



**BAHIANA**  
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**NATHANE LIMA MODESTO PEREIRA**

**IMPLANTE IMEDIATO UNITÁRIO EM ÁREA ESTÉTICA:  
relato de caso**

**IMMEDIATE SINGLE IMPLANT IN THE AESTHETIC  
AREA: case report**

**SALVADOR  
2018.1**

**NATHANE LIMA MODESTO PEREIRA**

**IMPLANTE IMEDIATO UNITÁRIO EM ÁREA ESTÉTICA:  
relato de caso**

**IMMEDIATE SINGLE IMPLANT IN THE AESTHETIC  
AREA: case report**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Sandro Bittencourt Sousa

Co-Autor: CD. Gustavo Perobelli Schleinstein

**SALVADOR**

**2018.1**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço imensamente a Deus por ser meu guia e conduzir os meus passos para conclusão desse trabalho. Sem Ele, nada disso seria possível.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pela oportunidade, ambiente e profissionais que a ela estão vinculados. Em especial ao corpo docente, do curso de Odontologia, que acompanhou minha jornada proporcionando a minha evolução pessoal e profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sandro Bittencourt, e ao CD. Gustavo Perobelli, pelo suporte, confiança, atenção, paciência, cuidado e incentivo na confecção desse trabalho.

A minha família pelo amor, estímulo e apoio incondicional, em especial aos meus pais, Edvan e Gésia, meus irmãos, Edvan Júnior e João Gabriel, e minha avó materna, Nailda, por estarem sempre presentes em minha vida, me incentivando e conduzindo a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Aos amigos e colegas, que a vida me presenteou, por partilhar comigo experiências, em especial à Mirela, Daniela, Núbia, Jéssica, Náira, Daniele, Priscila, Rachel, Natacha e Rafaela pela convivência, compreensão, carinho e aprendizado.

Enfim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2. RELATO DE CASO</b>	<b>10</b>
<b>3. DISCUSSÃO</b>	<b>19</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>

**REFERÊNCIAS**

**ANEXOS 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**

**ANEXOS 2 – DIRETRIZES PARA AUTORES**

## RESUMO

O implante dentário imediato é uma opção satisfatória de tratamento para reabilitação de pacientes que apresentam dentes comprometidos em boca, devido ao reestabelecimento da estética e saúde bucal, preservando os tecidos duro e mole da área a ser reabilitada. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico no qual foi realizada reabilitação com implante imediato e provisionalização imediata, em área estética, seguindo as indicações e técnicas assentes na literatura, destacando a importância de se obter uma reabilitação oral satisfatória, com o mínimo risco de complicações, devolvendo ao paciente a sua qualidade funcional e estética. O caso refere-se a um paciente, gênero feminino, 38 anos de idade, com histórico de crepitações durante a mastigação e odor fétido, do elemento 21, no qual após exames, clínico e tomográfico, identificou-se trincas na porção radicular, com presença de fístulas e supuração, provenientes de infecções recorrentes. Após o planejamento reabilitador, foi realizada a exodontia da unidade, instalação de implante imediato, enxerto de tecido conjuntivo proveniente do palato, enxerto ósseo xenógeno e confecção da coroa provisória. A reabilitação com implante imediato em área estética é uma opção plausível, desde que os profissionais envolvidos sigam protocolos clínicos fundamentados na literatura.

**PALAVRAS-CHAVE: implante dentário, enxerto ósseo, tecido conjuntivo, estética**

## **ABSTRACT**

Immediate dental implant is a satisfactory treatment option for the rehabilitation of patients with compromised teeth in the mouth, due to reestablishment of aesthetics and oral health, preserving the hard and soft tissues of the area to be rehabilitated. The objective of this study is to present a clinical case not qualified for rehabilitation with immediate implant and fiscal provision in aesthetic area, following indications and techniques based on the literature, highlighting the importance of obtaining a satisfactory oral prescription with the minimum risk of complications, giving back to the patient your functional and aesthetic quality. The case refers to a female patient, 38 years old, with a history of crepitations during mastication and fetid odor, of element 21, without classification, clinical and tomographic exams, identifying cracks in the root portion, with presence of fistulas and suppuration, originating from recurrent infections. After the rehabilitation planning, a unit extraction was made, immediate implant placement, grafting of connective tissue from the palate, graft bone xenogene and preparation of the provisional crown, were performed. Rehabilitation with immediate implant in aesthetic area is a plausible option, provided that the professionals involved follow the clinical protocol based on the literature.

