



Faculdade de Pindamonhangaba



Francisco Carlos Silva Júnior
Héilton Rogério Martins César

IMPLANTES UNITÁRIOS COM PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA

Pindamonhangaba- SP

2016



Faculdade de Pindamonhangaba



Francisco Carlos Silva Júnior
Héilton Rogério Martins César

IMPLANTES UNITÁRIOS COM PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientador: Prof. Dr. Rogério de Lima Romeiro

Pindamonhangaba – SP

2016

Silva Júnior, Francisco Carlos; César, Hélio Rogério Martins.

Implantes unitários com provisionalização imediata/Francisco Carlos Silva Júnior, Hélio Rogério Martins César / Pindamonhangaba: Funvic - Faculdade de Pindamonhangaba, 2016.

31f.

Monografia (Graduação em Odontologia) Funvic – SP.

Orientador: Prof. Rogério de Lima Romeiro.

1.Implantes unitário. 2. Carga imediata. 3. Estabilidade primária. 4. Osseointegração.

I Implantes unitários com provisionalização imediata. II. Francisco Carlos Silva Júnior, Hélio Rogério Martins César.



Faculdade de Pindamonhangaba



Francisco Carlos Silva Júnior
Héilton Rogério Martins César

IMPLANTES UNITÁRIOS COM PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do Diploma de Bacharel em Odontologia pelo Curso de Odontologia da Faculdade de Pindamonhangaba.

Orientador: Prof. Dr. Rogério de Lima Romeiro

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Prof. _____ Faculdade de Pindamonhangaba

Assinatura: _____

Dedicamos o presente estudo a nossos familiares,
que nos permitiram transformar sonhos de vida
em realidade profissional.

Agradecimentos

Agradecemos, primeiramente, a Deus por nos viabilizar concluir o presente estudo, dando animo em todos os momentos de dificuldades.

A nossos familiares, por acreditarem em nosso potencial, cooperando sempre.

Aos pacientes da clínica da FUNVIC por colaborar com nosso aprendizado.

Ao professor orientador, Dr. Rogério de Lima Romeiro, por nos guiar na realização do estudo, acreditando, constantemente, em nossa capacidade.

À professora Dr. Cristiana Tengan que muito nos ajudou com seus conhecimentos e apoio.

A todos os professores e colaboradores da Faculdade de Pindamonhangaba, pela paciência e dedicação na acompanhar de nosso progresso universitário.

A todos os colegas da turma 6211, que, direta ou indiretamente, colaboraram para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrem-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

(Charles Chaplin)

RESUMO

A reabilitação dentária através do emprego de implantes dentários osseointegráveis imediata é, atualmente, uma das alternativas de maior sucesso da implantodontia, uma vez que essa técnica gera diversos benefícios tanto ao profissional quanto ao paciente que se vale da mesma. O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão bibliográfica, acerca dos implantes unitários com provisionalização imediata, abordando quais as indicações e contra indicações de tal procedimento em implantodontia. Como metodologia foi utilizada pesquisa bibliográfica a qual incluiu análise crítica e compreensão de textos disponíveis sobre o tema “Implantes unitários com provisionalização imediata”. Conclui-se que o principal critério para indicação da realização de implantes unitários com provisionalização imediata, em implantodontia, é a estabilidade primária de até 35 Ncm de torque, porém outros critérios são fundamentais para a realização de tais implantes, sendo esses: a saúde dentária e geral do paciente; o prognóstico dos tecidos moles adjacentes; as propriedades microscópicas e propriedades macroscópicas do implante; o comprimento mínimo de implante ser de 10 mm; a habilidade do profissional dentista. As principais contraindicações são: tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas ilícitas; utilização de bifosfonatos; bruxismo, o que pode gerar grande movimentação, stress e cisalhamento no implante.

Palavras-chave: Implantes unitário. Carga imediata. Estabilidade primária. Osseointegração

ABSTRACT

Dental rehabilitation through the use of immediate osseointegrative dental implants is currently one of the most successful implantodontia alternatives, since this technique generates several benefits both to the professional and to the patient who uses it. The present study aims to perform a bibliographic review, about the unit implants with immediate provision, addressing the indications and contraindications of such procedure in implantology. As methodology was used bibliographic research which included critical analysis and understanding of available texts on the theme "Implants unitary with immediate provisioning". It is concluded that the main criterion for indicating the implementation of unitary implants with immediate provision in implantodontics is the primary stability of up to 35 Ncm of torque, but other criteria are fundamental for the realization of such implants, being these: dental health And patient general; Prognosis of adjacent soft tissues; The microscopic properties and macroscopic properties of the implant; The minimum implant length is 10 mm; The ability of the professional dentist. The main contraindications are: smoking, alcoholism and illicit drug use; Use of bisphosphonates; Bruxism, which can generate great movement, stress and shear in the implant.

