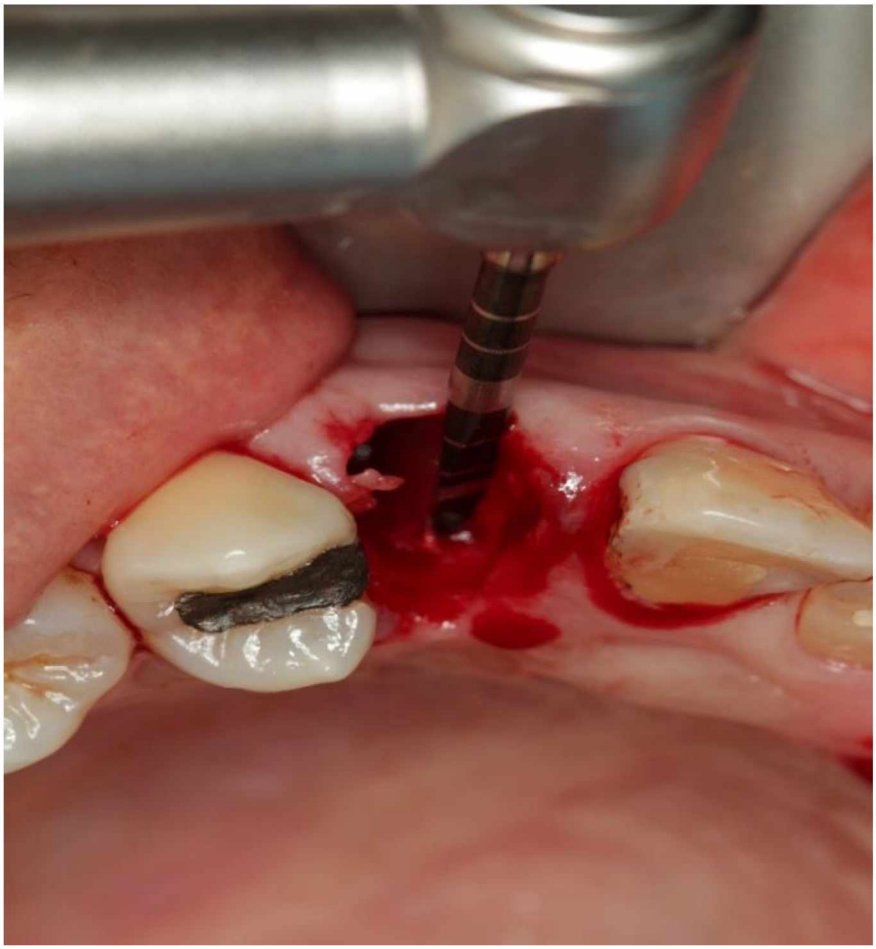


Figura 5- Perfuração inicial com broca lança, cabeça do contra ângulo ligeiramente para vestibular, perfurando a região palatina.

Após a fresagem da broca 2.0 foi inserido o paralelizador, para garantir que a fresagem está na posição tridimensional adequada (figura 6).

