



Instalação de implante dentário imediato após exodontia: relato de caso clínico

Douglas do Carmo Miranda ¹, Maylon Luciano Garcia Barbosa ², Daiany de Mendonça Silva ³, Sabrina Quirido Affonso ⁴, Eduardo Fernandes Valério ⁵, Lívia Prates Soares ⁶, Felipe da Silva Peralta ⁷, Andressa Ferreira Martins ⁸, Breno Peres Altino ⁹, Camila Aguillar Gonçalves ¹⁰, Caroline Lemos Araújo Deveras Guimarães ¹¹, Thimóteo de Almeida Barbosa ¹²

RELATO DE CASO

RESUMO

A perda de um dente pode provocar grande desconforto, tanto estético quanto funcional. Entres as soluções para estes problemas há a implantodontia, que supre a falta do dente natural perdido por meio de um implante. Atualmente, os cirurgiões dentistas têm utilizado muito a técnica de carga imediata, após extração do elemento dentário comprometido. O presente artigo tem como objetivo relatar um caso clínico em que o elemento dentário 25, foi extraído, seguido da imediata instalação de implante. Verificou-se que a instalação do implante, quando seguido adequadamente o protocolo, traz aos pacientes melhor qualidade de vida proporcionando melhoria estética e de funcionalidade.

Palavras-chave: Implantodontia. Carga Imediata. Qualidade de vida



Immediate implant placement after tooth extraction: case report

ABSTRACT

The loss of a tooth can cause great discomfort, both aesthetic and functional. Among the solutions to these problems there is implant dentistry, which makes up for the lack of natural teeth lost through an implant. Currently, dentists have been using the immediate loading technique a lot, after extraction of the compromised tooth. This article aims to report a clinical case in which dental element 25 was extracted, followed by immediate implant installation. It was found that the installation of the implant, when properly followed the protocol, provides patients with a better quality of life, providing aesthetic and functional improvements.

Keywords: Implantology. Immediate Charge. Quality of life

Instituição afiliada – Faculdade Morgana Potrich, Mineiros-Go 1, Centro Universitário do Planalto Central Aparecida dos Santos, Brasil 2, Faculdade União de Goyazes, Brasil 3, , Centro Universitário do Planalto Central Aparecida dos Santos, Brasil 4, , Centro Universitário do Planalto Central Aparecida dos Santos, Brasil 5, Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil 6, Universidade de Taubaté, UNITAU 7, Universidade Paulista , Brasil 8, Universidade do Sagrado Coração Brasil 9, Centro Universitário de Rio Preto, UNIRP 10, Universidade UNIME 11, Universidade Federal do Pará, Brasil 12

Dados da publicação: Artigo recebido em 26 de Junho e publicado em 16 de Agosto de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2487-2500>

Autor correspondente: *Daiany de Mendonça Silva* daiany.m.s14@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As cáries e afecções periodontais são as principais causas de perdas de dentes, ocasionando diversos problemas estéticos e funcionais para a saúde bucal, fazendo-se necessário o uso de recursos capazes de corrigir estes transtornos¹.

Ao longo dos anos a implantodontia evoluiu significativamente com o surgimento de novas técnicas cirúrgicas, maior conhecimento biológico dos tecidos bucais, aumento da qualidade do desenho e da superfície dos implantes e com a elaboração de protocolos bem definidos que dão suporte para colocação dos implantes de forma mais rápida e confortável².

O implante dentário de carga imediata consiste na utilização de uma técnica que permite a fixação de uma prótese dentária sobre um implante imediatamente após a extração dentária, sem que seja necessário esperar a cicatrização completa da região mandibular, reduzindo, assim, número de intervenções cirúrgicas, diminuição do tempo de cicatrização e manutenção adequada da arquitetura alveolar³.

No entanto, em alguns casos, esta técnica pode implicar em algumas dificuldades, como exemplo as regiões molares, pois os alvéolos podem não estar aptos ao recebimento do implante imediato. Assim, para que o procedimento de carga imediata seja satisfatório é necessário que a extração seja realizada de forma minimamente traumática, com preservação do retalho gengival, afim de preservar a cortical óssea⁴.

Além de preservar o volume tecidual, é fundamental selecionar adequadamente o implante utilizado, e avaliar devidamente o posicionamento tridimensional. Desta forma, o tratamento realizado deve ter todas as suas etapas planejadas, sem ignorar nenhum aspecto que possa interferir no procedimento, com o intuito de maximizar o resultado e limitar possíveis perdas⁵.