Keywords: Unit implants. Immediate loading. Primary stability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 MÉTODO	122
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	133
3.1 IMPLANTES DENTÁRIOS DE CARGA IMEDIATA.....	133
3.2 QUALIDADE E QUANTIDADE ÓSSEA	144
3.3 ESTABILIDADE PRIMÁRIA.....	144
3.4 COMPLEXO PERI-IMPLANTE	15
3.5 INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES A IMPLANTES UNITÁRIOS COM PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA.....	16
3.6 BENEFÍCIOS E RISCOS DA PROVISIONALIZAÇÃO IMEDIATA DE IMPLANTES UNITÁRIOS... 	17
4 DISCUSSÃO	19
5 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Um implante dentário, ou implante endósseo, pode ser descrito como sendo um parafuso de titânio que faz a interface com o osso maxilar ou mandibular para suportar uma prótese dentária, tal como coroa provisória ou definitiva^{1,2}.

Implantes dentários descritos como “tradicionais (carga tardia)” exigem uma quantidade variável de tempo de cicatrização, entre 3 e 6 meses, para que ocorra a osseointegração. Esse tempo/período de cicatrização acaba por deixar o paciente sem dentes, ou se valendo de uma prótese removível, por um período relativamente longo, o que pode gerar dor e certo desconforto, em especial estético, ato que acaba por levar muitos pacientes a recusar ao tratamento com implante dentário³.

Tais recusas foram uma das principais “motivações” a criação do protocolo de carga imediata de implante, a qual pode ser descrita, basicamente, como sendo a implantação de prótese dentária fixa provisória, confeccionados dentro de 48 horas da cirurgia de instalação do implante, sendo esses deixados em posição para o período de cicatrização do osso e das gengivas, evitando que o paciente fique sem dentes ou se utilize de próteses removível⁴.

O carregamento imediato de um implante caracteriza-se por utilizar qualquer dispositivo ou acessório (pilar de cicatrização, formador de tecido, coroa provisória, etc.) que coloca o implante em conexão com a cavidade oral⁵.

A carga imediata de um implante caracteriza-se pela instalação da prótese dentro de 48 horas após a cirurgia de instalação do implante⁵

Os implantes submetidos a carga imediata são expostos à força de mastigação imediatamente após sua implantação, gerando além de benefício estético, em alguns casos, um benefício relativamente funcional ao paciente².

Embora os implantes de carga imediata estejam ganhando reconhecimento como sendo uma opção importante para certas categorias de pacientes, há uma série de casos clínicos onde a carga imediata não pode ser realizada em face do alto risco de falha^{2,3,4,5}.

O presente estudo teve por objetivo realizar uma revisão bibliográfica, acerca dos implantes unitários com provisionalização imediata, esclarecendo quais os principais critérios de indicação e contraindicação desses procedimentos em implantodontia.

2 MÉTODO

Este trabalho foi realizado baseado em uma revisão bibliográfica, onde utilizou – se as bases de dados: Scielo, Pubmed, Google acadêmico e as palavras chaves foram: Implantes unitário, Carga imediata, Estabilidade primária , Osseointegração.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Implantes dentários de carga imediata

Desde a origem da implantodontia, em casos de reabilitação de dentições, segue - se o protocolo original⁸, onde o paciente aguarda sem a dentição ou se utiliza de uma prótese removível no aguardo do período de cicatrização, a então utilizar a prótese fixa definitiva, ato que gerava grande desconforto, estético e funcional, aos mesmos, ato que direcionou diversos pesquisadores a buscar novas saídas para reduzir tais desconfortos elevando a taxa de satisfação e aceitação dos implantes pelos pacientes, o que acabou gerando um novo protocolo: o da carga imediata².