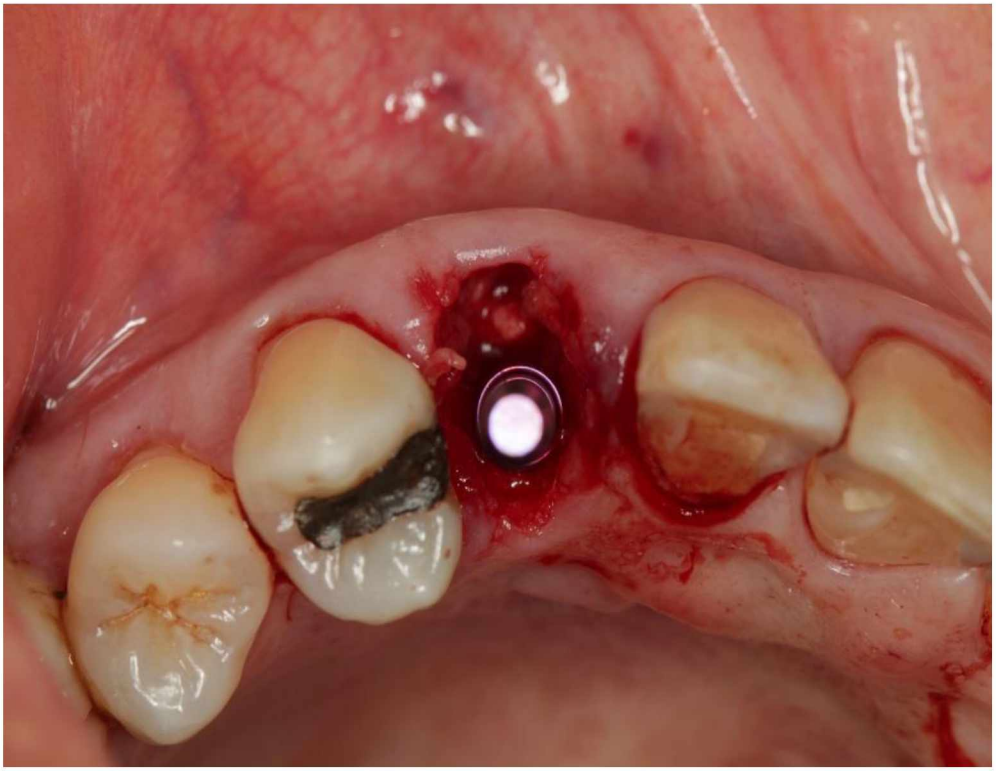


Figura 6- Utilização de paralelizador para confirmação de paralelismo durante a fresagem.

Após as fresagens com as brocas alvin 3.5 e 4.3 pode ser observado o leito cirúrgico com a profundidade e diametro adequado para a instalação do implante (figura 7).

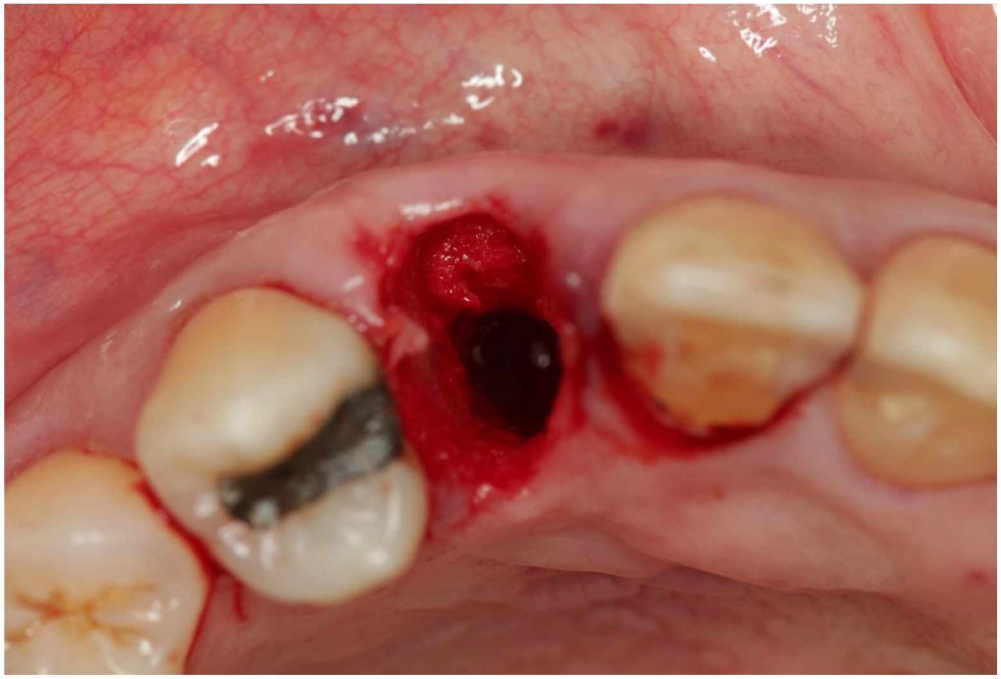


Figura 7- Aspecto final após fresagem.

Devido o planejamento inicial ser para uma cirurgia com provisionalização imediata, foi escolhido o implante com poder de travamento maior, indicado para áreas com osso tipo III e IV (figura 8).



