



Preservação do rebordo alveolar através de implantes imediatos

Preservation of alveolar ridge through immediate implants

Claudio Ferreira Nóia¹
Bruno Costa Martins de Sá²

Introdução

Durante muitos anos, após o diagnóstico de que um dente se encontrava condenado na cavidade oral, o mesmo era removido e nenhum material colocado no alvéolo, de modo que após o período entre 2 a 6 meses procedia-se a uma avaliação clínica e tomográfica da região e, na maioria das vezes, evidenciava-se a necessidade de uma reconstrução óssea, para posterior colocação do implante dentário^{1,2} (Figuras 1 a 5).

No entanto, nos últimos anos, houve uma mudança drástica nesse paradigma, de modo que a implantação imediata passou a ser reportada na literatura como a melhor forma de tratamento^{3,4}.

Diversos estudos apontam que a colocação imediata do implante tem a capacidade de preservar as dimensões do alvéolo e manter os tecidos moles em posição, além de diminuir a morbidade e o tempo de tratamento do paciente^{1,4}.

Entretanto, para atingir tais resultados, é necessária indicação criteriosa dos implantes imediatos, bem como execução da técnica de forma precisa⁵. Nesse sentido, apresenta-se a seguir um caso clínico que demonstra a forma como nosso grupo realiza tais tratamentos.

¹ Esp., Me. e Dr. em CTBMF – UNICAMP, Coord. da Especialização em Implantodontia – IBOP/FACSETE-SP, Coord. – Grois/Grupo de Reabilitação Oral Implantossuportada.

² Esp. em Prótese Dentária – APCD/Bauru, Me. em Implantodontia – Ilapeo/Curitiba, Coord. – Grois/Grupo de Reabilitação Oral Implantossuportada.

Email do autor: claudionoa2@hotmail.com

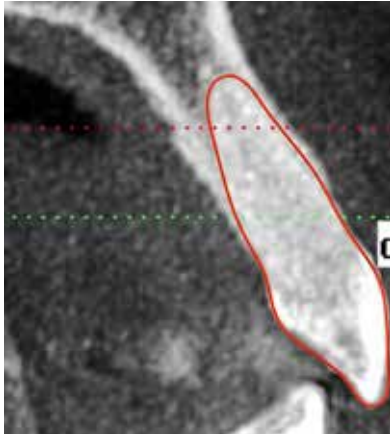


Figura 1 – Corte tomográfico evidenciando a estrutura óssea de elemento condensado à extração devido à doença periodontal.

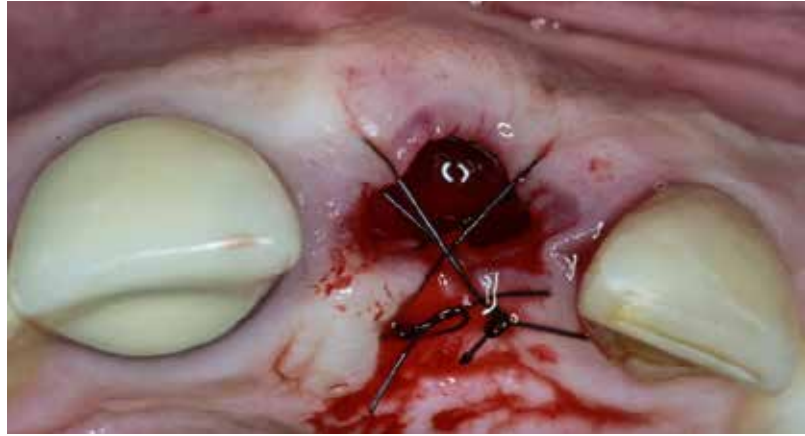


Figura 2 – Aspecto do alvéolo após remoção do dente e realização de sutura. Note-se que nenhum material foi inserido no alvéolo, ficando o mesmo à mercê do coágulo sanguíneo.

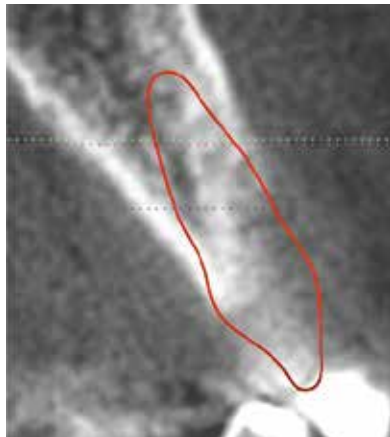


Figura 3 – Corte tomográfico realizado 90 dias após a exodontia evidenciando remodelação alveolar intensa, principalmente na região da tábua óssea vestibular.



