

UNILEÃO
CENTRO UNIVERSITÁRIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LUAN SUASSUNA DE SOUZA

CARREAMENTO IMEDIATO EM REGIÃO DE MAXILA: RELATO DE CASO

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

LUAN SUASSUNA DE SOUZA

CARREAMENTO IMEDIATO EM REGIÃO DE MAXILA: 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): Prof. Ms. Tiago Norões Gomes

JUAZEIRO DO NORTE-CE
2019

LUAN SUASSUNA DE SOUZA

CARREAMENTO IMEDIATO EM REGIÃO DE MAXILA: 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 09/12/2019.

BANCA EXAMINADORA

Tiago Norões Gomes

PROFESSOR (A) MESTRE (A) TIAGO NORÕES GOMES

ORIENTADOR (A)

Carlos Eduardo de O. Soares

PROFESSOR (A) ESPECIALISTA CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SOARES

MEMBRO EFETIVO

Ravena Pinheiro Teles

PROFESSOR (A) ESPECIALISTA RAVENA PINHEIRO TELES

MEMBRO EFETIVO

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Flávia e meu pai Geraldo Júnior que sempre estiveram presentes e me ajudaram bastante, também aos meus padrinhos Edileuza e Cândido e a minha madrinha Eleneuda que não só estava presentes como tive sua parcela de participação nesse trabalho.

RESUMO

Nos dias atuais os implantes são a melhor opção para repor os dentes perdidos. Na região anterior da maxila a estética é um fator primordial, nos casos onde exista a indicação da extração a melhor solução é a instalação do implante simultâneo a exodontia do elemento e a instalação de um provisório imediato. Para tanto é necessário obedecer a alguns critérios como qualidade e quantidade de osso, técnica de exodontia atraumática, fatores oclusais e fatores relacionados a geometria do implante. O presente trabalho visa exhibir por meio de uma revisão de literatura a aplicabilidade de implantes imediatos em região anterior de maxila, salientando as características para o sucesso ou insucesso da técnica. Foram utilizados artigos científicos, relatos de caso e revisões de literatura sobre o tema encontrados nas bases de dados PubMed, SciELO, Digital Library, Google Acadêmico e livros. Os descritores utilizados foram “carga imediata, implante unitário, região anterior”. A pesquisa foi feita apenas com artigos conseguidos na íntegra e entre os anos 2000 à 2018.

Palavras-chave: Carga Imediata. Implante Unitário. Implante. Região Anterior.

ABSTRACT

Nowadays the implants is the best option to replace the missing teeth. In the anterior maxilla aesthetics is a primary factor in cases where there is an indication of the best extraction solution is the installation of simultaneous implant the tooth extraction of the element and the installation of an immediate provisionalization. Therefore it's necessary to follow some criteria such as quality and quantity of bone, Atraumatic extraction technique, occlusal factors and factors related to the implant geometry. The work aims to show the importance of this procedure in the resocialization of the patient, measuring the degree of satisfaction also even the degree of satisfaction of the same to have returned to him the possibility of immediate, resocialization in the vision the dental work also evaluates the improvement of biological results of perimplantar mucosa. The study will be based on the data collected in the Office of the clinic Integralle, photographic records of cases, data analysis and theoretical foundations through scientific articles and books, in addition to the analysis of the case reported to be accompanied from the beginning of the surgery until the implementation of the implant and how will respond to your function. Cientifics articles Were used in case reports and literature review over/about the theme found in issues/topics on the data PubMed, SciElo, Library digital, Academic Google and books. The descriptors used were immediate loading, implante Simply, anterior region. The research was conducted only with articles achieved in the integrates between 2000 to 2018.

