

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Mauro Arvelino Rodrigues

**CARGA IMEDIATA EM PRÓTESE HÍBRIDA BIMAXILAR:
Relato de Caso**

PORTO VELHO
2022

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Mauro Arvelino Rodrigues

CARGA IMEDIATA EM PRÓTESE HÍBRIDA BIMAXILAR:

Relato de Caso

Artigo Científico apresentado ao Curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Área de Concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. MSc. Bruno Costa
Martins de Sá

Co-orientador: Prof. Esp. Maicon
Mascarenhas

PORTO VELHO

2022



Monografia intitulada "**Carga Imediata em Prótese Híbrida Bimaxilar: Relato de Caso**" de autoria do aluno **Mauro Arvelino Rodrigues**.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Tarcio Hiroshi Ishimine Skiba

Prof. MSc. Bruno Costa Martins de Sá - ILAPEO

Profa. Esp. Juliana Pinheiro Scheidt Porto - FACSETE

Porto Velho, 22 de Abril de 2022.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Sete Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus por ter segurado minha mão e conduzido meus passos até mais essa vitória.

À Família pelo incentivo e apoio para vencer mais uma etapa na minha carreira profissional.

A todos os professores do Grupo de Especialização FACSETE e colegas de turma, pelo convívio ao longo do Curso de Implantodontia.

Ao Grupo de Reabilitação Oral Implantossuportada (GROIS) e a todos os colaboradores.

Aos pacientes que atenciosamente esperaram pelo meu atendimento.

A todos que contribuíram de alguma maneira com o meu êxito profissional.

CARGA IMEDIATA EM PRÓTESE HÍBRIDA BIMAXILAR:

Relato de Caso

Resumo: Atualmente as reabilitações orais através de implantes são reportadas como as melhores formas de tratamentos em regiões que apresentam perdas dentais, proporcionando a otimização e previsibilidade dos resultados. A especialidade da Implantodontia moderna vem proporcionando formas de uma reabilitação bucal mais rápida e de qualidade, por meio do aprimoramento das técnicas cirúrgicas, protéticas e do aperfeiçoamento do diagnóstico clínico. Dessa maneira, a reabilitação de pacientes edêntulos totais ou parciais pode ser realizado por meio de carga Imediata reduzindo o tempo de tratamento. Contudo, a técnica de prótese híbrida com carga imediata dependerá das condições gerais de saúde, sistêmica e estrutura óssea estável do paciente. Portanto, conclui-se que a prótese híbrida de carga imediata poderá ser uma excelente alternativa reunindo fatores locais e sistêmicos.

Palavra-Chave: Implantes dentários. Prótese Híbrida, Carga Imediata em implantes dentários.

IMMEDIATE LOADING IN HYBRID BIMAXILLARY PROSTHESIS:

Case Report

Abstract: Currently, oral rehabilitations using implants are reported to be the best forms of treatment in regions that present tooth loss, providing optimization and predictability of results. The modern Implant Dentistry specialty has been providing faster and better quality oral rehabilitation through the improvement of surgical and prosthetic techniques, as well as better clinical diagnosis. In this way, the rehabilitation of edentulous patients, whether totally or partially edentulous, can be carried out by means of immediate loading, thereby reducing treatment time. However, the technique of hybrid prosthesis with immediate loading will depend on the general health conditions, systemic and stable bone structure of the patient. Therefore, it is concluded that the immediate loading hybrid prosthesis could be an excellent alternative bringing together local and systemic factors.

Keywords: Dental implants. Hybrid prosthesis, Immediate loading on dental implants.

INTRODUÇÃO

A cada dia vem sendo utilizadas técnicas de Implantes menos traumáticas e mais rápidas. Com isso, a reabilitação através da carga imediata possibilitou a previsibilidade dos procedimentos eliminando algumas das etapas cirúrgicas.

A implantodontia tem possibilitado formas de reabilitação em pacientes edêntulos, quer sejam parciais ou totais permitindo um tratamento altamente previsível quanto ao processo de osseointegração que é definida como união direta, estável e funcional entre o osso vivo e uma superfície de titânio ¹⁻⁵.