Figura 8- Implante Drive 4.3 X 16 mm Neodent.

Com um pedaço de fio dental, circundando os dentes vizinhos foi novamente verificado o paralelismo após a instalação do implante (figura 9).

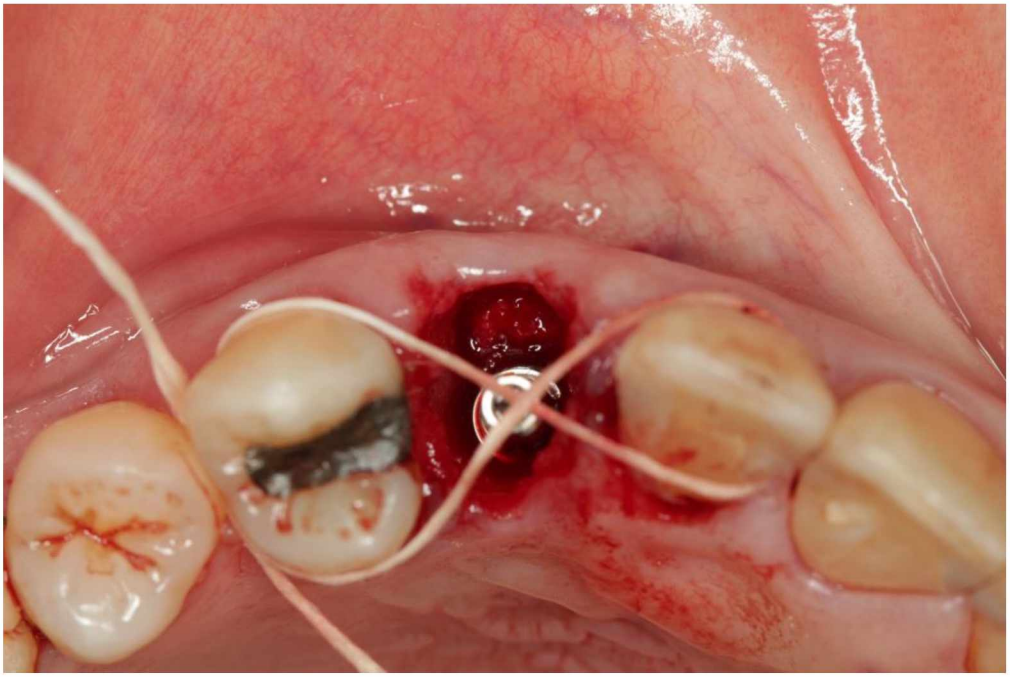


Figura 9- Instalação do implante com posicionamento tridimensional adequado.

Após a instalação do implante, foi realizado o preenchimento do gap com biomaterial, com o objetivo de impedir a formação de tecidos moles ao redor do implante, e induzir a osteocondução das células ósseas (figura 10).

