FACSETE

Faculdade Sete Lagoas

Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

Especialização em Implantodontia

Marina Nogueira de Farias

IMPLANTE IMEDIATO APÓS EXODONTIA

UMA REVISÃO DE LITERATURA

SÃO PAULO

2021

MARINA NOGUEIRA DE FARIAS

IMPLANTE IMEDIATO APÓS EXODONTIA

UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso, apresentado como exigência parcial para a obtenção do título de Especialista em implantodontia pela FACSETE.

Orientador: Prof. Paulo R. Ramalho

SÃO PAULO

2021

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

Monografia intitulada "IMPLANTE IMEDIATO APÓS EXODONTIA

UMA REVISÃO DE LITERATURA" de autoria da aluna Marina Nogueira de Farias.

Aprovada em ____/___/_____ pela banca constituída pelos seguintes professores:

Banca Examinadora

_____

Prof. Dr. Paulo R. Ramalho

_____

Prof. Dr. ***Ricardo Elias Jugdar***

_____

Prof. Dr. Pedro Paulo Pita

São Paulo, 10 de março de 2021.

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Rua Italo Pontelo 50 – 35700-170 _ Sete Lagoas, MG

Telefone: (31) 3773 – 3268 - www.facsete.edu.br

Agradecimentos

Aos meus pais que sempre me apoiaram neste sonho.

Aos nossos familiares, pelos conselhos e palavras amigas.

Aos professores, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

A todos, que direta ou indiretamente, nos auxiliaram nesta jornada.

.

A verdadeira motivação vem de realização, desenvolvimento pessoal, satisfação no trabalho e reconhecimento.

Frederick Herzberg

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....9

PROPOSIÇÃO.....10

REVISÃO DE LITERATURA.....11

DISCUSSÃO.....19

CONCLUSÃO.....23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....24

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre a técnica de implantes imediatos pós exodontia, preservação da estrutura vestibular cortical e a colocação precisa de implante, melhorando o perfil de emergência e também preservando a morfologia do tecido mole e de sustentação, obtendo uma melhor estética nos resultados protéticos. A taxa de sucesso dos implantes inseridos imediatamente após extração varia de acordo com diferentes autores entre 92,7% e 99%, e na maioria dos casos necessita de utilização de técnicas regenerativas complementares. Os procedimentos de preservação e reconstrução alveolar simultaneamente à exodontia aumentam a previsibilidade e a estabilidade clínica de longa duração e devem, sempre que possível ser indicados e associados à instalação de implantes imediatos de forma segura.Dessa forma, com um planejamento adequado a instalação imediata de implantes se tornou procedimento rotineiro quando respeitadas suas indicações. O refinamento da técnica nos dias atuais gera excelentes resultados descritos na literatura.A técnica de implantes imediatos em alvéolos pós exodontia, geralmente é associada com adição de biomateriais e membranas para compensar e minimizar os efeitos da remodelação óssea e assegurar a estabilidade do tecido ósseo e gengival, A técnica traz inúmeros benefícios, proporcionando a preservação da arquitetura tecidual e tecida Peri-implantares para a restauração definitiva, devolvendo a função e uma melhor estética possível, e tem se demonstrado atualmente com altos índices de sucesso.

Palavra Chave : Implante, carga imediata, prótese, cone morse.

ABSTRACT

The objective of this work was to make a literature review on the technique of immediate implants after extractions, preservation of the cortical vestibular structure and the precise placement of immediate implant, improving the emergency profile and also preserving the soft and support tissue morphology, obtaining better aesthetics in prosthetic results. The success rate of implants inserted immediately after extraction varies according to different authors between 92.7% and 99%, and in most cases requires the use of complementary regenerative techniques. Rehabilitation with implants in regions that have undergone tooth extractions, has been a challenge for implant dentistry, especially in aesthetic areas, precisely because of the inevitable bone, structural and periodontal loss that occurs in the region, and bring serious damage to the final result of a rehabilitation treatment. Alveolar preservation and reconstruction procedures simultaneously with extraction increase long-term predictability and clinical stability and should, whenever possible, be indicated and associated with the installation of immediate implants in a safe manner.In this way, the immediate installation of implants and the installation of temporary crowns, also immediate, have already become routine procedures when their indications are respected. The refinement of the technique nowadays generates excellent results.The technique of immediate implants in alveoli after extractions, is usually associated with the addition of biomaterials and membranes to compensate and minimize the effects of bone remodeling and ensure the stability of bone and gingival tissue, the technique brings numerous benefits, providing the preservation of tissue architecture and peri-implant tissues for permanent restoration, restoring function and the best possible esthetics, and has currently shown itself with high success rates.

Keywords : Implant, immediate loading, prosthesis, morse taper.

