

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Silvana Helena Bonin

EPÍTESE GENGIVAL ASSOCIADA À PRÓTESE
PROTOCOLO COMO ALTERNATIVA NÃO CIRÚRGICA PARA
REABILITAR MAXILA ATRÉSICA COM PERDA DE SUPORTE
LABIAL

São Paulo-SP
2016

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Silvana Helena Bonin

EPÍTESE GENGIVAL ASSOCIADA À PRÓTESE
PROTOCOLO COMO ALTERNATIVA NÃO CIRÚRGICA PARA
REABILITAR MAXILA ATRÉSICA COM PERDA DE SUPORTE
LABIAL

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu Faculdade Sete Lagoas - Facsete – São Paulo – SP como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista.

Área de Concentração: Implantodontia.

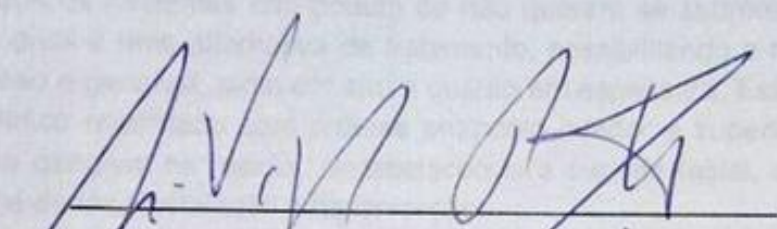
Orientador: Prof. Dr. José Virgílio de Paula Eduardo.

Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo Sabbag Abla

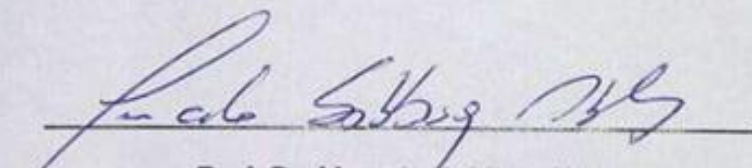
São Paulo-SP
2016

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

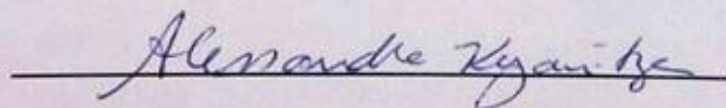
Monografia intitulada "EPÍTESE GENGIVAL ASSOCIADA À PRÓTESE PROTOCOLO COMO ALTERNATIVA NÃO CIRÚRGICA PARA REABILITAR MAXILA ATRÉSICA COM PERDA DE SUPORTE LABIAL" de autoria da aluna Silvana Helena Bonin, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:



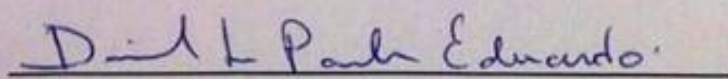
Orientador: Prof. Dr. José Virgílio de Paula Eduardo



Prof. Dr. Marcelo Sabbag Abia



Profa. Dra. Alessandra Kiyantza Dantas



Prof. Ms. Daniel de Paula Eduardo

Epítese gengival associada à prótese protocolo como alternativa não cirúrgica para reabilitar maxila atrésica com perda de suporte labial

Resumo: As reabilitações protéticas atuais almejam a estética e a função na busca da perfeição, recuperando, além dos dentes ausentes, as estruturas de suporte ósseo e gengival perdidas. Os avanços nas técnicas cirúrgicas permitem a recuperação dos defeitos de tecidos duros e moles, à custa de procedimentos invasivos e desgastantes, tanto para o profissional quanto para o paciente. Para os casos em que os pacientes não podem ou não querem se submeter a cirurgias, a epítese gengival é uma alternativa de tratamento, possibilitando a recuperação dos defeitos ósseo e gengival, tanto em altura quanto em espessura. Este trabalho relata um caso clínico reabilitado com prótese protocolo inferior e superior associados à uma epítese gengival na maxila, restabelecendo o suporte labial, como alternativa não cirúrgica de fácil instalação e higienização.

Descritores: Epítese gengival na maxila. Suporte labial. Prótese gengival removível.

