FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pâmella da Silva Oliveira

REABILITAÇÃO EM REGIÃO ESTÉTICA COM IMPLANTE E PROVISÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

PORTO VELHO

2022

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Pâmella da Silva Oliveira

REABILITAÇÃO EM REGIÃO ESTÉTICA COM IMPLANTE E PROVISÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

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

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Prof. MSc. Bruno Costa Martins de Sá

Co-Orientadora: Profa. Esp. Juliana Pinheiro Scheidt Porto

PORTO VELHO

2022

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

Pâmella da Silva Oliveira

REABILITAÇÃO EM REGIÃO ESTÉTICA COM IMPLANTE E PROVISÓRIO IMEDIATO: 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 02/04/22 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Ms. Bruno Costa Martins de Sá - ILAPEO

Profa. Esp. Juliana Pinheiro Scheidt Porto - FACSETE

Prof. Esp. Hélio Chagas Chaves de Oliveira Junior - FACSETE

Porto Velho, 02 de Abril de 2022

REABILITAÇÃO EM REGIÃO ESTÉTICA COM IMPLANTE E PROVISÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

Resumo: A reabilitação estética por meio da instalação de implante imediato e provisionalização tem se demonstrado benéfica por ser realizada em apenas uma etapa cirúrgica, promovendo uma estética harmoniosa, minimizando desconforto ao paciente, reduzindo o tempo de tratamento e custos. Logo, o objetivo desse estudo foi relatar um relato de caso de reabilitação em região estética com implante imediato e provisionalização. Selecionou-se um paciente, gênero masculino, 59 anos de idade, apresentando o desejo de realizar a instalação de um implante na região do elemento dentário 12. Portanto, realizou-se a anamnese, diagnóstico e planejamento do tratamento. O plano de tratamento definido foi a exodontia atraumática do elemento 12 seguido da instalação imediata de implante, preenchimento do *gap* com biomaterial e carga imediata com provisionalização. Dessa maneira, com essa abordagem técnica pode-se concluir que o implante imediato seguido da provisionalização é uma metodologia eficaz, viável e vantajosa, proporcionando ao paciente autoestima, qualidade de vida e bem-estar psicológico. Ademais, para a realização da técnica, o cirurgião-dentista deve estar capacitado e possuir expertise para conceber um planejamento adequado para cada caso, bem como, uma execução técnica assertiva objetivando preservar a sobrevida do implante e o seu perfil estético.

Palavras-chave: Implantes dentários. Carga imediata sobre implante dentário. Carga Imediata em Implantodontia.

Introdução

A reabilitação estética utilizando implantes se tornou um desafio para a implantodontia, culminando no aperfeiçoamento de técnicas e de materiais que possibilitaram menor tempo de tratamento e conforto aos pacientes[1]. Logo, as exigências estéticas e sociais dos pacientes oportunizaram com que os protocolos convencionais utilizados na implantodontia em várias etapas cirúrgicas fossem substituídos por protocolos mais rápidos, contendo apenas uma etapa de tratamento[2].

Dessa forma, o protocolo cirúrgico com uma etapa de tratamento permite que ocorra rapidez cirúrgica, mínimo de sofrimento ao paciente, diminuição da tensão e stress, diminuição de inúmeros reembasamento de prótese, conforto imediato na mastigação, melhor estética, satisfação, alegria do paciente e menor custo[1, 3]. Além dos acréscimos referentes à estética, ainda pode-se listar a melhoria na mastigação, fonação, retenção e estabilidade protética significante no aspecto funcional e psicológico dos pacientes[1].

Dentro desse perfil, para casos de pacientes edêntulos unitários, uma alternativa viável de tratamento é o uso de implante imediato seguido de provisionalização. Assim sendo, o conceito de colocação de implante imediato com provisionalização foi introduzido por Wohrle, em 1998, e desde então é um tratamento previsível em situações estéticas ideais, com taxas de sobrevida de sucesso quando comparáveis aos dos implantes com carregamento protético tardio[2-4].

Portanto, o implante imediato com provisionalização tornou-se uma tendência[5], pois permite eficiência, eficácia e estética em um mesmo procedimento. Entretanto, esse procedimento tem muitos desafios biológicos e estéticos[6], pois a técnica permite restabelecer o suporte marginal tecidual pós-extração, minimizando as deficiências do contorno gengival, tendo como resultado a aparência artificial de uma prótese implantossuportada[7]. Ainda, está técnica propicia a preservação dos tecidos moles e duros existentes ao redor do dente extraído[2], reduz o tempo de cicatrização e proporciona ao paciente a recuperação estética da região afetada imediatamente após a cirurgia[7].

