



## ***Implante Imediato com Provisionalização na Zona Estética com Margem Gengival Alterada: Relato de Caso***

Franciele Franco Moura <sup>1</sup>, Maria Taywri Almeida costa <sup>2</sup> Vilmar Santos de Almeida<sup>3</sup>, Raphael Carvalho e Silva<sup>4</sup>, Mauro Luiz Travessa de Barros<sup>5</sup>, Francisco Amadis Batista Ferreira<sup>6</sup>, José da silva júnior<sup>7</sup>



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p72-90>

Artigo publicado em 01 de Fevereiro de 2025

### RELATO DE CASO

#### **RESUMO**

O implante imediato associado à provisionalização em dentes anteriores da maxila tem se destacado por preservar o perfil gengival e a arquitetura óssea peri-implantar. Este estudo tem como objetivo descrever um relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 44 anos, cuja principal queixa era a insatisfação estética relacionada a um dente anterior com recessão gengival, apresentando um desnível de 3 mm no zênite gengival em relação ao dente adjacente. Foi realizada exodontia minimamente traumática seguida de colocação de implante imediato e provisionalização com carga imediata. Apesar de complicações durante o período transitório, a abordagem imediata demonstrou ser essencial para o condicionamento tecidual e a redução da recessão gengival, resultando em uma reabilitação bem-sucedida tanto do ponto de vista estético quanto funcional.

**Palavras-chave:** Implantes Dentários, Carga Imediata, Recessão Gengival.

## ***Immediate Implant with Provisionalization in the Aesthetic Zone with Altered Gingival Margin: Case Report***

### **ABSTRACT**

Immediate implant placement associated with provisionalization in maxillary anterior teeth has been shown to preserve the gingival profile and peri-implant bone architecture. This study aims to describe a case report of a 44-year-old female patient whose main complaint was aesthetic dissatisfaction related to an anterior tooth with gingival recession, presenting a 3 mm gap at the gingival zenith in relation to the adjacent tooth. Minimally traumatic extraction was performed followed by immediate implant placement and provisionalization with immediate loading. Despite complications during the transitional period, the immediate approach proved to be essential for tissue conditioning and reduction of gingival recession, resulting in successful rehabilitation from both an aesthetic and functional point of view.

**Keywords:** Dental Implants, Immediate Loading, Gingival Recession.

1. **Instituição afiliada** – Faculdade Faipe<sup>1</sup>; Universidade da Amazônia<sup>2</sup>; Universidade Estadual do Amazonas<sup>3</sup>; <sup>4,5</sup>Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto; <sup>6</sup>Federal University of Amazonas; <sup>7</sup>São Leopoldo Mandic.

**Autor correspondente:** Nome do autor que submeteu o artigo [taywrialmeida12@gmail.com](mailto:taywrialmeida12@gmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **INTRODUÇÃO**

A implantodontia tem evoluído com o objetivo de simplificar os procedimentos clínicos e reduzir o tempo de tratamento<sup>1</sup>. Nesse contexto, o implante imediato com provisionalização em região anterior da maxila é amplamente utilizado, apresentando vantagens como preservação do perfil gengival, das papilas interproximais e da arquitetura óssea peri-implantar, além de eliminar a necessidade de próteses provisórias removíveis e reduzir o número de intervenções cirúrgicas<sup>2</sup>.

A perda de dentes anteriores pode impactar negativamente aspectos estéticos, funcionais e psicossociais<sup>23</sup>. Evidências indicam que o implante imediato e a provisionalização proporcionam resultados previsíveis e taxas de sucesso elevadas, desde que critérios biológicos, como estabilidade primária e integridade dos tecidos remanescentes, sejam observados<sup>3,22</sup>.

Alterações dimensionais inevitáveis pós-extração, como reabsorção óssea e perda de ligamento periodontal, podem ser minimizadas com técnicas imediatas, incluindo preservação alveolar e uso de enxertos ósseos associados a membranas de barreira<sup>4</sup>. Em regiões estéticas, a integridade dos tecidos moles, particularmente a largura da mucosa queratinizada e a posição do zênite gengival, é fundamental para o sucesso do tratamento<sup>5</sup>.

O manejo do perfil de emergência e da margem gengival durante a provisionalização é determinante para resultados estéticos satisfatórios. A confecção do provisório deve respeitar requisitos biológicos e funcionais, promovendo condicionamento tecidual e estética imediata<sup>6,21</sup>.

Diante dessas premissas, o presente relato de caso descreve a instalação imediata de implante com provisionalização em região anterior com margem gengival alterada, destacando sua contribuição para a preservação tecidual, redução da recessão gengival e obtenção de resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

## **RELATO DE CASO**

A paciente S.P.M.B., 44 anos, sexo feminino, procurou o Instituto RC de Pós-Graduação em Odontologia com queixa principal de insatisfação estética relacionada ao dente anterior. Durante a anamnese, não foram identificadas doenças sistêmicas, alergias ou condições que pudessem interferir no tratamento. A paciente também não relatou sintomatologia dolorosa.

