



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

RANIERE TORRES DE MACEDO

REABILITAÇÃO UNITÁRIA COM IMPLANTE IMEDIATO-RELATO DE CASO.

**ARARUNA
2019**

RANIERE TORRES DE MACÊDO

REABILITAÇÃO UNITÁRIA COM IMPLANTE IMEDIATO-RELATO DE CASO.

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Manuel Henrique de Medeiros Neto.

**ARARUNA
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M141r Macedo, Ranieri Torres de.
Reabilitação unitária com implante imediato-relato de caso.
[manuscrito] / Ranieri Torres de Macedo. - 2019.
26 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Esp. Manuel Henrique de Medeiros Neto, Departamento de Odontologia - CCBS."
1. Implante dentário. 2. Enxerto. 3. Exodontia. I. Título
21. ed. CDD 617.672

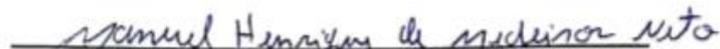
RANIERE TORRES DE MACEDO

REABILITAÇÃO UNITÁRIA COM IMPLANTE IMEDIATO-RELATO DE CASO.

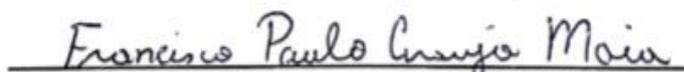
Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Graduação em odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de cirurgião dentista.

Aprovado em: 05/12/2019.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Manuel Henrique de Medeiros Neto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Danielle do Nascimento Barbosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Me. Francisco Paulo Araújo Maia
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Dedico este trabalho ao Criador do universo, e a meu amado Jesus, por terem me sustentado em tudo, suprimo cada uma das minhas necessidades. Sem ti nada sou.

Em memória de meu pai; Jorge Marcelo Torres de Queiroz, falecido ano passado, tenho certeza que se estivesse entre nós, estaria muito feliz com minha conquista. E

também a minha família; Rannya Danielly, Matheus Abner, Daniel Isaac e Danielly

de Vasconcelos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Aspecto inicial, evidenciando o dente 14 com extensa destruição coronária.....	15
Figura 2 -	Corte sagital de tomografia computadorizada mostrando área hipodensa em região periapical nas raízes do dente 14, assim como presença de tratamento endodôntico.....	15
Figura 3 -	Reconstrução tridimensional por tomografia computadorizada do dente 14. Lesão periapical inflamatória.....	15
Figura 4-	Corte sagital Tomografia computadorizada mostrando altura e espessura óssea.....	16
Figura 5 -	Corte tomográfico mostrando suporte ósseo.....	16
Figura 6 -	Apreensão com fórceps 150 para exodontia minimamente traumática após completa luxação do dente.....	16
Figura 7 -	Alvéolo pós-exodontia.....	16
Figura 8 -	Approach palatino por meio de peça reta e bora Nº 702.....	17
Figura 9 -	Fresagem sob abundante irrigação.....	17
Figura 10 -	Implante Cone Morse (SW).....	18
Figura 11 -	Instalação do implante.....	18
Figura 12 -	Biomaterial preenchendo todo o GAP.....	18
Figura 13 -	Membrana de colágeno com sutura em “x”.....	18
Figura 14 -	Cicatrizador instalado evidenciando tecidos peri-implantares saudáveis e manutenção de toda arquitetura óssea.....	19

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLA

DEFINIÇÃO

TCFC

Tomografia computadorizada feixe cônico

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. RELATO DE CASO	12
3. DISCUSSÃO	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
5. REFERÊNCIAS	20
APÊNDICE	

REABILITAÇÃO UNITÁRIA COM IMPLANTE IMEDIATO-RELATO DE CASO.

RESUMO

A perda dentária ocorre em decorrência de vários fatores, como a cárie, doença periodontal e traumas, causando prejuízos na deglutição, fala, performance mastigatória e na estética do sorriso. A reabilitação com implantes é uma excelente alternativa. O objetivo desse estudo foi relatar um caso clínico de reabilitação com implante imediato na região do dente 14, em uma paciente do sexo feminino de 26 anos, leucoderma, queixando-se de dor leve e comprometimento estético. Na tomografia computadorizada de feixe cônico, observou-se, área hipodensa em região periapical nas raízes do dente 14, assim como presença de tratamento endodôntico e rarefação óssea. Realizada exodontia minimamente traumática, foi realizada a instalação imediata do implante dentário, uma vez que mediante o exame tomográfico foi observado a presença de uma quantidade satisfatória de osso. Para preenchimento do GAP. Foi utilizado enxerto Lumina Bone Porous Criteria®, favorecendo assim a manutenção da arquitetura alveolar, como também uma melhor osseointegração. Após três meses da instalação do implante, foi constatado por exames clínicos e de imagem a perfeita ossintegração do implante, foi então feita a cirurgia para o uso do cicatrizador. A paciente segue com a reabilitação protética.

