

Considerações sobre a utilização dos implantes imediatos carregados em região estética – relato de caso

Considerations on the use of immediate loaded implants in aesthetic region – case report

Claudio Ferreira Nóia¹
Bruno Costa Martins de Sá²
Catarina Soares Silveira³
Maria Izabel Oliveira Figueiredo⁴
Sérgio Dias Garcia⁵

Resumo

A remoção de um elemento dentário resulta constantemente em defeitos ósseos que dificultam a instalação de um implante dentário, sendo que na grande maioria dos casos é necessária a realização de um enxerto óseo. Atualmente, os implantes imediatos representam uma opção viável e previsível para repor um elemento dentário que esteja condenado, possibilitando, na grande maioria dos casos, até mesmo o carregamento imediato do implante. No entanto, para se obter bons resultados com as implantações imediatas é necessário especial cuidado relacionado com o carregamento imediato do implante e também na preservação da tábua óssea vestibular remanescente. Sendo assim, no presente trabalho procurou-se relatar um caso clínico de implantação imediata, bem como discutir esses cuidados especiais que precisam ser tomados durante o ato operatório, para possibilitar a estabilidade dos resultados a longo prazo.

Descritores: Implantes dentários, materiais biocompatíveis, carga imediata em implante dentário, torque.

Abstract

The extraction of a tooth results in bone defects which hinder the installation of a dental implant, and requiring bone graft for most of the cases. Currently, immediate implants represent viable option to replace an impaired tooth and in most cases enable even the immediate loading of the implant. However, in order to be successful the immediate loading of implants must be carefully executed and preserve the remaining buccal bone plate. Thus, the present study sought to report a case of immediate implementation and to discuss these special cares that must be taken during surgery to enable stability of long-term results.

Descriptors: Dental implants, biocompatible materials, dental implant immediate loading, torque.

¹ Dr. em CTBMF – UNICAMP, Prof. – UNIARARAS/SP e CIODONTO/RO.

² Me. em Implantodontia – Ilapeo/PR, Prof. – CIODONTO/RO.

³ Especialista em Prótese Dentária – ABO/RO, Prof. – FIMCA, Aluna do Curso de Especialização em Implantodontia – CIODONTO/RO.

⁴ Ma. em Endodontia – SLMandic/SP, Aluna do Curso de Especialização em Implantodontia – CIODONTO/RO.

⁵ Especialista em Prótese Dentária – ABO/RO, Aluno do Curso de Especialização em Implantodontia – CIODONTO/RO.

E-mail do autor: claudioferreira2004@yahoo.com.br

Recebido para publicação: 10/01/2015

Aprovado para publicação: 13/04/2015

Como citar este artigo:

Nóia CF, Sá BCM, Silveira CS, Figueiredo MIO, Garcia SD. Considerações sobre a utilização dos implantes imediatos carregados em região estética – relato de caso. Full Dent. Sci. 2015; 6(23):167-175.

Introdução

A reabsorção do osso alveolar é uma alteração constante após as exodontias. Esta ocorre porque o processo alveolar tem a função de dar sustentação aos dentes, e perdida esta função, sua tendência é reabsorver gradativamente. Sabe-se também, que esta reabsorção é crônica, progressiva, irreversível e cumulativa, sendo mais rápida nos primeiros seis meses, e continua durante toda a vida do paciente^{3,4,8}.

Esse processo de reabsorção alveolar culmina constantemente em defeitos ósseos que inviabilizam a instalação de implantes dentários, tornando necessária a realização prévia de um enxerto ósseo¹¹⁻¹⁴.

Durante muitos anos, após o diagnóstico de que um dente encontrava-se condenado na cavidade oral, o mesmo era removido e após período entre 2 a 6 meses procedia-se com a realização de uma reconstrução óssea, caso não houve osso suficiente para implantação, o que era bastante comum^{1,7,21}.

No entanto, nos últimos anos houve uma mudança drástica neste paradigma, sendo que nos dias atuais, a implantação imediata, até mesmo com carregamento imediato, tem sido reportada na literatura como a melhor forma de tratamento^{10,19,22}.

