

**FACSETE**  
**PÓS GRADUAÇÃO EM IMPLANTODONTIA**

**IMPLANTE IMEDIATO**  
**VANTAGENS E INDICAÇÕES**

**VITÓRIA DA CONQUISTA**

**2014**

**FACSETE**

**PAULO CEZAR DE ASSIS CORRÊA**

**IMPLANTE IMEDIATO**

**VANTAGENS E INDICAÇÕES**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Implantodontia na FACSETE, com o objetivo de obter o título de Especialista em Implantodontia.

**VITÓRIA DA CONQUISTA**

**2014**

PAULO CEZAR DE ASSIS CORRÊA

## **IMPLANTE IMEDIATO**

### **VANTAGENS E INDICAÇÕES**

Trabalho apresentado ao curso de Especialização em Implantodontia na FACSETE, com o objetivo de obter o título de Especialista em Implantodontia.

---

Prof(a).Dr Cláudio Rômulo Comunian

---

Prof(a).Milton D'almeida Ferreira Neto

---

Prof(a)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade da vida , a minha família que mesmo nos momentos mais difíceis estiveram ao meu lado zelando por mim ,as minhas filhas Gabriela e Brenda onde em apenas um olhar já sobrava motivos para seguir sempre em frente, a minha esposa Gladys que sempre que me ausentava absorvia todos os problemas para que não perdesse meu foco e direcionamento , aos meus amigos de turma nos quais foram de suma importância na execução de nossas tarefas , e enfim aos nosso professores Cláudio e Milton que com muita competência e paciência nos tornaram capazes de mudar o sorriso e a vida de muitas pessoas.

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho à minha família, meus amigos, toda equipe da ABEPO ,e em especial ao Dr Cláudio Comunnian e o Dr Milton Neto que fizeram desse projeto uma realização para todos nós.**

## RESUMO

A colocação de implantes imediato após exodontia representa uma técnica viável de reabilitação por apresentar as vantagens de eliminar alguns meses de espera para ossificação do alvéolo, possível manutenção da altura e largura do osso alveolar, manutenção e regeneração dos tecidos moles, redução dos procedimentos cirúrgicos e resultados estéticos imediatos, pelo uso de restaurações provisórias. Diante destas vantagens e das elevadas taxas de sucesso alcançadas com os implantes imediatos, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o implante imediato, bem como suas vantagens e indicações.

**Palavras-chave:** Exodontia, Implante Imediato, Restauração.

## ABSTRACT

The placement of implants immediately after extraction is a viable technique for rehabilitation present the advantages of eliminating wait several months for the alveolar ossification, can maintain the height and width of the alveolar bone maintenance and regeneration of soft tissues, reduction of surgical procedures and immediate aesthetic results, the use of provisional restorations. Given these advantages and the high success rates achieved with immediate implants, the aim of this study was to review the literature on immediate implantation, as well as their advantages and indications.

**Keywords:** tooth extraction, Immediate Implant, Restoration.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>02</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>04</b>
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>05</b>
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>17</b>
<b>6 .REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>18</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A ósseointegração permitiu na área da implantodontia constantes modificações desde os primeiros critérios estabelecidos por Bränemark na década de 60. As técnicas desenvolvidas para reabilitar indivíduos edêntulos totais ou parciais, têm possibilitado restaurar dentes extraídos de maneira cada vez mais previsível, rápida, eficiente e confortável para os pacientes. Tais técnicas são fundamentadas em diversos estudos e evidências científicas sólidas (ATIEH, 2009).

Nos primórdios os implantes eram realizados para reabilitação de áreas edêntulas seguindo protocolos já estabelecidos, podendo ser instalados após 2 a 4 meses depois extração dos dentes. O longo tratamento e a necessidade da utilização de próteses provisórias, removíveis ou não, durante a fase de remodelação e reparo tornam-se um grande inconveniente para alguns pacientes (CAUDURO, 2009).

Novos protocolos cirúrgicos e protéticos levaram ao surgimento de técnicas inovadoras, tornando-as menos traumáticas, estáveis e com resultados estéticos satisfatório, para o aprimoramento dos implantes, proporcionando aumento da sua estabilidade primária e secundária (CHRISTOPHER, 2005).

Na implantodontia atual, uma prática que tem sido utilizada para substituir dentes ausentes é o uso de implantes osseointegrados, cirurgicamente implantados no osso alveolar recém-extraído. O uso de implantes em áreas específicas constitui-se uma ferramenta restauradora eficiente e um crescente número de profissionais tem lançado mão desta forma de tratamento (BUSTAMANTE, 2005). Acompanhando esta evolução, caracterizada por altos índices de sucesso, progressos no tratamento e técnicas inovadoras, novos protocolos cirúrgicos e protéticos vêm sendo desenvolvidos, com técnicas cirúrgicas menos traumáticas, objetivando resultados estéticos satisfatórios precoces e estáveis (OLIVEIRA, 2008).