Palavras-chaves: Implante dentário. Enxerto. Exodontia.

ABSTRACT

Tooth loss occurs due to several factors, such as caries, periodontal disease and trauma, causing impairments in swallowing, speaking, chewing and smile aesthetics. Implant rehabilitation is an excellent alternative. The aim of this study was to report a clinical case of rehabilitation with immediate implantation in the region of tooth 14, in a 26-year-old leukoderm patient complaining of mild pain and aesthetic impairment. Diagnosed on clinical examination with the aid of cone beam computed tomography (CBCT). It was observed a hypodense area in the periapical region in the roots of tooth 14, as well as the presence of endodontic treatment and bone thinning. This CBCT was also used for surgical planning. After minimally traumatic extraction, we proceeded with the immediate implantation of the dental implant, since the tomographic examination revealed a satisfactory amount of bone. Lumina Bone Porous Criteria® graft was used to fill the GAP, thus favoring the maintenance of the alveolar architecture, as well as a better osseointegration. Three months after the implant was installed, it was verified by clinical and imaging exams the perfect osseointegration of the implant. The surgery was then performed to use the scar. The patient follows with prosthetic rehabilitation.

Keywords: Dental implant. Graft. Extraction.

1. INTRODUÇÃO

A perda dentária ocorre por vários motivos, dentre os quais podemos citar: a presença de cárie, doença periodontal com perda de inserção, doenças sistêmicas crônicas, bem como traumas e fraturas. Essa perda dentária causa prejuízos a todo o sistema estomatognático, afetando diretamente a performance mastigatória, o padrão de deglutição e a fala (JORGE et al., 2009).

Em casos de ausências dentárias unitárias, algumas alternativas de tratamento podem ser oferecidas ao paciente, de acordo com a necessidade de cada reabilitação. Uma opção de tratamento para pacientes parcialmente edêntulos ainda é a confecção de próteses parciais removíveis, que repõe tanto os dentes como as estruturas adjacentes perdidas obtendo-se uma reabilitação funcional. Ela é uma opção que tem como desvantagem o desgaste dos dentes de suporte, o comprometimento estético em casos em que há a presença de grampos nos dentes anteriores, além da recusa psicológica do paciente em usar uma prótese removível (TRAUTH, ORBEN e TIMBONI, 2017).

Outra opção reabilitadora para reposição de um dente perdido ou com indicação de exodontia, é a ponte fixa de três elementos (PPF), que consiste em uma reabilitação com três coroa, utilizando os dois dentes adjacentes ao espaço protético como pilares, contudo essa opção apresenta como desvantagem, na maioria das vezes, a necessidade da realização de tratamento endodôntico nos dentes pilares, em virtude do desgaste para confecção do preparo protético. (TRAUTH, ORBEN e TIMBONI, 2017).

A reabilitação oral com implantes osseointegrados para substituição de dentes perdidos, também é uma alternativa de reabilitação, e têm sido uma opção eficaz na reabilitação de pacientes com edentulismo unitário, parcial ou total. (SANTIAGO JÚNIOR et al., 2010).

Os implantes osseointegrados são uma alternativa viável na reabilitação oral, pois, possuem elevada taxa de sucesso a longo prazo, em torno de 97%. (MARTINS et al., 2011 e MENDES et al., 2015). Em análise clínica e retrospectiva entre 4 e 6 anos dos implantes dentais, (CANULLO et al., 2009) concluíram que as taxas de sobrevivência e sucesso dos implantes instalados e carregados tardiamente são de 96,3% em mandíbula e 96,5% em maxila e, com carregamento imediato, as porcentagens são de 97,1% em mandíbula e 97,7% em maxila, não havendo assim diferenças significativas entre as técnicas.

Em situações onde ainda há a presença de um remanescente dentário com indicação de exodontia, pode-se realizar a instalação imediata do implante, por meio de técnicas cirúrgicas minimamente traumáticas, e com isso alcançar resultados estéticos satisfatórios, precoces e estáveis. As vantagens do uso dos implantes imediatos, quanto ao sistema mastigatório são; preservação dos dentes remanescentes, maior longevidade, maior grau de satisfação em relação aos tratamentos convencionais, melhor retenção e estabilidades às reabilitações, resultados previsíveis e estáveis ao longo do tempo (CORRÊA, 2014, ZAVANELLI et al., 2011). Além de reduzir o tempo de tratamento, esse protocolo tem como vantagens: promover menor reabsorção óssea, facilitar a determinação da posição do implante e da cicatrização do alvéolo pós-exodontia, além da aceitação do paciente. (PRIMO et al., 2011; CORRÊA, 2014; SILVA et al., 2018).

São necessários alguns requisitos para a instalação de implantes imediatos, tais como: exodontia minimamente traumática, que preserve as paredes alveolares em especial a vestibular, evitar incisões relaxantes e realizar a curetagem para

eliminação de tecidos de granulação e remanescentes de ligamentos periodontais (PASSONI, *et al.*, 2015).

