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

IMPLANTES CURTOS EM MANDÍBULA: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL

Vitória da Conquista – BA

2025

MAURO REIS MATIAS

IMPLANTES CURTOS EM MANDÍBULA: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL

Monografia apresentada a ABEPO (Associação Brasileira dos Especialistas da Odontologia) para obtenção do Título de Especialista em Implantodontia pela FACSETE – Faculdade Tecnolõgica de Sete Lagoas – MG.

Orientador: Dr. Claudio Rômulo Comunian.

Vitória da Conquista – BA

2025

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas

MAURO REIS MATIAS

IMPLANTES CURTOS EM MANDÍBULA: UMA ALTERNATIVA VIÁVEL

Monografia apresentada ao curso de pós-graduação Latu Sensu em Implantodontia da faculdade de Sete Lagoas como forma de obtenção do título de implantodontista.

Aprovado em: 18/12/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Cláudio Rômulo Comunian

Orientador

Prof. Msc. Milton D'Almeida Ferreira Neto

Vitória da Conquista-BA

2025

DEDICATÓRIA

Dedico ao autor da vida, ao Deus o Todo Poderoso, ao Espirito Santo, que ao meu lado sempre esteve sustentando-me em sabedoria em todos os momentos.

A minha querida esposa por ter incentivado a iniciar esse curso, e que esteve ao meu lado em importantes conquistas. Te amo, minha princesa.

Aos meus filhotes, Nicolle e Rhavi, dádiva do Senhor, verdadeiros presentes, minha inspiração, a qual me dá forças para não desistir dos nossos sonhos.

Aos meus pais, Josias e Sirlene, que me deram o dom da vida, a quem tenho muito amor, carinho e admiração, por todo ensinamento, toda advertência e orientação que recebi.

Ao meu irmão Wladimir, pela paciência e por ter dedicado tempo, me ajudando a superar na medida do possível a dislexia, no período em que estudamos juntos. Hoje, divido essa conquista com você meu irmão, obrigado. Te amo.

Ao meu amigo Flávio, que colaborou para a construção desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em especial ao meu grande orientador Dr. Cláudio Rômulo, por estar sempre presente a cada procedimento, dividindo o conhecimento, cuidando não somente como professor, mas acima de tudo como amigo, colega de trabalho.

Ao professor Milton Neto, por estar desde o início dessa jornada sempre disposto a colaborar com o nosso crescimento.

Aos colegas, Paulo César, Dete, Ana Paula, Bruno, por estar compartilhando a sala de aula, e ter aprendido muito com todos, e nos tornarmos amigos.

RESUMO

Os implantes curtos têm sido usados como alternativa para procedimentos avançados em caso de insuficiência de osso para inserção de implantes maiores. O uso dos implantes curtos já é indicado como uma opção viável e com elevado grau de sucesso nas reabilitações de arcos severamente reabsorvidos, pois, permitem a instalação de implantes com a segurança de que as estruturas nobres serão preservadas. Implantes considerados longos tradicionalmente apresentaram desempenhos superiores quando comparados aos implantes curtos. Contudo, recentemente estudos mostraram altas taxas de sobrevivência de implantes curtos com diferentes sistemas de implantes. Com isso o objetivo desse trabalho é revisar a literatura com o que há de mais atual no que diz respeito à realização de implantes curtos em áreas antes passíveis de possibilidades de reabilitação.

Palavras chave: implante curto; insuficiência de osso; sobrevivência de implantes.

ABTRACT

Short implants have been used as an alternative for advanced procedures in case of poor bone for insertion of larger implants. The use of short implants is already mentioned as a viable option with a high degree of success in the rehabilitation of severely resorbed arches therefore allow the installation of implants with the assurance that the noble structures are preserved. Traditionally considered long implants showed superior performance when compared to short implants. However, recently published studies have high survival rates of short implants with different implant systems. Therefore, the objective of this paper is to review the literature with what is most current in regard to realization of short implants in areas previously subject to possibilities of rehabilitation.