Esse fenômeno ocorre após a inserção de uma peça de titânio dentro do osso e a migração das células ósseas para a superfície desse metal, permitindo assim o crescimento ósseo ao redor do mesmo, estando em contato íntimo entre o osso e Implante ¹⁻⁵.

Dessa forma, a reabilitação oral por meio de Implantes dentários é considerada o padrão ouro, gerando melhores prognósticos a longo prazo em comparação com o desempenho insatisfatório das próteses convencionais. Além disso, tendo em vista a possibilidade de uma carga imediata algumas horas após a cirurgia de implante, os aspectos psicológicos envolvidos na perda dental são fatores que ampliam a indicação deste tratamento reabilitador. Ademais, o tempo de cicatrização sugerido por Bränemark, *et al.* (1977) não é mais considerado um pré-requisito fundamental para a osseointegração, o que reduz o tempo de tratamento ^{1, 6}.

Logo, a prótese convencional determina uma espera de 3 a 6 meses para a osseointegração e nesse período os pacientes permanecem com os implantes submersos ou podendo utilizar próteses provisórias, fixas ou removíveis. No entanto, a necessidade de agilidade e redução do tempo de tratamento, possibilitou que o tempo de espera para a cicatrização fosse reduzido ou até mesmo eliminado. Portanto, este conceito está ancorado na carga imediata definida como uma carga sobre os implantes imediatamente colocada no ato cirúrgico ou após algumas horas ²⁻⁴.

Por conseguinte, a prótese híbrida de carga imediata foi desenvolvida para o tratamento de pacientes edêntulos totais, com o objetivo de melhorar o seu conforto por meio da obtenção de função mastigatória e estética imediata ³⁻⁸. Essa técnica permite a vantagem de os pacientes receberem as próteses em até 72 horas após a

instalação dos Implantes, restabelecendo sua função e estética.

Exemplificando, na década de 1970, Ledermann (1979) introduziu a técnica de imobilização imediata e carregamento de 4 Implantes em mandíbula edêntula com uma sobre dentadura sustentada por barra. Com a splintage dos implantes conseguiu-se impedir a micro movimentação permitindo que a cicatrização e osseointegração ocorressem de forma eficaz sob condições de Carga Imediata⁷.

Isto posto, o objetivo dessa pesquisa foi relatar um caso clínico de carga imediata em prótese híbrida bimaxilar, abordando o passo a passo do procedimento.

RELATO DE CASO

Paciente H.D.V, gênero masculino, 51 anos, com queixa de insatisfação com as próteses totais removíveis procurou a Clínica de Especialização em Implantodontia com a necessidade de realizar tratamento reabilitador através da utilização de implantes dentários para a confecção de prótese híbrida bimaxilar. Na anamnese, o paciente relatou ter boa condição de saúde, não fazer uso de medicamentos e não possuir condição sistêmica que impedisse o tratamento.

Após anamnese, avaliação clínica e tomográfica foi elaborado o planejamento reverso do caso, seguindo os passos essenciais para o sucesso do tratamento. Prévio à cirurgia de instalação dos Implantes, moldou-se os arcos edentados com Alginato *JELTRATE PLUS* (*DENTSPLY* Indústria e Comércio Ltda, Pirassununga – Brasil), em seguida vazamento dos moldes em gesso tipo IV *DURONE* (*ELER & DUARTE* Indústria e Comércio de Produtos Odontológicos Ltda Me, Camanducaia – Minas Gerais - Brasil).

No laboratório confeccionou-se as bases de prova em resina acrílica autopolimerizável *VIPIFLASH* (*VIPI* Indústria, Comércio, Exportação e Importação de Produtos Odontológicos Ltda, Pirassununga – São Paulo – Brasil) com rolete de cera 7 (*ASFER* Indústria Química Ltda, São Caetano Do Sul – São Paulo - Brasil) para obtenção da relação intermaxilar, bem como, obter linha de sorriso, linha mediana, corredor bucal e também, fazer a escolha dos dentes, sendo, tamanho R66 anterior superior e M5 posterior superior na cor 2A *TRILUX* (*VIPI* Indústria, Comércio, Exportação e Importação de Produtos Odontológicos Ltda, Pirassununga – São Paulo

– Brasil) para a prótese maxilar e para a prótese mandibular o tamanho escolhido foi L5 anterior inferior e M5 posterior inferior na cor 2A *TRILUX* (*VIPI Indústria, Comércio, Exportação e Importação de Produtos Odontológicos Ltda, Pirassununga – São Paulo – Brasil*), no seguimento foi realizado a montagem dos dentes em cera 7 (*ASFER Indústria Química Ltda, São Caetano Do Sul – São Paulo - Brasil*) para prova estética e análise oclusal das novas próteses em boca.