Figura 4 – Aspecto clínico com 90 dias da exodontia. Note-se a reabsorção da tábua óssea vestibular e a impossibilidade de instalação do implante dentário em posição tridimensional ideal.



Figura 5 – Reconstrução óssea autógena realizada para posterior colocação do implante, o que vem a aumentar a morbidade e o tempo de tratamento para o paciente.

Relato de caso

Paciente SAO, gênero feminino, 36 anos de idade, procurou o curso de Especialização em Implantodontia para instalação de implante dentário. Durante anamnese, a mesma relatou que o dente havia sido conde-

nado pela endodontia. O exame clínico e tomográfico revelou que o dente 14 apresentava grande destruição corono-radicular, faixa de gengiva queratinizada, arquitetura óssea e gengival adequadas (Figuras 6, 7 e 8).



Figura 6 – Remanescente corono-radicular do elemento 14. Note-se a pequena faixa de gengiva queratinizada, bem como o adequado posicionamento dos tecidos moles.



Figura 7 – Vista oclusal do elemento 14. Note-se a manutenção da arquitetura óssea e gengival, bem como a grande destruição corono-radicular que levou a endodontia a condenar o elemento dental.



Figura 8 – Cortes tomográficos evidenciando a manutenção da tábua óssea vestibular com espessura de aproximadamente 1mm, 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, seguida de implantação imediata, enxerto de conjuntivo, preenchimento do *gap* vestibular com biomaterial e carregamento imediato do implante, caso se consiga travamento superior a 32 Ncm.

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

preservar ao máximo a estrutura alveolar remanescente (Figura 9).

Dando sequência ao procedimento cirúrgico, foi realizada a fresagem e instalação de implante cone morse de 4,3x16 mm (Drive, Neodent), sendo conseguido um travamento de 45 Ncm, seguido da realização de enxerto de conjuntivo removido do palato (Figuras 10, 11, 12 e 13).



Figura 9 – Aspecto alveolar após remoção do elemento 14. Observe-se a preservação da estrutura alveolar e principalmente a manutenção da tábua óssea vestibular. Observe-se ainda que não foi realizada incisão na região das papilas ou abertura de retalho.



Figura 10 – Vista da região do implante instalado e do palato onde será removido o enxerto de conjuntivo.



Figura 11 – Incisão realizada na região do palato buscando delimitar o enxerto a ser removido.

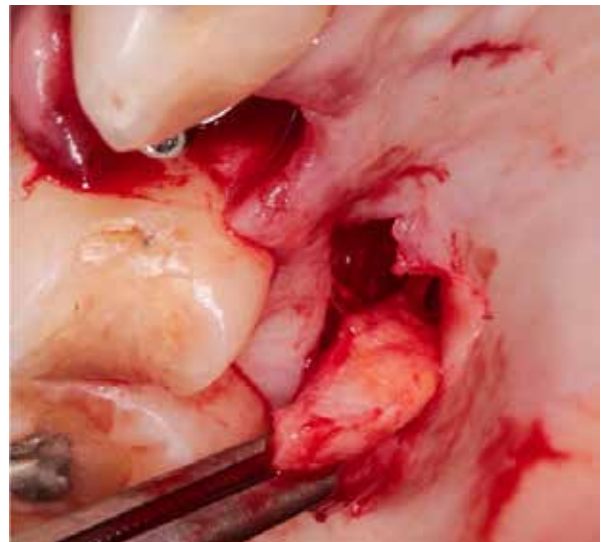


Figura 12 – Remoção do enxerto conjuntivo do palato. Note-se que o mesmo foi removido deixando o remanescente epitelial, o que favorece o pós-operatório para a paciente.

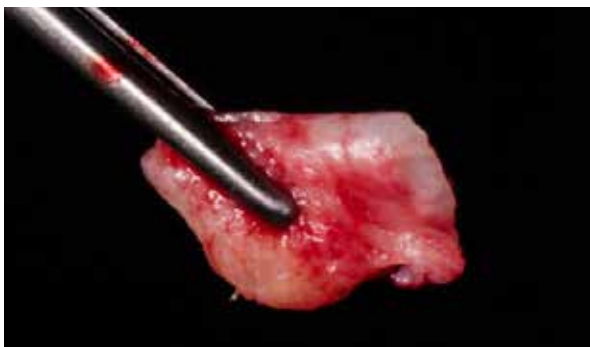


Figura 13 – Enxerto de conjuntivo removido.