Nesse sentido, estudos como os de Al-Sabbagh; Kutkut² (2015) e Chrcanovic et al.⁶ (2015) afirmaram que a colocação imediata do implante tem a capacida-

de de preservar as dimensões do alvéolo e que seu índice de sucesso é semelhante aos implantes colocados tardiamente ou sobre áreas reconstruídas.

A obtenção de bons resultados no campo das implantações imediatas, principalmente quando envolve carregamento imediato, requer conhecimento, embasamento e técnica por parte dos profissionais, entretanto, por se tratar de tema atual, o número de estudos é escasso, o que torna necessária e oportuna a publicação de trabalhos neste campo.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi relatar e discutir um caso de implantação imediata associada à utilização de biomaterial e carregamento imediato do implante.

Relato de caso

Paciente SR, gênero feminino, 46 anos de idade, procurou o curso de Especialização em Implantodontia para instalação de implante dentário. Durante anamnese a mesma não relatou histórico de trauma ou dado médico relevante. O exame clínico e tomográfico revelou que o dente 11 apresentava-se com mobilidade acentuada, perda óssea com manutenção de remanescente vestibular, fenótipo gengival favorável (espesso), presença de gengiva ceratinizada e posicionamento gengival adequado (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1 – Vista vestibular do elemento 11. Apesar da mobilidade acentuada, o fenótipo gengival é favorável (espesso) e o posicionamento gengival adequado, com presença de gengiva ceratinizada.



Figura 2 – Vista oclusal do elemento 11. Nota-se a manutenção da arquitetura alveolar, bem como a espiantagem do mesmo com resina composta junto ao dente 12.

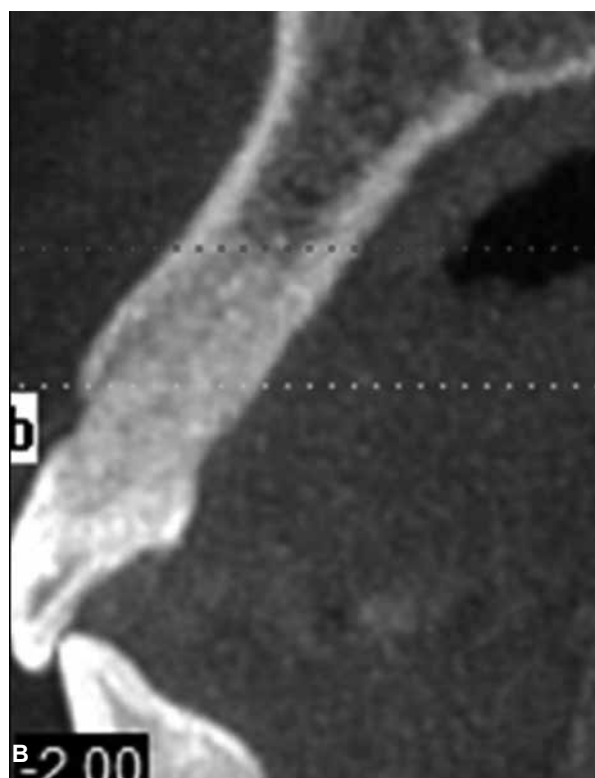
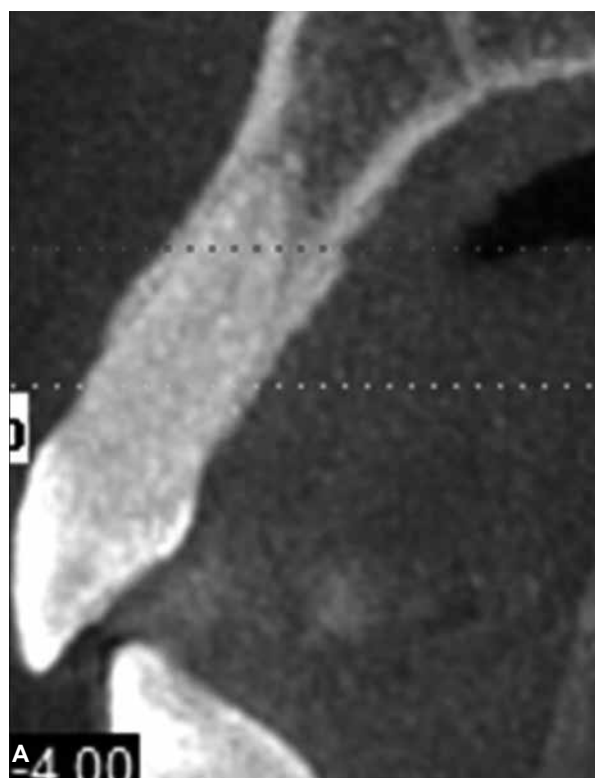