SUMÁRIO

1	Introdução	1
2	Relato De Caso Clínico.....	4
3	Discussão	16
4	Considerações finais.....	19
	Abstract	20
	Referências Bibliográficas.....	21
	Anexo.....	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Foto inicial do tratamento	04
Figura 02 - Radiografia panorâmica	04
Figura 03 - Paciente sem as próteses, onde se observa a reabsorção da tábua óssea da maxila	05
Figura 04 - Paciente com a prótese atual, com flange que resulta em suporte labial	05
Figura 05 - Paciente sem a prótese atual, e a evidente perda de suporte labial.	05
Figura 06 - Instalação de 6 implantes na maxila e extração dos remanescentes dentais.....	06
Figura 07 - Instalação de 4 implantes na mandíbula, e extração dos remanescentes dentais.....	06
Figura 08 - Próteses provisórias imediatas / pós-cirurgia.....	07
Figura 09 - Vista frontal, evidenciando a linha alta do sorriso	07
Figura 10 - Mini pilares instalados.....	07
Figura 11 - Correção/redução da altura das próteses	08
Figura 12 - Moldagem de transferência no arco superior	08
Figura 13 - Moldagem de transferência no arco inferior	08
Figura 14 - Prova das estruturas metálicas.....	09
Figura 15 - Vista frontal evidenciando as retenções para a epítese.....	09
Figura 16 - Vista lateral direita.....	09
Figura 17 - Vista lateral esquerda	10
Figura 18 - Foto de perfil, com a prótese protocolo, sem epítese	10
Figura 19 - Parte interna das próteses com banho de ouro, e preparo interproximal para retenção da epítese.....	10
Figura 20 - Epítese adaptada ao vestibulo.....	11
Figura 21 - Adaptação entre epítese e prótese	11
Figura 22 - Vista interna das retenções.....	12
Figura 23 - Vista interna do local de encaixe.....	12
Figura 24 - Adaptação da epítese nas retenções, vista interna.....	12
Figura 25 - O encaixe vista vestibular	13
Figura 26 - Encaixe da epítese na prótese, vista vestibular	13
Figura 27 - Resultado final, prótese e epítese instaladas.....	13
Figura 28 - Adaptação da epítese à prótese - lateral direita.....	14

Figura 29 - Adaptação da epítese à prótese - lateral esquerda.....	14
Figura 30 - Resultado final, vista frontal, correção de dimensão vertical, e altura do sorriso.....	14
Figura 31 - Suporte labial restabelecido.....	15
Figura 32 - Estética final, perfeita adaptação da epítese e sorriso harmônico.	15

1 Introdução

Atualmente, a estética do sorriso e sua interação com a face exigem do cirurgião dentista um intercâmbio com várias especialidades para se resolver um problema¹.

A perda dentária e subsequente perda do rebordo alveolar têm efeitos negativos no suporte labial e, conseqüentemente, na estética facial².

Nos casos de maxilas edêntulas, quando o volume ósseo apresentado pelo paciente não acompanha o suporte labial, é imprescindível o planejamento reverso, a fim de se avaliar o suporte labial na reabilitação protética, evitando, assim, conflitos e frustrações ao final do tratamento².

Após a perda dos elementos dentários, a reabsorção óssea resulta em severa ou moderada atrofia da maxila, dificultando a instalação dos implantes. O anseio dos pacientes portadores de próteses removíveis esta em próteses fixas implanto-suportadas, porém os mesmos desconhecem as perdas decorrentes do edentulismo².

A reabsorção do processo alveolar da maxila, também pode resultar na aparência de prognatismo e necessitar de suporte labial, com conseqüentes problemas fonéticos e estéticos³.

O suporte labial pode ser alterado nas próteses totais pelo posicionamento dos dentes artificiais e a presença de flange. Essas dificuldades devem ser reconhecidas e manejadas no início do tratamento e expostas ao paciente de forma clara para que seja feito um planejamento adequado¹.

Existem situações clínicas nas quais os pacientes apresentam reabsorção óssea na região anterior em função da perda desses elementos, tendo como consequência um comprometimento estético em função da perda de tônus da musculatura perioral, o que reflete na fonação, além de haver impacção alimentar e emissão de gotículas de saliva durante a fala. Cirurgias de enxerto ósseo ou epíteses têm sido indicadas como solução para defeitos ósseos na região antero-superior⁴.

A utilização de enxertos está vinculada à extensão da perda e pode recuperar parcial ou totalmente o volume reabsorvido. No entanto, muitas vezes, o prognóstico é incerto ou o paciente possui limitações locais e/ou sistêmicas ou, então, não está disposto a se submeter a procedimento cirúrgico. Outros fatores envolvidos como custos cirúrgicos, tempo de cicatrização e desconforto para o paciente, tornam a cirurgia uma escolha não popular⁵⁻⁷.