A busca pelo conhecimento dos fenômenos biológicos que ocorre após a extração dentária é fundamental para optar-se por manobras de preservação ou de reconstrução do rebordo alveolar, caso a implantação imediata não seja possível, já que a instalação tardia do implante pode resultar em consequências estéticas desfavoráveis, visando minimizar possíveis deficiências na altura da papila interproximal e da margem gengival (THOMÉ, 2007).

Portanto, esta revisão de literatura tem como objetivo buscar os conhecimentos científicos atuais sobre implantes imediatos, suas diversas vantagens em relação a uma carga tardia determinando suas aplicações clínicas.

## **2. METODOLOGIA**

Durante a revisão de literatura, foram utilizados livros texto, artigos científicos e monografias, em língua inglesa e portuguesa, dos últimos 10 anos e incluindo artigos clássicos utilizando os seguintes descritores: Implantodontia, Implantes Imediatos e Reabilitação Oral. Os artigos foram obtidos por meio da consulta a sites especializados da internet como BVO (biblioteca virtual de odontologia) Bireme, Scielo e Pubmed para uma análise histórica, bem como dos princípios que regem a utilização de carga imediata em implantes dentais.

Assim foram selecionados e analisados, de forma descritiva, 17 artigos conforme o critério de inclusão.

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Na década de 70, em 1977, especialmente a partir do trabalho pioneiro de Per-Ingvar Brånemark, os implantes dentários começam a apresentar os índices de sucesso tornando-se uma alternativa confiável para reposição de perdas dentais. Brånemark estudou as propriedades de ancoragem do titânio ao tecido ósseo humano, diretamente, sem interposição de camada fibrosa, e cunhou o termo osteointegração. O protocolo colocava ênfase especial em seis fatores: material do implante, desenho do implante, acabamento do implante, condições do osso, técnica cirúrgica e condições de carga sobre o implante, sendo, este último, fator considerado crítico (CHRISTOPHER, 2005 e GOMES JUNIOR, 2007).

Anteriormente ao desenvolvimento do conceito de osteointegração, os implantes eram normalmente submetidos à carga imediata. Eles não tinham uma boa estabilidade primária e isso impedia a osteointegração, provocando um grande número de complicações e falhas, não sendo adepta pela comunidade odontológica (ROSA, 2008).

Com alguns colaboradores (Albrektsson Adell) Brånemark (et.al, 1981), em 1981, desenvolveu a técnica de implantação em dois estágios, criando os componentes do sistema de implantes e até o instrumental necessário à inserção. O primeiro estágio instala-se um implante inerte e esterilizado com o mínimo trauma possível. O osso cicatriza ao redor do implante por, no mínimo, três meses sem ter contato com a cavidade bucal. Após este período, a gengiva da região do implante é novamente incisada e pilares são conectados à cabeça do implante para a adaptação da prótese (OLIVEIRA, 2008).

No início da década de 80, entretanto o International Team of Oral Implantology (ITI) considerou que a submersão dos implantes não é um pré-requisito para a osteointegração e desenvolveu um procedimento de estágio único para colocação dos implantes. O sistema ITI tem-se mostrado clinicamente bem-sucedido até o presente momento (KAN, 2003).

Essa nova concepção fez surgir, na década de 90, outros tratamentos baseados na implantação em um único estágio cirúrgico, com aplicação imediata de carga. E, em meados dos anos 90, o Centro de Reabilitação Brånemark, desenvolveu o sistema Novum, baseado no conceito de inserção com carga imediata (REGIANINI, 2010). Entretanto, o conceito tradicional de aguardar alguns

meses até a osteointegração ainda é vigente e largamente utilizado. Nesse caso, mantém-se uma prótese removível sobre o implante, minimizando o contato com a mucosa que o recobre, para evitar trauma oclusal (CARVALHO, 2006).

Além desses requisitos, Buser (1997) e Froum (2005) estabeleceram alguns critérios que devem ser obedecidos para se obter osseointegração quando da utilização do protocolo Brånemark (ATIEH, 2009): a) a fresagem e a inserção do implante devem ser realizadas com técnica minimamente traumática, evitando o aquecimento do osso durante a preparação do sítio receptor; b) ao término da inserção do implante, deve estabilizar igual à forma inicial; c) cargas funcionais não podem ocorrer durante o período de cicatrização de três a seis meses (REGIANIN, 2010).

