



Implante Imediato Pós-Exodontia com Enxerto Ósseo e Uso de Cicatrizador Personalizado: Relato de Caso Clínico

Christopher Anderson de Oliveira¹, Camilla Chiesa², Jonanthan Keruak Andrade Holanda³, Caio Junji Tanaka⁴, Pierangelo Angeletti⁵ Rafael de Oliveira Dias⁶



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p134-157>

Artigo recebido em 23 de Agosto e publicado em 3 de Outubro de 2025

RELATO DE CASO

RESUMO

Introdução: o implante imediato pós-exodontia, associado a enxerto ósseo e cicatrizador personalizado, busca reduzir o tempo de tratamento, preservar contorno ósseo e gengival e otimizar estética e função. A perda dentária, sobretudo nos três primeiros meses, acarreta alterações anatômicas importantes no rebordo alveolar e tecidos moles. Objetivos: relatar um caso clínico de implante imediato em região posterior superior com enxerto ósseo e cicatrizador personalizado; avaliar preservação tecidual, perfil de emergência e estética peri-implantar; comparar resultados com a literatura; contribuir para protocolos clínicos seguros e previsíveis. Metodologia: revisão sistemática da literatura em SciELO, BDTD e PubMed, com publicações dos últimos dez anos, selecionando 14 artigos. Relato de caso de paciente de 41 anos com fratura extensa do dente 16. O tratamento incluiu exodontia atraumática, instalação de implante Cone Morse com torque de 45 N, preenchimento com enxerto sintético associado a membranas de colágeno e cicatrizador personalizado em resina flow. O acompanhamento foi realizado por seis meses, com avaliações clínicas, radiográficas, reabilitação digital e instalação protética. Conclusão: a associação entre implante imediato, enxerto ósseo e cicatrizador personalizado favoreceu preservação dos tecidos, manutenção do perfil de emergência, estabilidade estética e funcional, além de boa aceitação pelo paciente. O caso confirma a literatura e reforça a importância do planejamento e de protocolos rigorosos na Implantodontia.

Palavras-chave: Implante imediato; Exodontia; Enxerto ósseo; Cicatrizador personalizado; Implantodontia.

Immediate Post-Extraction Implant with Bone Graft and Use of a Customized Healing Abutment: Case Report

ABSTRACT

Introduction: immediate implant placement after tooth extraction, combined with bone grafting and a customized healing abutment, aims to reduce treatment time, preserve bone and gingival contours, and optimize esthetics and function. Tooth loss, especially within the first three months, leads to significant anatomical changes in the alveolar ridge and soft tissues. Objectives: to report a clinical case of immediate implant placement in the posterior maxilla with bone grafting and a customized healing abutment; to assess tissue preservation, emergence profile, and peri-implant esthetics; to compare outcomes with the literature; and to contribute to safe and predictable clinical protocols. Methodology: a systematic literature review was conducted in SciELO, BDTD, and PubMed, including publications from the last ten years, with 14 articles selected. A case report of a 41-year-old patient with an extensive fracture of tooth 16 was presented. Treatment included atraumatic extraction, placement of a Cone Morse implant with 45 N torque, filling with synthetic bone graft and collagen membranes, and a customized healing abutment made of flow resin. The patient was followed up for six months with clinical and radiographic evaluations, digital rehabilitation, and prosthetic installation. Conclusion: the combination of immediate implant placement, bone grafting, and a customized healing abutment promoted tissue preservation, maintenance of the emergence profile, esthetic and functional stability, and was well accepted by the patient. The case confirms the literature and reinforces the importance of careful planning and strict protocols in Implant Dentistry.

Keywords: Immediate implant; Tooth extraction; Bone graft; Customized healing abutment; Implant Dentistry.

Instituição afiliada - ¹Mestrando em Engenharia Biomédica pela Universidade Mogi das Cruzes – UMC. Especialista em Implantodontia pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC Especialista em Harmonização Orofacial pela Faculdade São Leopoldo Mandic – SLMANDIC – SP. cchrisoliveira@gmail.com; ²Mestranda em Engenharia Biomédica pela Universidade Mogi das Cruzes – UMC. Especialista em Implantodontia pela Universidade de Mogi das Cruzes - UMC. camillachiesas2@gmail.com; ³Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC, Especialista em Implantodontia pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. keruakandrade@hotmail.com; ⁴PhD em Periodontia e Mestre em Dentística Operatória pela Universidade Guarulhos – UNG. caiotanaka@umc.br; ⁵PhD pela Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, Mestre em Odontologia USP, Especialista em Implantodontia, Pesquisador e Orientador em Harmonização Orofacial Faculdade São Leopoldo Mandic, Brasil. ethikaforense@gmail.com; ⁶Doutor e Mestre em Periodontia pela Universidade de Guarulhos - UNG, Especialista em Periodontia APCD- São Bernardo do Campo, Especialista em Implantodontia APCD- São Caetano do Sul. rubaron@icloud.com;

Autor correspondente: Christopher Anderson de Oliveira cchrisoliveira@gmail.com

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





INTRODUÇÃO

Este artigo tem como temática a análise de implante imediato pós-exodontia com enxerto ósseo e uso de cicatrizador personalizado. Isto, pois, esse procedimento tem se mostrado uma abordagem promissora na Implantodontia por permitir a redução do tempo total de tratamento, minimizar a reabsorção alveolar causada pela perda dentária, preservar o contorno de tecido mole e duro, e melhorar o resultado estético e funcional para o paciente (Bahaa, et al, 2024).

Acrescenta-se à importância da temática o uso do cicatrizador personalizado que favorece a manutenção do perfil de emergência e dos tecidos peri-implantares, reduzindo a necessidade de cirurgias adicionais. Diante disso, torna-se relevante investigar clinicamente a estabilidade do osso marginal, densidade óssea, saúde dos tecidos moles e validar sua eficácia além de aperfeiçoar protocolos para aplicação segura e previsível (Bahaa, et al, 2024).

Uma vez que a perda de um ou mais elementos dentários interfere diretamente nos pacientes prejudicando sua qualidade de vida, contudo, inevitavelmente a extração dentária se faz necessária (Alvarenga et al., 2020).

Destaca-se que, para pacientes com perdas dentárias, os implantes são uma opção de tratamento. Ao instalá-los em regiões já cicatrizadas, perde-se a oportunidade de preservar referências anatômicas importantes e a cicatrização leva a diminuição das estruturas envolvidas. Porém, nos últimos 20 anos de estudo sobre a minimização das sequelas causadas pelo processo biológico, foram propostas algumas alternativas para limitar a perda das estruturas remanescentes, como a instalação imediata após extração dentária, preenchimento dos espaços com enxerto ósseo e utilização de cicatrizadores personalizados (Alvarenga et al., 2020; Assada, Silva, Poluha, 2019).