Keywords: short implant; insufficient bone; implant survival.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10

2. METODOLOGIA 11

3. REVISÃO DE LITERATURA 12

4. DISCUSSÃO 15

5. CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24

1. INTRODUÇÃO

O uso de implantes dentários é a técnica restauradora odontológica mais recente na reabilitação oral. Um dos primeiros trabalhos de caráter internacional com a descrição da técnica data de 1977 e a primeira cirurgia foi realizada por volta de 1965 (Brånemark et al., 1977).

Com o desenvolvimento dos implantes odontológicos e das próteses implantossuportadas, áreas até então edêntulas com altura e volume ósseo adequado passaram a ser reabilitadas com êxito. O elevado índice de sucesso desse tipo de tratamento vem cada vez mais proporcionando confiança e aplicabilidade clínica ao cirurgião-dentista (Melhado et al., 2007).

Sendo assim, uma das técnicas de implantes mais indicadas para regiões atróficas é a de implantes considerados curtos. O conceito de implantes curtos é controverso, sendo mais apropriado definir a região intraóssea do dispositivo no momento da prótese entrar em função (Neves, et al. 2006; Renouard Nisand, 2006).

Dessa maneira, comprimentos variando de 4 a 8,5mm podem ser considerados como curtos (Felice, et al. 2009).

Porém nota-se que não há consenso entre os autores na definição de comprimento para que um implante seja considerado curto. A maioria dos pesquisadores defende como curtos os implantes com comprimento igual ou menor a 10 mm.

Com relação à região intraóssea do implante é importante registrar que a técnica cirúrgica pode influenciar essa medida (Davarpanah, Martinez & Tecucianu, 2000). Com o advento dos implantes curtos, ou seja, menores que 10 mm de comprimento, (Barbosa, et al., 2007), a reabilitação com implantes dentários em áreas com rebordos muito reabsorvidos constitui uma opção de tratamento menos complexa, onerosa e traumática aos pacientes. Quando possível e corretamente indicado, o uso de implantes curtos mostra-se uma escolha segura no tratamento de áreas edêntulas com limitações de altura e volume ósseo (Arlin, 2006; Melhado, 2007).

Sendo assim a proposta desse trabalho é revisar a literatura com o que ha de mais atual no que diz respeito a realização de implantes curtos em áreas antes passíveis de possibilidades de reabilitação.

2. METODOLOGIA

Para a revisão de literatura, foram utilizados livros texto, artigos científicos e monografias, em língua inglesa e portuguesa, e incluindo artigos clássicos utilizando os seguintes descritores: Implantodontia, osseointegração, Implantes Dentários e Reabilitação Oral. Os artigos foram obtidos por meio da consulta a sites especializados da internet como BVO (biblioteca virtual de odontologia) Bireme, Scielo e Pubmed para uma análise histórica, bem como dos princípios que regem a utilização dos implantes curtos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A procura por técnicas menos invasivas e dispendiosas são as mais procuradas por pacientes que desejam fazer reabilitação oral quanto ao uso de implantes. Os pacientes que procuram a reabilitação através dos implantes ossseointegrados tem o perfil de maxilas atróficas, com reabsorção severa na região alveolar. A probabilidade de perda de massa óssea na região dos arcos maxilares pós exodontia é bem elevada quando comparado a região arco mandibular posterior.

A perda óssea vertical da maxila apesar de relativamente lenta ocorre em dois sentidos: através do remodelamento natural em altura que essa arcada sofre, e pela pneumatização dos seios. Já a perda mandibular ocorre geralmente no sentido vertical, resultando em pouca altura óssea.

A complexidade das regiões anatômicas nobres necessita de um planejamento minucioso para a reabilitação da região posterior dos arcos atróficos. Um bom estudo e planejamento realizado pelo cirurgião e a equipe multidisciplinar, o capacita para ter a sua disposição opções para chegar a uma solução do trabalho, com êxito. (Thomé et al. 2009).

Existem atualmente possibilidades de tratamento como: cirurgia previa para ganho de volume ósseo; o uso de implantes angulados; técnica de lateralização do nervo alveolar; implantes curtos. A cirurgia prévia para ganho de volume ósseo horizontal é bem previsível. O ganho de volume ósseo vertical atualmente utiliza- se de uma técnica de distração osteogênica, uma técnica promissora que se tem um ganho bem significativo (Chiapasco et al 2007).