1- Introdução

Os primeiros critérios estabelecidos por Bränemark na década de 60 com a descoberta da osseointegração permitiram na área da implantodontia constantes modificações e, foram desenvolvidas para reabilitar indivíduos edêntulos total e parcial, e têm possibilitado restaurar dentes extraídos de maneira cada vez mais previsível, rápida, eficiente e confortável para os pacientes. Tais técnicas são fundamentadas em diversos estudos e evidências científicas (ATIEH, 2009).

No início, os implantes eram realizados para reabilitação de áreas edêntulas seguindo protocolos já estabelecidos, podendo ser instalados após 2 a 4 meses depois da extração dos dentes e o tratamento se tornava longo enquanto se aguardava toda a fase de remodelação óssea e reparo alveolar. (CAUDURO, 2009).

Com o decorrer do tempo novas pesquisas e novos protocolos cirúrgicos e protéticos levaram ao surgimento de técnicas inovadoras, tornando-as menos traumáticas, estáveis e com resultados estéticos mais satisfatórios, para o aprimoramento dos implantes, proporcionando aumento da sua estabilidade primária e secundária (CHRISTOPHER, 2005).

Hoje, na implantodontia atual, novas técnicas permitem utilizar implantes que cirurgicamente são implantados no osso alveolar de dentes recém-extraídos, e o uso dessa técnica pode ser planejado em áreas específicas e constitui uma ferramenta restauradora eficiente e um crescente número de profissionais tem lançado mão dessa forma de tratamento (BUSTAMANTE, 2005).

Acompanhando essa evolução, caracterizada por altos índices de sucesso, o progresso no tratamento e técnicas cada vez mais inovadoras, novos protocolos cirúrgicos vêm sendo desenvolvidos, com técnicas atraumáticas, objetivando também resultados estéticos satisfatórios precoces e estáveis (OLIVEIRA, 2008).

O conhecimento dos fenômenos biológicos que ocorrem após a extração dentária é fundamental para optar-se por manobras de preservação ou de

reconstrução do rebordo alveolar, caso a implantação imediata não seja possível, pois de acordo com a perda óssea local, e a instalação tardia do implante pode resultar em consequências estéticas desfavoráveis como possíveis deficiências na altura da papila Inter proximal e da margem gengival (THOMÉ, 2007).

Portanto, esta revisão de literatura tem como objetivo buscar os conhecimentos científicos e atuais sobre implantes imediatos, suas vantagens e suas aplicações clínicas.

Proposição

O objetivo desta revisão de literatura foi avaliar o sucesso dos implantes dentários realizados logo após a extração dentária.

Revisão de literatura

Na década de 70, especialmente a partir do trabalho pioneiro de Per-Ingvar Brânemark, os implantes dentários começam a apresentar os altos índices de sucesso tornando-se uma alternativa confiável para reposição de perdas dentais. Brânemark estudou as propriedades de ancoragem do titânio ao tecido ósseo humano, diretamente, sem interposição de camada fibrosa, e batizou o termo de osteointegração. O protocolo colocava ênfase especial em seis fatores: material do implante, desenho do implante, acabamento do implante, condições do osso, técnica cirúrgica e condições de carga sobre o implante, sendo, este último, fator considerado crítico. Anteriormente ao desenvolvimento do conceito de osteointegração, os implantes eram normalmente submetidos à carga imediata. Eles não tinham uma boa estabilidade primaria e isso impedia a osteointegração, provocando um grande número de complicações e falhas, não sendo aceita pela comunidade odontológica (ROSA, 2008).

Com alguns colaboradores (Albrektsson Adell) Brânemark (el.al, 1981), desenvolveu a técnica de implantação em dois estágios, criando os componentes do sistema de implantes e até o instrumental necessário à inserção. No primeiro estágio instala-se um implante inerte e esterilizado com o mínimo trauma possível. O osso cicatriza ao redor do implante por, no mínimo, três meses sem ter contato com a cavidade bucal. Após esse período, a gengiva da região do implante é novamente incisada e pilares são conectados à cabeça do implante para a adaptação da prótese (OLIVEIRA, 2008).

No início da década de 80, entretanto o International Team of Oral Implantology (ITI) considerou que a submersão dos implantes não é um pré-requisito para a osteointegração e desenvolveu um procedimento de estágio único para

colocação dos implantes. O sistema ITI tem-se mostrado clinicamente bem-sucedido até o presente momento. Essa nova concepção fez surgir, na década de 90, outros tratamentos baseados na implantação em um único estágio cirúrgico, com aplicação imediata de carga. E, em meados dessa mesma época, o Centro de Reabilitação Brânemark, desenvolveu o sistema Novum, baseado no conceito de inserção com carga imediata (REGIANINI, 2010). Entretanto, o conceito tradicional de aguardar alguns 6 meses até a osteointegração ainda é vigente e largamente utilizado. Nesse caso, mantém-se uma prótese removível sobre o implante, minimizando o contato com a mucosa que o recobre, para evitar trauma oclusal (CARVALHO, 2006). Além desses requisitos, estabeleceram alguns critérios que devem ser obedecidos para se obter osseointegração quando da utilização do protocolo Brânemark (ATIEH, 2009)

a) A fresagem e a inserção do implante devem ser realizadas com técnica minimamente traumática, utilizando uma irrigação abundante com soro fisiológico estéril, evitando o aquecimento do osso durante a preparação do sítio receptor;

b) Ao término da inserção o implante, deve estabilizar igual à forma inicial;

c) Cargas funcionais não podem ocorrer durante o período de cicatrização de três a seis meses (REGIANIN, 2010).

