

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

IORRANY TEIXEIRA OLIVEIRA DA MACENA

**INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UTILIZANDO A TÉCNICA DE
PREPARO INTRARRADICULAR COM PROVISIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO
CICATRIZADOR MULTIFUNCIONAL PEEK – RELATO DE CASO**

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2022

IORRANY TEIXEIRA OLIVEIRA DA MACENA

**INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UTILIZANDO A TÉCNICA DE
PREPARO INTRARRADICULAR COM PROVISIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO
CICATRIZADOR MULTIFUNCIONAL PEEK – RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador (a): Profa. Ma. Karine Figueiredo da Costa

**IORRANY TEIXEIRA OLIVEIRA DA MACENA / IORRANY TEIXEIRA OLIVEIRA
DA MACENA**

**INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UTILIZANDO A TÉCNICA DE
PREPARO INTRARRADICULAR COM PROVISIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO
CICATRIZADOR MULTIFUNCIONAL PEEK – RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel.

Aprovado em 06/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

**PROFESSOR (A) MESTRE KARINE FIGUEREDO DA COSTA
ORIENTADOR (A)**

**PROFESSOR (A) DOUTOR (A) FRANCISCO JADSON LIMA
MEMBRO EFETIVO**

**PROFESSOR (A) MESTRE FERNANDO GONÇALVES ROGRIGUES
MEMBRO EFETIVO**

INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO UTILIZANDO A TÉCNICA DE PREPARO INTRARRADICULAR COM PROVISIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DO CICATRIZADOR MULTIFUNCIONAL PEEK – RELATO DE CASO

Iorrany Teixeira Oliveira Da Macena¹
Karine Figueiredo da Costa²

RESUMO

A extração e instalação de implantes imediatos é aceita pelos pacientes e favorável ao tratamento. O objetivo desse trabalho é avaliar a manutenção da arquitetura óssea e gengival da região de instalação do implante em molar através da técnica intrarradicular, com cicatrizador multifuncional personalizado PEEK. Paciente procurou atendimento na turma de especialização de Implantodontia do Instituto de Odontologia das Américas (IOA – Natal), com prognóstico duvidoso do dente 46, onde se optou pela extração o colocação de implante. O dente a ser extraído foi seccionado, o preparo para receber o implante realizado e após isso a extração atraumática com instalação do implante no septo radicular. O GAP foi preenchido com osso xenógeno e o cicatrizador multifuncional de PEEK confeccionado com resina flow foi instalado. Após 4 meses, a paciente foi reavaliada, obtendo sucesso do tratamento através da estabilidade primária alcançada na instalação do implante, mostrando que a técnica de preparo intrarradicular quando indicada e executada favorece o travamento de implante. O preenchimento do GAP com enxerto ósseo associado a personalização do cicatrizador multifuncional de PEEK favorece a manutenção da arquitetura óssea e gengival, com ampla faixa de tecido queratinizado. A próxima etapa será confecção de provisório e instalação da coroa definitiva no implante dentário.

Palavras-chave: Cicatrizador multifuncional. Implante imediato. Provisionalização.

ABSTRACT

The extraction and installation of immediate implants is accepted by patients and favorable to treatment. The objective of this work is to evaluate the maintenance of bone and gingival architecture of the molar implant installation region through the intraradicular technique, with peek custom multifunctional healer. Patient sought anethoment in the implantology specialization class of the Institute of Odontologia das Américas (IOA – Natal), with a dubious prognosis of tooth 46, where implant placement was chosen for extraction. The tooth to be extracted was sectioned, the preparation to receive the implant performed and after that the atraumatic extraction and installation of the implant in the root septum. Gap was filled with xenogen bone and the PEEK multifunctional scarger made with flow resin was installed. After 4 months, the patient was revalidated, successful treatment through the primary stability

¹ GRADUANDA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
– iorranyteioli@gmail.com

² DOCENTE DO CURSO DE ODONTOLOGIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
– karinecosta@leaosampaio.edu.br

achieved in implant installation, showing that the intraradicular preparation technique when indicated and exceeded favors implant locking. The filling of the GAP with bone graft associated with the customization of the peek multifunctional healer favors the maintenance of bone and gingival architecture, with a wide range of keratinized tissue. The next step will be making provisional and installing the definitive crown in the dental implant.

