

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

LUANA MYLLENA NEVES SILVA

**INSTALAÇÃO DE IMPLANTE COM ESTÉTICA IMEDIATA EM
REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

PATOS – PB

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

LUANA MYLLENA NEVES SILVA

INSTALAÇÃO DE IMPLANTE COM ESTÉTICA IMEDIATA EM
REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA: RELATO DE CASO
CLÍNICO

Projeto de Monografia apresentado
como requisito parcial para a
obtenção da nota da disciplina
Elaboração do Projeto de Trabalho
de Conclusão de curso

Orientador: Prof. Dr. Eduardo
Dias Ribeiro.

PATOS –PB

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

S586i Silva, Luana MyllenaNeves
**Instalação de implante com estética imediata em região anterior da maxila:
relato de caso clínico / Luana Myllena Neves Silva. – Patos, 2017.**
36 f. : il., color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

'Orientação: Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro".

Referências.

1. Implante dentário. 2. Cirurgia bucal. 3. Estética dentária.
I. Título.

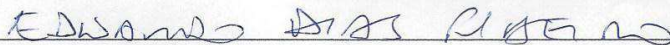
CDU 616.314-089

LUANA MYLLENA NEVES SILVA

**INSTALAÇÃO DE IMPLANTE COM ESTÉTICA IMEDIATA EM
REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

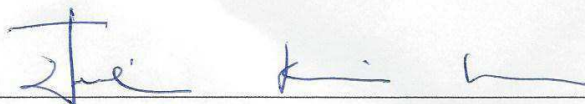
Aprovado em 9/2/17

BANCA EXAMINADORA



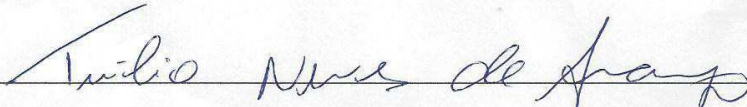
Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – Orientador

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Patos-PB



Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha – 1º Membro

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Patos-PB



Prof. Esp. Túlio Neves de Araújo – 2º Membro

Clínica Privada, Patos-PB

AGRADECIMENTOS

Esse é o grande momento de minha vida e o meu coração explode de felicidade e gratidão. Encerro um longo ciclo estudantil e inicio a minha vida profissional, com muito amor e orgulho! Nenhum momento foi fácil. Grandes batalhas foram travadas e muitos obstáculos foram vencidos. Sozinhaeujamaisteriachegadoatêaqui.

Agradeço primeiramente a Deus, o grande mestre de minha vida, que nos momentos difíceis me segurou, me ouviu e me guiou pelo melhor caminho. Agradeço também por todas as pessoas maravilhosas que Ele colocou em minha vida. Gratidão à ti Senhor!

Agradeço aos meus pais Lourdes e Manoel, que fizeram dos meus sonhos os seus, renunciando os seus desejos para que esse dia chegasse. Obrigada pelo amor incondicional, confiança, compreensão e por todos os esforços em nome da minha felicidade. Essa vitória é de vocês!

A minha irmã Luara, que esteve comigo durante todos esses anos de batalha, longe dos nossos pais. Obrigada por ser meu maior exemplo de amor e dedicação a Odontologia, pelo incentivo e orgulho diante das minhas vitórias, essa também é sua.

A minha irmanzinha Letícia, por ser essa criança maravilhosa e por trazer tanto amor às nossas vidas. Obrigada por ter chegado e mudado tudo para melhor, pequena. Você é nossotesouro!

Agradeço aos meus avós, tios e primos que sempre acreditaram em mim e nessa conquista. Obrigado pelo amor, apoio, e incentivo. Vocês fazem parte dessa vitória!

Aos meus bons e verdadeiros amigos que estiveram comigo nos momentos difíceis e nos de mais intensa alegria. Obrigada por entenderem minha ausência quando o dever dizia que era hora de partir, pela amizade sincera e torcida de fiél. Dedicoessedia à vocêstambém!

Ao meu orientador, professor Eduardo Dias Ribeiro, por tanta dedicação, empenho e paciência (muita) durante o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço também pelo apoio e conhecimentos transmitidos na Liga Acadêmica de Cirurgia bem como no Curso de Aperfeiçoamento de Cirurgia Oral da FIP.

Agradeço ao meu grande mestre e amigo Julierme Ferreira Rocha, por todo o apoio, amizade, dedicação e por todos os conhecimentos transmitidos durante todos esses anos de curso. Obrigada por ter me tornado membro da Liga Acadêmica de Cirurgia UFCG, jamais esquecerei todas as experiências adquiridas nesse período importante da minha graduação. É uma honra tê-lo como professor e amigo!

Ao professor Túlio Neves de Araújo por ter me cedido este caso clínico para a realização do meu trabalho. Por todo o conhecimento transmitido durante o meu tempo como estagiária no Maria Marques. Muito obrigada.

A todos os professores que contribuíram com minha formação, em especial aos mestres da Universidade Federal de Campina Grande. Muito obrigada pelo ensino de qualidade, pela compreensão, apoio e incentivo. Não esquecendo de agradecer àqueles que me ensinaram as primeiras letras e também aqueles que me transmitiram os conhecimentos que foram necessários para ingressar na Universidade.

Agradeço aos amigos que estiveram comigo do início ao fim dessa jornada na UFCG, Pedro, Laísa, Flávia e Rayssa. Juntos compartilhamos as alegrias e tristezas e hoje comemoramos juntos essa conquista. Vou carrega-los prasempreem meu coração!

A minha dupla Priscila Oliveira das Chagas, que foi muito mais que uma amiga, às vezes mãe, às vezes irmã, e a companheira que me ajudou a superar a grande maioria dos obstáculos dessa jornada. Difícil descrever tudo o que vivemos! Obrigada pelo apoio, cuidado, paciência e por ser o grande presente que a Odontologia me deu. Nossa amizade é pra toda a vida.

Finalizo agradecendo a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta, contribuíram para a minha formação acadêmica e para o meu crescimento como pessoa. Especialmente aos pacientes e todos os funcionários da Universidade Federal de Campina Grande.

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito bela para ser insignificante.”

Charles Chaplin

RESUMO

A ausência dentária, principalmente em região estética faz com que os pacientes procurem alternativas para a substituição do elemento perdido. Na tentativa de se obter adequada reposição dental, buscando eliminar as dificuldades e inconvenientes das reabilitações dentárias convencionais, o implante com estética imediata passou a ser uma opção bastante aceitável tanto pelos pacientes quanto profissionais. A utilização de implantes imediatos possui inúmeras vantagens quando comparada ao procedimento tradicional, cujo tempo entre a extração dentária e a cicatrização do implante pode durar até 12 meses. Dentre as principais vantagens da instalação do implante em alvéolo fresco, está a redução da reabsorção óssea do alvéolo dentário, a diminuição do tempo de tratamento e o resultado estético imediato. Além disso, o paciente apresenta uma maior satisfação por reduzir a tensão psicológica e eliminar uma segunda cirurgia para a instalação do implante. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico sobre o uso da técnica de instalação de implante imediato após a exodontia em paciente do gênero feminino, leucoderma, 56 anos de idade, em bom estado de saúde geral, com diagnóstico de fratura radicular vertical no elemento 11 e fístula na região. A reabilitação estética também foi realizada imediatamente. Conclui-se que a técnica de instalação imediata de implante após exodontia e instalação de provisório imediato mostrou-se previsível, tanto no que se refere à osseointegração quanto do ponto de vista estético.

Palavras chaves: Implante dentário. Cirurgia bucal. Estética dentária.