**KEY WORDS: dental Implantation, bone transplantation, connective tissue, esthetics**

## 1. INTRODUÇÃO

A concepção dos implantes dentários tem progredido bastante após pesquisas feitas por Branemark e seus colaboradores, que se iniciaram no ano de 1952. Essas pesquisas tiveram como objetivo a determinação dos limites da implantação clínica nos tecidos e a capacidade de cicatrização dos mesmos através da microscopia óptica. (1)

Anteriormente, a reabilitação dentária com a instalação de implantes só era realizada em dois momentos cirúrgicos, evitando cargas funcionais antecipadas e micro movimentações do implante na ferida cirúrgica, mas foram surgindo modificações da técnica utilizada em decorrência de requisitos, como o alto custo, tempo de tratamento, necessidade do uso da prótese para melhorar a função mastigatória, entre outros. (1,2)

Desse modo, surgiu a técnica de carga imediata, na Implantodontia, possibilitando a instalação de uma prótese provisória no mesmo momento em que é feita a extração da(s) unidade(s) condenada(s) e a colocação dos implantes. Dessa forma se reestabelece a estética e a saúde bucal do paciente, preservando os tecidos da área a ser reabilitado, em um período de tempo reduzido, o que contribui para uma boa cicatrização tecidual. (2,3)

Na Implantodontia, é necessário que haja uma conexão direta estrutural e funcional entre o tecido ósseo e o implante. Portanto, há dois tipos de estabilidade significativa para que se tenham resultados de sucesso no procedimento cirúrgico, sendo a estabilidade primária e a estabilidade secundária. A primária possui relação com o pré e trans operatório,

dependendo das características físicas e biológicas do osso, sendo essencial que haja qualidade e quantidade suficientes para firmar o implante em osso, também influenciada pelas características do implante, que atua ampliando a sua fixação no momento em que um novo osso é formado. Já a secundária ocorre no pós-operatório, após o prognóstico da primária, sendo alcançada a partir do início da osseointegração, onde há uma maior fixação do implante. (4-6)

Os implantes com carga imediata, em área estética, ajudam os pacientes a manter a autoestima elevada, pois reestabelecem a estrutura dentária que havia sido perdida, uma vez que o implante e a coroa provisória reproduzem as mesmas características dos dentes adjacentes. (2,3,11)

Para o uso da técnica da carga imediata é necessário que sejam realizados os exames e o plano de tratamento individualizado, de acordo com o diagnóstico final de cada paciente, visando um prognóstico implantológico positivo. A avaliação clínica e radiográfica do paciente abrange a sua saúde geral, qualidade e quantidade de tecido ósseo, posição do implante a ser acomodado e ao tamanho da área desdentada, que, juntos, culminam um prognóstico satisfatório, mas caso haja falha em um dos parâmetros citados acima, os resultados serão insatisfatórios. (2,3)

A satisfação do paciente com a estética após o tratamento é um critério importante para obter-se êxito, sendo que essa é a maior apreensão quando o tratamento a ser feito é na parte anterior da maxila. Devido a tal preocupação, é necessária uma avaliação criteriosa com as distintas características: níveis, contorno, cor e textura do tecido mole circundante. Portanto, o implantodontista

e o protético devem ser minuciosos, para que, por conseguinte obtenha uma estética bucal adequada e almejada tanto pelo paciente quanto para os profissionais. (2,7-9)

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico no qual foi realizada uma reabilitação com implante imediato e provisionalização imediata em área estética seguindo as indicações e técnicas assentes na literatura, destacando a importância de se obter uma reabilitação oral satisfatória, com o mínimo risco de complicações, devolvendo ao paciente a sua qualidade funcional e estética.

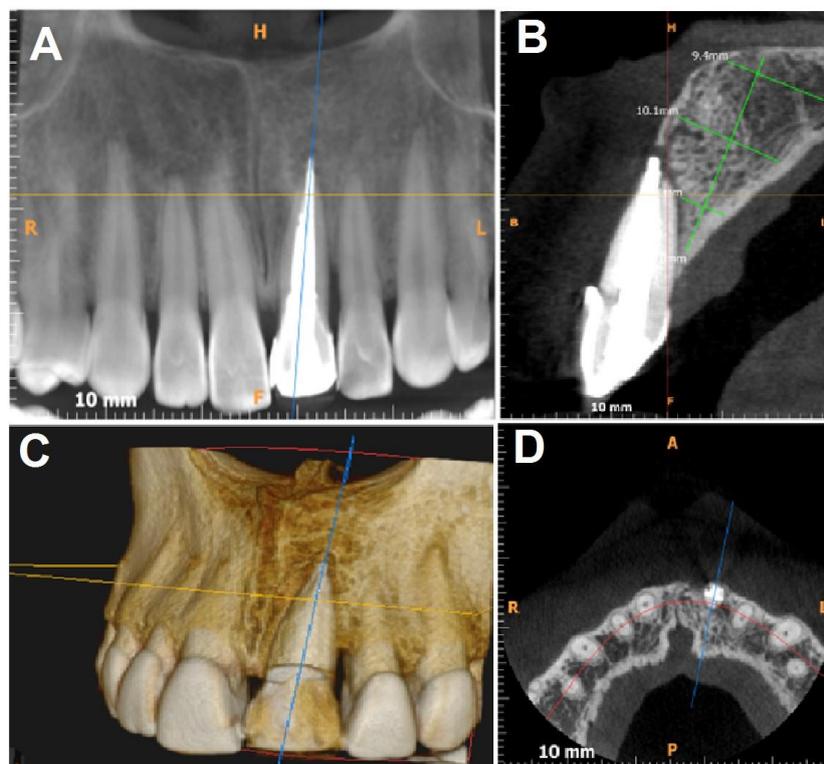
## 2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 38 anos, em bom estado de saúde geral, ASA I, compareceu ao curso de especialização em Implantodontia do Núcleo Pós-Graduação com a seguinte queixa principal: “Sinto dor e algo estranho, parecendo areia dentro do dente quando morde algum alimento e está um fedor muito forte”. A mesma referia-se à unidade 21, onde foi realizado um tratamento endodôntico há cerca de cinco anos, mas a porção radicular havia fraturado, em vários sítios, fazendo com houvesse crepitação e sintomatologia dolorosa no ato da mastigação. Após exame clínico foi constatado recessões gengivais, restaurações em amálgama e, na unidade em que foi referida a queixa, excesso de restauração de resina composta na face mesial e cervical da coroa protética, fístulas nas regiões vestibular e palatina e, supuração, via sulco gengival, comprometendo a saúde dos tecidos bucais, função mastigatória e estética da paciente (Figura 1).



