



Dandara Araujo Dutra Silva

**PLANEJAMENTO INADEQUADO IMPOSSIBILITANDO A REABILITAÇÃO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

São Luís

2019

DANDARA ARAUJO DUTRA SILVA

**PLANEJAMENTO INADEQUADO IMPOSSIBILITANDO A REABILITAÇÃO:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação em odontologia da Faculdade Sete Lagoas- FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Orientador: Prof. Diogo Souza Ferreira Rubim de Assis

São Luís

2019


FICHA DE APROVAÇÃO

Monografia intitulada “ Planejamento Inadequado Impossibilitando A Reabilitação:
Relato De Caso Clínico” de autoria da aluna Dandara Araujo Dutra Silva.

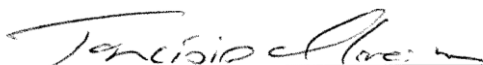
Aprovada em 12 / 09 / 2019 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Dr. Diogo Souza Ferreira Rubim de Assis
Orientador



1º Examinador



2º Examinador

RESUMO

O avanço da implantodontia relacionada as técnicas e aos materiais, têm mostrado melhoras no que diz respeito a reabilitação estética e funcional dos pacientes. Todavia ainda há causas que levam ao insucesso do tratamento com implantes, dentre elas está a condição sistêmica do paciente, hábitos deletérios e o planejamento inadequado. Durante as pesquisas houveram artigos que evidenciaram a importância de ter uma equipe multiprofissional a fim de elaborarem juntos as melhores opções de tratamento para o paciente, dentro das limitações de cada caso. O estudo vem com intuito de expor um caso clínico, aonde a paciente apresentavam implantes que foram instalados sem obedecer os princípios adequados de planejamento, sugerindo algumas falhas que possam ter ocorrido durante o tratamento para ter levado a esse quadro de insucesso e conseqüentemente levando a remoção dos implantes.

PALAVRAS CHAVES: Implantes Dentários, Falha de tratamento e reabilitação bucal

ABSTRACT

The advancement of implant dentistry specializing in techniques and techniques has shown improvements in the treatment of aesthetic and functional rehabilitation of patients. However, there are still causes that lead to failure of implant treatment, including the patient's systemic condition, treatment habits and planning. During the research, there are articles that demonstrate the importance of a multidisciplinary team to work together on the best treatment options for the patient, within the definitions of each case. The study aims to export a clinical case, where a patient presents implants that were left without following the planning principles, suggesting some failures that may occur during treatment or treatment for those who perform this failure and, consequently, after use of the implants.

KEYWORDS: Dental Implants, Treatment Failure and Mouth Rehabilitation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Imagem intra oral, vista frontal.....	11
FIGURA 2 - Incisão.....	11
FIGURA 3 - Descolamento dos tecidos	12
FIGURA 4 - Retalho rebatido	12
FIGURA 5 - Remoção manual do implante com auxílio do retriever	12
FIGURA 6 - Remoção do implante em região do 41.....	12
FIGURA 7 - Houve solda fria durante a remoção do primeiro implante.....	12
FIGURA 8 - Adaptação do instrumental manual para a remoção do segundo implante.....	12
FIGURA 9 - Remoção do segundo implante.....	13
FIGURA 10 - Sutura.....	12
FIGURA 11 - Distância de dentes para implantes e distância interimplantes.....	14
FIGURA 12 - Radiografia periapical dos implantes na região do 41 e 42.....	15
FIGURA 13 - Corte tomográfico vista frontal.....	17
FIGURA 14 - Corte tomográfico, vista oclusal, evidenciando o espaço protético a ser reabilitado.....	17
FIGURA 15 - Implante de plataforma regular suportando.....	17

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. RELATO DE CASO CLÍNICO	10
3. SEQUÊNCIA CIRÚRGICA.....	11
4. DISCUSSÃO	14
5. CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

Desde os primórdios sempre notou-se que a ausência de um ou mais dentes estaria relacionado a problemas estéticos e funcionais, essas perdas acarretariam problemas ao indivíduo e também para a sua saúde de modo geral, como dificuldades de mastigação e de fonética. (AMOROSO *et al.*,2012)

