GLORIA ADA CÓRDOVA RAMIREZ

IMPLANTAÇÃO PÓS-EXODÔNTICA IMEDIATA COM CIRURGIA GUIADA E PROVISÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

PORTO VELHO/RO

2025

IMPLANTAÇÃO PÓS-EXODÔNTICA IMEDIATA COM CIRURGIA GUIADA E PROVISÓRIO IMEDIATO: RELATO DE CASO

Ada Córdova R.[1]
Tarcio H. I. Skiba. [2]

RESUMO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de implante imediato em alvéolo pós-exodontia, utilizando enxerto de tecido conjuntivo e enxerto ósseo xenogénico para o preenchimento da lacuna e Provisionamento imediato com PMMA temporário

PALAVRAS-CHAVE: Implante dentário, Prótese dentária, Carga Imediata em Implante Dentário, tecido conectivo.

ABSTRACT

The aim of this study is to report a clinical case of immediate implantation in the post-extraction alveolus with connective tissue grafting, xenogeneic bone grafting to fill a gap and immediate provisionalization with provisional PMMA.

Keywords: Dental implant, Dental prostheses, Immediate loading of dental implants, Connective tissue.

[1]Especializando em Implantodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE).
[2]DOUTOR em Implantodontia.

INTRODUÇÃO

A implantodontia moderna propõe técnicas de implante imediato com carga imediata, modificando os protocolos tradicionais estabelecidos pelo Dr. Branemark. O maior desafio da odontologia restauradora consiste em restaurar a estética natural da região anterior após a perda dentária; assim, a colocação imediata dos implantes está integrada num protocolo concebido para preservar um contorno gengival harmonioso. Relativamente à colocação imediata e ao carregamento de implantes em alvéolos pós-extração, a literatura não fornece uma base suficiente para conclusões definitivas, embora um número considerável de estudos clínicos demonstre resultados bem-sucedidos. A carga imediata no implante imediato é uma realidade, e o sucesso depende de cuidados adequados. planejamento, conhecimento aprofundado dos princípios biológicos e da reparação óssea e precisão nas manobras cirúrgico-protéticas.

DESENVOLVIMENTO

Descrição do caso clínico

O caso clínico da peça 1.1 apresenta uma recidiva patológica periapical definitiva para extração, após estudo tomográfico. O uso do sistema de came CAD, planejamento virtual da colocação do implante, digitalização e preparação do protótipo do guia cirúrgico e da coroa provisória. Figura 1.

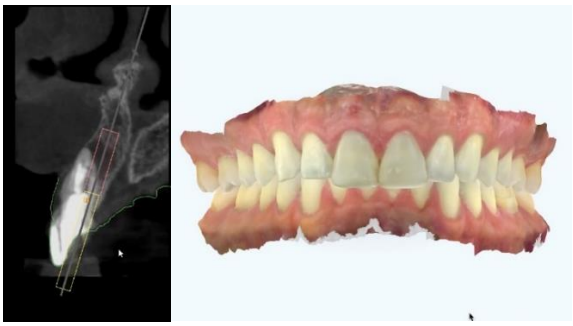


Figura 1: Tomografia Computorizada e scaneamento (iTero).



Figura 1: Tunelizamento de microlâminas (MJK).

Tratamento

No ato cirúrgico, a maior parte da reserva é não perder todo o setor imediato, a preservação do osso e dos tecidos moles (Figura 4). A cirurgia é iniciada com a microfolha sb004 MJK (Figura 2), é realizada uma tunelização antes da retirada do dente, pois então esse setor se torna muito sensível. Com o periótomo, descole o periodonto e realize a extração minimamente invasiva, seguida da remoção do cisto com curetagem (Figura 3).



Figura 2: Extração minimamente invasiva e curetagem das lesões.

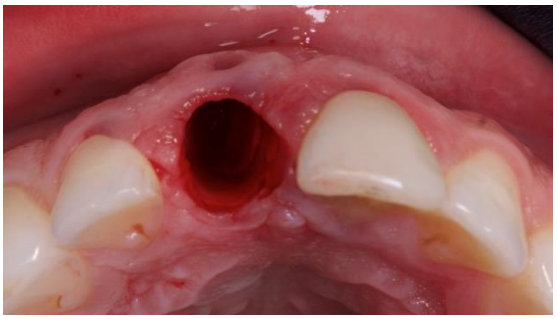


Figura 3: Estruturas ósseas e de tecidos moles conservadas.