Figura 3 (A-B) – Cortes tomográficos evidenciando a manutenção da tábua óssea vestibular com espessura de aproximadamente 1 mm, bem como a existência de remanescente ósseo além da região apical do dente.

O plano de tratamento proposto foi a realização de remoção do elemento em questão, seguido de implantação imediata, preenchimento do *gap* vestibular com biomaterial e carregamento imediato do implante, caso se consiga travamento do implante superior a 30 Ncm.

A cirurgia foi iniciada pela remoção atraumática do elemento dental por meio de periótomos, visando

preservar ao máximo a estrutura alveolar remanescente (Figura 4).

Dando sequência ao procedimento cirúrgico, foi iniciada fresagem junto à tábua óssea palatina, para colocação de um implante cone morse de 3,5x16 mm (Drive, Neodent), sendo conseguido um travamento de 35 Ncm (Figuras 5-7).



Figura 4 – Extração atraumática do dente 11. Observe a preservação da estrutura alveolar e principalmente a manutenção da tábua óssea vestibular. Observa-se ainda que não foi realizada incisão na região das papilas ou abertura de retalho.



Figura 5 – Vista oclusal evidenciando a fresagem ancorada junto à face palatina do alvéolo. Isso é importante para que após a colocação do implante, exista um *gap* entre o mesmo e a tábua óssea vestibular, e que possa ser preenchido com biomaterial.



Figura 6 – Vista vestibular evidenciando o paralelismo da fresagem.

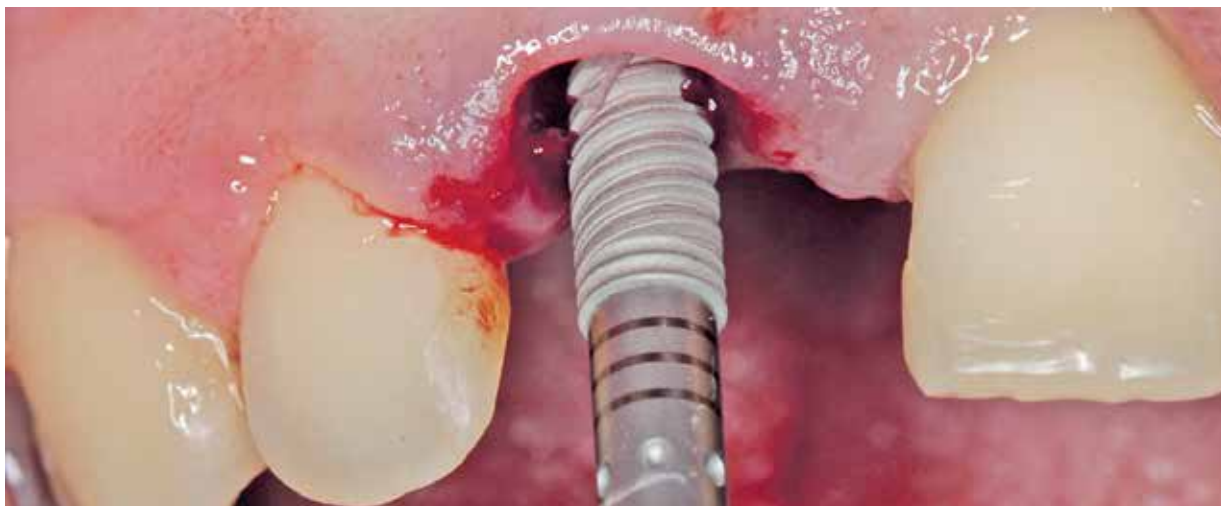


Figura 7 – Instalação do implante cone morse 3,5x16 mm (Drive, Neodent) com travamento de 35 Ncm, o que possibilita carregamento imediato.