Defeitos gengivais podem ser tratados com abordagens cirúrgicas e protéticas, sendo possível criar cirurgicamente contornos de tecidos esteticamente agradáveis e anatomicamente corretos quando pequenos volumes de tecidos estão sendo reconstruídos, porém é imprevisível quando temos falta de grandes volumes de tecido⁵.

As alternativas de tratamento para solucionar os casos de perda das estruturas de suporte dos dentes são: reconstrução cirúrgica pelo enxerto ósseo e/ou gengival e reconstrução protética, com o uso de gengiva artificial removível em resina acrílica. Nos casos de protocolo cerâmico onde só os festões gengivais precisam ser repostos, é feito de forma fixa com porcelana incorporada à prótese¹.

Em perdas de volumes maiores, substituir esses tecidos por próteses é algo mais previsível, pois grandes contornos teciduais podem ser encerados, processados e mimetizados para combinar com o tecido circundante⁵.

Nos casos de limitação vertical, horizontal e de suporte labial, o uso de uma gengiva removível (epítese) pode ser uma opção. Com essa abordagem de tratamento o paciente tem: boa condição de higienização, já que pode remover a epítese; fonética, porque os espaços são totalmente obliterados; e boa estética, uma vez que se preenche totalmente o suporte necessário para o lábio, como se faz nas próteses totais⁸.

Os autores indicam a epítese em acrílico para casos com reabsorção acentuada, comprometimento estético quanto ao tamanho dos dentes, falta de suporte labial, problemas fonéticos (passagem de ar), prognóstico cirúrgico incerto, e quando o paciente não está disposto a realizar o procedimento cirúrgico de enxerto ósseo e/ou gengival⁹.

A gengiva artificial removível pode ser uma boa opção para solucionar problemas fonéticos, estéticos e de suporte labial. No entanto, por se tratar de uma prótese removível, pode não ser aceita por muitos pacientes, por falta de conhecimento. Além disso, é um tratamento previsível, rápido e com menor custo, quando comparado às cirurgias reconstrutivas, com benefícios na estética, e na higiene ^{1,10-13}.

Neste contexto, o objetivo desse trabalho foi reabilitar estética e funcionalmente uma paciente com maxila atrésica e perda de suporte labial. A alternativa para reabilitar os tecidos de suporte foi por meio da gengiva artificial removível, incorporada a uma prótese fixa implanto suportada (tipo protocolo).

2 Relato De Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 59 anos, tabagista, acometida por problemas periodontais e usuária de prótese parcial removível superior e inferior, procurou a equipe para reabilitação com próteses fixas implanto suportadas (Figura 01).



Figura 01 – Foto inicial do tratamento

Foram solicitados à paciente, exames complementares laboratoriais, radiografia panorâmica e tomografia (Figura 02), além da confecção de modelos de estudo e a realização de um protocolo fotográfico (fotos intra e extra orais). Iniciou-se então, o planejamento, tendo em vista a integração cirúrgica e protética.



Figura 02 - Radiografia panorâmica

Avaliada a condição óssea da maxila, observou-se que a paciente apresentava altura óssea possibilitando a reabilitação desejada e a instalação de 6 implantes na maxila e 4 na mandíbula. Por se tratar de uma maxila praticamente edentada, clinicamente notamos maior reabsorção na tábua óssea vestibular (Figura

03), resultando em deficiência estética, devido à falta de suporte labial, o que foi confirmado no protocolo fotográfico com imagens extra orais de perfil com (Figura . 4) e sem a prótese atual (Figura 05).



Figura 03 - Paciente sem as próteses, onde se observa a reabsorção da tábua óssea da maxila.



Figura 04 - Paciente com a prótese inicial, com flange que resulta em suporte labial.



Figura 05 - Paciente sem a prótese inicial, e a evidente perda de suporte labial.

Após a análise de todos os exames além da montagem em articulador, constatou-se que haveria uma deficiência estética, e haveria a necessidade de utilizar algum recurso que substituísse a falta de suporte labial. A epíteze gengival foi então indicada.

Foram instalados então, 6 implantes na maxila (Figura 06) e quatro na mandíbula (Figura 07), todos da marca NEODENT®, juntamente com as extrações dos dentes remanescentes e a instalação das próteses provisórias, sendo a superior com flange. No arco superior não foi realizada carga imediata.