Após aprovação da estética pelo paciente as novas próteses foram enviadas ao laboratório de próteses dentárias para confeccionar os guias cirúrgicos em resina acrílica autopolimerizável *VIPIFLASH* (*VIPI Indústria, Comércio, Exportação e Importação de Produtos Odontológicos Ltda, Pirassununga – São Paulo – Brasil*) incolor. Nesta etapa do tratamento foi realizada a cirurgia de instalação dos Implantes em mandíbula.

Previamente à cirurgia foi feito uso de terapia medicamentosa com 02 cápsula de Amoxil 500mg (*GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil*), 01 comprimido de Decadron 4mg (*ACHÉ, Guarulhos – Brasil*). Todos ingeridos 01 hora antes da cirurgia.

Foi realizada a desinfecção do guia cirúrgico com imersão em solução de Digluconato de Clorexidina 0,12% (*RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil*) por 20 minutos. No ato cirúrgico, realizou-se a antissepsia intraoral com Digluconato de Clorexidina 0,12% (*RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil*) e extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (*RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil*). Na sequência, realizou o bloqueio bilateral do nervo alveolar inferior na técnica de 3 posições e do nervo mentoniano e infiltrativas na região intramentoniano com o anestésico Cloridrato de Articaína 4% com Epinefrina 1:100.000 (*DFL, Rio de Janeiro – Brasil*), em um total de 6 tubetes.

Após a anestesia foi feito um retalho em envelope na região entre os elementos 35 a 45 com lâmina de bisturi nº 15C (*ASSUS, São Paulo – Brasil*) e foi posicionado o guia cirúrgico para fresagem dos alvéolos cirúrgicos.

Para instrumentação foi utilizado o Kit Cirúrgico da Implacil (*IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil*). Com a Fresa Lança (*IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil*) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante fez-se o rompimento da cortical óssea na região dos elementos 34 e 44 com margem de segurança de 2 mm do nervo mentoniano, a seguir foi utilizado o Túnel *Check* sem calibre (*IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil*) para verificar a direção e posição dos alvéolos cirúrgicos.

Com a Fresa 2.0 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, fez-se a perfuração óssea com profundidade de 15mm, feito isso. Foi utilizado o Túnel *Check* com calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a angulação e o paralelismo, a seguir foi utilizada a Fresa Cônica de 3.5mm x 13mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, até a marcação de cor verde somando 15mm de profundidade.

Na região entre os elementos 31/41 e dos elementos 33 e 43 foi utilizada a Fresa Lança (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante para fazer o rompimento da cortical óssea, a seguir foi utilizado o Túnel *Check* sem calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a direção e posição dos alvéolos cirúrgicos, feito isso. Com a Fresa 2.0 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, fez-se a perfuração óssea com profundidade de 15mm, a seguir foi utilizado o Túnel *Check* com calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a angulação e o paralelismo, feito isso. Foi utilizada a Fresa Cônica de 3.5mm x 13mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, até a marcação de cor verde somando 15mm de profundidade, feito isso. Foi removido o guia cirúrgico para instalação dos implantes.

Seguindo, foi utilizado a Chave Motor – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 24 RPM sem uso de irrigação para instalação dos implantes de 3.5mm x 13mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) na região dos elementos 34 e 44 a nível ósseo, feito isso. Foi utilizado o Torquímetro e Chave Catraca – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção do implante a 2 mm intraósseo e checagem final do implante, sendo que: na região do elemento 34 o torque alcançado foi de 50 Newtons (NCM) e na região do elemento 44 o torque alcançado foi de 55 Newtons (NCM).