ABSTRACT

Dental absence, especially in the aesthetic area makes the patients look for alternatives for the replacement of the lost element. In an attempt to obtain adequate dental replacement, trying to eliminate the difficulties and inconveniences of prosthetic reconstructions, the implant with immediate aesthetics has become a very acceptable option both for patients and professionals. Immediate implants are inserted into the alveolus at the same surgical procedure of dental extraction and present a success rate ranging from 92.7% to 98%. The use of immediate implants has many advantages when compared to the traditional procedure, whose time between the dental extraction and the healing of the implant can last up to 12 months. Among the main advantages of installing the implant in fresh alveoli, is the reduction of bone resorption of the dental alveolus, the reduction of the time of treatment and the immediate esthetic result. Besides that, the patient presents a greater satisfaction by reducing the psychological tension and eliminates a second surgery for the installation of the implant. In this way, the objective of this work is to report a clinical case about the use of the technique of immediate implant installation after the right upper central incisor removal with diagnosis of root fracture, and rehabilitation with immediate esthetics. It was concluded that the technique of immediate implant installation after dental extraction and installation of immediate provisional was predictable, both as regards osseointegration and from the aesthetic point of view.

Keywords: Dentalimplantation. Oral surgery.Dental aesthetics

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1:A – Aspecto clínico intrabucal pré-operatório (vista frontal); B – Aspecto clínico intrabucal pré-operatório (vista oclusal);

Figura 2:Tomografia computadorizada por feixe cônico (Cone beam), aspecto pré-operatório (6,29mm de largura por 20,61 de altura remanescente).

Figura 3:Aspecto clínico extrabucal pré-operatório (linha do sorriso);

Figura 4:A – Aspecto clínico intrabucal transoperatório com posicionador de direção; B- Hidroxiapatita sintética inorgânica preenchendo o *gap*; C – Restauração imediata com provisório; D – Aspecto clínico extrabucal;

Figura 5: A e B – Aspecto clínico após 7 dias (intrabucal e extrabucal);

Figura 6:Aspecto radiográfico após 90 dias;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
REFERÊNCIAS.....	17
3 ARTIGO.....	20
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
ANEXO A.....	33
ANEXO B.....	34

1. INTRODUÇÃO

A instalação de implantes imediatamente após a extração dentária tornou-se um procedimento terapêutico de rotina em implantodontia. Essa técnica permite uma osseointegração bem sucedida, com resultados clínicos semelhantes aos implantes realizados em alvéolo curado (CHRCANOVIC; ALBREKTSSON; WENNERBERG, 2015).

A utilização de implantes imediatos possui inúmeras vantagens quando comparada ao procedimento tradicional, cujo tempo entre a extração dentária e a cicatrização do implante pode durar até 12 meses. No implante imediato, o tempo de tratamento é reduzido e ocorre menos reabsorção óssea. Além disso, elimina a possibilidade de uma segunda cirurgia para instalação do implante, reduzindo a tensão psicológica do paciente, otimizando a função e a estética desde a primeira cirurgia (PEÑARROCHAetal, 2004).

A estética é um fator dominante no direcionamento do tratamento de implante imediato. Para que o implante tenha sucesso estético, é necessário que haja uma boa compreensão das características de um sorriso estético por parte do profissional e do paciente, além de um plano de diagnóstico e tratamento precisos. O processo de diagnóstico inclui um minucioso exame clínico e a determinação das expectativas do paciente. A estética em implantodontia não envolve somente a anatomia do dente, como também, uma aparência saudável e harmônica do tecido peri-implantar. (BACH LEetal, 2015).

O cenário da implantodontia demonstra que a demanda clínica por tratamento tem aumentado significativamente. Movidos pela necessidade clínica e pelo alto grau de exigência estética e busca pela resolutividade de forma mais rápida, o implante após extração com estética imediata têm atraído pacientes e profissionais. Apesar da técnica de implante imediato após exodontias ser bem aceita pela literatura atualmente, alguns autores ainda apresentam diferentes opiniões e condutas clínicas divergentes a respeito do procedimento (OLIVEIRA et al., 2014).

Este estudo tem como objetivo, relatar um caso clínico de instalação de implante com estética imediata em região anterior de maxila, bem como, discutir as vantagens e desvantagens da técnica, avaliar os princípios fisiológicos, mecânicos, estéticos e demais fatores primordiais que devem ser considerados para a obtenção de resultados satisfatórios.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desde a década de 60, quando Brenemark et al. (1969) estabeleceram o conceito de osseointegração, o uso de implantes osseointegrados com a finalidade de reabilitar pacientes edêntulos vem sendo utilizados. Osseointegração pode ser definida como o contato direto entre o osso vivo e uma superfície de titânio, e desde que foi introduzido esse conceito diversas técnicas cirúrgicas desenvolvidas tem permitido reabilitar pacientes total ou parcialmente desdentados de forma previsível, rápida e eficiente (OLIVEIRA et al., 2014).

No início, os implantes eram utilizados para reabilitação de áreas edêntulas e somente instalados entre 2 a 4 meses após a extração dos dentes, necessitando ficar livre de carga por um período de 3 a 6 meses. Entretanto, a fim de promover rápidas soluções, demonstrou-se que um único estágio em implante imediato poderia ser tão aceitável quanto dois (ROSA et al., 2009A).

Para o sucesso dos implantes imediatos em alvéolos frescos, deve ser levado em consideração a saúde sistêmica do paciente, estabilidade primária do implante e o manejo adequado dos tecidos moles. A exodontia deve ser minimamente traumática mantendo um alvéolo o mais preservado possível (NUNES et al., 2014).

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

Tosta et al. (2007) concluíram que a abordagem imediata aparenta ser uma técnica promissora na substituição de dentes por implantes osseointegrados em áreas estéticas, todavia há que se considerar as alterações teciduais existentes no rebordo alveolar após a extração do dente. Estudos clínicos controlados por períodos mais longos de observação são necessários para atestar sua previsibilidade no quesito estabilidade dos tecidos peri-implantares.

Segundo Rosa et al. (2009 A), as alterações biológicas que ocorrem quando o implante é colocado precocemente em função são de grande importância na reparação óssea. Uma estimulação precoce de baixa intensidade aumenta o fluxo sanguíneo local e a osteogênese de contato, acelerando o processo da reparação no implante e no enxerto ósseo. O posicionamento da lâmina óssea até o nível da plataforma do implante, sugerindo a formação de uma tábua óssea vestibular com altura e espessura adequadas, associada à plataforma

switching (componente protético com diâmetro menor que o da plataforma do implante propriamente dito) e o perfil de emergência da prótese, foram os fatores importantes para a estabilização temporária da margem gengival. Este protocolo necessita de acompanhamento em longo prazo, todavia, o resultado obtido após 100 dias é satisfatório e promissor.

Rosa et al. (2009 B) descreveram um relato de caso onde foi realizado implante com estética imediata após extração de dentes em que houve graves danos a tábua óssea vestibular e recessão gengival na região de incisivos centrais superiores. Foi indicado para a recuperação do osso cortical vestibular o enxerto conjuntivo e ósseo (túber maxilar) o qual aumentou a espessura e qualidade da gengiva, promovendo reposicionamento coronal do retalho gengival, correção da recessão gengival e uma efetiva cicatrização óssea e gengival.

Um estudo realizado por Degidi et al. (2009), comparou implantes com carregamento funcional imediato e implantes com carregamento não funcional imediato aos implantes com período tradicional de cicatrização. No grupo A (carreamento funcional imediato) foram instalados 264 implantes com carga imediata funcional, em pacientes totalmente desdentados, e carga imediata não funcional em pacientes parcialmente desdentados. No grupo B(carreamento não funcional imediato), foram instalados 286 implantes pela técnica tradicional. No grupo A, três implantes falharam, todos em região de mandíbula posterior. A taxa de sobrevivência do grupo A foi de 98,8%. No grupo controle, nenhum implante fallhou. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas nas taxas de sobrevivência dos implantes nos dois grupos.