No exame clínico, constatou-se a presença de uma coroa total no elemento 11, associada à recessão gengival com diferença de 3 mm no zênite gengival em relação ao dente adjacente, além de inclinação vestibular do referido elemento. O exame radiográfico revelou tratamento endodôntico prévio, presença de pino metálico fundido, coroa total e uma imagem radiolúcida na mesial, sugestiva de perda óssea. Foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico da região da maxila. Em que laudo tomográfico confirmou fratura horizontal no terço médio da raiz do elemento 11 e evidenciou a extensão da perda óssea na mesial do dente.



**Figura 1** : Fotografia intraoral vista frontal e vista lateral esquerda.



**Figura 2** : Fotografia oclusal superior evidenciando a inclinação do elemento 11 para a vestibular e Mensuração do zênite gengival com auxílio de uma sonda milimetrada Carolina do Norte.



**Figura 3**: Radiografia panorâmica e Tomografia computadorizada *cone beam*, mostrando a dimensão da perda óssea.

Após o exame clínico e de imagem, foi estabelecido como plano de tratamento a exodontia minimamente traumática do elemento 11, instalação de implante dentário imediato, e enxertia com *sticky bone* e membrana de L-PRF, como também provisionalização com carga imediata em infraoclusão.

O planejamento cirúrgico foi realizado utilizando o software **Blue Sky Plan**<sup>®</sup> (Blue Sky Bio, Chicago, USA). A análise tomográfica indicou que, após a extração do elemento 11, permaneceria um remanescente ósseo apical de 10 mm. Com base nessa avaliação, foi definido o uso de um implante do tipo cone morse, com diâmetro de 3,5 mm e altura de 13 mm, posicionado preferencialmente na região palatina. O planejamento também

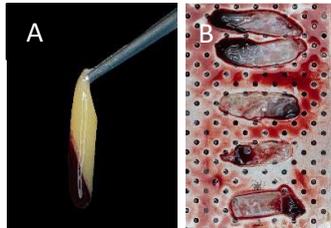
incluiu a confecção de um guia provisório em posição de captura, baseado em enceramento diagnóstico garantindo precisão no posicionamento do implante.



**Figura 4:** Enceramento diagnóstico dos elementos 11, 21, 22 e 24; (b) Provisório em posição de captura, com indexação proximal.

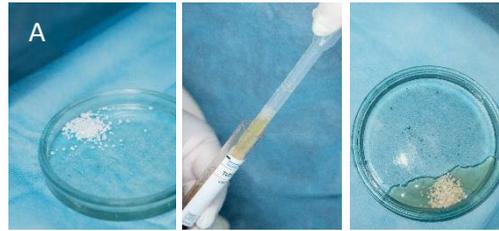


**Figura 5:** (A) Elemento 11 com 10 mm de raiz inserida ao osso, e 10.12 mm de remanescente ósseo apical; (b) Planejamento tridimensional da posição do implante utilizando o software Blue Sky Plan®. Implante com 3.5 mm de diâmetro e 13 mm de altura, sendo 2 mm intraósseo; (c) Posição do implante voltada para palatina, com a saída do parafuso em região de cingulo.



**Figura 6:** (a) Coágulo de fibrina, fase polimérica; (b) Membranas de L-PRF no estojo FibrinBox .

Antes da cirurgia, foi adotado um protocolo medicamentoso que incluiu a administração de amoxicilina 500 mg – 1 g por via oral e Diprosan 5 mg/ml + 2 mg/ml por via intramuscular, ambos uma hora antes do procedimento. Para a preparação dos biomateriais, realizou-se punção venosa com a coleta de oito tubos de 9 ml cada (Vacuette®, Greiner Bio-One, Áustria), sendo seis tubos com ativador de coagulação para obtenção do L-PRF e dois tubos sem ativador para o i-PRF. Os tubos foram centrifugados no equipamento Fibrinfuge 25® (Montserrat, São Paulo, Brasil), utilizando protocolo de 18.000 rpm por 10 minutos. O L-PRF, em fase polimérica, foi desidratado sobre grade perfurada no estojo FibrinBox® para formação das membranas. Para o preparo do sticky bone, o enxerto ósseo xenógeno Bio-Oss® (Geistlich, Suíça) foi disposto em uma placa de Petri e combinado ao i-PRF em fase monomérica, promovendo a aglutinação dos biomateriais e formando uma matriz coesa e manipulável.