Keywords: Immediate implant. Multifunctional healer. Provisionalization.

1 INTRODUÇÃO

A perda dentária afeta muitos pacientes, a possibilidade de reposição do dente de forma fixa é algo almejado por esses indivíduos. O tratamento reabilitador com implantes é uma realidade alcançável que melhora a qualidade de vida desses pacientes, pois reestabelece função, estética e fonética (MARTINS, 2020). A implantodontia possibilita essa reposição de dentes perdidos com previsibilidade, alta taxa de sucesso em relação à estabilidade inicial, estética favorável das próteses, desde que siga o planejamento adequado a cada caso (MORAES *et al.*, 2018). O sucesso dos implantes depende de alguns fatores como planejamento do caso (considerar a condição sistêmica e odontológica do paciente), estabilidade primária que favorece a osseointegração, quantidade e qualidade do osso na região que será instalado o implante, os cuidados no momento da cirurgia e no pós cirúrgico (FERREIRA, 2021).

Os implantes imediatos são uma alternativa satisfatória, por preservar osso dos alvéolos dentários, conseguindo assim uma melhor estabilidade do implante (FARIA *et al.*, 2008). Os primeiros relatos de colocação de implantes imediatos foram realizados por Schulte e Heimke, depois dessas primeiras publicações esse procedimento teve um ganho de contínua atenção (REBELE *et al.*, 2013). A instalação de implantes imediatos oferece vantagens como redução do tempo pela diminuição das etapas do tratamento, redução de custos e ainda preservando a espessura e altura óssea alveolar, tecido mole que circunda a região do implante, tendo assim um bom desempenho no tratamento reabilitador (ARAÚJO *et al.*, 2019). Na instalação de implantes imediatos pode ser colocado a coroa provisória ou um cicatrizador ou fechar e reabrir posteriormente (ASSADA *et al.*, 2019).

A instalação de implantes imediatos na região posterior é um desafio maior, visto que existe uma diferença entre o implante e o alvéolo pós extração, o comprimento radicular, altura do tronco radicular, divergência das raízes, além da qualidade óssea tornam a técnica mais desafiadora (ARAÚJO *et al.*, 2019). Rebele, Zhur e Hurzeler em 2013, apresentaram

uma nova abordagem cirúrgica com intuito de direcionar a instalação de implantes na região de septos ósseos, visto que a fresa pode desviar da superfície do septo dificultando posicionamento ideal do implante. O preparo do leito cirúrgico intrarradicular previamente a extração dentária se mostra como uma possibilidade de contornar essa dificuldade clínica. A manutenção do complexo radicular também favorece a preservação do perfil de emergência.

A provisionalização do cicatrizador do implante guia o reparo do tecido mole, obtendo assim, um perfil harmônico e naturalidade, critérios esses desejados pelos profissionais e paciente (REYES *et al.*, 2019). A provisionalização imediata em implantes representa uma técnica viável, principalmente em zona estética (zona anterior de maxila). Esta técnica apresenta a vantagem de permitir a cicatrização alveolar, favorecendo a manutenção do arcabouço gengival. Diante destas vantagens e das elevadas taxas de sucesso alcançadas com implantes e provisionalização imediata, foram necessários desenvolvimentos de novos materiais com características de biocompatibilidade, baixa afinidade para biofilme dentário e excelente estética, muito próxima da dos dentes naturais, como por exemplo o PEEK (poliéster-éter-cetona), um material aromático sulfonado termoplástico de alta temperatura, e seu uso na odontologia é de ampla aceitação, por possuir melhores propriedades em relação aos materiais já existentes (CABALLERO, 2020).

A necessidade e exigência funcional, bem como a estética, tem motivado os pacientes à substituição de dentes perdidos com a colocação de implantes. A manutenção óssea e gengival contribui para sucesso a longo prazo, sendo assim é importante a instituição de técnicas cirúrgicas e protéticas que favoreçam a manutenção dos tecidos e permitam a manutenção do implante em boca ao longo dos anos.

O objetivo desse trabalho é avaliar a manutenção da arquitetura óssea e gengival da região de instalação do implante em molar através da técnica de instalação de implante intrarradicular e instalação de cicatrizador personalizado de PEEK.

