

Implante imediato em área estética: relato de caso

Immediate implantation in aesthetic area: case report

Implante inmediato en área estética: reporte de caso

Larissa Morale Silva 

Giovana Fusetto Veronesi 

Cristiane Ibanhes Polo 

Marcello Roberto Manzi 

Maria Helena Gomes 

Endereço para correspondência:

Larissa Morale Silva

Avenida Arquiteto Vilanova Artigas, 236

Jardim Sapopemba

03928-240 - São Paulo - São Paulo - Brasil

E-mail: dralarissamorale@gmail.com

RECEBIDO: 27.04.2022

MODIFICADO: 12.05.2022

ACEITO: 13.06.2022

RESUMO

O objetivo desse trabalho é mostrar por meio de um relato de caso, a importância da reabilitação na região anterior da maxila em tempo único na implantodontia, visando reabilitar o paciente com menos intervenções cirúrgicas. A instalação de implantes em alvéolos pós exodontia tendo como objetivo preservar as cristas ósseas marginais e manter ou devolver o subcontorno gengival utilizando enxerto de tecido mole e provisório imediato, dar ao paciente um resultado estético e funcional até a confecção da coroa definitiva. Nesse relato de caso, mostramos o desenredo agradável e favorável do implante imediato e confecção de prótese provisória imediata.

PALAVRAS-CHAVE: Carga imediata em implante dentário. Transplante ósseo. Gengiva.

ABSTRACT

The objective of this work is to show, through a case report, the importance of rehabilitation in the anterior region of the maxilla in a single time in implantology, aiming to rehabilitate the patient with less surgical interventions. The placement of implants in post-extraction sockets with the objective of preserving the marginal bone crests and maintaining or restoring the gingival subcontour using an immediate provisional and soft tissue graft, gives to the patient an aesthetic and functional result until the final crown is made. In this case report, we show the pleasant and favorable outcome of the immediate implant and the fabrication of an immediate provisional prosthesis.

KEYWORDS: Immediate dental implant loading. Bone transplantation. Gingiva.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es mostrar, a través de un reporte de caso, la importancia de la rehabilitación en la región anterior del maxilar en un solo tiempo en implantología, buscando rehabilitar al paciente con menos intervenciones quirúrgicas. La colocación de implantes en alvéolos post-extracción con el objetivo de preservar las crestas óseas marginales y mantener o devolver el subcontorno gingival mediante un injerto de tejido blando provisional inmediato, dando al paciente un resultado estético y funcional hasta la realización de la corona definitiva. En este reporte de caso, mostramos el resultado agradable y favorable del implante inmediato y la confección de una prótesis provisional inmediata.

PALABRAS CLAVE: Carga inmediata del implante dental. Trasplante óseo. Encía.

INTRODUÇÃO

Implantes unitários são muito comuns na implantodontia e vem atingindo uma grande evolução e exigência de melhores técnicas cirúrgicas e reabilitadoras, visando atingir a otimização da estética. Os protocolos de conduta eram limitados ao diagnóstico e ao planejamento, e a estética era colocada em segundo plano¹. Claramente o parâmetro de sucesso mudou, pois a solução antigamente priorizava apenas o processo de osseointegração, muitas vezes em detrimento da estética, posicionamento ideal e higienização. Hoje, percebe-se que os pacientes não procuram apenas a substituição de um dente perdido, a maioria deles vem à procura de estética, desafiando o profissional, pois essa área exige um resultado mais aperfeiçoado, uma vez que o resultado precisa estar harmônico e agradável aos olhos de quem vê. A região altamente estética da pré-maxila necessita de restauração tanto dos tecidos duros, quanto dos tecidos moles. A manipulação do tecido muco gengival é geralmente o aspecto mais difícil do tratamento.