Um bom planejamento é fundamental, para isso é indispensável o uso da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), a qual é considerada como o método de diagnóstico por imagem mais preciso para o planejamento cirúrgico. O seu uso proporciona maiores oportunidades de sucesso no procedimento da mesma forma que minimiza a possibilidade de erros. (NOGUEIRA *et al.*, 2012).

Em muitos casos de instalação de implantes há a necessidade do uso de enxertos, em virtude da formação do gap, que é um defeito ósseo horizontal, entre o implante e a tábua óssea vestibular. Os gaps, se forem menores ou iguais a 3mm não há a necessidade do uso de enxertos, entretanto, se forem maiores que 3mm, deverá ser realizado o uso do enxerto ósseo, autógeno ou xenógeno por exemplo, para que haja a cicatrização óssea. (NOGUEIRA *et al.*, 2012. ZANI *et al.*, 2011. CAPELLI, *et al.*, 2013; MARTINS DA ROSA, *et al.*, 2014).

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de instalação de implante imediato em maxila, no qual o uso do implante e coroa protética se mostrou como uma ótima opção para repor o dente perdido.

2. RELATO DE CASO

Paciente sexo feminino, 26 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico em consultório privado queixando-se de dor leve e comprometimento estético na região do dente 14. Após exame clínico foi constatada extensa destruição coronária (figura 1), com fratura a nível subgingival e presença de tratamento endodôntico (figuras 2 e 3). Em virtude da extensa destruição coronária foram passadas as seguintes opções de tratamento: exodontia; exodontia e reabilitação com prótese parcial removível; retratamento endodôntico, aumento de coroa clínica, e reabilitação com coroa protética; exodontia e reabilitação com prótese parcial fixa; exodontia e reabilitação com coroa adesiva; e exodontia com implante imediato e reabilitação com coroa sobre implante. A paciente optou pela exodontia e reabilitação implanto-suportada.

Para melhor planejamento do caso foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico, a qual mostrou a presença de tratamento endodôntico, além de alargamento no espaço do ligamento periodontal e rarefação óssea apical sugerindo lesão periapical inflamatória (figuras 4 e 5). Diante das informações clínicas e imaginológicas obtidas, planejou-se a exodontia minimamente traumática do dente em questão e instalação imediata de implante, uma vez que mediante o exame tomográfico foi observado a presença de uma quantidade satisfatória de osso, com uma altura de aproximadamente 16mm e espessura de aproximadamente 9 mm, o que tornou favorável a instalação imediata do implante, foi selecionado um implante do tipo Cone Morse da marca SIN (Sistema de Implante Nacional) medindo 3,5 de diâmetro e 11,5mm de comprimento, e também foi planejado a realização de enxerto particulado para preencher todo o GAP entre o implante e as paredes ósseas, favorecendo assim a manutenção da arquitetura alveolar, como também uma melhor osseointegração.

Figura 1. Aspecto inicial, evidenciando o dente 14 com extensa destruição coronária.



Figura 2. Corte sagital de TMFC mostrando área hipodensa em região periapical nas raízes do dente 14, assim como presença de tratamento endodôntico. **Figura3.** Reconstrução tridimensional por TCFC da região do dente 14. Lesão periapical inflamatória.

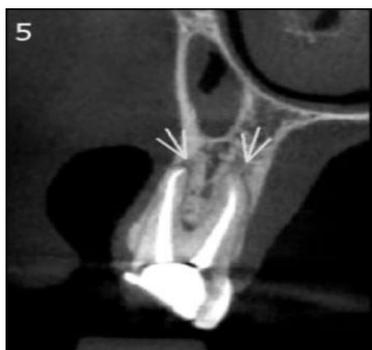
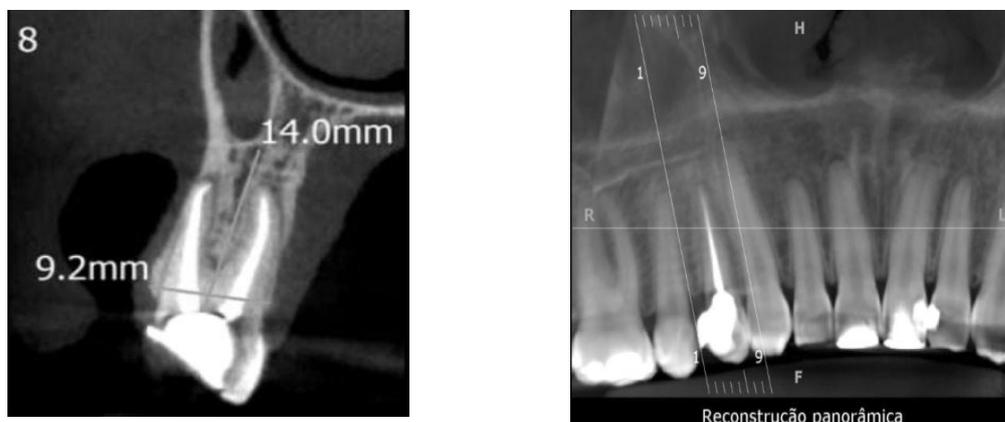


Figura 4. Corte sagital mostrando altura e espessura óssea na região do dente 14. **Figura 5.** Corte tomográfico mostrando suporte ósseo.