O objetivo deste artigo foi relatar um caso clínico em que o elemento dentário 25, foi extraído, seguido da imediata instalação de implante.

RELATO DE CASO

Paciente D.F.V., 41 anos, sexo feminino, não fumante, chegou ao consultório odontológico queixando-se de dor e mal cheiro e acúmulo de alimento no elemento 25. Foram realizados exame radiográfico periapical e exame clínico.



Figura 1 – Radiografia do elemento 25

Dentre os principais achados estão mobilidade do elemento 25, fratura longitudinal de coroa e raiz e inflamação gengival conforme apresentado no exame radiográfico da figura 1. Diante do quadro de inflamação encontrado foi receitado à paciente Amoxicilina 875mg + 125 mg de clavulanato de potássio de 12 em 12 horas por

3 dias antes do procedimento cirúrgico. 1 hora antes da cirurgia 2 comprimidos de dexametasona 4mg antes do procedimento cirúrgico. Para o dia da cirurgia foram receitados Ibuprofeno 300mg de 12 em 12 horas e Toragesic 10mg sublingual de 6 em 6 horas.



Figura 2 - Anestesia



Figura 3a – Descolamento platino



Figura 3b – Descolamento platino



Figura 4a – Extração do elemento 25



Figura 4b – Extração do elemento 25



Figura 5 – Odonto secção da raiz



Figura 6 – Remoção da raiz do elemento 25



Figura 6 – Curetagem do alvéolo

Sob anestesia local (fig. 2), a cirurgia iniciou-se com o deslocamento e extração do elemento 25, (fig. 3 e 4) de forma mais atraumática possível. É feita uma incisão ao nível do rebordo alveolar para a realização da odonto secção e remoção da raiz do elemento 25 (figs. 5 e 6). Descolada a incisão, inicia-se a curetagem e a limpeza do alvéolo pós-extração (Figura 6).

Antes de iniciar o sistema de perfuração, bem como a colocação do implante, deve-se realizar uma curetagem minuciosa e limpeza do alvéolo pós-extração para remover qualquer tecido ou processo apical. Muitas vezes é necessário recorrer a técnicas de regeneração óssea e colocação de membranas.

Após a extração do elemento 25, avaliou-se qual o melhor material a ser utilizado na implantodontia, conforme apresentado nas figuras 7 e 8 a seguir.



Figura 7a - Pilar Ideale Cone Morse 3.3x4x1.5



Figura 7b - Pilar Ideale Cone Morse 3.3x4x1.5



Figura 7b - Pilar Ideale Cone Morse 3.3x4x1.5



Figura 8a - Coifa Titânio Pilar Ideale Cone Morse AR 3.3X4



Figura 8b - Coifa Titânio Pilar Ideale Cone Morse AR 3.3X4

O desenho macro e microscópico do implante é extremamente importante em situações de implantes complexos com comprometimento ósseo. A macroscopia pode fornecer estabilidade primária do implante, enquanto a microscopia do implante favorece a osseointegração⁷. O diâmetro do implante influencia diretamente na sua estabilidade primária. Neste procedimento utilizou-se um pilar Ideale Cone Morse 3.3X4X1,5 e uma coifa Titânio Pilar Ideale Cone Morse AR 3.3X4 e um implante CM 4.0X11.

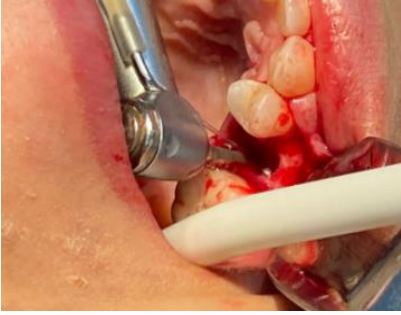


Figura 9a – Perfuração do alvéolo com broca 3.0



Figura 9b – Perfuração do alvéolo com broca 3.0



Figura 10 – Inserção do Implante CM 4.0X11



Figura 11 – Inserção do Pilar Ideale



Figura 12 - Inserção do implante de carga imediata com torque de 60 Ncm.kkjmb

O protocolo de perfuração do alvéolo é realizada com a utilização de uma broca 3.0 (fig. 9) e um implante CM 4.0X11mm é colocado ao nível do dente nº 25 (fig. 10) na face palatina do alvéolo, evitando danos à crista óssea vestibular. A plataforma do implante foi localizada a uma profundidade de 4 mm das faces vestibular e cervical da futura coroa clínica, a fim de obter um perfil de emergência adequado. Do ponto de vista vestibulo-palatino, o implante de dente sem margem gengival que pudesse comprometer esteticamente os resultados. É aplicado um torque de 60 Ncm (Figura 11 e 12).