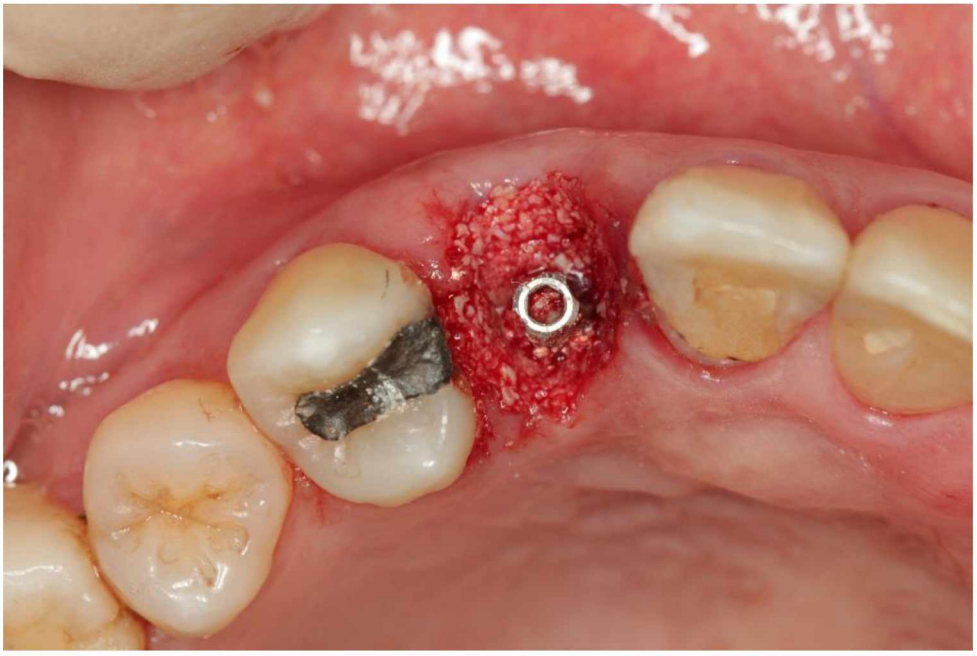


Figura 10- Preenchimento dos gaps com biomaterial.

Após o preenchimento dos gaps ao redor do implante, foi realizada a cimentação do provisório previamente confeccionado pela técnica de nealon (figuras 11,12).



Figura 11- Vista vestibular após provisionalização imediata.



Figura 12- Vista oclusal

Após a cimentação provisória, a paciente foi instruída a ter cuidados com alimentação e higiene do local, para minimizar os riscos de perda do implante durante os próximos 6 meses (figuras 13).



Figura 13- Aspecto do provisório após 6 meses, evidenciando harmonia com os tecidos moles

Após ser esperado o periodo de 6 meses, prazo estipulado para a osseointegração, foi realizado a remoção do provisório, onde foi observado um aspecto saudavel dos tecidos peri-implantares, possibilitando a confecção de moldagem personalizada, copiando o perfil de emergencia já delimitado pelo provisório, escolha de cor, e instalação da prótese sobre implante definitiva (figuras 14 a 23).

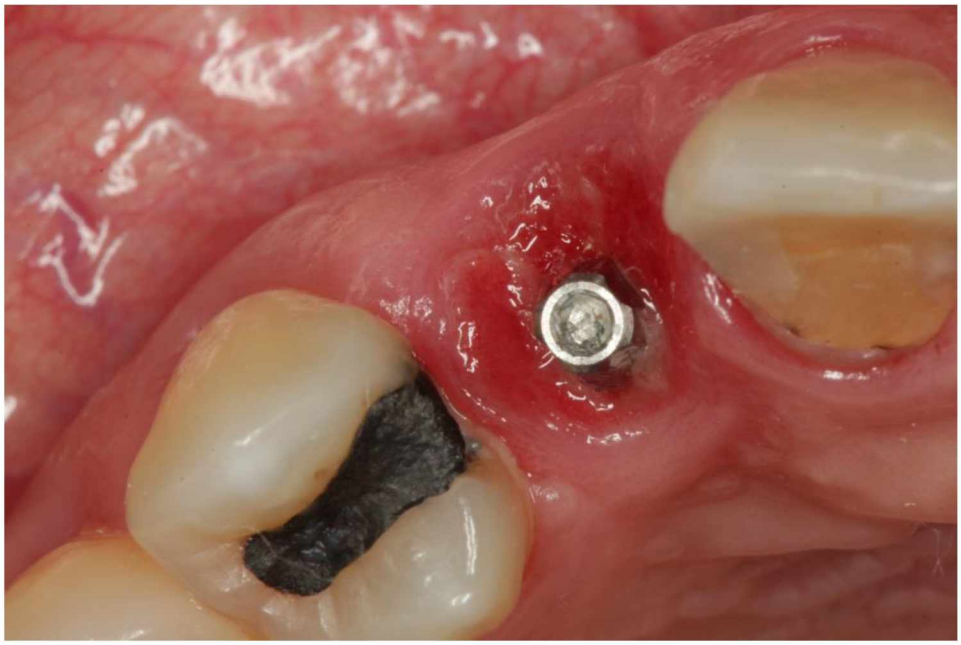


Figura 14- Vista oclusal demonstrando ausência de abaulamento na face vestibular.

