

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE

Raiane Araújo Nardoni Alvares da Silva

**UTILIZAÇÃO DE MOLDEIRA ABERTA NA TÉCNICA DE
MODELAGEM PARA CONFECÇÃO DE PROTOCOLO DE
BRANEMARK EM MANDÍBULA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

Sete Lagoas – Minas Gerais

UTILIZAÇÃO DE MOLDEIRA ABERTA NA TÉCNICA DE MODELAGEM PARA CONFEÇÃO DE PROTOCOLO DE BRANEMARK EM MANDÍBULA: UM RELATO DE CASO CLÍNICO

Raiane Araujo Nardoni*
João de Paula Martins Júnior**

RESUMO

A moldagem é uma das etapas primordiais ao se confeccionar uma prótese fixa sobre implantes, uma vez que através dela, visa-se obter uma adaptação precisa e passiva entre a plataforma do implante e componentes protéticos. Tal adaptação garantirá a integridade óssea da região, além da saúde dos tecidos moles perimplantares. Para se obter um modelo de trabalho fiel em próteses implantossuportadas, é necessário associar boa técnica de moldagem a bons materiais. A moldagem com transferentes quadrados e moldeira aberta, é a técnica de escolha para a execução do caso clínico a ser descrito, pois garante o correto posicionamento do implante, uma vez que os transferentes são removidos juntamente com o molde, evitando a etapa de reposicionamento e o inconveniente da colocação do mesmo no interior do molde o que poderia causar seu deslocamento.

Palavras - chave : Técnicas de moldagem odontológicas, implantes, prótese fixa sobre implantes

ABSTRACT

Molding is one of the primary steps when making a fixed prosthesis on implants, since through it, it is intended to obtain a precise and passive adaptation between the implant platform and prosthetic components. Such adaptation will guarantee the bone integrity of the region, as well as the health of the perimplant soft tissues. In order to obtain a reliable work model in implants supported, it is necessary to associate good molding technique with good materials. The molding with square transfer and open tray is the technique of choice for the execution of the clinical case to be described, since it guarantees the correct positioning of the implant, since the transferents are removed together with the mold, avoiding the repositioning step and The inconvenience of placing it inside the mold which could cause its displacement.

Key words: Dental molding techniques, implants, fixed prosthesis on implants

INTRODUÇÃO

Os implantes osteointegráveis tem sido indicados a pacientes edêntulos com o propósito de aumentar a retenção e estabilidade de próteses parciais ou totais. Entretanto, um dos motivos do insucesso desta reabilitação reside na falta de precisão da adaptação do sistema de conexão dessas próteses. O sucesso do sistema reabilitador está intimamente relacionado ao tipo de material de moldagem e técnicas de transferência dos componentes protéticos utilizados para a obtenção do modelo de trabalho, uma vez que a moldagem deve reproduzir precisamente os detalhes anatômicos e promover a correta transferência da posição do implante em boca (DUMBRIGUE, 2000; IVANHOE et al. 1990; SCHIAN et al., 1994).

A prótese fixa adaptada ao implante osteointegrado, atua como uma unidade. Algum desalinhamento nesta unidade pode promover o insucesso do tratamento, como, cargas fisiológicas não distribuídas adequadamente sobre o tecido ósseo, resultando em sobrecarga e uma possível reabsorção óssea, acarretando até mesmo a perda do implante (VIGOLO et al, 2004). A justaposição íntima do osso ao implante de titânio é característica essencial que permite transmissão de tensão do implante para o osso sem qualquer movimento considerável (DEL'ACQUA, 2005) e conseqüentemente, manutenção da osseointegração. Deve-se promover uma adaptação protética passiva sobre o implante, para isso devemos empregar técnicas de moldagem que resultem em modelos precisos (VIGOLO et al., 2004). Distorções ou imprecisões na transferência do posicionamento dos implantes ou pilares para os modelos de laboratório poderão acarretar o insucesso do sistema (PHILLIPS, 1994). O ajuste passivo da conexão entre o pilar e a estrutura metálica é essencial (ASSIF et al., 1994; BURNS et al., 2003; LONGONI, S. et al., 2006)