As áreas médicas como um todo vem a anos buscando melhorias das técnicas e aperfeiçoamento dos materiais utilizados, com a implantodontia não foi diferente, no início, a fim de promover a osseointegração vários autores produziram implantes, com formas e materiais variados, dentre eles estavam o ouro, a porcelana, a platina, o alumínio, prata, cobre, aço, níquel entre outros. Porém, a maioria desses implantes sofriam corrosão, não suportavam as cargas mastigatórias, sendo a principal desvantagem a não biocompatibilidade dos materiais. (FAVERANI *et al.*,2011; SOUZA 2018)

Somente em 1969 foram publicados estudos por Branemark que comprovaram as melhores propriedades físicas e biológicas dos implantes de titânio, desenvolvidos por ele, promovendo assim essa osseointegração e a reabilitação de áreas edêntulas. (SOUZA 2018; FAVERANI *et al.*,2011)

Com o aperfeiçoamento desses implantes, eles passaram a apresentar um tratamento de superfície, na qual permitiu reabilitar pacientes com perdas totais ou com alguma ausência dentária, diminuindo os transtornos que antes os implantes iniciais e as próteses removíveis apresentavam.(FAVERANI *et al.*,2011)

A partir dessa nova descoberta houve uma queda considerável nas taxas de insucessos dos casos, devido a não osseointegração dos implantes. Todavia o que ainda está ligado à essas falhas é: a condição sistêmica do paciente, o tabagismo, técnica cirúrgica inadequada, trauma mecânico, infecção bacteriana, uso incorretos de medicamentos, atividades parafuncionais, sobrecarga oclusal e o planejamento inadequado. (FRACIO *et al.*,2008 ; DE AGUIAR *et al.*,2007; DO AMORIM *et al.*, 2019; RAMALHO-FERREIRA *et al.*,2010)

Vários estudos mostram que para ter sucesso no tratamento reabilitador na implantodontia, faz-se necessária a participação do cirurgião e do prótesista, a fim de planejar o tipo de prótese, bem como a quantidade e a disposição dos implantes no leito ósseo (AMOROSO *et al.*,2012 ; ALVES *et al.*, 2017). Assim elaborando um

planejamento adequado, promovendo a distribuição de forças mastigatórias e com isso favorecendo uma longevidade no tratamento proposto. (ALVES *et al.*, 2017; SOUZA 2018)

Na odontologia, o que há de mais moderno é a utilização de guias cirúrgicos projetados com base em modelos protótipados, ele permite a duplicação de estruturas anatômicas em escala real, reduzindo o risco de falhas no procedimento, o tempo cirúrgico, minimizando também a agressão aos tecidos circundantes e diminuindo o risco de infecções no local. (TENÓRIO *et al.*,2015)

Esse estudo, tem o intuito de relatar o caso clínico de uma paciente, que apresentava implantes já instalados, porém, sem condições de reabilitação devido ao mal posicionamentos dos mesmos, evidenciando a importância da sequência cirúrgica e do planejamento reverso.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente MCCMS, 58 anos, compareceu a clínica do Instituto do Pós Saúde desejando reabilitar com coroas, os implantes que já haviam sido instalados. Todavia queixava-se de dores em um dos implantes. Na consulta inicial foi feita a anamnese, o exame intrabucal (Figura 1) e foi solicitado tomografia computadorizada da mandíbula para avaliar a osseointegração e a disposição desses implantes.

Em um segundo momento, a paciente retornou com os exames de imagem para serem avaliados. Nos cortes tomográficos apresentavam dois implantes instalados na região dos elementos 41 e 42, eles apresentavam-se dispostos no leito ósseo sem a presença de paralelismos, com espiras expostas e um dos implantes encontrava-se em íntimo contato com a raiz do elemento 31.