Com o rompimento do protocolo original foi proposto à instalação de implantes no interior de alvéolos imediatamente à extração dentária, como forma de se evitar a reabsorção óssea alveolar e, desta forma, maximizar a quantidade de osso disponível para a osseointegração. Com isso haveria também um melhor desenvolvimento estético e funcional das próteses sobre os implantes (BUSTAMANTE, 2005).

Segundo Rosa (2008) o Implante Imediato é instalado imediatamente após a extração dentária. O meio mais eficaz de preservar tecidos moles e duros após exodontia é a imediata instalação de implantes. Além de reduzir o número de intervenções cirúrgicas e o tempo de tratamento, a inserção de implantes em alvéolo fresco pode promover uma cicatrização mais rápida e efetiva.

O primeiro implante realizado após extração foi chamado de “implante imediato”, ocorreu em 1978 (MALÓ, 2003). As próteses imediatas conseguem devolver ao paciente, de forma rápida, a função e a estética, além de permitir visualizar com antecedência possíveis dificuldades na realização da prótese definitiva (VIEIRA, 2003).

A crista alveolar pode reabsorver cerca de 45% após a extração dentária, com maior intensidade nos primeiros seis meses, através de uma cascata de eventos biomecânicos e histológicos complexos que ocorre durante o processo de cicatrização de uma exodontia, provocando mudanças morfológicas e fisiológicas da região (ROSA, 2009). Estas mudanças podem ser reduzidas através do uso de técnicas de preservação do alvéolo, como a utilização de uma técnica atraumática de exodontia, enxertos de tecido duro e mole, ademais da utilização de uma

membrana de regeneração óssea para estabilização do enxerto ósseo. Os alvéolos, que não sofreram alterações estruturais das paredes ósseas e do contorno gengival, podem receber implantes imediatos; nas situações que existam alterações dos tecidos duros, são usadas técnicas de recuperação o regeneração do alvéolo, para posteriormente, em uma segunda etapa, instalar o implante (GOMES JUNIOR, 2007).

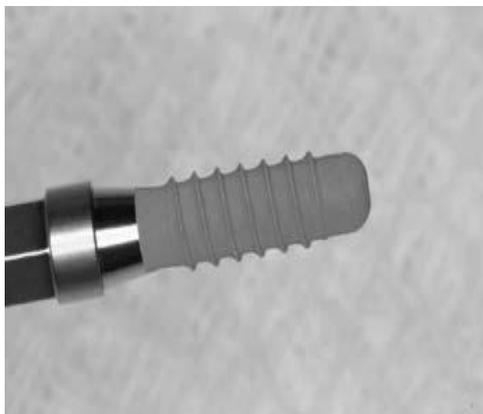
A colocação imediata do implante após exodontia pode ajudar a preservar a dimensão do osso alveolar, permitindo a instalação de implantes mais longos, de diâmetros maiores e melhorando a relação coroa-implante (MALÓ, 2003). Como resultado, a superfície de contato osso-implante aumenta, diminuindo a quantidade de força causada pela carga oclusal na interface osso-implante e atingindo uma melhor taxa de sucesso (MORAES JÚNIOR, 2012).



Rx mostrando fratura



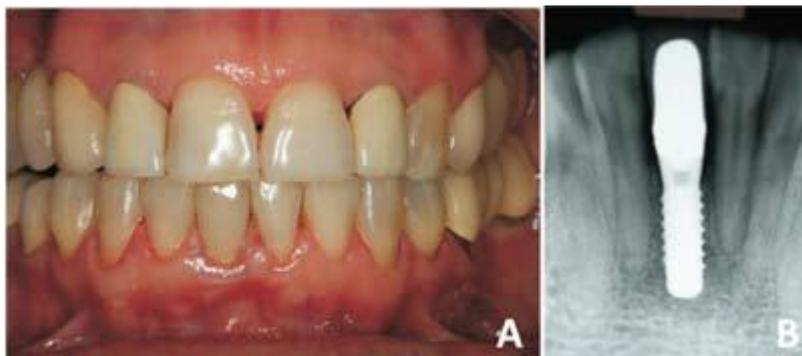
Alveolo após exodontia



Implante 3.3 strauman



Inserção do implante



Na imagem "A" resultado final após 6 meses, em B imagem radiográfica após 6 meses.( imagens de Primo et.al )

A estabilidade inicial do implante imediato é um dos fatores principais para a sobrevida do implante. Para tanto, a técnica de fresagem deve ser realizada de modo a conseguir estabilidade do implante no terço apical do alvéolo, sendo obtida com a utilização de implantes cônicos por se assemelharem ao formato da raiz, e com superfície tratada (OLIVEIRA, 2008).