**Figura 1. Aspecto clínico inicial: (A) Vista Frontal; (B) Vista Oclusal**

Devido ao grau de comprometimento da unidade, foi solicitado um exame tomográfico de feixe cônico do sextante 2 para uma avaliação com alta resolução e com campo de visão em plano tridimensional, onde foi observado que a região da unidade 21 apresentava restaurações com sobrecontorno, tratamento endodôntico com extravasamento do material obturador, hipodensidade apical, aumento do espaço do ligamento periodontal, completa reabsorção da tábua óssea vestibular e presença de defeito na crista óssea interproximal (disto-palatina), devido ao extenso período em que o tecido ósseo permaneceu em íntimo contato com as trincas radicular, sendo expostas a infecções recorrentes, impossibilitando a opção de um tratamento conservador (Figura 2).



**Figura 2. Aspecto tomográfico de feixe cônico. (A) Reconstrução Panorâmica; (B) Corte Transversal; (C) Reconstrução 3D (D); Corte Axial.**

A seguir, foi apresentada à paciente três alternativas de tratamento reabilitador, expondo as técnicas utilizadas, vantagens e desvantagens, sendo eles:

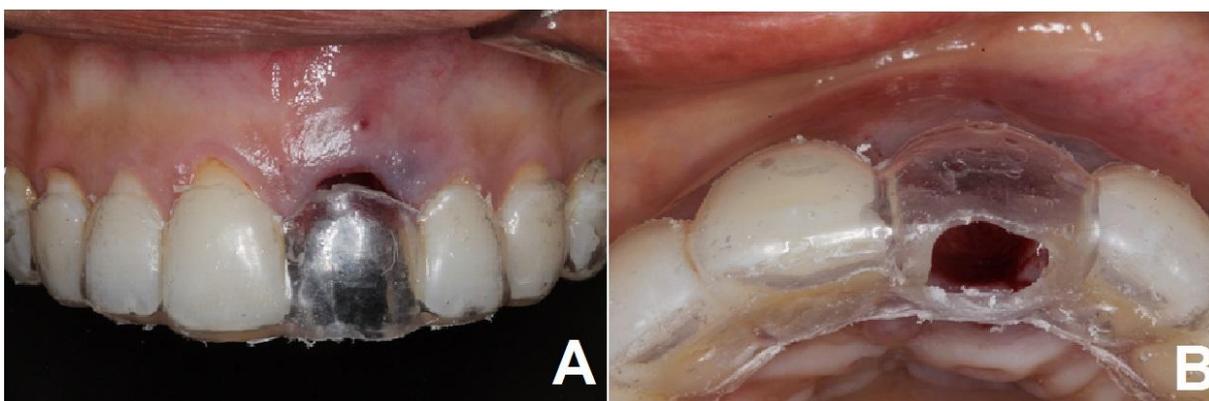
1. Exodontia da unidade 21 e instalação de implante com carga imediata, preenchimento do *gap* com enxertos de tecidos conjuntivo e ósseo, prótese provisória e, posterior, prótese final em cerâmica.
2. Exodontia da unidade 21 e confecção de uma prótese parcial removível, simulando a unidade perdida;
3. Exodontia da unidade 21 e confecção de uma prótese parcial fixa, com três elementos, simulando a unidade perdida;

Após o esclarecimento de todas as possibilidades de tratamento para a paciente, a mesma optou pela alternativa de tratamento #3.

O planejamento cirúrgico reverso da paciente foi realizado com base nas análises e considerações das condições fundamentais para que houvesse sucesso do tratamento, como quantidade e qualidade do tecido ósseo, crista óssea interproximal, avaliação da linha de sorriso, condições periodontais circundantes e adjacentes, por se tratar de área estética, que em geral, apresentaram-se favoráveis.

À vista disso, como a colocação tridimensional dos implantes é ditada pela prótese, foi realizada a confecção do guia cirúrgico, a partir das etapas de moldagem com alginato e obtenção do modelo de gesso da arcada dentária superior da paciente, considerando o posicionamento adequado da unidade dentária a ser extraída, que ainda apresentava-se em boca, e, devido a praticidade, foi realizada a técnica da plastificação a vácuo, no modelo, com

placa de acetato, de 2 mm de espessura, recortando-a com fresa de tungstênio na margem cervical dos dentes e na face palatina da unidade 21, promovendo segurança e previsibilidade para a correta instalação do implante (Figura 3).