O planejamento foi dividido por fases: a primeira fase, consistiria na remoção dos implantes, para que no segundo momento, fosse realizado 3 meses após a remoção dos implantes, aonde iríamos avaliar a tomografia atualizada e assim verificar se teriam condições de ser instalados novos implantes em posições favoráveis e assim pudesse ser feito a reabilitação da região.

Foi administrado medicação pré-operatória 1 hora antes do procedimento; as medições utilizadas foram, amoxicilina 500mg (dose profilática-1g) e dexametasona 4mg (dose profilática-8mg).

No procedimento cirúrgico foi administrado anestésico com vasoconstritor (articaína 4% 1: 100.000 epinefrina), a técnica anestésica realizada foi apenas infiltrativa na vestibular e na lingual dos elementos. Após a anestesia o feito a incisão intra sulcular do tipo Neumann modificada, com relaxantes na mesial do elemento 43 para a distal do elemento 32, efetuando o descolamento dos tecidos para ser rebatido o retalho (Figura 3), favorecendo a visualização do leito ósseo e dos implantes em questão (Figura 4).

Iniciamos com a remoção do primeiro implante, na região do 41, como havia proximidade com a raiz do dente vizinho, optamos pela remoção manual com o auxílio do "*retriever*" para preservar osso ao redor.

Instalamos o "*retriever*" na catraca, o adaptamos no implante e com movimento anti-horário promovendo assim o contra torque do implante no tecido ósseo (Figura 5), esse movimento foi repetido até que o implante estivesse completamente fora da aloja óssea (Figura 6).

Durante a remoção do primeiro implante, houve uma solda fria entre o implante e o "retriever", para tentar remover esse implante do instrumental, utilizamos a broca do tipo Z-crya e peça de alta rotação para efetuar uma pequena canaleta no implante, promovendo a fim de promover uma folga e assim conseguir desadaptar o implante do "retriever" (Figura 7).

Após removido o implante do instrumental, passamos para adaptação e remoção do segundo implante, executando novamente os mesmos movimentos realizado anteriormente (Figura 8 e 9).

Após a remoção dos implante foi feito a sutura com pontos simples (Figura 10), prescrito medicações para o pós operatório. A paciente ficou a base de antibiótico, Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 horas durantes 7 dias, anti-inflamatório Nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas por 03 dias e analgésico Dipirona Sódica 500mg a cada 06 horas durante as primeiras 24 horas.

Foram dadas as orientações de higienização do local , as orientações quanto ao tipo de alimentação e solicitado repouso nos primeiros 3 dias. A paciente foi instruída de retornar com 15 dias para à retirada dos pontos e avaliação do local operado.

3 SEQUÊNCIA CIRÚRGICA

FIGURA 1: Imagem intra oral, vista frontal. FIGURA 2: Incisão.