Diante do travamento conseguido, procedeu-se com a colocação do munhão universal de 3,3x6x2,5, cujo objetivo foi possibilitar a cimentação de coroa provisória sobre o implante. Neste caso, foi optada pela utilização do próprio dente da paciente para ser cimentado como provisório (Figuras 8 e 9).

Em sequência, o *gap* que ficou entre a instalação palatinizada do implante e a parede óssea vestibular remanescente, foi preenchido com biomaterial osteocondutor (Lumina-Porous, Critéria) e a coroa do dente natural cimentada com resina composta, de forma a ficar livre de oclusão (Figuras 10-13).



Figura 8 – Munhão universal instalado e coroa do dente que será utilizada como provisório.



Figura 9 – Adaptação da coroa do dente sobre o munhão universal. Observa-se que a mesma fica colocada de forma semelhante ao que seria um dente totalmente natural.



Figura 10 – Preenchimento do *gap* vestibular com biomaterial osteocondutor (Lumina-Porous, Critéria).



Figura 11 – Nota-se que o preenchimento deve ser cuidadoso, de forma a deixar espaço para a colocação e cimentação da coroa provisória. A quantidade de material a ser utilizada deve ser suficiente para preencher adequadamente o espaço vestibular dando sustentação e estabilidade para o remanescente ósseo e tecidos moles da região.



Figura 12 – Vista vestibular do preenchimento do *gap* vestibular com o biomaterial. Observa-se que o preenchimento é suficiente para manter a arquitetura da tábua óssea e dos tecidos da região.



Figura 13 – Coroa do dente natural do paciente cimentada sobre o implante. Nota-se que a mesma deve ficar perfeitamente adaptada à região do sulco gengival, de forma que não é necessária sutura.

Decorrido o período de seis meses após o procedimento cirúrgico, pode-se observar a manutenção do ar-

cabouço e contorno gengival, bem como a estabilidade dos tecidos duros envolvidos (Figuras 14, 15 e 16).



Figura 14 – Vista vestibular do elemento 11 seis meses após a implantação e provisionalização. Nota-se a estabilidade dos tecidos moles, bem como o aspecto de saúde dos mesmos.



Figura 15 – Vista oclusal do elemento 11 seis meses após a implantação e provisionalização. Nota-se a manutenção do arcabouço gengival e a saúde dos tecidos da região.

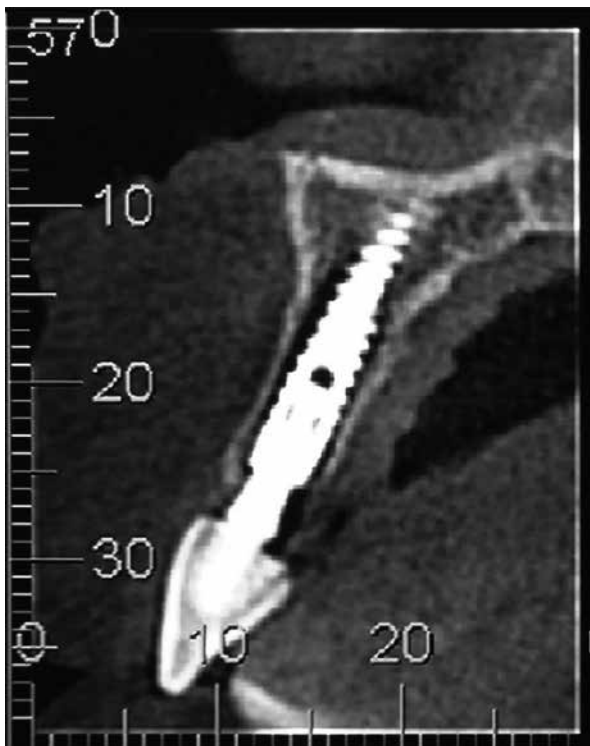


Figura 16 – Corte tomográfico do elemento 11 seis meses após o procedimento. Nota-se a manutenção da tábua óssea de 1 mm, bem como o espaço radiolúcido entre 1 e 2 mm que corresponde a região que foi preenchida com biomaterial.

