

**FACSETE**

**EDUARDO ZAGOLIN BRAGUETTI**

**REABERTURA DE IMPLANTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**2019**

**EDUARDO ZAGOLIN BRAGUETTI**

**REABERTURA DE IMPLANTE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso de Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: José Claudio Maçon

**SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

**2019**

Braguetti, Eduardo Zagolin  
Reabertura de implante: uma revisão de literatura /  
Eduardo Zagolin Braguetti /2019  
23 f.;il

Orientador: José Claudio Maçon  
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de  
Sete Lagoas, 2019.

1. Reabertura do implante 2. Reabilitação Oral 3.  
Implantodontia  
I. Título  
II. José Claudio Maçon

FACSETE

Monografia intitulada " **Reabertura de implante: Uma revisão de literatura** " de autoria do aluno Eduardo ZAgolin Braguetti.

Aprovada em 23/03/2019 pela banca constituída dos seguintes professores:

---

José Claudio Maçon  
FACSETE – Orientador

---

Antônio Carlos Francisco  
FACSETE

---

Idelmo Rangel Garcia Júnior  
FACSETE

São José do Rio Preto, 23 de março de 2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade de concluir o curso no intuito de aprimorar meus conhecimentos.

Agradeço também meus pais e familiares pelo apoio tão necessário.

Agradeço meu orientador pela possibilidade de aprender com suas intervenções ao longo dessa trajetória.

Somos totalmente responsáveis pela qualidade da nossa vida e pelo efeito exercido sobre os outros, construtivo ou destrutivo, quer pelo exemplo quer pela influência direta.

Alfred Montapert

## RESUMO

O presente trabalho se trata de pesquisa de abordagem qualitativa, a partir de revisão crítica da literatura, realizada para análises do tema escolhido e das contribuições da investigação sobre a reabertura de implante, a partir de uma revisão de literatura. A pesquisa foi baseada em artigos científicos de periódicos de grande circulação nacional, que retratam as temáticas que envolvem a pesquisa foi baseada em artigos científicos de periódicos de grande circulação nacional, que retratam as temáticas que envolvem o tema escolhido. Destacou-se o estudo realizado por Fernandes (2001) e, na sequência, apresentou-se demais perspectivas, considerando complicações que devem ser observadas e as principais possibilidades de intervenção. Verificou-se que os implantes dentários constituem uma modalidade cirúrgica de tratamento que tem por objetivo restaurar a função e a estética do paciente, reforçando-se a importância de uma correta anamnese, avaliação da saúde gengival, e um plano de tratamento adequado para obter um bom resultado na reabilitação oral.

**Palavras-Chave:** Reabertura do implante. Reabilitação Oral. Implantodontia.

## **ABSTRACT**

The present work is a qualitative research, based on a critical review of the literature, carried out to analyze the chosen theme and the research contributions on the reopening of the implant, based on a literature review. The research was based on scientific articles from journals of great national circulation, which portray the themes that involve the research was based on scientific articles from journals of great national circulation, which portray the themes that involve the chosen theme. The study carried out by Fernandes (2001) stood out and, subsequently, other perspectives were presented, considering complications that must be observed and the main possibilities of intervention. It was found that dental implants constitute a surgical treatment modality that aims to restore the patient's function and aesthetics, reinforcing the importance of a correct anamnesis, evaluation of gingival health, and an adequate treatment plan to obtain a good result in oral rehabilitation.

**Keywords:** Reopening of the implant. Oral rehabilitation. Implantology.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Protocolo de Bränemark ..... | 13 |
| Figura 2 - Tipos de Cicatrizadores..... | 17 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....  | 11 |
| 2 DESENVOLVIMENTO.....  | 13 |
| 2.1. Breve histórico sobre os Implantes Osseointegrados ..... | 13 |
| 2.2 Complicações que devem ser observadas.....                | 13 |
| 2.3 Possíveis intervenções.....                               | 15 |
| 2.4 A segunda fase cirúrgica para Fernandes (2001).....       | 16 |
| 3 CONCLUSÃO.....  | 20 |
| 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                            | 21 |

## 1. INTRODUÇÃO

---

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, definiu a “Saúde” como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença”. Esta perspectiva na Odontologia sugere que o objetivo final dos cuidados dentários não é apenas a ausência de cáries ou de doença periodontal, mas também o bem-estar mental e social do paciente (ASSIS, 2013).