Porém, a utilização da carga imediata nesses implantes é uma condição complexa do ponto de vista mecânico e estético, pois exige expertise profissional, destreza cirúrgica e acurácia técnica para a obtenção de resultados ideais, devido ao aumento de sua indicação para zona estética[7]. Bem como, alguns fatores podem influenciar o sucesso deste procedimento, como os fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos dependem do paciente e incluem a relação entre tecidos duros e moles, biótipo gengival e posição sagital da raiz no osso alveolar. Por outro lado, os fatores extrínsecos são clinicamente dependentes e incluem a posição e a angulação, que impactam na estabilidade do implante[5, 7-8].

Portanto, a utilização de implantes unitários na zona estética imediatamente após a extração de um elemento dentário, de preferência combinado com a provisionalização[4, 9], devem considerar a qualidade de vida dos pacientes, a saúde e integridade bucal, o aumento da expectativa de vida da população, o padrão estético e o carregamento imediato, bem como, permitir oferecer muitas vantagens para o paciente e profissional clínico, ao manter a altura dos tecidos moles e o aumento da densidade óssea peri-implantar.

Diante dessas informações, o objetivo desse estudo foi apresentar um relato de caso de reabilitação em região estética com implante imediato e provisionalização.

Relato de Caso

Para o desenvolvimento desse relato de caso, selecionou-se o paciente S.F.S., gênero masculino, 59 anos de idade, que compareceu a clínica de Especialização em Implantodontia, com o desejo de realizar a instalação de um implante dentário na região do elemento 12. Na primeira consulta realizou-se a anamnese inicial e diagnosticou a presença de tecido cariado na região radicular, presença de fístula por vestibular causada pela fratura do elemento dental.

No seguimento foi indicado a exodontia do elemento 12, avaliação extra oral com intuito de observar se havia presença de algum aspecto de anormalidade que pudesse contraindicar algum procedimento cirúrgico e o

paciente não relatou problemas de saúde. Após os exames clínicos iniciais foi solicitado exame complementar de tomografia computadorizada para avaliação aprofundada e planejamento cirúrgico. Também, realizou-se a moldagem inicial da arcada dentária superior e inferior com alginato *Hydrogum* (*Zhermack Vêneto* – Itália), para confecção do guia cirúrgico.

No exame tomográfico avaliou-se a presença da tábua óssea vestibular com espessura de aproximadamente 2 mm e existência de remanescente ósseo horizontal de 7,08 mm e vertical de 14,84 mm, tendo assim uma estrutura favorável para a instalação de um implante.

O plano de tratamento idealizado para o elemento dental 12 foi a realização de exodontia atraumática seguida da instalação imediata de implante, preenchimento do *gap* com biomaterial e carga imediata com provisionalização, caso o implante atingisse o torque de 32 Ncm.

Logo, Antes do início do procedimento foi receitado terapia medicamentosa pré-operatória como medida profilática 1 horas antes da cirurgia utilizando 2 cápsulas de Amoxicilina 500 mg (*Sanoffi Medley* Indústria Farmacêutica Ltda, São Paulo-Brasil), 1 comprimido de Dexametasona 4 mg (Laboratório *Teuto*, Goiás-Brasil) e 1 comprimido de Dipirona (*Prati-Donaduzzi,* Paraná-Brasil).

A cirurgia foi iniciada com antissepsia intra oral com clorexidina 0,12% (Bioquímica, São José do Rio Preto-Brasil) e extra oral com clorexidina 2% (Bioquímica, São José do Rio Preto-Brasil). Após a montagem do campo sobre o paciente, iniciou-se o procedimento realizando anestesia intraoral com 3 tubetes articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (*DFL*, Rio de Janeiro-Brasil) nas regiões de nervos, alveolar superior anterior direito, alveolar superior médio e nasopalatino, complementando com infiltrativas.

Iniciou-se a incisão com a lâmina de bisturi 15C (*Assus*, São Paulo-Brasil), na região intra sucular, em seguida deslocou-se o tecido gengival com descolador de *Molt*, em seguida foi realizado a luxação do elemento 12 e removeu o dente com Fórceps 69.