Discussão

A Implantodontia moderna que vivemos na atualidade tem por objetivo restituir ao paciente a função mastigatória, conforto, estética e fonética, independentemente da existência de atrofia, doença ou lesão do sistema estomatognático^{15,18,20}. Nesse sentido, a reabilitação oral por meio de implantes dentários é considerada a melhor forma de reposição de um elemento dentário perdido.

Entretanto, o alcance de bons resultados funcionais e estéticos, a obtenção de estabilidade a longo prazo, principalmente quando se trata de casos mais complexos como as implantações imediatas, representam um verdadeiro desafio aos profissionais, mesmo nos dias de hoje^{5,9,16}.

Nos últimos anos, houve grandes avanços neste campo, e com isso as implantações imediatas ganharam força, sendo que atualmente estas representam uma excelente forma de reposição dentária, possibilitando mínima invasividade, menor tempo de duração do tratamento, maior conforto ao paciente, estabilidade dos tecidos moles e duros da região, e até mesmo o carregamento imediato do implante, com perfil estético adequado^{10,19,20}.

No presente caso clínico foi realizada remoção do elemento dentário condenado e colocação imediata do implante, com carregamento imediato do mesmo, e foi

realizado também o preenchimento do *gap* vestibular com material osteocondutor, conforme recomendado por alguns autores^{2,6,17}. Ainda de acordo com esses autores, o carregamento imediato do implante deve ser realizado sempre que conseguido travamento adequado (superior a 30Ncm), pois isso possibilita a preservação de toda estrutura e arquitetura cervical do alvéolo, dando aspecto de saúde e naturalidade aos tecidos envolvidos.

Outro fator importante a ser discutido é o preenchimento do *gap* vestibular com material osteocondutor, sendo este fato essencial para a estabilidade dos resultados ao longo dos anos. Primeiramente, é necessário entender que a tábua óssea vestibular nativa, que possui aproximadamente 1 mm de espessura, tende a se reabsorver com o passar dos meses, caso não seja realizado nenhum tipo de preenchimento^{2,8,10}. E sabe-se hoje, que a tábua óssea vestibular de um implante em área estética, deve apresentar idealmente 2 mm ou mais de espessura, para garantir, desta forma, a estabilidade dos resultados^{2,6,10,17}.

Sendo assim, conforme foi realizado no caso clínico relatado neste artigo, a fresagem para instalação do implante deve ser realizada de forma palatinizada, buscando preservar o 1 mm de tábua óssea nativa existente e possibilitar que após a colocação do implante, exista um espaço igual ou superior a 1 mm entre as roscas do implante e a tábua óssea preservada, para ser preenchido com biomaterial^{2,17}. Desta forma, teremos uma tábua óssea igual ou superior a 2 mm, o que de acordo com a literatura é essencial para o sucesso, previsibilidade e estabilidade^{2,6,8,10,17}.

O entendimento de quando e como realizar o carregamento imediato do implante, bem como a necessidade de preenchimento do *gap* vestibular com material osteocondutor em todos os casos, tornou os resultados com as implantações imediatas previsíveis, seguros e duradouros, passando a fazer parte da rotina dos profissionais da Implantodontia.

Considerações finais

As implantações imediatas representam hoje a melhor forma para repor um elemento dentário que esteja condenado, e a realização de carregamento imediato do implante, bem como o preenchimento do *gap* vestibular com material osteocondutor, são fatores essenciais para a estabilidade dos resultados ao longo dos anos.

Referências

1. Acocella A, Bertolai R, Nissan J, Sacco R. Clinical, histological, and histomorphometric evaluation of the healing of mandibular ramus bone block grafts for alveolar ridge augmentation before implant placement. *J Cranio-Maxillo-Fac Surg.* 2010; 38(2):22-30.
2. Al-Sabbagh M, Kutkut A. Immediate implant placement: surgical techniques for prevention and management of complications. *Dent Clin North Am.* 2015; 59(1):73-95.