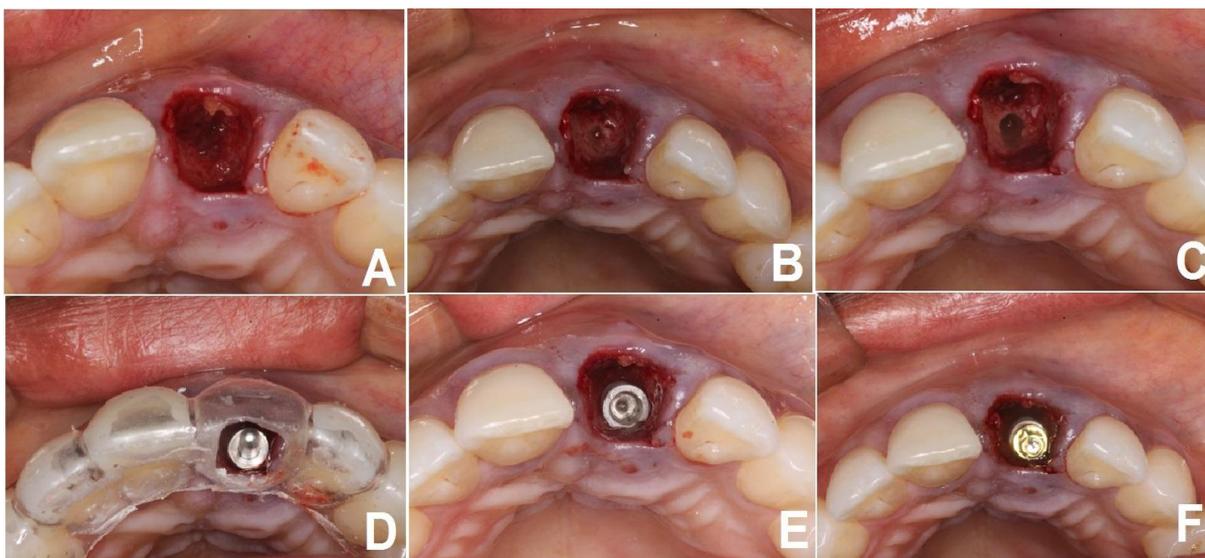
**Figura 3. Guia cirúrgico em posição. (A) Vista Frontal; (B) Vista Oclusal.**

O tratamento foi iniciado com a anestesia infiltrativa terminal da unidade 21, nervos alveolar superior anterior (infra-orbitária) e naso-palatino, com complementação nas papilas interproximais, utilizando articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL ®, Jacarepaguá, Rio de Janeiro, Brasil), incisão intrasulcular com bisturi 15C (Swann Morton ®, Sheffield, Inglaterra), sem a realização de retalhos mucoperiosteais, rompimento das fibras do ligamento periodontal com periótomo (Quinelato ®, Rio Claro, São Paulo, Brasil), luxação da unidade com alavanca reta (Golgran ®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) e exodontia minimamente traumática utilizando fórceps 01 (Golgran ®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil), com movimentações delicadas para garantir a preservação do tecido ósseo. A seguir, foi realizada a curetagem do alvéolo com Cureta de Lucas (Golgran ®, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) e a inspeção do alvéolo, com uma sonda Carolina do Norte (Quinelato

®, Rio Claro, São Paulo, Brasil), para confirmar os defeitos ósseos presentes, sendo 13 mm na cortical palatina e 15 mm na cortical vestibular (Figura 4 A).

Em seguida foi realizada a sequência de fresagem com kit cirúrgico (Strong SW ®, SIN, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil), para preparação do alvéolo cirúrgico, seguindo o protocolo convencional, utilizando a fresa lança para romper a cortical óssea, seguido da fresa helicoidal cilíndrica de 2 mm e 3 mm, respectivamente, para alargar o alvéolo e deixá-lo na profundidade correta do implante, sempre avaliando a posição ideal do implante, para a futura coroa protética, com a utilização do guia cirúrgico, indicador de posição e sonda milimetrada (Figura 4 B-D).

O implante selecionado foi o cone morse de 3,8 x 15,0 mm (Strog SW ®, SIN, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil), sendo posicionado com torque de inserção de 40 Ncm, apresentando estabilidade primária satisfatória e 5 mm de transmucoso, que corresponde a região entre a plataforma do implante e a margem gengival. Foi posicionado também um intermediário, do tipo Munhão Universal cone morse (SIN ®, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil) com 3 mm de diâmetro e 4 mm de altura, sendo parafusado ao implante com torque digital e um cilindro provisório (SIN ®, Vale do Rio Branco, São Paulo, Brasil), com o mesmo diâmetro e altura, para realizar a captura da coroa provisória (Figura 4 E-F).