Em relação ao sítio para instalação de implantes imediatos, não há evidências de que a colocação de implantes em alvéolos frescos deva ser restrita a áreas específicas da maxila ou mandíbula. Muitos estudos têm demonstrado previsibilidade de resultados em ambas às arcadas, sem diferenças significativas na profundidade de sondagem ou no nível radiográfico da crista óssea (GOMES JUNIOR, 2007).

O implante imediato elimina a espera de vários meses da calcificação do alvéolo, manter a dimensão alveolar, reduzir o tempo de edentulismo, reduzir o custo do tratamento e aumenta a aceitação do paciente, prevenir o início da perda óssea, permitindo a instalação de implantes mais largos e mais longos, preservação óssea (melhorando a relação coroa-implante) e uma diminuição no número de procedimentos cirúrgicos. Como resultado, o potencial da área de superfície óssea-implante é aumentado para obter sucesso. Preservação da altura e da espessura do osso alveolar, além da redução do tempo e do custo de tratamento (BUSTAMANTE, 2005).

O tempo total de tratamento é reduzido, bem como a reabsorção óssea, especialmente na parede vestibular. Menor reabsorção óssea evita formação de uma concavidade vestibular geralmente vista após extrações e oportunizam a possibilidade de instalar o implante em uma posição ótima. O volume ósseo é suficiente para se conseguir estabilidade inicial e o implante pode ser instalado em

uma posição idêntica e com a mesma inclinação do dente que ele está substituindo (THOMÉ, 2007).

A involução do osso alveolar inicia-se logo após a perda da unidade dentária, com redução tanto na qualidade quanto na quantidade de tecidos duro e mole. Quando extrações dentárias são realizadas de forma atraumática, em que as quatro paredes ósseas são preservadas, primeiramente um coágulo sanguíneo preenche todo o alvéolo. Após 04 dias, tecido conjuntivo jovem e epitelização estão presentes no alvéolo (SOUZA NETO, 2012).

O tecido de granulação em formação libera mediadores, como o Fator de Crescimento de Fibroblastos (FGF) e o Fator de Crescimento de Tecido Conjuntivo (CTGF), que modulam a migração das células sanguíneas e mesenquimais, fornecendo o fator principal para a cicatrização: o suprimento sanguíneo. Após 7 dias toda a área é preenchida por tecido de granulação e a matriz osteóide (colágeno tipo I) é evidente na base do alvéolo. Por volta do 280 dias o alvéolo é preenchido completamente por osso (SILVA, 2009).

Após a exodontia, a maior parte do osso cortical é substituída por osso medular, com marcante redução nas dimensões vestibulolingual e apicocoronal. Esta redução ocorre de forma mais acentuada na região anterior da maxila, devido a pouca espessura da cortical vestibular, podendo criar uma discrepância desfavorável entre o implante e a prótese (MORAES JÚNIOR, 2012).

Com isso, a manutenção deste osso já com espessura reduzida ao longo dos anos pode não ocorrer, sendo comum o aparecimento de defeitos ósseos. Nesses casos, durante a cicatrização alveolar, uma média de 40% a 60% da altura e espessura óssea original é esperada ser perdida fisiologicamente, com maior perda dentro dos primeiros 2 anos (REGIANINI, 2010).

Carvalho (2006) relata que o índice de reabsorção óssea ou perda de tecido mole no rebordo diminui significativamente com a instalação de implantes imediatos, que atuam sustentando e estimulando a osteogênese no alvéolo dentário, e desencadeiam resultados funcionais e estéticos satisfatórios.

Como uma potencial área para implante imediato, o dente indicado a ser extraído deve apresentar no mínimo 5mm de osso além do ápice e ao menos 12mm de altura e 5mm de espessura óssea. Os casos em que o dente não possui parede óssea vestibular, como defeito “sem parede” e/ou dentes com lesões apicais, devem ser excluídos (VIEIRA, 2003).

A cicatrização do alvéolo, pós-extração, ocorre após a substituição do coágulo inicial por tecido de granulação (conjuntivo), que posteriormente é substituído pela formação de osteóide, que se origina da periferia do alvéolo. O trabeculado ósseo gradualmente se forma para preencher o alvéolo (SILVA, 2009).

O sucesso do uso da técnica de implantes imediatos dependerá de um diagnóstico preciso e o estabelecimento de um plano de tratamento. Deve-se avaliar a história médica e odontológica, a fotografia clínica, o modelo de estudo, as radiografias periapical e panorâmica, assim como a tomografia computadorizada ou tomografia linear da região a ser implantada (MALÓ, 2007).

Antes de se iniciar o tratamento com implantes imediatos é necessário observar a morfologia óssea, o tipo periodontal, o nível da crista óssea interproximal, a linha de sorriso e a morfologia do tecido gengival (superfície, desenho), bem como a análise da distância interimplante, da existência de ponto de contato e do nível do osso interproximal (CARVALHO, 2006).