Somadas ao uso de cicatrizadores personalizados apresentam como vantagens o não envolvimento dos laboratórios, custo reduzido, facilidade técnica e boa aceitação dos pacientes, e têm como função promover a redução da perda de altura da borda gengival, auxiliar na manutenção do coágulo e na regeneração óssea (Araujo et al., 2019).

Há que se destacar que, quando utilizados em implantes imediatos, os



cicatrizadores personalizados preservam o contorno gengival e a estrutura dos tecidos moles, evitando novas etapas cirúrgicas. Quando personalizados, contribuem para o recebimento da coroa, promovendo uma melhor funcionalidade local e melhorando a estética (Araujo et al., 2019).

Assim, esta pesquisa teve como objetivo relatar um caso clínico envolvendo a instalação de um implante imediato na região posterior superior do lado direito, associado a enxerto ósseo e cicatrizador personalizado, visando demonstrar os benefícios da técnica.

Elencando ainda, os seguintes objetivos específicos: comparar os desfechos relatados na literatura com os resultados observados no relato de caso clínico; avaliar a preservação tecidual, o perfil de emergência e a estética peri-implantar; contribuir para a definição de protocolos clínicos mais seguros e previsíveis em Implantodontia.

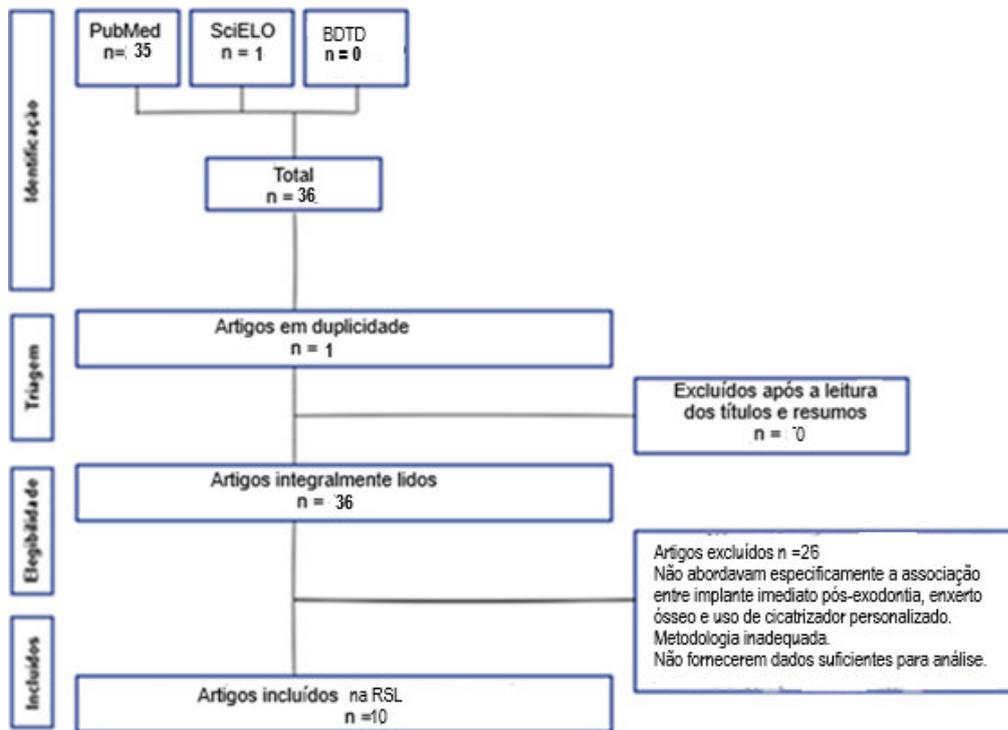
METODOLOGIA

Esta pesquisa foi subdividida em duas etapas, Estudo 1: Revisão Sistemática da Literatura, 2: Relato de caso clínico envolvendo a instalação de um implante imediato na região posterior superior do lado direito, associado a enxerto ósseo e cicatrizador personalizado.

A próxima etapa foi a seleção das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); e PubMed. Foram utilizadas as seguintes palavras chaves: Exodontia, Implante Imediato, Cicatrizador Personalizado, e suas traduções em inglês. Foi utilizado Operador Booleano, com o termo: AND, buscando por pesquisas que contenham todas as palavras-chaves, Immediate implant; Tooth extraction; Bone graft; Customized healing abutment; Implant Dentistry.

Os critérios de inclusão foram: artigos em língua portuguesa e inglesa, com abordagem da temática, publicados nos últimos dez anos e com acesso livre. Os critérios de exclusão foram publicações que não tratam especificamente da temática e publicados há mais de dez anos. Os resultados estão elencados em diagrama de fluxo PRISMA-IPD.

Figura 1 Fluxograma das publicações escolhidas para a RSL



Fonte: Elaborado pelo autor com base em PRISMA (2020).

Após essa etapa, foram excluídas as publicações em duplicidade. Foram lidas 36 publicações e destas foram excluídas 22, pois não abordavam especificamente a associação entre implante imediato pós-exodontia, enxerto ósseo e uso de cicatrizador personalizado, impossibilitando a comparação com os objetivos do estudo.

No presente estudo, a hipótese é que o implante imediato associado a enxerto ósseo e cicatrizador personalizado promove melhor preservação tecidual (óssea e gengival), favorecendo estética e função.

RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

O relato clínico tem a finalidade de contribuir para a literatura clínica, mostrando a importância do uso do cicatrizador personalizado na preservação tecidual peri-implantar, especialmente em regiões posteriores, nas quais a manutenção do perfil de emergência é fundamental para a longevidade do tratamento.

A paciente F.G.G.P, de 41 anos de idade, gênero feminino, leucoderma, compareceu ao consultório relatando “quebra do dente”, em região superior do lado direito e sem dor. A paciente foi selecionada por apresentar indicação clínica para o

procedimento, com fratura extensa do elemento dentário inviabilizando a reabilitação convencional.

A manutenção da estrutura óssea natural intacta proporcionava condições ideais para instalação imediata do implante, associada ao cicatrizador personalizado, visando preservar a anatomia local e o perfil de emergência, essenciais para a estabilidade e longevidade do tratamento.

Os exames clínicos intra e extraoral foram realizados. O exame clínico intraoral, observamos fratura extensa ocluso palatina do dente 16 (figura 1).

Figura 1 - Região do elemento 16, apresentando fratura ocluso palatina



Fonte: acervo do autor.

Esse procedimento corrobora com a pesquisa de Bahaa et al. (2024) que destaca a importância da avaliação dos pacientes antes da extração, com medições da papila gengival, volume da crista óssea e espessura do colar mucoso queratinizado. Ressaltando ainda a aplicação dos critérios de exclusão, como ausência de estabilidade primária ou torque insuficiente (<20 N). O Planejamento precisa incluir ainda, o mapeamento do biotipo gengival e avaliação de deiscências/fenestrações para garantir resultado estético adequado (Santana et al. 2018).