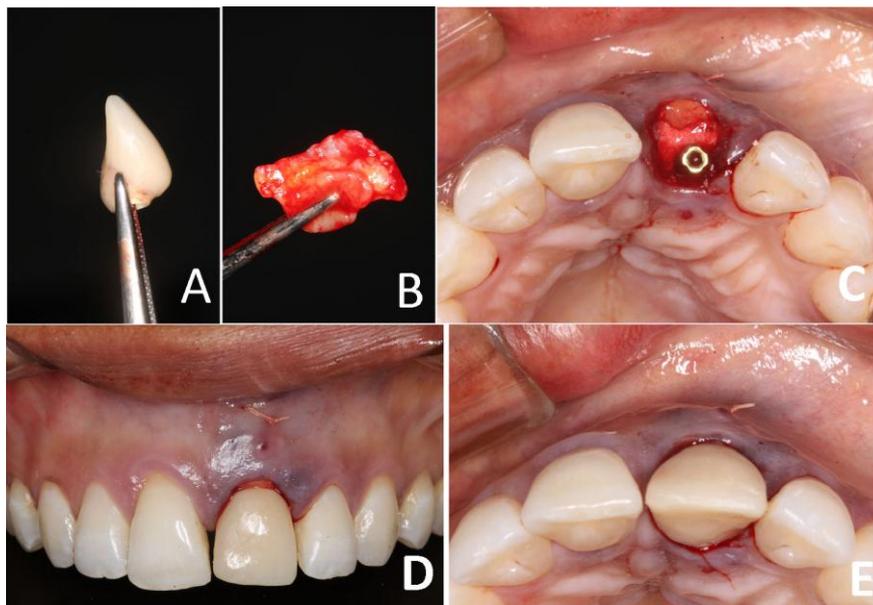
**Figura 4. Aspecto alveolar. (A) Alvéolo pós-extração; (B) Rompimento da cortical óssea; (C) Alargamento da cortical óssea; (D) Verificação do posicionamento do futuro implante; (E) Implante posicionado; (F) Implante e abutnant em posição.**

Em seguida, confeccionou-se o provisório, com a técnica direta, com dente de estoque de coloração 66 (Destac Dent Indústria Comércio Importação e Exportação de Pr ®, Pirassunga, São Paulo, Brasil), desgastando nas faces palatina e cervical com fresa de tungstênio (American Burrs ®, Palhoça, Santa Catarina, Brasil), posicionado em boca, fazendo acréscimos nas faces interproximais, palatina e cervical com resina acrílica autopolimerizável (JET ®, Clássico, Campo Limpo Paulista, São Paulo, Brasil), de coloração 66, até que se conseguiu uma anatomia e um perfil de emergência favorável, já determinado pela superfície externa do terço cervical da unidade dentária 21 que estava em posição, seguindo com o acabamento utilizando fresa de tungstênio e, polimento com polidores de acrílico (American Burrs ®, Palhoça, Santa Catarina, Brasil) de granulação grossa, média e fina, escova de pelo de cabra (American Burrs ®, Palhoça, Santa Catarina, Brasil) e vaselina sólida

(Rioquímica ®, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil) para promover um brilho superficial à coroa (Figura 5 A).

O enxerto de tecido conjuntivo foi obtido do palato duro, utilizando a técnica linear, com espessura de 3 mm, sendo posicionado entre o retalho vestibular e a tábua óssea remanescente e suturado com Vicryl 5-0 (Johnson e Johnson ®, LTDA, São José dos Campos, São Paulo, Brasil) com ponto em “U”. A seguir, o enxerto ósseo xenógeno (Bio-Oss ®, Geistlich Sons Ltd. Wolhusen, Suíça), granulação de 1-2 mm, que foi combinado com soro fisiológico e introduzido no alvéolo entre o tecido conjuntivo, a parede vestibular óssea remanescente e o implante. A partir daí, foi realizada uma sutura contínua do palato para coaptação das bordas do leito doador (Figura 5 B-C).

Por fim, a coroa provisória foi cimentada sobre o intermediário, com cimento provisório (Provicol ®, Voco do Brasil, LTDA, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil), em infra-oclusão e sem pontos de contatos com os dentes vizinhos, apresentando concavidade na região cervical com adequada adaptação marginal, seguindo a anatomia e contorno gengival já existente, respeitando o perfil de emergência com o enxerto de tecido conjunto proeminente na região vestibular, para que ocorresse a remodelação do mesmo, com o objetivo de, por conseguinte, aperfeiçoar o perfil de emergência vestibular ideal (Figura 5 D-E).



**Figura 5. Aspectos da coroa provisória e enxertos. (A) Aspecto da coroa provisória; (B) Aspecto do enxerto de tecido conjuntivo; (C) Aspecto dos enxertos conjuntivo e ósseo no *gap*; (D) Aspecto da coroa provisória cimentada em vista frontal; (E) Aspecto da coroa provisória cimentada em vista oclusal.**

Após todo o procedimento cirúrgico e protético provisório foi entregue a paciente uma prescrição medicamentosa, para uso interno, com Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas durante 7 dias, Dexametasona 4 mg de 12 em 12 horas durante 3 dias. Para controle da sintomatologia dolorosa foi recomendado o uso de codeína + paracetamol 30 mg de 6 em 6 horas por até 2 dias e, para uso externo, clorexidina 0,12% 2 vezes ao dia por 7 dias, acompanhado das instruções pós-operatórias.