É de fundamental importância avaliar o periodonto da região antes da exodontia, sendo necessários alguns pré-requisitos para que a implantação imediata seja indicada, como a extensão da reabsorção óssea, a morfologia do defeito ósseo e se o posicionamento do implante proporcionará angulação ideal para a finalização do trabalho com uma restauração esteticamente aceitável; controle da quantidade de carga, a densidade óssea, a superfície do implante, bem como a própria técnica cirúrgica (THOMÉ, 2007).

Segundo Rosa (2008) e Vieira (2003) a instalação de implantes imediatos está indicada quando existe uma parede alveolar intacta com os tecidos moles e duros saudáveis, livres de patologias <sup>(13)</sup> e todas situações clínicas em que o dente está perdido e que o osso remanescente oferece condições de receber e estabilizar o implante. As situações mais encontradas são fraturas de raízes, lesões perirradiculares de origem endodôntica, lesões periodontais, traumatismos e lesões cariosas verticais além da margem óssea, ou seja, a substituição de dentes com patologias sem possibilidade de tratamento.

Outros critérios de inclusão para implante imediato são: a) ausência de fatores locais ou sistêmicos que poderiam inibir o processo de cicatrização da osseointegração; b) presença de pelo menos 4mm de osso além do ápice para garantir a estabilidade primária do implante; c) implante instalado dentro dos limites

do alvéolo e aceitar assinar um termo de consentimento informado (SILVA, 2008 E SOUZA NETO, 2012).

Na avaliação radiográfica, devem ser considerados fatores como disponibilidade óssea, formato do osso, qualidade, espessura e altura óssea. Recomenda-se 4-5 mm de espessura óssea na crista e 10 mm ou mais da crista ao canal mandibular. A altura do osso interproximal deve ser de 5 mm ou menos do ponto de contato do dente adjacente. Quanto maior for a distância do ponto de contato interproximal até a crista óssea, menor será a possibilidade de formação da papila interproximal. A etapa final do planejamento deve incluir a confecção do guia cirúrgico (MORAES JÚNIOR, 2012).

A previsibilidade dos implantes imediatos é baseado na manutenção da integridade dos tecidos de suporte durante a exodontia. Para manter estável o nível gengival, as cristas ósseas, em especial das faces vestibular e interproximais, devem ser preservadas durante o procedimento (SILVA, 2009). Para a realização deste tipo de procedimento, sem comprometer as paredes do alvéolo, devem ser utilizados instrumentos delicados como periótomos, mini alavancas ou, em algumas situações, fórceps atraumáticos (ROSA, 2009).

Geralmente a exodontia é o procedimento que requer mais tempo e cuidado na técnica de implante imediato. Deve ser realizada de forma a preservar as estruturas adjacentes, principalmente a parede óssea vestibular do alvéolo maxilar, que, além de ser delicada, exerce grande influência na previsibilidade do resultado estético (SOUZA NETO, 2012).

O deslocamento dos tecidos moles, durante um procedimento cirúrgico, compromete o suprimento sanguíneo para o osso, o que pode, inclusive, acarretar perda das papilas interdentais. A ausência de incisões e de retalho de espessura total evitam perdas ósseas marginais e recessões, o que representa ganho biológico para os tecidos adjacentes, além de ser um fator determinante para o bom pós-operatório cirúrgico (CARVALHO, 2006).

Quando a unidade dental for removida, o alvéolo deve ser desbridado de forma cuidadosa, para remoção do tecido de granulação e fibras do ligamento periodontal. As paredes do osso alveolar devem ser decorticadas para facilitar a repopulação local por células osteoprogenitoras oriundas do endóstio e uma cureta é usada para explorar a presença e localização das tábuas vestibular e palatina (GOMES JUNIOR, 2007).

O guia cirúrgico é então colocado em posição e a broca cirúrgica é utilizada perfurando a tábua óssea palatina do alvéolo dentário. Na região anterior da maxila é importante evitar a instalação do implante no longo eixo do alvéolo devido a possibilidade de causar perfuração na tábua vestibular do alvéolo, comprometendo a sobrevivência do implante. O eixo do implante deve ter como referência a borda incisal do dente adjacente e estar ligeiramente inclinado para palatina (MORAES JÚNIOR, 2012).

Desta forma, a morfologia do alvéolo residual pós-exodontia pode complicar o ideal posicionamento do implante em alvéolos frescos. Se o dente extraído tiver significativa curvatura da raiz ou dilaceração, a instalação do implante na posição do ápice do dente culminará em estética insatisfatória. Para superar a dificuldade devido à curvatura da raiz em alvéolos frescos (OLIVEIRA, 2008).