Existe outra técnica bem utilizada porem tem o custo elevado, pois é necessário materiais como tela de titânio, enxertos autógenos e xênogenos, entre outros materiais e necessitam maior tempo de tratamento, que nem sempre proporcionam índices de sucesso desejados, além de ter resultados variados (Gentile et al., 2005)

O uso de implantes angulados é uma alternativa para a reabilitação nas regiões posteriores da mandíbula, o ponto positivo da técnica é evitar enxertos, porém exige experiência e precisão do profissional, no caso de reabilitações parciais. (Maló, Rangert & Nobre, 2005). A técnica de lateralização do nervo alveolar é uma alternativa para uso de implantes longos, entretanto apresenta um risco maior a parestesia, além disso, muitos pacientes não podem ou não estão dispostos a se submeter a tal tipo de cirurgia por vários fatores entre eles o alto custo, necessidades de múltiplos procedimentos cirúrgicos ou por

questões físicas e psicológicas. Com o surgimento dos implantes curtos ≤ 10mm de comprimento a reabilitação em áreas com rebordos muito atróficos constitui uma opção de tratamento menos complexa onerosa e traumática aos pacientes. (Barboza et al.; Deporter et al; Misch et al.; Morand, Irinakis; Rettore-Júnior et al; Tawil, 2007).

Essa técnica por ter mais tempo de estudo e investigação proporciona uma maior segurança ao cirurgião no ato da execução da técnica, pois as possíveis variáveis decorrentes do processo não o surpreenderão, pois estará apto para tomada de decisão.

No inicio do advento dos implantes curtos os primeiros resultados não foram satisfatórios devido a técnica ainda precoce e o desenho do implante até então desfavorável para a sua instalação. (Friberg, Jemt e Lekholm1993; Nevins e Langer 1993; Jemt e Lekholm 1995; Bahat 2000). Alguns fatores contribuíram para o insucesso inicial da técnica tais como: proporção coroa implante, espessura óssea insuficiente, disfunção temporomandibular, qualidade óssea.

Contudo atualmente, vários estudos utilizando diferentes sistemas de implantes apresentaram um alto índice de sobrevivência com comprimentos não tradicionais ou seja ≤ 10 mm. (Anitua, et al. 2008; Deporter, et al. 2001 ; Deporter,et al. 2008; Fugazzotto 2008; Gentile, Chuangand Dodson 2004; Goené, et al. 2005; Misch, et al.2006; Renouard and Nisard 2005; Strietzel and Reichart2007; Tawill and Younan 2003).

Sendo assim houve um avanço na técnica, quanto a inserção do implante na estrutura óssea remanescente e no desenho do implante. Essa modificação muito contribuiu para o melhoramento e advento do implante curto reduzindo as tensões e deformações no sistema mecânico causados por ações de carga sobre implante (Glantz and Nilne 1998; Sahin, Cehreli and Yalçin 2002).

Segundo Thomé et al.(2009), é importante observar que o implante medular apresenta profundidade de roscas progressivas no sentido ápico- cervical. Essa característica mecânica busca compactação lateral com facilidade de instalação, fatores que auxiliam o cirurgião na busca de estabilidade primária na posição planejada, sem a necessidade de cirurgias de osteotomia com maior trauma.

Numa revisão crítica de literatura internacional buscou-se trabalhos mais recentes que citavam características importantes referentes aos uso de implantes curtos, tais como: os implantes usados devem buscar estabilidade primária ao final da cirurgia, para tal os implantes devem ter ápices cortantes e compactantes, bem como o uso de roscas progressivas ao longo do implante para buscar compactação óssea lateral.

As roscas no terço cervical possibilitam a manutenção da estabilidade do tecido ósseo em longo prazo, pois estas roscas próximas a plataforma seriam capazes de aumentar a área de suporte ósseo e atenuar os níveis de tensão resultantes das cargas oclusais e auxiliam também na estabilidade primária. Concluindo que o uso de implantes curtos é uma solução clinicamente viável para reabilitação de arcos atróficos e que deve sempre ser considerado no planejamento das reabilitações orais antes de se decidir por cirurgias avançadas. Outra sugestão, em relação ao desenho dos implantes, que auxiliaria para manutenção e estabilidade do tecido ósseo a longo prazo, seria a presença de roscas no terço cervical. Implantes sem roscas próximas à plataforma apresentariam uma perda óssea marginal acentuada em curto período de tempo (Malevez, Hermans & Daelemans, 1996).