Na região entre os elementos 31/41 foi utilizado a Chave Motor – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 24 RPM sem uso de irrigação para instalação do implante de 3.5mm x 13mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) a nível ósseo, feito isso. Foi utilizado o Torquímetro e Chave

Catraca – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção do implante a 2 mm intraósseo e checagem final do implante alcançando um torque de 45 Newtons (NCM). Na região dos elementos 33 e 43 foi utilizado a Chave Motor – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 24 RPM sem uso de irrigação para instalação dos implantes de 3.5mm x 13mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) a nível ósseo, feito isso. Foi utilizado o Torquímetro e Chave Catraca – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção dos implantes a 2 mm intraósseo e checagem final do implante, sendo que: na região do elemento 33 o torque alcançado foi de 50 Newtons (NCM) e na região do elemento 43 o torque alcançado foi de 45 Newtons (NCM).

Os implantes obtiveram estabilidade primária satisfatória e boa distribuição na arcada dentária, seguido da instalação de Mini Cônicos 4.8 mm x 2.5 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com torque de 20 Newtons (NCM). Realizou-se a sutura com pontos simples e fio Nylon 5/0 (PROCARE, HUALAN JIANGSU – China). Seguindo o protocolo da carga imediata, imediatamente os transferes de moldeira aberta (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) foram parafusados sob os mini cônicos e unidos com resina acrílica autopolimerizável *Duraley PATTERN RESIN* (GC AMERICA INC. ALSIP - JAPAN) para união estável dos mesmos.

A seguir adaptou-se o guia cirúrgico e checkou-se a oclusão, seguido da moldagem com silicone de adição VIRTUAL (IVOCLAR VIVADENT AG – USA) injetado por dispense manual VIRTUAL (IVOCLAR VIVADENT AG – USA) por pequenos orifícios na região vestibular do guia. Após o tempo de catalização foi removido os parafusos sob os transferes (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) e removido o conjunto (guia cirúrgico – transferes – material de moldagem), na sequência protética foram parafusados os análogos (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) sobre os transferes e o conjunto foi encaminhado ao laboratório de prótese para confecção da barra metálica em metal níquel-cromo *Fitcast-SB Plus* (TALMAX Produtos De Prótese Dentária Ltda, Curitiba – Paraná – Brasil).

No dia seguinte foi realizado a prova da estrutura metálica, na prova avaliou-se a passividade da barra metálica. Imediatamente, enviou-se ao laboratório para montagem dos dentes inferiores sobre implante e acrilização da prótese híbrida e da prótese total superior. No terceiro dia o paciente retornou para instalação das próteses definitivas. As próteses definitivas foram instaladas em 72 horas após a cirurgia sendo: prótese total superior e prótese total inferior sobre implante. As chaminés dos acessos

dos implantes foram seladas com tiras de teflon (TDV Dental Ltda – Pomerode – Santa Catarina - Brasil) e resina composta Z-100 (3M ESPE Dental Produtos – São José do Rio Preto – São Paulo - Brasil), novamente avaliou-se a oclusão e a satisfação do paciente. O paciente foi orientado a retornar após vinte e um dias para remoção da sutura.

No pós-operatório, foram prescritos 35 gotas de Dipirona Monoidratada 500mg/ml (NATULAB LABORATÓRIO S. A., Santo Antônio de Jesus – Brasil) em 6/6 horas por 03 dias; 1 capsula de Amoxil 500mg (GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil) em 8/8 horas por 7 dias e 1 comprimido de Decadron 4mg (ACHÉ, Guarulhos – Brasil) em 24/24 horas por 3 dias.

O paciente recebeu orientações sobre a importância da higienização oral e métodos de escovação. Além das orientações da higiene oral o paciente foi orientado a manutenção anual das próteses.

Após três meses já com o guia cirúrgico confeccionado a cirurgia foi executada em maxila. Inicialmente, foi feito uso de terapia medicamentosa, 02 cápsulas de Amoxil 500mg (GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil), 01 comprimido de Decadron 4mg (ACHÉ, Guarulhos – Brasil). Todos ingeridos 01 hora antes da cirurgia.

Realizou-se a desinfecção do guia cirúrgico com imersão em solução de Digluconato de Clorexidina 0,12% (RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil) por 20 minutos.