Foi realizada a radiografia panorâmica como exame complementar e visualizado tratamento endodôntico prévio no mesmo elemento (figura 2).

Figura 2 - Radiografia panorâmica evidenciando tratamento endodôntico no dente 16



Fonte: acervo do autor.

Após avaliação clínica e radiográfica foi realizado o exame tomográfico computadorizado de maxila para estimar a extensão da fratura e, então, realizar a conduta mais adequada, sendo a reabilitação com implante dentário. Indo de encontro com pesquisas que destacam a inclusão de exames como protocolos pré-operatórios (Bahaa et al. 2024)

Na segunda consulta, foi realizada a análise da tomografia e o plano de tratamento, sendo visualizada a fratura vertical extensa na raiz palatina (figura 3), comprometendo uma possível reabilitação protética com núcleo e coroa, optando pelo tratamento com implante.

Figura 3 – Tomografia computadorizada da maxila, fratura extensa de raiz palatina



Fonte: acervo do autor.

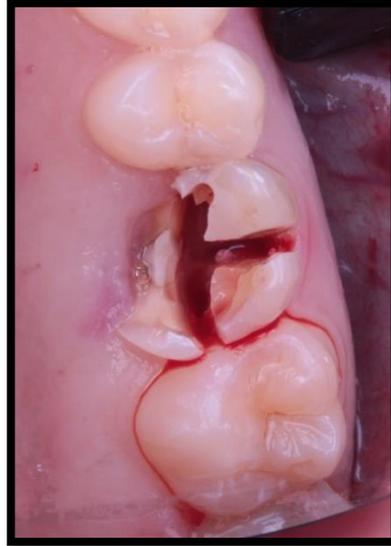
Exames laboratoriais realizados recentemente para análise de possíveis interferências no procedimento cirúrgico, sendo estas descartadas, dentre elas: problemas de Coagulação, níveis de Vitamina D, Glicemia, Hepatite, dentre outros.

Analisando todos os exames de imagem anteriores, exames laboratoriais associados à situação clínica da paciente, foi exposto detalhadamente à paciente todos os passos a serem seguidos e a mesma concordou em realizá-los, sendo orientada sobre os cuidados pré-operatórios e as medicações a serem utilizadas.

Foi recomendada a medicação pós-cirúrgica: Amoxicilina 500mg—21 comprimidos, devendo a paciente tomar 01 comprimido de 08/08 horas por 7 dias, destacando a observação de que este teve seu uso iniciado 02 dias antes da cirurgia; Dexametasona 4mg—1 caixa, tomar 01 comprimido de 12 /12 horas por 3 dias, iniciando 1 dia antes da cirurgia e Dipirona sódica 500mg—04 comprimidos, tomar 01 CP de 06 / 06 horas somente em caso de dor.

Na terceira consulta, a de cirurgia, foi realizada a antisepsia extraoral com clorexidina aquosa 2% e intraoral com clorexidina aquosa 0,12%. Anestesia local com cloridrato de articaína 4% ccom vasoconstritor epinefrina 1: 100.000, e odontosecção do elemento 16 (figura 4).

Figura 4 – Foto oclusal evidenciando a odontosecção do elemento 16



Fonte: acervo do autor.

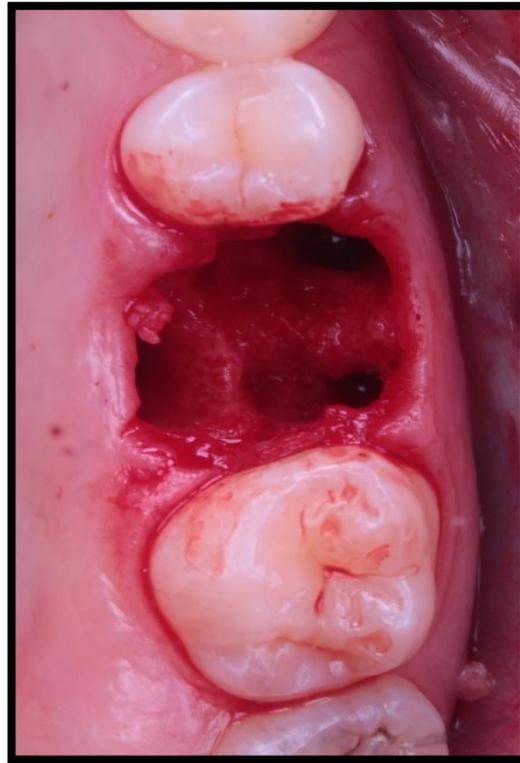
Ressalta-se uma lacuna nos achados da RSL no que se refere a antissepsia extra-oral, intra-oral e anestesia para a extração. Sampaio et al (2020) destaca parte desse procedimento, com o uso de três tubetes de anestesia de Mepivacaína 2% (1:100.000), medicação pré-operatória com: 1 g de Amoxicilina e medicação pós-operatória: Nimesulida 100 mg a cada 12h por 3 dias; Dipirona 500 mg se dor e Amoxicilina 500 mg a cada 8h por 7 dias. Ainda assim, não traz dados sobre a antissepsia.

Alvarenga et al. (2020) relata o uso de Amoxicilina 500 mg 1 hora antes do procedimento e 7 dias pós-operatório, Dexametasona, (2 comprimidos antes da cirurgia e Dipirona 500 mg em caso de dor. Para a higienização do local esta pesquisa prescreve solução de clorexidina 0,12% por 10 dias, três vezes ao dia, em forma de colutório. Corroborando com Meijer e Raghoobar (2020), além da profilaxia antibiótica de 2 g amoxicilina ou 600 mg clindamicina 1 hora antes do procedimento, o uso do enxágue com clorexidina 0,2% duas vezes/dia por 10 dias.

Há que se destacar que o relato e descrição do processo pré-cirúrgico, incluindo além da profilaxia, a antissepsia e anestesia se fazem essenciais para evitar contaminação e garantir que o procedimento tenha resultados positivos, minimizando possíveis processos inflamatórios decorrentes da falha no manuseio de materiais e contaminação durante o procedimento. Infere-se que essas informações são de grande utilidade, pois pode haver a falsa ideia de que determinado procedimento resulta em maior dificuldade de cicatrização, quando na verdade, pode haver o da contaminação.

O próximo passo foi a extração das raízes (figura 5).