Keyword: Immediate Charge. Implant Previous Region. Single Implant.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 METODOLOGIA	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 HISTÓRICO	11
3.2 PLANEJAMENTO	11
3.2.1 DO PACIENTE	12
3.2.2 DO IMPLANTE	13
3.2.3 TÉCNICA CIRÚRGICA	14
3.2.4 PERÍODO DE ESPERA (OSSEOINTEGRAÇÃO)	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais a estética facial e oral vem crescendo bastante. Nos casos em que por algum motivo (doenças periodontais, acidentes automobilísticos, etc) o paciente perde o elemento dentário, principalmente dentes anteriores, ficam abatidos psicologicamente por conta deste fator. Alguns pacientes podem se excluir socialmente ou de sua rotina diária, tendo prejuízo nas questões sociais, estéticos e funcionais. Tendo assim, um prejuízo nos dentes vizinhos, fazendo com que os mesmo se sobrecarreguem e possam ter uma alteração periodontal advindo desta condição (MÜLLER et al., 2004).

O pesquisador Bränemark (1960) foi o primeiro a criar um protocolo cirúrgico na área da implantodontia como o de dois tempos para a instalação do implante, pois se acreditava que o mesmo precisava passar por um tempo de cicatrização óssea. Com o passar do tempo e a necessidade de ganho de tempo em clínica, após estudos e várias pesquisas, dois estudos se destacaram em relação a esse tempo de espera, o de Wohrlell (1998) e Chaushul (2001), mostraram que o tempo de espera que Bränemark pensava como uma condição adequada sobre a osseointegração não haveria a necessidade da segunda tomada cirúrgica, desde que as cargas sobre o implante fossem controladas (OLIVEIRA et al., 2008).

Os implantes de carga imediata começaram a ser usados inicialmente em desdentados totais, em seguida foram aplicados em pacientes parcialmente desdentados e atualmente estão sendo utilizados em carregamentos unitários, principalmente em áreas estéticas, onde o paciente recebe o implante de 0 até 72 horas após a cirurgia de extração do elemento dentário (SALOMÃO et al., 2018).

Com os avanços das técnicas convencionais de Bränemark surgiu a carga imediata que trouxe uma motivação a aceitação do paciente sobre este procedimento, que não era mais necessário o período entre a instalação do implante e a colocação da prótese (ARAÚJO et al., 2017).

Os implantes sobre carga imediata exigem vários fatores para o sucesso cirúrgico, sendo a chave principal a estabilidade primária, tendo em vista que esta condição define se o processo implantar foi como desejado. Se esse fator não for suprido, o implante é tido como ineficaz. Para que esse processo seja facilitado a ter um sucesso dentro do esperado algumas

áreas da odontologia são necessárias para uma avaliação e planejamento do caso, tais como, periodontia, prótese e implantodontia (MATIELLO e TRENTIN, 2015).

O trabalho que foi realizado tendo como finalidade de relatar na revisão de literatura as diferenças e benefícios da carga imediata em áreas estéticas, em relação ao protocolo convencional para uma melhor reabilitação estética e funcional do paciente, a fim de manter o cirurgião dentista atualizado.

2 METODOLOGIA

O estudo a ser feito será do tipo revisão de literatura, e irá se basear nos dados coletados nos bancos de dados do PubMed, SciELO, Digital Library e Google Acadêmico através de artigos acadêmicos compatíveis com o tema e livros, com o intuito de pesquisar os estudos mais recentes sobre carreamento imediato em região anterior de maxila.

2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Os artigos foram escolhidos através do tema, título e utilizados critérios de inclusão como relato de caso, revisão de literatura, estudo transversal e estudo longitudinal de 2000 à 2018, em português e que puderam ser acessados em plenitude, livros que puderam ser acessados a parti da biblioteca. Os descritores utilizados foram carga imediata, implante unitário, implante e região anterior. Os critérios de exclusão foram artigos e estudos com resumo e tema diferente do apresentado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 HISTÓRICO

O ato de implantar dentes foi observado desde a época das dinastias do Egito antigo e culturas pré-colombianas, onde dentes de animais ou esculpidos em marfim foram utilizados. Em exames radiográficos realizados em crânios escavados, mostram um bom acomodamento das raízes em marfim, no osso (DAVARPANA et al., 2013).

No período pré-moderno (1910 – 1930) dois nomes se destacavam em meio a implantodontia, são eles Payne e Greenfield. Payne elaborou um tipo de implante cilíndrico em ouro, onde a técnica consistia no alargamento do alvéolo com broca, os espaços vazios foram aumentados com uma goma e então uma coroa com núcleo de porcelana foi instalada imediatamente no interior do implante (DAVARPANA et al., 2013).

