

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

AMADOR MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

IMPLANTES COM ESTÉTICA IMEDIATA

**MARINGÁ/PR
2017**

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Monografia intitulada ***“Implantes com estética imediata”*** de autoria do aluno Amador Martínez Hernández, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. João Batista Ilha Filho – Orientador

Prof^a Vanessa Cristina Aquotti Ilha – Examinadora

Prof. Selmar Alves Lobo Junior – Examinador

Maringá, ____ de _____ de 2017.

RESUMO

A carga imediata é uma realidade na implantologia atual, sendo uma técnica muito eficaz e fiável que traz ao paciente significativas vantagens, tais como, diminuição de visitas ao especialista, diminuição do custo de tratamento e uma reabilitação protésica que se realiza no mesmo dia da cirurgia. O seu êxito contudo, depende de uma cuidadosa selecção do paciente, de um bom diagnóstico e planificação, de um profundo conhecimento dos princípios biológicos respeitando os tempos de recuperação ósseas, e a precisão das manobras cirúrgico-protéticas. Neste caso clínico, o objetivo era realizar mediante a técnica de *all-on-four* uma provisão prévia de implantes para devolver estética e função ao paciente. Em primeiro lugar fez-se um estudo do paciente, um paciente com patologia periodontal, com um défice ósseo nos setores posteriores maxilares, devido a uma perda precoce de molares permanentes e com a consequente perda óssea de que este resulta. Por carecer de volume ósseo para uma reabilitação completa de implantes, a técnica de eleição neste caso foi a *all-on-four*. A provisão prévia de implantes é muito útil para obter resultados para a realização da prótese definitiva. Esta nos ajudará na pesquisa dos parâmetros estéticos e funcionais mais adequados para os nossos pacientes, tais como, a dimensão vertical do paciente, o equilíbrio oclusal, parâmetros estéticos, linhas médias, dentária e facial, exposição do bordo de incisão dos dentes, os eixos dentários, o tamanho, forma, cor, proporções dos dentes e perfil dos bordos de incisão, tendo em vista sempre uma integração funcional.

Palavras-chave: Implante. Estética. Carga imediata.

ABSTRACT

The immediate loading is a reality in the current implantology, being a very effective and reliable technique that brings to the patient significant advantages, such as decreased visits to the specialist, reduction of the cost of treatment and prosthetic rehabilitation that takes place on the same day of the surgery. Its success, however, depends on careful patient selection, good diagnosis and planning, an in-depth knowledge of biological principles respecting bone recovery times, and the precision of surgical-prosthetic maneuvers. In this clinical case, the goal was to perform through the *all-on-four* technique a previous provision of implants to restore esthetics and function to the patient. In the first place was done a study of the patient, a patient with periodontal disease, with a bone deficit in the posterior maxillary sectors, due to an early loss of permanent molars and with the consequent bone loss that this results. Because of the lack of bone volume for complete implant rehabilitation, the technique of choice in this case was the *all-on-four*. The previous provision of implants is very useful to obtain results for the accomplishment of the definitive prosthesis. This will help us to research the most suitable aesthetic and functional parameters for our patients, such as the vertical dimension of the patient, the occlusal balance, aesthetic parameters, medium, dental and facial lines, incision edge exposition of the teeth, axes dimensions, shape, color, proportions of the teeth and profile of the incision edges, always looking for a functional integration.

Keywords: Implant. Aesthetics. Immediate loading.

INTRODUÇÃO

Os avanços na implantologia e na reabilitação oral, permitem dar ao paciente uma nova re inserção na sua vida social, resolvendo precocemente os seus transtornos, estéticos, funcionais e psicológicos, próprios do paciente edentulo.

A reabilitação oral implanto-suportada sofreu várias mudanças conceituais nos últimos anos. O protocolo básico de duas etapas introduzido por Branemark nos anos 80, almejava conseguir a osteointegração, com um período aproximado entre 3-6 meses, em que o entorno peri-implantario estava livre de carga.

Em 1990, Schinitman publicou um ensaio clínico em que sugeria que os implantes poderiam carregar-se de imediato em mandíbulas de pacientes seleccionados, servindo como ponto de partida para o avanço da implantologia.