2 RELATO DE CASO

Paciente F.L.C.F, gênero feminino, 45 anos, normossistêmica, compareceu à clínica de pós-graduação em implantodontia do Instituto de Odontologia das Américas (IOA-Natal/RN) e a queixa principal era “um dente que foi avaliado por vários cirurgiões dentistas que lhe informaram que o prognóstico era duvidoso, pois necessitaria de retratamento endodôntico e

aumento de coroa clínica e depois prótese fixa”. A paciente decidiu pela extração do dente e colocação de implante imediato para substituição do dente 46.

A paciente apresentou saúde periodontal em periodonto reduzido sem periodontite (índice de sangramento gengival = 7,2%), bom controle de higiene oral, e uma quantidade favorável de tecido queratinizado. Ao exame clínico foi observado que o dente 46, não apresentava coroa clínica (FIG 1 e 2). Ao exame radiográfico foi observado tratamento endodôntico, o qual estava exposto há mais de 3 meses, sendo necessário o retratamento e o de aumento de coroa clínica, sendo a longo prazo um prognóstico duvidoso (FIG 3). Assim, a opção de tratamento apresentada à paciente foi extração minimamente invasiva para preservar a região de septo ósseo que apresentava uma disponibilidade óssea favorável a instalação do implante imediato.



FIGURA 1. Aspecto clínico inicial: foto frontal e foto lateral.



FIGURA 2. Foto oclusal de aspecto clínico inicial.



FIGURA 3. Radiografia panorâmica e radiografia interproximal inicial.

A cirurgia foi realizada após antisepsia extra e intraoral, com bloqueio do nervo alveolar inferior com cloridrato de mepivacaína + epinefrina (Mepiadre100, DFL Industria e comércio S.A.). Após isso, realizou-se odontosecção preservando o septo alveolar, para posteriormente iniciar a fresagem sem a exodontia (FIG 4), facilitando o posicionamento tridimensional do implante (FIG 5).



FIGURA 4. Secção realizada.



FIGURA 5. Paralelizador mostrando posição de instalação do implante.



FIGURA 6. Raízes removidas.

A fresagem foi realizada inicialmente com a fresa tipo lança, na sequência fresa 2.0, 3.5 e 4.0 (Kit cirúrgico HelixGM, Neodent®). A extração foi feita de forma atraumática, preservando osso e tecido mole (FIG 6 e 7). O paralelismo foi novamente testado (FIG 8). O implante instalado foi HelixGM ACQUA 4.3x10mm (Neodent®, Curitiba, PR, Brasil) com travamento de 45 N (FIG 9). O gap foi preenchido com osso xenógeno Cerabone® (Straumann® Cerabone®, granulação 1,0-2,0mm; 5,0cc) e condensado nesse espaço ao redor do implante (FIG 10). Sobre esse implante instalamos um cicatrizador personalizável em polímero termoplástico orgânico de poli (éter-éter-cetona) – Peek (Cicatrizador personalizável GM 5x3,5mm - Neodent®) (FIG 11).



FIGURA 7. Preparo do leito cirúrgico.

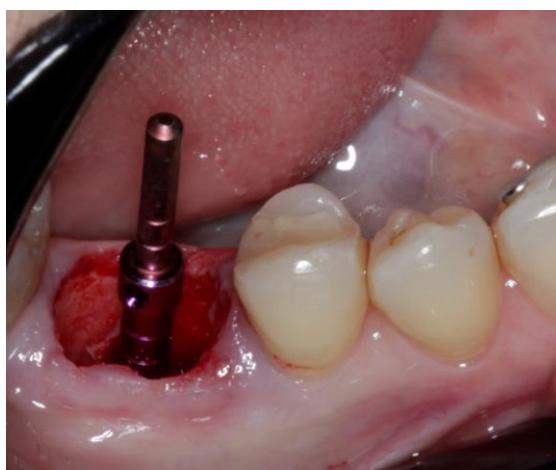


FIGURA 8. Paralelizador mostrando posição de instalação do implante.



FIGURA 9. Implante instalado.



FIGURA 10. Preenchimento do GAP (alvéolo) com osso xenógeno particulado.