3. Ashman A, Bruins P. Prevention of alveolar bone loss postextraction with HTR grafting material. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1985; 60:146-53.
4. Atwood DA. Reduction of residual ridges: a major oral disease entity. *J Prosthet Dent.* 1971; 26:266-79.
5. Block MS, Kent JN, Kallukaran FU, Thunthun K, Weinberg R. Bone maintenance 5 to 10 years after sinus grafting. *J Oral Maxillofac Surg.* 1998; 56:706-14.
6. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants inserted in fresh extraction sockets versus healed sites: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2015; 43(1):16-41.
7. Cordaro L, Torsello F, Accorsi Ribeiro C, Liberatore M, Mirisola di Torresanto V. Inlay-onlay grafting for the three-dimensional reconstruction of the posterior atrophic maxilla with mandibular bone. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010; 39:350-7.
8. Hjorting-Hansen E, Adawy AM, Hillerup S. The pattern of postoperative bone resorption following mandibular vestibulolingual sulcoplasty with free skin graft. *J Oral Maxillofac Surg.* 1983; 41:358-64.
9. Kuhl S, Brochhausen C, Gotz H, Filippi A, Payer M, d'Hoedt B, et al. The influence of bone substitute materials on the bone volume after maxillary sinus augmentation. A microcomputed tomography study. *Clin Oral Investig.* 2013; 17(2):543-51.
10. Lemes HD, Sartori IA, Cardoso LC, Ponzoni D. Behaviour of the buccal crestal bone levels after immediate placement of implants subjected to immediate loading. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2014. no prelo.
11. Mazzone R. Reconstruções em Implantodontia: Protocolos clínicos para o sucesso e previsibilidade. Nova Odessa, Napoleão. 2008.
12. Mazzone R, Chaves Netto HDM, Nascimento FFAO, Ortega-Lopes R, Nôia CF. Enxertos ósseos em Implantodontia. Nova Odessa, Napoleão. 2012.
13. Nôia CF, Chaves Netto HDM, Ortega-Lopes R, Rodríguez-Chessa JG, Mazzone R. Uso de enxerto ósseo autógeno nas reconstruções da cavidade bucal. Análise retrospectiva de 07 anos. *Rev Port Estomatol Cir Maxillofac.* 2009; 50(4):221-5.
14. Nôia CF, Rodríguez-Chessa JG, Chaves Netto HDM, Ortega-Lopes R, Mazzone R. Relación entre éxito y fracaso en los procedimientos implantológicos: Análisis retrospectiva de 06 años. *Acta Odontol Venezolana.* 2010; 48(4):01-06.
15. Pereira-Filho VA, Hochuli-Vieira E, Gabrielli MAC, Queiroz TP, Chávez OFM. Distração osteogênica mandibular para instalação de implantes: relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2007; 7(1):51-58.
16. Richart D, Slater JJ, Meijer HJ, Vissink A, Raghoobar GM. Maxillary sinus lift with solely autogenous bone compared to a combination of autogenous bone and growth factors or (solely) bone substitutes. A systematic review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2012; 41(2):160-7.
17. Rieder D, Eggert J, Krafft T, Weber HP, Wichmann MG, Heckmann SM. Impact of placement and restoration timing on single-implant esthetic outcome - a randomized clinical trial. *Clin Oral Implants Res.* 2014. no prelo.
18. Rodríguez-Chessa JG. Tratamento de maxilas atroficas por meio de fixações zigomáticas. Análise retrospectiva de 03 anos [Tese]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
19. Ryu HS, Namgung C, Lee JH, Lim YJ. The influence of thread geometry on implant osseointegration under immediate loading: a literature review. *J Adv Prosthodont.* 2014; 6(6):547-54.
20. Stabile GAV. Avaliação retrospectiva de oito anos dos procedimentos implantodônticos associados ou não a procedimentos reconstrutivos realizados na Área de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. [Dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
21. Triplett RG, Schow SR. Autologous bone grafts and endosseous implants: complementary techniques. *J Oral Maxillofac Surg.* 1996; 54:486-94.
22. Wentaschek S, Scheller H, Schmidtman I, Hartmann S, Weyhrauch M, Weibrich G, et al. Sensitivity and specificity of stability criteria for immediately loaded splinted maxillary implants. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2014; no prelo.