No ato cirúrgico, realizou-se antissepsia intraoral com Digluconato de Clorexidina 0,12% (RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil) e extraoral com Digluconato de Clorexidina 2% (RIOQUÍMICA, São José do Rio Preto – Brasil). A anestesia usada nesta fase, também foi Cloridrato de Articaina 4% com Epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro – Brasil) em um total de 6 tubetes, na técnica infiltrava e bloqueios regionais do nervo alveolar superior/posterior, médio/anterior, palatino maior e nasopalatino.

Após a anestesia realizou-se um retalho em envelope com lâmina de bisturi nº 15C (ASSUS, São Paulo – Brasil) em todo o rebordo anterior e na região dos elementos 15 e 25. A seguir foi posicionado o guia cirúrgico para fresagem dos alvéolos cirúrgicos.

Utilizando-se do Kit Cirúrgico da Implacil (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil), seguiu-se com a instrumentação. Respeitando as margens de segurança do seio maxilar a Fresa Lança (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) foi utilizada

para fazer o rompimento da cortical óssea na região dos elementos 14 e 24 com rotação de 980 RPM mantendo o movimento frequente de entrada e saída e irrigação abundante, em seguida foi utilizado o Túnel *Check* sem calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a direção e posição dos alvéolos cirúrgicos, a seguir foi utilizada a Fresa 2.0 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 980 RPM em movimento de entrada e saída e irrigação abundante para fazer a perfuração óssea a 9 mm de profundidade exceto na região do elemento 24 que a profundidade alcançada foi de 8mm, a seguir foi utilizado o Túnel *Check* com calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a angulação e o paralelismo, feito isso.

Foi utilizada a Fresa Cônica 3.5 mm x 7 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída a 980 RPM e irrigação abundante, até a marcação de cor verde que soma 9 mm de profundidade na região do elemento 14, na região do elemento 24 seguindo os mesmos parâmetros a profundidade foi de 8 mm.

Na região dos elementos 11 e 21 fez-se a perfuração da cortical óssea utilizando a Fresa Lança (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 980 RPM em movimentos de entrada e saída e irrigação abundante, foi utilizado o Túnel *Check* sem calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a posição e direção dos alvéolos cirúrgicos, a seguir com a Fresa 2.0 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 980 RPM mantendo o movimento frequente de entrada e saída e irrigação abundante para fazer a perfuração óssea a uma profundidade de 13 mm, foi utilizado o Túnel *Check* com calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a angulação e o paralelismo, feito isso. Foi utilizada a Fresa Cônica 3.5 mm x 11 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, até a marcação de cor verde que soma 13 mm de profundidade.

Na região dos elementos 13 e 23 fez-se a perfuração da cortical óssea com a Fresa Lança (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 980 RPM em movimento de entrada e saída e irrigação abundante, a seguir foi usado o Túnel *Check* sem calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a direção e posição dos alvéolos cirúrgicos, em seguida com a Fresa 2.0 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) em movimento de entrada e saída com rotação de 980 RPM e irrigação abundante, fez-se a perfuração óssea na região do elemento 13

alcançando uma profundidade de 13 mm e na região do elemento 23 a profundidade alcançada foi de 11 mm. Em ambos respeitou-se as margens de segurança do seio maxilar. Foi utilizado o Túnel Check com calibre (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para verificar a angulação e o paralelismo, a seguir foi utilizado na região do elemento 13 a Fresa Cônica 3.5 mm x 11 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 980 RPM em movimento frequente de entrada e saída e irrigação abundante até a marcação de cor verde que soma 13 mm de profundidade e na região do elemento 23 foi utilizado a Fresa Cônica 3.5 mm x 9 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) seguindo os mesmos parâmetros até a marcação de cor verde que soma 11 mm de profundidade. Foi removido o guia cirúrgico para instalação dos implantes.

Prosseguindo, foi utilizada a Chave Motor - Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 24 RPM sem uso de irrigação para instalação dos implantes de 3.5 mm x 7 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) a nível ósseo na região dos elementos 14 e 24, em seguida foi utilizado o Torquímetro e Chave Catraca - Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção dos implantes a 2 mm intraósseo e checagem final, alcançando um torque de 35 Newtons (NCM), exceto na região do elemento 24 com inserção de 1 mm intraósseo e com um torque de 32 Newtons (NCM).