Alguns fatores são considerados determinantes para a obtenção de resultado positivo no tratamento com instalação de implantes imediatos como a preservação das margens ósseas durante a extração, a estabilidade primária do implante na porção apical ou ao longo das paredes do alvéolo, o cuidadoso controle do retalho tecidual, o fechamento adequado adaptado ao contorno do implante e o meticuloso controle de placa por todo o período de cicatrização². Alguns autores classificaram como tipo I o implante imediato, instalado no mesmo dia da extração do dente e como parte do mesmo procedimento cirúrgico. O tipo 2 ocorre quando o implante é colocado após a cicatrização dos tecidos moles, mas antes da formação óssea clinicamente significativa, entre a quarta e oitava semana após a extração. O tipo 3 é definido como a colocação de um implante precoce também, entre doze e dezesseis semanas após a exodontia, mas após um enchimento ósseo/radiográfico já significativo. Na colocação tipo 4, o implante é colocado em um sítio cirúrgico totalmente reparado, após seis meses da extração³. Nesse sentido, sugere-se que a instalação de um implante sem aplicação de cargas dentro do alvéolo de extração, imediatamente após a exodontia, poderia manter o formato do rebordo ósseo⁴. Além de alcançar condições ideais de uma osseointegração bem sucedida do implante, é importante que o implante

apresente boa estabilidade durante o período de cicatrização. Na maxila a borda inferior da cavidade nasal ou do seio maxilar pode fornecer estabilidade “apical” necessária. Se nenhuma dessas possibilidades estiver presente, a estabilidade da porção “apical” pode algumas vezes ser alcançada pela ancoragem na tábua óssea vestibular ou, mais frequentemente, na tábua óssea palatina⁵. Para evitar alterações da arquitetura do tecido mole em pacientes que apresentam biótipo gengival fino é possível modificar a espessura tecidual com enxerto de tecido conjuntivo⁶. Estudos que modificaram o biótipo ao redor de implantes, com enxerto de tecido conjuntivo subepitelial (ETCS), demonstraram maior estabilidade nos níveis da margem gengival e melhores resultados estéticos⁷.

A forma adequada da porção cervical da prótese provisória estabelece o perfil de emergência do tecido gengival, além de antecipar o resultado final do contorno gengival da prótese definitiva, valorizando a estética e promovendo condições mais favoráveis à higienização⁸. A prótese provisória geralmente precisa ser aliviada na região cervical do local do implante durante o período de cicatrização, para acomodar maior altura de tecido mole sobre o implante e evitar pressão nessa área⁹. Seu contorno deve ser convexo e apoiar a localização da margem gengival na posição adequada, também chamada de zona crítica¹⁰.

Esse trabalho tem como objetivo descrever o caso de um implante imediato com carga imediata após exodontia na região anterior da maxila onde, para sucesso estético, foi realizado enxerto de tecido conjuntivo e prótese provisória imediata.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, leucoderma, saudável de acordo com exames clínicos e laboratoriais realizados, apresentou queixa em relação ao seu dente anterior 21. Radiograficamente foi verificada uma raiz extremamente comprometida que já tinha sido submetida ao tratamento endodôntico. O dente apresentava uma proporção coroa/raiz inadequada e foi reabilitado com pino intrarradicular largo. Também no exame radiográfico observava-se uma extensa perda

óssea vestibular. O elemento já apresentava mobilidade e perda de inserção severa com presença de bolsa profunda na região vestibular, indicativo da necessidade de exodontia do elemento (Figura 1).