Os implantes de carga imediata podem ser descritos como sendo implantes que são instalados logo após a ação de exodontia ou não, onde a confecção e posicionamento oclusivo da prótese fixa provisória é realizada em até 48 horas ou após a cirurgia de instalação, existindo alguns critérios básicos que devem ser seguidos a fim de elevar a possibilidade de sucesso da mesma⁹.

É interessante ressaltar que fatores como a seleção do paciente e a habilidade cirúrgica técnica do cirurgião dentista influenciam, direta ou indiretamente, no sucesso do implante, porém, tais fatores são relevantes em qualquer tipo de modalidade de tratamento em implantodontia^{1,2}, sendo que, no que refere, especificamente a carga imediata de implantes unitários, o sucesso do procedimento pode ser elevado, basicamente, com a observância de fatores como: o tipo de material do implante, a qualidade e quantidade óssea do paciente, a estabilidade primária e a distribuição adequada do implante (complexo Peri - implante)¹⁰.

No que refere a fatores de risco ao sucesso da instalação de implante de carga imediata, basicamente, tem-se: pobre qualidade e quantidade óssea, presença de grande força mastigatória ou parafunção, tabagismo e presença de infecção local ou em bases adjacentes, mau posicionamento ajuste do implante e radioterapia local^{9,10}.

3.2 Qualidade e densidade óssea

Fatores como qualidade e densidade óssea influenciam diretamente na estabilidade primária no momento cirúrgico. A qualidade óssea está relacionada com as propriedades mecânicas do osso receptor²⁵.

Implantes instalados em ossos de baixa qualidade e densidade são mais susceptíveis ao insucesso, visto que estes estarão mais propensos a micromovimentações na interface osso - implante, podendo resultar em possível produção de tecido fibroso, induzindo a necrose óssea²⁵.

O volume e a densidade do osso determinarão se um implante pode ser instalado imediatamente ou não. Por exemplo, após uma extração dentária, se houver osso insuficiente ou de baixa qualidade indicando a negativa possibilidade de estabilização inicial, então o sítio deve ser enxertado. Após a cicatrização adequada (cerca de quatro a seis meses), o implante poderá então ser colocado¹².

Durante a cirurgia de implante imediato, o material de enxerto ósseo pode ser colocado entre o implante e as paredes da cavidade alveolar, o que não exclui a viabilidade de utilização de um provisório, uma vez que o implante é estabilizado apicalmente^{2,4}.

3.3 Estabilidade primária

A estabilidade inicial é o fator chave para se decidir se deve ou não carregar imediatamente um implante com provisório imediato⁴.

Para ter provisionalização imediata de implante, é necessário ser confirmado que esse se manterá bem ancorado ao osso, sendo capaz de suportar um torque de 35 Ncm sem rotação adicional, ato que pode ser conseguido com a seleção de um implante cônico-parafuso com melhoramentos de texturização/ ranhuras, superfície osteocondutora e comprimento suficiente (mínimo de 10 a 13 mm)¹⁴.

Diversos estudos indicam que existindo estabilidade inicial adequada, não se verifica diferença no sucesso do implante de dois estágios com o de carga imediata¹².

Nesse sentido é interessante ressaltar que não existem desvantagens no que refere o sucesso dos implantes em carga imediata em comparação com implantes de carga tardia,

desde que certos fatores sejam respeitados a realização desses, sendo que, quando tais fatores são respeitados pode-se indicar que os implantes de provisionalização imediata detêm de grandes vantagens em comparação a implantes de carga tardia, tais como a existência de apenas um procedimento cirúrgico para o paciente e a ocorrência de um menor tempo de tratamento, pois não há necessidade de descobrir o implante^{9,10}. No entanto desvantagens também existem, sendo as principais as que envolvem a necessidade de coordenação entre o cirurgião e protético, a menos que uma mesma pessoa venha a realizar ambos os trabalhos, a coloração do pilar definitivo, pois pode influenciar no resultado final estético.

3.4 Complexo peri-implante

Ao instalar implantes, que sejam provisionalizados de carga imediata ou tardia, é vital se estar ciente dos princípios básicos do posicionamento do implante em relação a um implante adjacente ou dimensões entre dentes. Desconsiderar este princípio pode levar a discrepâncias no tecidos moles que criam resultados estéticos não ideais².

Como os implantes de provisionalização imediata tem como atrativo primordial a estética, faz-se vital aprofundarmos nos entendimentos que circundam o peri-implante¹⁵.