Figura 1 – Três dimensões diferentes de implante colosso de hexágono externo Evolution (Emfils® Indústria e Comércio de Produtos Odontológicos, São Paulo, Brasil). Da esquerda para a direita: 5,0 x 6,0 mm; 4,0 x 10,0 mm; 4,0 x 16,0mm.



Fonte: Emfils® Indústria e Comércio de Produtos Odontológicos, São Paulo, Brasil.

Roscas teriam a capacidade de aumentar a área de suporte ósseo (Chun et al 2002) e aliviar os níveis de tensão resultantes das cargas oclusais (Hansson 1999; Tada et al 2003), o que resultaria em menor perda óssea clínica longitudinal (Norton 2006). De preferência, as roscas ou o titânio em contato com osso deveriam ter superfície de tratamento, ajudando na manutenção de tecido duro (Alomrani et al 2006).

Quanto a qualidade óssea segundo ten Bruggenkate et al 1998, observou- se que a qualidade do osso pareceu ser um fator decisivo. A maior limitação da técnica seria estética. Prótese sobre implantes curtos normalmente resultam em dentes longos ou compensação com gengiva artificial na coroa. Estudos do contorno estético do sorriso do paciente na fase de

planejamento são determinantes quanto a aplicação segura da técnica. Felizmente, a região posterior dos arcos é uma área com pouca exigência do ponto de vista estético, se encaixando perfeitamente com as vantagens e desvantagens do método reabilitador.

O uso clínico de implantes curtos ao invés de procedimentos de ganho ósseo vertical para depois instalação de implantes deve ser considerado como uma alternativa de tratamento (Strietzel & Reichart, 2007).

Quando da utilização de implantes curtos, diversas alterações do protocolo cirúrgico original foram descritas, melhorando a ancoragem e a compressão apical. Dessa forma, a área de contato entre o implante e o tecido ósseo é aumentada, reduzindo a concentração de tensões. (Anitua, et al. 2008; Felice, et al. 2009; Fugazzoto 2008; Maló, Nobre and Rangert 2007; Renouard and Nisard 2005).

4. DISCUSSÃO

O uso de implantes dentários é a técnica restauradora odontológica mais recente na reabilitação oral. O primeiro trabalho de caráter internacional com a descrição da técnica data de 1977 e a primeira cirurgia foi realizada por volta de 1965 (Brånemark et al 1977).

Nesses mais de quarenta anos de uso, o método vem sofrendo várias modificações, inclusive referentes a forma de aplicação e indicação. Misch 2000, diz que a solicitação de exames laboratoriais é rotina no período pré-cirúrgico. Exames básicos para qualquer cirurgia, como hemograma, coagulograma e glicemia são essenciais para se diagnosticar alterações significativas que contraindiquem a cirurgia de implantes. Para alguns casos específicos outros tipos de exames devem ser solicitados, como os eletrocardiogramas para pacientes cardíacos.

Neste sentido, caso haja acompanhamento médico,(Martins et al., 2011)uma liberação médica para cirurgia também é de grande valia no momento da cirurgia odontológica. Além destes exames complementares, deve ser protocolo para cirurgias de colocação de implantes osseointegrados, execução de exames radiográficos panorâmicos, tumográficos e Periapicais, pois são a partir destes exames que se descobrem quaisquer alterações ósseas significativas que poderiam contraindicar a colocação dos implantes.

É por meio destes exames radiográficos, em conjunto com exames clínicos, que se faz a análise óssea verificando-se altura e espessura disponíveis para os implantes. Por estas radiografias também se determinam distâncias de estruturas nobres, como o canal mandibular e seio maxilar, que devem ser evitadas e não lesionadas durante a cirurgia, determinando uma

distância segura para elas Por exemplo, no início havia uma grande preocupação com compressão do leito ósseo receptor, limitando o torque de inserção dos implantes ao valor máximo de 45Ncm (Friberg et al., 1992; Olsson et al., 1995). (Figura 2).

Figura 2 – Dimensões de implante curto.