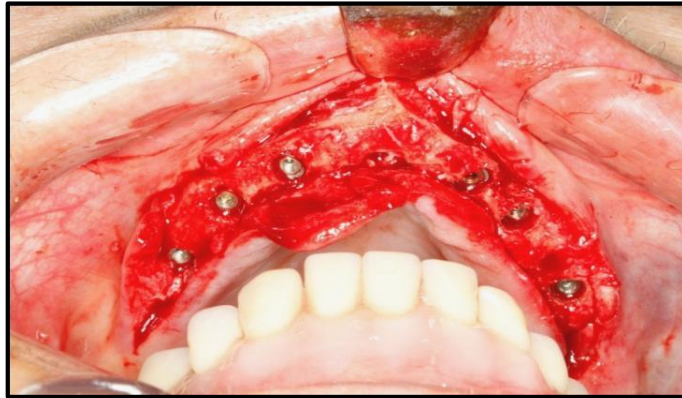


Figura 06 - Instalação de 6 implantes na maxila e extração do remanescente dental.

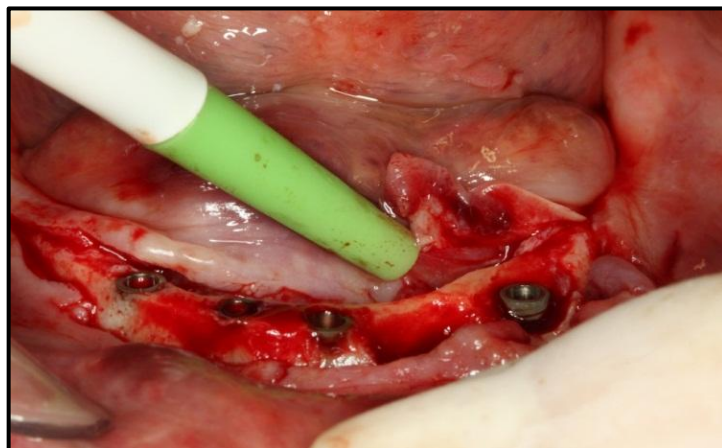


Figura 07 - Instalação de 4 implantes na mandíbula, e extração do remanescente dental.

As próteses transitórias foram então instaladas, sendo a inferior com carga imediata, e a superior com flange, reembasada com condicionador de tecido (Figura 08). Durante o acompanhamento notamos a linha alta do sorriso, que deveria ser corrigida nas próteses finais (Figura 09).



Figura 08 - Próteses transitórias imediatas / pós-cirurgia



Figura 09 - Vista frontal, evidenciando a linha alta do sorriso

Após o período de osseointegração (6 meses), foi feita a reabertura, instalação dos mini-pilares (Figura 10), recaptura das próteses, com redução da altura das mesmas reduzindo a altura da resina na recaptura, diminuindo a exposição dos incisivos (Figura 11).



Figura 10 - Mini pilares instalados



Figura 11 - Correção/redução da altura das próteses

Em sequência foi realizada moldagem superior e inferior (Figura 12 e 13) de transferência dos mini pilares, visando a obtenção dos modelos de trabalho, e sobre estes a confecção das estruturas metálicas (Figura 14).

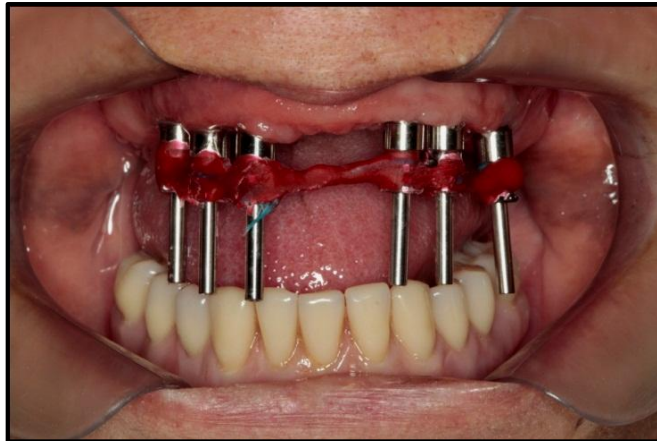


Figura 12 - Moldagem de transferência no arco superior

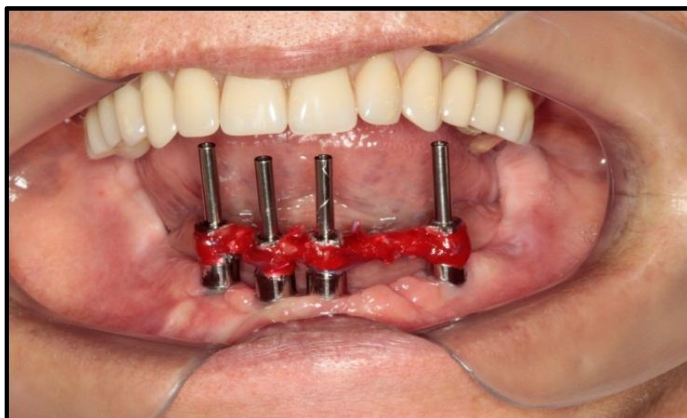


Figura 13 - Moldagem de transferência no arco inferior



Figura 14 - Prova das estruturas metálicas.