De acordo com Rosa et al. (2010) o alvéolo fresco apresenta alto potencial de cicatrização, devido ao suprimento sanguíneo do periósteo e à exposição do trabeculado ósseo, garantindo a revascularização do enxerto no leito receptor. A sobrevivência das células viáveis do enxerto está relacionada à eficiência da técnica cirúrgica. O tempo de transferência do enxerto para a área receptora deve ser breve, preservando a sua vitalidade. O enxerto de natureza trabecular apresenta alta capacidade de revascularização e libera fatores de crescimento para o leito receptor. Um estudo recente comprova que células da tuberosidade e do periósteo da maxila comportam-se como células ósseoprogenitoras *in vitro* e *in vivo*. Essa região pode ser considerada uma fonte viável de células para a engenharia de tecido ósseo em humanos. A estabilização do enxerto ósseo e o íntimo contato com o leito receptor favorecem a sua revascularização e incorporação. Por esta razão, é importante realizar o preenchimento dos espaços remanescentes entre o implante e a lâmina óssea, com osso particulado. Após esse procedimento, ocorre a formação de um coágulo sanguíneo que complementa o

preenchimento dos espaços. Os estímulos mecânicos adequados aceleram o processo cicatricial conferindo, com o tempo, resistência à área enxertada.

Scala et al. (2012) concluíram que a técnica de instalação de implante pós extração é uma maneira de se obter resultados estéticos favoráveis, reduzindo o custo para o paciente. Dessa forma, a reabilitação por meio da implantodontia e suas vantagens podem ser estendidas para uma maior quantidade de pacientes em termos estéticos e funcionais. Constataram também que a técnica parece ser confiável, porém ainda são necessários estudos randomizados e controlados para confirmar a previsibilidade e reprodutibilidade da técnica.

Roet al. (2012), avaliaram as alterações nas dimensões horizontal e vertical após colocação de implante imediato na região anterior da maxila, concluíram que, embora o procedimento de enxerto ósseo seja benéfico para a estabilidade óssea horizontal e vertical, ainda deve ser esperado perdas ósseas. Isso se deve ao fato de que na plataforma do implante, as alterações na espessura óssea horizontal estão relacionadas com o nível ósseo facial vertical inicial da face.

Segundo Rodriguez e Rosenstiel (2012), colocação do implante imediato tem várias vantagens sobre a colocação do implante em alvéolo curado, porém, como qualquer outro procedimento, está associado a riscos e complicações. Os protocolos de tratamento e as orientações devem ser minuciosamente seguidos para evitar tais complicações. A seleção dos casos, avaliação do pacientes e dos fatores relacionados ao implante são as chaves para o sucesso do implante imediato.

Bruno et al. (2014) avaliaram a altura da papila interproximal adjacente ao implante pós extração com carga imediata, foram incluídos 28 pacientes e um total de 36 implantes imediatos. Concluiu que se for realizado um bom molde e uma excelente coroa provisória para garantir que a áreas de contato com os dentes adjacentes permaneçam de 5 a 6mm acima da crista óssea interproximal, não haverá impedimento para a regeneração e manutenção da papila interdental.

Altintaset al. (2016) realizaram um estudo retrospectivo onde avaliou pacientes que realizaram a instalação de implantes dentários no mesmo procedimento cirúrgico e imediatamente no local da extração e pacientes que instalaram o implante em osso curado. Quarenta e dois pacientes e 512 implantes foram incluídos no estudo, onde 501 implantes evoluíram sem intercorrências, nove foram perdidos no grupo de implantes não imediato e dois foram perdidos no grupo imediato. A taxa de sucesso foi a mesma em ambos os grupos (97,8%). Esta análise retrospectiva mostrou que, com a avaliação completa do paciente, a extração de todos os dentes residuais e instalação do implante em um único procedimento

cirúrgico é um tratamento seguro e previsível para o sucesso da reabilitação de pacientes desdentados com prótese fixa.

Segundo Al-Sabbagh e Kutkut (2015), algumas complicações estéticas estão associadas com a colocação do implante imediato. Por exemplo, alterações teciduais na mucosa e papilas são comuns após a instalação imediata. Alguns riscos podem ocorrer, como por exemplo: fina camada de mucosa, um mau posicionamento do implante e uma parede óssea fina ou danificada. História de periodontite crônica também é um indicador de risco para a falta de sobrevivência de implantes pós-extração.

Nashar e Yakoob (2015) avaliaram o uso de plasma rico em fatores de crescimento em implantes imediatos em alvéolos periodontalmente comprometidos após extração. Os pacientes foram divididos em dois grupos, onde o primeiro grupo foi tratado com plasma rico em fatores de crescimento e o outro não. Os pacientes de ambos os grupos apresentaram resultados de osseointegração, cicatrização e cura sem significativa diferença para qualquer uma das variáveis avaliadas. A taxa de sobrevivência dos implantes em ambos os grupos foi de 100%.

Klzamet al. (2015), em uma revisão sistemática, avaliaram a colocação de implante imediato de um único dente na região anterior da maxila e os resultados com relação aos tecidos moles e estéticos. Segundo os autores, os resultados foram aceitáveis, com a maioria dos casos relatando significativa recessão gengival de 0,27 a mais ou menos 0,38mm e perda de altura de 0,27 a 0,27mm após acompanhamento de um ano. Apenas em 11% dos casos ocorreu recessão avançada, superior a 1mm. Os estudos revelaram alto nível de aceitação dos pacientes.

Segundo Le e Nielsen (2015) o grande foco da implantodontia tornou-se alcançar resultados de aparência natural e estética imediata. Para isso, é importante que seja feito um diagnóstico preciso, planejamento bem detalhado e executado, quantidade e qualidade óssea, e de tecidos moles, além de posição e angulação exatas do implante. Dessa forma a maioria das complicações envolvendo implantes imediatos em áreas estéticas podem ser evitadas aumentando o índice de sucesso.

Sarnachiaro et al. (2015) realizaram um estudo sobre a colocação de implante imediato após extração em alvéolos com defeito de deiscência na tábua óssea vestibular. Os alvéolos foram reconstruídos com enxerto ósseo em combinação com uma membrana de colágeno absorvível. Após avaliação tomográfica e radiográfica, 9 meses depois, os autores observaram que a técnica foi viável, pois em 100% dos implantes ocorreu a osseointegração alvéolo/implante e sucesso estético.

Chrconovic, Albrektsson e Wennerberg (2015) realizaram uma revisão sistemática onde avaliaram a diferença nas taxas de sucesso em implantes instalados em alvéolos frescos e em osso cicatrizado. Os autores não notaram diferença significativa em ambas às técnicas. O estudo também não revelou discrepância no índice de sucesso de implantes imediatos realizados na maxila e mandíbula.

Segundo Mazzocco et al. (2016) diferentes estratégias tem sido desenvolvidas a fim de minimizar a perda óssea ao redor dos implantes. Seus estudos mostraram que a colocação de implante imediato com enxerto simultâneo não evita totalmente a reabsorção. Foi observada uma significativa redução óssea de 0,5mm de altura e largura. Os autores concluíram que, embora isso ocorra, os implantes imediatos em alvéolos frescos têm melhor aceitação por parte dos pacientes, pois limita o número de intervenções cirúrgicas e permite um bom resultado estético.

Baruffaldi et. al (2016) desenvolveram uma técnica visando aumentar a previsibilidade implantes de carga imediata após extrações. A técnica utilizou um o software digital que transferiu os dados do arco facial diretamente para o ambiente cirúrgico, permitindo reposicionamento preciso da prótese temporária sobre os implantes. Os autores concluíram que a técnica proposta foi associada a uma elevada taxa de sobrevivência dos implantes, sugerindo confiabilidade.