Com o rompimento do protocolo original foi proposto à instalação de implantes no interior de alvéolos imediatamente à extração dentária, como forma de se evitar a reabsorção óssea alveolar, e dessa forma, maximizar a quantidade de osso disponível para a osseointegração e, com isso haveria também um melhor desenvolvimento estético e funcional das próteses sobre os implantes (BUSTAMANTE, 2005).

Segundo Rosa (2008) o Implante Imediato é instalado imediatamente após a extração dentária sendo o meio mais eficaz de preservar tecidos moles e duros após exodontia é a imediata instalação de implantes. Além de reduzir o número de intervenções cirúrgicas e o tempo de tratamento, a inserção de implantes em alvéolo fresco pode promover uma cicatrização mais rápida e efetiva. O primeiro implante realizado após extração foi chamado de “implante imediato”, ocorreu em 1978 (MALÓ, 2003).

As próteses imediatas conseguem devolver ao paciente, de forma rápida, a função e a estética, além de permitir visualizar com antecedência possíveis dificuldades na realização da prótese definitiva (VIEIRA, 2003).

A crista alveolar pode reabsorver cerca de 50% após a extração dentária, com maior intensidade nos primeiros seis meses, através de uma cascata de eventos biomecânicos e histológicos complexos que ocorre durante o processo de cicatrização de uma exodontia, provocando mudanças morfológicas e fisiológicas da região (ROSA, 2009). Essas mudanças podem ser reduzidas através do uso de técnicas de preservação do alvéolo, como a utilização de uma técnica atraumática de exodontia, enxertos de tecido duro e mole, ademais da utilização de uma membrana para estabilização do enxerto. Os alvéolos, que não sofreram alterações estruturais das paredes ósseas e do contorno gengival, podem receber implantes imediatos, e nas situações que existam alterações dos tecidos duros, são usadas técnicas de recuperação e regeneração do alvéolo, para posteriormente, em uma segunda etapa, instalar o implante (GOMES JUNIOR, 2007).

A colocação imediata do implante após exodontia pode ajudar a preservar a dimensão do osso alveolar, permitindo a instalação de implantes mais longos, de diâmetros maiores e melhorando a relação coroa-implante (MALÓ, 2003). Como resultado, a superfície de contato osso-implante aumenta, diminuindo a quantidade de força causada pela carga oclusal na interface osso-implante e atingindo uma melhor taxa de sucesso (MORAES JÚNIOR, 2012).

A estabilidade inicial do implante imediato também é um dos fatores principais para a sobrevida dos implantes, para tanto, a técnica de fresagem deve conseguir estabilidade do implante no terço apical do alvéolo, sendo obtida com a utilização de implantes cônicos por mais se assemelharem ao formato da raiz, e com uma superfície tratada (OLIVEIRA, 2008). Em relação ao sítio para instalação de implantes imediatos, não há evidências de que a colocação de implantes em alvéolos frescos deva ser restrita a áreas específicas da maxila ou mandíbula. Muitos estudos têm demonstrado previsibilidade de resultados em ambas às arcadas, sem diferenças significativas na profundidade de sondagem ou no nível radiográfico da crista óssea (GOMES JUNIOR, 2007). O implante imediato elimina a espera de vários meses da calcificação do alvéolo, mantem a dimensão alveolar,

reduz o tempo de edentulismo, reduz o custo do tratamento e aumenta a aceitação do paciente.

Como resultado, o potencial da área de superfície óssea o implante é aumentado para obter sucesso, preservando altura e espessura do osso alveolar. E o tempo total de tratamento é reduzido. Na parede vestibular, ocorre essa maior reabsorção óssea e minimiza a formação de uma concavidade vestibular geralmente vista após extrações e oportuniza a possibilidade de instalar o implante em uma posição mais adequada. O volume ósseo é suficiente para se conseguir estabilidade inicial e o implante pode ser instalado em uma posição idêntica e com a mesma inclinação do dente que ele está substituindo (THOMÉ, 2007).

Quando extrações dentárias são realizadas de forma atraumática, em que as quatro paredes ósseas são preservadas, o alvéolo se enche de sangue formando um coágulo sanguíneo preenchendo todo o alvéolo; após 04 dias, tecido conjuntivo jovem e epitelização estão presentes no alvéolo (SOUZA NETO, 2012)e um tecido de granulação em formação libera mediadores, como o Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF) e o Fator de Crescimento de Tecido Conjuntivo (CTGF), que modulam a migração das células sanguíneas mesenquimais, fornecendo o fator principal para a cicatrização o suprimento sanguíneo, e, após 7 dias toda a área é preenchida por tecido de granulação e a matriz osteóide (colágeno tipo I) é evidente na base do alvéolo; por volta do 180 dias o alvéolo é preenchido completamente por osso (SILVA, 2009).