A técnica implantológica do *all-on-four* popularizada por Dr. Paulo Maló, é uma prática que nos permite reabilitar pacientes edentulos, com um défice de estrutura óssea nos seus maxilares sem necessidade de realizar enxertos de osso. Este defeito na sua estrutura tem como consequência, normalmente, o surgimento superficial das estruturas anatómicas, impossibilitando assim a reabilitação de arcadas completas sobre implantes com outras técnicas cirúrgicas existentes.

Com esta técnica de all on four, podemos evitar estruturas como, os seios maxilares ou o conduto mandíbular.

Utilizámos somente quatro implantes de grande longitude, dois anteriores rectos e dois posteriores inclinados com emergências até distal, que atravessaram as zonas esponjosas do osso até que o ápice do implante alcança um osso cortical (arbotantes caninos no maxilar superior e o osso mandibular no maxilar inferior) e assim conseguir estabilidade primária e um alto torque dos implantes que nos permita carrega-los no mesmo dia.

A angulação dos implantes mais posteriores, normalmente, é corrigida mediante a colocação de pilares angulados de 30 graus tipo *multi-unit*, enquanto que a divergência dos implantes anteriores é retificado também com a colocação de pilares transepteliais tipo *multi-unit* rectos ou bem angulados dependendo de cada caso, tentando conseguir o maior paralelismo possível entre os quatro pilares para uma produção correcta da prótese. Desta forma, podemos conseguir uma

reabilitação oral completa dos maxilares sem a necessidade de realizar um balanço distal excessivo.

A elaboração desta técnica para a reabilitação imediata de pacientes edentulos é de grande interesse porque é eficaz e viável, já que somos capazes de dar ao paciente grandes expectativas com os resultados obtidos, num período de tempo muito curto e reduzindo os custos devido à inserção de apenas quatro implantes para a reabilitação completa da arcada, mantendo assim as directrizes de uma reabilitação provisional estética e funcional.

Relato de caso clínico

Hipótese

É possível realizar uma reabilitação no paciente edentulo com a técnica de carga imediata *All-onfour*.

Objetivo geral

Demonstrar as vantagens estéticas e funcionais da reabilitação ao paciente edentulo com a técnica de carga imediata *all on four*, analisando: aspetos diagnósticos (clínicos, radiográficos, analíticos, visuais e manuais), planificação, aspectos de técnica cirúrgica assim como uma análise crítica dos resultados obtidos.

Material e métodos

Se apresenta um caso de um paciente do sexo masculino de cinquenta e seis anos, ex fumador, sem outros antecedentes pessoais de interesse que atende à nossa consulta para reabilitação oral integral; estética e funcional.



Figura 1: O paciente apresentava doença periodontal, com perda prematura dos dentes. Dentes remanescentes :1.3,2.6,2.7, com mobilidade de grau III, 2.3 e 2.5 mobilidade grau II, e resto radicular 2.4, comprovamos com técnica bi-digital, sondagem, ortopantomografia e TAC 3D.



Figura 2: Na análise facial se comprovou um desvio do plano oclusão. Um dispararelismo no plano horizontal, das linhas interpupilar e intercomisural.

Fradeani (2006), disse nos que um dispararelismo como neste caso não compromete o efeito agradável dos rasgos na sua totalidade.



Figura 3: Se avaliou o perfil do paciente (traçando linhas desde os pontos de referencia faciais, glabella, subnasal e pgonion) comprovando-se num perfil normal, com um ângulo formado de 170 graus.

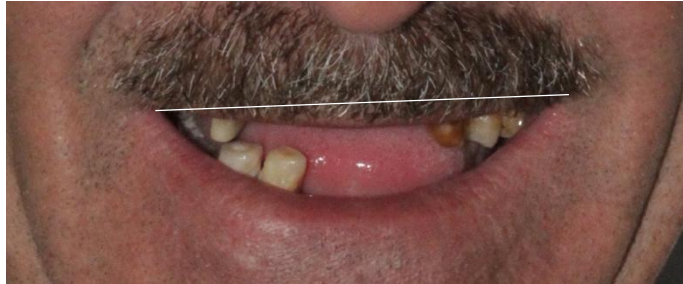


Figura 4: Na análise dentolabial se observou uma ptosis labial superior voluntária, assim como uma linha de sorriso baixa, produto de um mecanismo psicológico compensatório para ocultar um sorriso pouco atractivo, resultado também da perda precoce dental.