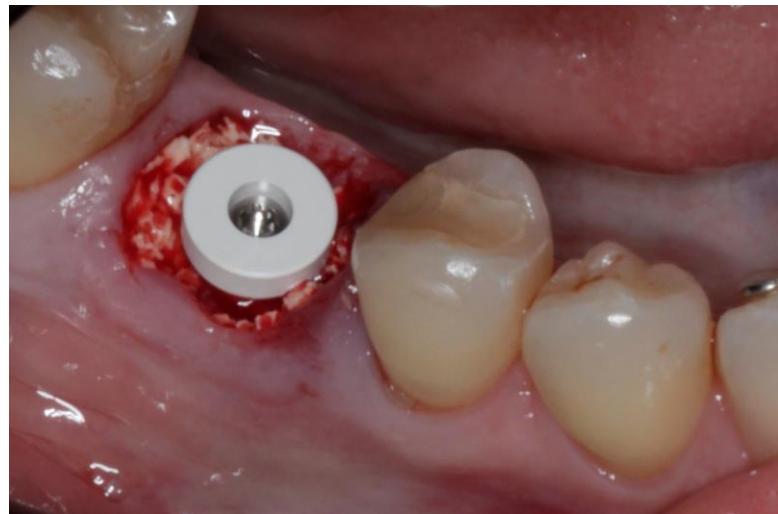


FIGURA 11. Cicatrizador personalizável PEEK.

Na superfície do cicatrizador, aplicou-se adesivo, e realizamos o preenchimento dos espaços entre o cicatrizador e margem gengival com resina flow como uma teia e fora da boca terminou-se de completar os espaços com a resina para manter o contorno gengival original da região. Foi realizado polimento da resina para dar lisura e favorecer a cicatrização (FIG 12). Uma radiografia no pós operatório imediato foi realizada, mostrando preenchimento ósseo do GAP com falha de condensação na mesial e posicionamento do implante (FIG 13).

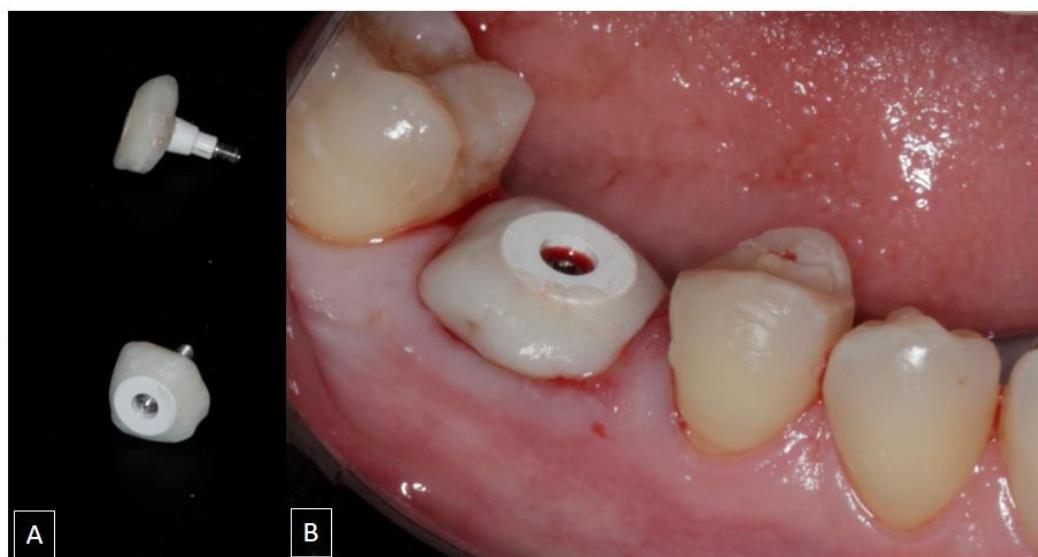


FIGURA 12. A- Cicatrizador personalizável com resina flow; B- Cicatrizador personalizável em posição.

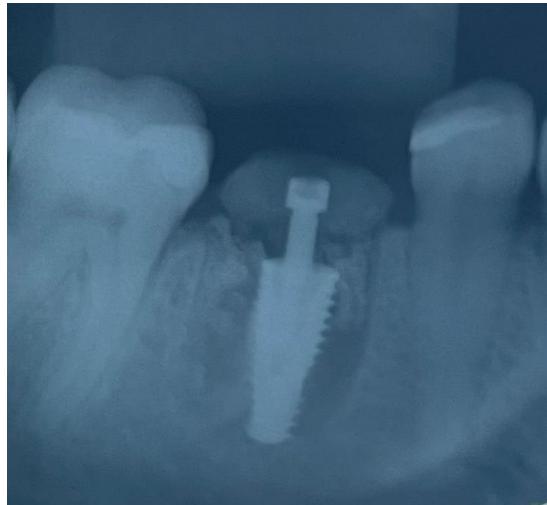


FIGURA 13. Radiografia periapical pós operatório imediato.