Após a exodontia, a maior parte do osso cortical é substituída por osso medular, com marcante redução nas dimensões vestibulolingual e ápico-coronal. Essa redução ocorre de forma mais acentuada na região anterior da maxila, devido á pouca espessura da cortical vestibular, podendo criar um defeito ósseo desfavorável entre o implante e a prótese (MORAES JÚNIOR, 2012) e com isso, a manutenção desse osso já com espessura reduzida ao longo dos anos pode não ocorrer, sendo comum o aparecimento de defeitos ósseos mais severos. Nesses casos, durante a cicatrização alveolar, uma média de 40% a 60% da altura e espessura óssea original é esperada ser perdida fisiologicamente, com maior perda dentro dos primeiros 2 anos (REGIANINI, 2010).

Carvalho (2006) relata que o índice de reabsorção óssea ou perda de tecido mole no rebordo diminui significativamente com a instalação de implantes imediatos, que atuam sustentando e estimulando a osteogênese no alvéolo dentário, e desencadeiam resultados funcionais e estéticos satisfatórios. Como uma potencial área para implante imediato, o dente indicado a ser extraído deve apresentar no mínimo 5 mm de osso além do ápice e ao menos 12mm de altura e 5mm de espessura óssea. Os casos em que o dente não possui parede óssea vestibular, ou dentes com lesões apicais, devem ser excluídos (VIEIRA, 2003).

A cicatrização do alvéolo, pós-extração, ocorre após a substituição do coágulo inicial por tecido de granulação (conjuntivo), que posteriormente é substituído pela formação de osteóide, que se origina da periferia do alvéolo. O trabeculado ósseo gradualmente se forma para preencher o alvéolo (SILVA, 2009). O sucesso do uso da técnica de implantes imediatos dependerá de um diagnóstico para o estabelecimento de um plano de tratamento como a história médica e odontológica, radiografia panorâmica e tomografia computadorizada da região a ser implantada (MALÓ, 2007). Antes de se iniciar o tratamento com implantes imediatos é necessário observar a morfologia óssea, como o tipo periodontal, o nível da crista óssea, a linha de sorriso, a superfície do tecido gengival, análise da distância interimplante e nível do osso Inter proximal (CARVALHO, 2006).

É importante avaliar o periodonto da região antes da exodontia, para que a implantação imediata seja indicada, bem como a extensão da reabsorção óssea, a morfologia do defeito ósseo e se o posicionamento do implante proporcionará angulação ideal para a finalização do trabalho com uma reabilitação esteticamente aceitável, bem como a própria técnica cirúrgica (THOMÉ, 2007).

Segundo Rosa (2008) e Vieira (2003) a instalação de implantes imediatos está indicada quando existe uma parede alveolar intacta com os tecidos moles e duros saudáveis, livres de patologias e todas situações clinicas que determinam a perda do elemento dental e que o osso remanescente oferece condições de receber e estabilizar o implante.

As condições mais encontradas para determinar a perda do elemento dental são fraturas de raízes, lesões Peri radiculares de origem endodôntica, lesões periodontais, traumatismos e lesões cariosas verticais extensas além da margem

óssea, ou seja, a substituição de dentes com patologias sem possibilidade de tratamento.

Outros critérios de inclusão para implante imediato são:

a) Ausência de fatores locais ou sistêmicos que poderiam inibir o processo de cicatrização da osseointegração;

b) Presença de pelo menos 4 mm de osso além do ápice para garantir a estabilidade primária do implante;

c) Implante instalado dentro dos limites do alvéolo e o paciente a aceitar assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (SILVA, 2008 E SOUZA NETO, 2012).

A altura do osso Inter proximal deve ser em média de 5 mm do ponto de contato do dente adjacente. Quanto maior for à distância do ponto de contato Inter proximal até a crista óssea, menor será a possibilidade de formação da papila Inter proximal. A previsibilidade dos implantes imediatos é baseada na manutenção da integridade dos tecidos de suporte durante a exodontia. Para estes procedimentos sem comprometer as paredes do alvéolo, deve-se utilizar técnicas menos traumáticas e devem ser utilizados instrumentos delicados como peristômios, mini alavancas ou, em algumas situações, fórceps traumáticos (ROSA, 2009). Geralmente a exodontia é o procedimento que requer mais tempo e cuidado na técnica de implante imediato e deve ser realizada de forma a preservar as estruturas adjacentes, principalmente a parede óssea vestibular do alvéolo maxilar, que, além de ser delicada, exerce grande influência na previsibilidade do resultado estético (SOUZA NETO, 2012).