Qualidade de vida (QV) é um termo que pode indicar a presença de saúde física e psíquica, acesso a uma boa educação, boa alimentação, a um serviço de saúde adequado como também a inserção no meio social (CARVALHO et al, 2018). A (QV) é marcadamente afetada pela satisfação ou insatisfação com a saúde bucal.

As preocupações dos pacientes são principalmente relacionadas ao conforto, à função e à estética. Quando esses fatores não atendem às expectativas do paciente, respostas psicossociais típicas são ansiedade, insegurança, diminuição da autoestima e introversão. Os pacientes edêntulos sentem-se insatisfeitos com sua imagem e acabam por se ausentar dos círculos sociais (BARBIERI, RAPOPORT, 2009; CARVALHO et al, 2018).

Para obter um bom resultado na reabilitação oral, é preciso de uma correta anamnese, avaliando a saúde gengival, plano de tratamento adequado, e também dependendo da harmonia do tecido ósseo, posicionamento do implante, buscando sempre manter a estética e a função. (TEIXEIRA, 2013). Os implantes devem ser colocados numa posição e inclinação adequadas, restaurações bem sucedidas implanto-suportadas devem imitar a aparência de dentes naturais.

Segundo Machado (2017), cada pessoa tem sua variedade de escolha na estética, sendo que na odontologia existem variações de especialidades, e o que é mais crucial com o seu tratamento, portanto, para a melhor estética é buscar o que já existe, obtendo harmonização.

Para a melhor estética com a reabilitação com implantes dentários, é preciso de uma boa manipulação dos tecidos moles e duros, com isso, devemos ressaltar o máximo pela naturalidade. (MANFRO et al., 2008).

Muitas vezes, fazendo de modo incorreto a manipulação tecidual, observando ausência dos tecidos moles de sustentação durante o período de tratamento, pode aumentar o custo e tempo para finalização do caso. (SALAMA et. al.,1995).

## 2. DESENVOLVIMENTO

---

### 2.1. Breve histórico sobre os Implantes Osseointegrados

De acordo com Faverani et al., 2011 os primeiros relatos sobre o uso de implantes dentários são datados desde o surgimento das civilizações antigas, ouro, platina e porcelana eram os materiais utilizados como substitutos dentários.

Ainda segundo o referido autor, em 1960, houve um grande avanço, no momento em que o professor sueco Per Ingvar Brånemark publicou diversos estudos, científicos e investigativos sobre a técnica de implantes osseointegrados.



Figura. 1 - Protocolo de Brånemark (PIMENTA, 2015)

A instalação de seis componentes em forma de parafuso, formados por titânio e comprovadamente osseointegrados, cuja funcionalidade se dá por um longo período de tempo é a consistência da técnica de implantes desenvolvida por Brånemark (figura 1).

### 2.2 Complicações que devem ser observadas

Para Peralta (2006), a utilização adequada das técnicas para a reabertura de implantes durante o segundo estágio cirúrgico e a manutenção

das características peculiares dos tecidos moles peri-implantares através da utilização dessas técnicas, pode determinar um bom resultado estético e funcional na terapia com os implantes dentários.

Ramalho-Ferreira (2010), em seu estudo, aponta entre que as principais complicações e intercorrências cirúrgicas estão relacionadas ao tempo ou a fase do tratamento em que normalmente costumam ocorrer, ou seja, nos momentos pré-operatório, transcirúrgico, pós-cirúrgico, na reabertura, durante a fase de osseointegração ou no tempo protético. Em seu trabalho, são abordados os danos neurossensoriais, falhas técnicas na instalação do implante, violação do seio maxilar, fraturas, hemorragias, infecções e deiscências entre outros, bem como suas causas prováveis e possibilidades de manejo.