Greenfield descreveu um tipo diferente de implante, sendo um cilindro oco de porcelana rugosa, a sua técnica também foi diferente, um período de seis a oito semanas para que o implante fosse posto em sua função. Ele destacava que a integração entre osso e implante é muito importante (DAVARPANA et al., 2013).

Em 1978 PEÑARROCHA e SCHULTE retrataram o protocolo de implantação imediata, onde o carregamento do implante é feito logo após a cirurgia de extração, tendo como principal finalidade uma diminuição no tempo de tratamento, expondo o paciente a um número menor de cirurgias e possibilitando uma resposta estética final superior, resultando em uma satisfação melhor do paciente (SILVA, 2015).

3.2 PLANEJAMENTO

Como em qualquer procedimento de caráter implantar, um bom planejamento inicial é de suma importância para o sucesso e satisfação do paciente. O implante de carga imediata quando bem indicado pode ser uma opção bastante superior as demais. (FERNANDES e LÚCIA, 2000).

É de suma importância que o cirurgião dentista faça uma avaliação minuciosa do espaço horizontal e vertical da região a ser implantada, considerando também a remodelação óssea, para que garanta um espaço substancial para a futura prótese, viabilizando um restabelecimento estético e funcional (CARVALHO et al., 2016).

Baseado nos três planos espaciais, o mesiodistal, o vestibulolingual e o apicocoronal, a posição do implante deve ser escolhida. O uso de guias cirúrgicos ajudam bastante na instalação do implante, principalmente quando o suporte ósseo é precário, eles possibilitam que as brocas sejam usadas sem desvios de angulação, fazendo com que o implante seja instalado exatamente no local planejado, se utilizados na sua confecção materiais radiopacos também servem como guias radiográficos no momento da tomografia dos locais almejados (CARVALHO et al., 2016).

A tomografia computadorizada contribui na análise da região a ser implantada dando a possibilidade de ter uma maior quantidade de detalhes das estruturas nobres, da espessura do osso, ajudando no planejamento do carreamento do implante, na posição que o mesmo irá ficar. Ela também pode ser associada ao Cad/Cam, que é um scanner bucal que por ele se obtém um modelo virtual 3D do componente do implante e desse modelo o próprio cirurgião dentista já pode montar a coroa que o implante irá receber, ele ainda possibilita que o profissional escolha a cor da coroa fielmente de acordo com a cor dos dentes vizinhos, após isso o projeto é encaminhado para o protético e o mesmo faz a confecção da coroa (BERNARDES et al., 2012), (RODRIGUESI et al., 2017).

3.2.1 DO PACIENTE

O cirurgião dentista deverá estar sempre atento ao perfil encontrado na cavidade oral do paciente, tendo em vista que alguns atributos são imprescindíveis para o sucesso ou insucesso do procedimento como, saúde sistêmica, presença de infecção, tipo de osso, configuração do alveolo pós extração, a altura da linha do sorriso e o espaço entre as raízes dos dentes adjacentes.(ARAÚJO et al., 2017).

Pacientes normosistêmicos tem um prognóstico melhor em relação aos que tem algum comprometimento sistêmico como diabetes ou hipertensão, porém estudos comprovam que se essas doenças crônicas não transmissíveis estiverem controladas o prognóstico fica muito próximo aos pacientes normosistêmicos. Já pacientes que apresentam uma infecção no sítio implantar merecem uma atenção especial pois a infecção deve ser tratada antes da instalação do implante, para que não ocorra o insucesso do implante (THOMÉ et al., 2007) (OLIVEIRA et al., 2018).

Existem quatro tipos de ossos, e o osso predominantemente na região de maxila é o tipo III, ele apresenta uma cortical óssea densa envolvendo um núcleo densamente

trabeculado. Alguns autores afirmam que ainda não foi definido qual o tipo de osso tem o melhor prognóstico, já outros afirmam que os que apresentam o melhor prognóstico são os tipos II e III, também existem estudos que relacionam o maior índice de falhas aos implantes colocados em osso de classe IV (GOMES et al., 2008) (DAVARPANA et al., 2013).