Após constatação da presença de dilaceração radicular, a primeira fresagem para instalação do implante deve ser realizada com 1000 rpm, no ângulo da parede axial do alvéolo. O ponto preciso da entrada da broca e a angulação empregada, estão em função da relação da morfologia do alvéolo dentário com a posição final desejada para o implante. A pressão da broca deve ser aplicada apicalmente e lateralmente até a broca alcançar a estabilidade apical desejada, evitando a posição alveolar original, determinada pelo dente extraído. O implante deve ser instalado na posição ideal para reabilitação (MORAES JÚNIOR, 2012).

De acordo com Cauduro (2009), em área estética, a plataforma do implante deve estar no mínimo 3 mm apical a uma linha imaginária que conecta a junção cimento-esmalte dos dentes adjacentes, e apical à crista interproximal. Este procedimento pode assegurar um adequado perfil de emergência e facilitar a restauração. O torque de 40 Ncm na fresa pode também ser um bom indicador da estabilidade inicial do implante. Torque excessivo não deve ser aplicado ao implante devido ao risco de comprimir excessivamente o osso adjacente, resultando em necrose óssea e perda do implante.

Algumas complicações, culminado ou não na perda do implante, podem estar presentes antes, durante ou após a instalação do implante em alvéolos frescos, dentre eles: a diminuição em altura óssea, relacionada principalmente à utilização de próteses provisórias imediatamente após cirurgia. Para minimizar este problema os autores aconselharam o uso de próteses fixadas nos dentes adjacentes, quando possível, para eliminar o contato direto com o tecido mole. Outra complicação

relatada foi a exposição precoce do implante, que em alguns casos, necessitou de intervenção cirúrgica, desbridamento e fechamento primário do tecido periimplantar (BUSTAMANTE, 2005).

A melhor forma de evitar complicações pós-operatórias é respeitar as contraindicações. Uma contra-indicação absoluta para a instalação de implantes em alvéolos frescos é a presença de um processo inflamatório periapical agudo. Em relação à discrepância de diâmetro, quando o espaço alvéolo/implante é maior do que 5 mm, é aconselhável a realização de regeneração óssea (VIEIRA, 2009).

Apesar da presença de complicações nos implantes imediatos, principalmente relacionados à pacientes com história de periodontite, o índice de sucesso permanece elevado e o tratamento, muitas vezes, ainda é conservador e eficaz (CARVALHO, 2006).

#### 4. DISCUSSÃO

A substituição imediata de dentes por implantes como foi proposta há mais de 20 anos e o seu excessivo emprego atual é motivado pelo elevado nível de sucesso alcançado com os implantes osseointegrados colocados seguindo o protocolo tradicional de Bränemark (CARVALHO, 2009 e OLIVEIRA, 2008).

O Implante Imediato passou a ser considerado por possuir o potencial de preservar a arquitetura óssea e gengival periimplantar de maneira previsível e por reduzir o período entre a extração do dente e aplicação da prótese. Estudos sobre osseointegração têm demonstrado que essa colocação imediata de implantes em alvéolos de extração frescos pode oferecer vantagens sobre o protocolo clássico, possuindo o potencial de aumentar a aceitação do procedimento pelo paciente (ATIEH, 2009 e KAN, 2003).

Mais recentemente surgiram técnicas de instalação de implante imediato unitário que evitam o descolamento de retalhos e a utilização de membranas, e parecem preservar ainda mais a arquitetura gengival, principalmente em nível das papilas interproximais (CAUDURO, 2009 e GOMES JUNIOR, 2007).

Os implantes imediatos estão se tornando cada vez mais frequentes para os implantodontista pelo prognóstico favorável de longa duração, à redução de custo e, principalmente, pela previsibilidade estética das restaurações de implantes unitários comparados com as opções restauradoras tradicionais (CHRISTOPHER, 2005 e VIEIRA, 2003).

A eliminação do período de espera pela consolidação alveolar, menos sessões cirúrgicas, período mais curto de edentulismo e do tempo total de tratamento, redução dos custos gerais, preservação da altura e largura do osso alveolar com otimização dos resultados estéticos e funcionais e a redução da geração de calor durante o procedimento de colocação do implante são as possíveis vantagens significantes mencionadas (THOMÉ, 2007 e SILVA, 2009).

Ainda alguns estudos relatam várias indicações à aplicação do protocolo de implante imediato em situações clínicas como fraturas de raiz, complicações endodônticas-periodontais, ou fracassos de cirurgia de endodôntica, cáries de raiz largas e fracassos periodontais, dentes com patologias sem possibilidade de tratamento. Também estão indicados implantes imediatos simultâneos a extrações de caninos inclusos e de dentes decíduos (OLIVEIRA, 2008 e SOUZA NETO, 2012).