O descolamento de tecidos moles, durante um procedimento cirúrgico, também compromete o suprimento sanguíneo para o osso, o que pode, inclusive, acarretar perda das papilas interdentais. A ausência de incisões e de retalho de espessura total evitam perdas ósseas marginais e recessões, o que representa ganho biológico para os tecidos adjacentes, além de ser um fator determinante para o bom pós cirúrgico (CARVALHO, 2006).

Quando o elemento dental for removido, o alvéolo deve ser desbridado de forma cuidadosa, para remoção do tecido de granulação e fibras do ligamento periodontal. As paredes do osso alveolar devem ser decorticadas para facilitar a repopulação local por células osteoprogenitoras oriundas do endósteo e uma cureta é usada para explorar a presença e localização das tábuas vestibular e palatina (GOMES JUNIOR, 2007). Com uma broca cirúrgica posicionada a perfuração é realizada buscando a tábua óssea palatina do alvéolo dentário, nesta região anterior da maxila é importante evitar a instalação do implante no longo eixo do alvéolo devido a possibilidade de causar perfuração na tábua vestibular do alvéolo, comprometendo a sobrevida do implante. O eixo do implante deve ter como referência a borda incisal do dente adjacente e estar ligeiramente inclinado para palatina (MORAES JÚNIOR, 2012).

Desta forma, a morfologia do alvéolo residual pós-exodontia pode complicar o ideal posicionamento do implante em alvéolos frescos, se o dente extraído tiver significante curvatura da raiz ou dilaceração, a instalação do implante na posição do ápice do dente culminará em estética insatisfatória, para superar a dificuldade devido à curvatura da raiz em alvéolos frescos (OLIVEIRA, 2008). Após constatação da presença de dilaceração radicular, a primeira fresagem para instalação do implante deve ser realizada com 1000 rpm, no ângulo da parede axial do alvéolo, o ponto preciso da entrada da broca e a angulação empregada, estão em função da relação da morfologia do alvéolo dentário com a posição final desejada para o implante. A pressão da broca deve ser aplicada apicalmente e lateralmente até a broca alcançar a estabilidade apical desejada, evitando a posição alveolar original determinada pelo dente extraído. O implante deve ser planejado e instalado na posição ideal para reabilitação (MORAES JÚNIOR, 2012).

De acordo com (Cauduro 2009), em área estética, a plataforma do implante deve estar no mínimo 3 mm apical a uma linha imaginária que conecta a junção cemento-esmalte dos dentes adjacentes, e apical à crista interproximal. Este procedimento pode assegurar um adequado perfil de emergência e facilitar a reabilitação.

Algumas complicações podem implicar na perda do implante, e estão presentes antes, durante ou após a instalação do implante em alvéolos frescos, dentre eles:

Diminuição em altura óssea, relacionada principalmente à utilização de próteses provisórias imediatamente após cirurgia.

Para minimizar esse problema os autores aconselharam o uso de próteses fixadas nos dentes adjacentes, quando possível, para eliminar o contato direto com o tecido mole.

Outra complicação relatada foi a exposição precoce do implante, que em alguns casos, necessitou de intervenção cirúrgica, desbrida mento e fechamento primário do tecido Peri implantar (BUSTAMANTE, 2005).

Uma contraindicação absoluta para a instalação de implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório Peri apical agudo. Em relação à discrepância de diâmetro, quando o espaço alvéolo/implante é maior do que 5 mm, é aconselhável a realização de regeneração óssea (VIEIRA, 2009).

O torque de 40 Ncm na fresa pode também ser um bom indicador da estabilidade inicial do implante, e já cos tuma indicar altos índices de sucesso, torque excessivo não deve ser aplicado ao implante devido ao risco de comprimir excessivamente o osso adjacente, resultando em necrose óssea e perda do implante, por falta de irrigação sanguínea.

Perante as complicações que possam ocorrer, pré, durante e pós-cirúrgico, o ideal é fazer um planejamento e seguir o protocolo para minimizar os riscos.

Apesar da presença de complicações nos implantes imediatos, principalmente relacionados à pacientes com história de periodontite, o índice de sucesso permanece elevado e o tratamento, muitas vezes, ainda é conservador e eficaz (CARVALHO, 2006).

Discussão

A substituição imediata de dentes por implantes como foi proposta há mais de 20 anos, e o seu excessivo emprego atual é motivado pelo elevado nível de sucesso, alcançado com os implantes osseointegrados colocados seguindo o protocolo tradicional de Bränemark (CARVALHO, 2009 e OLIVEIRA, 2008).

O uso de implantes imediatos apresenta inúmeras vantagens como um menor tempo cirúrgico, conforto para o paciente, manutenção do perfil de emergência, mas possuem como desvantagens a dificuldade técnica, o baixo travamento primário, e a necessidade de uso de biomateriais.

Em relação à discrepância de diâmetro, quando o espaço alvéolo/implante é maior do que 5 mm, é aconselhável a realização de regeneração óssea (VIEIRA, 2009).