A altura da linha do sorriso e também o suporte labial, devem ser analisados antes da escolha da prótese do paciente. Se o mesmo apresentar uma linha do sorriso alta, é preferível que a prótese de eleição devolva tanto a anatomia da coroa como a do tecido gengival. Já em pacientes desdentados, opta-se por fazer uma prótese fixa implantossuportada, contudo, quando o paciente apresenta a linha do sorriso alta e deficiência nos tecidos moles, deve-se optar por próteses removíveis implanto-suportadas, chamadas overdentures (GOMES et al., 2008).

3.2.2 DO IMPLANTE

Cada tipo de implante tem sua indicação, dependendo da região, do osso remanecente e da técnica. Em áreas como a região anterior da maxila, onde a estética é de suma importância o tipo de implante de escolha é o cone-morse, um implante bastante retentivo, podendo ser instalado até 3mm intraosseo, não forma biofilme anulando quase que totalmente a formação de gaps e saucerização, porém ele é bem mais caro em relação aos hexágonos externo e interno (DAVARPANA et al., 2013), (FILHO, 2017).

O hexágono externo apresenta varias posições de encaixe, tem um baixo custo, uma grande variedade de componentes e é mais usado em implantes de dois tempos cirúrgicos, porém ele apresenta taxas consideráveis de micromovimentações, saucerização, formação de microgaps e tem um maior acúmulo de placa. O hexágono interno permite uma diminuição da altura perpendicular da plataforma do implante, não apresenta gaps, tem uma taxa bem menor de saucerização em relação ao hexágono externo e é mais indicado para implantes de um tempo cirúrgico, é considerado caro e sua técnica é de difícil execução (FILHO, 2017).

A configuração da geometria do implante deve apresentar uma forma cônica cilíndrica, a configuração das roscas do implante devem apresentar um formato não agressivo, podendo ser roscas quadradas ou arredondadas, essas duas características unidas vão ajudar na remodelação ossea causada na instalação do implante, proporcionando uma compactação desse osso, no qual vai ajudar no imbricamento final do implante (ROCHA et al., 2010).

As técnicas de tratamento da superfície do implante ajudam bastante na adesão e deposição óssea sobre o implante, as superfícies usinadas que apresentam microranhas na superfície do implante e ajudam na adesão celular na formação de matriz proteica e a modificação da morfologia e rugosidade do implante que melhora o imbricamento mecânico do implante no osso, melhorando assim a estabilidade primária e ajudando na dispersão de forças (MORAES et al., 2009).

Alguns estudos relatam que a utilização do plasma spray de hidroxiapatita tem taxas mais elevadas de deposição óssea na interface implante/osso, no qual esse tratamento é feito em três etapas, uma de tratamento alcalino, outra de tratamento térmico e a imersão em uma solução sintética que equivale ao plasma sanguíneo (SILVA et al., 2016).

3.2.3 TÉCNICA CIRÚRGICA

Na etapa cirúrgica a técnica de maior êxito para a remoção do dente não realiza incisões ou descolamento mucoperiosteal, isso ajuda em casos onde a papila se encontra intacta, preservando a sua vascularização, reduzindo a reabsorção óssea e mantendo a arquitetura alveolar. Em situações que a papila esteja danificada realiza-se uma incisão na crista do rebordo alveolar (ALMEIDA et al., 2014).

O cirurgião dentista deve estar sempre atento em relação ao periodonto submetido a cirurgia implantar, pois quanto menos a cirurgia for traumática para a região melhor será a cicatrização do periimplante e maior será a estabilidade primária. Em casos onde não tem um remanescente de mucosa devido a alterações ósseas o procedimento pode encontrar dificuldades, especialmente em regiões estéticas, a falta de mucosa vai prejudicar a preservação dos tecidos periimplantares (KAYATT et al., 2008), (FARRO, 2017).