No que refere ao microgap, deve indicar que esse pode ser descrito como sendo o intervalo, minúsculo existente entre a junção da superfície do implante e a ligação do pilar, o qual pode criar um reservatório potencial para a proliferação bacteriana e subsequente perda óssea cristal¹⁶.

Deve-se ainda ressaltar que o microgap pode contribuir para a perda da crista óssea que ocorre durante o primeiro ano de colocação do implante, sendo que essa cessa após ser estabelecida uma distância biológica^{17,4}.

A distância horizontal mínima entre implantes adjacentes ou dentes deve ser de 3 mm para compensar os 1.3 a 1.4 mm de perda óssea lateral que ocorre em torno da circunferência de um implante¹⁵. A distância horizontal ideal entre um dente e um implante é de 1,5 mm¹⁷. O dimensionamento de 1.5mm leva em consideração a existência de perda óssea ocorrendo ao redor do implante, mas não ao redor do dente.¹⁶

Nesse contexto é vital salientar que a preservação da papila interdental é essencial para um resultado estético ideal, uma vez que as fibras supracristais mantêm a papila coronária sobre o dente, contudo, não há fibras supracristais ligadas a um implante. Assim, ao manter o

espaçamento horizontal ideal, a altura vertical média da papila (distância entre a crista do osso e a ponta da papila) entre um dente e um implante deverá ser de 5 mm, enquanto a altura vertical média da papila entre dois implantes deverá ser de 3.4 mm¹⁵.

A limitação biológica que ocorre entre dois implantes pode ser tratada, por restauração, criando uma área de contato mais larga e mais longa na restauração final¹⁶.

É interessante ressaltar que quando um pilar temporário ou cicatrizante é removido, ocorre uma ruptura da barreira mucosa que se formou, levando a proliferação epitelial e reabsorção óssea, sendo que a ligação do pilar definitivo, no momento da colocação do implante elimina o rompimento da barreira mucosa, mantendo a integridade da vedação, cedendo assim uma proteção póstuma contra ataques bacterianos¹⁷.

Por tais “detalhes” do migrogap, diversos estudos acabam indicando que em provisionalização de implante unitário é preferível se conectar um pilar da cor do dente no momento da colocação¹⁵.

Faz-se ainda interessante ressaltar que é preferível adotar um pilar da cor do dente no momento da colocação do provisionamento uma vez que, os tecidos moles melhor se aderem ao pilar, criando um selo, uma vez que a barreira mucosa não é interrompida, o contato osso-implante é mantido no ombro do implante porque a largura biológica é estabelecida a partir da margem da coroa e não da interface implante-pilar e esteticamente, é preferível ter um pilar na cor de dente ao invés de um pilar de cor metal que pode resultar em um halo cinza emanando do tecido mole em torno da restauração^{16,17,18}.

3.5 Indicações e contra indicações aos implantes unitários em provisionalização imediata

O candidato ideal ao implante imediato com provisionalização imediata deve ser compreendido, basicamente, como sendo o indivíduo que detém de boa saúde dentária, boa saúde geral, que apresenta os requisitos ósseos/ estruturais necessários ao desenvolvimento de referida técnica e que segue claramente disposto e comprometidos a manter uma boa higiene bucal, de modo a evitar a possibilidade de que o tecido que envolve o implante seja infectado ou que venha a desenvolver quaisquer doenças gengivais no peri-implante¹⁹.

Em contrapartida, o candidato não ideal é o indivíduo que não dispõe de boa saúde dentária nem geral, que não apresenta requisitos ósseos/ estruturais necessários ao desenvolvimento da técnica, que não se apresenta disposição a manter uma higiene bucal

desejável e que detém de vícios como fumo, álcool e drogas ilícitas. Considerados também como candidatos não ideais os indivíduos que estão se utilizando de altas doses de drogas cujo princípio ativo seja o bifosfonato, uma vez que em altas doses o bifosfonato eleva o risco de perda óssea após cirurgia, em especial se a administração da droga se der por via intravenosa como parte da terapia para o câncer. É interessante ressaltar que indivíduos que se utilizam de baixas doses de bifosfonatos, a fim de ceder tratamento, por exemplo, a osteoporose, não apresentam risco elevado de perda óssea^{2,4,19}.

Também são considerados como candidatos não ideais os indivíduos que detém de bruxismo ou apertamento, uma vez que essas condições podem afetar negativamente os implantes por proporcionarem muito estresse sobre a coroa do implante²⁰.