Em 6 dias pós cirurgia, foi realizada a avaliação das feridas cirúrgicas onde apresentava necrose superficial do enxerto e satisfatório estado de cicatrização, removendo-se, assim, os pontos do palato. Em 14 dias já havia formação de tecido periodontal circundante, na face vestibular da coroa provisória, removendo o ponto da sutura que havia sido feita para firmar o enxerto de tecido conjuntivo. Após seis e oito meses de cirurgia, foram

realizadas novas adaptações da coroa protética provisória, com acréscimo de resina acrílica autopolimerizável, para fechar o diastema presente entre os incisivos e melhorar a acomodação da coroa protética nos tecidos, fazendo com que estes migrassem apicalmente melhorando a estética. (Figura 6 A-H) Portanto, os resultados preliminares de 8 meses evidenciaram satisfatória cicatrização e satisfação, estética e fonética, da paciente, sendo que a mesma realizou tratamento clareador na unidades dentárias.



**Figura 6. Aspecto periodontal pós-cirúrgico com satisfatória cicatrização. (A) Vista Frontal em 6 dias; (B) Vista oclusal em 6 dias; (C) Vista frontal em 14 dias; (D) Vista oclusal em 14 dias; (E) Vista frontal em 30 dias; (F) Vista oclusal em 30 dias; (G) Vista frontal sem a coroa protética provisória em 08 meses; (H) Vista oclusal em 08 meses com a coroa protética provisória.**

### 3. DISCUSSÃO

O implante imediato em área estética é a reabilitação mais indicada na Implantodontia por proporcionar a estética do paciente e a diminuição das etapas cirúrgicas. Estudos demonstram que a carga imediata possui considerável importância na manutenção dos tecidos da área reabilitada, através da coroa protética provisória, que transcreve a arquitetura gengival do dente natural que estava presente em boca, dispondo de resultados satisfatórios durante a cicatrização. (2, 3, 10)

A instalação de implantes imediatos em área estética é realizada em um plano tridimensional e, para que seja realizada tal reabilitação é necessária à realização de exames complementares (radiográfico e tomográfico) e do planejamento cirúrgico reverso, que, por sua vez, irão auxiliar e favorecer o diagnóstico e o plano de tratamento adequado. (2, 3, 11, 12) Assim sendo, no caso clínico descrito, foram realizados todos os procedimentos necessários, de acordo com as necessidades da paciente, com a finalidade de se obter o sucesso ao final do tratamento, incluindo a confecção e a utilização de guia cirúrgico durante o pré e trans operatório, delimitando o posicionamento adequado do implante e da coroa protética provisória.

A avaliação estética de implantes unitários na zona anterior é um fator importante tanto para os profissionais envolvidos no tratamento, quanto para a satisfação de cada paciente. Um estudo transversal, realizado por Genís Burgueño-Barris et al., 2016, a fim de avaliar diversos profissionais e estudantes de Odontologia, concluiu que os mesmos possuem diferenciados

métodos de avaliação, a depender da sua área de atuação, havendo maiores índices de concordância na avaliação da estética rosa e na avaliação da papila interdental. (2, 7-9, 11) Portanto, durante um tratamento reabilitador com implantes em área estética há grandes chances de divergências entre a avaliação profissional/paciente diante das expectativas de sucesso do tratamento, sendo necessário haver comum acordo entre ambos. No caso relatado, houve consenso entre a paciente e os profissionais envolvidos, o que favoreceu a satisfação estética e fonética da paciente.

Para utilização da técnica da carga imediata, na Implantodontia, principalmente em área estética, é necessário realizar extrações dentárias minimamente traumáticas, sem retalhos mucoperiosteais, para que haja máxima preservação e conservação dos tecidos circundantes, levando ao sucesso do tratamento. (11) Segundo Saund, D e Dietrich, T, 2013, durante a extração dentária é difícil evitar o trauma, pois a técnica de extração a fórceps requer a expansão alveolar, mas caso o princípio de extração vertical seja utilizado de maneira controlada e mediata não haverá trauma direto às paredes, o que proporcionaria uma extração minimamente invasiva. (13) Com relação à realização de retalhos mucoperiosteais e com base em conhecimentos fundamentados em evidência de Hämmerle CH et al., 2012, o mesmo deve ser evitado, sempre que possível, pois irá interferir no suprimento sanguíneo local, promovendo aumento do tempo cirúrgico e do período de cicatrização dos tecidos, com altas taxas de recessão gengival. (14) No caso clínico deste foram executados na paciente os procedimentos ressaltados proporcionando melhor segurança e altas taxas de sucesso do tratamento.

A reabilitação com carga imediata é realizada quando há ancoragem óssea positiva do implante e, para que isso ocorra, os profissionais podem melhorar a mesma lançando mão de técnicas cirúrgicas, como a subfresagem, sendo necessária a perfuração do alvéolo em diâmetro inferior ao do implante que será instalado, obtendo-se melhor travamento do mesmo no osso. Um estudo determinou o valor de torque de inserção mínima favorável para a instalação imediata da coroa provisória, correspondente a 32 Ncm. (11, 15, 16) No caso clínico relatado, através dos exames solicitados, foi constatada satisfatória quantidade óssea apical à unidade condenada, então a partir deste dado, foi utilizada a técnica de subfresagem, e ao mensurar o torque de inserção, com torquímetro, apresentou um valor de 40 Ncm, o que proporcionou o travamento e a estabilidade satisfatória do implante para a confecção e a instalação da coroa provisória na mesma sessão.