As condições fundamentais para a implantação imediata em um alvéolo fresco são de um remanescente apical de alvéolo de no mínimo 5mm e ter no mínimo três paredes ósseas remanescentes, possibilitar uma boa estabilidade primária. A estabilidade primária é o cargo chefe para o sucesso da implantação imediata. A cabeça do implante deve ficar submersa a 3mm apicalmente às paredes do alvéolo, para permitir a formação de um perfil de emergência favorável a confecção da prótese futuramente, que virá a influenciar na estética e no bem estar social do paciente (FERNANDES e LÚCIA, 2000), (KAYATT et al., 2008).

A estabilidade primária que o implante irá apresentar está ligada diretamente a qualidade e quantidade óssea, o tipo de técnica de exodontia escolhida e ao tipo de implante

escolhido para a instalação. A estabilidade primária é descrita como a máxima resistência do implante adquirida imediatamente após sua instalação. A estabilidade primária ajuda a evitar fatores como possíveis forças laterais que podem acarretar no insucesso da cicatrização do implante, fazendo com que o paciente tenha que se submeter a outro procedimento cirúrgico (MÜLLER et al., 2004), (CARLOS et al., 2009), (MANOEL, 2012).

A primeira estabilidade adquirida após o momento de inserção do implante se mostra um critério de suma importância para o sucesso, ela é indispensável para o travamento, impedindo que o implante sofra micromovimentações para que futuramente ele desenvolva uma boa estabilidade secundária, formando uma ligação forte entre a superfície do implante e o osso e evite uma fibrointegração causando a perda do implante (MÜLLER et al., 2004), (CARLOS et al., 2009), (BISPO, 2011), (MANOEL, 2012), (MATIELLO e TRENTIN, 2015).

É de suma importância que o cirurgião dentista apresente habilidade manual em relação aos instrumentos específicos de implantodontia para o preparo do alvéolo. Dentre esses instrumentos estão as brocas, alavancas, fresas, cinzéis, micromotores, etc. Na cirurgia de implante o osso que irá receber o implante passará pela etapa de fresagem, neste momento cirúrgico o cirurgião dentista terá que estar atento na questão do calor promovido pela instrumentação (temperatura aceitável em torno de 44 a 47° C). Tendo como consequência a violação do limite proposto, se têm alguns efeitos negativos sobre o osso, como a necrose óssea, hiperemia, fibrose, aumento na atividade osteoclástica, sendo assim, tendo como resultado o insucesso do implante (MORAES et al., 2009).

Em casos de alvéolo pós-extração possivelmente irá apresentar irregularidades peri-implantares, porém existe a possibilidade de fazer uma regeneração tecidual guiada e artifícios como a aplicação de enxertos de tecido ósseo. A tuberosidade da maxila é bastante usada como doadora de tecido ósseo para reconstruções mínimas, possibilitando uma melhor estabilidade primária e posteriormente uma eficaz osseointegração (CARLOS et al., 2009).

Em casos onde o alvéolo não apresente paredes remanescentes suficientes a regeneração óssea guiada é a melhor opção, ela é encarregada pela restituição de tábuas ósseas quando não se possui todas as paredes do alvéolo, onde as células osteogênicas e fatores de crescimento, presentes no material usado para o enxerto, que são responsáveis pela osteoindução, estímulo da migração das células precursoras de osteoblastos para o interior do

enxerto, que são incitadas a se diferenciar em osteoblastos, resultando na deposição óssea no local instalado (ZOIO, 2013).

O período pós-Bränemarkiano é caracterizado na colocação de implantes osseointegrados com carga imediata. Em 1999 Bränemark se modernizou, publicando um artigo com um novo sistema de implantes, os de carga imediata. Após um tempo buscou-se a simplificação das técnicas cirúrgicas, as duas principais simplificações foram a eliminação do período de recuperação que durava cerca de três a seis meses e a substituição do período de colocação do implante em carga tardia no paciente de mandíbula edêntula, para o protocolo de 72 horas preconizado por Szmukler-Moncler em 2000 e foram mantidos as altas taxas de sucesso. No ano de 2006 essa limitação de carga imediata à mandíbula edêntula se expandiu para todas as situações clínicas de ausência de dentes, tanto em locais cicatrizados quanto a sítios pós-extração (DAVARPANA et al., 2013).