Em seguida o enceramento foi novamente provado e estando de acordo as próteses foram acrilizadas, deixando as retenções necessárias para a adaptação da epítese nos espaços interproximais (Figura 15, 16 e 17).



Figura 15 - Vista frontal evidenciando as retenções para a epítese



Figura 16 - Vista lateral direita



Figura 17 - Vista lateral esquerda

Fotos extrabuciais, já com a prótese protocolo instalada porém sem a epítese, foram realizadas para evidenciar a necessidade de suporte labial (Figura . 18)



Figura 18 - Foto de perfil, com a prótese protocolo, sem epítese

E finalmente, as próteses finalizadas, com banho de ouro para evitar oxidação. Atenção especial para o preparo interproximal necessário para reter a epítese (Figura 19).



Figura 19 - Parte interna das próteses com banho de ouro, e preparo interproximal para retenção da epítese.

A foto a seguir ressalta a perfeita adaptação da epítese no vestíbulo no modelo (Figura 20).

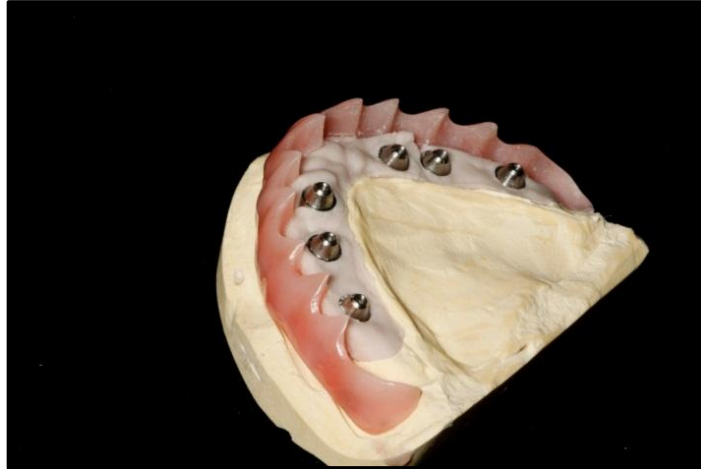


Figura 20 - Epítese adaptada ao vestíbulo

Ainda no modelo, pode-se observar a perfeita adaptação da epítese sobre a prótese implanto suportada (Figura 21).



Figura 21 - Adaptação entre epítese e prótese

A exatidão das retenções (Figura 22), do local correto do encaixe entre a prótese e a epítese (Figura 23), e a perfeita adaptação podem ser observadas, por palatino (Figura 24) e vestibular (Figura 25) nas fotos a seguir, bem como a adaptação da epítese na prótese antes da instalação (Figura 26).



Figura 22 - Vista interna das retenções



Figura 23 - Vista interna do local de encaixe



Figura 24 - Adaptação da epítese nas retenções, vista interna.



Figura 25 - O encaixe vista vestibular.



Figura 26 - Encaixe da épitese na prótese, vista vestibular

E por fim, as próteses instaladas, com a épitese removível, com redução da altura se comparadas às provisórias (Figuras 27, 28 e 29), e o resultado final, salientando as correções de dimensão vertical, sorriso gengival (Figura 30), e o suporte labial restabelecido (Figura 31).



Figura 27 - Resultado final, prótese e épitese instaladas.



Figura 28 - Adaptação da epítese à prótese - lateral direita



Figura 29 - Adaptação da epítese à prótese - lateral esquerda.



Figura 30 - Resultado final, vista frontal, correção de dimensão vertical, e altura do sorriso.



Figura 31 - Suporte labial restabelecido

E por fim uma foto artística evidenciando que com a utilização da epítese, o problema estético decorrente da falta de suporte labial pôde ser satisfatoriamente solucionado, melhorando o aspecto facial da paciente. E a reabilitação como um todo conseguiu atingir seu objetivo de melhorar o perfil da paciente, com um sorriso mais harmônico e equilibrado (Figura 32).



Figura 32 - Estética final, perfeita adaptação da epítese e sorriso harmônico.