Fonte: Acervo pessoal



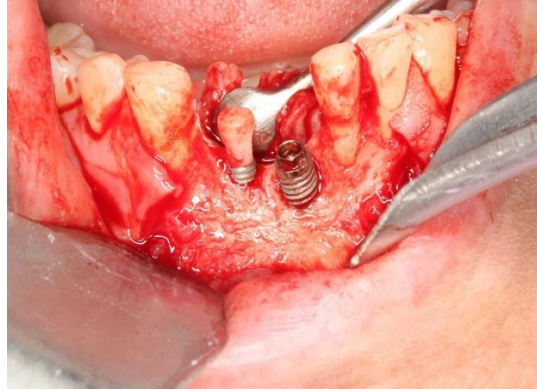
Fonte: Acervo pessoal

Figura 3: Descolamento dos tecidos



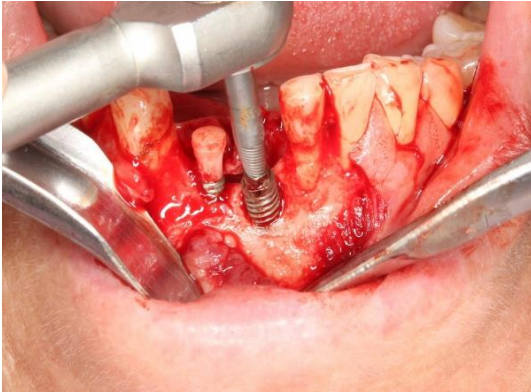
Fonte: Acervo pessoal

Figura 4: Retalho rebatido e exposição dos implantes



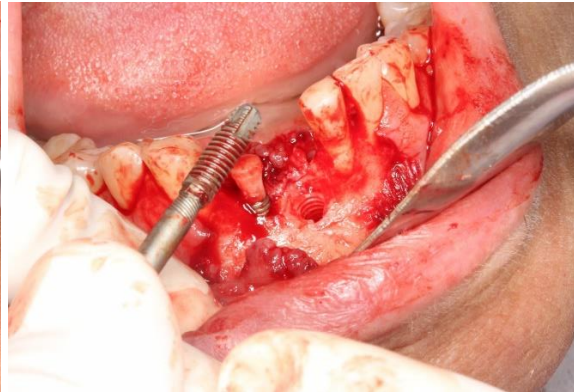
Fonte: Acervo pessoal

Figura 5: Remoção manual do implante com auxílio do retriever



Fonte: Acervo pessoal

Figura 6: Remoção do implante em região do 41.



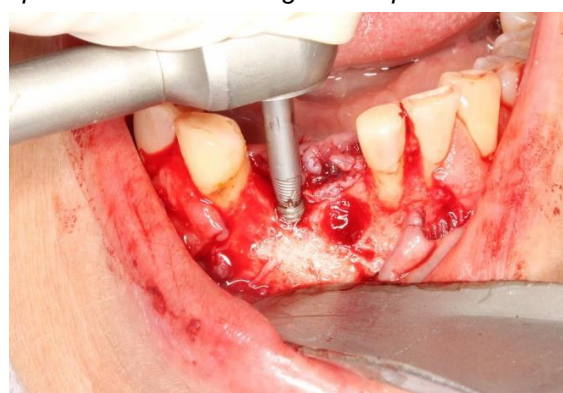
Fonte: Acervo pessoal

Figura 7: Houve solda fria durante a remoção do primeiro implante.



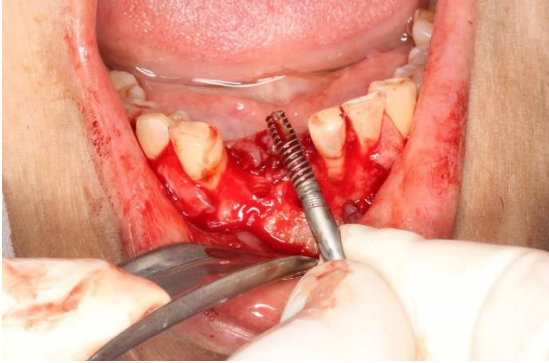
Fonte: Acervo pessoal

Figura 8: Adaptação do instrumental manual para a remoção do segundo implante



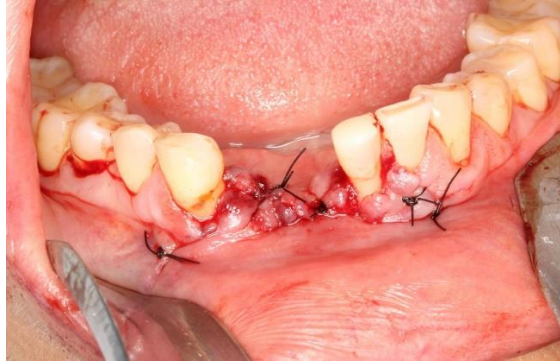
Fonte: Acervo pessoal

Figura 9: Remoção do segundo implante.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 10: Sutura