Após o estudo de Bränemark sobre a osseointegração, várias pessoas se beneficiaram dele até então. Pacientes que por algum motivo perderam ou houve a necessidade de extração de algum elemento dentário, principalmente na região antero-superior, começaram a ter a oportunidade de substituir um espaço vazio e anti-estético, até então, por um implante de carga imediata. A peça implantada neste sítio devolve a funcionalidade mastigatória, a estética e o bem-estar psicossocial do paciente em questão, devolvendo a satisfação do mesmo em estar com todos os elementos dentários de volta a sua boca (BISPO, 2011).

A carga imediata é definida como uma peça protética sendo instalada em oclusão em menos de 48 horas da cirurgia implantar, ela trouxe vários benefícios para o paciente, muitos autores concordam que existe uma superioridade em relação ao protocolo convencional como diminuição do tempo cirúrgico, cirurgia atraumática, preservação da configuração do alvéolo pós-extração, preservação da altura óssea, do periodonto periimplantar e da mucosa remanecente, fazendo com que a mucosa se ligue intimamente ao implante, sem a necessidade de se fazer uma segunda tomada cirúrgica para a remoção do tapa implante e inserção do cicatrizador, estudos também apontam que o mesmo dispõe de uma sobrevida similar aos implantes de protocolo convencional. (FERNANDES e LÚCIA, 2000), (GATTI et al., 2000), (MÜLLER et al., 2004), (FARRO, 2017), (COSTA, 2018).

Em relação ao tecido remanescente ocorre uma preservação maior da espessura e altura óssea, devido a utilização de um número ínfimo de brocas quando comparado com o protocolo convencional. Sendo assim, a carga imediata apresenta-se sendo um procedimento

com um prognóstico excelente e conta com a regalia da diminuição do tempo de reabilitação, gerando um maior contentamento e conforto ao paciente (FARRO, 2017), (COSTA, 2018).

3.2.4 PERIODO DE ESPERA (OSSEOINTEGRAÇÃO)

O tempo de cura é de suma importância, pois é nele que o paciente terá que ter mais cuidado sobre a região que foi feita a cirurgia. Alguns critérios podem ser levados em conta quando se trata da avaliação, tanto de sucesso como insucesso, estes critérios são: tecido mole periimplantar, mobilidade clínica, etc (KAYATT et al., 2008).

Manter contato com o profissional responsável pelo implante é indispensável, pois a avaliação mensal do implante nos primeiros 6 meses diminui bastante as taxas de insucesso, estudos apontam que em 5% dos implantes estão sujeitos a uma infecção pós-operatória, na maioria das vezes causadas por má higienização do implante e em casos avançados essa infecção leva ao insucesso do implante e ainda pode causar sinusite maxilar. O tratamento dessas infecções consiste em antibioticoterapia e quanto antes identificada melhor o prognóstico final do sucesso do implante (FERREIRA et al., 2010).

As taxas de satisfação aumentaram em pacientes que utilizavam próteses unitárias fixas e passaram a utilizar próteses implantossuportadas. Um estudo mostrou que em uma média de 0 a 10 os resultados subiram de 5,9 para 8,3. A qualidade de vida e satisfação do paciente é parte fundamental no tratamento, é dever do cirurgião dentista se manter atualizado e promover a seus pacientes a melhor técnica a ser utilizada em cada caso, no caso da carga imediata o paciente deve ser submetido a níveis mínimos de estresse para que no fim tenha ocorrido uma reabilitação funcional, estética e social do paciente (RONES, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a introdução da área de implantodontia na odontologia, percebe-se um aumento no sucesso na devolução da estética e função do sistema ortognático do paciente em que por algum motivo se fez perder um dos dentes. Após Bränemark se aprofundar em seus estudos feitos em animais o mesmo chegou a conclusão de suas pesquisas que o implante dentário seria de suma importância no desenvolvimento da odontologia nos anos seguintes.