3 Discussão

Algo muito importante no planejamento odontológico é a forma de abordar a expectativa dos pacientes e expor as limitações anatômicas envolvidas na reabilitação do caso. A forma como o marketing geralmente explora os serviços de saúde, muitas vezes apresentando imagens perfeitas como se fossem reabilitações, geram falsas expectativas⁸.

O suporte labial é um critério decisivo na indicação do tipo de prótese a ser confeccionada. A elucidação do paciente aos tipos de tratamentos disponíveis e limites estéticos do seu caso otimiza a relação profissional-paciente. O planejamento reverso deve ser seguido para que o profissional possa restabelecer as perdas decorrentes do edentulismo².

Segundo os autores, tendo em vista que rebordos da maxila sofrem reabsorção mais as expensas da tábua óssea vestibular, é comum que as próteses maxilares necessitem de epítese gengival para promover adequada estética, por necessidade de suporte labial. Para facilitar a compreensão do paciente, os autores sugerem que seja feita duplicação da prótese total do paciente e remoção da flange, para visualização da necessidade de suporte labial para uma estética agradável e dessa forma, possibilitar opção pelo melhor tratamento frente às expectativas do paciente e às limitações do caso¹³.

O suporte labial desempenha papel importante em pacientes com deficiência de maxila ou para a compensação de prognatismo, sendo que ambos são consequências dos incisivos e o contorno do osso alveolar e podem ser compensadas na base da prótese removível³.

Enxertos são a técnica ideal para solucionar problemas de perdas ósseas, e, dependendo da extensão da perda, podem recuperar parcial ou totalmente o volume das estruturas reabsorvidas. Porém, alguns pacientes, por problemas sistêmicos, locais (perdas ósseas muito extensas), ou mesmo por razões pessoais, não podem e/ou não aceitam se submeter a cirurgias reconstrutivas. Para esses pacientes devemos ter outras alternativas de tratamento, que são as reconstruções protéticas através de gengiva artificial^{7, 14}.

Outra situação em que a epíteze é indicada é quando a deficiência óssea é grande o suficiente a ponto de a necessidade estética ficar limitada do ponto de vista cirúrgico, ou seja, muitas vezes, mesmo com os procedimentos de enxerto ósseo, o contorno gengival não é totalmente recuperado, sendo a epíteze a única solução¹⁴.

Diversos autores indicam a gengiva artificial removível de acrílico para reabilitações com próteses fixas convencionais e próteses fixas implanto suportadas, com a finalidade de restaurar estética e funcionalmente defeitos de tecido mole e duro, principalmente nos casos com grande perda de tecido ósseo vertical e horizontal, devolvendo papilas e suporte labial para o paciente, além de otimizar a estética, fonética e higienização^{1, 4, 6-7, 14}. Também tem sido utilizada em casos de dentes envolvidos periodontalmente, onde o aumento de coroas clínicas com exposição radicular e perda de papilas interdentais causam desconforto estético, térmico e fonético¹⁴.

Outros acrescentam que em relação aos procedimentos cirúrgicos, a epíteze gengival é um procedimento mais rápido e de menor custo, proporcionando resultado estético previsível e reversível. Além dos benefícios citados acima, relatam ser auxiliar na prevenção de impacção alimentar, ter boa adaptação, estabilidade durante a mastigação e a fala, além de ser confortável, e de fácil confecção e instalação^{6,1}.

A principal limitação da gengiva artificial removível acrílica é o fato de não ser uma peça fixa, o que faz com que muitos pacientes recusem esse tipo de tratamento^{6,7,9,14}. Neste contexto, deve-se avaliar o aspecto psicológico do tratamento, pois o paciente terá dentes fixos com parte de sua prótese removível (a epíteze). Contudo, as vantagens estéticas são importantes, uma vez que sua contribuição para a manutenção da harmonia dos dentes pela postura muscular será fundamental para o sucesso do tratamento⁴.

Há autores que ressaltam que a gengiva artificial removível é susceptível a manchas por ser confeccionada com materiais porosos. Apesar disso, reforçam que volumes maiores de tecido podem ser substituídos, resultam num contorno ideal e facilitam a higiene⁵.

Para confecção da epítese, depois de obtido o modelo, é feito enceramento da área a ser reproduzida e em seguida é feita inclusão, acrilização e caracterização da gengiva. O autor salienta a necessidade de eliminar todas as reentrâncias capazes de criar retenções que dificultem a abertura da mufla, pondo em risco a matriz de gesso que irá modelar a gengiva numa cópia perfeita da escultura original¹⁵.