Fonte: Acervo pessoal

4 DISCUSSÃO

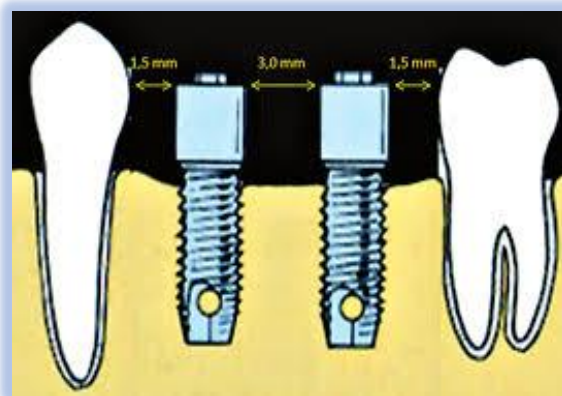
O tratamento com implantes se tornou uma modalidade terapêutica bem aceita, no que se refere a reabilitação de pacientes edêntulos , devido sua previsibilidade de resultados, além de restabelecer a estética e a função do local, devolvendo assim a autoestima para o paciente.(OLIVEIRA *et al.*,2012)

O tratamento proposto, parte do princípio de elaborar um planejamento prévio iniciado pela prótese, para que assim possa ser executado o procedimento cirúrgico com eficiência, identificando fatores decisivos para execução, tais como, o tamanho do implante, o tipo e o números de implantes a serem instalados.(BIANCHINI 2010)

Faz-se necessário a instalação dos implantes em uma posição ideal (ALVES *et al.*, 2017), principalmente se tratando de reabilitações unitárias anteriores, aonde preservar as estruturas nobres, manter uma distância mínimas dos elementos presentes, é de suma importância.(PEREDO-PAZ ; NIGRO ,2014)

Segundo Misch (2006), implantes unitários devem ser inseridos com uma distância mínima de 1,5 mm a 2,0 mm de distância dos dentes adjacentes e o espaço interimplantar deve apresentar uma distância mínima de 3mm (Figura 11) , para reduzir os riscos de erros cirúrgico . (MISCH 2006 , PEREIRA 2012)

Figura 11: Distância de dentes para implantes e distância interimplantes



Fonte: Pereira 2012

Figura 12: Radiografia periapical dos implantes na região do 41 e 42



Fonte: Acervo pessoal

Na imagem acima, os implantes não apresentavam essa distância mínima relatada pelos autores, podendo esse, ser um dos fatores que levava a paciente a relatar dor e desconforto no local. Devido a não preservação do espaço biológico e a proximidade com a raiz do dente 31, esses fatores acabaram favorecendo o insucesso do caso em questão.

Para que o profissional possa conseguir melhores resultados, o cirurgião deveria ter adotado meios de minimizar erros de posicionamento, fazendo o uso de guia cirúrgico. Esse instrumento serve para orientar o operador a instalar os implantes em um local pré-determinado sem que o mesmo possa ser influenciado por fatores externos. (AMOROSO *et al.*, 2012 ; DO AMORIM *et al.*, 2019; CARVALHO *et al.*, 2006)

Esse guia cirúrgico, além de importante ferramenta para o posicionamento correto das perfurações, busca sempre uma boa relação da prótese com o implante e em casos unitários, uma boa relação com os dentes vizinhos. (BIANCHINI 2010; HOMI 2010)

É fundamental no que se refere aos princípios biológicos da osséointegração, a preservação dos tecidos peri-implantares, pois, se houver uma inflamação desses tecidos, poderá acarretar problemas ao osso circundante, promovendo assim uma reabsorção, conseqüentemente uma recessão gengival e em alguns casos pode desencadear a exposição de espiras do implante. (ELERATI 2009)

Outro ponto que deve-se levar em consideração durante o planejamento , é o tipo de tecido gengival do paciente, avaliando assim seu fenótipo. (PEREDO-PAZ, NIGRO 2014) Em casos que o paciente apresenta o biótipo fino, pode-se adotar

meios, como a cirurgia periodontal reconstrutiva para modificar esse biótipo fino em espesso, aumentando a previsibilidade dos resultados no tratamento.(KAHN *et al.*,2013)