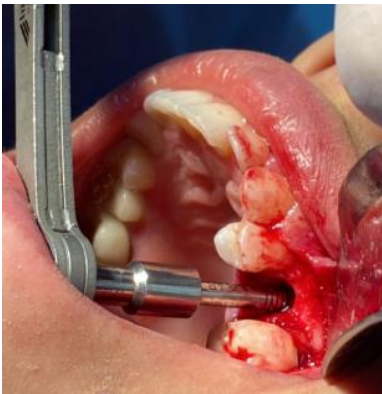


Figura 13 – Túnel Check



Figura 14- Implante Instalado



Figura 15 – Instalação do Mini Pilar com torque de 30 Ncm.



Figura 16 - Espaço protético da coifa Titanium para provisório.

Após a realização da checagem do túnel e instalação do implante foi colocado um mini pilar com um binário de 30 Ncm (fig. 13, 14 e 15). Uma vez alcançada a estabilidade primária dos implantes, o processo de carga começa com a colocação dos pilares de carga imediata de titânio (fig. 16)



Figura 17a – Confecção e instalação do provisório



Figura 17b – Confecção e instalação do provisório



Figura 17c – Confecção e instalação do provisório



Figura 17d – Confecção e instalação do provisório



Figura 18a – Provisório instalado



Figura 18b – Provisório instalado

Uma vez colocados os pilares com o torque recomendado, procede-se à respectiva escultura e carrega-se imediatamente os implantes com uma restauração fixa provisória (Fig. 17 e 18).

Após o procedimento cirúrgico foi receitado à paciente 2 comprimidos de dexametasona 4mg a serem tomados no dia seguinte e Perioplak 0,12%, fazer bochecho após 7 dias.

Os cuidados pós-operatórios consistiram em bochechos com Perioplak 0,12%, fazer bochecho após 7 dias. Foi prescrito 2 comprimidos de dexametasona 4mg a serem tomados no dia seguinte e ibuprofeno 400 mg de 12 em 12 horas por três dias.

Na área tratada cirurgicamente, após duas semanas, foi retomada a escovação dental convencional. Os controles pós-operatórios foram realizados duas semanas após o evento cirúrgico. Visitas mensais serão observadas por 6 meses.

DISCUSSÃO

O protocolo para implantes de carga imediata depende da estabilidade primária ideal com excelente qualidade e quantidade óssea podendo alcançar uma alta taxa de sucesso⁸.

Após um exame cuidadoso, a temporização pode ser realizada 24 horas após a colocação do implante, preservando os contornos gengivais e, portanto, um melhor perfil de emergência. A restauração final deve ser realizada três meses após a colocação do implante⁹.

A implantação imediata pode ser realizada na extração de dentes com lesões apicais crônicas que provavelmente não melhorarão com tratamento endodôntico e cirurgia apical, contudo existência de processo inflamatório periapical agudo constitui contraindicação absoluta ao implante imediato¹⁰.

A inserção de implantes imediatos entre 3 e 5 mm acima do ápice e o uso de um

implante com diâmetro maior que o do alvéolo de extração proporcionam estabilidade primária suficiente - sendo este último um requisito essencial para o sucesso do tratamento⁶.

Dentre as vantagens da utilização do implante imediato está no fato da reabsorção do processo alveolar pós-extração ser reduzida, proporcionando assim melhores resultados funcionais e estéticos².

Destaca-se que a diminuição do tempo de tratamento, a colocação imediata do implante reduz a necessidade de esperar entre 6 a 9 meses para que ocorra a cicatrização e neoformação óssea do leito alvéolo. A aceitação dessa vantagem pelo paciente é boa e o estresse psicológico é evitado ao suprimir a necessidade de repetir a cirurgia para implantação, ao mesmo tempo em que reduzem a reabsorção óssea do alvéolo⁵.