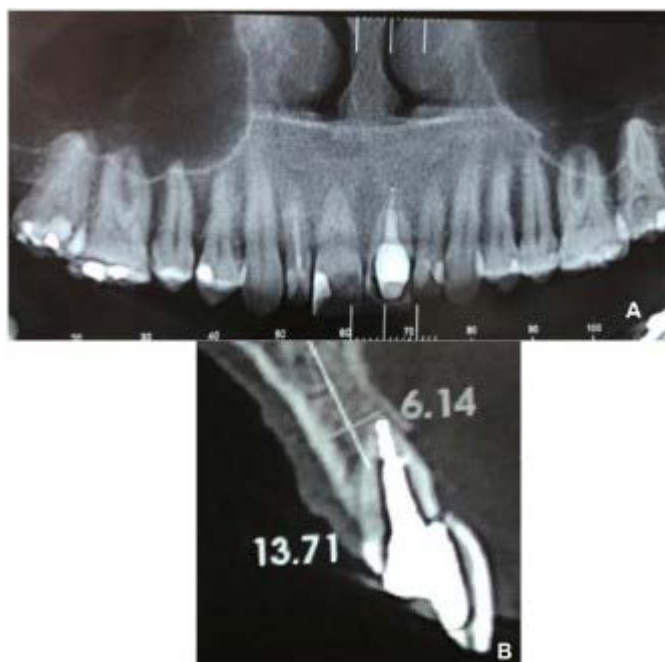


Figura 1 - A) Imagem panorâmica. B) Imagem tomográfica para avaliação de altura e espessura óssea ao redor do dente, onde foi verificada a possibilidade de implante imediato.

Para o preparatório cirúrgico, a paciente iniciou um dia antes amoxicilina 500 mg de 8/8 horas, dexamentasona 4 mg com dose única de 8 mg (2 comprimidos) 1 hora antes da cirurgia. A paciente foi submetida à cirurgia com anestesia local, onde foi utilizado articaína 4% 1:1000.000 para a região de extração e mepivacaína 2% 1:1000.000 na região do palato de onde foi removido o enxerto. O dente 21 foi removido por meio de uma exodontia cuidadosa e atraumática. Após a exodontia, foi observado um defeito ósseo vestibular em largura no alvéolo dentário (Figura 2).

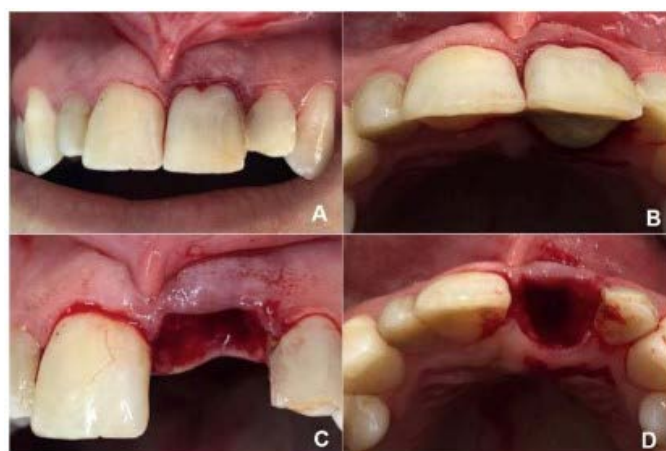


Figura 2 - A e B) Dente 21 comprometido. C e D) Extração minimamente traumática e alvéolo preparado para a instalação do implante na posição tridimensional.

A fresagem para o preparo do alvéolo foi realizada com irrigação abundante de solução fisiológica. Assim, o implante foi instalado 2 mm infra ósseo com conexão protética tipo cone morse, medindo 3.5 x 13.0 mm (SW® - S.I.N. Implant System). Na Figura 3A, um indicador de direção mostra a posição tridimensional ideal da instalação do implante, bem como a interdependência da anatomia óssea e alveolar para um resultado de excelência. Logo, para mantermos a margem gengival, no momento cirúrgico foi realizado enxerto ósseo para preenchimento do GAP vestibular e um enxerto de tecido conjuntivo removido do palato na região de dentes 24, 25 e 26, com o intuito de evitar uma recessão da margem peri-implantar e também para aumentar o volume do tecido mole na região recém implantada (Figuras 3B e 3C). Esse enxerto foi realizado com uma incisão perpendicular ao tecido gengival, com uma profundidade da lâmina de 1.5 mm. Removeu-se o enxerto do palato e o mesmo foi preparado retirando-se toda camada de tecido adiposo que o sobrepunha e estabilizado ao perióstio do leito cirúrgico. Devido à existência de osso palatino remanescente o implante obteve uma boa estabilidade primária que permitiu a confecção e colocação de um provisório parafusado do implante no mesmo ato, utilizando-se um intermediário abutment cilíndrico provisório (S.I.N. Implant System). O provisório foi prontamente confeccionado com um dente de estoque, reembasado com resina acrílica (Figura 3D) e parafusado ao implante, permitindo uma melhor recons-

trução e manutenção desse enxerto, favorecendo uma ótima estética também na margem do tecido mole.