Desse modo, após a exodontia e com o alvéolo exposto, avaliou-se de forma direta o aspecto ósseo e com o guia cirúrgico identificou-se o posicionamento ideal do implante, considerando a estética. Por conseguinte, avaliou-se os critérios ósseos e protéticos no local de instalação do implante.

Para a instalação, considerando os critérios ósseos, selecionou-se a posição mais palatina e em relação a protética, avaliou-se o posicionamento do implante levando em consideração se a prótese seria cimentada ou parafusada. Sendo assim, optou-se por uma prótese cimentada.

Para iniciar a fresagem, fez-se a colocação do contra ângulo no motor de implante, utilizando-se da broca lança que tem por objetivo fazer o rompimento da cortical óssea, inclinando para a vestibular com ancoragem na região palatina, e em seguida a broca 2.0 mm, 3 mm, 3,5 mm e 4 mm, com fresagem mais palatinizada, com intuito de obter um travamento apical (*Implacil de Bortoli*, São Paulo-Brasil), de acordo com as recomendações do fabricante, no qual neste caso instalamos o implante a nível ósseo.

A cada troca de fresa foi utilizado o pino paralelizado, com objetivo de observar o posicionamento ideal da fresagem, além de possibilitar uma instalação adequada e auxiliar no tratamento necessário para que se possa obter a carga imediata.

Portanto, o implante escolhido para esse estudo de caso foi o *Cone Morse* (*Implacil de Bortoli*, São Paulo-Brasil), de dimensões 4.0 mm x 13 mm. Utilizou-se o contra ângulo para iniciar a instalação do implante e em seguida, foi usado a catraca para terminar a instalação. O torque obtido foi de 60 Ncm, possibilitando assim realizar a provisionalização imediata.

A região de *gap* foi preenchida com biomateriais xenógenos de lenta absorção *Lumina Bone Criteria* (São Paulo-Brasil), com granulação grossa de 850 a 600 µm. Após aberto, o biomaterial foi irrigado com soro fisiológico e colocado na região com uma espátula, tendo assim o objetivo de manter o contorno estético do rebordo alveolar e mantendo um contato maior do implante com o osso. Na sequência, após a sua colocação, o biomaterial precisa estar o tempo todo irrigado com sangue.

Instalou-se o intermediário, abaixo da gengiva, para não comprometer a estética do paciente e nem, o tecido gengival. No caso, o intermediário ideal escolhido foi o Pilar *Ideali Cone Morse* (*Implacil de Bortoli*, São Paulo-Brasil) de dimensões 3.3 x 6 x 2,5 mm.

Assim, que o pilar foi instalado com um torque de 32 Ncm, iniciou-se a confecção do provisório, utilizando um dente de estoque cor 66 (*Vipi Dente*, São Paulo-Brasil) e Resina Acrílica Auto/Termopolimerizável cor 62 (*Vipi Dente*, São

Paulo-Brasil), sempre avaliando o término do provisório no análogo (*Implacil de Bortoli*, São Paulo-Brasil) de dimensão 3,3 x 6 mm, para corrigir o término do provisório. Após fez-se um orifício no provisório na região do cíngulo, para que durante a cimentação, o cimento possa extravasar para fora evitando ao máximo que entre em contato com o tecido exposto.

Na etapa seguinte foi realizado o ajuste de oclusão utilizando a broca 2135ff (*Kg Sorensen*, Cotia, São Paulo - Brasil) e papel carbono (*Bausch ITU* - Brasil), fazendo assim com que o provisório não entrasse em contado com os dentes adjacentes, evitando o excesso de força mastigatória na região e micro movimentações no implante.

Realizou-se o acabamento e polimento do provisório com o *kit* Universal (*American Burrs*, Palhoça, Santa Catarina-Brasil) e a cimentação do provisório com Hydro C (*Dentsply Sirona*, São Paulo-Brasil).

Para finalizar, após o dente cimentado no local, realizou-se a sutura com pontos colchoeiro vertical e fio Nylon 5/0 (*Procare, Hualan Jiangsu*-China).

Foram indicados ao paciente terapia medicamentos pós-operatória com 1 cápsula de Amoxicilina 500mg (*Sanofi Medley* Indústria Farmacêutica Ltda, São Paulo-Brasil) em 8/8 horas durante 7 dias; 1 comprimido de Dipirona 500 mg (*Prati-Donaduzzi,* Paraná/Brasil) em 6/6 horas por 3 dias ou se houvesse dor e 1 comprimido de Nimesulida 100 mg (*Aché*, Guarulhos – Brasil) em 12/12 horas por 3 dias.