Nos últimos anos a estética se tornou mais importante, visível e perceptível pelas pessoas, fazendo assim com que a população procure cada vez mais a excelência que um profissional da área de odontologia possa oferecer, tornando-o mais criterioso sobre seu trabalho manual.

Os cirurgiões que optam pelo procedimento de carga imediata por ter a vantagem de preservação do periodonto implantar, pois a cirurgia é mais conservadora já que a mesma se realiza em duas sessões (sessão cirúrgica e inserção da prótese definitiva), tendo assim a maior possibilidade de conforto do paciente, levando em consideração a quantidade de cirurgias e de sessões necessárias para a finalização do procedimento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T.P.N.C.; DUÍLIO, M.E.H. N; VASCONCELLOS, N.A.; CRISTINA, A.P.M. Exodontia atraumática com uso de extrator dentário e instalação imediata de implante em região anterior da maxila. Minas Gerais: **Revista Bahiana de Odontologia**, 2014.
- ARAÚJO, L.B.; FONSECA, R.C.; CADIDÉ, T.J.M.; SOUZA, D.M. Provisionalização imediata em zona estética: Relato de Caso. **Revista Eletrônica FUNVIC**, 2017, p. 13-18.
- BERNARDES, S.R.; TIOSSI, R.; SARTORI, I.A.M.S.; THOMÉ, G. **Tecnologia CAD/CAM Aplicada a Prótese Dentária e Sobre Implantes**. Curitiba – PR, Brasil, 2012.
- BISPO, L.B. Carga imediata em implantes unitários na maxila. **Revista Dentística on line**, n.22, julho/setembro 2011.
- CARLOS, J.M.R.; MARTINS, D.R.; MÔNICA, C.Z.; CRISTINA, A.P.O.R.; CANULLO, L. Restauração dentoalveolar imediata pós-exodontia com implante platform switching e enxertia. Caxias do Sul: **Revista Implantnews**, (2009).
- CARVALHO, N.B.; GONÇALVES, S.L.M.B; GUERRA, C.M.F; CARREIRO, A.F.P. **Planejamento em Implantodontia: Uma Visão Contemporânea**. Faculdade Camaragibe. 2016.
- COSTA T.R. **Carga Imediata Versus Carga Precoce Em Implantes Unitarios: Revisão Sistemática e Metanálise**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2018.
- DAVARPANAH, M.; SZMUKLER-MONCLER, S.; KHOURY, P.M.; JAKUBOWIRCZ-KOHEN, B.; MARTINEZ, H.; CARAMAN, M.; ABDUL-SATER, S.; CORBIÈRE, S.; RAYGOT, P.; MOLLOY, S.; TESTORI, T.; VACHER, C.; ZYMAN, P.; RAJZBAUM, P.; COHEN, E.; HAZAM, E.; KEBER-QUÉLIN, M.; BRESSAND, J.P.; BERNARD, J.P.; AUDI, G.; MISSIKA, P.; AUGEREAU, E.; LAHMI, M. **Manual de implantodontia clínica conceitos, protocolos e inovações**. 2ª edição. Porto Alegre. Editora Artmed, 2013. Número de páginas: 518.
- FARRO C. **Implantes em Carga Imediata Pós-Extração: Revisão Bibliográfica**. Gandra: Int Universitário de Ciências da Saúde. 2017.
- FERNANDES, E.P.; LÚCIA, M.B.R. **Uso de Implantes em Alvéolos Pós-Extrações**. Baurú/SP: RGO, 48 (4): out/nov/dez (2000).
- FERREIRA, G.R; FAVERANI, L.P.; GOMES, P.C.M; ASSUNÇÃO, W.G; GARCIA JÚNIOR, I.R. Complicações na Reabilitação Bucal com Implantes Osseointegráveis. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v.31, n.1, p. 51-55, Araçatuba/SP (2010).
- FILHO, L.C.C. **Influência da Macrogeometria de Implantes Dentários Durante o Processo de Cicatrização: Um Estudo Clínico, Prospectivo, Randomizado de Boca Dividida**. Piracicaba, SP. 2017.

GATTI C; HAEFLIGER W; CHIAPASCO M. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: **A Prospective Study Of ITI Implants**. Int J Oral Maxillofac Implants. 2000.