Após 4 meses a paciente passou por uma reavaliação, ao final foram realizadas registro fotográficos, fotografia, exame de radiografia periapical e encaminhamento para confecção da prótese sobre implante (FIG 14, 15 e 16). Foi observado que o cicatrizador não tinha mais a resina mantendo a arquitetura gengival da região, paciente procurou atendimento um mês após a instalação com a resina quebrada. Houve manutenção de tecido queratinizado e formação óssea ao redor do implante.



FIGURA 14. Vista vestibular.

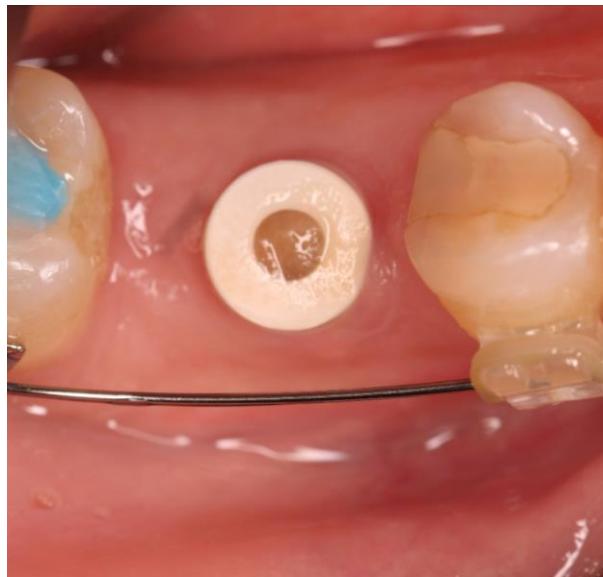


FIGURA 15. Vista oclusal.



FIGURA 16. Radiografia periapical final.

3 DISCUSSÃO

O objetivo principal desse caso clínico foi avaliar preservação de tecido ósseo e manutenção da arquitetura gengival após instalação imediata de implante em região posterior, com a técnica de preparo intrarradicular e instalação de cicatrizador personalizado. Após 4 meses pode-se verificar neoformação óssea e tecido gengival preservado, com satisfatória faixa de tecido queratinizado. Inicialmente os protocolos de instalação de implantes só eram aplicados em rebordos completamente cicatrizados, tendo que esperar um período de 6 a 12 meses para colocar carga e assim entrar em função. A evolução das pesquisas na área da implantodontia possibilitou encurtar os intervalos para instalação de implantes (ARAUJO *et al.*, 2019; RAGUCCI *et al.*, 2020). A instalação imediata reduz o tempo de tratamento e o custo,

preserva altura, espessura óssea alveolar e a dimensão do tecido mole. O acompanhamento de pacientes submetidos a implantes colocados imediatamente após a extração dentária apresentam uma taxa de sobrevivência satisfatória, sendo uma ótima escolha em procedimento devido ao seu bom prognóstico de sucesso (ALVARENGA *et al.*, 2020; CARVALHO, 2020).

Outros passos para que ocorra a taxa de sucesso devem ser seguidos para se obter a posição ideal do implante, sendo elas: alinhamento do implante relativo ao dente a ser restaurado, para que se obtenha um correto perfil de emergência, e a posição da cabeça do implante deve estar situada 3 mm apicalmente à junção amelo-cementária do dente adjacente, para permitir uma uniformidade da margem da junção amelo-cementária e acomodação do pilar e prótese subgengivalmente, sendo assim essas dimensões devem ser respeitadas, para que haja espaço para as distâncias biológicas (epitélio sulcular, epitélio juncional e inserção conjuntiva), tendo essas dimensões irá provocar uma reabsorção óssea positiva, com o objetivo de reconstituir o espaço biológico, podendo comprometer o resultado estético final positivo (ZANI *et al.*, 2011; BLANCO *et al.*, 2019).