Torna-se necessário compreender a dinâmica que rege os tecidos ósseos e gengivais após a exposição do implante na cavidade bucal e sua inter-relação com os tecidos de suporte dos dentes adjacentes para redução dos riscos da atrofia gengival e a perda de altura das papilas (CAUDURO, 2009 e GOMES JUNIOR, 2007). Para o implante dentário, são necessários alguns pré-requisitos para que a implantação imediata seja indicada, como a extensão da reabsorção óssea, a morfologia do defeito ósseo e se o posicionamento do implante proporcionará angulação ideal para a finalização do trabalho com uma restauração esteticamente aceitável (MORAES JÚNIOR, 2012 e REGIANINI, 2010).

A atrofia óssea, com prejuízo funcional e estético, retarda e dificulta a reabilitação protética. Com o objetivo de prevenir ou retardar a perda do volume de osso do rebordo alveolar, recomenda-se que o implante seja realizado o mais precoce possível, de forma preventiva. Esta pode ser iniciada antes que o osso alveolar edêntulo seja reabsorvido a tal grau que somente um rebordo em lâmina de faca esteja presente (ROSA, 2009). Algumas pesquisas demonstraram que a modificação no desenho do corpo e da superfície dos implantes altera a qualidade do implante, com aumento do sucesso em ossos de baixa qualidade devido a uma maior ancoragem e superfície de contato osso-implante (CHRISTOPHER, 2005, ROSA, 2008 e THOMÉ, 2007).

De acordo com Rosa (2007), a cirurgia de implante imediato sem realizar retalhos é um procedimento previsível, sendo um procedimento que consome menos tempo, o sangramento é mínimo e a instalação do implante é vantajosa, não havendo necessidade de realizar suturas e remover pontos posteriormente, que ocasionalmente levam a cicatrizes ou deformações teciduais. Edema e dor podem ser evitados ou minimizados quando não há deslocamento do retalho (MALÓ, 2003, REGIANINI, 2010 e VIEIRA, 2003).

Cabe ressaltar a importância do Implantodontista na execução do protocolo estabelecido, respaldados por métodos científicos seguros, aumentando a confiabilidade dos bons resultados estéticos e funcionais aqui observados. O risco de complicações de implante imediato à extração é pequena e seria possível desde que todos os pré-requisitos, limitações e critérios de seleção dos implantes imediatos sejam não sejam atendidos (OLIVEIRA, 2008 e ROSA, 2008).

Assim, os implantes imediatos mostram-se alternativa eficiente à reabilitação de elementos dentais condenados, bem como a eliminação do período de espera

para regeneração do tecido periodontal, manutenção da dimensão do alvéolo, eliminação da cirurgia para implantação e especialmente, a diminuição do período com dentes ausentes, fato este que diminui custo e aumenta a aceitabilidade por parte do paciente (OLIVEIRA, 2008, ROSA, 2007, EGIANINI, 2010, SOUZA NETO, 2012 e VIEIRA, 2003).

Sua previsibilidade evidenciada pelas altas taxas de sucesso e diminuição no tempo de tratamento, mesmo quando instalados em locais com patologias periapicais e/ou periodontais, são escolha segura e eficaz, quando bem indicados. Os fatores chave para o sucesso estão em observar a correta indicação e contra-indicação, além de estabelecer diagnóstico e planejamento minucioso para reabilitação com os implantes imediatos (CHRISTOPHER, 2005, SOUZA NETO, 2012 e SILVA, 2009).

## 5. CONCLUSÃO

De acordo com a literatura analisada e apresentada, conclui-se que o emprego implante Imediato mostra-se uma alternativa viável para reposição de elementos dentais perdidos por ter uma alta porcentagem de sucesso quando bem indicada (variando de 92% a 100%), encurtam o tempo de espera na reabilitação protética, diminuindo a reabsorção óssea do alvéolo residual, por necessitar de uma técnica cirúrgica que reduza a possibilidade de perda óssea alveolar após a extração do dente, com o menor trauma possível. Além de ser necessário que ultrapasse de 3 a 5 mm do ápice dental do resto alveolar para conceder uma estabilidade primária.

Portanto, os estudos apontam altas taxas de sobrevida dos implantes imediatos, ressaltando assim sua alta confiabilidade e previsibilidade, desde que bem indicados, planejados, e cuidadosamente executados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATIEH, MA; PAYNE, AG; DUNCAN, WJ; CULLINAN, MP. Immediate restoration/loading of immediately placed single implants: is it an effective bimodal approach? **Clin Oral Implants Res.** v. 20, n. 7, p. 645-59, Jul. 2009.