O propósito da moldagem de múltiplos implantes é registrar, transferir e reproduzir o relacionamento entre os implantes o mais preciso (DEL'ACQUA, 2005; GOIATO, M. C. et al, 2002; GREGOY-HEAD e LABARRE, 1999; WEE, 2000). Várias técnicas de moldagem têm sido empregadas para obter modelos de trabalho que proporcionem a confecção de

próteses com boa adaptação e passividade sobre os implantes. Para melhorar a precisão, alguns autores (VIGOLO et al. 2004; WEE, 2000) enfatizam a importância de unir os componentes intraoralmente antes da moldagem (ASSIF et al, 1996; SUTHERLAND e HALLAN, 1990).

DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho visa relatar a etapa da moldagem de um protocolo de Branemark, após 4 meses da instalação de 5 implantes em região mandibular, entre os forames mentonianos.



Figura 1: Implantes osteointegrados após 4 meses da instalação

Neste processo, utilizou-se de transferentes quadrados na técnica de sacar ou de moldagem de arrasto utilizando-se moldeira perfurada. Esses componentes possuem paredes paralelas e áreas retentivas para que fiquem capturados no interior do molde sem se movimentarem. Na técnica de moldagem de transferência, o transferente é primeiramente parafusado sobre o implante e depois radiografado caso exista dúvida quanto à sua correta adaptação.

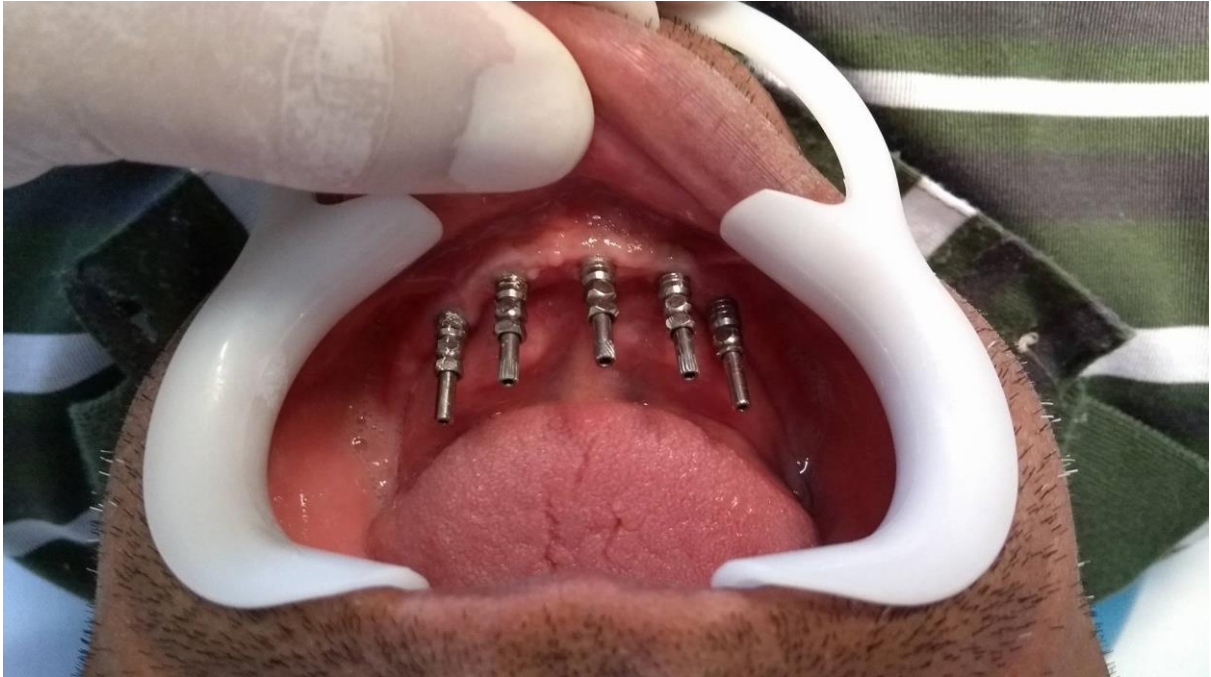


Figura 2: Transferentes quadrados parafusados nos implantes para dar início à moldagem