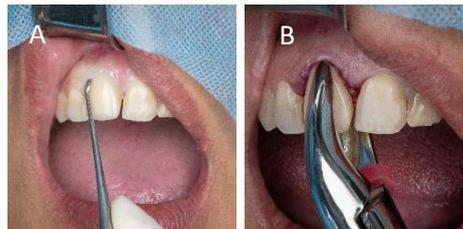


**Figura 7:** Biomaterial particulado; (b) Fibrina em fase líquida, fase monomérica, com detalhe na pipetagem e captura do pelet leucoplaquetário; (c) Aplicação da fibrina em fase líquida sobre o biomaterial particulado para confecção do *Sticky bone*.



**Figura 8:** Biomaterial particulado mineralizado em matriz de fibrina.

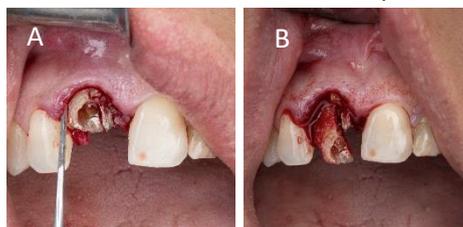
Para a realização da cirurgia, foi efetuada a antisepsia extra e intraoral com clorexidina 2% e 0,12%, respectivamente, seguida de anestesia local utilizando Articaína 4% com Epinefrina 1:100.000, com bloqueio do nervo alveolar superior anterior, nasopalatino e técnicas infiltrativas. A incisão intrasucular foi realizada com lâmina 15c, e a sindesmotomia conduzida com descolador de Molt 2/4, preservando as papilas.



**Figura 9:** (a) Sindesmotomia com descolador de Molt 2/4; (b) Remoção da coroa total com fórceps 69.

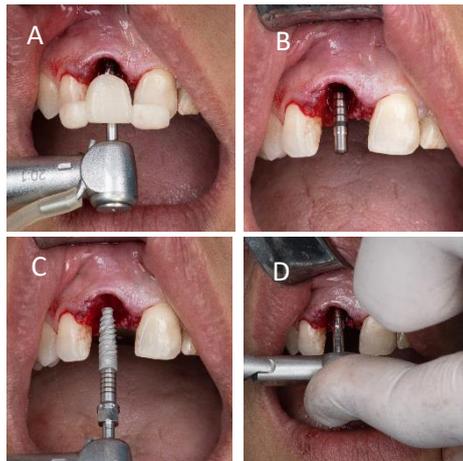


**Figura 10:** Aspecto da coroa total removida com pino metálico fundido.



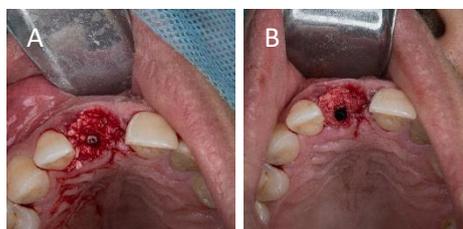
**Figura 11:** (a) Luxação da raiz residual com auxílio do periótomo; (b) Remoção do fragmento distal;

A instalação do implante foi realizada com o kit cirúrgico Epikut. O preparo do alvéolo começou com uma perfuração palatinizada, seguida de perfurações sequenciais com brocas de diâmetros progressivos (2.0 mm e 2.7 mm), visando o posicionamento tridimensional adequado para a reabilitação protética. Após a fresagem, o implante Epikut®, de 3.5 mm de diâmetro e 13 mm de altura, foi inserido com contra-ângulo redutor 20:1 e finalizado manualmente com chave de catraca e torquímetro, posicionando-o 2 mm abaixo do nível ósseo. O implante alcançou boa estabilidade primária com torque de 60 N.



**Figura 12:** (a) Fresagem do alvéolo com fresa helicoidal, utilizando como guia o provisório em posição de captura; (b) Paralelismo da perfuração para o implante com os dentes adjacentes; (c) Instalação do implante com contra-ângulo; (d) Conferência do torque com torquímetro.

Após a constatação de estabilidade primária (60 N), a provisionalização imediata foi realizada utilizando um cilindro provisório metálico (S.I.N Implant System) com transmucoso de 2.0 mm. O posicionamento da coroa provisória foi capturado e preenchido com a resina Filtek Z350 XT Supreme Flow® (3M, St. Paul, MN, USA), cor A1. Após a confecção do provisório, foi realizado o preenchimento do gap vestibular e do defeito ósseo mesial com Sticky bone. As membranas de L-PRF foram posicionadas na região vestibular. Após a condensação dos biomateriais, o provisório foi parafusado com torque de 20 N. A sutura foi realizada com dois pontos simples em ambas as papilas utilizando fio Blue Nylon 6.