O paciente permaneceu durante 3 meses com o provisório e após esse período avaliou-se a necessidade da colocação de um enxerto de tecido conjuntivo, no qual foi preservado por mais três meses, para assim, realizar a confecção e instalação da prótese definitiva sobre o implante.

Discussão

De acordo com a metodologia escolhida e resultados obtidos pode-se verificar que a colocação de implantes imediatos e provisionalização promoveram a resolução do estudo de caso oportunizando excelentes resultados, devolvendo a estética esperada e a harmonia do sorriso do paciente.

Esse protocolo permitiu além da reabilitação estética, à funcional, confirmando ser uma das práticas eleitas entres as alternativas viáveis da implantodontia para a suplementação de ausência dentária[1, 10-12, 15].

A reabilitação protética de um único implante ainda não é considerada um tratamento padrão, porém há um aumento no interesse da colocação destes na substituição imediata de elementos dentários extraídos, principalmente na região da estética[10-11, 13-14]. Logo, a aplicação de um protocolo imediato significa encurtar a duração do tratamento com apenas uma intervenção cirúrgica sem a necessidade de uma prótese temporária[1, 9, 12-13, 15-16], como utilizado neste relato de caso na região do elemento dentário 12.

O paciente deste estudo apresentava descontentamento com o seu sorriso, portanto na literatura o tratamento indicado para a substituição de elementos dentários unitários são os implantes dentários que permitem devolver à função mastigatória, estética e comodidade, além de resgatar a autoestima do paciente[1-2, 5, 7, 10-12, 15]. Assim sendo, os implantes imediatos com provisionalização são realizados em uma etapa na região estética[2, 5, 11] reforçando a necessidade de os profissionais adquirirem expertise e destreza cirúrgica para realizar os procedimentos nessa região[7, 12]. E conforme Wu, *et al.* (2021), os clínicos devem expandir as indicações desse protocolo para outras regiões[5]. Nessa pesquisa, esse protocolo foi indicado assertivamente pois permitiu que o paciente obtivesse como resultados o retorno da função, dicção e autoestima dentro das suas possibilidades.

Esse procedimento é promissor, simples, seguro, confiável para alcançar a funcionalidade e estética com alto grau de sucesso[5, 15] como obtidos nessa pesquisa, porém, deve-se seguir um planejamento de tratamento sempre respeitando a realidade, histórico e as necessidades reais do paciente[1, 7], bem como, considerar a localização do implante, posição marginal gengival, largura e espessura da mucosa queratinizada, biótipo gengival, espessura vestibular cortical e o tamanho da fenda bucal horizontal ou posição sagital da raiz[6, 15]. Todavia, Zuilderveld, *et al.* (2015) e Chan, *et al.* (2019), discordam que esse tratamento apresenta estética favorável, pois permite focar primeiramente no suporte do entorno do tecido peri-implantar para a preservação da arquitetura do tecido original, ficando assim a questão estética em segundo plano[13, 16]. Sá, *et al.* (2021) informam que a técnica é sensível, de difícil execução, contrariando à

Rojo, *et al.* (2016) e Wu, *et al.* (2021); e merece uma atenção especial, principalmente, em implantes Cone Morse, como os utilizados neste estudo de caso para a obtenção de bons resultados[17].

Por conseguinte, ainda pode-se considerar que a técnica apresenta resultados previsíveis quando o profissional alia vários fatores à sua prática clínica como: confiabilidade do protocolo, redução da reabsorção alveolar, redução do tempo de tratamento, menor quantidade de procedimentos cirúrgicos, procedimento cirúrgico atraumático, custo reduzido e maior satisfação do paciente[1-2, 7, 10, 15, 18].

Entretanto, esse tipo de procedimento pode ocasionar desvantagens, como: a dificuldade em alcançar a estabilidade do implante, maior risco de falha do implante, imprevisibilidade aos níveis de tecido mole e duro, necessidade de enxerto ósseo[10] e abertura de retalho[1]. E em casos da utilização de enxertos ósseos, a indicação é em situações de recessão gengival sendo preconizados para que haja o aumento da espessura gengival como um método de preservação dos níveis de tecidos moles[15], como também representados e utilizados por Testori*, et al.* (2018) e Wu, *et al.* (2021) em suas pesquisas[5, 12]. Porém, resultados obtidos por De Angelis, *et al.* (2021) permitiram verificar a redução da perda óssea marginal e recessão vestibular, além da maior espessura de tecido mole, quando utilizado um enxerto[2].

