

Protocolo Clínico para Substituição Dentária Imediata

A substituição dentária imediata (implante imediato com carga imediata) é um procedimento com boa previsibilidade, que confere redução ao tempo de tratamento e aumento da satisfação dos pacientes. Os excelentes prognósticos, com relatos de índices de permanência superiores a 95%, são motivos racionais para a indicação. Após avaliação da saúde geral, o protocolo específico abrange:

- 1) Avaliar: comprometimento anatômico, fenótipo gengival, presença de infecção. É fundamental que haja esta bilidade oclusal e saúde periodontal nos demais dentes. A antibioticoterapia terá seu protocolo variável, em função da presença ou não de infecção e do quadro de saúde geral do paciente.
- 2) Obtenção de modelos articulados (em gesso ou digitais) para confecção prévia da coroa provisória, bem como do guia multifuncional. Este, também, pode ser obtido a partir do estudo tomográfico, pela metodologia CAD-CAM.
- 3) Estudo anatômico através de exame tomográfico (cone-beam). Parâmetros como quantidade e qualidade óssea, devem ditar a previsibilidade da estabilização primária mínima necessária ao procedimento, de 25Ncm a 45Ncm, dependendo do dente.
- 4) Seleção do implante, com relevância, não necessariamente nesta ordem, para: dimensões, superfície, macrogeometria e tipo de conexão. É fundamental dispor de tamanhos variados no momento da cirurgia, que se adequem melhor à variações do defeito anatômico existente.
- 5) Antecipação do componente protético que será utilizado com atenção, não necessariamente nesta ordem, para: reto, angulado, aparafusável ou para cimentação.
- 6) A avaliação do fenótipo gengival norteará a indicação de procedimentos adjuvantes (enxerto de tecido conjuntivo, por exemplo).
- 7) A exodontia deverá ser atraumática. A necessidade de enxertia, seja para regeneração óssea ou para melhoria do fenótipo gengival, definirá a indicação ou não da utilização de retalhos ou de técnica sem incisão (transalveolar).
- 8) Após a exodontia, o alvéolo deverá ser, criteriosamente, descontaminado. Quando existir infecção concomitante, é fundamental, além de alterações no protocolo de prescrição, a terapia local, com curetagem rotatória (broca esférica em baixa rotação entre 100-200 rpm) e irrigação em profusão, com solução de metronidazol 5mg/ml.
- 9) Perfuração orientada pelo guia cirúrgico escolhido. É importante ressaltar que o protocolo de instrumentação pode ser alterado em função da qualidade óssea.
- 10) Instalação do implante com atenção à estabilidade obtida. Esta pode ser quantificada pela medição do torque alcançado ou pela medição da frequência de ressonância.
- 11) As abordagens de regeneração tecidual indicadas (enxertia óssea, enxertia conjuntiva, uso de fibrina autóloga) deverão ser executadas, antes da conexão do componente protético visando, desta forma, obter um limite físico e temporal entre o procedimento cirúrgico e o protético.
- 12) A coroa provisória é então ajustada ao componente protético e ao leito cirúrgico peri-implantar, com o cuidado de evitar contaminação. A opção por aparafusamento é o método de fixação de maior segurança para a técnica. É fundamental a atenção aos contatos oclusais estáticos e dinâmicos. O implante deve ser protegido de forças para-axiais e de contatos prematuros.

O procedimento de implante imediato, com carga imediata, necessita de controle pós-operatório criterioso. Qualquer indicio de complicação deve ser, imediatamente, detectado e abordado. Avaliação radiográfica pós-operatória imediata é mandatória. A revisão clínica deve ser conduzida, preferencialmente, com 48 horas, com 5 dias e, em seguida, semanalmente. O segundo controle radiográfico pode variar de dois a quatro meses. Dependendo da evolução clínica, este pode ser antecipado para ajudar na detecção de danos peri-implantares decorrentes de complicações. Após a obtenção de osseointegração com confirmação da estabilidade, os procedimentos para a prótese definitiva podem ser conduzidos.

Autores:



Fernando Almeida, CD (CRO-RJ 13.819)
• Pós graduado em Cirurgia Bucomaxilofacial e Radiologia
• Especialista (UERJ), Mestre e Doutor (UFRJ).
• Email: fernandoalmeida94@gmail.com



Leonardo Altieri, CD (CRO-RJ 26.149)
• Especialista em Implantodontia.
• Staff do Hospital Municipal Miguel Couto.
• Email: leo.altieri@hotmail.com