**Figura 13:** (a) Inserção dos biomateriais, com tampa implante em posição; (b) Biomateriais acomodados, sem o tampa implante.



**Figura 14:** (a) Provisório sobre implante instalado, com suturas em pontos simples nas papilas; (b) Aspecto final imediato.

A medicação pós-operatória recomendada foi antibiótico (Amoxicilina 875mg com Clavulanato de Potássio 125mg de 12 em 12 horas, durante 7 dias) e analgésico (Dipirona 500mg de 06 em 06 horas, durante 02 dias). Ao final, foi realizada uma radiografia periapical

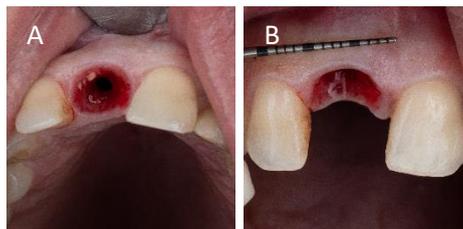


**Figura 15:** Radiografia periapical imediata após instalação de implante e provisório.

Após 12 dias de pós-operatório, os tecidos e o implante apresentavam-se dentro da normalidade, assim as suturas foram removidas. Após 90 dias, optou-se pela realização de uma segunda intervenção cirúrgica para realização do enxerto de tecido conjuntivo, tendo como objetivo o ganho de altura e volume do perfil gengival.

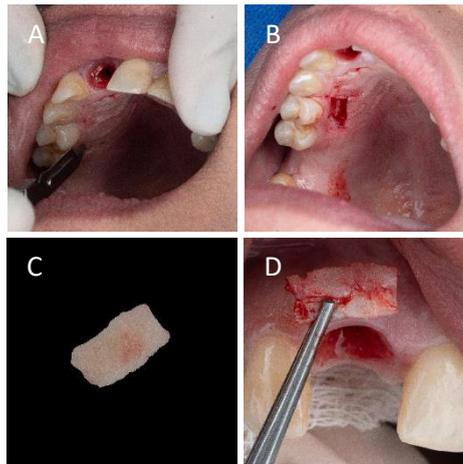


**Figura 16:** Fotografia frontal intraoral: Aspecto clínico após 90 dias.



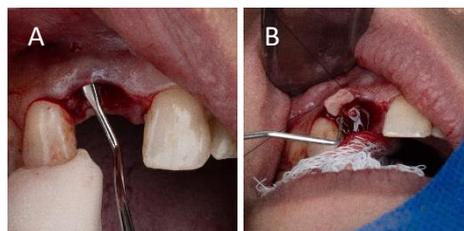
**Figura 17:** Aspecto clínico sem o provisório após 90 dias. (a) Vista oclusal; (b) Vista frontal.

Realizou-se a punção venosa na paciente, coletando apenas quatro tubos Vacuette. Essas amostras foram utilizadas para a confecção das membranas de L-PRF, destinadas à área doadora posteriormente.



**Figura 18:** (a) Delimitação do tecido a ser removido; (b) Enxerto conjuntivo removido da área doadora; (c) Enxerto gengival livre desepitelizado; (d) Faixa de enxerto de 8 mm posicionado.

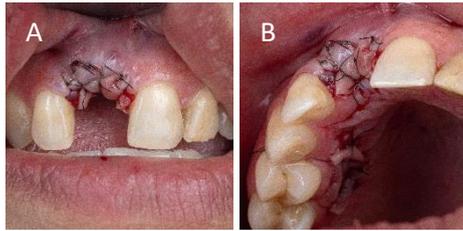
No leito receptor foi realizada a tunelização da gengiva inserida de forma delicada, com o tunelizador vermelho da Supremo, sem retalhos, a fim de criar um espaço para receber o enxerto. O enxerto foi cuidadosamente posicionado na área receptora e fixado com uma sutura colchoeiro horizontal utilizando um fio de Nylon 6.0. Ao reposicionar o provisório, observou-se que o implante não estava osseointegrado, o mesmo foi removido com o auxílio da chave de inserção, sem apresentar sinais de contaminação.



**Figura 19:** (a) Tunelização do tecido gengival vestibular para facilitar o reposicionamento e a adaptação do enxerto; (b) Inserção do enxerto conjuntivo no retalho previamente confeccionado na região vestibular.

Na região do implante removido, foi realizada a curetagem e irrigação abundante como soro fisiológico, e em seguida foi posicionada uma membrana de L-PRF, e estabilizada através de pontos simples com fio de nylon 6.0. Foi confeccionado um novo provisório suspenso, utilizando um dente de estoque na cor 62, e fixado nos elementos adjacentes com a resina Supreme Flow.

A terapia medicamentosa pós-operatória recomendada foi analgésico (Dipirona 500mg de 06 em 06 horas, durante 2 dias) e anti-inflamatório (Nimesulida 100mg de 12 em 12 horas, durante 03 dias) e uso de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia durante 14 dias.