Procedeu-se então com a inserção do enxerto conjuntivo na região vestibular do elemento 14 e realização de suturas para mantê-lo em posição (Figuras 14, 15 e 16). Na sequência, todo o *gap* relacionado com o implante foi devidamente preenchido com biomaterial de reabsorção lenta (Lumina-Bone, Critéria) e uma coroa provisória confeccionada e cimentada sobre o muñão universal instalado (Figuras 17 e 18).



Figura 14 – Descolamento em túnel na região vestibular visando colocação adequada do enxerto de conjuntivo.



Figura 15 – Enxerto de conjuntivo sendo colocado na região previamente descolada. Note-se que o mesmo é cuidadosamente inserido entre o tecido mole e a tábua óssea vestibular.

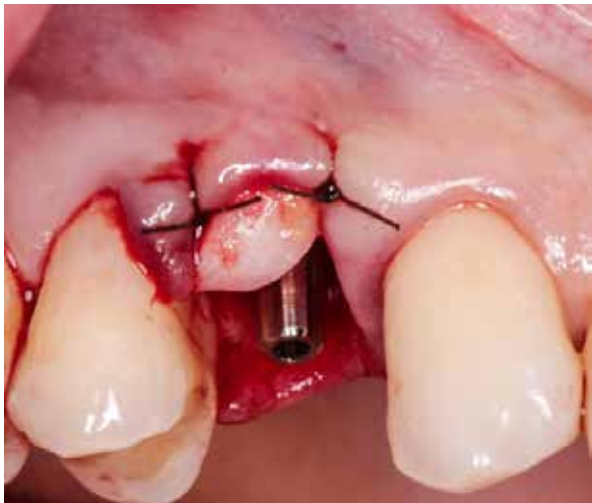


Figura 16 – Após inserção do enxerto, o mesmo recebe suturas com o objetivo de mantê-lo em posição.

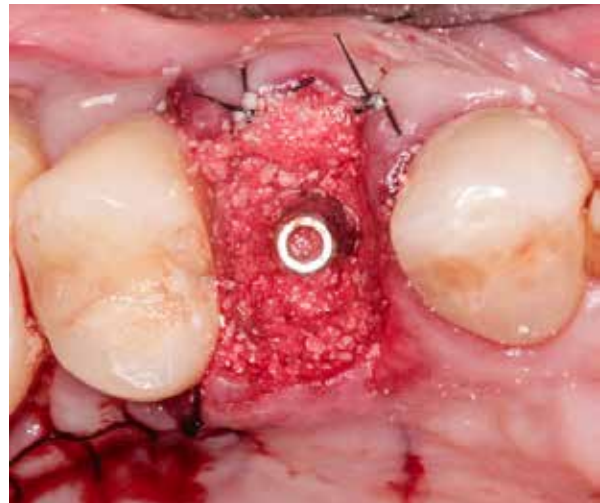


Figura 17 – Vista oclusal mostrando o preenchimento do gap com enxerto bovino Lumina-Bone. Note-se também a presença do munhão universal de 3,3x6x2,5 mm instalado para confecção da coroa provisória.



Figura 18 – Vista clínica da coroa provisória após cimentação.

Com 30 dias de pós-operatório já foi possível notar a melhora no fenótipo gengival da paciente, sendo que com 6 meses de pós-operatório (já com coroa definitiva)



Figura 19 – Vista clínica da região implantada com 30 dias de pós-operatório. Note-se a melhora do fenótipo gengival (fenótipo gengival espesso).

observa-se a estabilidade dos tecidos moles e manutenção da arquitetura óssea e gengival, o que vem a evidenciar o sucesso do plano de tratamento (Figuras 19 e 20).



Figura 20 – Vista clínica da estabilidade dos tecidos moles com 6 meses de pós-operatório.

Referências

1. 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.
2. Araújo MG, Lindhe J. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. *J. clin. periodontol.* 2005; 32:212-218
3. 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.
4. 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.* 2015; 44(3):389-94
5. 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.

Como citar este artigo:

Nóia CF, Sá BCM. Preservação do rebordo alveolar através de implantes imediatos. *Full Dent. Sci.* 2017; 8(31):11-16.
DOI: 10.24077/2017;831-1116.