Figura 5 – Remoção das raízes do elemento 16

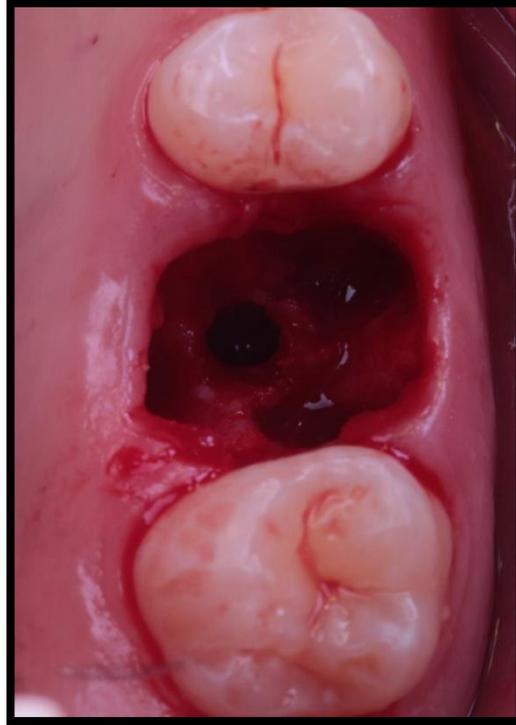


Fonte: acervo do autor.

A odontosecção do elemento 16 foi realizada com caneta de alta rotação, sob irrigação com soro fisiológico 0,9% com finalidade de evitar aquecimento excessivo e reduzir riscos de necrose térmica. Utilizou-se broca Zecrya de 28 mm (Prima Dental – Angelus®). O dente foi dividido em três segmentos, promovendo a separação entre as raízes vestibulares e da raiz palatina, possibilitando a individualização das estruturas e facilitando a extração de cada fragmento radicular de forma minimamente traumática.

Para a preparação do sítio de instalação do implante dentário, foi efetuado a perfuração inicial com broca lança de 2.0 mm, profundidade de 5.0 mm e velocidade de 1200 rpm, em seguida a broca de 2.0 mm, profundidade de 11.0 mm e velocidade de 800rpm, a broca de 3.05mm, profundidade de 11.0 mm e velocidade de 800 rpm e, por fim, a broca de 3.03 mm, profundidade de 11.0 mm e velocidade de 800 rpm (figura 6), sendo todas elas da marca *SIN Implante®* modelo *Strong SW*.

Figura 6 – Foto oclusal evidenciando perfuração do sítio para recebimento do implante

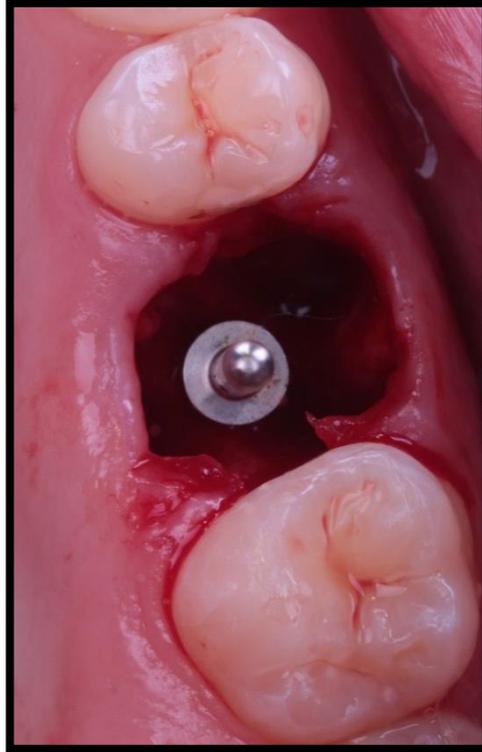


Fonte: acervo do autor.

Referente à etapa acima relatada também há uma lacuna significativa na literatura referente ao material e instrumentação utilizados, pois não há nenhuma descrição de brocas, profundidade e velocidade utilizadas. Considera-se esse dado relevante, auxiliando na difusão da informação e conhecimento científico de dados com resultados positivos relativos ao procedimento técnico.

Ressalta-se que durante o uso das brocas foi realizado irrigação das mesmas com soro fisiológico estéril 0,9% e, após a utilização da segunda broca, foi realizada a conferência da angulação da perfuração com o paralelizador (figura 7).

Figura 7 – Foto oclusal evidenciando conferência de perfuração com o paralelizador



Fonte: acervo do autor.

Apenas uma publicação relatou a higienização do local durante essa etapa, destacando que durante a fresagem do alvéolo para instalação do implante, houve irrigação constante com soro fisiológico, o que também contribui para limpeza e controle da contaminação (Alvarenga, et al. 2020).

Após o preparo do sítio foi realizada a instalação do implante *Strong SW Cone Morse 16º*, utilizando a chave longa de inserção para contra ângulo número 28, em que o implante teve torque de 45N, foi acoplado e parafusado o pilar protético de titânio da empresa microplant[®] ao implante, preenchidos os espaços das raízes com enxerto ósseo sintético *nanosynt* da marca FGM[®] (figura 8), acima do enxerto foram colocadas duas membranas de colágeno da marca *hemospon*[®], e realizado o preenchimento com resina *flow* da marca DFL[®], capturando o pilar protético com a função de criar um tampão cicatrizador provisório personalizado, que manterá o perfil gengival e protegerá o enxerto ósseo.

Figura 8 – Foto oclusal evidenciando pilar protético de titânio e enxerto ósseo



Fonte: acervo do autor

Outra lacuna significativa nos achados foi a descrição do preparo do sítio, presente apenas em duas pesquisas, onde Ragucci et al. (2020) descreveu a preparação do alvéolo e posicionamento do implante com guia cirúrgica e enxerto de osso autógeno (retromolar/tuberosidade) somado a substituto ósseo (Bio-Oss®). Elucidou também o uso de implantes regulares (NobelActive™), com diâmetro 4,3 mm e comprimento 8,5–10 mm com estabilidade primária >45 Ncm.

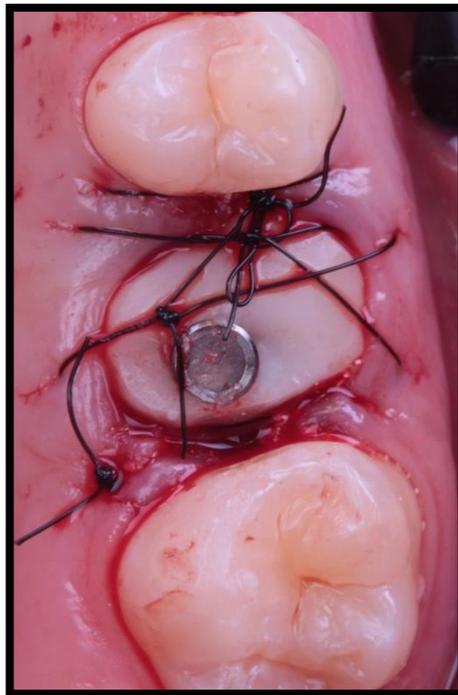
A pesquisa de Alvarenga et al. (2020) complementa essa abordagem do preparo do sítio, pormenorizando o procedimento de exodontia minimamente traumática com periótomo realizado com Implante Unitite® S.I.N® (4,3 × 11,5 mm), torque >30 N.cm (estabilidade primária). Elucida ainda o preenchimento do *gap* alveolar com enxerto xenógeno (Bio-Oss®) e o uso de cicatrizador personalizado com resina fluida (Opallis Flow®), ressaltando ainda o acabamento, polimento e fixação do cicatrizador no implante.

