



REABILITAÇÃO ORAL DE UM PACIENTE DESDENTADO PARCIAL BILATERAL POSTERIOR DE LONGA DURAÇÃO COM COLAPSO DA SUA OCLUSÃO - UMA ABORDAGEM COM TERAPIA IMPLANTOLÓGICA

Introdução

A reabilitação oral de pacientes total ou parcialmente desdentados com próteses sobre implantes dentários tem se tornado, nas últimas décadas, num tratamento de eleição e com muito mais previsibilidade. Foram significativos os avanços científicos baseados no conceito da osteointegração pela primeira vez descrito por Branemark e Schroeder. A partir daí, tem existido um constante esforço por parte de investigadores, equipas clínicas e fabricantes empenhados em melhorar o desempenho dos implantes dentários

No caso específico desta apresentação, um dos fatores de risco mais relevante e preocupante, além da severa estrutura óssea da maxila com consequente pneumatização dos seios maxilares, foi o facto do paciente em questão ser um intenso fumador de tabaco há várias décadas. Como é sabido, o tabagismo está relacionado com a perda de implantes, aumento do risco de peri-implantite e perda óssea marginal peri-implantar. Além disto, o efeito do consumo do tabaco nos pacientes submetidos a procedimentos de enxertos ósseos para a elevação dos seios maxilares (*sinus-lift*)

um risco aumentado de perda de implante e peri-implantite (Heitz-Mayfield LJA et al., 2009).

Apresentação do caso clínico

Um paciente do sexo masculino, caucasiano, com 60 anos de idade e com condições clínicas gerais satisfatórias, recorreu à nossa clínica por se tratar de um desdentado parcial posterior bilateral de longa duração.

A sua queixa principal era uma grande deficiência na sua função mastigatória, decorrente das múltiplas perdas den-



Figs. 1 a 5. Caso inicial.

através da evolução dos seus desenhos, materiais e procedimentos clínicos. Esta constante evolução tem possibilitado reabilitar com sucesso pacientes com as mais variadas e complicadas situações clínicas que, de outra maneira, não teriam hipótese de receber um tratamento de qualidade.

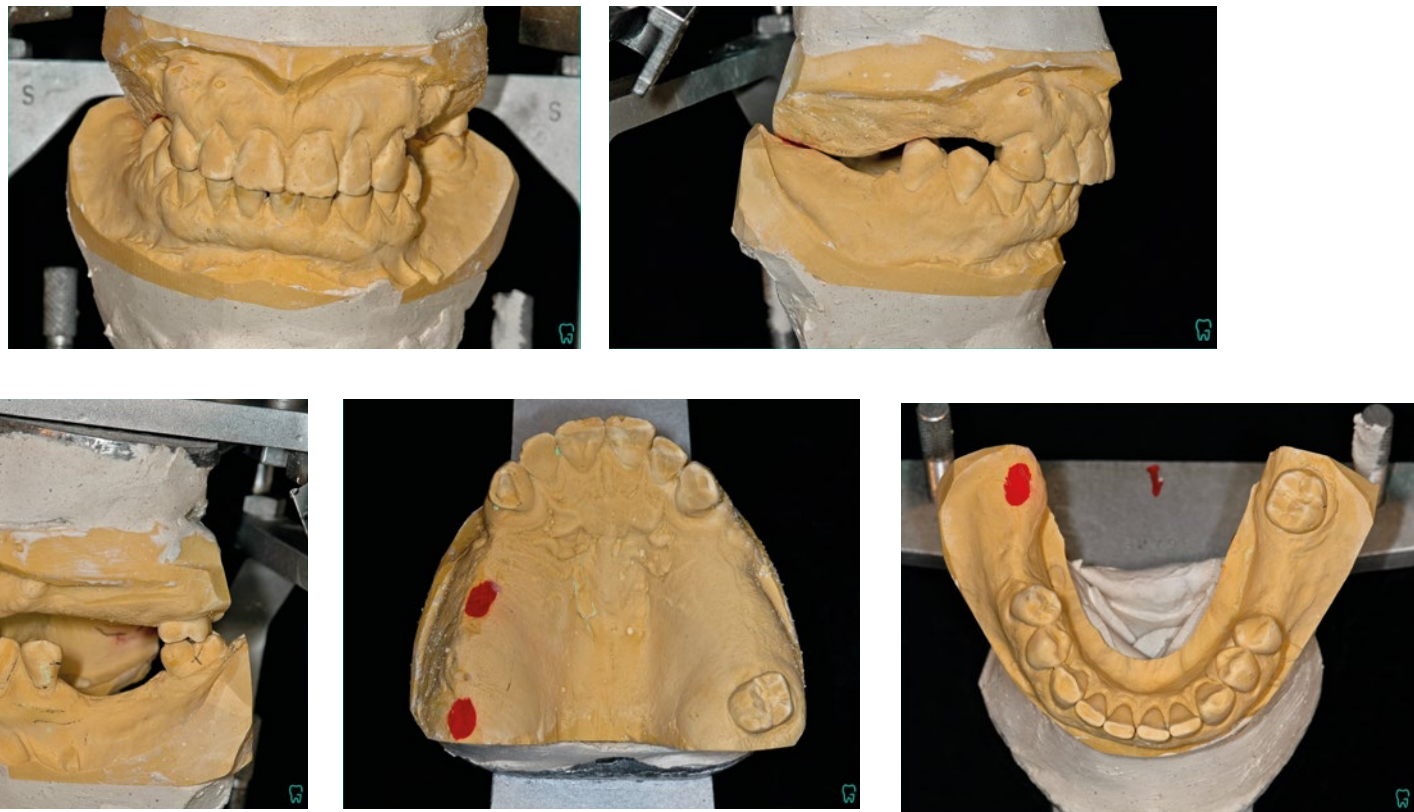
No entanto, é necessária uma avaliação criteriosa das condições clínicas dos pacientes, tendo em mente que fatores de riscos locais e sistémicos têm o potencial de influenciar as fases iniciais e tardias da terapia implantológica comprometendo uma saudável relação entre o implante de titânio e o tecido ósseo circundante.