Na região dos elementos 11, 13 e 21 foi utilizada a Chave Motor - Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com rotação de 24 RPM sem uso de irrigação para instalação dos implantes 3.5 mm x 11 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) a nível ósseo, em seguida foi utilizado o Torquímetro e Chave Catraca – Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção dos mesmos a 2 mm intraósseo e checagem final, sendo que: na região do elemento 11 o torque alcançado foi de 35 Newtons (NCM), na região do elemento 13 o torque alcançado foi de 50 Newtons (NCM) e na região do elemento 21 o torque alcançado foi de 50 Newtons (NCM). Na região do elemento 23 seguindo os mesmos parâmetros foi instalado o implante 3.5 mm x 9 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) a nível ósseo, a seguir foi utilizado Torquímetro e Chave Catraca - Implante CM AR (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) para inserção do mesmo a 2 mm intraósseo e checagem final atingindo um torque de 35 Newtons (NCM).

Após os implantes obter estabilidade primária foram instalados os Mini Cônicos

4.8 mm x 2.5 mm (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) com torque de 20 Newtons (NCM), em seguida realizou-se a sutura fio Nylon 5/0 (PROCARE, HUALAN JIANGSU – China) com ponto simples.

De acordo com o protocolo da carga imediata, imediatamente os transferes de moldeira aberta (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) foram parafusados sobre os Mini Cônicos e unidos com resina acrílica autopolimerizável *Duraley PATTERN RESIN* (GC AMERICA INC. ALSIP - JAPAN) para união estável dos mesmos, a seguir adaptou-se o guia cirúrgico e checkou-se a oclusão, seguido da moldagem com silicone de adição *VIRTUAL* (IVOCLAR VIVADENT AG – USA) injetado por dispense manual *VIRTUAL* (IVOCLAR VIVADENT AG – USA) por pequenos orifícios na região vestibular do guia. Após o tempo de catalização foi removido os parafusos sobre os transferes (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) e removido o conjunto (guia cirúrgico – transferes – material de moldagem), na sequência protética foram parafusados os análogos (IMPLACIL DE BORTOLI, São Paulo – Brasil) sobre os transferes e o conjunto foi enviado para o laboratório de prótese para confecção da barra metálica em metal níquel-cromo *Fitcast-SB Plus* (TALMAX Produtos De Prótese Dentária Ltda, Curitiba – Paraná – Brasil).

No dia seguinte foi realizado a prova da estrutura metálica, na prova avaliou-se a passividade da barra metálica. Imediatamente, enviou-se ao laboratório para montagem dos dentes superiores sob implante e acrilização da prótese híbrida. No terceiro dia o paciente retornou para instalação da prótese híbrida total superior sobre implante. As chaminés dos acessos dos implantes foram seladas com tiras de teflon (TDV Dental Ltda – Pomerode – Santa Catarina - Brasil) e resina composta Z-100 (3M ESPE Dental Produtos – São José do Rio Preto – São Paulo - Brasil) novamente avaliou-se a oclusão e a satisfação do paciente. O paciente foi orientado a retornar após vinte e um dias para remoção da sutura.

No pós-operatório, foram prescritos 35 gotas de Dipirona Monoidratada 500mg/ml (NATULAB LABORATÓRIO S. A., Santo Antônio de Jesus – Brasil) em 6/6 horas por 03 dias; 1 capsula de Amoxil 500mg (GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil) em 8/8 horas por 7 dias; 1 comprimido de Decadron 4mg (ACHÉ, Guarulhos – Brasil) em 24/24 horas por 3 dias.

Novamente o paciente recebeu as orientações sobre a importância da higienização oral das próteses e métodos de escovação. Além das orientações da higiene oral o paciente foi orientado a manutenção anual das próteses. Dessa forma,

anualmente ele retorna ao consultório para remoção e limpeza das próteses em laboratório e radiografias para verificar a boa estabilidade dos implantes e condições ósseas, visando a satisfação do paciente e do profissional.