As epíteses devem apresentar um contorno vestibular suficiente para devolver a postura muscular adequada, e, para tal, o profissional deverá usar seu senso estético no que tange à musculatura perioral¹⁴.

A epítese em resina acrílica se traduz num excelente meio de se contornarem as limitações de reabsorções e perdas ósseas que, de tão desfavoráveis, repercutem esteticamente, devido aos desníveis gengivais e à necessidade de suporte labial¹⁴.

4 Considerações finais

O uso de uma alternativa protética como a epítese (gengiva artificial removível) em resina acrílica, se traduz num excelente meio de se contornar as limitações das reabsorções e perdas ósseas. Demonstrou ser eficiente no que diz respeito à estética e restabelecimento do suporte labial, com a vantagem de permitir a higienização da região, fator importante para a manutenção da saúde peri-implantar. O resultado estético é de alto nível, considerando-se, ainda, sua reversibilidade, custo biológico e conforto para o paciente.

Gingival epithesis associated to protocol prosthesis as non-surgical alternative to rehabilitate atresic maxilla with loss of lip support

Abstract: The current prosthetic rehabilitations aims both aesthetics and function in its seek for perfection, recovering, besides the missing teeth, the lost osseous and gingival support structures. Advances in surgical techniques allow the recovery of defects in hard and soft tissues, at cost of invasive and stressful procedures, both for the professional and the patient. For the cases where patients are unable or unwilling to undergo surgery, the gingival epithesis is an alternative of treatment, enabling the recovery of bone and gingival defects, both in height and thickness. This paper reports a clinical case rehabilitated with protocol prosthesis lower and upper associated to a gingival epithesis in the maxilla, reestablishing lip support, as an easy installation and sanitation nonsurgical alternative.

Keyword: Gingival Epithesis in the maxilla. Lip support. Removable prosthesis gingival.

Referências Bibliográficas

1. Carreiro AFP, Moraes S, Branco N, Guerral CMF, Amaral BA. Epítese gengival removível: alternativa estética e de rápida resolução para repor tecidos periodontais anteriores. RGO. 2008;56(4):451-455.
2. Zonta ARR. A influência do suporte labial na reabilitação de maxila edêntula com implantes osseointegrados: relato de caso clínico. 36 f. Curitiba: Inst Lat Am Pesq e Ens Odont, 2012.
3. Zitzmann NU, Marinello CP. Treatment plan for restoring the edentulous maxilla with implant-supported restorations: Removable overdenture versus fixed partial denture design. J. Prost Dent. 1999;82(2):188-96
4. Santos LB, Sampaio NM, Nakamae AEM. Reabilitação da musculatura perioral: gengiva artificial removível. Sitientibus. 2006;1(34):115-127.
5. Barzillay I, Tamblym I. Gingival Prosthesis. A Rev J of the Can Assoc. 2003;69(2):74-78.
6. Freitas R, Bonachela WC, Pedreira APRV, Vieira GR, Moreira RM. Otimização Estética em Reabilitação Oral com o Uso de Gengiva Artificial Removível - Relato de Caso. RBL. 2001;8(32):271-275.
7. Rosa DM, Neto JS. Prótese Fixa Metal-Cerâmica Dento-Gengival: uma Alternativa entre as Soluções Estéticas. Rev da APCD. 1999;53(4):291-296
8. Zielak JC, Araújo MKDM, Ornaghi RAC, Giovanini AL, Campos EA, Deliberador TM. Posicionamento desfavorável de implantes dentários ântero-superiores - relato de caso. RSBO. 2009;6(2):214-220.
9. Fonsêca DM, Ankli R. Epítese - Gengiva Artificial Removível. Rev da APCD. 1995;49(6):460-462.
10. Frossard A. Reabilitação estética e funcional utilizando prótese fixa dentogengival: revisão da literatura. 41 f. Londrina: Univ Est de Londrina, 2014.

11. Cura C, Saraçoglu A, Cotert HS. Alternative method for connecting a removable gingival extension and fixed partial denture: A clinical report. *The J of Prost Dent.* 2002;88(1):1-3.
12. Dekon SFC, Villa LMR, Goiato MC, Santos DM, Santos MR. Solução estética para prótese sobre implante. *FullDent. Sci.* 2012;4(13):112-115.
13. Neves FD, Neto AJF, Filho CRB, Mendonça G, Prado CJ. Protocolo de análise da influência da linha e suporte labial na estética e seleção do tipo de prótese para desdentados totais superiores. *RBP.* 2003;10(37):9-17.
14. Viegas VN, Loro RCD, Gallina C. Reabilitação protética em maxila: enxerto ósseo e prótese fixa dentogengival. *ImplantNews.* 2006;3(6):587-591.
15. Rezende AB. Gengiva artificial removível de acrílico caracterizado. *Rev da Fac de Odont da UFBA.* 1996/1997;16/17:44-52.