REFERÊNCIAS

- AL-SABBAGH, M.; KUTKUT, A. Immediate implant placement: surgical techniques for prevention and management of complications. **Dent. Clin. N. Am.**, Lexington, v. 59, n. 1, p. 73-95, 2015.
- ALTINTAS, N. Y. et al. Immediate implant placement in fresh sockets versus implant placement in healed bone for full-arch fixed prostheses with conventional loading. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** Trabzon, v. 45, n. 2, p. 226-231, 2016.
- BARUFFALDI, A. et al. Computer-aided flapless implant surgery and immediate loading. A technical note. **Oral Maxillofac. Surg.** Berlin, v. 20, n. 3, p. 313-319, 2016.
- BRANEMARK, P. I. et al. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. **Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.** Gotemburgo, v. 3, n. 2, p. 81-100, 1969.
- BRUNO, V. et al. Preserving soft tissue after placing implants in fresh extraction sockets in the maxillary esthetic zone and a prosthetic template for interim crown fabrication: a prospective study. **The J. of Prost. Dent.** Naples, v. 3, n. 3, p. 195-202, 2014.
- CHRCANOVIC, B. R.; ALBREKTSSON, T.; WENNERBERG, A. Dental implants inserted in fresh extraction sockets versus healed sites: a systematic review and meta-analysis. **J. of Dent.** Malmö, v. 43, p. 16-41, 2015.
- CARINI, F. et al. Immediate loading of implants in the aesthetic zone: comparison between two placement timings. **Ann Stomatol.** Roma, v. 5, n. 2, p. 15-26, 2014.
- DEGIDI, M; LEZZI, G; PERROTTI, V. Comparative analysis of immediate functional loading and immediate nonfunctional loading to traditional healing periods: a 5-year follow-up of 550 dental implants. **Clin. Impl. Dent. and Rel. Res.** Chieti, v. 11, n. 2, p. 257-266, 2009
- JESEN, O. T. Dental extraction, immediate placement of dental implants, and immediate function. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. N. Am.** Salt Lake City, v. 27, p. 273-285, 2015.
- JOFRE, J. et al. Protocol for immediate implant replacement of infected teeth. **Impl. Dent.** Concepcion, v. 4, n. 21, p. 287-294, 2012.

KHZAM, N. et al. Systematic Review of Soft Tissue Alterations and Esthetic Outcomes Following Immediate Implant Placement and Restoration of Single Implants in the Anterior Maxilla. **J. Periodont.** GoldCoast, v. 86, n. 12, p. 1321-1330, 2015.

LE, B.; NIELSON, P. Esthetic Implant Site Development. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. N. Am.** Los Angeles, v.27, n. 2, p. 283-311, 2015.

MAZZOCCO, F. et al. Bone volume changes after immediate implant placement with or without flap elevation. **Clin. Oral Impl Res.** Barcelona, v. 0, p. 1-7, 2016.

NASHAR, A. A.; YAKOOB, H. Evaluation of the use of plasma rich in growth factors with immediate implant placement in periodontally compromised extraction sites: a controlled prospective study. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg.** Syrian Arab Republic, v. 44, n. 1, p. 507-512, 2015.

NUNES, P. A. et al. Implante e provisionalização imediata com resina composta em área estética. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR.** Umuarama, v. 18, n. 1, p. 65-68, 2014.

OLIVEIRA, A. C. et al. Implante imediato unitário em função imediata – relato de caso. **RFO/UPF.** Ilapeo, v. 13, n. 1, p. 70-74, 2008.

PENARROCHA, M.; URIBE, R.; BALAGUER, J. Immediate implants after extraction. A review of the current situation. **Med Oral.** Valencia, v. 9, n.3, p. 234-242, 2004.

RODRIGUEZ, M. A.; ROSENSTIEL, S. F. Esthetic considerations related to bone and soft tissue maintenance and development around dental implants: Report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the American Academy of Fixed Prosthodontics. **The J. of Prost. Dent.** Valencia, v. 108, n.4, p. 259-267, 2012.

ROE, P. et al. Horizontal and Vertical Dimensional Changes of Peri-implant Facial Bone Following Immediate Placement and Provisionalization of Maxillary Anterior Single Implants: A 1-Year Cone Beam Computed Tomography Study. **The Int. J. of Oral & Maxillofac. Impl.** Loma Linda, v.27, p. 393-400, 2012.

ROSA, J.C.M et al. Restauração dentoalveolar imediata pós-exodontia com implante platformswitching e enxertia. **Rev. Impl. News.** Campinas, v.6, n. 4, p. 381-385, 2009.

ROSA, J. C. M. et al. Reconstruction of damaged fresh sockets by connective-bone sliver graft from the maxillary tuberosity, to enable immediate dentoalveolar restoration (IDR) - A clinical case. **Implants.** Roma, v.3, p. 12-17, 2009.

ROSA, J. C. M. et al. Restauração Imediata de Implantes em Alvéolos Frescos Íntegros e Comprometidos. **Impl. Clín. Bas. emEvid. Cient.** São Paulo, v. 2, n 2, p. 141-151, 2010.

SARNACHIARO, G. O. et.al. Immediate Implant Placement into Extraction Sockets with Labial Plate Dehiscence Defects: A Clinical Case Series. **Clin.Impl. Dent. and Rel. Res.** New York, v. 18, n. 4, p. 821-829, 2015.

SCALA, R et al. Postextraction Implant Placement with Immediate Provisionalisation and Finalisation, Using a Simplified Technique: Technical Notes and a Case Report. **The Open Dent. J.** Verona, v. 6, p. 164-169, 2012.

SCHROPP, L. et al. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. **Int. J. Period Rest. Dent.** Aarhus, v. 4, n. 23, p. 313-323, 2003.

TOSTA, M. et al. Previsibilidade em áreas estéticas: o conceito da abordagem imediata. **Rev. Dent. Press Periodont. Impl.** Maringá, v. 1, n. 1, p. 95-111, 2007.

3 Artigo

Título:Instalação de implante imediato em região anterior da maxila: relato de caso clínico

Title:Implant installation in anterior maxillary region: case report

Autores:

Luana Myllena Neves Silva¹

Túlio Neves de Araújo²

Julierme Ferreira Rocha³

Eduardo Dias-Ribeiro³

¹Graduanda em Odontologia, Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

² Mestrando, Faculdade São Leopoldo de Mandic (SLM), Campinas, São Paulo, Brasil.

³ Professores Doutores, Departamento de Cirurgia Oral e Maxilofacial da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos, Paraíba, Brasil.

Endereço para correspondência:

Prof. Eduardo Dias Ribeiro

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural

Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá

CEP: 58700-970

Patos - Paraíba - Brasil.

Email: eduardodonto@yahoo.com.br

RESUMO

A ausência dentária, principalmente em região estética faz com que os pacientes procurem alternativas para a substituição do elemento perdido. Na tentativa de se obter adequada reposição dental, buscando eliminar as dificuldades e inconvenientes das reconstruções protéticas, o implante com estética imediata passou a ser uma opção bastante aceitável por pacientes e profissionais. Os implantes imediatos são inseridos no alvéolo no mesmo ato cirúrgico da extração dentária. Seu índice de sucesso varia segundo diferentes autores de 92.7% a 98%. A utilização de implantes imediatos possui inúmeras vantagens quando comparada ao procedimento tradicional, cujo tempo entre a extração dentária e a cicatrização do implante pode durar até 12 meses. Dentre as principais vantagens da instalação do implante em alvéolo fresco, está a redução da reabsorção óssea do alvéolo dentário, a diminuição do tempo de tratamento e o resultado estético imediato. Além disso, o paciente apresenta uma maior satisfação por reduzir a tensão psicológica e eliminar uma segunda cirurgia para a instalação do implante. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é relatar o uso da técnica de instalação imediata de implante após a exodontia de incisivo central superior direito com diagnóstico de fratura radicular. A técnica de instalação imediata de implante após exodontia e instalação de provisório imediato mostrou-se previsível, tanto no que se refere à osseointegração quanto do ponto de vista estético.

Descritores:Implante imediato. Exodontia. Estética imediata.