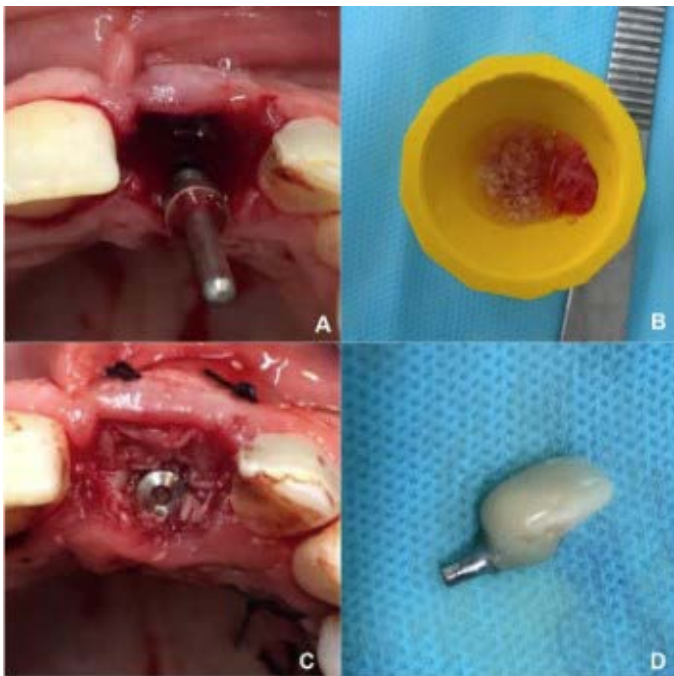


Figura 3 - A) Imagem mostra a perfuração e o posicionamento ideal do implante no alvéolo. B) Enxerto ósseo sendo hidratado e ao lado o enxerto conjuntivo já retirado do palato e pronto para ser posicionado ao leito cirúrgico. C) Instalação de implante CM 3.5 x 13.0 mm, preenchimento do GAP e enxerto gengival já suturado na posição. D) Provisório pronto para ser parafusado.

Após a instalação do provisório, o mesmo foi ajustado sem contatos oclusais (Figura 4). Ao final da cirurgia, a paciente foi orientada quanto à higienização e a fazer bochechos leves com digluconato de clorexidina 0.12% de 12/12 horas, por 7 dias. Além disso, foi prescrito dipirona 1 gr de 8/8 horas para analgesia.



Figura 4 - Instalação de coroas provisórias sobre implante imediatamente.

No pós-operatório de 7 dias, a paciente estava sem sinais clínicos inflamatórios e nenhuma mobilidade do implante e provisório. Por ser uma paciente de curso, a mesma retornou apenas após um período de 6 meses e mostrou que a quantidade de gengiva ce-ratinizada após o período de cicatrização teve reabsorção (Figura 5).



Figura 5 - Cicatrização após 6 meses mostrando o aspecto tecidual da região implantada.

Foi solicitada uma nova tomografia computadorizada que evidenciou que o implante estava osseointegrado (Figura 6).

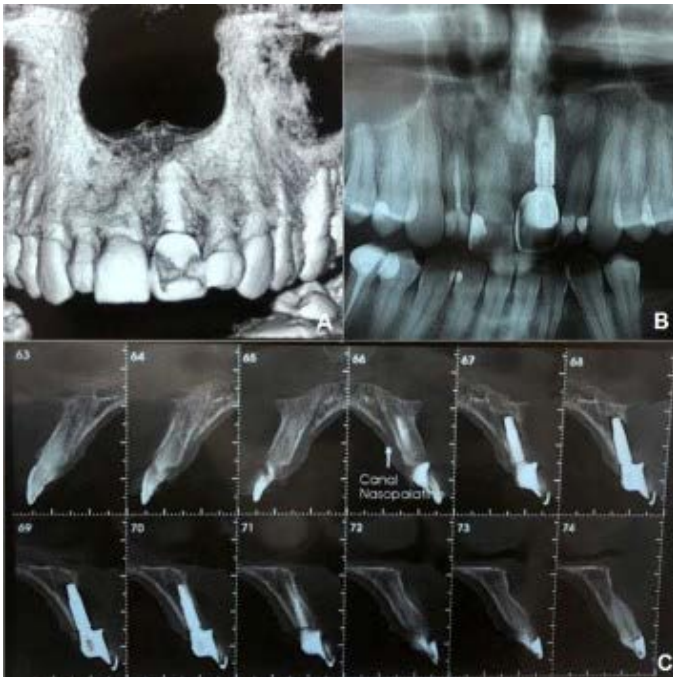


Figura 6 - Aspecto final radiograficamente após 6 meses de cirurgia.