Figura 5: Instalação do implante Cone Morse (Implacil)

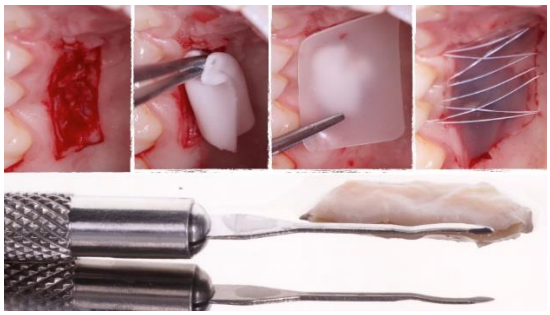


Figura 6: Extração de enxerto de tecido conjuntivo desepitelizado e proteção do leito doador

Em seguida, a utilização do protótipo de guia cirúrgico, realizar um protocolo de perfuração para colocação do implante de cone Morse (Implacil); Instalação do implante em posicionamento tridimensional ideal (Figura 5).

Na região palatina, um pedaço de tecido conjuntivo é removido e protegido com uma membrana de colágeno, em seguida um curativo oralis, estabilizando-o com um fio com sutura suspensa em uma caixa de colchão X modificada (Figura 6). Posicione o enxerto de tecido conjuntivo desepitelizado no leito receptor (Figura 7). Aplique preenchimento ósseo xenogênico no GAP (Figura 8) para posicionar a tampa de titânio para o provisório (Figura 9). Finalmente, o PMMA aparafusado é instalado com o aplicativo BlueM (Figura 10).



Figura 7: Enxerto de tecido conjuntivo colocado no leito receptor.

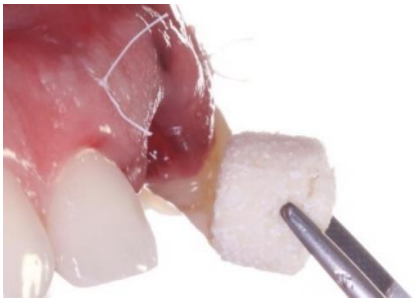


Figura 8: Enxerto para preenchimento de GAP com substituto ósseo xenogénico



Figura 9: Enxertos instalados e posicionamento da tampa de titânio para o provisório.



Figura 10: Instalação temporária de PMMA fixada com aplicação BlueM.

Resultados

A avaliação clínica em 2 meses de harmonia dos tecidos moles é mantida, em 6 meses de instalação definitiva de cerâmica de dissilicato de lítio e feldspato (Figura 11 e 12).



Figura 11: Base de zircônia replicando o substrato em 21.



Figura 12: Cimentação de dissilicato de lítio e cerâmica feldspática.

DISCUSSÃO

Atualmente, a investigação científica e as experiências clínicas possibilitam a inovação do conceito funcional de carga imediata sobre implantes, constituindo uma opção que permite ao paciente recuperar o dente perdido, sorrir e preservar os tecidos ósseos em volume e textura, em um único ato cirúrgico. Além disso, possibilita a redução da duração do tratamento (período de cicatrização de 3 a 6

meses) sem aumentar o risco de complicações e falhas. Para além de uma taxa favorável de sucesso do implante e da resposta do tecido peri-implantar, o nível gengival facial em tornodos implantes individuais inmediatamente colocados também pode ser mantido após o enxerto de tecido conjuntivo, desde que o posicionamento seja adequado, imagem tridimensional apropriada do implante e do osso enxertado na cavidade do implante.

CONCLUSÃO

A imediata provisão do implante proporciona benefícios adicionais em termos de osseointegração e integração dos tecidos moles, além de resultados estéticos de elevada qualidade. Nos alvéolos com processos infecciosos periapicais, a colocação de os implantes imediatos apresentam uma taxa de sucesso a curto prazo considerável.

REFERÊNCIAS

1. COLLINS CALCANO, James R et al. Colocação Imediata de Implantes e Provisionalização na Zona Estética: Manejo Cirúrgico e Protético. Relato de Caso Clínico. **Rev. Clin. Implantol de Periodoncia. Rehabil. Oral**, Santiago, v. 7, n. 2, p. 93-100, Agosto de 2014. Disponível a partir de <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000200008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de novembro de 2024. http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000200008.
2. NICOLAS-SILVENTE, A Isabel et al . La utilización de pilares transmucosos definitivos de colocación inmediata. **Av Odontoestomatol**, Madrid , v. 36, n. 2, p. 99-106, 2020 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852020000200006&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 nov. 2024. Epub 05-Dic-2022. https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000200006.
3. SALGADO AGUDELOA, Juan Fernando, Federico Latorre Correa. Implante inmediato postextracción y restauración inmediata. Planeación quirúrgica y prostodóntica. Reporte clínico**.** ***Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*****,** vol. 8(3), 249-255.Dic 2015. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-clinica-periodoncia-implantologia-rehabilitacion-2004
4. BLANCO, José Raúl; MEJIA, Felix Alejandro; RESTREPO, Luis Felipe. Restauración inmediata de un implante único post-extracción con presencia de una lesión radicular lateral. **CES odontol.**, Medellìn , v. 26, n. 1, p. 80-91, Jan. 2013 . Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Nov. 2024.