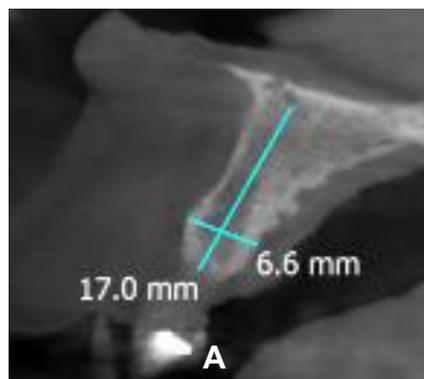


**Figura 20:** (a) Membrana de L-PRF estabilizada com pontos simples; (b) Membrana de L-PRF estabilizada na área doadora com pontos simples e suturas suspensórias.



**Figura 21:** Provisório suspenso instalado.

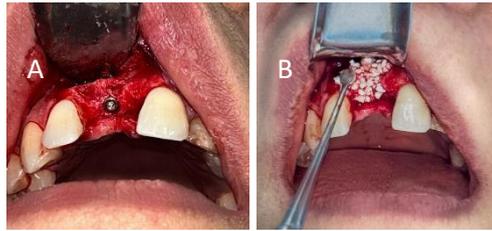
A paciente foi acompanhada por cinco meses e, ao final desse período, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico da região maxilar para avaliar a neoformação óssea. Os resultados mostraram 17.0 mm de altura e 6.6 mm de espessura óssea , permitindo o planejamento para a instalação de um novo implante.



**Figura 22:** Corte parasagital, evidenciando a altura e espessura da parede óssea.

Para a instalação do implante, após a anestesia, foi realizada uma incisão linear com lâmina de bisturi 15c, seguida de sindesmotomia utilizando um descolador Molt 2/4 .As perfurações foram feitas com brocas de diâmetros progressivos, iniciando com uma broca tipo lança de 2.0 mm, seguida por uma broca helicoidal de 2.0 mm, com comprimento de 17 mm e irrigação abundante.

Após a fresagem, foi instalado o implante Epikut com diâmetro de 3,5 mm e altura de 15 mm, posicionando-o 2 mm abaixo do nível ósseo. O implante foi finalizado com um torque de 30 N.



**Figura 23:** (a) Implante instalado com tampa protetora; (b) Inserção do enxerto ósseo nos defeitos ósseos vestibulares.

Após a instalação do implante, os defeitos ósseos na parede vestibular foram preenchidos com enxerto ósseo sintético Blue Bone® Small. Em seguida, a sutura foi realizada com pontos simples, utilizando fio de nylon 6.0. Após 12 dias da instalação do implante, nenhuma intercorrência foi observada e as suturas foram removidas. Após 05 meses, foi solicitado um novo exame radiográfico para avaliar a osseointegração do implante.



**Figura 24:** Radiografia periapical após 05 meses da instalação do implante.

A paciente retornou para a reabertura do implante, foi removido com a chave específica 1.2, revelando o implante devidamente osseointegrado.



**Figura 25:** Aspecto clínico após 05 meses.

Após a reabertura do implante, foi avaliada a integridade do tecido ósseo e gengival ao redor da área. Considerando que as condições eram favoráveis, procedeu-se com a seleção e instalação de um cilindro provisório metálico (S.I.N Implant System), com transmucoso de 2.0 mm. Foi confeccionada uma coroa provisória em resina composta parafusada, com base no enceramento diagnóstico.



**Figura 25:** Implante Cilindro metálico provisório posicionado.

Após a instalação do provisório, foram realizados dois piques de resina nas faces proximais dos dentes adjacentes. O retalho gengival foi então reposicionado e fixado com suturas suspensórias em alça, que foram ancoradas nos piques de resina previamente confeccionados.



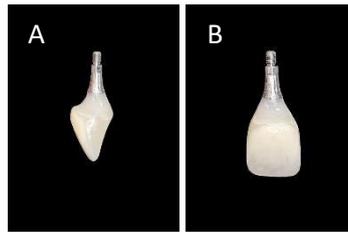
**Figura 25:** Provisório confeccionado com contorno subcrítico convexo.



**Figura 26:** Sutures suspensórias em pontos de alça apoiada nos piques de resina previamente confeccionados nas proximais.

Passados 30 dias da reabertura do implante, a paciente foi agendada para uma consulta de acompanhamento. Durante a consulta, foi realizada a remoção do provisório e a confecção de um novo contorno para o perfil de emergência, visando condicionar adequadamente a forma das papilas peri-implantares

Após o período de cicatrização, a paciente retornou para a moldagem. Inicialmente, os elementos 21 e 12 foram preparados para a confecção de facetas de porcelana, respectivamente. Em seguida, os transferentes de moldeira aberta foram posicionados nos implantes na região dos elementos 11 e 22, para capturar o posicionamento do implante.