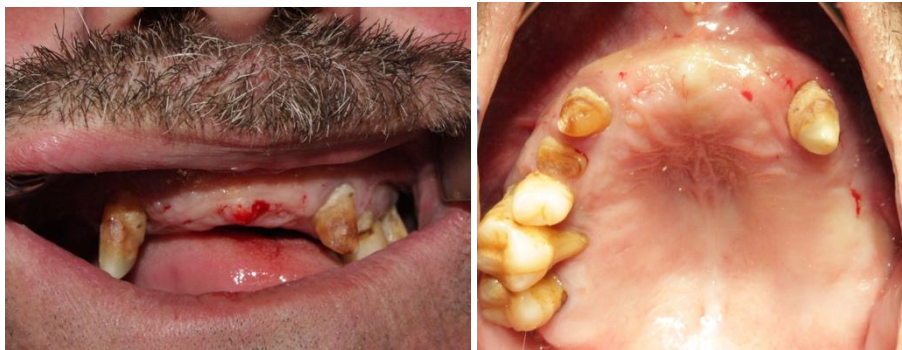


Figura 5: Presença de dentes remanescentes com doença periodontal.

Diagnóstico e plano de tratamento

O tratamento de eleição neste caso foi uma reabilitação implanto-prótesica, com uma prótese híbrida, prótese aparafusado a pilhars transepteliais tipo *multi-unit* de 3mmx4.2mm. Antes da cirurgia, submetemos o paciente a um tratamento de higiene periodontal para limpar a zona e ter a zona cirúrgica o mais asséptica possível. Sob anestesia local se realizou: exodontias de dentes remanescentes, incisão crestal e aba mucoperiostia,, curetagem dos alvéolos e regularização óssea.

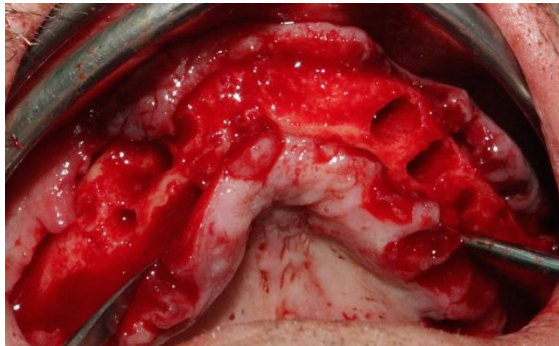


Figura 6: Imagem intra-operatória de maxilar superior, aba mucoperiostica e regularização óssea.

Se realizou a sequência de fresagem e colocação de implantes 3.75x15mm, com a inserção de multi unit angulados para compensar a divergência dos implantes. Se utilizou transepteliais angulados de 17 graus no sector anterior e 30 graus no posterior.

Se colocaram os transferes de impressão ,ferulizados entre eles com seda dental e resina, posteriormente realizando se a toma de impressão com cubeta aberta.



Figura 7: transfer de impressão para toma de medidas com cubeta aberta.

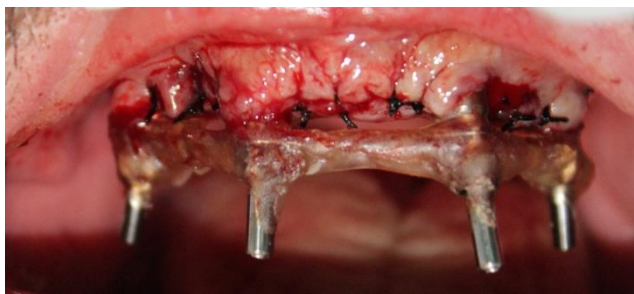


Figura 8: ferulização de transfer de impressão.

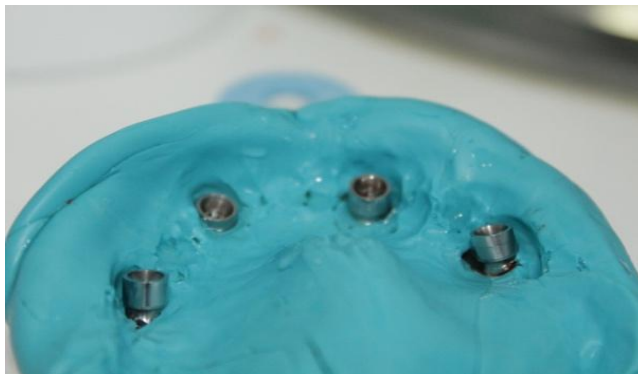


Figura 9: impressão com cubeta aberta.