A moldagem personalizada foi realizada posicionando o provisório sobre o análogo, e moldando o perfil de emergência com silicone pesado (figuras 15, 16).



Figura 15- Adaptação do provisório ao análogo, para registro do perfil de emergência.



Figura 16- Moldagem do perfil de emergência com silicone pesado.

Após a presa do silicone, o provisório foi removido, e o transfer 3.3x6 mm foi posicionado sobre o análogo. No espaço vazio ao redor do transfer foi inserido resina flow e feita a Fotopolimerização da mesma, o que resulta na cópia do perfil de emergência do provisório, e assim fazendo com que o material de moldagem não afaste os tecidos moles periimplantares (figuras 17 a 20).



Figura 17- Obtenção do registro do perfil de emergência.



Figura 18- Personalização do transfer com resina flow.

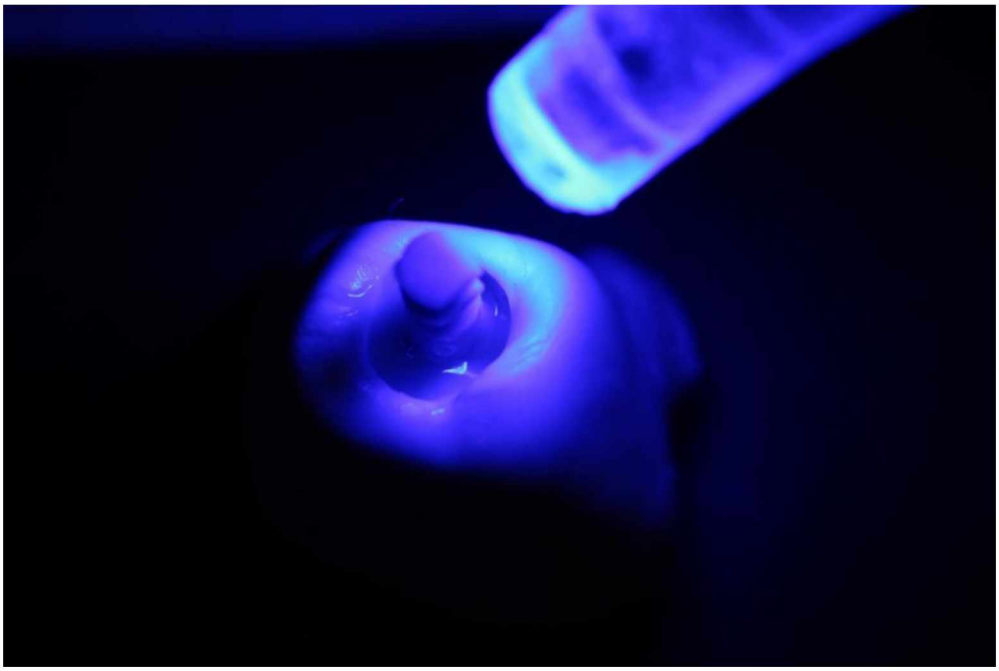


Figura 19- Fotopolimerização da resina flow.