pode aumentar de forma significativa a taxa de insucesso dos implantes colocados nestas regiões enxertadas. O tabagismo tem um efeito crónico a longo prazo em muito dos processos biológicos envolvidos nos sistemas inflamatório e imunológico destes pacientes, fornecendo uma explicação para uma mais baixa sobrevida dos implantes (Cochran DL et col., 2009.)

Embora não seja uma colocação absoluta, a instalação de implantes dentários em pacientes fumadores tem uma taxa de sobrevida menor (80% a 96%) do que os não fumadores. Por isto, os pacientes fumadores devem ser informados de

tárias que tinham ocorrido há décadas e que o obrigaram, desde então, a ter uma alimentação muito restritiva.

Aliado a isto, as "terríveis experiências" que teve aquando das extrações dos referidos dentes levaram-no a protelar, por décadas, a resolução do seu problema. Como resultado, como se pode verificar nas fotografias clínicas iniciais (Fig.1, Fig.2, Fig.3, Fig.4 e Fig.5) e modelos de estudo montados em articulador semi-ajustável (Fig.6, Fig.7, Fig.8, Fig.9 e Fig.10), houve grandes extrusões ósseas na mandíbula e na maxila com consequente pneumatização dos seios maxilares, constatadas na ortopantomografia inicial (Fig.11), que impossi-



Figs. 6 a 10. Modelo de estudo.



Fig. 11. Ortopantomografia.



Fig. 12.



Fig. 13.

bilitava a colocação de qualquer tipo de prótese dentária. O tecido gengival hipertrófico encontrado nas tuberosidades da maxila e na papila retromolar esquerda da mandíbula, resultado de décadas de traumatismos durante a mastigação, também em muito contribuíram para esta situação clínica.

Embora sendo um fumador intenso, não apresentava maior suscetibilidade à cárie ou à doença periodontal e mantinha uma higiene oral satisfatória. Mesmo assim, o paciente foi informado dos potenciais riscos decorrentes do tabagismo e a sua capacidade de afetar as diversas fases do tratamento, comprometendo-se assim a diminuir, ao máximo possível, o número de cigarros que fumava.

Do ponto de vista técnico, o grande desafio deste caso clínico foi definir os objetivos do tratamento e elaborar um plano de tratamento integrado que utilizasse meios e técnicas

(multidisciplinaridade) que permitissem alcançar estes mesmos objetivos. A falta de espaço inter-arcos nos setores posteriores e o seu restabelecimento foi o principal obstáculo a ultrapassar e uma meta a atingir para uma posterior reabilitação protética do paciente.