**Figura 27:** (a) Provisório com novo contorno subcrítico concâvo; (b) Provisório vista frontal.



**Figura 28:** – Aspecto clínico do provisório após confecção de um novo contorno crítico e subcrítico.

A moldagem foi realizada utilizando silicone de adição Panasilempregando a técnica de passo único. Tanto a moldagem quanto o registro interoclusal foram encaminhados ao laboratório, acompanhados de fotografias, para a confecção das facetas em porcelana e das próteses sobre implante. A cor selecionada foi A1, conforme a escala de cores Vita Classical® (Alemanha).

Na consulta seguinte, foi feita a prova das facetas de porcelanas e próteses sobre o implante, verificando-se a oclusão e a estética. Com os ajustes finais realizados, as facetas foram cimentadas e as próteses sobre implante foram instaladas com torque de 20N.



**Figura 28:** Aspecto clínico do condicionamento gengival.



**Figura 29:** Moldagem de transferência.



**Figura 29:** Restaurações indiretas em Dissilicato de Lítio.



**Figura 30:** Fotografia intraoral do resultado imediato, após instalação das restaurações indiretas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A perda dentária associada à alteração da margem gengival requer abordagens personalizadas para garantir estética e funcionalidade. Estratégias cirúrgicas e não cirúrgicas são amplamente descritas na literatura, sendo aplicadas conforme as características individuais de cada caso<sup>7,30</sup>. A extrusão ortodôntica é uma técnica conservadora que promove o aumento de tecido gengival e ósseo para posterior instalação de implantes. Estudos destacam que esse método consiste no deslocamento gradual do dente ou raiz para uma posição mais coronal. No entanto, limitações como fratura radicular podem inviabilizar essa abordagem<sup>1,20</sup>.

Intervenções cirúrgicas incluem enxertos de tecido mole para correção de recessões gengivais<sup>17</sup> e a extração com preservação do alvéolo para manutenção óssea. Também enfatizam o implante imediato como uma alternativa eficaz para preservar a estética Peri-implantar em casos selecionados<sup>10</sup>. No caso apresentado, a recessão gengival (<4mm) e a fratura radicular inviabilizaram a extrusão ortodôntica e o enxerto de tecido mole devido à perda óssea detectada, então optou-se pela extração seguida de implante imediato, proporcionando resultados estéticos e preservação dos tecidos peri-implantares<sup>11</sup>.

A extração de dentes na região estética da maxila apresenta desafios. Estudos recentes indicam que implantes imediatos com provisionalização são eficazes em reabilitações unitárias, promovendo alta previsibilidade clínica e estética<sup>9</sup>. A estabilidade dos tecidos Peri-implantares, é um fator crucial para o sucesso, onde foi observado o comprometimento mínimo após 12 meses em implantes imediatos e tardios<sup>12</sup>.

Restaurações provisórias bem contornadas favorecem a cicatrização dos tecidos peri-implantares<sup>13</sup>. Neste caso, a provisionalização imediata foi determinante para o



condicionamento gengival, otimizando a estética em uma área previamente comprometida. Estudos apontam maior taxa de complicações em implantes imediatos, embora os resultados estéticos sejam comparáveis aos tardios<sup>24</sup>. No presente caso, um implante imediato foi perdido, sendo necessário implante tardio com preservação alveolar, apresentando menor torque de inserção.

Foi demonstrado que implantes imediatos podem reduzir recessões gengivais, mesmo sem enxertos conjuntivos<sup>19,23</sup>. Contudo, relatos como Blanco et al. (2019)<sup>15</sup> sugerem que a seleção criteriosa do caso é essencial para minimizar complicações. A estabilidade dos tecidos peri-implantares é influenciada pelo perfil de emergência das coroas restauradoras<sup>25,29</sup>. Por outro lado, foi destacado que perfis côncavos favorecem a estabilidade gengival, enquanto perfis convexos aumentam o risco de recessão. A escolha do perfil de emergência foi fundamental para o sucesso estético e funcional do caso relatado<sup>26,27</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este caso clínico demonstra que, apesar da perda do implante e da necessidade de um período adicional para a neoformação óssea, a instalação imediata com provisionalização em área de margem gengival alterada foi essencial para o condicionamento gengival e redução da recessão. O desfecho final foi positivo, destacando a importância dessas técnicas para a preservação dos tecidos ósseos e peri-implantares, com resultados estéticos e funcionais satisfatórios.