O uso da resina *flow* foi citada em pesquisas com resultados positivos Destaca-se compatibilidade com os achados da RSL nesta etapa, uma vez que Implante imediato após exodontia preserva o rebordo alveolar, contorno gengival e papilas interdentais. O preenchimento do *gap* entre implante e tábua óssea vestibular com material

biocompatível ou enxerto ósseo autógeno, também configura como positivo e indicado, além do uso de cicatrizadores personalizados para preservar a estética gengival, guiar o perfil de emergência e auxiliar na futura prótese definitiva (Matias et al., 2021; Ragucci et al. 2020; Alvarenga et al., 2020; Assada et al. 2017).

Os achados apresentados convergem com pesquisas que ressaltam os benefícios do implante imediato, associado em alguns casos ao preenchimento do *jumping gap* com enxerto ósseo, prática já destacada como positiva para a preservação do rebordo alveolar e da estética gengival. Além disso, evidencia-se a relevância da utilização de pilares cicatrizadores personalizados (CHA) ou, alternativamente, de barreiras tradicionais para proteção do tecido e do enxerto (Bahaa et al., 2024). Por fim, para manter estabilizada a gengiva junto ao tampão foi feita sutura em X com o fio *nylon black 5.0* da *Techsuture*[®] (figura 9).

Figura 9 – Tampão cicatrizador provisório personalizado e sutura para estabilização gengival



Fonte: acervo do autor.

Foi realizada uma radiografia panorâmica imediata ao procedimento cirúrgico para verificar correta instalação (figura 10).

Figura 10 – Radiografia panorâmica pós cirurgia de instalação de implante na região

do elemento 16



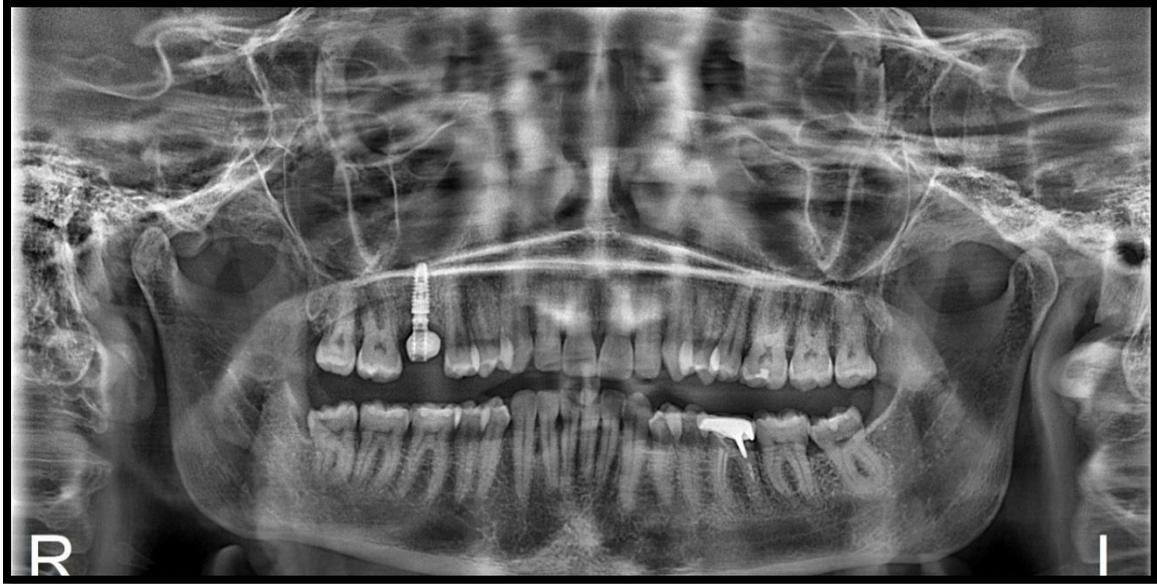
Fonte: acervo do autor.

O pós-operatório ocorreu 15 dias do procedimento. Nesse retorno, foi realizada a remoção da sutura e ao exame clínico não revelou alterações no sítio cirúrgico, o qual a paciente deveria retornar após 20 a 25 dias para a realização de uma radiografia panorâmica, a fim de acompanhar a evolução cirúrgica.

Nesse sentido, o relato clínico vai de encontro com as pesquisas que destacam a eficácia da evolução cirúrgica por meio de observação, sintomatologia e radiografias (Bahaa et al. 2024; Matias et al., 2021; Sampaio et al. 2020; Meijer; Raghoobar, 2020; Ragucci et al. 2020; Alvarenga et al. , 2020; Assada et al, 2019; Santana et I. 2018; Vasconcelos et AL. 2017; Salmen et al, 2017)

Na quinta consulta: controle intermediário, realizado após um mês e meio do procedimento cirúrgico, a paciente retornou para realizar radiografia panorâmica (figura 11) e avaliação clínica.

Figura 11 – Radiografia panorâmica após um mês e meio de procedimento cirúrgico



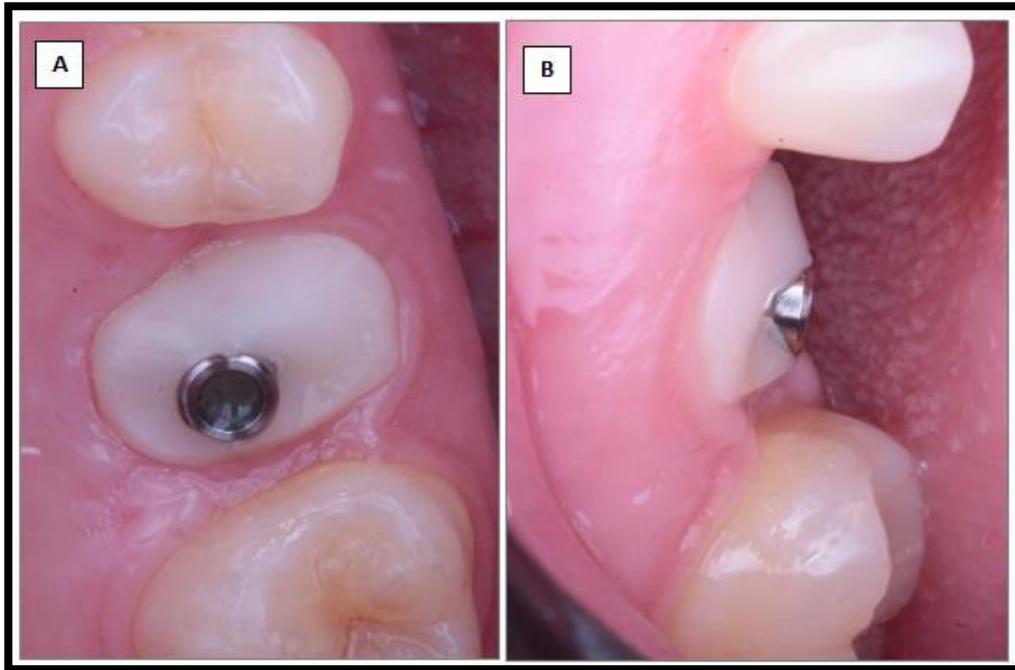
Fonte: acervo do autor.