Após a remoção dos dentes, ocorrem mudanças em todas as estruturas envolvidas no processo de mastigação. Quanto maior for o número de dentes ausentes, maior será a probabilidade de o indivíduo ver a sua satisfação comprometida, quando relacionada com a saúde oral. As modificações envolvem tecido ósseo, gengival, muscular, articulação temporo-mandibular, repercutindo diretamente na mastigação, fonação, estética e conforto do paciente (BRUM, 2013; CARVALHO et al, 2018).

A presença de uma mastigação dificultada reflete na alimentação inadequada e pode se tornar um fator de risco para o surgimento de doenças como a obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (RIBEIRO et al, 2016 apud OLIVEIRA; SILVA, 2018, p. 2).

Uma das causas de perda dentária, é a doença periodontal crônica. É uma infecção que resulta na inflamação dos tecidos periodontais de suporte, causada por diferentes microorganismos presentes no biofilme dental, levando a formação de bolsas periodontais, perdas ósseas, recessões gengivais, lesões de furca, mobilidade aumentada e se não tratada, ocorre a esfoliação do dente (ANDRADE, BRANDÃO, BARROS, 2018; FERREIRA et al, 2013).

Tecidos periodontais formam o princípio para a estética, função e adaptação da dentição. Todas as próteses e terapias restauradoras geralmente requerem periodonto saudável como pré-requisito para um resultado bem

sucedido. (JOLY et. al., 2010) A mucosa mastigatória compreende a mucosa gengival e palatal, formada por epitélio escamoso estratificado ceratinizado e tecido conjuntivo denso. O tecido conjuntivo denso da gengiva está inserido ao osso alveolar pelo periósteo e na porção supra alveolar da raiz dentaria. A mucosa alveolar adjacente é constituída por tecido conjuntivo rico em fibras elásticas e coberta por epitélio escamoso estratificado não ceratinizado. No tecido gengival e peri-implantar apresentam epitélio juncional e tecido conjuntivo, portanto, as fibras conjuntivas do dente apresentam inseridas ao osso e no cimento já no 8 tecido peri-implantar apresentam paralelo ao componente protético. (GENNARO et. al., 2007).

### **2.3 Possíveis intervenções**

A substituição dos dentes perdidos por tratamento protético pode melhorar o bem-estar dos indivíduos, recuperando a integração familiar e social, o resgate da cidadania e a manutenção da saúde geral. O sucesso da reabilitação de pacientes edêntulos requer uma adaptação funcional e psicológica (BARBIERI, RAPOPORT, 2009).

A prótese dentária é a ciência que provê substitutos para a porção coronária dos dentes e os tecidos moles perdidos, tendo por objetivo, restaurar as funções perdidas, a aparência estética, o conforto, a saúde do paciente, a fonética, a postura e restabelecer um equilíbrio no sistema estomatognático (BRUM, 2013).

As terapias disponíveis para o paciente edêntulo incluem: as próteses totais mucossuportadas, as próteses apoiadas sobre implantes em conjunto ou não com a mucosa do rebordo residual, próteses parciais fixas (PPF) apoiadas sobre dentes, próteses parciais removíveis dentomucossuportadas e mucossuportadas. Todas essas alternativas possuem suas vantagens e desvantagens e para definir qual delas resultará no melhor tratamento, aspectos sistêmicos, financeiros e físicos, além de técnico, precisam ser avaliados (JACOMETTI, 2011).

Preconizar uma incisão padrão para o primeiro ato cirúrgico na implantodontia é inviável, por apresentar imensa variedade de casos

impossibilita o uso de apenas uma única técnica, com o conhecimento de alguns tipos de incisão permite o profissional associar as técnicas de incisão de acordo com a necessidade dos casos. A presença ou ausência de tecido queratinizado pode ser o fator determinante nas variações das técnicas de incisão. (Ellis et al 2005) Com isso, para melhor escolha na técnica é preciso avaliar o tecido gengival se há presença ou ausência de tecido queratinizado. (BOCHARD e ERPENSTEIN, 2004 apud MACHADO, 2017). Ainda de acordo com o referido pesquisador, na ausência de tecido queratinizado, muitos cirurgiões optam em realizar no momento de reabertura tipos de incisão ou enxertos para reconstrução de tecido queratinizado.