A paciente do caso apresentava infecções recorrentes na região da unidade 21, devido à exposição dos tecidos circundantes às fraturas e às trincas. Um estudo retrospectivo, realizado por Anitua, 2016, obteve resultados satisfatórios em reabilitação com implantes em regiões infeccionadas, indicando que a infecção não é um fator de risco para o insucesso do tratamento. Na literatura, ainda não há estudos que comprovem esse insucesso, mas, na maioria das vezes, estão relacionados ao erro do profissional, a escassez da higiene bucal e a manutenção inadequada dos tecidos. (17)

O sistema de implante escolhido para a reabilitação do caso descrito foi da SIN, cone morse, por promover melhorias e resultados satisfatórios ao longo

do tempo. Em um estudo retrospectivo, a fim de avaliar a estética de implantes cone morse instalados em área estética, foi demonstrado resultados satisfatórios com máximo índice de sucesso, pois nenhum implante instalado foi perdido e todos preencheram os critérios de avaliação de forma positiva. (18) E, em uma revisão sistemática, realizada por Schmitt et al., 2013, com o intuito de comparar os sistemas de conexão dos implantes (cônico e não cônico), foi exposto que os mesmos são comparáveis apenas em relação as taxas de sucesso da reabilitação, mas os implantes com plataforma cônica promovem uma melhor vedação, formação de microfendas e menor perda óssea marginal em torno dos implantes. (19)

O preenchimento do *gap*, ou seja, o espaço residual entre a superfície do implante e as paredes alveolares, foi planejado para manutenção e para conseguir o espessamento dos tecidos, com o objetivo de adquirir estabilidade ao decorrer do tratamento. (11) À vista disso, foi realizada a enxertia de tecido conjuntivo endógeno e de tecido ósseo xenógeno, principalmente devido à reabsorção das tábuas óssea vestibular e palatina frente à infecção local. De acordo com uma revisão sistemática realizada por Lee et al., 2015, há divergência sobre estudos relacionados ao posicionamento de enxerto conjuntivo subepitelial após colocação imediata do implante em decorrência da maioria não possuir grupo controle e ao tamanho de suas respectivas amostras, porém, com base nestes, o enxerto de tecido conjuntivo auxilia na preservação e espessamento dos tecidos moles circundantes. (20) No que diz respeito ao enxerto ósseo xenógeno, um experimento realizado com cães por Berglundh T et al., 1997, a fim de estudar e comparar a cicatrização óssea ao

redor de implantes com e sem preenchimento de mineral ósseo bovino, teve como conclusão que este possui propriedades osteocondutoras, que contribui para a osseointegração, fazendo com que esse material seja incorporado e substituído por tecido ósseo após certo período de cicatrização. (21) Portanto, o preenchimento do *gap* com enxerto ósseo xenógeno bovino é favorável e contribui na manutenção tecidual.

A prótese provisória, que é posicionada na mesma sessão, deve refletir estética e fonação favorável ao paciente, podendo ser confeccionada utilizando a técnica direta ou indireta e ser retida por cimentação ou parafusos. A prótese deve estabelecer um perfil de emergência natural do tecido gengival, sendo côncavo na região cervical, sem comprimir as papilas, respeitando a anatomia da região. (11, 22) A prótese do caso descrito, foi utilizada a técnica direta, com faceta pré-fabricada, sendo retida por cimentação por não alterar a anatomia oclusão e promover melhor vedamento na região.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em vista dos argumentos apresentados, a reabilitação com implantes dentários imediato em área estética, utilizando a técnica da carga imediata e técnicas de enxertia com tecido conjuntivo e tecido ósseo, é uma opção plausível que apresenta resultados satisfatórios, desde que o paciente apresente qualidade e quantidade óssea suficiente para firmar o implante no osso e que o profissional siga o protocolo clínico fundamentado na literatura.

## REFERÊNCIAS

1. Branemark, PI. Osseointegration and its experimental background. *J. Prost. Dent.* 1983; 50 (3): 399-410.
2. Sendyk WR, Sendyk CL, Gastaldo JF, Gomes MH. Carga imediata em implantodontia. In: Tunes UR, Dourado M, Bittencourt S. *Avanços em periodontia e implantodontia: Paradigmas e desafios.* São Paulo. Editora Napoleão, 2011; 192-213.
3. Joshi V, Gupta S. Immediate implant placement in anterior aesthetic region and assessment using cone-beam computed tomography scan technology. *J Int Oral Health.* 2015; 7 (2): 99-102.
4. Farré-Pagès N, Augé-Castro ML, Alaejos-Algarra F, Marreque-Bueno J, Ferrés-Padró E, Hernández-Alfaro F. Relation between bone density and primary implant stability. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16 (1): e62-7.
5. Gómez-Polo M, Ortega R, Gómez-Polo C, Martín C, Celemín A, Río J. Does length, diameter, or bone quality affect primary and secondary stability in self-tapping dental implants?. *J Oral Maxillofac Surg.* 2016; 74: 1344-53.
6. Meredith N, Book K, Friberg B, Jemt T, Sennerby L. Resonance frequency measurements of implant stability in vivo: A cross-sectional and longitudinal study of resonance frequency measurements on implants in the edentulous and partially dentate maxilla. *Clin Oral Impl Res.* 1997; 8: 226-33.
7. Chang M, Odman PA, Wennström JL, Odman P, Andersson B. Implant supported single-tooth replacement compared to contralateral natural teeth. Grown and soft tissue dimensions. *Clin Oral Implants Res.* 1999; 10 (3): 185-94.
8. Suphanantachat S, Thovanich K, Nisapakultorn K. The influence of peri-implant mucosal level on the satisfaction with anterior maxillary implants. *Clin. Oral Impl. Res.* 2012; 23: 1075–81.