## REFERÊNCIAS

1. AIQUEL, L. L.; PITTA, J.; ANTONOGLU, G. N.; MISCHAK, I.; SAILER, I.; PAYER, M. Does the timing of implant placement and loading influence biological outcomes of implant-supported multiple-unit fixed dental prosthesis- A systematic review with meta-analyses. **Clinical Oral Implants Research**, v. 32, Suppl. 21, p. 5-27, 2021.
2. AL-TARAWNEH, S.; HAMDAN, A. A. S.; ALHADIDI, A.; HATTAR, S.; AL-RABAB'AH, M.; BAQAIN, Z. Esthetic Outcome of Immediately Placed and Nonfunctionally Loaded Implants in the Anterior Maxilla Utilizing a Definitive Abutment: A Pilot Clinical Trial. **Dental Research Journal**, v. 17, n. 2, p. 92–99, abr. 2020.
3. AMARO, L. C. F.; CONFORTE, J. J. Implante imediato em alvéolo fresco. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 1209-1230, 2022.
4. AMATO, F.; POLARA, G.; SPEDICATO, G. A. Tissue Dimensional Changes in Single-Tooth Immediate Extraction Implant Placement in the Esthetic Zone: A Retrospective Clinical Study. **International Journal of Oral & Maxillofacial Implants**, v. 33, p. 439–447, mai./jun. 2018.
5. ARAÚJO, M. G.; SILVA, C. O.; MISAWA, M.; SUKEKAVA, F. Alveolar socket healing: what can we learn? **Periodontology 2000**, v. 68, n. 1, p. 122–134, 2015.



6. ARORA, H.; KHZAM, N.; ROBERTS, D.; BRUCE, W. L.; IVANOVSKI, S. Immediate Implant Placement and Restoration in the Anterior Maxilla: Tissue Dimensional Changes after 2-5 Year Follow Up. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v. 19, n. 4, p. 694–702, ago. 2017.
7. ARSIĆ, I.; MARINKOVIĆ, N.; PAJEVIĆ, T.; MARKOVIĆ, J.; DRAGOVIĆ, M.; STAMENKOVIĆ, Z.; STEFANOVIĆ, N.; NEDELJKOVIĆ, N. The Impact of Orthodontic Extrusion on Keratinized Gingiva. **Medicina (Kaunas, Lithuania)**, v. 60, n. 7, p. 1157, jul. 2024.
8. ATIEH, M. A.; ALSABEHA, N. H. M. Soft tissue changes after connective tissue grafts around immediately placed and restored dental implants in the esthetic zone: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 32, n. 3, p. 280-290, mai./jun. 2020.
9. AVILA-ORTIZ, G.; CHAMBRONE, L.; VIGNOLETTI, F. Effect of alveolar ridge preservation interventions following tooth extraction: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 46, Suppl. 21, p. 195-223, 2019.
10. BARA-GASENI, N.; JORBA-GARCIA, A.; ALBERDI-NAVARRO, J.; FIGUEIREDO, R.; BARA-CASAUS, J. J. Histological assessment of a novel de-epithelialization method for connective tissue grafts harvested from the palate: An experimental study in cadavers. **Clinical Oral Investigations**, v. 28, n. 6, p. 343, 2024.
11. BASSETTI, R. G.; STÄHLI, A.; BASSETTI, M. A.; SCULEAN, A. Soft tissue augmentation procedures at second-stage surgery: A systematic review. **Clinical Oral Investigations**, v. 20, n. 7, p. 1369-1387, jul. 2016.
12. BERBERI, A. N. Comparison of bone levels around immediately loaded single implants placed in healed or freshly extracted sites in the esthetic anterior maxilla: A 10-year prospective study. **The International Journal of oral & Maxillofacial Implants**, v. 36, n. 5, p. 1016-1023, 2021.
13. BERBERI, A.; ZOGHBI, A. E.; AAD, G.; TEHINI, G. Immediate Loading Using the Digitalized Customized Restoration of Single-tooth Implants Placed in Fresh Extraction Sockets in the Aesthetic Anterior Maxilla: A 10-Year Prospective Study of Marginal Bone Level. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 25, n. 3, p. 213–220, 2024.
14. BEYMOURI, A.; YAGHOBE, S.; KHORSAND, A.; SAFI, Y. Comparison of morbidity at the donor site and clinical efficacy at the recipient site between two different connective tissue graft harvesting techniques from the palate: A randomized clinical trial. **Journal of Advanced Periodontology & Implant Dentistry**, v. 15, n. 2, p. 108-116, 2023.
15. BLANCO, J.; CARRAL, C.; ARGIBAY, O.; LIÑARES, A. Implant Placement in Fresh Extraction Sockets. **Periodontology 2000**, v. 79, n. 1, p. 151–167, jun. 2019.
16. CAROSI, P.; LORENZI, C.; DI GIANFILIPPO, R.; PAPI, P.; LAURETI, A.; WANG, H. L.; ARCURI, C. Immediate vs. Delayed Placement of Immediately Provisionalized Self-Tapping Implants: A Non-Randomized Controlled Clinical Trial with 1 Year of Follow-Up. **Journal of Clinical Medicine**, v. 12, n. 2, p. 489, fev. 2023.
17. CARRANZA, F. A.; NEWMAN, M. G. **Periodontia Clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,