Alguns autores mostraram a importância da presença de gengiva ceratinizada para a manutenção da saúde periodontal.(GOMES *et al.*,2008; HOMI 2010) Fazendo-se necessário a presença de uma faixa de 2mm (quantidade mínima) de gengiva ceratinizada para uma adequada manutenção da saúde gengival, todavia, se não houver essa quantidade mínima ao redor do implante, a musculatura bucal promoverá tensões no tecido peri-implantar descolando a margem gengival e promovendo a invasão bacteriana. O que geraria uma inflamação no local, resultando na perda tecidual ao redor do implante.(CUNHA *et al.*, 2013; ARAÚJO 2018)

O protocolo adotado para resolução do caso seguiu os princípios de Da SILVA(2005), segundo ele somente optasse pela remoção de implantes mal posicionados, se anteriormente já se usou componentes angulados e mesmo assim não conseguiu realizar a confecção do trabalho protético, ou se a utilização desses elementos forem inviáveis.

Como pode ser visualizado na figura 4 os implantes não estão paralelos entre si, nem entre os dentes vizinhos, o implante do elemento 41 se encontra a frente do elemento 31 e levemente inclinado para distal o que acaba inviabilizando a reabilitação protética. Quando se planeja a instalação de implantes deve-se ter em mente os três planos espaciais (mesiodistal, vestibulolingual e o apico coronal) e na medida do possível tentar segui-los. (HOMI 2010; BIANCHINI 2010)

Outro fator que pode ter induzido o erro durante o procedimento cirúrgico foi a falta de espaço para reabilitar a região (Figura 14). O espaço disponível para a inserção dos implantes, era de 10,67mm, com base no planejamento adequado, se fosse obedecido a distância de 1,5 mm entre os dentes vizinhos e a distância entre os implante de 3 mm, geraria uma soma de 6mm, restando apenas um espaço de 4,67mm, sendo assim, não possuía espaço para a instalação de dois implantes nessa região.

Figura 13: Corte tomográfico vista frontal.



Fonte: Acervo pessoal

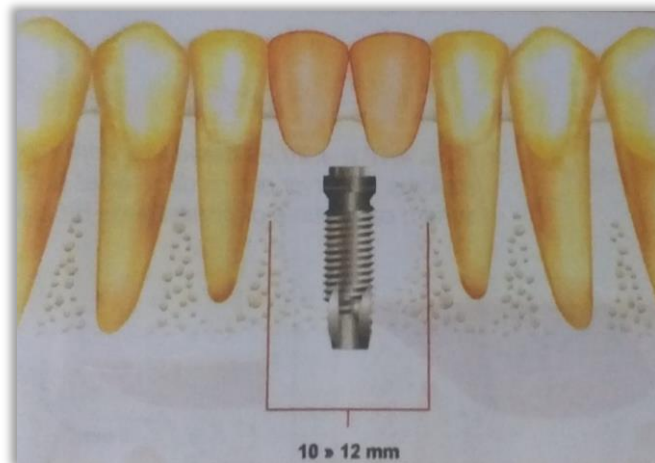
Figura 14: Corte tomográfico, vista oclusal, evidenciando o espaço protético a ser reabilitado.



Fonte: Acervo pessoal

Geralmente quando se trata de reabilitações de incisivos inferiores o espaço protético tende a ser reduzido, pensando nisso, Bianchini (2010) sugere que seja realizado a instalação de apenas um implante e sobre ele, seja instalado duas coroas (Figura 15). Todavia esse tipo de procedimento só é indicado se não for comprometer a estética.

Figura 15: Implante de plataforma regular suportando.



Fonte: BIANCHINI 2010

5 CONCLUSÃO

Com bases nos artigos consultados, chegamos a conclusão que o planejamento cirúrgico e protético, é de extrema importância para o sucesso estético e funcional de uma prótese implantossuportada.