Outra contra indicação para instalação de implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório agudo (CORBELA ET al., 2013), porém há controvérsias.

CRESPI ET al. (2010) compararam o resultado da colocação imediata de implantes quando utilizados na substituição de dentes com e sem lesões Peri apicais crônicas. Trinta pacientes que necessitam de uma extração de dente único de unir radiculares e bi radiculares foram selecionados. O grupo incluiu 15 pacientes sem lesões Peri apicais, mas com cárie radicular e fraturas de raiz. O outro grupo incluiu 15 pacientes com lesões Peri apicais, radiolucências Peri apicais, e sem sinais de dor, fístulas, ou supuração. Trinta dentes foram extraídos, e os implantes foram imediatamente posicionados em alvéolos frescos, os resultados foram acompanhados em 12 e 24 meses após a colocação do implante. As comparações entre os valores ao longo do tempo mostrou uma taxa de sobrevivência de 100% para todos os implantes.

Outro estudo de CRESPI et al. (2010) comparou os resultados de carga imediata de implantes na substituição de dentes com e sem lesões periodontais crônicas em 4 anos de acompanhamento. Trinta e sete pacientes foram incluídos neste estudo. Um total de 275 implantes foram colocados e imediatamente carregados em cavidades de extração, 197 em locais periodontal mentem infectados e 78 implantes em locais não infectados.

O controle foi realizado entre 12, 24, 36 e 48 meses após a colocação do implante. As comparações entre os valores ao longo do tempo foram realizadas em 48 meses e apresentaram uma taxa de sobrevivência de 98,9%, porque dois implantes foram perdidos 1 mês após a colocação; o NG relatou uma taxa de sobrevivência de 100%. Não foram relatadas diferenças estatisticamente signicativas ao longo do tempo. Em 48 meses de acompanhamento, os implantes dentários que foram colocados e imediatamente carregados em tomadas periodontal mentem infectados não mostraram diferenças significativas em comparação com implantes colocados em locais não infectados.

Estudos mais recentes, entretanto documentaram resultados bem-sucedidos da colocação do implante em locais com lesão Peri apical (ESFAHROOD ET AL., 2012).

A presença de tecido de granulação na cavidade de um dente infectado deve ser considerada como uma resposta inflamatória a bactérias. Esse tecido reativo protege o osso da agressão bacteriana direta e, se cuidadosamente removido revelará osso saudável (VILA ET al., 2007).

CRESPI ET al. (2010) comparou o resultado de 2 pesquisas com a colocação imediata de implantes em região com e sem lesões Peri apicais crônicas. Um estudo com 30 pacientes, acompanhados ao longo de 24 meses resultou em um resultado de 100% a sobrevida dos implantes instalados, e outro grupo com 197 foram selecionados e acompanhados ao longo de 48 meses, este foram observadas uma taxa de sobrevivência de 98,9% para todos os implantes, porque dois implantes foram perdidos um mês após a colocação.

Os resultados de um estudo clínico prospectivo, obtidos a partir de uma amostra de cento e sessenta e três implantes de superfície rugosa imediatos, associados a restaurações provisórias unitárias imediatas em noventa e cinco pacientes, mostram que em pacientes submetidos a avaliações clínicas e radiográficas anuais, após quatro anos de observação, a taxa de sucesso cumulativo foi de 97%, com preservação da altura da espessura do rebordo alveolar além de reduzir o tempo de tratamento restaurador. Covani ET al. (2004 apud Tostas ET al., 2007)

A revisão sistemática de Ortega-Martinez et al. (2012) mostrou taxa de sucesso, após um ano, semelhante entre implantação imediata e tardia, porém enfatizou as dificuldades técnicas e a necessidade de uso de biomateriais. Resultados semelhantes foram mostrados na revisão sistemática de Lang ET al. (2012), que ressalta a carência de informação sobre os resultados estéticos da técnica.

Um estudo com 109 implantes imediatos em alvéolos frescos avaliou a sobrevida dos implantes em 51 pacientes acompanhados por 30 meses; os autores determinaram a osseointegração pela estabilidade clínica, falta de sintomas e ausência de patologia Peri implantar radiograficamente, obtendo uma sobrevida dos implantes de 93,6%.

O índice de sucesso para implantes substituindo dentes perdidos por periodontite foi de 92% e por implantes substituindo dentes perdidos por outras razões foi de 95,8% (Rosenquist 1991).

Estudos sobre osseointegração têm demonstrado que essa colocação imediata de implantes em alvéolos de extração frescos pode oferecer vantagens sobre o protocolo clássico, possuindo o potencial de aumentar a aceitação do procedimento pelo paciente (ATIEH, 2009 e KAN, 2003).

Recentemente surgiram técnicas de instalação de implante imediato unitário que evitam o descolamento de retalhos e a utilização de membranas, e parecem preservar ainda mais a arquitetura gengival, principalmente em nível das papilas Inter proximais (CAUDURO, 2009 e GOMES JUNIOR, 2007).