3.6 Benefícios e riscos da provisionalização imediata de implantes unitários

Os principais benefícios da provisionalização imediata de implantes unitários são: necessidade de um único procedimento cirúrgico, onde o implante a coroa são colocados durante o mesmo procedimento; nula necessidade de se descobrir o implante meses mais tarde ,para adicionar a coroa ao implante; tecido da gengiva se corresponde melhor com a coroa, tendo visto que em provisionalização imediatao tecido da gengiva pode ser moldado pela coroa temporária (que é mais semelhante em forma à coroa permanente) o que viabiliza melhores resultados estéticos e evita necessidade do uso de próteses temporárias ou a “falta dentária”, elevando a estética do paciente bem como reduzindo impactos negativos, psicológico e físico, da perda dentária no mesmo²⁰.

Os principais riscos da provisionalização imediata de implantes unitários são: é uma técnica muito precisa a qual exige que o cirurgião detenha de precauções para assegurar que o implante não se mova enquanto não possui uma integração plena do implante para com o osso; a técnica é adequada apenas em situações específicas, devendo o implante ser colocado em uma porção óssea que suporte 35 Ncm de torque, ato que normalmente, se mostra mais viável de ser conseguido na mandíbula onde , geralmente, o osso é mais forte e denso; todas as cirurgias de provisionalização imediata detém de uma pequena percentagem de risco de insucesso, uma vez que existem certos fatores que podem causar problemas, como por exemplo a falta do implante a curto prazo em face da negativa integração, da ocorrência de

uma infecção local ou da submissão do implante a um estresse excessivo não previsto o que acaba por gerar falha mecânica no mesmo^{2,4,12,14}.

Tem de ser destacado que a provisionalização imediata de implantes unitários exige que o paciente disponha de um cuidado especial com a área em torno do implante, principalmente nos primeiros dois meses após a cirurgia, de modo a prevenir a ocorrência de infecções e certificar que o implante não seja exposto à forças e/ ou pressão excessiva, sendo que caso tais cuidados não possam ser conseguidos deve ao paciente ser indicada a utilização de técnica, tal como a de carregamento tardio^{20,12,14}.

4 DISCUSSÃO

Inicialmente era defendida a tese que a provisionalização imediata de implantes unitários prejudicava a osseointegração, mas foi provado que a fase de cicatrização submersa apenas protegia o implante contra micro movimentações na interface osso -implante^{21,3}.

Balshi e colaboradores²² ressaltaram que a provisionalização imediata de implantes unitários não deve deter de movimentações, sendo que demasiada movimentação, stress ou força de cisalhamento criaria grande instabilidade do implante elevando a probabilidade de perda potencial subsequente desse. De acordo com Padovan⁴e Fernandes Júnior e colaboradores²⁰, a mastigação, hábitos de higiene bucal inadequados e o bruxismo podem seriamente afetar coroas intermediárias em infra oclusão, devendo pacientes com tais potenciais serem na triagem identificados e desclassificados de receber tal procedimento.

Louropoulou et al.¹³, Silva et al.¹² citaram que a provisionalização imediata de implantes unitários apresenta altos níveis de sucesso, sendo porém necessário se deter de alguns requisitos como: estabilidade primária de até 35 Ncm de torque e manter controle sobre as micromovimentações de 50 µm até 150 µm.

Francischone et al.²³ destacaram que em se tratando de maxila, o critério para realização de provisionalização imediata de implantes unitários deve ser de até 40 Ncm, uma vez que esse osso, geralmente, é menos denso e está envolvido com a fonética e a estética.

Peixoto¹⁴ ressaltou que, implantes unitários de provisionalização imediata em mandíbula, em seu entendimento, devem ser realizado com a existência de estabilidade primária e com torque de 45 Ncm.

Em desacordo com Francischone et al.²³e Peixoto¹⁴ surge Elián et al.²⁴e Fernandes Júnior et al.²⁰ que relataram que a provisionalização imediata de implantes unitários apresenta altos níveis de sucesso, desde que essa detenha de estabilidade primária plena e aplicação de torque de 35Ncm, o qual é ideal para a maioria dos casos, sendo esse vital a manter controle sobre a micro movimentações de até 10 µm, sendo que caso exceda esse valor é favorecida a produção de tecido fibroso, causando perda da fixação do implante.