Ao analisar o exame de imagem, verificou-se a boa cicatrização local, sem deslocamento do implante ou qualquer alteração significativa. Já na análise clínica, a paciente não apresentava sintomatologia e no sítio cirúrgico a gengiva estava com boa cicatrização e sem sinais inflamatórios. Então, foi marcado o retorno em 4 meses.

Esse procedimento se mostrou salutar e positivo corroborando com os achados da RSL que foram unânimes em descrever o acompanhamento por imagens, radiografias, sintomatologia e visualização da cicatrização, bem como de possíveis sinais inflamatórios (Bahaa et al., 2024; Matias et al., 2021; Sampaio et al., 2020; Meijer; Raghoobar, 2020; Ragucci et al. 2020; Alvarenga et al., 2020; Assada et al., 2019; Santana et al. 2018; Vasconcelos et al., 2017; Salmen et al., 2017)

Na Sexta consulta houve a reabilitação digital após quatro meses e meio do procedimento cirúrgico. A paciente retorna sem queixas e mantendo padrão de boa evolução pós-operatória (figura 12).

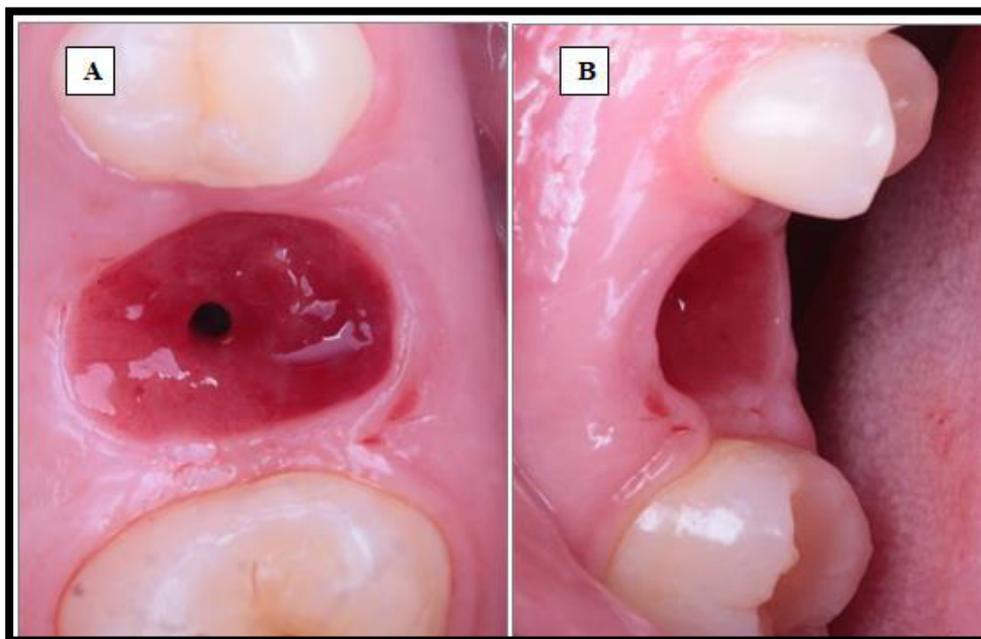
Figura 12 – Foto oclusal (A) e foto vestibular (B) evidenciando boa evolução pós-operatória



Fonte: acervo do autor

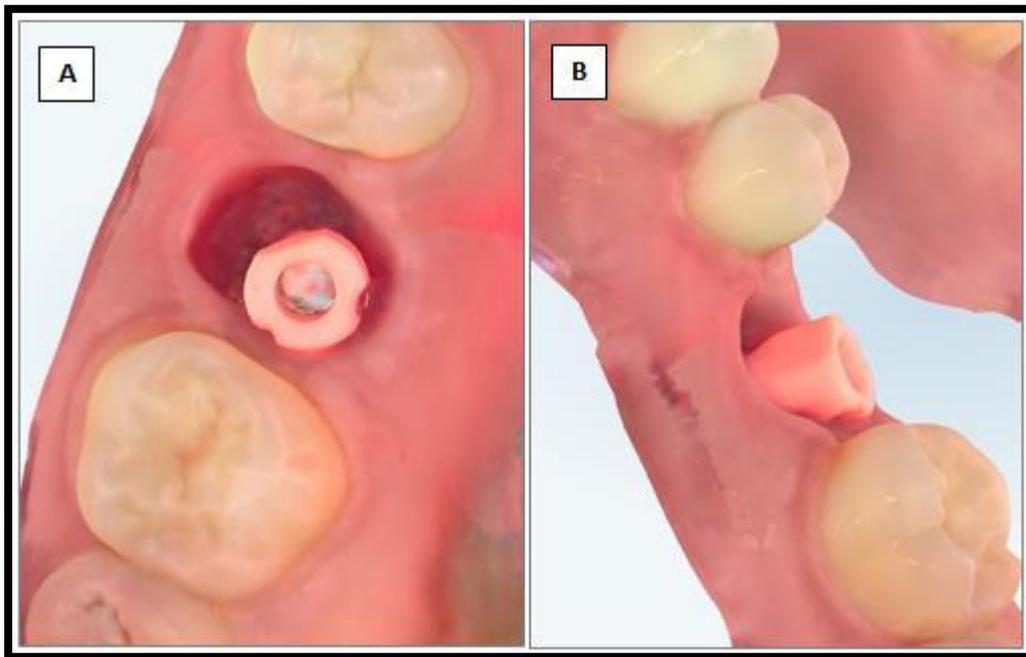
Foram realizadas fotografias do sítio sem o tampão provisório evidenciando o perfil gengival mantido (figura 13), somado ao escaneamento intra-oral com o ITERO[®] 5D, para confecção de coroa em zircônia no fluxo digital (figura 14), optado por ser um método mais rápido e preciso comparado a moldagem convencional. Além disso, foi definida a cor B2 para coroa de acordo com a escala vita[®].