Figura 10: análogos do implante

Uma vez posicionados os análogos, se positivo a impressão em gesso para a confecção da estrutura. Se realizou uma prova de estrutura para comprovar passividade e mordida.

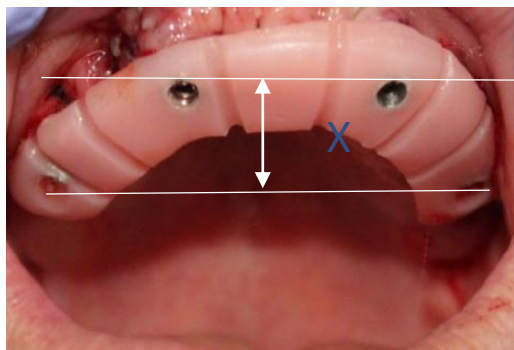


Figura 11: prova da estrutura.

A bissectriz formada entre as linhas imaginárias marcadas entre os implantes mais posteriores e os implantes mais anteriores, possibilitaram o resultado da extensão máxima do cantilever da prótese. Denominando essa bissectriz x o resultado do cantilever será igual a: $x+x/2$.

Sendo x 10mm, a prótese definitiva poderá ter um cantilever de $10+5=15$ mm sendo o máximo possível de distância de um cantilever 15mm, podendo assim reabilitar a prótese com os primeiros molares.



Figura 12: Prova de mordida.

Realizou se uma prova de mordida com godiva para a montagem dos dentes no articulador. Com a mordida em godiva pode se transferir a dimensão vertical do paciente ao articulador. Ao ser um paciente desdentado, a toma de mordida se complica devido à falsa classe III que toma o paciente pela perda de dimensão vertical rodando de maneira anti-horária a mandíbula para cima. Tomamos medida do paciente em relação cêntrica realizando a manobra de Dawson. Marcamos ao

técnico de laboratório a linha média, a linha de sorriso, e a posição dos nossos dentes na arcada. Se optou pela cor A2 e com uma forma quadrangular.

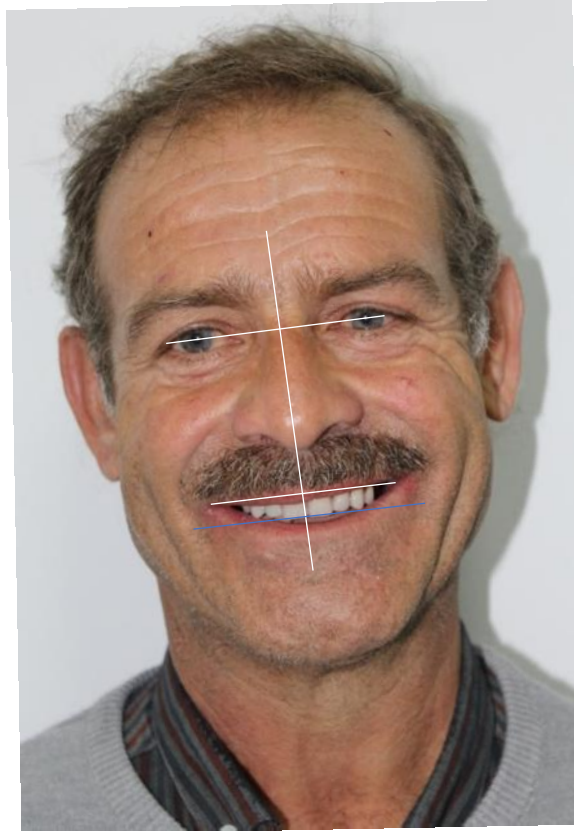


Figura 13: Prova de dentes.

Na prova de dentes comprovou-se que tinha uma ampla passagem labial,, difícil de corrigir pela atrofia maxilar. Se modificou o segundo quadrante para corrigir o 2.3 e 2.4 que ficavam muito extraídos, e que para além disso, trazia um impacto visual acrescido pelo assimétrico sorriso labial do paciente.