Fernandes Júnior et al.²⁰ citaram que são considerados critérios para a realização de provisionalização imediata de implantes unitários a estabilização primária absoluta com torque de até 40Ncm; a qualidade do tecido ósseo; propriedades microscópicas; propriedades macroscópicas dos materiais (textura) do implante; comprimento mínimo de implante de 10 mm e esplintagem primária do implante que impeçam macromovimento.

Rosa et al.³, Alves et al.⁵ e Oliveira² lembraram que depende da habilidade do profissional identificar, no momento do ato cirúrgico, se a estabilidade primária existente condiz com a estabilidade primária por ele esperada na triagem, em especial no que refere a densidade óssea, viabilizando que seja realizado a provisionalização imediata, ou se a realidade cirúrgica indica que o sucesso só será viável a carga tardia.

Santos²⁵, provaram, em estudo *in vitro*, a relação entre densidade óssea e a estabilidade primária, relatando que ossos de baixa densidade possuem estabilidade primária menor quando comparados a ossos mais densos, o que poderia ser ligado a ocorrência de reabsorções e falhas na cicatrização.

Silva et al.¹² citaram que a densidade óssea é de grande importância a estabilidade primária ao provisionalização imediata, porém, o sucesso dessa também depende do prognóstico dos tecidos moles adjacentes, o qual segue relacionado a cirurgia atraumática, a qual deve buscar preservar ao máximo os tecidos, devendo os retalhos cirúrgicos expor o mínimo de tecido ósseo possível, minimizando traumas e favorecendo a cicatrização.

Primo et al.¹⁹ ressaltaram que os critérios para indicação de implantes unitários de provisionalização imediata podem se fixar em o candidato deter de boa saúde dentária e geral, requisitos ósseos estruturais necessários ao desenvolvimento de referida técnica, além disso, uma técnica cirúrgica atraumática é essencial para o sucesso da provisionalização, uma vez que supostos traumas podem gerar pobre irrigação no momento do preparo do alvéolo, acarretando em um aumento da temperatura local e possível necrose óssea. Para evitar tais danos, é importante o uso de uma broca com *design* adequado para o tipo de osso e ao tipo de implante a ser instalado.

Primo et al.¹⁹, Fernandes Júnior et al.²⁰ ditaram que uma técnica cirúrgica atraumática pode influenciar diretamente na estabilidade primária do implante o que influencia no sucesso da provisionalização imediata do implante unitário.

De acordo com Silva et al.¹², Fernandes Júnior et al.²⁰ uma das principais observações clínica de contra-indicação ao referido procedimento, é verificação de ausência de tecido ósseo na direção apical ou proximais, o que prejudica o travamento do implante, uma vez que reduz a estabilidade primária do mesmo.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o principal critério para indicação da realização de implantes unitários com provisionalização imediata, em implantodontia, é a estabilidade primária de até 35 Ncm de torque, porém outros critérios são fundamentais para a indicação a realização de tais implantes, sendo esses: a saúde dentária e geral do paciente ser boa e esse indicar estar disposto e comprometido a manter uma boa higiene bucal; a densidade óssea; o prognóstico dos tecidos moles adjacentes em face de cirurgia atraumática.

Além dos critérios de indicações, alguns critérios de contra indicação da realização de implantes unitário com provisionalização imediata devem ser considerados, no que refere o paciente tais como esse apresenta vícios como tabagismo, alcoolismo e consumo de drogas ilícitas, o mesmo se utiliza de altas doses de drogas cujo principio ativo é o bifosfonato, detêm de bruxismo, o que pode gerar grande movimentação, stress e cisalhamento no implante.