No planejamento para a melhor técnica de incisão à ser usada, é preciso avaliar alguns conceitos como: conhecimentos precisos da topografia óssea, suprimento sanguíneo adequado ao retalho, visão adequada do local cirúrgico, proteção máxima das estruturas anatômicas adjacentes e Fechamento da ferida no osso subjacente (BOCHARD e ERPENSTEIN, 2004). A localização correta da incisão é crucial para o sucesso da cirurgia estética periodontal e implantar. As incisões determinam a acessibilidade e visibilidade no campo cirúrgico. O tipo de incisão afeta a mobilidade do tecido, a capacidade de fechar a ferida sem tensão, a qualidade da perfusão pósoperatória do retalho e, mais importante, a posição final da margem gengival. Quando é realizada a incisão inicial, a lâmina do bisturi deve sempre ser mantida perpendicular à superfície do tecido, independentemente de quaisquer restrições anatômicas que possam estar presentes. (ZURH et. al., 2012 *apud* MACHADO, 2017).

#### **2.4 A segunda fase cirúrgica para Fernandes (2001)**

De acordo com Sumya (1997), o período cicatricial convencional é estipulado em 3 meses para a mandíbula e 6 meses para a maxila. Isso é corroborado pelo estudo de Fernandes (2001), que acrescenta ainda que, após este período, parte-se para a segunda etapa cirúrgica, na qual os implantes são expostos para a colocação dos cicatrizadores (dispositivos metálicos de titânio utilizados para guiar a cicatrização da mucosa peri-implantar após o

período de cicatrização, estando o implante já osseointegrado). Os cicatrizadores são ilustrados na Figura 2.

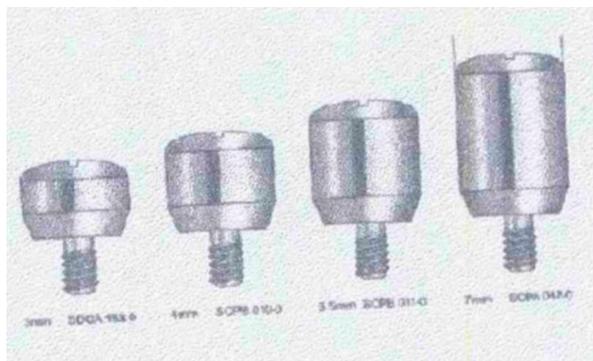


Figura 2 - Tipos de Cicatrizadores (SCARSO, 2001)

Fernandes (2001) destaca as etapas para abertura e colocação de cicatrizadores. Vale ressaltar que, semelhante a 1 a fase cirúrgica, deverá ser realizada a antissepsia externa e interna do paciente. A seguir, o Quadro 1, apresentando o percurso da reabertura do implante.

| <b>Quadro 1 - Etapas da reabertura do implante para Fernandes (2001)</b> |  |
|--|--|
| Anestesia  | Em geral, deve ser feita apenas na área que será operada, pela técnica infiltrativa terminal. Deverá ser utilizado anestésico com vasoconstrictor.   |
| Incisão  | Feita com lamina 15 com a finalidade de expor os implantes previamente colocados. A incisão continua permite um campo mais amplo e melhor visualização para o operador. Em áreas desdentadas entre dentes, com envolvimento estético deve-se sempre que possível preservar as papilas dos dentes vizinhos. |
| Descolamento do retalho  | O tecido deverá ser deslocado delicadamente, através de um sindesmótomo ou dissector, com o intuito de não dilacerar o tecido, expondo as  |