9. Burgueño-Barris G, Cortés-Acha B, Figueiredo R, Valmaseda-Castellón E. Aesthetic perception of single implants placed in the anterior zone. A cross-sectional study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016; 21 (4): e488-93.
10. Saito H, Chu SJ, Reynolds MA, Tarnow DP. Provisional restorations used in immediate implant placement provide a platform to promote Peri-implant soft tissue healing: a pilot study. In *J Periodontics Restorative Dent*. 2016; 36 (1): 47-52.
11. Kan JYK, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Wang HL, Testori T. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. *Periodontol 2000*. 2018; 77 (1): 197-2012.
12. Dias MLP, Magrin GL, Bez LV, Benfatti CAM, Volpato CAM. Uso de guias no planejamento de prótese sobre implantes. *Full Dent Sci*. 2016; 7 (26): 74-82.
13. Saund D, Dietrich T. Minimally invasive tooth extraction: doorknobs and strings revisited. *Dent Update*. 2013; 40 (4): 325-6, 328-30.
14. Hammerle CHF, Araujo MG, Simion M, Araujo MG. Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets. *Clin Oral Implant Res*. 2012; 23 (5): 80-2.
15. Friberg B, Ekstube A, Mellstrom D, Sennerby L. Branemark implants and osteoporosis: a clinical exploratory study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2001; 3 (1): 50-6.
16. Javed F, Ahmed HB, Crespi R, Romanos GE. Role of primary stability for successful osseointegration of dental implants: factors of influence and evaluation. *Interv Med Appl Sci*. 2013;5 (4): 162-7.
17. Anitua E, Piñas L, Alkhraisat MH. Long-term outcomes of immediate implant placement into infected sockets in association with immediate loading: a retrospective cohort study. *J Periodontology*. 2016; 87 (10): 1135-40.

18. Mangano F, Mangano C, Ricci M, Sammons RL, Shibli JA, Piattelli A. Single-tooth morse taper connection implants placed in fresh extraction sockets of the anterior maxilla: an aesthetic evaluation. *Clin Oral Impl Res.* 2011; 23 (11): 1302-7.
19. Schmitt CM, Nogueira-Filho G, Tenenbaum HC, Lai JY, Brito C, Doring H, Nonhoff J. Performace of conical abutmant (morse taper) connection implants: a systematic review. *J Biomed Mater Res A.* 2014; 10 (2): 552-74.
20. Lee CT, Tao CY, Stoupl J. The effect of subepithelial connective tissue graft placement on esthetic outcomes after immediate implant placement: systematic review. *J Periodontol.* 2016; 87 (2): 156-67.
21. Berglunth T, Lendhe J. Healing around implant placed in bone defects treated with Bio-Oss. An experimental study in the dog. *Clin Oral Impl Res.* 1997; 8: 117-24.
22. Cardoso AC, Adriani Júnior W, Vasconcellos DK, Souza DC. Próteses provisórias. In: Cardoso AC, Adriani Júnior W, Vasconcellos DK, Souza DC. O passo a passo da prótese sobre implante da 2ª etapa cirúrgica à reabilitação final. São Paulo. Editora Santos. 2005; 67-102.

# ANEXO 1

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PRONTUÁRIO NO: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Nome: Renata dos Santos  
Data Nascimento: 12/10/78 Idade 38 a 11m Gênero: ( ) M (X) F  
Naturalidade: Salvador Estado: BA Nacionalidade: Brasileira  
Endereço: Rua Fransessa Assis nº 110 Bairro: Federação  
Cidade: Salvador Estado: BA Tel: (71) 98666924  
Responsável: \_\_\_\_\_ RG: 0828506906

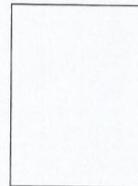
### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Especialização de Implantodontia do Núcleo para intermédio de seus professores e alunos, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da especialidade.

Concordo também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, dados do prontuário, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, permaneçam sob guarda desta Instituição, à qual dou plenos direitos de uso para quaisquer fins de ensino, apresentações científicas e de divulgação em palestras, cursos, livros, jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, respeitando os respectivos códigos de ética.

Salvador, 16 de setembro de 20 17

Renata dos Santos  
Assinatura do responsável



## ANEXO 2

### DIRETRIZES PARA AUTORES

#### INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço duplo e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

#### ESTRUTURA DO MANUSCRITO

##### 1. Página de rosto

1.1 Títulos: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor (es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autores para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflitos de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

##### 2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumos: máximo de 200 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

##### 3. Texto

3.1 Artigos original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço duplo, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. J Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço duplo na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*, †, ‡, §, ||, \*\*, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL