

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Marcel Iwasaki

**REABILITAÇÃO DE PACIENTE DESDENTADO CLASSE III DE KENNEDY
USANDO O SISTEMA DE ATTACHMENTS MK1 SOBRE IMPLANTES**

Porto Velho
2020

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Marcel Iwasaki

**REABILITAÇÃO DE PACIENTE DESDENTADO CLASSE III DE KENNEDY
USANDO O SISTEMA DE ATTACHMENTS MK1 SOBRE IMPLANTES**

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Area de concentração:
Implantodontia

Orientador: Bruno Costa M. de Sá

Co- Orientador: Luanna Farias de Melo

Porto Velho
2020

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

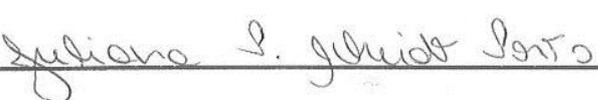
Artigo intitulado **REABILITAÇÃO DE PACIENTE DESDENTADO CLASSE III DE KENNEDY USANDO O SISTEMA DE ATTACHMENTS MK1 SOBRE IMPLANTES**, de autoria do aluno Marcel Iwasaki, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Orientador



Co – Orientador



Professor Convidado

Porto Velho, 05 de dezembro de 2020

REABILITAÇÃO DE PACIENTE DESDENTADO CLASSE III DE KENNEDY USANDO O SISTEMA DE ATTACHMENTS MK1 SOBRE IMPLANTES

Resumo: Apesar do constante uso das Próteses Parciais Removíveis, muitos pacientes se mostram insatisfeitos com a retenção, estabilidade e estética desse tipo de prótese. O sistema de encaixes MK1, desenvolvido por Manfred Kipp, apresenta melhor estabilidade, retenção, suporte, estética, função mastigatória, fonação, aceitação por parte do paciente e fácil higienização. Neste artigo, relatamos o caso clínico de uma reabilitação mandibular parcial dento – implanto – muco suportada, desde a instalação dos implantes até a entrega da Prótese Parcial Removível retida pelo sistema de encaixes MK1. Apesar das dificuldades do caso (laboratórios e custos), o tratamento planejado foi finalizado com total sucesso e satisfação da paciente.

Palavras chaves: Encaixe de Precisão de dentadura. Encaixe intracoronário. Implantação dentária. Implantes dentários para um único dente.

Introdução

A reabilitação dentária através de próteses parciais removíveis com encaixes ainda é uma prática comum nos consultórios odontológicos, apesar do grande avanço dos tratamentos reabilitadores implanto suportados e restaurações em dissilicato de lítio. Atualmente, existem vários tipos de attachments rígidos, semi – rígidos e resilientes como O’ring, Dalla Bona, CEKA entre outros que apresentam suas indicações precisas, vantagens e desvantagens¹.

O attachment MK1(GmbH, Alemanha) é um sistema de encaixe rígido (ou não resilientes), onde a prótese é retida e suportada integralmente pelos implantes. Sendo assim, mesmo que a prótese esteja apoiada sobre a área basal, a mucosa não exerce função de suporte, ficando restrita somente aos implantes ou dentes pilares².

O responsável pelo desenvolvimento e confecção dos attachment MK1 foi Manfred Kipp (1986 – 1988), apresentando – se comercialmente com duas chaves, dois machos e duas fêmeas (figura 1). A fêmea ficará conectada ao prótese parcial removível³.



Figura 1 – Composição do attachamant MK1 Plus.

Os encaixes MK1 apresentam algumas vantagens em relação aos outros tipos de attachments, entre elas: melhor estabilidade, retenção, suporte, estética, função mastigatória, fonética e boa aceitação por parte do paciente devido a esse tipo de attachment possuir características aproximadas de uma prótese parcial fixa. Além disso, os encaixes MK1 permitem uma melhor distribuição de forças, desenho simples, fácil higienização e ausência de cantilever⁴.

Pode ser utilizado em quase todos os tipos de próteses: prótese unilateral, PPRs, overdentures e conjugadas com próteses fixas. Foi largamente testado e utilizado em hospitais universitários e por dentistas e laboratórios de Prótese em todo mundo, tendo se mostrado superior em relação ao custo benefício, simplicidade de uso e longevidade¹.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de reabilitação protética inferior utilizando os encaixes rígidos MK1 suportado por implantes.

Relato de caso

Paciente H.C.B, gênero feminino, 58 anos, caucasiana, compareceu com o objetivo de reabilitar a arcada inferior com “algum tipo de encaixe que substitua os grampos vestibulares da PPR”, por motivos estéticos. Foi solicitado a tomografia computadorizada mandibular bilateral, onde verificamos a deficiência óssea para instalação de implantes e a condenação dos elementos 34 e 44. Durante o exame clínico, observou-se mobilidade dos mesmos. Na anamnese, a paciente não relatou nenhum dado médico relevante, possuindo bom estado de saúde geral. Também recusou a proposta de cirurgia para enxertos ósseos devido a morbidade que causa essas cirurgias e ao tempo que ficaria sem poder usar uma prótese. O plano de tratamento proposto foi instalar implantes imediatos na região dos elementos 34 e 44 e após 6 meses, reabilitar a paciente com uma PPR utilizando encaixes MK1 (figuras 2, 3 e 4).

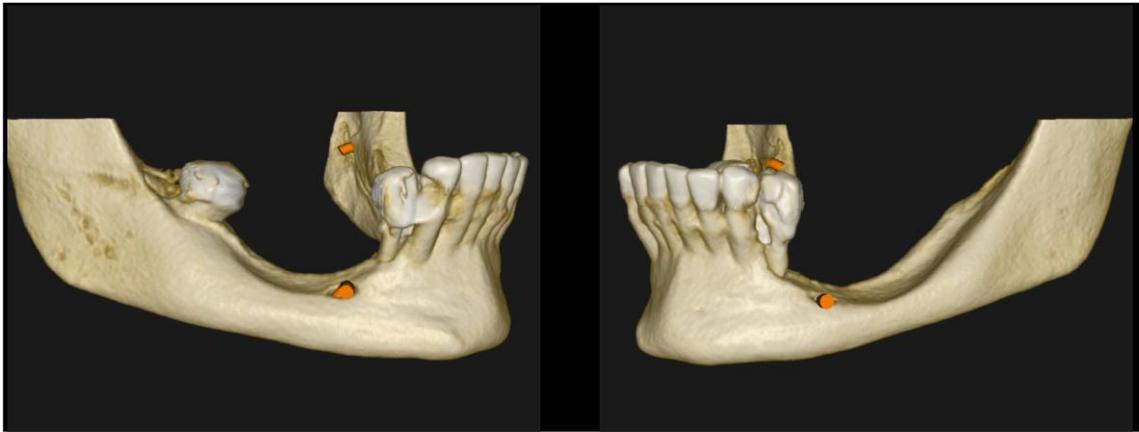


Figura 2 – Reconstrução 3D da Tomografia Computadorizada mostrando a deficiência óssea.



Figura 3 – Reconstrução parcial panorâmica – altura óssea insuficiente para instalação de implantes.



Figura 4 – Caso clínico inicial – nota-se sangramento gengival devido a mobilidade dentária.

No dia combinado, com a paciente já pré medicada com um comprimido de Amoxicilina 500MG e 1 comprimido de Nimesulida 100mg, iniciamos a cirurgia com anestesia do nervo alveolar inferior direito e esquerdo e posteriormente anestesia no nervo mentoniano direito e esquerdo (mepiadre 100, DFL, Rio de Janeiro- Brasil). Foi realizado primeiramente a exodontia do elemento 34, seguido por incisão supracrestal com relaxante na mesial do elemento 33, fresagem com broca lança, broca piloto 2mm e broca piloto 3,5mm com velocidade de 1200rpm. A instalação do implante dentário com diâmetro 3,75 x 9mm (Neodent, Curitiba - Brasil) foi realizada com rotação de 20rpm. Em seguida, foi realizado a exodontia do elemento 44, seguido por incisão supracrestal com relaxante na mesial do elemento 43, fresagem com broca lança, broca piloto 2mm e broca piloto 3,5mm com velocidade de 1200rpm. A instalação do implante dentário com diâmetro 3,75 x 9mm (Neodent, Curitiba - Brasil) foi realizada com rotação de 20rpm. (Figura 5). Foi realizada a sutura com fio Mononylon 4-0 (Ethicon, São Paulo – SP). Uma prótese parcial removível provisória foi confeccionada e reembasada com resina soft VOCO para reembasamento (VOCO, Cruxheaven, Alemanha) (figura 6). A medicação pós-operatória foi a continuação da Amoxicilina 500 mg por 7 dias sendo 3 comprimidos ao dia e Nimesulida 100 mg sendo 2 comprimidos ao dia. A paciente foi instruída aos cuidados pós-operatórios e aguardar 6 meses para o período de ósseointegração.

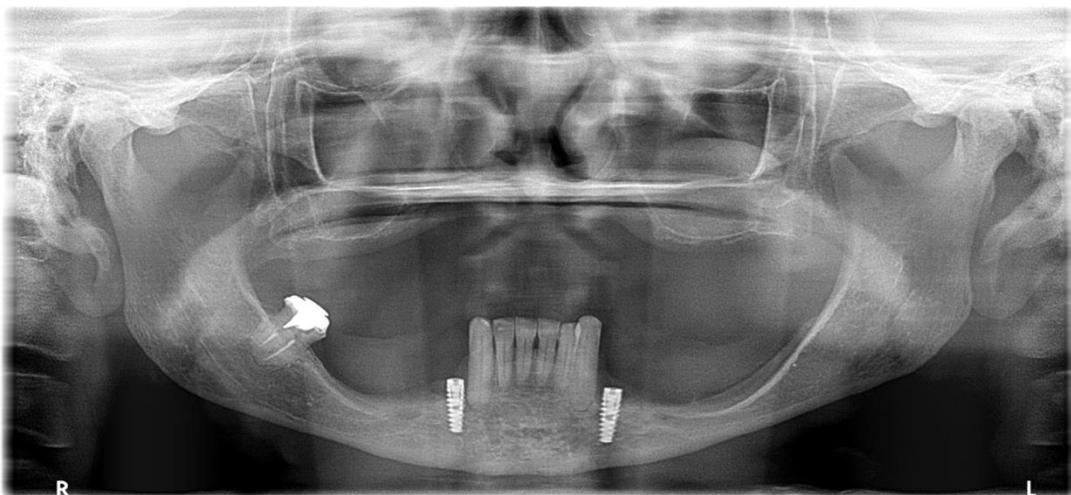


Figura 5 – Raio – X panorâmico dos implantes instalados.



Figura 6 - Material reembasador pasta/pasta VOCO (Alemanha).

Seis meses após a instalação dos implantes, a paciente retornou ao consultório para o início da fase protética do tratamento (figura 7).



Figura 7 – Retorno da paciente 6 meses após a instalação dos implantes.

Realizada a reabertura para acesso aos implantes, foi instalado o componente Pilar CM (Neodent, Curitiba- Brasil), (o encaixe MK1 exige um componente não rotacional) com altura de 1,5mm de transmucoso e 32N de torque. Apesar do componente ficar supra gengival, esse fato foi tolerado pois o tratamento não exige estética (figura 8).



Figura 8– Instalação do componente Pilar CM.

Foi realizada a moldagem com a técnica de moldeira aberta e encaminhado ao laboratório que iniciou o enceramento dos attachmants para posterior fundição e prova (Figura 9 e 10).

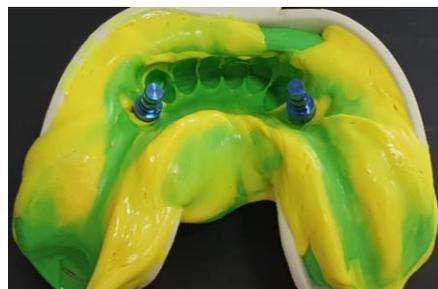


Figura 9 e 10 – Transferentes para moldeira aberta / moldagem com os análogos posicionados.

Após a prova dos attachmants fundidos em boca, prova da estrutura metálica da Prótese Parcial Removível e prova da montagem dos dentes, foi realizada a acrilização da peça. A primeira parte dos attachments (fêmea) foram parafusados sobre os componentes com 20N de torque. A segunda parte dos attachments (macho) foram fixados no interior da Prótese Parcial Removível (figuras 11 e 12). A prótese foi entregue e a paciente foi instruída sobre como utilizar e higienizar a peça(figuras 13 e 14).



Figura 11 e 12 – Primeira parte (fêmea) parafusada sobre os implantes / estrutura metálica da PPR com a segunda parte (macho) em posição.



Figura 13 e 14 – Prova dos dentes / Prótese finalizada.

Discussão

Apesar da evolução das técnicas de enxertia óssea e do enxerto autógeno ainda ser a melhor opção para as reconstruções maxilomandibulares, sendo relatada como padrão ouro, a necessidade de uma área doadora não é a única desvantagem quanto a esse procedimento. O mesmo também está limitado quanto a necessidade de material doador requerido. Uma área de grande defasagem (como a do caso em questão), faz-se necessário intervir em uma cirurgia extra oral, o que gerará maior desconforto ao paciente e aumento significativo da morbidade⁵.

Na reabilitação de pacientes parcialmente edentados e com rebordos extremamente absorvidos em que a prótese tradicional não se mostra satisfatória e o paciente não queira se submeter às cirurgias de enxertia óssea, o uso de próteses implanto – retidas constituem uma excelente alternativa, conferindo uma maior retenção, estabilidade e suporte frente às forças horizontais quando comparadas a outros sistemas de retenção, tais como magnetos e sistema bola. Autores como LENHARO & COSSO (2000)⁶, concordam que essas sobredentaduras retidas pelo sistema de encaixe MK1 oferecem a mesma rigidez proporcionada por próteses fixas, porém permitindo aos pacientes condições de higienização mais favoráveis; também proporcionam uma adequada retenção e estabilidade da sobredentadura, possibilitando a remoção da cobertura palatina e uma adequada sustentação labial dos pacientes.

A utilização de attachments do tipo MK1 é mais uma opção que os cirurgiões dentistas têm quando se vêem diante de casos mais complexos, podendo ter excelentes resultados, respeitando-se a condição dos implantes. Sua utilização contribui muito para a reintegração social do paciente por gerar melhor retenção, estabilidade, estética e criando menor dificuldade de adaptação (BONACHELA, 1999)⁷. Com esse sistema, conseguimos suprir todas as condições impostas pelo paciente, respeitando todos os limites que o caso exigia.

Ao usar o attachmant MK1, os protesistas devem estar familiarizados com as características e indicações do acessório. Enquanto isso, devemos fortalecer

a comunicação médico-paciente e acompanhar os pacientes em tempo hábil, a fim de melhorar a taxa de sucesso do reparo da prótese acoplada ao MK1⁸.

Conclusão

O sistema de attachments MK1 representa uma opção viável e versátil para uso das reabilitações protéticas sobre implantes. No caso clínico em questão, o mesmo permitiu uma melhor distribuição de forças, apresentou desenho simples, mais facilidade na higienização e uma grande rigidez quando comparados a outros sistemas de encaixes sobre implantes para próteses parciais removíveis, devolvendo à paciente suas funções mastigatórias, fonéticas e estéticas além da longevidade do tratamento.

Abstract: Apesar do uso constante das Protéses Parciais Removíveis, muitos pacientes se mostram insatisfeitos com a retenção, estabilidade e estética desse tipo de prótese. O sistema de encaixes MK1, desenvolvido por Manfred Kipp, apresenta melhor estabilidade, retenção, suporte, estética, função mastigatória, fonação, aceitação por parte do paciente e fácil higienização. Neste artigo, relatamos o caso clínico de uma reabilitação parcial mandibular dento - implanto - muco suportada, desde a instalação dos implantes até a entrega da Prótese Parcial Removível retida pelo sistema de encaixes MK1. Apesar das dificuldades do caso (laboratórios e custos), o tratamento planejado foi finalizado com total sucesso e satisfação do paciente.

Key Word: Denture precision attachment. Intracoronal attachment. Dental implantation. Dental Implants, single - tooth

Referências Bibliográficas

1. Guerra Neto CLB., Silva, MAM, Alves Jr C, Guerra PVA, Rego DM. Sistema de Attachments MK1 em Overdentures para reabilitação oral. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde. 2011; páginas 1-7
2. Dinato CJ, Polido DW. Implantes osseointegrados. Revista São Paulo: Artes Médicas 2001.
3. Kipp M. Die Erweiterung von semipermanent festsitzenden Brücken in herausnehmbare Teilprothesen durch Einbau des MK1 Universal - Attachments. Sande/Alemania. Dent Labor, 1997.
4. Kipp M, Overdenture: study prospective 2006. Disponível online em www.servodontal.com.br
5. Pinto, JGS, Ciprandi MTO, De Aguiar RC, Lima PVP, Hernandez PAG, Silva Júnior AN. Enxerto autógeno x biomateriais no tratamento de fraturas e deformidades faciais—uma revisão de conceitos atuais. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, 2007; 12(3): 79-84.
6. Lenharo A, Cosso F. Sobredentaduras: sistema de barra-dupla: relato de caso clínico. Innovations Journal. V. 4, N. 1, p. 14-17, 2000.
7. Bonachela WC, Rossetti PH, Freitas R. Reabilitação oral com emprego de próteses parciais removíveis de precisão. In: Vanzillott OS, Salgado LP. Atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro; 1999. Cap.1, p.557-75.
8. Wu ZH, Zhang XJ, Zhao J. The reasons why 13 MK1 attachment were re-fabricated and some methods for improvement. Shanghai Kou Qiang Yi Xue. 2013 Dec;22(6):715-7