GOMES, E.A.; ASSUNÇÃO, W.G.; COSTA, P.S.; DELBEN, J.A.; BARÃO, V.A.Ri.; TABATA, L.F. **Aspectos Clínicos Relevantes No Planejamento Cirúrgico-Protético Em Implantodontia**. Salusvita, Bauru, SP, v. 27. 2008.

JASSÉ, FF; SEGALLA, JCM; SILVA, MAB; PORTO, RO; CALISTRATO, RS; SAAD, JRC. **Carga Imediata em Implantes Unitários: Revisão da Literatura** UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. 2010.

KAYATT, F.E.; KAYATT, D.L.; GARCIA JUNIOR, I.R. **Carga imediata ou precoce sobre implante dental osseointegrável: estudo respectivo de cinco anos**. Porto Alegre, v. 56, p. 137-142, abril/junho 2008.

MANOEL J.C.J. **Carga Imediata em Implantes Dentários Unitários**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina Departamento de Odontologia. 2012.

MATIELLO, C.N.; TRENTIN, M.S. **Implante dentário com carga imediata na região anterior superior: relato de caso clínico**. Passo Fundo, v. 20, p. 238-248, maio/agosto 2015.

MORAES, S.L.D.; CARVALHO, B.M.; PELLIZZER, E.P.; ANTENUCCI, R.M.F.; JÚNIOR, J.S.F. **Geometria das Roscas dos Implantes: Revisão de Literatura**. Faculdade Camaragibe, SP, v. 9. 2009.

MULLER, A.; SILVA, A.C.B.R.; SCHMIDT, L.T.H. **Implante unitário submetido à carga imediata**. Campinas, v. 52, p. 27-41, janeiro/fevereiro/março 2004.

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

OLIVEIRA, A.E.F.; HADDAD, A.E. **Odontologia Para Pacientes Com Comprometimento Sistêmico**. São Luís – MA, Brasil, Universidade Federal do Maranhão, 2018.

ROCHA, F.A.; ELIAS, C.N. **Influência da Técnica Cirúrgica e da Forma do Implante na Estabilidade Primária**. Rev Odontol Bras Central. Instituto Militar de Engenharia, 2010.

RODRIGUESE, A.F.; VITRALII, R.W.F. **Aplicações da Tomografia Computadorizada na Odontologia**. Juiz de Fora – MG, Universidade Federal da Paraíba, 2007.

RONES K.G.P. **Efeito da Reabilitação Protética Provisória Implantossuportada Unitária Sobre a Qualidade de Vida e a Satisfação**. Natal: Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte Centro De Ciências Da Saúde. 2017.

SALOMÃO, I.M.L.Q.; MELO, K.M.; MONTEIRO, G.A.; SANTOS, P.C.; FONTE, A.P.C.; HILTON, S.B.B.; CESAR, B.V.G. **Comportamento dos Tecidos Peri-Implantares Quando**

Utilizada Carga Imediata em Implantes Unitários na Região Anterior da Maxila. Natal: **Revista Braz J Periodontol** – Volume 28, 2018.

SILVA, F.L.; RODRIGUES, F.; PAMATO, S.; PEREIRA, J.R. **Tratamento De Superfície Em Implantes Dentários: Uma Revisão De Literatura.** Tubarão – SC, Brasil, Universidade do Sul de Santa Catarina, 2016.

SILVA, M.L.C.; VITORINO, R.M.; GOMES, T.N. **Implantes Imediatos Em Área Estética : Uma Revisão De Literatura.** Juazeiro do Norte – CE, 2015.

THOMÉ, G.; BORGES, A.F.S., A.C.M.; BASSI, A.P.F.; SARTORI, I.A.M.; FAOT, F. **Implante Imediato Em Local Cronicamente Infectado: Avaliação Após 12 Meses.** Curitiba – PR, Brasil, Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, 2007.

ZOIO F, M, V. **Regeneração Óssea Guiada Para Aumento Horizontal e Vertical Da Crista Alveolar.** Porto, Portugal, Faculdade De Ciencias da Saúde, 2013.