No seguimento de um ano o paciente apresentou excelente estado clínico das próteses. Em relação aos tecidos peri-implantar observou-se excelente estado, com mucosa queratinizada ao redor dos Mini Cônicos. No exame radiográfico durante a manutenção periódica das próteses observou-se sucesso na estabilidade dos implantes.

DISCUSSÃO

A reabilitação de pacientes edêntulos por implantes dentários têm altas taxas de sucesso comprovada por diversos estudos clínicos, principalmente com tendências que permitem a redução do tempo de tratamento e das fases cirúrgicas. Com isso, a reabilitação estética com próteses implantossuportada com carga imediata se tornam uma realidade cada vez mais comum na rotina clínica de diversos profissionais⁶⁻¹¹.

No entanto, um pré-requisito para a instalação de prótese com carga imediata é a estabilidade primária dos implantes, compreendida como um fator primordial para obter sucesso⁴⁻¹². Além disso, as condições de assepsia precisam ser controladas durante a inserção do implante, visto que a contaminação microbiana pode ser prejudicial ao tratamento. Nesse sentido, manter uma boa conversa com o paciente de modo a explicar vantagens e desvantagens e apresentar os riscos e complicações são necessários para uma boa relação paciente-profissional. Nesse relato de caso, apresentou-se ao paciente a descrição da técnica e os possíveis resultados funcionais e estético, logo, o paciente se demonstrou animado em ter a sua reabilitação bucal atendendo as suas expectativas.

Diversos estudos têm demonstrado a importância de se realizar um planejamento reverso como uma técnica que, antes mesmo de se pensar na etapa cirúrgica, busca-se estudar uma correta reabilitação do paciente; o que proporciona previsibilidade ao tratamento quando se planeja a reabilitação protética¹³⁻¹⁴, como utilizada nesse relato de caso.

Em outro ponto, como uma possibilidade de guiar o profissional na instalação

dos Implantes durante as perfurações e auxiliar na moldagem é de extrema importância que se preconize a utilização do guia cirúrgico como um acessório indispensável na implantodontia, visto que pode guiar a posição mais ideal durante ato cirúrgico¹⁵.

Nesse relato de caso, na maxila foram instalados 6 Implantes *Cone Morse AR* e na mandíbula foram instalados 5 Implantes *Cone Morse AR*, onde ambos garantiram a estabilidade e sucesso protético. Corroborando com essa conduta, Eckert, Carr (2004) defenderam a colocação de no mínimo 6 Implantes maxilares para conseguir o sucesso no tratamento e um bom prognóstico à longo prazo, tendo em vista uma boa distribuição de força nas Próteses. Nesse sentido, o sucesso na longevidade da carga imediata depende de planejamento, estabilidade primária dos Implantes, distribuição adequada dos esforços gerados sobre a plataforma oclusal e manutenção provida pelo paciente e pelo cirurgião-dentista¹⁶⁻¹⁷.

Ainda, Ostman (2000) relatou em seu estudo que a carga imediata em reabilitações fixas na mandíbula possuía taxas de sucesso acima de 95%. Corroborando com esse achado, Cochran, Morton, Weber (2004) definiram em seus estudos que a reabilitação fixa mandibular, com no mínimo 5 Implantes na área intra mentoniana, eram bem documentadas e com altas taxas de previsibilidade¹⁸⁻²⁰.

Nesse sentido, a seleção correta da opção reabilitadora, seja ela fixa ou removível, deverá proporcionar o restabelecimento das funções mastigatória, fonética, estética e equilíbrio muscular-articular; sobretudo uma mudança positiva do comportamento do paciente em relação ao cuidado com a saúde bucal. Com isso, o sucesso na longevidade da carga imediata depende do correto planejamento reverso, estabilidade primária dos implantes e distribuição adequada dos esforços gerados sobre a plataforma oclusal, além da manutenção provida pelo paciente e pelo Cirurgião-Dentista¹⁶⁻¹⁷.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos pela metodologia abordada nesse relato de caso pode-se concluir que a prótese híbrida de carga imediata é uma excelente opção quando se reúnem fatores locais e sistêmicos, entretanto, deve ser planejada e

elaborada cuidadosamente, de acordo com as necessidades do paciente.