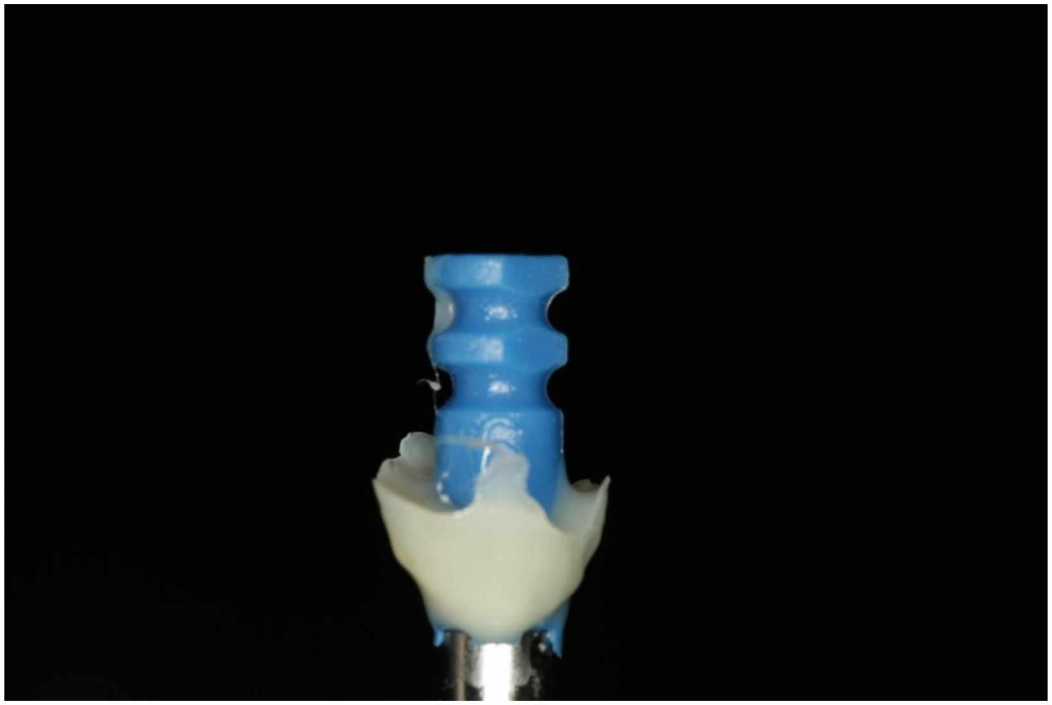


Figura 20- Obtenção de transfer personalizado.

Com o transfer em boca, adaptado sobre o munhão, foi realizado a moldagem com silicone leve e pesado, para uma melhor cópia dos tecidos moles e dentes adjacentes ao redor do implante (figuras 21 e 22).

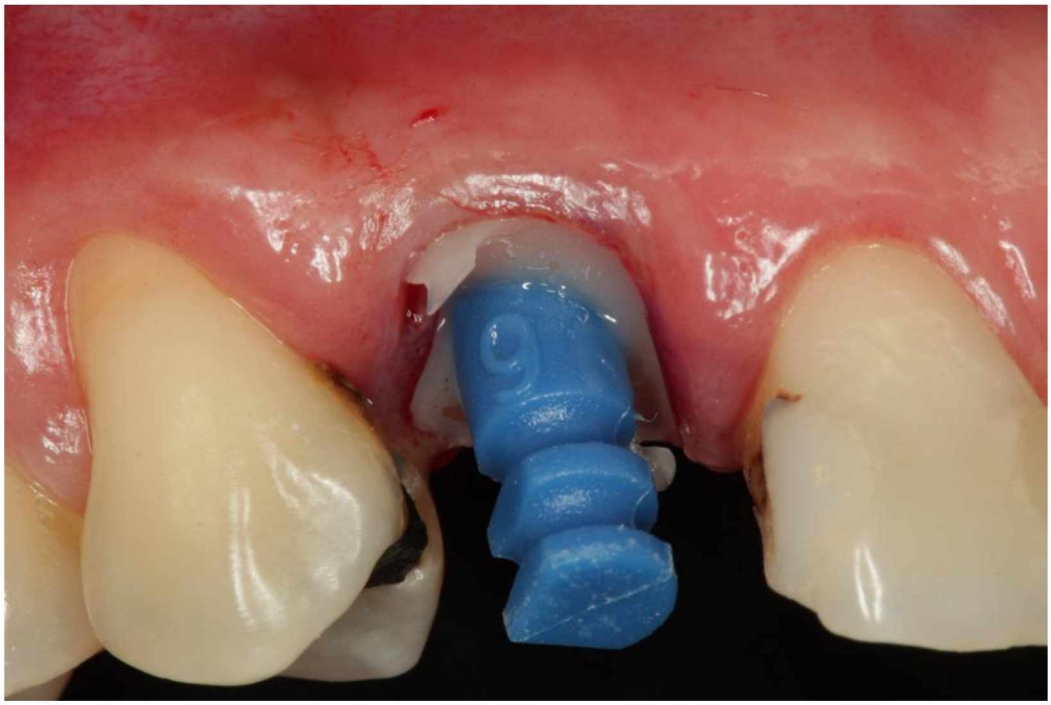


Figura 21- Adaptação do transfer personalizado em boca.