Devido as particularidades para instalação de implantes imediatos em regiões posteriores, modificações na técnica são realizadas para contornar as situações adversas. O preparo intrarradicular é uma modificação da técnica, mantendo as raízes para a perfuração óssea padrão, esse preparo provoca uma menor irritabilidade aos tecidos, pois faz-se odontosecção para remoção das raízes e resto de coroa dentária, preservando o tecido ósseo e gengival, visto que não é realizada abertura de retalho (MARTINS *et al.*, 2020). As limitações da técnica incluem perda de inserção periodontal e mobilidade severa, a possibilidade de reação deletéria causada pelos detritos no alvéolo, por isso é importante a curetagem do leito cirúrgico antes da inserção do implante (REBELE *et al.*, 2013).

O preenchimento do GAP (espaço formado entre o implante e o osso) deve ser realizado segundo a literatura em espaços igual ou superior a 2mm. O uso de xenoenxerto entre as paredes do alvéolo pós extração proporciona quantidades adicionais de osso e melhora nível do osso marginal ao implante. A perda óssea em locais regenerados se mostra menor do que em locais onde nenhum procedimento é realizado, isso em avaliação de 4 meses após a extração e preenchimento do GAP. O uso de enxerto ósseo, que pode ou não, estar associado a membrana, contribuir para manutenção do rebordo alveolar (ARAÚJO *et al.*, 2019).

O desafio dos implantes imediatos, não se resume somente a estabilidade primária, preenchimento do GAP, mas também possui complexa relação com a estética e biomecânica,

sendo o manejo adequado dos tecidos moles cirrundantes um ponto crucial para atingir o sucesso desejado. Os cicatrizadores usados nos implantes precisam seguir o tamanho dos dentes para guiar a cicatrização, os modelos disponíveis no mercado, são pré-fabricados e muitas vezes não conseguem alcançar as necessidades dos casos, sendo necessário a personalização para conseguir melhor resultado estético de preservação de papila e margem gengival (MATIAS *et al.*, 2021).

O cicatrizador multifuncional de PEEK possui características biológicas muito favoráveis e assim tendo uma relação de biocompatibilidade, o que potencializa a resposta tecidual e apresenta vantagens protéticas, pois o mesmo é um polímero que consiste em um componente cilíndrico personalizável, e seu corpo permite customização e possui um conduto para acesso do parafuso de fixação. É composto por duas partes, cilindro em PEEK e parafuso em titânio, sua extremidade inferior adapta-se a conexão do implante dessa forma permite sua personalização de forma fácil e possuindo uma interação com a resina muito melhor do que os componentes protéticos provisórios metálicos convencionais (PASSONI, 2019). A utilização de cicatrizadores personalizados, permite o fechamento do GAP, evitando exposição do enxerto, possibilita uma cicatrização individualizada favorável para instalação da prótese sobre implante, além de ter um resultado mais estável, mais confortável para o paciente, prevenindo traumas e direcionando a cicatrização dos tecidos periimplantares (ASSADA, *et al.*, 2019).