ABSTRACT

Dental absence, especially in the aesthetic area makes the patients look for alternatives for the replacement of the lost element. In an attempt to obtain adequate dental replacement, trying to eliminate the difficulties and inconveniences of prosthetic reconstructions, the implant with immediate aesthetics has become a very acceptable option both for patients and professionals. Immediate implants are inserted into the alveolus at the same surgical procedure of dental extraction and present a success rate ranging from 92.7% to 98%. The use of immediate implants has many advantages when compared to the traditional procedure, whose time between the dental extraction and the healing of the implant can last up to 12 months. Among the main advantages of installing the implant in fresh alveoli, is the reduction of bone resorption of the dental alveolus, the reduction of the time of treatment and the immediate esthetic result. Besides that, the patient presents a greater satisfaction by reducing the psychological tension and eliminates a second surgery for the installation of the implant. In this way, the objective of this work is to report a clinical case about the use of the technique of immediate implant installation after the right upper central incisor removal with diagnosis of root fracture, and rehabilitation with immediate esthetics. It was concluded that the technique of immediate implant installation after dental extraction and installation of immediate provisional was predictable, both as regards osseointegration and from the aesthetic point of view.

Keywords: Dental implant. Oral surgery. Dental aesthetics

INTRODUÇÃO

A instalação de implantes imediatamente após a extração dentária tornou-se um procedimento terapêutico de rotina em implantodontia. Estudos relatam que essa técnica permite uma osseointegração bem sucedida, com resultados clínicos semelhantes aos implantes realizados em alvéolo reparados¹.

A utilização de implantes imediatos possui inúmeras vantagens quando comparada ao procedimento tradicional, cujo tempo entre a extração dentária e a cicatrização do implante pode durar até 12 meses. No implante imediato, o tempo de tratamento é reduzido e ocorre menos reabsorção óssea. Além disso, elimina a possibilidade de uma segunda cirurgia para instalação do implante, reduzindo a tensão psicológica do paciente, otimizando a função e a estética desde a primeira cirurgia².

A estética é um fator dominante no direcionamento no tratamento de implante imediato. Para que o implante tenha sucesso estético, é necessário que haja uma boa compreensão das características de um sorriso estético por parte do profissional e do paciente, além de um plano de diagnóstico e tratamento precisos. O processo de diagnóstico inclui um minucioso exame clínico e a determinação das expectativas do paciente. A estética em implantodontia não envolve somente a anatomia do dente a ser substituído, como também, uma aparência saudável e harmônica do tecido periimplantar³.

O cenário da implantodontia demonstra que a demanda clínica por tratamento tem aumentado significativamente. Movidos pela necessidade clínica e pelo alto grau de exigência estética e busca pela resolutividade de forma mais rápida, o implante após extração com estética imediata têm atraído pacientes e profissionais. Apesar da técnica de implante imediato após exodontias ser bem aceita pela literatura atualmente, alguns autores ainda apresentam diferentes opiniões e condutas clínicas divergentes a respeito do procedimento⁴.

Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico de instalação de implante com estética imediata em região anterior de maxila, bem como, discutir as vantagens e desvantagens da técnica, avaliar os princípios fisiológicos, mecânicos, estéticos e demais fatores primordiais que devem ser considerados para a obtenção de resultados satisfatórios.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, leucoderma, 56 anos de idade, em bom estado de saúde geral, procurou atendimento, com extensa mobilidade no elemento 11 e fístula na região (Figura 1 – A e B). Inicialmente, foram realizados anamnese e exame físico, os quais apresentam indícios de fratura radicular vertical. Foi realizada radiografia periapical onde foi confirmada a fratura radicular vertical no elemento 11, ao exame tomográfico (Cone Bean), observou-se extensa reabsorção da parede óssea vestibular (Figura 2). Constatou-se também que, após a extração do elemento dentário, haveria remanescente ósseo para a fixação do implante. Dessa forma, a opção de tratamento constituiu na instalação de implante unitário imediatamente após exodontia.

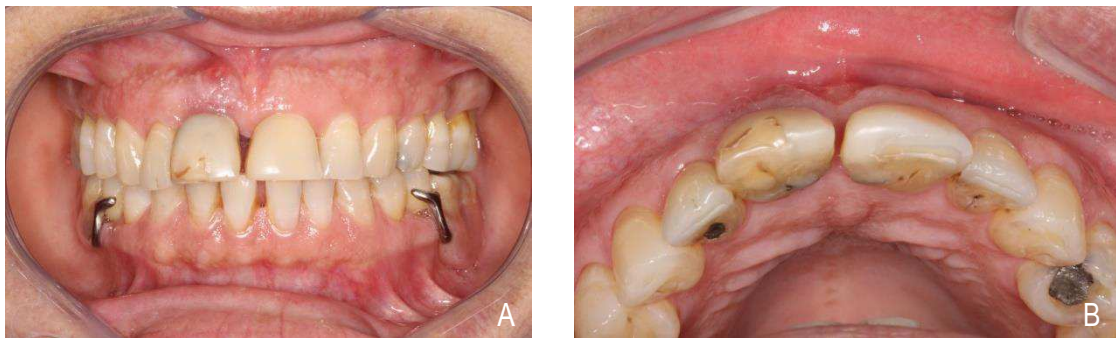


Figura 1:A – Aspecto clínico intrabucal pré-operatório (vista frontal); B – Aspecto clínico intrabucal pré-operatório (vista oclusal).



Figura 2: Tomografia computadorizada por feixe cônico (Cone bean), aspecto pré-operatório (6,29mm de largura por 20,61 de altura remanescente).

Durante o planejamento cirúrgico foram observados alguns fatores essenciais para o sucesso do tratamento, dentre os quais a manutenção da crista óssea proximal. O volume ósseo vestibular também foi considerado, já que a tábua óssea vestibular é a responsável pela retenção de coágulo e suporte para tecido mole. Outra característica analisada foi a quantidade de mucosa ceratinizada, sendo neste caso considerada satisfatória. Por fim, também se avaliou a linha de sorriso, a condição periodontal, papilas e mucosa adjacentes aos dentes vizinhos (Figura 3).



Figura 3: Aspecto clínico extrabucal pré-operatório (linha do sorriso).

Logo após diagnóstico, exames complementares e planejamento detalhado, foi feita o uso profilático de 1g de Amoxicilina (Medicamento genérico, Medley®, São Paulo-SP, Brasil) e 8mg de Dexametasona (Medicamento genérico, Germed®, São Paulo-SP, Brasil) uma hora antes do procedimento.

Inicialmente, foram realizadas anestésias por bloqueio do nervo infra-orbital direito, terminal infiltrativa vestibular e palatina na região do elemento 11, utilizando para tal o sal anestésico, cloridrato de articaína 4% com adrenalina 1:100.000 (Articaine, DFL®, São Paulo-SP, Brasil). Em seguida, foi realizado o descolamento muco-periosteal, com o intuito de liberar as fibras gengivais, fornecer acesso ao ligamento periodontal, não romper o contorno gengival e manter a papila em posição, evitando perda óssea e deslocamento do arcabouço côncavo regular existente. Com isso, conseguiu-se realizar a extração atraumática com preservação da papila do elemento dentário.

Imediatamente após a exodontia e curetagem do alvéolo, foram realizadas as fresagens, atentando-se para o posicionamento mesio-distal e vestibulo-lingual, além disso, realizou-se a técnica de sub-fresagem. A perfuração foi iniciada com fresa lança na posição ideal, seguida da fresa 2,0mm, depois colocação do indicador de direção a fim de se verificar a necessidade de ajustes no posicionamento do implante, na sequência fresa 2,8mm e instalou-se um implante de 3,75 x 13mm (Cone Morse Titamax EX, Neodent®, Curitiba-PR, Brasil), com travamento de 45N.cm. Após a instalação do implante observou-se um *gap* (espaço vazio) que foi preenchido com hidroxapatita sintética inorgânica, microparticulado (Osteogen, Intralock®, São Paulo-SP, Brasil).