O Implante Imediato passou a ser considerado eficaz por possuir o potencial de preservar a arquitetura óssea e gengival Peri implantar de maneira previsível e por reduzir o período entre a extração do dente e aplicação da prótese.

Torna-se necessário compreender a dinâmica que rege os tecidos ósseos e gengivais após a exposição do implante na cavidade bucal e sua inter-relação com os tecidos de suporte dos dentes adjacentes para redução dos riscos da atrofia gengival e a perda de altura das papilas (CAUDURO, 2009 e GOMES JUNIOR, 2007).

Para o implante dentário, são necessários alguns pré-requisitos para que a implantação imediata seja indicada, como a extensão da reabsorção óssea, a morfologia do defeito ósseo e se o posicionamento do implante proporcionará angulação ideal para a finalização do trabalho com uma restauração esteticamente aceitável (MORAES JÚNIOR, 2012 e REGIANINI, 2010). A atrofia óssea, com prejuízo funcional e estético, retarda e dificulta a reabilitação protética.

Esta pode ser iniciada antes que o osso alveolar edêntulo seja reabsorvido a tal grau que somente um rebordo em lâmina de faca esteja presente (ROSA, 2009). Algumas pesquisas demonstraram que a modificação no desenho do corpo e da superfície dos implantes altera a qualidade do implante, com aumento do sucesso em ossos de baixa qualidade devido a uma maior ancoragem e superfície de contato osso-implante (CHRISTOPHER, 2005, ROSA, 2008 e THOMÉ, 2007).

Cabe ressaltar a importância do Implantodontista na execução do protocolo estabelecido, por métodos científicos e seguros, aumentando a confiabilidade dos bons resultados estéticos e funcionais aqui observados. O risco de complicações de implante imediato à extração é pequena, e seria possível desde que todos os pré-requisitos sejam atendidos (OLIVEIRA, 2008 e ROSA, 2008).

Conclusão

Concluímos neste trabalho, que a cirurgia de implante imediato pós exodontia, tem sido uma boa alternativa para devolver estética e função de dentes perdidos com previsibilidade, a técnica possui uma alta porcentagem de sucesso quando bem indicada e planejada, diminuindo o tempo de espera na reabilitação protética, reduz a reabsorção óssea do alvéolo e estruturas adjacentes, reduz a possibilidade de perda óssea após uma exodontia, reduz custos e ajuda assim, manter uma melhor estrutura das papilas para um perfil de emergência principalmente em regiões de maior exigência estética.

REFERÊNCIAS

ATIEH, MA; PAYNE, AG; DUNCAN, WJ; CULLINAN, MP. **Immediate restoration/loading of immediately placed single implants:** is it an effective bimodal approach**.** Clin Oral Implants Res. v. 20,n. 7, p. 645-59,Jul. 2009.

CARVALHO, N. B.; GONÇALVES, S. L. M. B.; GUERRA, C. M. F.; CARREIRO, A. F. P. **PLANEJAMENTO EM IMPLANTODONTIA**: UMA VISÃO CONTEMPORÂNEA**.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.6, n.4, p. 17 - 22, out./dez. 2006.

CAUDURO, F. S. **PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO BUCAL COM INSERÇÃO IMEDIATA DE IMPLANTE CONE MORSE E PRÓTESE PROVISÓRIA UNITÁRIA EM ALVÉOLOS APÓS EXODONTIA**. Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade católica do Rio grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, 2009. CHRISTOPHER C. K. H. Immediate function with dental implants. Dental Practice, p. 156 – 166. Mar. / Apr. 2005.

GOMES JUNIOR, R. **IMPLANTE IMEDIATO COM PROVISÓRIO IMEDIATO EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: ESTUDO PROSPECTIVO DE 18 MESES**. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007. KAN, Joseph

Y. K.; RUNGCHARASSAENG, Kitichai, Jaime. **Immediate Placement and Provisionalization of Maxillary Anterior Single Implants**: 1-Year Prospective Study The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. v.18, n. 1, p. 31-38. 2003.

MALÓ, Paulo; FRIBERG, Bertil; POLIZZI, Giovanni; GUALINI, Federico; VIGHAGEN, Torbjörn; RANGERT, Bo. **Immediate and Early Function of Brånemark System® Implants Placed in the Esthetic Zone**: A 1-Year Prospective Clinical Multicenter Study. Clinical Implant Dentistry and Related Research, v. 5, n.1, p. 37 – 47, 2003.

MORAES JÚNIOR, E. F.; MARZOLA, C.; MIZIARA, E. V.; TOLEDO-FILHO, J. L. **Instalação de implante imediato unitário na região anterior da maxila sem o descolamento de retalhos** - análise clínica e radiográfica. Pós- graduação.

OLIVEIRA, A. C.; SOUZA, J. R.; THOME, G.; MELO, A. C. M.; SARTORI, I. A. M. **Implante imediato unitário em função imediata** – relato de caso. RFO, v. 13, n. 1, p. 70-74, janeiro/abril 2008.