|   |   |
|---|---|
|   | tampas de coberturas dos implantes e o tecido ósseo adjacente.  |
| Remoção de tecido formado sobre a tampa do implante     | Muitas vezes, pode haver a formação de tecido mole ou tecido ósseo sobre a tampa de cobertura do implante, dificultando sua remoção. O tecido deve ser removido com a ajuda de curetas e cinzéis de modo que não se faça pressão sobre o implante.  |
| Remoção da tampa de cobertura do implante               | Após a remoção do tecido, remove-se a tampa de cobertura com o auxílio das chaves externas curta e longa.   |
| Limpeza da cabeça do implante e análise da imobilidade  | Após a remoção da tampa, verifica-se a formação de tecido mineralizado sobre a cabeça do implante . Deve-se neste removê-lo com o auxílio de curetas e cinzéis para admitir a adequada conexão do cicatrizador com o implante. Deve ser feita de maneira cuidadosa para não danificar o implante. Depois de limpar a cabeça do implante, com um instrumento metálico, de preferência uma pinça clínica, deve-se testar se há mobilidade. Se houver, o implante deverá ser removido. |
| Medida da Espessura da mucosa e seleção do cicatrizador | Com uma régua para altura gengival (Krag-01), mede-se a espessura da mucosa ao redor do implante . Com base neste valor, será escolhido o cicatrizador que deverá ficar aproximadamente 0,5 a 1mm supragengival. Os cicatrizadores estão disponíveis em diversos diâmetros, que deverão ser escolhidos de acordo com o componente protético a ser utilizado e do dente a ser substituído.   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Colocação do cicatrizador | Deve ser colocado com o auxílio das chaves externa curta ou longa, na posição selecionada e rosqueado até o fim havendo íntimo contato entre este e o implante. |
| Sutura                    | Deverão ser feitos pontos simples nas interproximais com fio de seda não reabsorvível número 4.0, e removidos entre 7-10 dias.                                  |
| Medicação                 | Deverá ser receitado apenas um analgésico à base de Dipirona.   |

Como vimos, a reabertura de implante é um procedimento cirúrgico, sendo uma etapa programada da reabilitação oral com implantes dentários. Esta cirurgia de reabertura tem o objetivo de expor o topo do implante, para logo depois realizar a instalação da coroa ou prótese definitiva.

### 3. CONCLUSÃO

---

Conforme se verificou, os implantes dentários constituem uma modalidade cirúrgica de tratamento que tem por objetivo restaurar a função e a estética do paciente, através de diferentes tipos de prótese sobre implante confeccionadas na fase final da terapia. De acordo com Reikie (1995 *apud* PERALTA, 2006, p 11) além do restabelecimento da função, o objetivo do tratamento com implantes consiste na obtenção de um perfil adequado do tecido, que possibilite a manutenção ou a reconstrução das papilas interdentais, no intuito de promover uma arquitetura gengival harmônica.

É importante o planejamento da incisão para não colocar em risco as estruturas adjacentes da região e assegurar o suprimento sanguíneo, para não causar necrose e dilaceração do tecido, é importante que a incisão apresente bordas bem definidas. (PARK e WANG, 2007 *apud* MACHADO, 2017).

As disciplinas cirúrgicas são sempre confrontadas com o problema de escolha na melhor técnica a ser usada no primeiro ato cirúrgico, portanto é importante um bom planejamento cirúrgico e escolha do tipo de incisão, pois na odontologia encontram-se diversos tipos de técnicas à disposição. Devemos conhecer os tipos de incisão e suas indicações, para que não ocorra nenhum acidente de estruturas anatômicas e comprometimento estético. De acordo com a literatura, uma maneira de escolha na técnica de incisão é avaliar a quantidade de tecido mole, presença ou ausência de tecido queratinizado e a anatomia da região.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ANDRADE N. K. DE, BRANDÃO R. L. DE C. M., BARROS A. W. DE. Avaliação da eficácia das terapias periodontais básicas realizadas pelos graduandos de odontologia do centro universitário, **RVACBO**, Maceió, Vol.8, No.1,2018.

ASSIS A. C. M. DE P.. **Estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de prótese dentária removível**. 34p. Monografia de investigação mestrado integrado em medicina dentária. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, 2013.