Ainda vale ressaltar que nesse tipo de procedimento é de máxima importância limitar as situações de imprevisibilidade durante o processo e em particular na capacidade de garantir a colocação da prótese em tempo útil para ser considerada carga imediata[1] de 24 horas[9] a 48 horas[16]. Nesse relato de caso não foram observados fatores complicadores que limitassem o uso da técnica, a necessidade de ultrapassar o tempo cirúrgico (24 horas), a colocação de enxertos, perda de estabilidade do implante ou perda estética final.

Agora, quando se tratado da remodelação de tecidos, Caiazo, *et al*. (2018) afirmaram que o pré-requisito para a colocação de implantes imediatos e provisionalização é a presença de tecidos moles e duros, devido a necessidade de remodelação desses tecidos após cada etapa de tratamento (extração, colocação do implante e provisionalização), priorizando assegurar a estabilidade funcional e estética a longo prazo. Dessa maneira, o paciente apresentava tábua óssea vestibular com espessura de aproximadamente 2 mm e existência de

remanescente ósseo horizontal de 7,08 mm e vertical de 14,84 mm, tendo assim uma estrutura favorável para a instalação de um implante.

A remodelação pode resultar em uma perda na largura do osso como altura, especialmente do lado facial, que muitas vezes leva à adversidade tanto do ponto de vista funcional como estético durante a restauração subsequente[19]. E para preservar a forma ideal do tecido, os profissionais devem implementar os implantes imediatos para manter a arquitetura óssea e a provisionalização, para manter os tecidos moles[15].

No entanto, a taxa de falhas pode ser aumentada devido ao contato prematuro da coroa do provisório durante a fase de cura. Assim sendo, evitar esse contato prematuro durante o período de osseointegração é a chave para um tratamento bem-sucedido nos casos de provisionalização imediata, como visto pelo seguinte autor, Tseng, *et al.* (2021), com sucesso[11].

A colocação de implante imediato com provisionalização também apresenta excelentes resultados quando relacionados à sobrevida dos implantes, mudanças mínimas na região peri-implantar mole e dimensões dos tecidos duros[4, 7, 10, 13-14]. Destarte, Trento, *et al*. (2012) afirmaram que em sua pesquisa a taxa de sobrevida dos implantes foram em torno de 82,4 % a 94,5 %, além de serem colocados sem provocar perdas ósseas e danos aos tecidos moles, como resultados igualmente encontrados por Slagter *et al*. (2014)[4, 7].

Já, slagter *et al.* (2021) encontraram taxas de 100%, sem diferenças clinicamente relevantes na espessura óssea vestibular ou peri-implantar à nível de mucosa estética e resultados[14]. E Meng Chien, Chien (2021) encontrou uma taxa de sobrevida de 97,1%[10]. Com isso, pode-se dizer que a taxa de sobrevida dos implantes imediatos e provisionalização é alta e positiva, refletindo em resultados duradouros e aceitáveis. Complementando, Slagter *et al*. (2014), Zuilderveld, *et al.* (2015) e Slagter *et al*. (2021), dizem que essa taxa de sobrevida dos implantes seguidos de provisionalização são comparáveis às de implantes colocados convencionalmente[4, 13-14]. Infelizmente, nessa pesquisa não foi estudado a taxa de sobrevida.

Ademais, o que realmente influencia os resultados é o grau de ancoragem dos implantes, ou seja, a sua estabilidade que dependerá do contato entre o osso e a superfície do implante[17]. Embora não seja possível a mensuração clínica, tem-se criado vários métodos clínicos e experimentais para se estimar a

estabilidade do implante no osso, envolvendo a forma do implante e tratamento de superfícies[7]. Portanto, a estabilidade primária consiste em evitar as micro movimentações e no preparo ósseo sob dimensões ligeiramente menores que as dimensões do implante que se pretende instalar[7, 10, 13]. Além disso, sugere-se pelo menos 2 mm de espessura de osso para uma estabilidade da mucosa facial[16], como encontrada nesta pesquisa. Entretanto, Sá, *et al*. (2021) indicaram um remanescente ósseo de 3 mm[17].