Fonte: Catálogo técnico - implantes Blossom™ Short. RevMed Connect, 2025.

Hoje, trabalha-se tranquilamente neste nível de torque, às vezes até com valores maiores, principalmente depois do desenvolvimento da técnica da carga imediata (Brunski, 1993; Tupac, 2003; Nikellis et al., 2004).

Com o desenvolvimento dos implantes odontológicos e das próteses implantossuportadas, áreas até então edêntulas com altura e volume ósseo adequado passaram a ser reabilitadas com êxito. O elevado índice de sucesso desse tipo de tratamento vem cada vez mais proporcionando confiança e aplicabilidade clínica ao cirurgião-dentista (Melhado, et al., 2007).

Contudo áreas com reabsorção óssea severa e redução da altura óssea tornam-se uma limitação para o tratamento restaurador por meio de implantes convencionais, sobretudo em

regiões posteriores de mandíbula e maxila, onde o canal mandibular e o assoalho do seio maxilar estão, respectivamente, presentes (Rettore-Junior R et al.).

Cirurgias para enxertia e regenerações ósseas e transposição do nervo alveolar inferior servem como alternativa para o tratamento com implantes longos convencionais dessas regiões. Qualidade óssea é um termo genericamente usado, na odontologia e principalmente na implantodontia, para avaliação do tecido ósseo da maxila e da mandíbula que envolve três níveis: a qualidade estrutural do osso, no que se refere à quantidade de osso cortical e o padrão do osso trabecular; a densidade óssea, no que diz respeito à quantidade de mineralização do osso e/ou a quantidade de osso por seu volume; e quantidade óssea, no que diz respeito ao volume do osso disponível (Ribeiro-Rotta et al., 2007; Ribeiro-Rotta et al., 2010).

Os termos, densidade óssea, quantidade de osso, e qualidade do osso são complexos e abertos à interpretação considerável na literatura, demonstrando falta de consenso e padronização para avaliação das características do tecido ósseo onde será ou é colocado um implante. Diferentes classificações para descrever estas características do tecido ósseo, têm sido propostas.

A classificação mais amplamente aceita de quantidade óssea e qualidade óssea no tratamento de implante dentário foi estabelecida por Lekholm e Zarb (1985) idealizada com base em radiografias pré-operatórias e de perfuração exploratória em preparação do local do implante considerando-se que o tecido do osso trabecular varia na estrutura e que a camada compacta osso trabecular circundante varia em espessura (Ribeiro-Rotta et al., 2010).

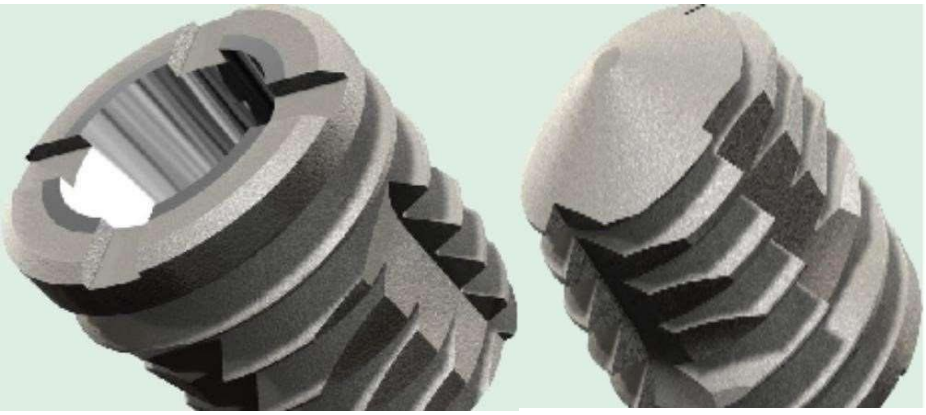
Segundo Lekholm e Zarb (1985), o tecido ósseo era avaliado radiograficamente e cirurgicamente (através da percepção tátil e experiência do cirurgião) quanto as características estruturais e o volume ósseo disponível. A avaliação da qualidade óssea baseada em seu arranjo estrutural era classificada como osso tipo 1 quando havia cortical óssea envolvendo praticamente toda a área óssea e pouco osso trabecular; osso tipo 2 quando havia cortical óssea espessa e trabeculado ósseo denso; osso tipo 3 quando havia cortical óssea fina e trabeculado ósseo denso; e osso tipo 4 quando havia cortical óssea fina e trabeculado ósseo rarefeito.