Resultados

Como resultado do tratamento imediato obteve se uma prótese híbrida provisória superior, que nos serviu de guia para a futura produção da prótese provisional inferior, e posteriormente, ambas servirão de base para a produção das suas próteses definitivas.

No que concerne à reabilitação funcional, conseguiu se satisfazer as expectativas estéticas do paciente na sua totalidade e parcialmente no que diz respeito à sua funcionalidade, já que para garantir a osteointegração dos implantes,

deve se deixar uma oclusão baseada na desprogramação da mordida em sectores posteriores, visto que aí se produzem as forças mastigatorias.

Uma vez finalizado o período de integração dos implantes (total de seis meses), se procederá com a produção da prótese definitiva, repetindo os mesmos procedimentos protésicos..

Se fará correcção, se necessário, dos defeitos estéticos que não se obtiveram com o provisional.

O paciente apresentará uma mucosa estável para a toma de registos e assim se reabilitará com uma oclusão que permita recuperar totalmente a função mastigatória.



Figura 14: Foto pre e pós cirurgia com prótese provisional.

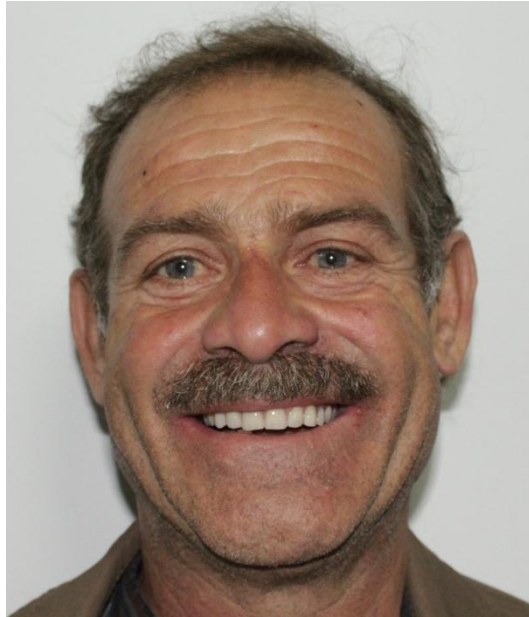


Figura 15: Prótese híbrida provisional superior.



Figura 16: Reabilitação provisional com prótese híbrida em ambos maxilares.

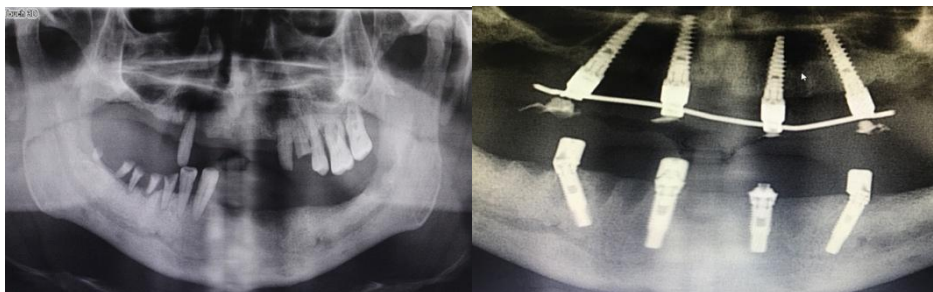


Figura 17: Comparação de radiografias, pré e pós cirurgias.

Discussão

As técnicas de reabilitação não imediata com implantes nos permite conseguir resultados similares tanto estética como funcionalmente, apesar destas técnicas necessitarem de intervalos de tempo mais longos de fase protética.

Uma das vantagens da técnica *All-on-four* é que nos permite reabilitar arcadas atróficas evitando cirurgias de regeneração e o tempo de espera de que disso advém. Outra vantagem é que a disposição dos implantes, nos permite utilizar los com maior longitude, alcançando assim estruturas ósseas mais duras, que permitem a carga imediata, ao contrário de outras técnicas implantológicas.

No que concerne à parte de reabilitação protésica desta técnica, com as próteses híbridas, ou próteses Toronto, devemos ter em conta que o espaço mínimo intermaxilar, para ser reabilitado, deve ser $>12-14\text{mm}$, neste caso ao ter maior reabsorção de tecidos, podemos compensar a estética e os volumes perdidos adicionando à prótese material de preenchimento. Se utilizou resina acrílica, que contemporaneamente é muito utilizada ainda. Um dos seus grandes defeitos, é o grande desgaste que tem e possíveis fracturas que origina. Existem autores que referem utilizar compostos de nova geração para evitar estas deficiências.