Em meados de 1985, Branemark (1985) preconizou a união dos transferentes quadrados intraoralmente com a aplicação da resina acrílica Duralay sobre uma matriz de fio dental que une os componentes de transferência. Desde então, muitos autores (DUMBRIGUE, 2000; IVANHOE et al. 1990; SCHIAN et al., 1994) vêm pesquisando se esta é a melhor forma de unir e remover os transferentes e obter um molde mais preciso para se confeccionar uma prótese que se adapte passivamente sobre os pilares dos implantes.



Figura 3: União dos transferentes através de fio-dental e posteriormente, aplicação de duralay auto-polimerizável em toda a extensão do fio.



Figura 4: Prova da moldeira previamente perfurada



Figura 5: Proporcionamento de silicona de adição

Após a presa do material de moldagem, os parafusos-guia são desparafusados para permitir o desencaixe de cada um dos transferentes dos seus respectivos implantes. Em seguida, o molde é removido da boca de modo que os transferentes sejam juntamente “sacados”.



Figura 6: Material de moldagem em estágio de presa e remoção dos parafusos dos transferentes.



Figura 7 : Molde sacado da boca, com transferentes arrastados e posicionados em moldeira.

Os análogos são então parafusados nos transferentes, por meio dos parafusos-guia, para posterior obtenção do modelo de gesso.

Geralmente, para transferentes quadrados, a moldeira aberta permite que o material sujeito à pressão hidrostática escape da moldeira, registrando o posicionamento do implante diferentemente de próteses parciais fixas convencionais, onde há necessidade de se registrar não só a posição como também as dimensões do dente pilar (BURNS et al., 2003). O material de moldagem utilizado para transferir a posição do implante na boca é um fator importante, principalmente no que diz respeito à fidelidade de moldagem, rigidez, fluidez e estabilidade dimensional. A rigidez deve ser suficiente para manter o transferente e evitar o deslocamento acidental quando parafusado a um análogo proporcionando mínima distorção do posicionamento dos mesmos, 2000; WEE, 2000; ASSUNÇÃO et al, 2004).

CONCLUSÃO

Com base nos artigos revisados, foi possível verificar que a técnica de moldagem de arrasto com transferentes quadrados unidos por meio de barras pré-fabricadas de resina auto ou fotopolimerizável, associada a um material elastomérico (poliéter ou silicona por adição), permite que o relacionamento entre os implantes seja registrado, transferido e reproduzido de forma precisa, contribuindo, assim, para a adaptação passiva das próteses implantossuportadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIF, D.; MARSHAK, B.; NISSAN, J. A modified impression technique for implant-supported restoration. *J. Prosthet. Dent., St. Louis*, v.71, n. 6, p. 589- 591, 1994.

ASSIF, D.; MARSHAK, B.; SCHIMIDT, A. Accuracy of implant impression techniques. *Int.J. Oral Maxillofac. Implants, Carol Stream*, v.11, n. 2, p. 216-222, 1996.

ASSUNÇÃO, W. G.; GENNARI FILHO, H.; ZANIQUELLI, O. Evaluation of transfer impressions for osseointegrated implants at various angulations. *Implant. Dent., Baltimore*, v.13, n.4, p.358-366, 2004.

BOULTON, J. L.; GAGE, J. P.; VINCENT, P. F.; BASFORD, K. E. A laboratory study of dimensional changes for three elastomeric impression materials using custom and stock trays. *Aust. Dent. J., Sydney*, v.41, n. 6, p.398-404, 1996.

BRANEMARK, P. I.; ZARB, G. A.; ALBREKTSSON, T. *Tissueintegrated prostheses*. 1 ed. Chicago. Quintessence Publishing Co, 1985: 253 p. BURNS, J.; PALMER, R.; HOWE, L.; WILSON, R. Accuracy of open tray implant impressions: an in vitro comparison of stock versus custom trays. *J. Prosthet. Dent., St. Louis*, v.89, n. 3, p.250-255, 2003.