Misch (1990) introduziu uma classificação de densidade óssea com base na sensação tátil durante a perfuração para inserção do implante e relacionada com a densidade medida em imagens de tomografia computadorizada.

Thomé et al. (2009), numa revisão crítica de literatura internacional buscou trabalhos mais recentes que citavam características importantes referentes aos uso de implantes curtos, tais como: os implantes usados devem buscar estabilidade primária ao final da cirurgia, para tal os implantes devem ter ápices cortantes e compactantes, bem como o uso de roscas progressivas ao longo do implante para buscar compactação óssea lateral.

As roscas no terço cervical possibilitam a manutenção da estabilidade do tecido ósseo em longo prazo, pois estas roscas próximas a plataforma seriam capazes de aumentar a área de suporte ósseo e atenuar os níveis de tensão resultantes das cargas oclusais e auxiliam também na estabilidade primária. Concluindo que o uso de implantes curtos é uma solução clinicamente viável para reabilitação de arcos atróficos e que deve sempre ser considerado no planejamento das reabilitações orais antes de se decidir por cirurgias avançadas (Figura 3).

Figura 3 - Implante curto do sistema WS.



Fonte: Neodent™, Curitiba, Brasil.

A reabilitação com implantes dentários em áreas com rebordos muito reabsorvidos constitui uma opção de tratamento menos complexa, onerosa e traumática aos pacientes. Quando possível e corretamente indicado, o uso de implantes curtos mostra-se uma escolha segura no tratamento de áreas edêntulas com limitações de altura e volume ósseo (Arlin ML.2006; Melhado RMD 2007).

Já estabilidade em longo prazo dos implantes seria determinada pela resistência do implante a frente cargas externas e manutenção de tecido ósseo Peri implantar. No caso das fixações curtas, essas duas características seriam determinantes diretas para o sucesso. A opção por implantes curtos resultaria numa técnica mais sensível a falhas, pois o implante curto por si só seria um fator de risco agregado no planejamento (Neves et al 2006).

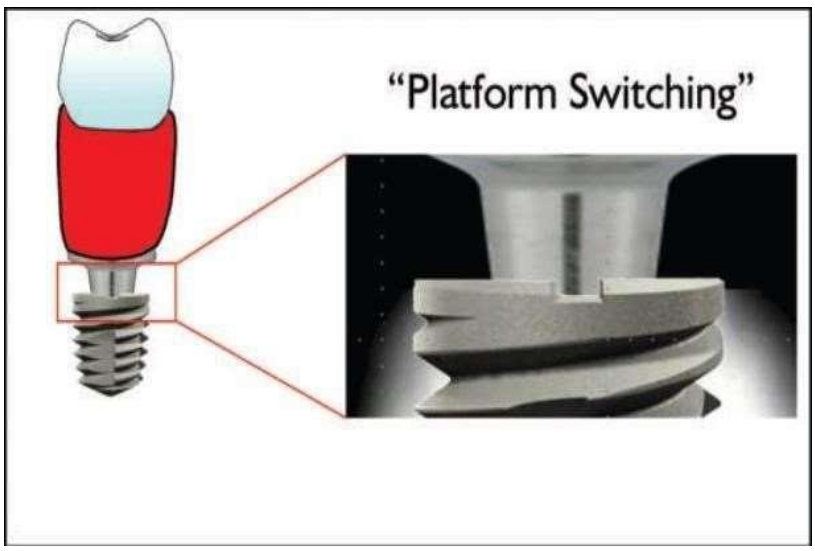
Quando dentes naturais são submetidos às cargas oclusais, as tensões são dissipadas ao longo da superfície radicular em virtude da presença do ligamento periodontal, ausente nos implantes osseointegrados. Nesses, as tensões tendem a se concentrar nas primeiras roscas (Weinberg 1998).