Em seguida foi utilizado o kit de seleção protética para a escolha do componente. Um munhão reto de 4,5 x 3,5 x 6mm (Sistema protético para implante cone morse, Neodent®, Curitiba-PR, Brasil) foi colocado, e uma restauração provisória cimentada com estética imediata, instalada após a implantação (Figura 4 – A, B, C e D).

Como medicação pós - operatória, prescreveu-se: 500mg de Amoxicilina por 5 dias, 100mg de Nimesulida (Medicamento genérico, Germed®, São Paulo-SP, Brasil) por 3 dias e 500mg de Dipirona Sódica por 3 dias ou em caso de dor (Medicamento genérico, Germed®, São Paulo-SP, Brasil).

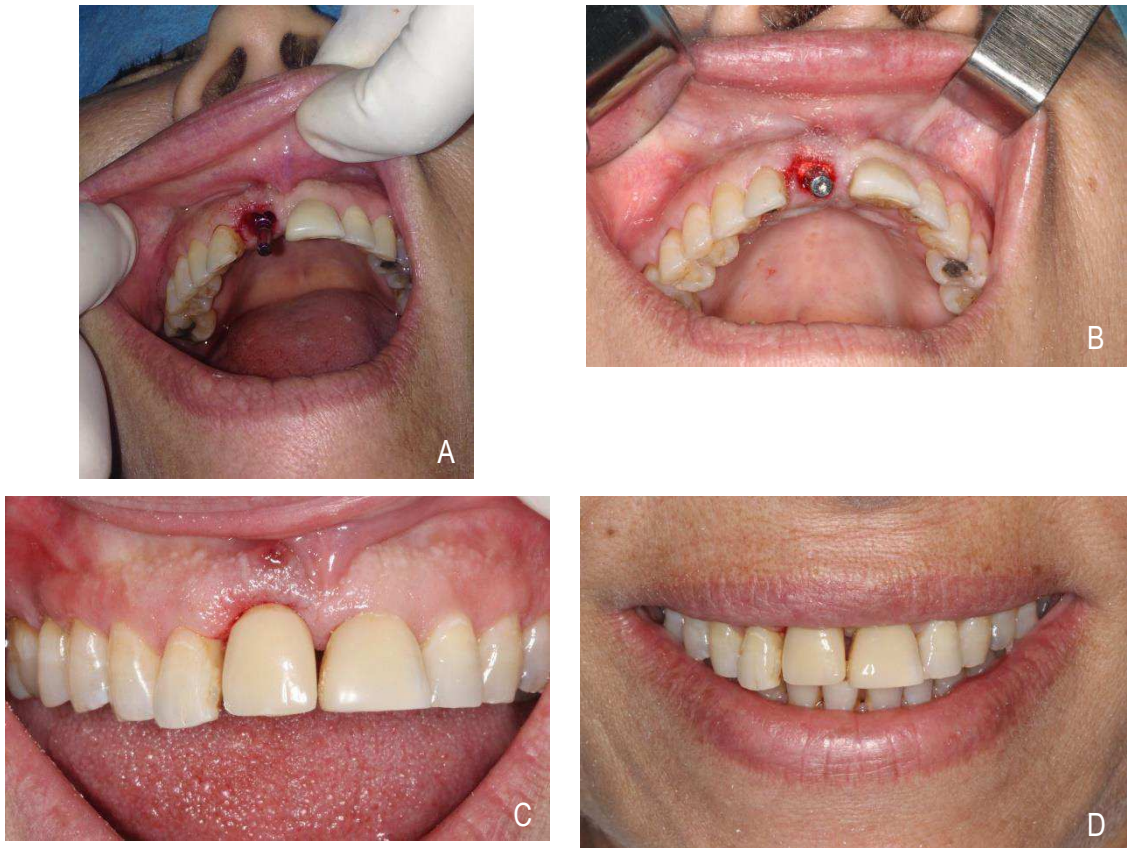


Figura 4: A – Aspecto clínico intrabucal transoperatório com posicionador de direção; B- Hidroxiapatita sintética inorgânica preenchendo o *gap*; C – Restauração imediata com provisório; D – Aspecto clínico extrabucal.

O provisório apresentou boa adaptação, permaneceu em infraoclusão, mantendo a anatomia e o contorno gengival prévio a extração, podendo dispensar o uso de suturas que pudessem levar a retrações gengivais indesejáveis (Figura 5 – A e B). Transcorrido um período de 90 dias, realizou-se a moldagem para confecção da coroa definitiva (Figura 6).

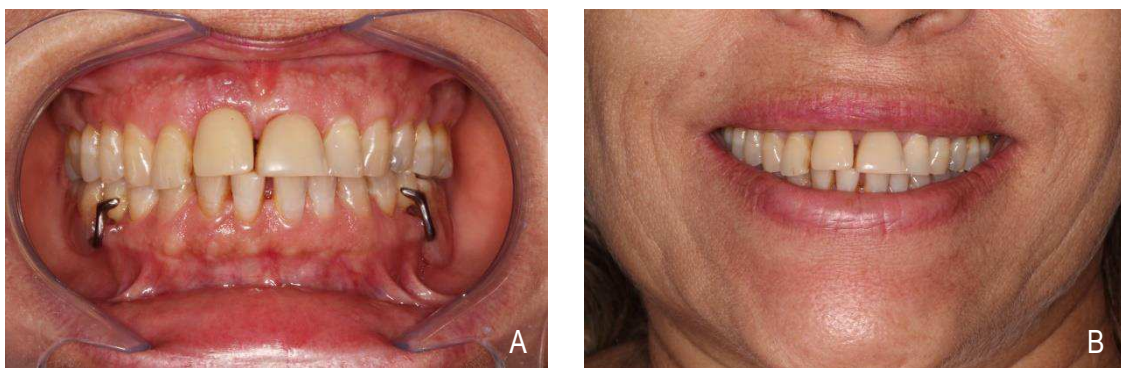


Figura 5: A e B – Aspecto clínico após 7 dias (intrabucal e extrabucal).



Figura 6: Aspecto radiográfico após 90 dias.

DISCUSSÃO

Os implantes unitários instalados imediatamente após extração de dentes têm demonstrado resultados com sucesso previsível e comparáveis com a abordagem convencional no que diz respeito à osseointegração. Para que a indicação seja precisa, é necessário levar em consideração um contexto geral, como a saúde sistêmica do paciente, qualidade e quantidade óssea, a estabilidade primária do implante e o manejo adequado dos tecidos moles ^{4,5}.

Exodontias causadas por fraturas radiculares verticais ou horizontais, cárie dentária e lesões endodônticas ou periodontais são consideradas as principais indicações da implantação com estética imediata. Quando corretamente selecionados, são considerados uma alternativa segura de tratamento nos casos unitários, pois permitem preservar a arquitetura óssea e gengival, além de proporcionar ao paciente imediato benefício psicológico e satisfação estética e funcional⁴.

A colocação de implantes imediatos é um procedimento clínico de rotina. No entanto, certas condições clínicas, especialmente a presença infecções agudas, são consideradas contra-indicações para o sucesso desse procedimento. Contudo, infecções odontogênicas ou periodontais, bem como fraturas radiculares verticais ou horizontais são as principais indicações para exodontia, e, portanto, para reabilitação com implantes imediatos⁶.

Com base na experiência clínica, propõe-se que, se certas etapas pré-operatórias e pós-operatórias precisam ser cuidadosamente seguidas para que os implantes imediatos em sítios infectados possam ser instalados em locais cronicamente infectados através da aplicação de um protocolo clínico que considere a antibioticoterapia, uma curetagem completa do tecido infectado, anti-sepsia e estabilidade primária adequada⁶.