Anexo

Curso de Especialização em Implantodontia
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Eu, Elizabeth Tuma Quintal portador do RG nº 6.285.903-1,

abaixo assinado, dou pleno consentimento aos Dr. José Virgílio de Paula Eduardo e Dr. Marcelo Sabbag Abla e sua equipe por intermédio de seus professores e alunos dentistas registrados e qualificados para realizar o tratamento odontológico na área de implante e prótese sobre implante conforme planejamento proposto em documento anexo. Reconheço que deverei comparecer nesta entidade no dia e horário marcado, estando ciente que possíveis atrasos e cancelamentos de última hora poderão ocorrer. Estou ciente que me apresentaram alternativas de tratamento (próteses fixas sobre dentes ou móveis) sendo que a que me foi proposta e aceita foi a que melhor atende as minhas expectativas e possibilidades financeiras.

Os implantes são feitos de um metal chamado Titânio. Este metal além de oferecer resistência mecânica, que é a característica de um metal, tem ainda a propriedade denominada de biocompatibilidade, que significa que este é bem aceito pelo organismo como se fosse parte do mesmo, portanto não desenvolvem nenhum tipo de rejeição. O índice de sucesso dos implantes está em torno de 94 a 97% dos casos, sendo sempre importante informar que 3 a 6% dos casos podem sofrer insucessos. Fui informado que o tratamento depende de fatores biológicos e a resposta de cicatrização de cada indivíduo, que podem ocorrer acidentes, complicações e seqüelas nos trans e pós operatórios como: Infecção, hemorragia, edema, sensação de formigamento transitória ou permanente, dor e desconforto na área operada. Nas cirurgias de enxerto o período de recuperação varia de acordo com a região operada, a extensão do defeito e da área a ser reconstituída e o índice de sucesso pode ser menor.

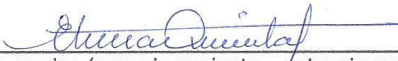
Autorizo de forma livre e voluntária, a realização do trabalho e terapêutica que me foram apresentados, dos quais recebi explicações claras, simples e compreendi os propósitos, riscos e custos, além de saber que os tratamentos seguem os adequados princípios técnicos, científicos e reconhecidos pela odontologia. Devido as características próprias da implantodontia, o tratamento até a fase final, ou seja do início da fase cirúrgica até a instalação da prótese pode levar até dois anos para ser concluído, ou em casos de enxerto esse prazo pode ainda ser maior.

Os implantes são tratamentos de meios e não de resultados.

O paciente não pagará pelos honorários profissionais dos cirurgiões dentistas que executarão o trabalho proposto, porém será responsável pelo pagamento de todo material relacionado com as cirurgias tais como: implantes, enxertos ósseos, membranas, etc... O paciente deverá também arcar com todas as despesas relacionadas com componentes das próteses e pelos trabalhos laboratoriais relacionados com a prótese sobre implantes. O paciente permite a realização de fotografias com finalidades científicas e didáticas desde que resguardada a privacidade durante todo o atendimento e não devendo ser exposta suas

condições bucais desnecessariamente a público leigo. Fui informado que os valores referentes ao material utilizado é sempre pago conforme a fase de utilização, ou seja, na fase da cirurgia será cobrado o material cirúrgico, e após o período determinado de espera (cicatrização), será então cobrado o valor do material da prótese sobre o implante relacionado. Declaro que fui informado que posso discordar e desistir do tratamento em andamento, tendo que me manifestar por escrito, assumindo todos os riscos e conseqüências que possam prejudicar a minha saúde bucal e a do tratamento já efetuado, eximindo a entidade, alunos e professores de quaisquer responsabilidades. O curso oferece a confecção e acompanhamento até a entrega final da prótese, mantendo acompanhamento por mais seis meses a partir de seu término para possíveis ajustes, mas não nos responsabilizamos pela manutenção do trabalho indefinidamente.

São Paulo, 07 de JUNHO de 2016.

Assinatura – Paciente: 
Assinar as folhas de todas as vias (uma via paciente – outra via curso)

Assinatura – Professor: 