Segundo Silva, (2010) numa revisão de literatura sobre a racionalização biomecânica para uso de implantes curtos, chegou a conclusão que estudos em diferentes sistemas de implantes demonstram altas taxas de sobrevivência com implantes curtos, no entanto a maioria dos trabalhos foram retrospectivos e apresentavam uma mostra inferior aos que temos em relação aos implantes longos. O sucesso do implante curto pode ser explicado em parte por os princípios biomecânicos e o planejamento protético-cirúrgico serem respeitados, tais como, distribuição das forças oclusais axiais no sentido do longo eixo do implante, confecção de próteses com superfícies oclusais planas e reduzidas, controle de sobrecarga, a estabilidade primária deve ser conseguida no ato cirúrgico, a superfície do implante deve ser tratada.

A preferência, as roscas ou o titânio em contato com osso deveriam ter superfície de tratamento, ajudando na manutenção de tecido duro (Alomrani et al., 2006). A maioria dos acompanhamentos clínicos longitudinais de implantes curtos são referentes a implantes com interface pilar/implante de hexágono externo, que historicamente apresentam uma perda óssea de, em média, 1,2mm no primeiro ano em função (Albrektsson et al., 1986). No caso de um implante com 7mm de comprimento, 1,2mm representaria quase 20% de perda de suporte ósseo periimplantar.

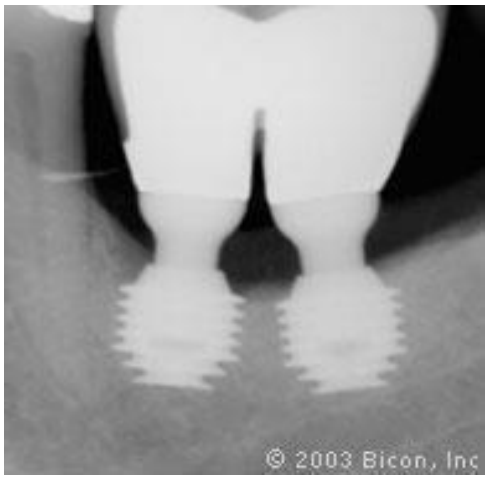
Em função disso o uso de implantes curtos com desenhos que protegeriam a crista óssea de reabsorções, por exemplo, com junção cônica interna e “platform switching” (Tenenbaum, 2003; Lazzara & Porter, 2006; Norton, 2006) (Figuras 4 e 5).

Figura 4 – Represenação do “platform switching”



Fonte: Neodent, Curitiba, Brasil.

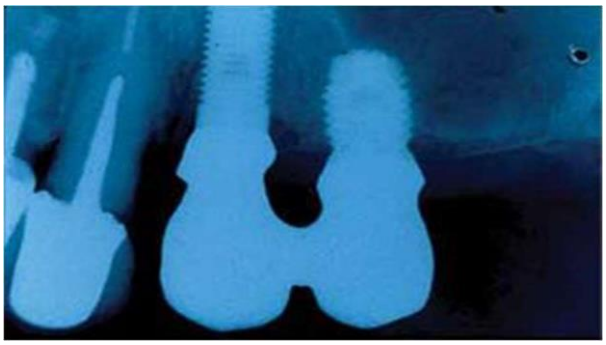
Figura 5 - Dois implantes curtos de 6.0 mm x 5.7 mm apoiando duas coroas metalocerâmicas para dois molares inferiores esquerdos. Observe o nível do canal alveolar inferior.



Fonte: www.bicon.com.br

Duas abordagens terapêuticas para aumentar a superfície de distribuição das tensões: a utilização de um implante curto, de largo diâmetro que foi unido ao implante longo. (Himmlová, et al).

Figura 6 - O planejamento, neste caso, envolve duas abordagens terapêuticas para aumentar a superfície de distribuição das tensões: a ultilização de um implante curto, de largo diâmetro que foi unido ao implante longo.



Fonte: Acervo do autor.

Segundo Lira, a desvantagem seria estética, pois normalmente próteses com implantes curtos apresentam coroas grandes para compensar a distância do osso/superfície oclusal dos antagonistas ou se lança mão das gengivas artificiais.