Foi realizada antissepsia intra e extraoral com clorexidina 0,12% e 2% respectivamente e em seguida foi feita a aposição do campo cirúrgico. Posteriormente procedeu-se a realização da anestesia por bloqueio do nervo alveolar superior médio e palatino maior, além de injeção anestésica infiltrativa em toda região adjacente ao dente em questão para promover melhor anestesia, como também hemostasia. A solução anestésica de escolha foi a Mepivacaína a 2% com vasoconstritor epinefrina (1:100.000).

Após anestesia, foi realizada incisão intrasulcular por vestibular e palatina e descolamento mucoperiosteal de maneira conservadora, evitando retalho para preservação do tecido mole. Em seguida foi utilizado um periotomo com o intuito de causar o menor dano possível ao alvéolo, promovendo assim, o rompimento das fibras do ligamento periodontal, facilitando a posterior luxação do dente, de modo a preservar o máximo possível de osso, principalmente por vestibular.

A luxação foi realizada com fórceps 150 por meio de movimentos de rotação, evitando movimentos vestibulo-palatinos para que não houvesse fratura da tábua óssea vestibular, uma vez que a mesma é mais delgada e de fundamental importância para sustentação dos tecidos moles e conseqüentemente para estética do sorriso. Após total luxação, o dente foi removido preservando toda a arquitetura alveolar.

Figuras 6. Apreensão com fórceps 150 para exodontia minimamente traumática após completa luxação do dente. **Figura 7.** Alvéolo pós-exodontia.



Para facilitar a fresagem e o correto direcionamento da fresa, foi realizada a técnica do approach palatino, onde foi utilizada uma broca 702 de haste longa em peça reta. Essa técnica consiste em fazer uma canaleta na parede palatina do alvéolo de modo a guiar a direção da fresa mais para a palatina no ato da fresagem, evitando que ocorra o desgaste da parede vestibular (Fig.8).

Figura 8. Approach palatino por meio de peça reta e bora N° 702.



A fresagem foi executada seguindo a seguinte sequência de fresas: lança, fresa nº2 e fresa nº3,5, a fresagem foi feita até aproximadamente 13,5 mm de profundidade, com o objetivo de deixar o implante 2mm infraósseo, de modo a favorecer o perfil emergente da restauração provisória e ajudar na instabilidade a longo prazo.

Figura 9. Fresagem sob abundante irrigação.



Após a finalização da fresagem, foi feita a instalação do implante cone Morse (SW), obtendo um torque 50N, o que mostra que houve uma boa estabilidade primária. Após finalizar a instalação do implante, em virtude do defeito ósseo horizontal (GAP) ter sido superior a 3mm, o mesmo foi preenchido com biomaterial Lumina Bone-Porous ® Critétia como substituto ósseo.

Figura 10. Implante Cone Morse (SW). **Figura11.** Instalação do implante.



Figura 12. Biomaterial preenchendo todo o GAP.



A sutura foi feita em forma de x, para proporcionar uma melhor hemostasia, aproximação das bordas e melhor retenção do biomaterial. Para proporcionar uma maior segurança na acomodação inicial do enxerto, foi adaptada uma membrana de colágeno por baixo da sutura.

Figura 13. Membrana de colágeno com sutura em “x”.



Após três meses foi feita radiografia periapical de proervação, onde observou-se uma boa osseointegração, permitindo assim realizar a cirurgia de reabertura para instalação de cicatrizador, com a finalidade de guiar a cicatrização do tecido gengival peri-implantar e permitir posteriormente o acesso a plataforma do implante para as etapas de reabilitação protética.

Após quinze dias a paciente retornou para controle pós-operatório da cirurgia de reabertura, apresentando excelente cicatrização e tecidos peri-implantares saudáveis. A manutenção da arquitetura óssea, tanto em altura, quanto em espessura foi obtida, o que mostra a importância da exodontia minimamente traumática e o uso do biomaterial para preenchimento do GAP, o que irá permitir uma reabilitação protética estética e funcional. (Fig.14). A paciente encontra-se em fase de reabilitação protética.

Figura 14. Cicatrizador instalado evidenciando tecidos peri-implantares saudáveis e manutenção de toda arquitetura óssea.



3 DISCUSSÃO

A utilização da técnica de reabilitação imediata com implante traz inúmeras vantagens. Preservação do osso e do contorno gengival, otimização para sua inserção e estabilização primária, manutenção de suprimento sanguíneo e assim o aproveitamento de células viáveis para cicatrização óssea, manutenção do perfil de emergência do dente extraído com a instalação do provisório, benefício psicológico (LARA, 2012).