Os inconvenientes desta técnica em geral são, o grau de implicação do paciente no tratamento, devendo de realizar uma higiene exaustiva e uma dieta leve durante o período de osteointegração, já que é proporcional ao êxito da reabilitação. Outra desvantagem é a necessidade de uma técnica cirúrgica deputada, Já que devemos de ser capazes de dar estabilidade primária aos implantes, com um torque alto, já que é fundamental para serem carregados.

Na carga diferida algumas destas limitações não existem, já que a dose protésica se realizará uma vez que os implantes estejam totalmente osteointegrados.

Há que garantir que um bom diagnóstico é realizado, já que nem todos os pacientes podem ser reabilitados com uma prótese híbrida, nem realizar carga imediata.

CONCLUSÃO

Conseguiu se cumprir as expectativas do nosso paciente, graças à carga imediata e à reabilitação provisional com as suas próteses híbridas. Em 24 horas o paciente voltou a sorrir sem complexos. Pediu incluso, para realizar tratamento no maxilar inferior de imediato. Em dez dias o paciente tinha realizadas ambas reabilitações. Atualmente se encontra em período de osteointegração, passados os requeridos seis meses, realizaremos um diagnóstico para estabelecer as modificações estéticas desejadas, desenvolver os esquemas de oclusão definitivos e a elaboração das próteses definitivas.

REFERÊNCIAS

1. SCHNITMAN PA, WOHRLE PS, RUBENSTEIN JE. **Immediate fixed interim prostheses supported by two-stage threaded implants: methodology and results.** J Oral Implantol 1990; 16:96-105.
2. MALO P, RANGERT B, NOBRE M. **«All-on-Four» immediate-function concept with Brånemark System implants for completely edentulous mandibles: a retrospective clinical study.** Clin Implant Dent Relat Res. 2003;5 (Suppl 1);2-9.
3. MALO P, RANGERT B, NOBRE M. **«All-on-Four» immediate-function concept with Brånemark System implants for completely edentulous maxillae: a 1-year retrospective clinical study.** Clin Implant Dent Relat Res. 2005;7 (Suppl 1);88-94.
4. MAURO FRADEANNI. **Rehabilitación estética en prostodoncia fija.** Quintessence, SL;2006.
5. GALLUCCI GO, BERNARD JP, BERTOSA M, BELSER UC. **Immediate loading with fixed screw-retained provisional restorations in edentulous jaws: the pickup technique.** Int J Oral Maxillofac Implants. 2004 Jul-Aug;19(4):524-33.
6. BALSHE TJ, WOLFINGER GJ. **Immediate loading of Brånemark implants in edentulous mandibles: a preliminary report.** Implant Dent. 1997 Summer;6(2):83-8.
7. HORIUCHI K, UCHIDA H, YAMAMOTO K, SUGIMURA M. **Immediate loading of Brånemark system implants following placement in edentulous patients: a clinical report.** Int J Oral Maxillofac Implants. 2000 Nov-Dec;15(6):824-30.
8. FRIBERG B, SENNERBY L, LINDEN B, GRÖNDAHL K, LEKHOLM U. **Stability measurements of one-stage Brånemark implants during healing in mandibles. A clinical resonancefrequency analysis study.** Int J Oral Maxillofac Surg. 1999 Aug;28(4):266-72.
9. ALFADDA SA. **Early and immediate loading protocols for overdentures in completely edentulous maxillas: a comprehensive review of clinical trials.** JContemp Dent Pract. 2014 Nov 1;15(6):797-805. Review.
10. AL-SAWAI AA, LABIB H. **Success of immediate loading implants compared to conventionally-loaded implants: a literature review.** J Investig Clin Dent. 2016 Aug;7(3):217-24. doi: 10.1111/jicd.12152. Review.

11. LÓPEZ CS, SAKA CH, RADA G, VALENZUELA DD. **Impact of fixed implant supported prostheses in edentulous patients: protocol for a systematic review.** *BMJ Open*.2016 Feb 23;6(2):e009288. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009288. Review.