Quando da utilização de implantes curtos, diversas alterações do protocolo cirúrgico original foram descritas, melhorando a ancoragem e a compressão apical. Dessa forma a área de contato entre o implante e o tecido ósseo é aumentada, reduzindo a concentração de tensões. Entre as várias estratégias recomendadas poderiam ser citadas: uso de brocas cônicas; redução do número de osteotom; a não utilização da broca counter-sink; redução da velocidade (50rpm) na preparação do sítio cirúrgico; inserção do implante através do contra ângulo para reduzir pressões laterais (Anitua, et al., 2008; Felice, et al. 2009; Fugazzoto, 2008; Maló, Nobre & Rangert, 2007; Renouard and Nisard, 2005).

5. CONCLUSÃO

A proposta desse trabalho foi revisar a literatura com o que há de mais atual no que diz respeito à realização de implantes curtos em áreas antes passíveis de possibilidades de reabilitação.

Declaramos para os devidos fins, que o acadêmico Mauro Reis Matias procedeu à entrega do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em *CD-Rom*, em formato pdf.

Neste ato, o acadêmico autoriza, também, a Faculdade Sete Lagoas - FACSETE a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da publicação de seu TCC, de sua autoria. O TCC poderá ficar disponível na biblioteca e no site da instituição, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Faculdade Promove a partir desta data. Também poderá ser enviado para publicação em revistas científicas. Declara assim, que o trabalho não se trata de documento confidencial nem será objeto de registro de patente, podendo ser liberado para consulta em biblioteca, empréstimo e reprodução.

Sete Lagoas, 18 de dezembro de 2025.

Autor: Mauro Reis Matias.

RG nº ..... CPF nº .....

Título do TCC: Implantes curtos em mandíbula: uma alternativa viável.
Orientador: Orientador: Prof., Dr. Claudio Rômulo Comunian.
Coorientador: Professor, Msc. Milton D'Almeida Ferreira Neto.

Data da defesa em banca examinadora: 18/12/2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arlim ML. Short dental implants as a treatment option: results from an observational study in a single privte practice.Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Sep-Oct;21 (5): 769-76.

Bruggenkate CM, Asikainen P, Foitzik C, Krekeler G, Sutter F. Short (6-mm) nonsubmerged dental implants: results of a Multicenter clinical trial of 1 to 7 years. Int J Oral Maxillofac Implants. 1998 Nov-Dec; 13(6):791-8.

De Ré, A.A. Opções de reabilitação de área posterior de Mandíbula. Instituto latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico. Curitiba, 2010.

Galvão Fesa, Almeida Júnior AA, Faria Júmor Nit, Caldas SGFR, Reis JMSN Margonar R. Previaibilidade de implantas curtos revisão de literatura RSBO 2011 Jan-Mar 8(1):81-8.

Glantz Po, Nilner K. Biomechanical aspects of prosthetic implant-born reconstractions Periodunul 2000 1998, 17-119-124.

Lika Joselita Menezes. Implantes Curtos Smação atuale evidencias cientificas. Salvador, Funorte, IAPFEM Núcleo Salvador, 2010.

Malevez C; Hermans M, Daelemans P. Marginal bone levels at Branemark system implants used for single tooth restoration. The influence of implant design and anatomical region. Clin Oral Implants Res. 1996.7-162-9.

Martins V, et al. Osseointegration analysis of clinical success and failure factors, 2011.

Melhado RMD, Vasconcelos LW, Francischone CE, Quinto C, Petrilli G. Avaliação clínica de implantes curtos (7 mm) em mandíbulas. Acompanhamento de 2 a 14 anos. Impl News. 2007;4(2):147-51.

Misch C E. Implantes dentários contemporâneos. 2. ed. São Paulo: Ed.Santos, 2000. p.21-32.

Rardoza E; Carvalho W; Francisco B; Ferreira V. Dempenho slinion dos mplantes zurtos um estuda mrispestiva de ses as Penodontis 20017 Jun 17(2) 16-21.

Sahin S; Cehreli M; Yalçin E. The influence of functional forces on the biomechanics of implant-supported prosthesisa review. J Dentrist. 2002;30:271-282.

Silva, M.L.G. Racionalização biomecânica para o uso de implantes curtos: uma revisão de literatura, 2010.

Thomé G; Bernades SR; Sartori IM. Uso de Implantes curtos: decisão baseada em Evidências Cientifica. Jornal do lapeo, 2009, jun p.2-4.