A estética do sorriso também é algo que se valoriza dentro da sociedade e conseqüentemente na odontologia, sendo assim, quando o paciente procura ajuda profissional, devido a uma perda dentária, a necessidade de implantar imediatamente após a extração do dente, busca atender a necessidade de obter-se resultados mais rápidos relacionado as exigências estéticas, vantagem que também pode ser obtida com instalação de um dente provisório imediatamente com ou sem carga.(VIANA KC, 2017 e MATTOS TB, et al., 2016).

Tradicionalmente, nos protocolos de implantes tardios ou de preservação alveolar, os implantes dentários eram deixados para cicatrizar em até um ano. No entanto, a absorção dos alvéolos na técnica tardia reduzia-se significativamente o volume ósseo e o posicionamento favorável do implante era afetado. Para preservar o volume ósseo alveolar causado pela cicatrização e reduzir o tempo de tratamento, novas técnicas surgiram sendo uma delas a da instalação imediata. (CHRCANOVIC, MARTINS e WENNERBERG, 2015).

Quanto às desvantagens, podem ser fatores de contraindicações; anquilose, fraturas, expansão durante a extração, maiores possibilidades de infecção e falhas na técnica. (MONEZI et al., 2019).

Contudo, por razões específicas do paciente ou do local cirúrgico, a técnica tardia é indicada como protocolo em pacientes jovens, pacientes grávidas, cistos radiculares ou dentes anquilosados, volume ósseo insuficiente para estabilização do implante, grandes lesões ósseas apicais. Esses casos possuem indicação para instalação tardia com realização de exodontia e uso de material de preservação alveolar (BUSER et al., 2017).

Em seu trabalho de revisão de literatura (AGUIAR, 2012), relata em quatro trabalhos que quando foram comparadas pesquisas entre um grupo controle e um grupo teste entre Implantes imediatos e tardios, foi obtido os seguintes resultados: No primeiro artigo, Linderboom, Tjook e Kroon (2006) relataram que depois de seis meses de observação, 92% e 100% de sucesso para os grupos imediato e tardio respectivamente. Após, um ano de preservação todos implantes obtiveram sucesso. O segundo foi o de Crespi et al. (2008) apresentaram, após 24 meses de observação, 100% de sucesso em ambos os grupos. Não registraram deiscência de retalho ou supuração nos primeiros dias. Houve ausência de dor e mobilidade após a instalação da prótese definitiva. No terceiro artigo que ele analisou, Block et al. (2009) após avaliaram implantes imediatos pós-extração e tardios, associados a reconstrução alveolar com enxerto, não encontraram diferença estatística quanto aos níveis de reabsorção das cristas ósseas adjacentes. No quarto Cooper et al. (2010) observaram que o uso imediato de implantes dentários ou tardios, apresentaram em seu trabalho uma taxa de sucesso aceitável, as modificações do nível ósseo marginal ficaram dentro dos padrões de normalidade em ambos os grupos, não havendo diferenças estatísticas entre ambos.

Com relação ao uso dos enxertos, o osso autógeno é o material de primeira escolha, devido às suas qualidades de reparação, biocompatibilidade e previsibilidade. Algumas áreas têm sido usadas com maiores taxas de sucesso como por exemplo; o processo coronóide da mandíbula como região doadora de enxerto. A região de mento como área doadora vem sendo usada com sucesso, devido ao fácil acesso cirúrgico, possibilidade de obtenção significativa de quantidade de tecido ósseo e também menor custo. Por vezes em algumas situações existe por conta do tamanho do defeito a ser reconstruído, a necessidade de lançar mão de área doadora extraoral, sendo assim a região de crista ilíaca anterior é boa para esse fim (FERREIRA, 2018).

Em seu estudo CHIAPETTI (2018), no qual foi utilizado o biomaterial Lumina Bone-Porous® Critétia como substituto ósseo, observou em sua pesquisa que o mesmo se mostrou efetivo. Foi analisado um grupo teste preenchido com osso xenógeno e o grupo controle apenas com a presença de coágulo, os quais foram avaliados seus alvéolos por terços. No terço apical os resultados foram semelhantes entre os grupos, contudo na região cervical, o grupo controle apresentou um índice bem mais elevado quanto a reabsorção quando comparado ao grupo teste. Com os resultados obtidos comprovou-se que o material estudado Lumina Bone Porous Criteria®, material que foi usado no nosso caso, foi consistente mesmo quando comparados com a literatura de biomateriais similares.