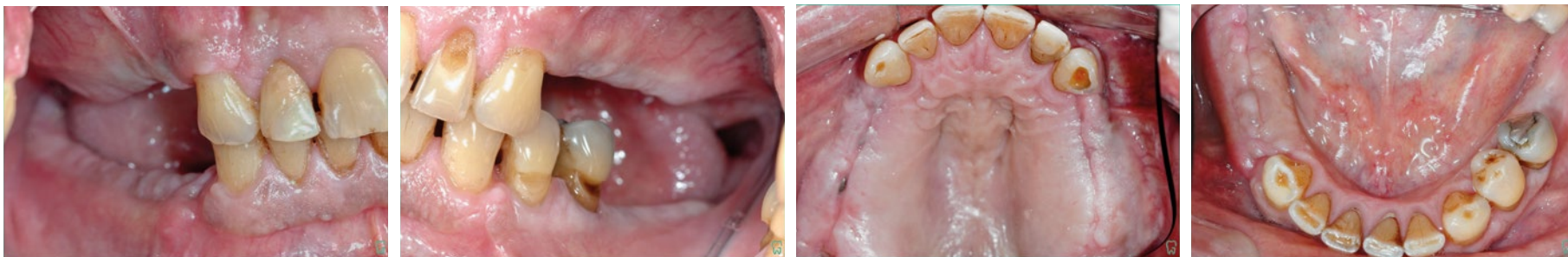
Num primeiro instante, o objetivo passaria por aumentar a dimensão vertical de oclusão (DVO) do paciente para recuperarmos o já referido espaço inter-arcos na região posterior. A presença de desgastes por abrasão e usura encontradas nos seus dentes anteriores, a ausência de uma contenção cêntrica nos dentes posteriores, além de imagem radiográfica sugestiva de trauma de oclusão nos molares poderiam, num primeiro momento, induzir neste sentido. No entanto, estes achados poderiam não traduzir uma efetiva diminuição da DVO, tornando-se essencial uma averiguação (através de um teste fonético, teste da deglutição, por exemplo) para

decidir aumentar ou não o Espaço Funcional Livre (EFL) do paciente. Em conclusão, foram estabelecidos objetivos clínicos específicos com o propósito de melhor direcionar o fluxo do tratamento visando oferecer uma excelente reabilitação funcional e estética para o paciente.

Procedimentos tais como: nivelamento do plano oclusal, *sinus-lift* bi-lateral, instalação de implantes dentários, restabelecimento de uma DVO compatível, restabelecimento de uma contenção cêntrica estável e uma guia anterior em harmonia foram alguns dos requisitos que se procuram atingir. (Dawson PE 1974. McNeil C 1997, Alonso AA et al.1999, Orthlieb JD et al. 2002)

Execução do plano de tratamento

Depois de uma consulta de higiene e fisioterapia oral, obtenção de modelos de estudo e ortopantomografia inicial,



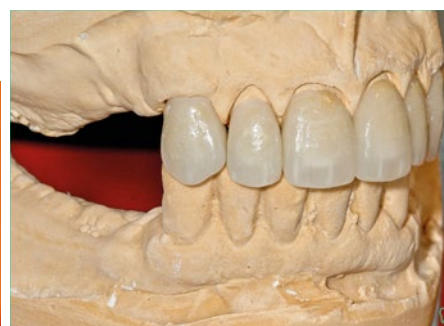
Figs. 14 a 17. Maturação tecidual.



Fig. 18. Durante o teste fonético.



Fig. 19. Modelo de trabalho.



Figs. 20 e 21. Coroas E-Max (Ivoclar).



Fig. 22. Preparo e moldagem dos dentes inferiores.



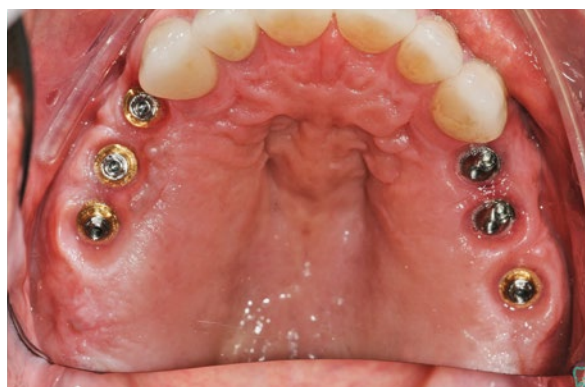
Fig. 23. Pilares multi-unit.