Provavelmente no caso relatado , houveram algumas falhas de planejamento e essas, conseqüentemente levaram a falhas na execução do tratamento, desencadenado o quadro apresentado.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Lidya Nara Marques de. **Efeito do condicionamento tecidual peri-implantar durante reabilitação unitária com coroa temporária implantossuportada em região estética**. 2018. Dissertação de Mestrado. Brasil.
- ALVES, Luciana Mara Negrão et al. Complicações em Implantodontia: revisão de literatura. **Journal of Orofacial Investigation**, 2017, p. 20-29, v. 4, n.1.
- AMOROSO, Andressa Paschoal et al. Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, 2012, p. 75-79, v.33, n.2.
- BIANCHINI, Marco Aurélio. **O passo a passo cirúrgico na Implantodontia: da instalação à prótese**. Grupo Gen-Livraria Santos Editora, 2ª reimpressão, Rio de Janeiro, 2010, 364p.
- CARVALHO, Niara Branco et al. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. **Rev Cirurg Traumatol Buco-Maxilo-Fac**, 2006, p. 17-22, v. 6, n. 4.
- CUNHA, Fabiano Araújo et al. **A importância do fenótipo periodontal para a implantodontia**. **Perionews**, v. 7, n. 3, p. 249-255, 2013.
- DO AMORIM, Adriana Vanderlei et al. Implantodontia: Histórico, evolução e atualidades/Implantology: History, Evolution and News. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, 2019, p. 36-48, v. 13, n. 45.
- DA SILVA, Luiz Carlos Ferreira et al. **Reposição cirúrgico-ortopédica de implante mal posicionado: relato de caso**, 2005, p. 118-124, v 10 , n 3.
- DE AGUIAR, Rogério Coelho et al. Fratura de implante dentário: relato de caso clínico. **Stomatós**, 2007, p. 37-44, v.13, n.24.
- ELERATI, Euro Luiz; KAHN, S. A importância da mucosa ceratinizada na área periimplantar. **R. Periodontia**, 2009, p. 71-7, v. 19, n. 2.
- FRANCIO, Leonardo et al. Tratamento da periimplantite: revisão da literatura. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, 2008, p. 75-81 v. 5, n.2.
- FAVERANI, Leonardo Perez et al. Implantes osseointegrados: evolução e sucesso. **Salusvita**, 2011, p. 47-58 v. 30, n. 1.
- GOMES, Érica Alves et al. Aspectos clínicos relevantes no planejamento cirúrgico-protético em implantodontia. **Salusvita**, Bauru, v. 27, n. 1, p. 111-124, 2008.
- HOMI, Elizabeth Akemi. **Fatores de risco estéticos em implantes unitários anteriores**. 2010.
- KAHN, Sérgio et al. Influência do biótipo periodontal na Implantodontia e na Ortodontia. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 70, n. 1, p. 40, 2013.
- MISCH, Carl E. **Prótese Sobre Implante**. 1ª edição. Editora Santos, 2006. 626 p.
- OLIVEIRA, Guilherme Henrique Costa et al. **Enxerto conjuntivo subepitelial como solução estética para perda óssea alveolar vestibular**, 2012, p. 165-170, v.6 n.2.

PEREDO-PAZ, Luis Guillermo; NIGRO, Frederico. **Implantes em Regiões Estéticas: Implantes Imediatos, Manutenção e Manipulação dos Tecidos Duros e Moles**, 1ª edição, editora Napoleão, 2014. 376p.

PEREIRA, Jefferson Ricardo. **Prótese Sobre Implante**. 1ª edição . Editora Artes Médicas, 2012, 304p.

PEREIRA, Rodolfo Auad; DA SILVA SIQUEIRA, Lyncoln; ROMEIRO, Rogério De Lima. **CIRURGIA GUIADA EM IMPLANTODONTIA: RELATO DE CASO**. Revista Ciência e Saúde On-line, v. 4, n. 1, 2019.

RAMALHO-FERREIRA, Gabriel et al. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. **Revista Odontológica de Araçatuba**, 2010, p. 51-55.

SOUZA, Fabiano Clementino Alves de. **Avaliação, do ponto de vista cirúrgico e protético, do sucesso de reabilitações implantossuportadas: um estudo piloto**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TENÓRIO, Jefferson da Rocha et al. Prototipagem e cirurgia guiada em implantodontia: revisão de literatura. **RFO UPF**, 2015, p. 110-114, v. 20, n. 1.