DISCUSSÃO

Analisando esse caso clínico em área estética da maxila, podemos observar a necessidade de vários procedimentos adicionais como enxerto de conjuntivo e confecção de provisório imediato à instalação do implante para alcançar a excelência estética dento-gengival.

A colocação imediata do implante infere reduções no número de intervenções cirúrgicas e no tempo de tratamento necessário. A orientação e indicação do implante precoce pode preservar a anatomia alveolar, pois se sabe que após a remoção de um dente uma série de eventos biológicos irá ocorrer resultando no preenchimento do alvéolo com uma perda de aproximadamente 50% da espessura da crista óssea¹¹⁻¹². Segundo alguns estudos, podemos observar que dependendo da arquitetura desse rebordo, o osso rema-

nente pode ser posteriormente insuficiente para a instalação de implantes na posição ideal, pois o sucesso da osseointegração dependerá da observação rigorosa de critérios que foram estabelecidos para garantir o bom prognóstico dos trabalhos, os quais, uma vez negligenciados, podem dificultar ou até mesmo impedir a obtenção de uma reabilitação funcional esteticamente adequada, já que a instalação imediata do implante após a extração é realizada para tentar evitar a reabsorção tecidual que acontece naturalmente após a exodontia^{7,9,13-14}.

O biótipo tecidual tem influência na estética da terapia com implantes, principalmente nos níveis de mucosa peri-implantar, sendo que o biótipo fino tem mais suscetibilidade para recessão futura, pois apesar dessas cirurgias minimamente invasivas pode ocorrer recessão marginal da mucosa. Sendo assim o enxerto de conjuntivo realmente é indicado para aumentar a espessura gengival por vestibular, especialmente quando existe envolvimento estético. Portanto o gerenciamento de tecido mole é considerado um dos mais importantes fatores para alcançar o resultado estético e funcional final desejado^{2,8,15-17}.

Existem quatro momentos para realizar o procedimento nos tecidos muco gengivais, sendo eles: antes da instalação do implante; durante a instalação do implante, no momento da conexão do pilar protético e após a conexão do pilar protético. Porém, alguns autores afirmam que o momento ideal para a utilização de técnicas plásticas peri-implantares é preferencialmente prévio ou no momento da instalação dos implantes limitando aos momentos tardios apenas pequenas correções, assim como no caso descrito, diminuindo ainda mais a perda óssea e proporcionando um controle gengival além de devolver a estética do sorriso e facilitar a sua reintegração social^{15-16,18}.

No caso clínico deste artigo, foi observado que o enxerto removido da área doadora não possuiu uma espessura adequada devido à má qualidade da gengiva palatina da paciente. Além disso, notamos que não houve uma formação óssea adequada por vestibular (Figura 6). Acreditamos que o tecido conjuntivo migrou e ocupou o espaço do defeito ósseo visualizado pós-extração. Esse resultado está de acordo com estudo anterior que afirma que a avaliação das condições ósseas é tão importante para a instalação do implante quanto às condições da mucosa ao redor do implante, visto que a posição da mucosa em longo prazo dependerá da existência e manutenção do suporte ósseo⁶.

Seguimos um protocolo parecido com o de um estudo descrito anteriormente utilizado para prevenir complicações no tratamento que constituiu de:

1. Adequado planejamento clínico e tomográfico.

2. Cirurgia e exodontia minimamente traumática sem a elevação de retalho.

3. Utilização de enxerto de tecido conjuntivo espesso na face vestibular e regeneração óssea guiada com osso bovino inorgânico com 10% de colágeno bovino.