O comportamento dos tecidos moles adjacentes durante o período de cicatrização gera bastante discussão nos casos de implante imediato em alvéolo fresco. Os estudos de Klazanet al.⁷2015 mostraram que os implantes imediatos após exodontias apresentam de recessão gengival de 0,23 a mais ou menos 0,277mm e perda de altura de mais ou menos 0,27mm. Embora isso ocorra, a técnica ainda possui maior aceitação por parte dos pacientes e profissionais, pois limita as intervenções cirúrgicas. Oliveira, Souza, Thomé, Melo, Sartori 2009 afirmam que, quanto mais cedo o implante for instalado, além de se aumentar as chances de preservação da anatomia óssea, implantes mais longos podem ser posicionados com menor chance de remodelação óssea e de tecidos moles, desde que seja seguido um protocolo adequado. De acordo com o protocolo padrão, um período sem carga, é um dos requisitos mais influentes para a integração dos implantes^{9,4,7,8}. Contudo, os implantes com carga imediata em região estética vêm se tornando cada vez mais previsíveis. A carga imediata pode ser funcional e não funcional. Restauração protética em infraoclusão é denominada de carga imediata não funcional. Nesses casos, a prótese provisória é adaptada 1 a 2 milímetros aquém do contato oclusal. A literatura é unânime ao comprovar os resultados previsíveis e animadores com o uso da carga imediata, comparáveis aos da técnica convencional com dois estágios cirúrgicos, sem diferenças estatísticas muito relevantes^{1,10}.

Um estudo realizado por Degidi et al., comparou implantes com carregamento funcional imediato e implantes com carregamento não funcional imediato aos implantes com período tradicional de cicatrização. No grupo A, foram instalados 264 implantes. Os pacientes totalmente desdentados foram reabilitados com carga imediata funcional e os parcialmente desdentados, carga funcional sem contato oclusal. No grupo B (controle), foram instalados 286 implantes utilizando a técnica de um ou dois estágios cirúrgicos. Os pacientes foram acompanhados durante cinco anos. No grupo A, três implantes falharam, todos em locais mandibulares posteriores. A taxa de sobrevivência do grupo A foi de 98,8%. No grupo controle, nenhum implante fallhou. Não foi encontrado diferenças estatísticas significativas nas taxas de sobrevivência dos implantes nos dois grupos. O estudo concluiu que períodos de cicatrização mais curtos podem ser altamente significativos do ponto de vista clínico¹⁰.

Esta técnica apresenta as vantagens de diminuir alguns meses de espera para ossificação do alvéolo, possível manutenção da altura e largura do osso alveolar, manutenção e regeneração dos tecidos moles, redução dos procedimentos cirúrgicos e resultados estéticos imediatos, pelo uso de restaurações provisórias. Porém, apesar de proporcionar mais conforto e comodidade para o paciente, necessita de um planejamento prévio criterioso.

CONCLUSÃO

A instalação de implantes imediatos em alvéolos após exodontia representa uma técnica viável de reabilitação, principalmente na região anterior da maxila, onde mostrou um excelente resultado estético, e conseqüentemente satisfação da paciente e do cirurgião.

REFERÊNCIAS

1. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Dental implants inserted in fresh extraction sockets versus healed sites: a systematic review and meta-analysis. *J. of Dent.* 2015May; 43(1):16-41.
2. Peñarrocha M, Uribe R, Balaguer J. Immediate implants after extraction. A review of the current situation. *Med.Oral.* 2004 Jun; 9(3):234-242.

3. Le B, Nielson P. Esthetic Implant Site Development. *Oral Maxillofac. Surg. Clin. N. Am.* 2015 May; 27(2): 283-311.
4. Oliveira AC, Souza JR, Thomé G, Melo ACM, Sartori IPM. Implante imediato unitário em função imediata – relato de caso. *RFO/ UPF.* 2009 Jan; 13(1): 70-74.
5. Rodrigues AM, Rosenstiel SF. Esthetic considerations related to bone and soft tissue maintenance and development around dental implants: Report of the Committee on Research in Fixed Prosthodontics of the American Academy of Fixed Prosthodontics. *The J. of Prost. Dent.* 2012Oct;108(4): 259-267.
6. Jofre J, Valenzuela D, Quintana P, Asenjo-Lobos C. Protocol for immediate implant replacement of infected teeth. *Impl. Dent.* 2012Augst; 4(21): 287-294.
7. Khzam N, Arora H, Kim P, Fisher A, Mattheos N, Ivanovski S. Systematic Review of Soft Tissue Alterations and Esthetic Outcomes Following Immediate Implant Placement and Restoration of Single Implants in the Anterior Maxilla. *J. Periodont.* 2015Dec; 86(12): 1321-1330.
8. Al-Sabbagh M, Kutkut A. Immediate implant placement: surgical techniques for prevention and management of complications. *Dent. Clin. N. Am.* 2015 Nov; 59(1): 73-95.
9. Carini F. et al. Immediate loading of implants in the aesthetic zone: comparison between two placement timings. *Ann Stomatol.* 2014Jun; 5(2): 15-26.
10. Degidi M, Iezzi G, Perrotti V, Piattelli A. Comparative analysis of immediate functional loading and immediate nonfunctional loading to traditional healing periods: a 5-year follow-up of 550 dental implants. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2009 Sept; 11(4): 257-66.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instalação de implantes imediatos em alvéolos após exodontia representa uma técnica viável de reabilitação, principalmente na região anterior da maxila, onde mostrou um excelente resultado estético, e conseqüentemente satisfação da paciente e do cirurgião.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Relato de Caso

Título do Estudo: INSTALAÇÃO DE IMPLANTE COM ESTÉTICA IMEDIATA EM REGIÃO ANTERIOR DA MAXILA
 Pesquisador Responsável: EDUARDO DIAS RIBEIRO

A Senhora está sendo convidada a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que a senhora não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do Estudo

Relatar o caso de um paciente que será submetida a uma cirurgia de implante com estética imediata em região anterior da maxila, para apresentação como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e publicação em Revista Científica. O principal objetivo da pesquisa é a divulgação de conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados.

A Senhora foi escolhida para participar, pois, atende aos termos de inclusão de nossa pesquisa.

Após entender e concordar em participar, serão realizados (Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros).

Risco e Benefícios para o participante

Não haverá riscos para a paciente, pois apenas será relatado seu caso de forma anônima. Haverá benefício para o participante desse estudo do ponto de vista estético e funcional com sua reabilitação com prótese sobre implante, o estudo irá contribuir para melhoria no atendimento e discussão de caso. A não aceitação deste termo, não irá de forma alguma influenciar ou alterar o seu tratamento e nem o seu relacionamento com a equipe de apoio.

Confidencialidade

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

Quem Devo Entrar em Contato em Caso de Dúvida

No caso de dúvidas relacionadas ao estudo, o Professor Eduardo Dias Ribeiro poderá ser procurado no Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, ou no telefone (83)9 9903-1968.

Se houver dúvidas sobre os direitos dos participantes, o paciente poderá entrar em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos situado nas FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS, Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 ou através do telefone: (83) 3421-7300.

Declaração de Consentimento

Concordo que meu caso seja apresentado como TCC e publicação em Revista Científica.

Li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como a importância deste estudo, seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Eu autorizo a utilização dos meus registros médicos (prontuário médico) pelo pesquisador, autoridades regulatórias e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição.

Receberei uma via assinada e datada deste documento.

Entendo que ao assinar este documento, não estou abdicando de nenhum de meus direitos legais.

Patos, 28-10-2016


 Nome da participante da pesquisa


 Assinatura do pesquisador responsável

APÊN
 DICE
 A –
 TER
 MO

DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO B- INSTRUÇÕES AOS AUTORES (Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery).

Revista oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial

Objetivo e Política Editorial

O Journal of the Brazilian College of Oral and Maxillofacial Surgery é a revista oficial do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, e destina-se à publicação de trabalhos relevantes para a educação, orientação e ciência da prática acadêmica de cirurgia e áreas afins, visando a promoção e o intercâmbio do conhecimento entre a comunidade universitária e os profissionais da área de saúde.