ROSA, J. C. M.; ROSA, D. M.; ZARDO, C. M.; ROSA, A. C. P. O.; CANULLO, L. **Restauração dentoalveolar imediata pós-exodontia com implante platform switching e enxertia**. ImplantNews. v. 6, v. 5, p. 551-558, set/out. 2009.

ROSA, M. B.; FERREIRA, S. D.; LEAHY, F. M.; DUTRA, R. A. **Implante imediato após extração**. PROODONTO SESCAD. p. 33 -100.

THOMÉ, G; BORGES, A. F. S.; MELO, A. C. M.; BASSI, A. P. F.; SARTORI, I. A. M.; FAOT, F**. Implante imediato em local cronicamente infectado**: avaliação após 12 meses. RGO, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 417-421, out./dez. 2007.

VIEIRA, R.; CAPELARI, M. M; MARZOLA, C.; TOLEDO FILHO, J. L.; PASTORI, C. M.; ZORZETTO, D. L. G.; TOLEDO, G. L.; OLIVEIRA, M**. Implantes osseointegráveis com carga imediata**. Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas – Regional de Bauru/ 2003.

SILVA, L. C. **RESULTADO ESTÉTICO EM IMPLANTES IMEDIATOS PÓS TRAUMAS EXODÔNTICOS: RELATOS DE DOIS CASOS CLÍNICOS**. Programa de Pós-Graduação em Implantodontia. FACULDADE DE ODONTOLOGIA DO NORTE DE MINAS – FUNORTE, Brasília, 2009.

SOUZA NETO, E. S. **IMPLANTES IMEDIATOS EM ÁREA ESTÉTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**. Programa de Pós-Graduação em Implantodontia FACULDADES UNIDAS DO NORTE DE MINAS – FUNORTE. Salvador 2012.

BUSTAMANTE, G. L. **IMPLANTES IMEDIATOS**. Programa de Especialização de Implantodontia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

TOMASI C, SANZ M, CECCHINATO D, PJETURSSON B, FERRUS J, LANG NP, et al. **Bone dimensional variations at implants placed in fresh extraction sockets**: a multilevel multivariate analysis. Clin Oral Implants Res. Jan; v. 21(1), p. 30-6. 2010

SAHITYA SANIVARAPU et al**. International Journal of Oral Implantology and Clinical Research**. May-August; v.1: n.2: p.67-76, 2010

ORTEGA-MARTINEZ J., PEREZ-PASCUAL T., MAREQUE-BUENO S., HERNANDEZ-ALFARO F., FERRES-PADRÓ E**. Immediate implants following tooth extraction. A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. V.17, n. 2, p. 251-261, 2012.

LANG N.P., PUN L., LAU K.Y., WONG, M.C. A **systematic review of survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year**. Clin Oral Implants Res, v. 23, sup 5, pag 39-66, 2012.

HUYNH-BA G, PJETURSSON BE, SANZ M, CECCHINATO D, FERRUS J, LINDHE J, et al. **Analysis of the socket bone wall dimensions in the upper maxilla in relation to immediate implant placement**. Clin Oral Implants Res. Jan; v. 21, n.1, p. 37-42 2010

CRESPI R., CAPPARÉ P., GHERLONE E. **Fresh socket implants in periapical infected sites in humans**. J Periodontol, v. 81, n. 3, p. 378-83, 2010.

LENHARO, A. et al. **Visão comteporânea de carga imediata da pesquisa à aplicação clínica em segmento posterior**

ROSENQUIST B, GRENTHE B, **Immediate Placement of Implants Into Extraction Sockets**: Report of a pilot procedure. Int J Oral Maxilofac Implants 1991;6:277-284.

Balaguer-Marti JC, Peñarrocha-Oltra D, Balaguer-Martinez J, ocha-PeñarDiago M. **Immediate bleeding complications in dental implants**: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20(2):e231-8

Silva RJ, Silva FPQ, Carvalho JP, Ferreira Filho C. **Immediate implant placement in esthetic zone. Dental Press Implanto**l. 2013 Apr-June 7 (2):67-72

Lazarra RJ. **Immediate implant placement into extraction sites: surgical and restorative advantages**. Int J Periodontics Restorative Dent.1989; 9 (5):332-43.

Salama H. **Immediate total tooth replacement. Compend Contin Educ Dent**. 2001; 22 (3):210-6, 218.

Sabrina Rebollo Zani; Renan de Ávila Alves; Samuel Henrique Both Korb; Elken Gomes Rivaldo; Luís Carlos da Fontoura Frasca
Odontol. Clín.-Cient. (Online) vol.10 no.3 Recife Jul. /Set. 2011
versão On-line ISSN 1677-3888

Farias, Igor Bittencout dos Santos.
Implantes imediatos: uma revisão da literatura. Nova Friburgo, RJ:, 2015. 35f.