Dessa forma, o contato gerado pela introdução do implante maior que o orifício confeccionado no osso determinará a estabilização necessária para a evolução do processo de osseointegração. Porém, não é necessário período de cicatrização em certas condições e que a cicatrização óssea antes da cura não é sempre um pré-requisito para o sucesso a longo prazo[7, 10].

Notadamente, a elevada satisfação em relação ao implante imediato e provisionalização na literatura se demonstrou atrativa para muitos profissionais e pacientes, no entanto, as indicações são bastante rigorosas e nem todos os casos poderão corresponder[5]. Em suma, a estabilidade primária, volume ósseo suficiente e posição apropriada do implante são fatores críticos para a osseointegração com resultados satisfatórios, seguro, estético e funcional já discutidos nessa pesquisa[5, 15]. Porém, em casos de fratura vertical de raiz resultaria em perda óssea culminando em uma situação desfavorável a esse tratamento[5].

Zuiderveld, *et al*. (2015), Silva, *et al*. (2018), Wang, *et al*. (2019) e Chan, *et al*. (2019) desenvolveram estudos de caso semelhantes ao relato de caso desta pesquisa[6, 13, 16, 18]. Os acompanhamentos foram programados por períodos de 1 mês e 12 meses por Zuiderveld, *et al*. (2015) é de 12 meses por Wang, *et al*. (2019) e Chan, *et al.* (2019) após a instalação das coroas definitivas e avaliou-se radiograficamente[6, 13, 16]. Os exames obtidos revelaram a presença de tecidos peri-implantares saudáveis e reabsorção óssea mínima mesial e distal do implante. Porém, segundo Chan, *et al.* (2019), a provisionalização imediata não foi capaz de melhorar o resultado estético mais adiante, ou seja, após um período de 12 meses[16]. Por um período de 6,5 anos, Meng, Chien, Chien (2021) acompanhou os resultados de seu estudo de caso e observou que não houveram efeitos adversos significativos, mantendo-se a função, conforto e estética adquiridos[10].

Já, Nimwegen, *et al*. (2018) relataram a presença de recessão da mucosa média por um período longo (5 anos), após a colocação do implante[9]. E, De Angelis, *et al.* (2021) complementam a necessidade de manter estudos controlados após um período de 12 meses para análises a longo prazo das integridades destes implantes imediatos com provisionalização[2]. Contudo, nesse relato não realizou o acompanhamento posterior à colocação do implante e provisionalização, dessa forma, não foi possível observar resultados semelhantes à destes autores.

Conclusão

O implante imediato com provisionalização é um procedimento eficaz, viável e vantajoso, proporcionando ao paciente deste relato de caso, autoestima, qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Immediate Implant Placement in Esthetic Zone: Clinical Case Report

Abstract: *Aesthetic rehabilitation through immediate implant installation and provisionalization has proven beneficial because it is performed in a single surgical stage, promoting harmonious aesthetics, minimizing discomfort to the patient, reducing treatment time and costs. Thus, the aim of this investigation was to report a case of rehabilitation in an esthetic region with an immediate implant and provisionalization. A 59 year-old male patient was selected, who wished to have an implant installed in the region of tooth 12. Therefore, anamnesis, diagnosis and treatment planning were performed. The treatment plan defined was the atraumatic exodontia of tooth 12 followed by immediate implant installation, gap filling with biomaterial and immediate loading with provisionalization. Thus, with this technical approach it can be concluded that the immediate implant followed by provisionalization is an effective, feasible and advantageous methodology, providing the patient with self-esteem, quality of life and psychological well-being. Furthermore, in order to perform the technique, the dental surgeon must be qualified and have the expertise to conceive an adequate planning for each case, as well as an assertive technical execution aiming to preserve the implant's survival and aesthetic profile.*

Key Words: *Dental implants. Immediate Load on Dental Implants. Immediate Load in Implant Dentistry..*

Referências Bibliográficas

[1] Fernandes Junior RC, Oliveira WLA, Vieira PGM, Magalhães SR. Implantodontia: Prótese totais fixas sobre implante com carga imediata em mandíbula. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde. 2014;4(1):76-93.

[2] De Angelis P, Manicone PF, Rella E, Liguori MG, De Angelis S, Tancredi S, et al. The effect of soft tissue augmentation on the clinical and radiographic outcomes following immediate implant placement and provisionalization: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Implant Dentistry. 2021;7:86.