- As categorias dos trabalhos abrangem artigos originais e/ou inéditos (revisões sistemáticas, ensaios clínicos, estudos experimentais e série de casos com no mínimo 9 casos clínicos) e relatos de casos.
- Os artigos encaminhados à Revista serão apreciados pela Comissão Editorial, que decidirá sobre sua aceitação.
- As declarações e opiniões expressas pelo(s) autor(es) não necessariamente correspondem às do(s) editor(es) ou publisher, os quais não assumirão qualquer responsabilidade pelas mesmas. Nem o(s) editor(es) nem o publisher garantem ou endossam qualquer produto ou serviço anunciado nessa publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nessa publicação. A Revista ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.
- Os trabalhos apresentados devem ser inéditos e não publicados ou submetidos para publicação em outra revista. Os manuscritos serão analisados pelo editor e consultores, e estão sujeitos a revisão editorial. Os autores devem seguir as orientações descritas adiante.
- A Revista aceita trabalhos em português.

Orientações para Submissão de Manuscritos

- Submeta os artigos pelo site: www.dentalpressjournals.com.br.
- Os artigos deverão ser redigidos de modo conciso, claro e correto, em linguagem formal, sem expressões coloquiais.
- O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, e Legendas das figuras.
- Os textos devem ter, no máximo, 3.500 palavras, incluindo legendas das figuras e das tabelas (sem contar os dados das tabelas), resumo, abstract e referências.
- As figuras devem ser enviadas em arquivos separados.

- Insira as legendas das figuras também no corpo do texto, para orientar a montagem final do artigo.
- Página título: essa página deverá conter somente o título do artigo, nas línguas portuguesa e inglesa, o qual deverá ser o mais informativo possível e ser composto por, no máximo, 8 palavras. Não devem ser incluídas informações relativas à identificação dos autores (por exemplo: nomes completos dos autores, títulos acadêmicos, afiliações institucionais e/ou cargos administrativos). Elas deverão ser incluídas apenas nos campos específicos no *site* de submissão de artigos. Assim, essas informações não estarão disponíveis para os revisores.

Resumo/Abstract

- Os resumos estruturados, em português e inglês, com 200 palavras ou menos, são os preferidos.
- Os resumos estruturados devem conter as seções: INTRODUÇÃO, com a proposição do estudo; MÉTODOS, descrevendo como ele foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários; e CONCLUSÕES, relatando, além das conclusões do estudo, as implicações clínicas dos resultados.
- Os resumos devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, também em português e em inglês, adequadas conforme orientações do DeCS (decs.bvs.br) e do MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh).

Informações Sobre as Ilustrações

- As ilustrações (gráficos, desenhos, etc.) deverão ser limitadas a até 5 figuras, para os artigos tipo original, ou até 3 figuras para os de tipo caso clínico, construídas, preferencialmente, em programas apropriados, como Excel ou Word.
- As respectivas legendas deverão ser claras, concisas. Deverão ser indicados os locais aproximados no texto no qual as imagens serão intercaladas como figuras. As tabelas e os quadros deverão ser numerados consecutivamente em algarismos arábicos. No texto, a referência será feita pelos algarismos arábicos.

Figuras

- As imagens digitais devem ser no formato JPG ou TIFF, com pelo menos 7cm de largura e 300dpi de resolução.
- Devem ser enviadas em arquivos independentes.
- Se uma figura já foi publicada anteriormente, sua legenda deve dar o crédito à fonte original.
- Todas as figuras devem ser citadas no texto.

Gráficos e traçados cefalométricos

- Devem ser citados, no texto, como figuras.
- Devem ser enviados os arquivos que contêm as versões originais dos gráficos e traçados, nos programas que foram utilizados para sua confecção.
- Não é recomendado o envio desses somente em formato de imagem bitmap (não editável).
- Os desenhos enviados podem ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial.

Tabelas

- As tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar, o texto.
- Devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- Forneça um breve título para cada tabela.
- Se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando crédito à fonte original.
- Apresente as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo), e não como elemento gráfico (imagem não editável).

Tipos de Trabalhos Aceitos

Trabalho de Pesquisa (Artigo Original e/ou Inédito)

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Metodologia; Resultados; Discussão; Conclusões; Referências bibliográficas (20 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 5 figuras.

Relato de Caso

Título (Português/Inglês); Resumo/Palavras-chave; Abstract/Keywords; Introdução (Introdução + proposição); Relato do Caso; Discussão; Considerações Finais; Referências Bibliográficas (10 referências, no máximo – por ordem de citação no texto); Máximo 3 figuras.

Documentação Exigida

Todos os manuscritos devem ser acompanhados das seguintes declarações:

Comitês de Ética

Os artigos devem, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética da instituição.

Cessão de Direitos Autorais

Transferindo os direitos autorais do manuscrito para a Dental Press, caso o trabalho seja publicado.

Conflito de Interesse

Caso exista qualquer tipo de interesse dos autores para com o objeto de pesquisa do trabalho, esse deve ser explicitado.

Proteção aos Direitos Humanos e de Animais

Caso se aplique, informar o cumprimento das recomendações dos organismos internacionais de proteção e da Declaração de Helsinki, acatando os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana/animal. Nas pesquisas desenvolvidas em seres humanos, deverá constar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução 466/2012 CNS-CONEP.

Nota: para fins de publicação, os artigos não poderão ter sido divulgados em periódicos anteriores.

Permissão para uso de imagens protegidas por direitos autorais

Ilustrações ou tabelas originais, ou modificadas, de material com direitos autorais devem vir acompanhadas da permissão de uso pelos proprietários desses direitos e pelo autor original (e a legenda deve dar corretamente o crédito à fonte).

Consentimento Informado

Os pacientes têm direito à privacidade, que não deve ser violada sem um consentimento informado. Fotografias de pessoas identificáveis devem vir acompanhadas por uma autorização assinada pela pessoa ou pelos pais ou responsáveis, no caso de menores de idade. Essas autorizações devem ser guardadas indefinidamente pelo autor responsável pelo artigo. Deve ser enviada folha de rosto atestando o fato de que todas as autorizações dos pacientes foram obtidas e estão em posse do autor correspondente.

REFERÊNCIAS

- Todos os artigos citados no texto devem constar na lista de referências.
- Todas as referências devem ser citadas no texto.
- Para facilitar a leitura, as referências serão citadas no texto apenas indicando a sua numeração.
- As referências devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são citadas.
- As abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.

- A exatidão das referências é responsabilidade dos autores e elas devem conter todos os dados necessários para sua identificação.
- As referências devem ser apresentadas no final do texto, obedecendo às Normas Vancouver (www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
- Utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Espinar-Escalona E, Ruiz-Navarro MB, Barrera-Mora JM, Llamas-Carreras JM, Puigdollers-Pérez A, Ayala-Puente. True vertical validation in facial orthognathic surgery planning. ClinExp Dent. 2013 Dec 1;5(5):e231-8.

Artigos com mais de seis autores

Pagnoni M, Amodeo G, Fadda MT, Brauner E, Guarino G, Virciglio P, et al. Juvenile idiopathic/rheumatoid arthritis and orthognathic surgery without mandibular osteotomies in the remittent phase. J Craniofac Surg. 2013 Nov;24(6):1940-5.

Capítulo de livro

Baker SB. Orthognathic surgery. In: Grabb and Smith's Plastic Surgery. 6th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. 2007. Chap. 27, p. 256-67.

Capítulo de livro com editor

Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Ryckman MS. Three-dimensional assessment of soft tissue changes following maxillomandibular advancement surgery using cone beam computed tomography [Thesis]. Saint Louis: Saint Louis University; 2008.

Formato eletrônico

Sant'Ana E. Ortodontia e Cirurgia Ortognática – do Planejamento à Finalização. Rev Dental Press OrtodOrtop Facial. 2003 maio-jun;8(3):119-29 [Acesso 12 ago 2003]. Disponível em: www.dentalpress.com.br/artigos/pdf/36.pdf.