BARBIERI C. H., RAPOPORT A., Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 38, nº 2, abril / maio / junho, 2009.

BRUM G. R.. **O impacto do uso de próteses totais convencionais na autoestima dos pacientes idosos**: uma revisão de literatura descritiva. 32p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

CARVALHO L. F. DE, MELO J. R. O., RAMOS J. G., LIMA R. A., CARVALHO F. A. A. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de pacientes edentulos. **RvACBO**, Maceió, Vol.8, No.1, 2018.

ERICKSON, F. Métodos cualitativos de investigación. In: WITTRUCK, M. C. **La investigación de la enseñanza, II**. Barcelona - Buenos Aires-Mexico: Paidós, 1989, p. 195-299.

FAVERANI, L. P.; FERREIRA, G. R.; JARDIM, E. C. G.; OKAMOTO, R.; SHINOHARA, E. H.; ASSUNÇÃO, W. G.; JUNIOR GARCIA, I. R. **Implantes**

**Osseointegrados: Evolução e Sucesso.** *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 1, p. 47-58, 2011.

FERNANDES, A. P. S. **Utilização de implantes osseointegrados para reabilitação bucal em odontopediatria.** Associação Brasileira de Odontologia-seção Santa Catarina, Escola de Aperfeiçoamento Profissional, Florianópolis, 2001, 55f.

GENNARO, G., A., F. R et. al. (2007). A importância da mucosa ceratinizada ao redor de implantes osseointegrados. *Salusvita*, 2007, p. 125-134.

JACOMETTI P. M. **Análise das possibilidades reabilitadoras contemporâneas para pacientes edentados totais: uma revisão de literatura.** 28p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

LASARETTO, L. N.; ARAÚJO, V. C. **TCCI - All-2 Fundamentação teórica, metodologia, cronograma e referências.** Disponível em: <<http://ead2.sead.ufscar.br/mod/assign/view.php?id=25138>> Acesso em: 25 abr. 2014.

MACHADO, J. G. J. M. **Técnicas de Incisão na Implantodontia.** Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da FACSET, Rio de Janeiro, 2017. 35f.

MANFRO, R.; NASCIMENTO JÚNIOR, W.R.; LOUREIRO, J. A. Estética em implantodontia, da reconstrução à prótese-apresentação de um caso clínico. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac**, v. 8, n. 1, 2008.

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: conceitos e estratégias para confecção. **Janus**, Lorena, ano 1, n. 1, 2004. Disponível em: <[http://portais.ufg.br/uploads/19/original\\_Revis\\_\\_o\\_de\\_Literatura\\_e\\_desenvolvi](http://portais.ufg.br/uploads/19/original_Revis__o_de_Literatura_e_desenvolvi)

mento\_cient\_\_fico.pdf > Acesso em: 17 mar. 2020.

OLIVEIRA, D. de; SILVA, E. B. de S. **O impacto da reabilitação oral na qualidade de vida de paciente desdentado parcial** – relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Tiradentes, Aracaju, 2018. 19f.

PERALTA, F. da S. **Manipulação do tecido mole peri-implantar durante o segundo estágio cirúrgico que visam a criação da papila** - revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, 2006, 39f.

PIMENTA, M. **Protocolo de Branemark**: reabilitação completa da arcada dentária. (2015). Disponível em:<  
<https://www.drmarcelopimenta.com.br/2015/10/29/protocolo-branemark/>>.  
Acesso em 05 jan. 2021.

RAMALHO-FERREIRA, G. et al. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 31, n. 1, p. 51-55, Janeiro/Junho, 2010.

SCARSO et al. **Planejamento Estético Cirúrgico e Protético em Implantodontia**. Artes Médicas: São Paulo, 2001

SUMYA H. et al. **Osseointegração e Reabilitação Oclusal**. Considerações Biológicas sobre Osseointegração. Santos: Sao Paulo 1997. 462p.

TEIXEIRA, R. G. Incisões e Suturas em Implantologia. 2013.Tese de Doutorado. [sn].