[3] Al-Sawai AA, Labib H. Success of immediate loading implants compared to conventionally - loaded implants: a literature review. Journal of Investigative and Clinical Dentistry. 2016;7:217-224.

[4] Slagter KW, Hartog LD, Bakker NA, Vissink A, Meijer AJA, Taghoebar GM. Immediate Placement Of Dental Implants In The Esthetic Zone: A Systematic Review And Pooled Analysis. Periodontol. 2014;85(7):E241-E250.

[5] Wu CT, Shih YH, Wu YC, Fang CY. Using apical surgery to prepare apical bone before immediate implant placement and provisionalization in esthetic zone a case report. Journal of Dental Sciences, 2021;16:1022-1024.

[6] Wang M, Sato KK, Tsai LI, Chang WJ, Chang YC, Fang CY. The volume of proximal bone projection can determine the osseous contour after immediate implant placement and guided bone regeneration in severe labial bony deficiency. Journal of Dental Sciences. 2022;17:633-637.

[7] Trento CL, Moreschi E, Zamponi M, Zardeto Junior R, Gottardo VD, Costa DG. Implantes cone morse com carga imediata: relato de caso. Odontol. Clín.-Cient. 2012;11(2):159-164.

[8] Kan JYK, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Wang HL, Testori T. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. Periodontology 2000. 2018;77:197-212.

[9] Nimwegen WGC, Raghoebar GM, Zuiderveld EG, Jung RE, Meijer HJA, Mühlemann S. Immediate placement and provisionalization of implants in the aesthetic zone with or without a connective tissue graft: A 1-year randomized controlled trial and volumetric study. Clin Oral Impl Res. 2018;29:671-678.

[10] Meng HW, Chien EY, Chien HH. Immediate implant placement and provisionalization in the esthetic zone: A 6.5 year follow-up and literature review. Case Reports in Dentistry. 2021.

[11] Tseng, CW, Chuang HC, Chen PH, Fang CY. How to perform immediate implant placement and provisionalization with posterior bite collapse and premature contact of an anterior tooth- a case report. Journal of Dental Sciences. 2021;16:1317-1319.

[12] Testori T, Weinstein T, Scutella F, Wang HL, Zucchelli G. Implant placement in the esthetic area: criteria for positioning single and multiple implants. Periodontology 2000. 2018;77:176-196.

[13] Zuiderveld EG, Meijer HJA, Vissink A, Raghoebar GM. Immediate placement and provisionalization of an implant after removal of an impacted maxillary canine: two case reports. International Journal of Implant Dentistry. 2015;1(13).

[14] Slagter KW, Raghoebar GM, Hentenaar DFM, Vissink A, Meijer HJA. Immediate placement of single implants with or without immediate provisionalization in the maxillary aesthetic region: A 5-year comparative study. J Clin Periodontol. 2021;48:272-282.

[15] Rojo R, Prados-Frutos JC, Manchón Á, Rodriguez-Molinero J, Sammartino G, Guirado JLC, Diego RG. Soft Tissue Augmentation Techniques in Implants Placed and Provisionalized Immediately: A Systematic Review. BioMed Research International. 2016:1-12.

[16] Chan HL, George F, Wang IC, Del Amo FSL, Kinney J, Wang HL. A randomized controlled trial to compare aesthetic outcomes of immediately placed implants with and without immediate provisionalization. J Clin Periodontol. 2019;46:1061-1069.

[17] Sá B, Nóia C, Herbst PE, Dayube URC, Araújo FM, Gurgel AC, et al. Alternativas cirúrgicas para a preservação do rebordo alveolar. In: Claúdio Nóia. Aumentos ósseos em implantodontia: protocolos de alta performance e previsibilidade para o sucesso clínico. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2021, 408 p.

[18] Silva LMN, Araújo TN, Silva e Farias IP, Cavalcanti YW, Rocha JF, Freire JCP, et al. Implante com estética imediata e região anterior da maxila: Relato de caso. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo. 2018;30(3):232-331.

[19] Caiazo A, Brugnami F, Galletti F, Mehra P. Buccal Plate Preservation with Immediate Implant Placement and Provisionalization: 5-Year Follow-Up Outcomes. J. Maxillofac. Oral Surg. 2018;17(3):356-361.