As limitações do caso clínico está relacionada ao preenchimento do GAP, que na face mesial não foi bem compactada, não sendo preenchida pelo biomaterial, sendo a neoformação óssea através do coágulo. Após 45 dias houve fratura da resina flow, mantendo o cicatrizador sem a resina até a completa cicatrização e posterior colocação da coroa protética.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Obteve-se sucesso do tratamento através da estabilidade primária alcançada já na instalação do implante, mostrando que a técnica de preparo intrarradicular quando bem indicado e executado favorece o travamento do implante. O preenchimento do GAP com enxerto ósseo associado a personalização do cicatrizador multifuncional de PEEK favorece a manutenção da arquitetura óssea e gengival, com ampla faixa de tecido queratinizado. A próxima etapa do tratamento é a confecção de provisório para melhorar o arcabouço gengival e instalação da coroa definitiva no implante dentário.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. C. S.; MONTENEGRO, A.C.; TEMPONI, K. R. V.; PIMENTEL NETO, G. S. Preservação tecidual peri-implantar em implante imediato posterior com cicatrizador personalizado: relato de caso clínico. **Rev Nav Odontol.** 47(1): 14-22;2020
- ARAÚJO, M. G.; SILVA, C. O.; SOUZA, A. B.; SUKEAVA, F. Socket healing with and without immediate implant placement. **Periodontol 2000.** 79: 168– 177; 2019
- ARAÚJO, S. C.; ASSIS, L. C. F.; LAZARI, P. C.; SOUZA, J. A. C.; LELES, C. R. reabilitação com instalação de implante imediato em região de molar com abordagem alternativa de osteotomia: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central.** 28(84): 23-25; 2019.
- ASSADA, F.; SILVA, R. S.; POLUHA, R. L. Cicatrizadores personalizados: relato de caso. **Revista Estomatológica Herediana,** 29(4), 291-296; 2019.
- BLANCO, J.; CARRAL, C.; ARGIBAY, O.; LIÑARES, A. Implant placement in fresh extraction sockets. **Periodontol 2000.** 79: 151- 167; 2019.
- CABALLERO, J. A. R. **peek em medicina dentária;** Relatório Final de Estágio Mestrado Integrado em Medicina Dentária Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2020.
- CARVALHO, M. F. D. **Implante imediato com provisionalização imediata unitária.** Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Gandra, 39; 2020.
- FARIA, I. R.; ROCHA, S. S.; BRUNO, V. M. **Implante imediato com restauração temporária:Um relato de caso.** Robrac. Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP, Araraquara, v.17, n.44, p.117- 123; 2008.
- FERREIRA, F. S. **Implantes dentários de carga imediata: revisão integrativa.** 2021; TCC (Graduação) - Faculdade Maria Milza no Curso de Bacharelado em Odontologia, Governador Mangabeira – BA; 2021.
- MARTINS, S. Implante imediato pós-exodontia em região de molar utilizando um novo implante com a técnica de preparo intrarradicular e preservação alveolar. **J Multidiscipl Dent.** May Aug;10 (2):160-7; 2010.
- MATIAS, K. B.; VIANA, L. S.; SANT'ANA, L. L. P. A importância dos cicatrizadores personalizados na implantodontia atual: revisão de literatura. **Research, Society and Development,** v. 10, n. 15; 2021.
- MORAES J. E. F.; SOUZA, A. L.; FERREIRA, F.; CAETANO, A. S. Implantação imediata em área estética: descrição de caso. **Salusvita,** Bauru, v. 37, n. 3, p. 685-694, Set; 2018.
- PASSONI, B. Implante imediato com provisionalização imediata através de cicatrizador multifuncional de peek. **INPerio;** 2(4):747-52; 2017.
- RAGUCCI, G. M.; ELNAYEF, B.; CÁMARA, E. C.; LÓPEZ, F. S.; ALFARO, F. H.; Immediate implant placement in molar extraction sockets: a systematic review and meta-analysis. **Int J Implant Dent,** 6, 40; 2020.

REBELE, S. F.; ZUHR, O.; HURZELER, M. B.; Pre-extractive Interradicular Implant Bed Preparation: Case Presentations of a Novel Approach to Immediate Implant Placement at Multirooted Molar Sites. Volume 33, Number 1. **The international Jornal of periodontics & restorative dentistry**, 2013.

REYES, Á. J. S.; THOMES, G.; CARTELLI, C. A.; BERNADES, S.R.; MOURA, M. B.; TROJAN, L. C. Previsibilidade na instalação imediata de implante cone morse pelo planejamento digital e provisionalização imediata: relato de caso. **Rev Odontol Bras Central.** 28(85): 77-81; 2019.

ZANI, S. R.; ALVES, R. A.; KORB, S. H. B.; RIVALDO, E. G.; FRASCA, L. C. F. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de caso clínico. **Odontol. Clín.-Cient.** (Online) vol.10 no.3 Recife Jul./Set, 2011.