REFERÊNCIAS

- 1 Sequeiros MF. Implante dentário: Perguntas e respostas. S/ d. Disponível em: <http://v/dentopolis.blogspot.com.br/2015/09/implante-dentario-perguntas-e-respostas.html>. Acesso Nov 2016.
- 2 Oliveira AS. Implantodontia: princípios, técnicas de fabricação, reabilitação, oclusão e tipos de prótese. São Paulo: Ética, 2015.
- 3 Rosa JCM et al. RestauraciónDentoalveolarInmediata: Implantes Con Carga InmediataEnAlveolos Comprometidos. São Paulo: Santos, 2012.
- 4 Padovan LEM. Carga Imediata e Implantes Osteointegrados: Possibilidades e Técnicas. São Paulo: Santos, 2008.
- 5 Alves Neto A. Reabilitação Oral: Com Implantes Osseointegrados. São Paulo: Napoleão, 2013.
- 6 Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- 7 Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- 8 Branenark PI. Protocolo de reabilitação busca da carga imediata. Quimtesence: São Paulo; 2001.
- 9 Paini GK. Carga imediata em implantodontia. Monografia (Graduação em Odontologia). Londrina: UEL, 2013.
- 10 Cavachioni Júnior JMC. Carga imediata em implantes dentários unitários. Monografia Graduação em Odontologia. Florianópolis: UFSC, 2012.
- 11 Bressan GA. Revisão de literatura sobre a técnica da carga imediata em implantodontia. Trabalho de Monografia (Especialização em Implantodontia). Florianópolis: UNICSUL, 2012.
- 12 Silva FL, Rodrigues F, Pamato S, Pereira JR. Tratamento de superfície em implantes dentários: uma revisão de literatura. RFO. 2016;21(1):136-42.
- 13 Louropoulou A, Slot DE, Van der Weijden F. Influenceofmechanicalinstrumentsonthebiocompatibilityoftitanium dental implantssurfaces: a systematicreview. Clin Oral Implants Res. 2015;26(7):841-50.
- 14 – Peixoto MAA. Carga imediata em implantes unitários: revisão de literatura. Monografia (Especialização em odontologia). Rio de Janeiro: Centro de Pós graduação da academia de odontologia do Rio de Janeiro, 2007.
- 15 – Silva Neto JP. Micro-leakageattheimplant-abutment interface withdifferenttightening torques in vitro. J. Appl. Oral Sci.2012;20(5).
- 16 – Silva CR, Gennari Filho H, Goiato MC. Perda óssea em prótese sobre implante: revisão de literatura. Revista Odontológica de Araçatuba, 2011;32(1):32-36.

- 17 Sarment DP, Meraw SJ. Biologicalspaceadaptationtoimplantdimensions. Int J Oral MaxillofacImplants. 2008;23:99-104.
- 18 Harder S, Dimaczek B, Açil Y, Terheyden H, Freitag-Wolf S, Kern M. Vazamento molecular na conexão implante-pilar - investigação *in vitro* da estanqueidade das conexões cônicas internas entre o implante e o pilar contra a penetração de endotoxinas. Clin Oral Investig. 2010;14: 427-32.
- 19 Primo BT, Fernandes EL, Lima PVP, Kramer PF. Implante imediato para substituição de elemento dentário com fratura radicular: relato de caso clínico. Stomatos. 2011;17(32): 65-71.
- 20 Fernandes Júnior. Implantodontia: Próteses totais fixas sobre implante com carga imediata em mandíbula. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, 2014;4(1):76-93.
- 21 Ganddini MR, Tallents RH, Ercoli C, Ganddini R. Technique for fabricating a cement-retained single-unit implant-supported provisional restoration in the esthetic zone. J Prosthet Dent. 2005;94(3):296-98.
- 22 Balshi SF, Allen FD, Wolfinger GJ, Balshi TJ. A resonance frequency analysis assessment of maxillary and mandibular immediately loaded implants. Int J Oral MaxillofacImplants. 2005;20(4):584-94.
- 23 Francischone ECE, Filho HN, Matos, DAD. Osseointegração e tratamento multidisciplinar. São Paulo: Quintessence, 2006.
- 24 Elian N, Tabourian G, Jalbout ZN, Classi A, Scho SC, Froum S, Tarnow DP. Accuracy of transfer of peri-implant soft tissue emergence profile from the provisional crown to the final prosthesis using an emergence profile cast. J Esthet Restor Dent . 2007;19(6):306-14.
- 25 Santos MJS. Estabilidade primária de implantes. Monografia (Mestrado em medicina dentária). Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011.

Autorização para reprodução

Autorizo cópia total ou parcial desta obra,
apenas para fins de estudo e pesquisa,
sendo expressamente vedado qualquer
tipo de reprodução para fins comerciais
sem prévia autorização específica do
autor. Autorizo também a divulgação do
arquivo no formato PDF no banco de
monografias da Biblioteca institucional.

Francisco Carlos Silva Junior

Heliton Rogério Martins César

Pindamonhangaba, dezembro 2016.