Figura 13 – Foto oclusal (A) e foto vestibular (B) evidenciando boa cicatrização do sítio e perfil de emergência mantido



Fonte: acervo do autor.

Figura 14 – Escaneamento intraoral - vista oclusal (A) e vista vestibular (B)

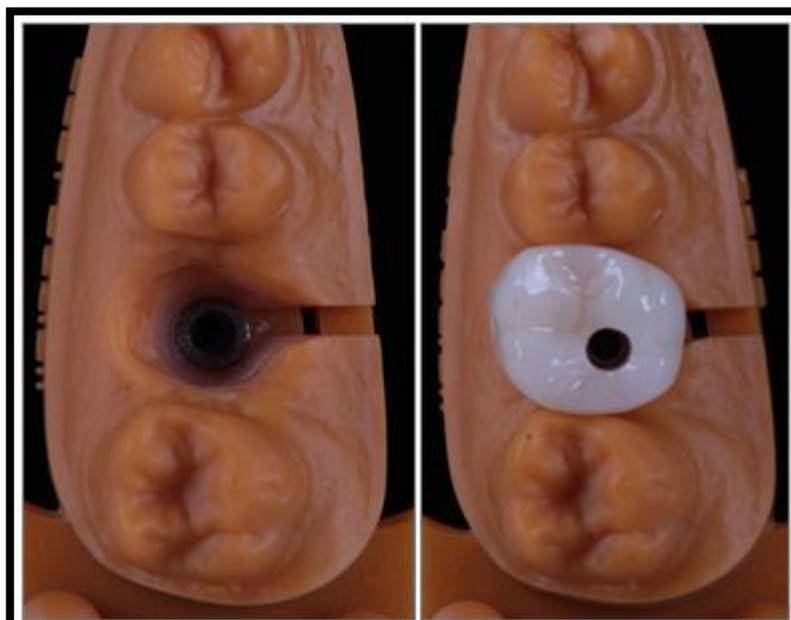


Fonte: acervo do autor.

Dessa forma foi possível constatar que o uso de cicatrizadores personalizados reduzem a necessidade de segunda cirurgia, mantém estética gengival e conforto do paciente (Bahaa et al. 2024; Matias et al., 2021; Alvarenga et al., 2020; Assada et al., 2019).

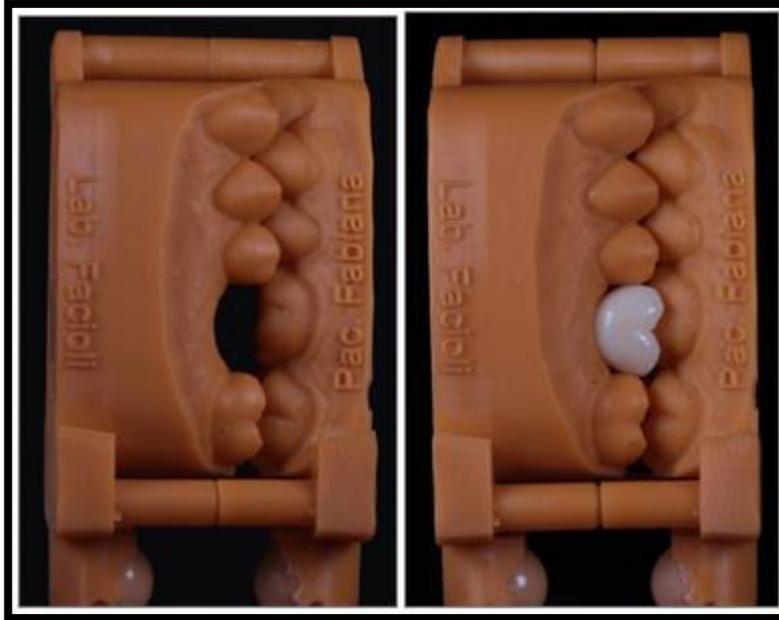
Na sétima consulta: instalação protética, a paciente retornou sete dias após o escaneamento com a coroa já confeccionada (figuras 15 e 16).

Figura 15 – Foto oclusal do modelo em resina sem e com coroa



Fonte: acervo do autor.

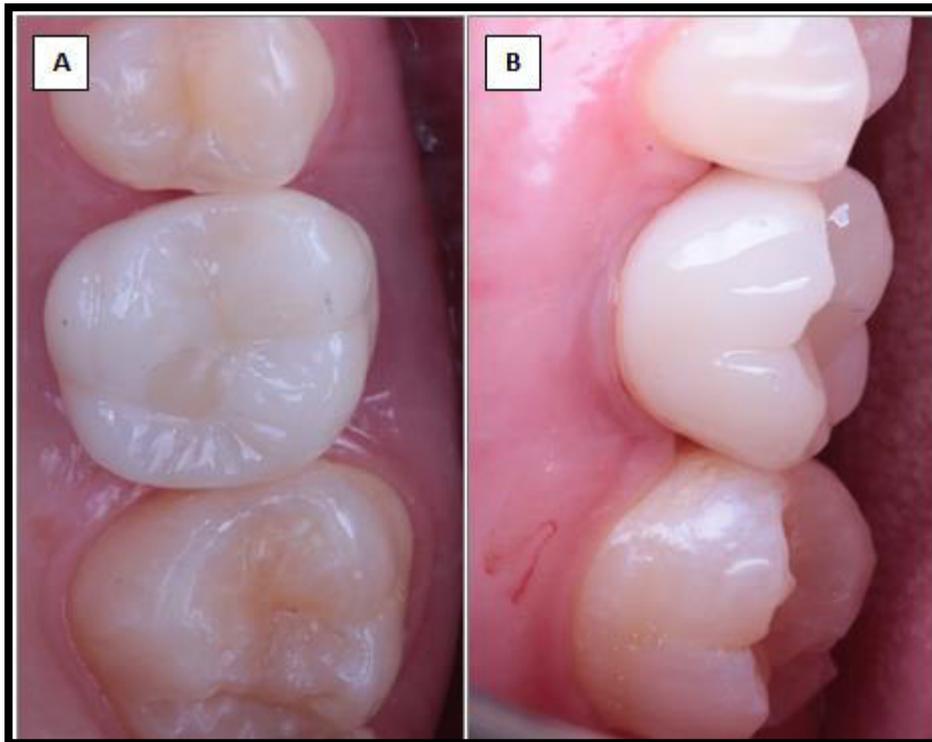
Figura 16 – Foto vestibular do modelo em resina sem e com coroa



Fonte: acervo do autor.

Nesta etapa, a instalação foi realizada sem intercorrências ou necessidade de ajustes (Figura 17), sendo relatado pela paciente conforto durante a oclusão.