Importante também salientar que durante o surto de encefalopatia espongiforme bovina (BSE), vulgarmente conhecida como "doença da vaca louca" que surgiu na Europa, alguns países proibiram a importação desses materiais, devido ao risco de transmissão do príon comprovado em pesquisas (KIM et al, 2013; KUMAR et al., 2016). As restrições ao uso de enxertos naturais estimularam a pesquisa por substitutos ósseos totalmente sintéticos ou os materiais aloplásticos. São cerâmicas, polímeros, vidros bioativos e sulfato de cálcio, produtos biocompatíveis, biotoleráveis, reabsorvíveis, sem risco de patologias cruzadas e, principalmente, osteocondutores (KUMAR et al., 2016).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A técnica de implantes imediatos, quando corretamente aplicada, é considerada uma alternativa segura de tratamento nos casos unitários, pois permitem preservar a arquitetura óssea e gengival. Sempre que possível a instalação imediata do implante associada ao uso de biomaterial deve ser realizada, uma vez que é uma excelente alternativa de tratamento, principalmente para perdas dentárias unitárias, pois proporciona preservação alveolar, uma reabilitação fixa, estável, funcional e estética.

REFERÊNCIAS

AGUIAR G.C. Implantes Unitários Pós-Extração Imediatos E Tardios: Revisão Sistemática Da Literatura. **Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Faculdade De Odontologia**, 2012. p.22 e 23. 2012.

ARAÚJO S.C.; LORRAINE CAROLINE FERREIRA DE ASSIS ; PRISCILLA CARDOSO LAZARI ; JOÃO ANTÔNIO CHAVES DE SOUZA ; CLÁUDIO RODRIGUES LELES. REABILITAÇÃO COM INSTALAÇÃO DE IMPLANTE IMEDIATO EM REGIÃO DE MOLAR COM ABORDAGEM ALTERNATIVA DE OSTEOTOMIA: RELATO DE CASO. **Revista Odontológica Brasil central, Goiás Central** ; V28, N(84): p.23-25. 2019.

BUSER et al. (2017). DANIELBUSER , VIVIANNECHAPPUIS , URSC. BELSER & STEPHENCHEN . 'Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, © 2016 The Authors. Periodontology 2000 published by John Wiley & Sons p. 84–102.

CANULLO et al., 2009. LUIGI CANULLO, PAOLA CICCHESE, ANGELO SISTI, CARLOS EDUARDO FRANCISCHONE JR, CARLOS EDUARDO FRANCISCHONE, LAERCIO WONHRAT VASCONCELOS, Friedhelm Heinemann. Análise clínica retrospectiva (4 - 6 anos) dos implantes P-I Brånemark Philosophy. **REVISTA IMPLANTNEWS**, V. 6 - No 5 - Set/Out/2009 ISSN 1678-6661. p.523.

CAPELLI M, TESTORI T, GALLI F, ZUFFETTI F, MOTRONI A, WEINSTEIN R. Implant-buccal plate distance as diagnostic parameter: a prospective cohort study on implant placement in fresh extraction sockets. **PUBMED**, v.84, n.12, p.1768–1774, 2013.

CHIAPETTI, CRISTIANE KERN CHIAPETTI. REGENERAÇÃO ÓSSEA GUIADA COM USO DE BARREIRA DE MEMBRANA DE d-PTFE (DENSO) E OSSO XENÓGENO BOVINOPARTICULADO VERSUS COÁGULO SANGUÍNEO: AVALIAÇÃO CLÍNICA E TOMOGRÁFICA. **UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA CURSO DE ODONTOLOGIA**, Palhoça. 2018, p. 28 e 29.

CORRÊA, PAULO CEZAR DE ASSIS CORRÊA, IMPLANTE IMEDIATO VANTAGENS E INDICAÇÕES, **FACSETE. PÓS GRADUAÇÃO EM IMPLANTODONTIA**. Vitoria da Conquista 2014, p.01.

CHRCANOVIC, B. R., MARTINS, M. D. and WENNERBERG, A. (2015) 'Immediate placement of implants into infected sites: A systematic review', *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 17, p. 1–16. **Clin Implant Dent Relat Res**. 2015 Jan;17 Suppl 1:e1-e16. doi: 10.1111/cid.12098. Epub 2013 Jul 2.

FERREIRA 2018.GABRIELY FERREIRA, UNESP. ESTUDO ANATÔMICO DE ÁREAS DOADORAS DE ENXERTOS ÓSSEOS DA MANDÍBULA E DA CRISTA ILÍACA ANTERIOR, PARA RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS DOS MAXILARES -

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Faculdade de Odontologia de Araraquara. 2018 p. 9 e 10.

ISABELLA BORGES CARVALHO VITÓRIA FUCHISATTO CALDEIRA, IMPLANTE IMEDIATO EM ÁREA ESTÉTICA APÓS TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO: RELATO DE CASO CLÍNICO. UNIVERSIDADE DE UBERABA. **REVISTA DA ACBO ISSN 2316-7262** p.33

JORGE et al., 2009. MARTINS JORGE, TATIANE; ZAMPRONIO BASSI, ANA KAROLINA; DONHA YARID, SÉRGIO; MENDES SILVA, HENRIQUE; PIANTA RODRIGUES DA SILVA, RICARDO; CALDANA, MAGALI DE LOURDES; MAGALHÃES BASTOS, JOSÉ ROBERTO DE. Relação entre perdas dentárias e queixas de mastigação, deglutição e fala em indivíduos adultos. **Revista CEFACSCIELO**, vol. 11, n. 3, 2009 São Paulo, Basil, p.391, 392 e 393.