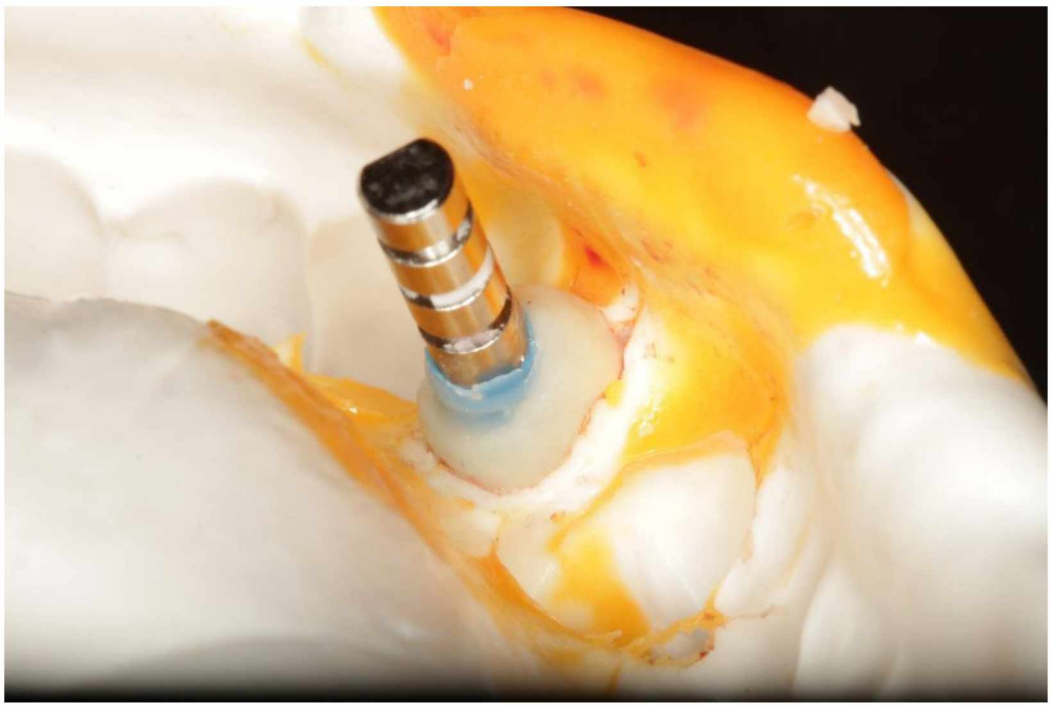


Figura 22- Moldagem personalizada.

Após ajuste oclusal, e glaze foi realizado a cimentação definitiva do elemento 13 (figura 23).



Figura 23- Aspecto final após cimentação.

Discussão

Estudos clínicos têm relatado sucesso na instalação imediata de implantes dentários em alvéolos frescos. Embora a instalação do implante imediato tenha vantagens sobre a instalação do implante tardio, como em qualquer outro procedimento, está susceptível a riscos e complicações[2,4].

A provisionalização imediata diminui o número de intervenções durante o tratamento, reduzindo o risco de sequelas aos tecidos duros e moles[5].

A necessidade da instalação do pilar protético definitivo no momento da instalação do implante é um assunto questionável. É sabido que as repetidas conexões e desconexões de pilares protéticos podem levar a recessão marginal e reabsorção óssea em cães[6].

No entanto, em humanos há indícios que duas desconexões não afetam o selamento mucoso periimplantar. Desta forma, uma alternativa bastante viável é a instalação de uma restauração provisória parafusada no ato da cirurgia, com uma substituição após 3 meses para a etapa de moldagem e outra para a instalação do pilar associado à cimentação da restauração definitiva[7].

Espera-se cerca de 1mm de retração gengival vestibular após 1 ano da instalação de um implante. Uma solução para tal problema, além de técnicas de enxerto de tecido conjuntivo, pode estar na personalização de pilares protéticos[8].

A compensação da remodelação tecidual, decorrente do ato da extração, deve ser feita através do preenchimento do *gap* com biomaterial, associado ao enxerto de tecido conjuntivo subepitelial[9].