CARVALHO, N. B.; GONÇALVES, S. L. M. B.; GUERRA, C. M. F.; CARREIRO, A. F. P. PLANEJAMENTO EM IMPLANTODONTIA: UMA VISÃO CONTEMPORÂNEA. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v.6, n.4, p. 17 - 22, out./dez. 2006.

CAUDURO, F. S. **PROTOCOLO DE REABILITAÇÃO BUCAL COM INSERÇÃO IMEDIATA DE IMPLANTE CONE MORSE E PRÓTESE PROVISÓRIA UNITÁRIA EM ALVÉOLOS APÓS EXODONTIA.** Tese de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia. Porto Alegre, 2009.

CHRISTOPHER C. K. H. **Immediate function with dental implants.** *Dental Practice*, p. 156 – 166. Mar. / Apr. 2005.

GOMES JUNIOR, R. **IMPLANTE IMEDIATO COM PROVISÓRIO IMEDIATO EM INCISIVO CENTRAL SUPERIOR: ESTUDO PROSPECTIVO DE 18 MESES.** Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Odontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

KAN, Joseph Y. K.; RUNGCHARASSAENG, Kitichai, Jaime. Immediate Placement and Provisionalization of Maxillary Anterior Single Implants: 1-Year Prospective Study **The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants.** v.18, n. 1, p. 31-38. 2003.

MALÓ, Paulo; FRIBERG, Bertil; POLIZZI, Giovanni; GUALINI, Federico; VIGHAGEN, Torbjörn; RANGERT, Bo. Immediate and Early Function of Brånemark System® Implants Placed in the Esthetic Zone: A 1-Year Prospective Clinical Multicenter Study. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, v. 5, n.1, p. 37 – 47, 2003.

MORAES JÚNIOR, E. F.; MARZOLA, C.; MIZIARA, E. V.; TOLEDO-FILHO, J. L. **INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UNITÁRIO NA REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA SEM O DESCOLAMENTO DE RETALHOS - ANÁLISE CLÍNICA E RADIOGRÁFICA.** Pós- graduação.

OLIVEIRA, A. C.; SOUZA, J. R.; THOME, G.; MELO, A. C. M.; SARTORI, I. A. M. Implante imediato unitário em função imediata – relato de caso. **RFO**, v. 13, n. 1, p. 70-74, janeiro/abril 2008.

REGIANINI, L. G. **IMPLANTE IMEDIATO ANTERIOR UTILIZANDO PRÓTESE IMEDIATA AUTÓGENA COM COMPONENTE MULTI FUNCIONAL (HEXTRA).** de Mestre em Bioengenharia pela **UNIVAP** Universidade do Vale do Paraíba.

ROSA, J. C. M.; ROSA, D. M.; ZARDO, C. M.; ROSA, A. C. P. O.; CANULLO, L. Restauração dentoalveolar imediata pós-exodontia com implante platform switching e enxertia. **ImplantNews.** v. 6, v. 5, p. 551-558, set/out. 2009.

ROSA, M. B.; FERREIRA, S. D.; LEAHY, F. M.; DUTRA, R. A. Implante imediato após extração. **PRO-ODONTO SESCAD.** p. 33 -100.

THOMÉ, G; BORGES, A. F. S.; MELO, A. C. M.; BASSI, A. P. F.; SARTORI, I. A. M.; FAOT, F. Implante imediato em local cronicamente infectado: avaliação após 12 meses. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.4, p. 417-421, out./dez. 2007.

VIEIRA, R.; CAPELARI, M. M; MARZOLA, C.; TOLEDO FILHO, J. L.; PASTORI, C. M.; ZORZETTO, D. L. G.; TOLEDO, G. L.; OLIVEIRA, M. Implantes osseointegráveis com carga imediata. **Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas** – Regional de Bauru/ 2003.

SILVA, L. C. **RESULTADO ESTÉTICO EM IMPLANTES IMEDIATOS PÓS TRAUMAS EXODÔNTICOS: RELATOS DE DOIS CASOS CLÍNICOS.** Programa de Pós-Graduação em Implantodontia. FACULDADE DE ODONTOLOGIA DO NORTE DE MINAS – FUNORTE, Brasília, 2009.

SOUZA NETO, E. S. **IMPLANTES IMEDIATOS EM ÁREA ESTÉTICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA.** Programa de Pós-Graduação em Implantodontia FACULDADES UNIDAS DO NORTE DE MINAS – FUNORTE. Salvador 2012.

BUSTAMANTE, G. L. **IMPLANTES IMEDIATOS.** Programa de Especialização de Implantodontia da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.