Figura 17 – Foto oclusal (A) e foto vestibular (B) da coroa instalada



Fonte: acervo do autor.



Na oitava e última consulta: acompanhamento final realizado um mês após a instalação da coroa, a paciente retorna sem queixas. Seguiu-se em acompanhamento mensal por um período de três meses após a entrega da coroa, com exame de imagem e avaliação clínica.

Assim, esta etapa corrobora com Bahaa et al. (2024), destacando a importância do acompanhamento clínico das alterações na papila, mucosa queratinizada e crista óssea após 3 meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do relato clínico mostraram que a associação entre implante imediato, enxerto ósseo e cicatrizador personalizado resultou em adequada preservação dos tecidos duros e moles, manutenção do perfil de emergência e obtenção de bom resultado estético e funcional. O planejamento criterioso, envolvendo exames clínicos, radiográficos, tomográficos e laboratoriais, mostraram-se fundamentais para garantir previsibilidade e segurança ao procedimento. Além disso, o detalhamento técnico da cirurgia, incluindo instrumentação, protocolos de antisepsia, anestesia, preparo do sítio e materiais utilizados trouxe contribuições práticas pouco descritas na literatura.

Entre as lacunas preenchidas, destaca-se a descrição minuciosa de etapas clínicas frequentemente negligenciadas nos estudos revisados, como: a relevância de exames laboratoriais complementares no planejamento cirúrgico; protocolos completos de antisepsia e profilaxia medicamentosa; parâmetros técnicos de perfuração (velocidade, profundidade, instrumentação); detalhamento do preparo do cicatrizador personalizado e de sua função no condicionamento gengival.

Esses registros contribuem para a construção de protocolos clínicos mais seguros e reprodutíveis, oferecendo subsídios relevantes tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa em Implantodontia.

Assim, esse estudo evidenciou benefícios clínicos compatíveis com a literatura, confirmando estabilidade óssea e gengival; demonstrou preservação estética peri-implantar e funcionalidade adequada; identificou lacunas nos relatos publicados, especialmente quanto à descrição técnica e protocolos de biossegurança; e contribuiu para a discussão sobre a padronização de procedimentos envolvendo implante imediato



associado a enxerto ósseo e cicatrizadores personalizados.

Portanto, conclui-se que o implante imediato, quando bem planejado e associado a técnicas auxiliares como o enxerto ósseo e o cicatrizador personalizado, configura uma alternativa previsível, segura e vantajosa para a reabilitação oral, desde que embasada em protocolos clínicos claros e rigorosos.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. C. S.; MONTENEGRO, A. C.; TEMPONI, K. R. V.; PIMENTEL NETO, G. S. Preservação Tecidual Peri-Implantar em Implante Imediato Posterior com Cicatrizador Personalizado: Relato de Caso Clínico. *Revista Naval de Odontologia*, v. 47, n. 1, 2020.
- ARAÚJO, S.C.; ASSIS, L. C. F.; LAZARI, P. C.; SOUZA, J. A. C.; LELES, C. R. Reabilitação com Instalação de Implante Imediato em Região de Molar com Abordagem Alternativa de Osteotomia: Relato de Caso. *Rev Odontol Bras Central*, v. 28, n. 84, p. 23-25, 2019.
- ASSADA, F.; SILVA, R. S.; POLUHA, R. L. Cicatrizadores personalizados: relato de caso. *Rev Estomatol Herediana*, v. 29, n. 4. Oct-Dic, 2019.
- BAHAA, A.; BAHAA, A. M.; EL-BAGOURY, N.; KHALED, N.; IBRAHIM, A. M. Immediate Implants in Posterior Extraction Sites: A Case Series Applying the Dual-Zone Therapeutic Concept With a Three-Year Follow-Up. *Cureus*, v. 16, n. 2, e54890, 2024.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.
- MATIAS, K. B. VIANA, L.S.; SANT'ANA, L. L. P. A Importância dos Cicatrizadores Personalizados na Implantodontia Atual: Revisão de Literatura. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e428101523106, 2021.
- MEIJER, H. J. A.; RAGHOEBAR, G. M. Immediate Implant Placement in Molar extraction Sites: a 1-year Prospective Case Series Pilot Study. *International Journal of Implant Dentistry*, v. 6, n. 3, 2020.
- Prisma. 2020. "PRISMA Flow Diagram". Disponível em: www.prisma-statement.org.
- RAGUCCI, G. M.; ELNAYEF, B.; CRIADO-CÁMARA, E. DEL AMO, F. SL.; HERNÁNDEZ-ALFARO, F. Immediate Implant Placement in Molar Extraction Sockets: a Systematic Review and Meta-Analysis, *International Journal of Implant Dentistry*, v. 6, n. 40, 2020.
- SALMEN, F. S.; OLIVEIRA, M. R.; GABRIELLI, M. A. C.; PIVETA, A. C.G.; PEREIRA FILHO, V. A.; GABRIELLI, M. F. R. Enxerto Ósseo para Reconstrução Óssea Alveolar. Revisão de 166 casos. *Rev. Col. Bras. Cir.*, v. 44, n. 1, p. 033-040, 2017.



SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, v.11, n.1, p. 83-89, 2007.

SAMPAIO, V. P. R.; SILVA, D. F. B.; BARREIRO, F. M. P.; BRITO, H. B. S.; ANDRADE, F. J. P.; GOMES, D. Q. C. Implante Imediato Associado a Enxerto Xenógeno e Provisionalização Imediata em Área Infectada: Relato de Caso. *Arch Health Invest*, v. 9, n.5, p. 444-448, 2020.

SANTANA, D. C. P; DULTRA, F. K.A. A.; DULTRA, J. A.; OLIVEIRA, F. CORRÊA, M.P. Cicatrizador Personalizado em Implantes Imediatos: Relato de Caso. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v.39, n.2, p. 09-12, maio/agosto, 2018.

SCHULTE, W; HEIMKE, G. The Tübingen immediate implant. *Quintessenz*, v. 27, n.6, p. 17–23, 1976.

SCHULTE W; KLEINEIKENSCHIEDT, H; LINDNER K; SCHAR, ER. The Tübingen Immediate Implant In Clinical Studies. *Dtsch Zahnarztl Z*, v. 33, n. 5, p. 348–359, 1978.

VASCONCELOS, L. W.; HIRAMATSU, D. A.; PALECKIS, L. G. P.; FRANCISCHONE, C. E.; VASCONCELOS, R. C. B. Cicatrizadores Personalizados sobre Implantes Mediatos em Áreas de Molares: Preservando a Arquitetura Original dos Tecidos. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*. Edição em Português, v. 2, n. 2, 2017.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. 3. ed. California: Sage Publications, 2003.