4. Instalação de um implante estreito na posição tridimensional ideal.

5. Confecção de provisório com subcontorno cervical estabelecendo o perfil de emergência para acomodar maior altura de tecido mole e evitar pressão nessa área.

6. Remoção dos contatos oclusais de forma a evitar a carga transmucosa durante o período de osseointegração, pois a carga mastigatória recebida prematuramente pelos implantes através da mucosa provocadas pelas próteses provisórias ou pela ausência das mesmas pode abalar a estabilidade do implante levando a perda deste^{7-9,14}.

CONCLUSÃO

Com esse relato de caso clínico concluímos que o sucesso dos implantes instalados em alvéolo fresco com provisório imediato na região de pré-maxila é possível e indicado, pois apresentam um alto índice de sucesso uma vez que preservam a estrutura óssea devolvendo estética e função imediata. Observamos que alguns cuidados mostraram-se essenciais no planejamento da cirurgia como o posicionamento ideal do implante, o bom manuseio de tecido mole e a utilização de materiais de qualidade. Ainda assim, em alguns casos pode ser necessária a realização de enxertos adicionais para a obtenção da estética final desejada.

REFERÊNCIAS

1. Andreiuolo R, Vasconcellos F, Andrade A, Groisman A, Vidigal Júnior GM. Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos. *Rev Bras Odontol.* 2016;73(1):84-8.
2. Zani SR, Alves RA, Korb SHB, Rivaldo EG, Frasca LCF. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico. *Odontol Clin-Cient.* 2011;10(3):281-4.
3. Chen ST, Buser D. Clinical and esthetic outcomes of implants placed in postextraction sites. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009;24(Suppl):186-217.
4. Pessoa RS, Sousa RM, Pereira LM, Silva TD, Bezerra FJ, Spineto R. Carga imediata em área estética: estudo clínico prospectivo longitudinal. *Dental Press Implantol.* 2015;9(2):100-9.
5. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Dias ECLCM, Conz MB, Harari ND, Seixas CE, Vidigal Jr GM. Cirurgia mucogengival em implantodontia. *ImplantNews Perio.* 2016;(2):354-62.
7. Frizzera F, Shibli JA, Marcantonio Jr E. Estética integrada em periodontia e implantodontia. Nova Odessa: Napoleão; 2018.
8. Cardoso AC. O passo-a-passo na prótese sobre implante. São Paulo: Santos; 2008.
9. Misch CE. Implantes dentais contemporâneos. 3. ed. São Paulo: Elsevier; 2008.
10. Gomez-Meda R, Esquivel J, Blatz MB. The esthetic biological contour concept for implant restoration emergency profile design. *J Esthet Restor Dent.* 2021;33(1):173-84.
11. Paolantonio M, Dolci M, Scarano A. Immediate implantation in fresh extraction sockets. a controlled clinical and histological study in man. *J Periodontol.* 2001;72(11):1560-71.
12. Chen ST, Wilson Jr TG, Hämmerle CHF. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19(Suppl):12-25.
13. Aroeira PR. Utilização do enxerto de tecido conjuntivo subepitelial na implantodontia [monograph]. Rio de Janeiro: Academia de Odontologia do Rio de Janeiro; 2007.
14. Alves LMN, Hidalgo LRC, Conceição LS, Oliveira GM, Borges KRE, Passos WG. Implants complications: a literature review. *J Orofac Invest.* 2017;4(1):20-9.
15. Silva DBNE, Neves LC, Querino E, Rosa JCM, Barreto MA. Peri implant tissue behavior following immediate placement and provisionalization: a review. *Dental Press Implantol.* 2013;7(1).

16. El Askary AES. Multifaceted aspects of implant esthetics: the anterior maxilla. *Implant Dentistry*. 2001;10(3):182-91.
17. Hämmerle CHF, Chen ST, Wilson TG Jr. consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004;19(Suppl):26-8.
18. Meneses DR. Exodontia atraumática e previsibilidade em reabilitação oral com implantes osseointegráveis - relato de casos clínicos aplicando o sistema brasileiro de exodontia atraumática Xt Lifting®. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2009;50:11-7.