2012. Cap. 2, p. 25-27.
18. CHAPPUIS, V.; ARAÚJO, M. G.; BUSER, D. Clinical relevance of dimensional bone and soft tissue alterations post-extraction in esthetic sites. **Periodontology** 2000, v. 73, n. 1, p. 73-83, 2017.
  19. CHU, S. J.; KAN, J. Y.; LEE, E. A.; LIN, G. H.; JAHANGIRI, L.; NEVINS, M.; WANG, H. L. Restorative emergence profile for single-tooth implants in healthy periodontal patients: Clinical guidelines and decision-making strategies. **The International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry**, v. 40, n. 1, p. 19-29, 2019.
  20. CONSERVA, E.; FADDA, M.; FERRARI, V.; CONSOLO, U. Predictability of a New Orthodontic Extrusion Technique for Implant Site Development: A Retrospective Consecutive Case-Series Study. **TheScientificWorldJournal**, 2020, p. 4576748, ago. 2020.
  21. CUNHA, J. V. O.; DIAS, K. S. P. A. **Immediate load in single implants: literature review. Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e295111638448, 2022.
  22. DARRIBA, I.; SEIDEL, A.; MORENO, F.; BOTELHO, J.; MACHADO, V.; MENDES, J. J.; LEIRA, Y.; BLANCO, J. Influence of low insertion torque values on survival rate of immediately loaded dental implants: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 50, n. 2, p. 158-169, fev. 2023.
  23. DE BRITO, F. C; BRITO, M.; RESCK, T. S.; ZIMMERMANN, L. G.; DE ALMEIDA, P. P.; ARIKAWA, K. Implante e provisionalização imediatos em área estética – relato de caso. **Full Dent. Sci.**, v. 13, n. 49, p. 32-37, 2021.
  24. ESPOSITO, M.; BARAUSSE, C.; PISTILLI, R.; JACOTTI, M.; GRANDI, G.; TUCCO, L.; FELICE, P. Immediate Loading of Post-Extractive versus Delayed Placed Single Implants in the Anterior Maxilla: Outcome of a Pragmatic Multicenter Randomised Controlled Trial 1-Year after Loading. **European Journal of Oral Implantology**, v. 8, n. 4, p. 347–358, dez. 2015.
  25. FATTAHIAN, A.; POURSAFAR, F.; YAGHOBE, S. Minimally guided bone regeneration procedure for immediate implant placement and provisionalization of a maxillary lateral incisor: A case report. **J Adv Periodontol Implant Dent**, v. 12, n. 1, p. 43-47, 8 abr. 2020.
  26. FELÍCIO, V. R. B; [SALGADO, L. C. L.](#); [FUSARO, G. F.](#); [BENTO JÚNIOR, A. C.](#); [FUSARO, B. F.](#) Implante imediato em área estética – perspectivas atuais e relato de caso. **Full Dent. Sci.**, v. 10, n. 40, p. 44-51, 2019.
  27. GAMBORENA, I.; SASAKI, Y.; BLATZ, M. B. Predictable immediate implant placement and restoration in the esthetic zone. **Journal of Esthetic and Restorative Dentistry**, v. 33, n. 1, p. 158-172, jan./fev. 2021.
  28. GONZÁLEZ-MARTÍN, O; LEE, E.; WEISGOLD, A.; VELTRI, M.; SU, H. Contour management of implant restorations for optimal emergence profiles: guidelines for immediate and delayed provisional restorations. **Int J Period Rest Dent**, v. 40, n. 1, p. 61-70, jan./fev. 2020.
  29. GROENENDIJK, E.; BRONKHORST, E. M.; MEIJER, G. J. Does the Pre-Operative Buccal Soft



Tissue Level at Teeth or Gingival Phenotype Dictate the Aesthetic Outcome after Flapless Immediate Implant Placement and Provisionalization? Analysis of a Prospective Clinical Case Series. **International Journal of Implant Dentistry**, v. 7, n. 1, p. 84, nov. 2021.

30. GUARNIERI, R.; CECCHERINI, A.; GRANDE, M. Single-tooth replacement in the anterior maxilla by means of immediate implantation and early loading: clinical and aesthetic results at 5 years. **Clinical Implant Dentistry and Related Research**, v. 17, n. 2, p. 314–326, 2015.