As Próteses implantossuportada são vantajosas por serem fixas e estáveis, exibindo um alto grau satisfatório com o resultado.

REFERÊNCIAS

1. Brånemark PI, Hansson BO, Adell R, Breine U, Lindström J, Hallén O, et al. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl.* 1977;16:1-132.
2. Buser D, Mericske-Stern R; Dula K; Lang NP. Clinical experience with one-stage, non-submerged dental implants. *Adv Dent Res.* 1999;13:153-61.
3. Cannizzaro G; Leone M. Restoration of partially edentulous patients using dental implants with a micro-textured surface: A prospective comparison of delayed and immediate full occlusal loading. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2003;18:512–522.
4. Avila G, Galindo P, Rios H, Wang HL. Immediate implant loading: current status from the available literature. *Implant Dent.* 2007; 16(3):235-45.
5. Milhomens LP. Carga Imediata em Protocolo Superior Relato de Caso Clínico. 2018. Monografia [Especialização em Implantodontia] – Faculdade ILAPEO. 2018. 43 p.
6. Hinze M, Thalmair T, Bolz W, Wachtel H. Immediate loading of fixed provisional prostheses using four implants for the rehabilitation of the edentulous arch: a prospective clinical study. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2010;25(5):1011-8.
7. Ledermann PD. Stegprothetische Versorgung des zahnlosen Unterkiefers mit Hilfe von Plasma-beschichteten Titans chrauben implantaten. *Dtsch Zahnarztl Z.* 1979;34:907–918.
8. Goiato MC, Bannwart LC, Pesqueira AC, Dos Santos DM, Haddad MF, Santos MR & Castilho. Carga imediata de sobredentaduras: revisão sistemática. *Cirurgia Bucomaxilofacial.* 2013;18:259–264.
9. Nigro F; André LFM, Francischone CE; Francischone J, Eduardo C; Carvalho RS. Carga imediata com sobredentadura, cirurgia sem retalho. *Dental Press Periodontia Implantol.* 2008;4:68-82.
10. Misch CE. Prótese sobre implantes. 2° Ed. São Paulo:GEN Guanabara Koogan. 2006.
11. Carvalho PSR, Pellizer EP. Fundamentos em implantodontia. In: Carvalho PSR, Carvalho MCA (Org.). Fundamentos da osseointegração. 2011;61-64.
12. Van Steenberghe D, Glauser R, Blombäck U, Andersson M, Schutyser F, Pettersson A, Wendelhag I. A computed tomographic scan-derived customized surgical template and fixed prosthesis for flapless surgery and immediate loading of implants in fully edentulous maxillae: a prospective multicenter study. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2005;7:111-20.

13. Bergkvist G, Nilner K, Sahlholm S, Karlsson U, Lindh C. Immediate loading of implants in the edentulous maxilla: use of an interim fixed prosthesis followed by a permanent fixed prosthesis: a 32-month prospective radiological and clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2009;11(1):1-10.
14. Drago C, Carpentieri J. Treatment of maxillary jaws with dental implants: guidelines for treatment. *J Prosthodont*. 2011;20(5):336-47.
15. Eckert SE, Carr AB. sobredentaduras maxilares retidas por implante. *Dent Clin North Am*. 2004;48:585-601.
16. Chen J, Cai M, Yang J, Aldhohrah T, Wang Y. Immediate versus early or conventional loading dental implants with fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Prosthet Dent*. 2019;122(6):516-536.
17. Felix LHP, Teixeira HM, Menezes Filho PFM, Alencar RC, Nascimento ABL. Prótese fixa implantossuportada com carga imediata mandibular: relato de caso clínico. *Archives of Health Investigation*, 2018;7.
18. Ostman P. Immediate loading of dental implants. Clinical documentation and presentation of treatment concept. *Periodontology*. 2000;47:90-112.
19. Cochran DL, Morton D, Weber HP. Consensus treatments and recommended clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. *Int J oral Maxillofac Implants*. 2004;19:109-113.
20. Gustavo F D. et. al. Prosthetic solution for fixed full-arch maxillary prosthesis with implant divergent parallelism greater than 45°. A case report. *Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 2019;21(2):62-64.