Dados combinados de 6 estudos de provisionalização imediata de um único dente e arco parcial revelaram 1.046 implantes com uma taxa de sobrevivência de 98,2%[10].

Independente do dente a ser substituído, espera-se uma distância de aproximadamente 3 mm entre a superfície vestibular do implante e a parede óssea vestibular externa. Depois de preenchido o gap, o tecido peri-implantar mantêm-se estável[11].

A correta avaliação de fatores relacionados aos pacientes e ao tipo de implante são as chaves para o sucesso da colocação de implantes imediatos. Uma discussão aprofundada entre médico e paciente é indispensável para discernir desejos do paciente[1,12].

Conclusão

O tratamento com implantes imediatos unitários pode ser considerado uma alternativa viável, pois possibilita vantagens como redução nas etapas cirúrgicas e protéticas resultando num menor tempo de tratamento e alcançando taxas de sucesso semelhantes aos implantes com carga tardia.

Immediate Implant Placement with Immediate Dentoalveolar Restoration: Clinical Case Report

Abstract: The loss of one or more dental elements can cause damage to oral health and consequently reduce the quality of life. Thus, the search for oral rehabilitationwithosseointegratedimplantshasbeenincreasingrapidly. Treatment with Immediate Temporal Implantation provides a reduction in the surgical and prosthetic phases, reducing the time of treatment, maintaining soft tissuequalityandstimulatingthebonetissueduringtheosseointegrationprocess. The objective of this study was to report a case of atraumatic exodontia followed by immediate implantation with immediate provision, addressing fundamental points for success in treatment.

Keywords: Dental implants; Immediate loading in dental implant,Torque, Maxilla.

Referências Bibliográficas

1- Rosa JCM, Rosa ACPO, Zardo CM, Rosa DM, Adolfi D, Canullo L, Pereira LAVD, Fadanelli MA. Restauração dentoalveolar imediata. Implantes com carga imediata em alvéolos comprometidos. 2011; 31-46.

2- Zani SR, Alves RA, Korb SHB, Rivaldo EG, Frasca LCF. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clinico. OdontolClínCient 2011;10(3): 281-284.

3- Bressan, GA. Revisão de literatura sobre a técnica de carga imediata em implantodontia.Trabalho de Monografia (Especialização em Implantologia). 39 p. – Universidade Cruzeiro do Sul – UNICSUL – Florianópolis, 2012.

4- Nóia CF, Sá BCM, Silveira CS, Figueiredo MIO, Garcia SD. Considerações sobre a utilização dos implantes imediatos carregados em região estética– relato de caso. FullDentSci 2015; 6(23):167-175.

5- Andreiuolo R, Vasconcellos F, Andrade A, Groisman M, Júnior GMV. Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 73, n. 1, p. 84-8, jan./mar. 2016.

6- Abrahamsson I, Berglundh T, Lindhe J. The mucosal barrier following abutment dis/reconnection: an experimental study in dogs. J. Clin. Periodontol. 1997;24(8):568-72.

7- Funato A, Salama MA, Ishikawa T, et al. Timing, positioning, and sequential staging in esthetic implant therapy: a four-dimensional perspective. Int. J. Periodontics Restorative Dent. 2007;27:313-23.

8- Small P, Tarnow D. Gingival recession around implants: a 1-year longitudinal prospective study. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2000;15:527-32.

9- Nunes M, Junior JLQ, Mazaro JVQ. Implantes imediatos em área estética – Fatores de Sucesso. INPerio 2016;1(3):447-59.

10- Ganels J, Wismeijer D. Early and Immediately Restored and Loaded Dental Implants for Single-Tooth and Partial-Arch Applications.

11- Rosa JCM, Rosa ACPO, Francischone CE, Sotto-Maior BS. Seleção do diâmetrodo implante em alvéolos pós-exodontia - uma nova abordagem. Dental Press Implantol. 2014 Jan-Mar; 8(1):30-8.

12-Rouck T, Collys K, Cosyn J. Single-tooth replacement in the anterior maxilla by means os immediate implantation and provisionalization- A Review. INT J Oral Maxillofac Implants 2008; 23:897-904.