A preservação do componente cortical vestibular permite a colocação precisa do implante, melhora o perfil de emergência da prótese e, além disso, preserva a morfologia dos tecidos moles peri-implantares, proporcionando assim melhor desempenho estético-protético⁹.

É importante esclarecer que a patologia periapical crônica não é contraindicação para implantação imediata, desde que o procedimento seja realizado sob cobertura antibiótica adequada, com curetagem cuidadosa do leito ósseo¹¹.

Embora o fechamento primário da ferida após a colocação imediata do implante seja amplamente considerado desejável, alguns autores não o consideram de grande relevância⁷.

CONCLUSÃO

A colocação de implante imediata após a exodontia permite uma taxa de sucesso significativa, que pode ser maior do que a técnica clássica de colocação em um local edêntulo cicatrizado. As vantagens da colocação imediata de um implante em um local de extração são inúmeras, pois permite limitar a reabsorção pós-extração, ter na maioria dos casos o volume ósseo necessário para colocar um implante e obter um resultado estético satisfatório - especialmente no nível anterior à maxila - localizando a zona de emergência cervical do implante ao mesmo nivelado com os dentes adjacentes.

A literatura mostra que essa técnica pode levar a uma consolidação óssea mais rápida, o que pode ser explicado pela vascularização causada pela extração, pela abertura dos espaços medulares e pelo menor aquecimento da perfuração. Finalmente, traz uma vantagem psicológica pela substituição imediata de um dente perdido, sem prolongar desnecessariamente a duração total do tratamento.

No entanto, o procedimento descrito neste artigo também envolve riscos. O resultado pode ser afetado por erros de diagnóstico, indicação e execução.

Se a indicação estiver bem estabelecida, a simplicidade da técnica de colocação imediata de um implante em local de extração deve fazer com que se considere essa possibilidade diante da indicação de extração na prática diária.

As vantagens descritas e os resultados positivos obtidos apoiam a utilização desta técnica, associada à sistemática de colocação de um material substituto ósseo

para preencher as lacunas peri-implantares conferindo confiabilidade e reprodutibilidade.

A colocação imediata de um implante após a extração é uma técnica cirúrgica avançada em cirurgia reconstrutiva para obter um ambiente ósseo favorável em torno de um implante estável com excelente prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Neto UGG, Araújo Barcelar SM. Implantes dentários com superfície tratada: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 1, n. 4, p. 69-83, 2019.
2. Mozzi KKS. Implantes com carga imediata: revisão de literatura. *J Multidiscipl Dent*. 2020; 10(3):64-8.
3. Rodrigues ML, Costa MDMA, Diretrich L. Implantes unitários com carga imediata: possibilidade de reabilitação oral e estética: uma revisão de literatura. *Res., Soc. Dev.* 2017; 10(11):1-15.
4. Pienegonda IR. Implantes imediatos com carga imediata após extração dentária (trabalho de conclusão de curso). Guarapuava: Centro Universitário Uniguiracá. Paraná. 2021, 28p.
5. Silva LMN, Araújo TN, Farias IPS, Cavalcanti YW, Rocha JF, Freire JCP, Dias-Ribeiro E. Implante com estética imediata em região anterior da maxila: relato de caso. *Rev. de Odon. da Universidade Cidade de São Paulo*. 2019; 30(3):323-31.
6. CRESPI, Roberto et al. Immediate implant placement in sockets with asymptomatic apical periodontitis. *Clinical implant dentistry and related research*, v. 19, n. 1, p. 20-27, 2017.
7. Silva LS; Rodrigues F, Pamato S, Pereira JR. Tratamento de superfície em implantes dentários: uma revisão de literatura. *RFO UPF*. 2016; 21(1).
8. Verissimo, AH. Reabilitação oral com implante e carga imediata unitária por cirurgia guiada: relato de caso. *Research, Society and Development*. 2021. 10(1):1-11.
9. Lima RSP, Lima GSP, Torres CVGR, Pimentel AC, Sendyk WR, Marão HF. Implante unitário com função imediata após extração: relato de caso. *Research, Society and Development*. 2021; 10(16).
10. Zhully CV. O implante imediato no setor anterior (trabalho de conclusão de curso). *Especialização em implantodontia FACSET*. Sete Lagoas, Minas Gerais. 2021.
11. Cunha BS, Pinto FS, Monteiro RV, Cossatis JJ. A viabilidade de implantes imediatos em área infectada: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*.



Health Sciences. 2023; 5(3):766-779.