KIM, YEOUNGSUG; NOWZARI, HESSAM; RICH, SANDRA K. Risk of Prion Disease Transmission through Bovine-Derived Bone Substitutes: A Systematic Review. **Clinical implant dentistry and related research**, v. 15, n. 5, p. 645-653, 2013.

KUMAR, JITENDRA et al. VAIBHAV JAIN , SOMESH KISHORE , HARISH PAL. Journey of bone graft materials in periodontal therapy: A chronological review. **Journal of Dental and Allied Sciences**, v. 5, n. 1, p. 30, 2016. Disponível em <http://www.jdas.in/article.asp?issn=2277-4696;year=2016;volume=5;issue=1;spage=30;epage=34;aulast=Kumar>

LARA, 2012. ANA PAULA PINTO BASTOS LARA. IMPLANTE IMEDIATO EM REGIÃO ESTÉTICA RELATO DE CASO CLÍNICO. UNIVERSIDADE TIRADENTES, ARACAJU 2012. p. 1.

MARTINS DA ROSA JC, PERTILE DE OLIVEIRA ROSA AC, FRANCISCHONE CE, SOTTO-MAIOR BS. Esthetic Outcomes and Tissue Stability of Implant Placement in Compromised Sockets Following Immediate Dentoalveolar Restoration: Results of a Prospective Case Series at 58 Months Follow-up. **The International journal of periodontics & restorative**, v.34, n.2, P.199–208, 2014.

MATTOS TB, GULINELLI JL, Santos PL, BRAGANÇA R, CERDEIRA F, MAYRINK LEM. Reabilitação imediata em área estética em alvéolo com grande comprometimento ósseo. **Full Dental Science**, 2016, v.7, n.26, p. 35- 40.

MENDES; GABRIEL NACÁCIO MENDES, LÉLIS GUSTAVO NICOLI, CLAUDIO MARCANTONIO, ELCIO MARCANTONIO JUNIOR, DANIELA LEAL ZANDIM-BARCELOS. Avaliação da taxa de sucesso e sobrevivência de implantes após 8 a 10 anos de função, **8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP**, São Paulo, 2015.n.5, p.1

MIRANDA, 2018. LEONARDO OLIVEIRA DE MIRANDA. Implantes imediatos em alvéolos com lesões periapicais associadas: uma revisão de literatura, **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**, FLORIANÓPOLIS – SC, 2018, p.1 a 19.

MONEZI Et al., 2019. LARA LAIS DE LIMA MONEZI, ELLEN MORGANA CARNEIRO MATOS, RAFAELA CALAÇA DE MORAES CORRÊA, TAYGUARA CERQUEIRA CAVALCANTE. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**. Maceio, 2019. Vol.30 p.3 disponível em <https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1037>

NOGUEIRA AS; CENTURION BS; FERNANDES AP; MENDES AC; CARDOSO LB; CAPELOZZA ALA, Tomografia computadorizada de feixe cônico em implantodontia oral: Relato de série de casos. **Revista associação Paulista cirurgia dental**, Bauru-SP. 2012;66(3):227-32, 17/08/12

PASSONI ET AL., 2015. BERNARDO; DALAGO, HALINE RENATA; CID, RAFAELLA; BIANCHINI, MARCO AURÉLIO; BENFATTI, CÉSAR AUGUSTO MAGALHÃES; MAGINI, RICARDO DE SOUZA. Implante imediato com estética imediata, definitiva e acompanhamento tomográfico da tábua óssea vestibular – relato de caso. **Full dentistry in science**, São José dos Pinhais v. 6, n.23, p. 183-190, 2015.

PRIMO. TOCHETTO PRIMO, BRUNO; DE LIMA FERNANDES, EDUARDO; PRESSER LIMA, PAULO VALÉRIO; FLORIANI KRAMER, PAULO. Implante imediato para substituição de elemento dentário com fratura radicular: relato de caso clínico. **Stomatós**, Canoas v.17 n.32 p.65-71 jan./jun. 2011 p.1

SANTIAGO JÚNIOR; FELLIPPO RAMOS VERRI, EDUARDO PIZA PELLIZZER, SANDRA LÚCIA Dantas DE MORAES, BRUNO MACHADO DE CARVALHO. Implantes dentais curtos: alternativa conservadora na reabilitação bucal. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. vol.10 no.2, Camaragibe Abr./jun. 2010. p.2. *On-line* ISSN 1808-5210.