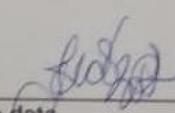
ANEXOS

 Termo De Consentimento Cirúrgico <p>Eu <u>Flora Ligeiro da Costa Tavares</u>, concordo com a implantação cirúrgica de implante ou "raízes de dentes artificiais" em mim. Fui informado (a) de que não há garantias de que os implantes permanecerão estáveis permanentemente. Eu entendo que em uma pequena porcentagem de casos os implantes podem ser perdidos após algum tempo.</p> <p>Também fui informado (a) sobre outros tipos de tratamentos possíveis, e das complicações que podem ocorrer durante o tratamento planejado com implantes.</p> <p>Como qualquer tratamento odontológico, estou ciente que a possibilidade de sucesso no tratamento com implantes e prótese sobre implantes dependem de alguns fatores, tais como: realização de todas as fases do tratamento, comparecimento efetivo e pontual as consultas previamente marcadas, realização de cuidados específicos nos implantes como por exemplo, colocação de cimento cirúrgico em algumas fases do tratamento; não ficar tentando sentir o implante ou sua fixação com os dedos ou língua; interrupção do tratamento, além do tempo indicado como aceitável pelo profissional, manutenção de uma boa higiene bucal, conforme orientação e retorno periódico para controle.</p> <p>O Cirurgião Dentista <u>Karim Figueiredo Costa</u> explicou-me que há certos riscos inerentes e potenciais em qualquer plano de tratamento ou procedimento e que, nessas circunstâncias específicas, os riscos operatórios incluem, mas não são limitados a, os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desconforto pós-operatório e edema que podem necessitar de muitos dias de recuperação em casa. 2. Sangramento continuado que pode ser prolongado. 3. Injúria aos dentes adjacentes, próteses ou restaurações. 4. Infecção pós-operatória que pode exigir tratamento adicional. 5. Estiramento da comissura labial com consequente equimose e laceração. 6. Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas. 7. Decisão de deixar um pequeno fragmento de raiz no maxilar quando sua remoção exigir cirurgia extensa. 8. Injúria ao nervo subjacente aos dentes resultando em dormência ou formigamento do lábio, bochecha, gengiva, e dentes, que pode persistir por semanas, meses, ou, em raras circunstâncias, permanentemente. 9. Comunicação com seio maxilar ou fossa nasal (uma cavidade natural localizada acima dos dentes superiores) exigindo cirurgia adicional. 10. Sinusite (infecções nos seios faciais). 11. Falha na integração óssea (ossificação) de enxertos. 12. Falha na integração óssea de implantes ósseos ou dentais
--

13. Fratura de implante e componente protéticos
14. Outros: Medicamentos, drogas e anestésicos são prescrições que podem causar sonolência ou dificuldade de atenção ou coordenação, o que pode ser aumentado com o uso de bebidas alcoólicas ou o uso concomitante de outros medicamentos; portanto, eu fui aconselhado a não trabalhar ou operar qualquer veículo, automóvel, ou dispositivos perigosos enquanto sob vigência dos medicamentos e/ou drogas ou até completamente recuperado do efeito dos mesmos por, no mínimo, 24 horas após ter sido liberado da cirurgia ou recuperados dos efeitos das medicações anestésicas que me foram dadas no consultório ou hospital sob meus cuidados. Concordo em não dirigir, por meus próprios meios, e terei um responsável adulto dirigindo por mim ou me acompanhando para casa após minha liberação da cirurgia.

- Se qualquer condição não prevista acima ocorrer durante a cirurgia, confio no julgamento médico para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. Eu solicito e autorizo fazer o que for aconselhável.
- Não me foram dadas garantias nem assegurado que o tratamento proposto será curativo ou bem-sucedido para minha completa satisfação. Devido às diferenças individuais entre os pacientes, há possibilidade de risco de insucesso, recidiva, retratamento seletivo ou piora das minhas condições presentes, a despeito dos cuidados tomados. No entanto, é opinião do Cirurgião Dentista #MedicoApelido que a terapia será benéfica e que sem a realização do tratamento poderá ocorrer agravamento das minhas condições atuais. Tive a oportunidade de discutir com o cirurgião minha história médica, inclusive todos os problemas sérios e/ou injúrias.
- Concordo em cooperar completamente com as recomendações do Cirurgião Dentista #MedicoApelido enquanto estiver sob seus cuidados, entendendo que qualquer falta de cooperação pode resultar em diminuição dos ótimos resultados.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS CONTIDAS NO TEXTO ACIMA E ME FORAM DADAS EXPLICAÇÕES REFERENTES A ELE, E QUE TODOS OS ITENS OU DECLARAÇÕES FORAM PREENCHIDOS NO MOMENTO; OS PARÁGRAFOS INAPLICÁVEIS FORAM RISCADOS ANTES DA MINHA ASSINATURA, TAMBÉM DECLARO QUE SEI LER E ESCRVER PORTUGUÊS.

Natal, 05/03/2022 
Assinatura e data