SILVA LMN, ARAÚJO TN, FARIAS IPS, CAVALCANTI YW, ROCHA JF, FREIRE JCP, DIAS-RIBEIRO E. Implante com estética imediata em região anterior da maxila: relato de caso. **Revista Odontológica Universidade Cidade de São Paulo**, 2018 jul/set 30(3) 323-31 P. 324.

TRAUTH KGS. KEICO GRACIELA SANO TRAUTH, ALEXSANDRO ORBEN, DIEGO TIMBONI. Curso de Odontologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. Removable partial denture with extracoronal attachment: **JOURNAL OF OROFACIAL INVESTIGATION**. 2017;4(1) p. 6-12.

VIANNA et al., 2017. ALBER BARBOSA BARBARA, KATIA COSTA Vianna, JOÃO GABRIEL DE CARVALHO BARBARA, DIOGO MOREIRA RODRIGUES, ELIANE DOS SANTOS PORTO BARBOZA. Instalação de implantes imediatos contíguos em região estética: relato de caso com 30 meses de acompanhamento. **REVISTA FLUMINENSE DE ODONTOLOGIA – ANO XXIII – No 47 – Janeiro / Junho 2017** ISSN 1413-2966/ D-2316. p.1.

ZANI ET AL. SABRINA REBOLLO ZANI, RENAN DE ÁVILA ALVES, SAMUEL HENRIQUE BOTH KORB, ELKEN GOMES RIVALDO, LUÍZ CARLOS DA FONTOURA FRASCA. Colocação de implante imediato após exodontia: relato de

caso clínico. **Odontol. Clín. -Cient., Recife**, 10 (3) 281 - 284, jul./set., 2011. p.283 e 284.

ZAVANELLI et al, 2011. RICARDO ALEXANDRE ZAVANELLI, ADÉRICO SANTANA GUILHERME, ARIOLDO TELES DE CASTRO, JOSÉ MARCOS ALVES FERNANDES, RICHARD ESTEVES PEREIRA, ROBSON RODRIGUES GARCIA. **RGO - Revista Gaúcha Odontologia**. Fatores locais e sistêmicos relacionados aos pacientes que podem afetar a osseointegração. Porto Alegre, v.59, suplemento 0, p. 133-146, jan. /Jun. 2011. p. 141

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento, dou pleno consentimento para realização dos exames para diagnóstico e elaboração do plano de tratamento, além da execução do tratamento necessário para reabilitação bucal. Declaro que recebi esclarecimento sobre o estudo e os exames realizados dentro dos princípios éticos e científicos da Odontologia e, ainda, concedo o direito da utilização do meu histórico de antecedentes familiar e pessoal, bem como a retenção e uso de radiografias, fotografias e resultados de exames clínicos e laboratoriais, além de quaisquer outros documentos e informações contidas no meu prontuário, referentes inclusive ao meu estado de saúde bucal e sistêmico, para fins de ensino e divulgação (dentro das normas vigentes), em congressos, jornais, revistas científicas nacionais e internacionais.

Campina Grande, 03 de agosto de 2019

Sandrielly Raymunda Barbosa de Góis Santos

Assinatura do paciente

RG: 3.487.792

Wiviana Quintes Cav

Testemunha 1

RG: 3660995

Demétrius Wagner Sousa Paulino

Testemunha 2

RG: 2.718-143

AGRADECIMENTOS

Ao altíssimo Deus, ao meu senhor Jesus e ao querido Espírito Santo, trouxeram-me até aqui realizando um desejo do meu coração, agradeço por tamanha graça e misericórdia.

A minha tia Elia por toda ajuda e por sua aposta em mim. Ajudando a tornar esse dia real em minha vida.

A Alancaster meu tio, meu segundo pai, sou muito grato por tudo que vocês representam para mim.

Minha mãe Maria José (Zeza), por me apoiar e me acolher sempre nos momentos mais difíceis.

Meus primos por todo apoio dado sempre.

A Marcos Aurélio, meu amigo e parceiro desde o primeiro dia de aula, fizemos uma dupla muito boa até os dias atuais, aprendemos vários valores juntos, sempre conte comigo meu amigo.

Ao meu orientador, prof. Manuel Henrique de Medeiros Neto, por toda paciência e apoio prestado para construção desse trabalho. Amigo pessoal, de trabalho e de profissão. Tenho muita estima por você.

Aos professores convidados para a banca avaliadora, Danielle do Nascimento Barbosa, muito importante na nossa vida acadêmica por muitas vezes foi nosso pilar na clínica de dentística e Francisco (Chico), que além de grande mestre, tornou-se um amigo, uma pessoa querida por nós alunos.

A todos os professores do Curso, que contribuíram ao longo de cinco anos, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento de minha carreira profissional.

A todos os funcionários da UEPB pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio. Em especial ao grupo dos Renegados.

Ao coordenador do curso Fernando Aires Jr, sempre esteve disposto a me ajudar em todas as oportunidades, Deus continue a te abençoar.

Ao professor Manuel G.A. Nuñez. Amigo.