Fig. 24. Coroas e ponte metalocerâmicas posteriores mandíbula.



Figs. 25 a 27. Multi-unit maxila.





Figs. 28 a 31. Caso concluído.

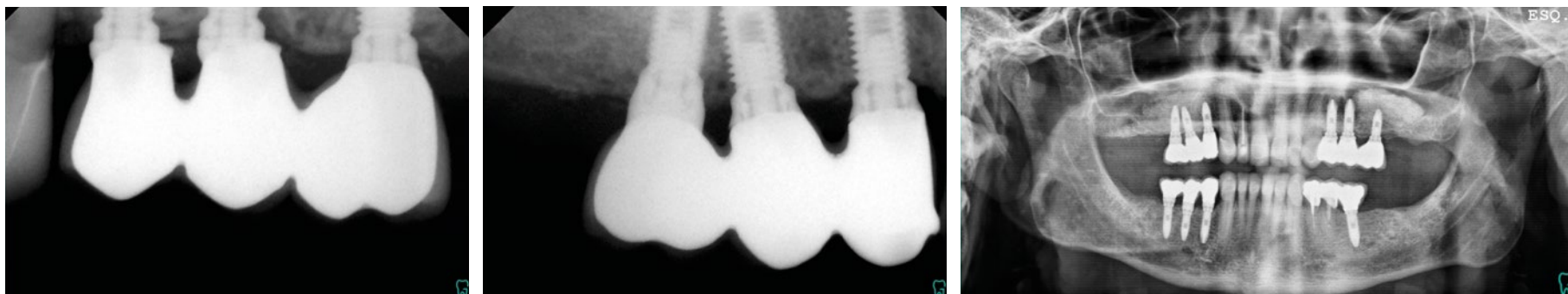


Fig. 32 e 33. Radiografia periapical de controlo (18 meses).

Fig. 34. Ortopantomografia de controlo (18 meses).

foi estabelecido um plano de tratamento integrado e executado como se segue:

1ª Intervenção cirúrgica

- Cirurgia periodontal para aumento de coroa clínica dos 34 e 35 + extração do 38;
- Colocação de implante no 36 (Neodent);
- *Sinus-lift* na região 25 e 26, Osso Autógeno+Cerabone -origem bovina (Botiss), Membrana de colágeno Jason (Botiss) e instalação imediata de implantes nos 24,25 e 26 (Neodent) + extração do 28 + eliminação tecido hipertrófico da zona da tuberosidade da maxila. (Fig.12)

2ª intervenção cirúrgica

- Cirurgia para as extrações dos 44 e 45 e nivelamento ósseo + eliminação do tecido hipertrófico;
- Colocação de implantes imediatos nos 44,45 e 46;
- *Sinus-lift* na região 15/16, Osso Autógeno + Cerabone - origem bovina (Botiss), Membrana de colágeno Jason (Botiss) e colocação imediata de implantes nos 14,15 e 16 (Neodent) + eliminação de tecido hipertrófico da zona da tuberosidade da maxila; (Fig.13)

Quinze dias após as intervenções, as suturas foram removidas e um período de osteointegração de cinco meses para a maxila e três meses para a mandíbula foram estabelecidos (Fig.14,15,16 e 17), onde já se pode observar um significativo aumento dos espaços inter-arcs. Foi durante esta fase de maturação tecidual que foi executado procedimento endodôntico no 34 e preparos e provisórios nos dentes remanes-

centes, que reestabeleceram a RC e DVO do paciente, que no presente caso pôde ser aumentada cerca de 1.5 mm (baseado no teste fonético previamente realizado, Fig.18). Todos os dentes anteriores receberam coroas de Dissilicato de Lítio (E-Max - Ivoclar Vivadent) (Fig.19,20, 21e 22) .

Uma segunda intervenção cirúrgica foi executada na mandíbula visando a exposição dos implantes e instalação de pilares *multi-unit* (Fig.23) sobre os mesmos (exceto no implante 36). Duas semanas depois, os dentes e implantes posteriores foram moldados e coroas provisórias confeccionadas e colocadas na boca.

Em seguida, cerca de um mês depois, foram colocadas ponte e coroas metalocerâmicas na mandíbula(Fig.24).

Os quadrantes posteriores maxilares foram os últimos a serem reabilitados (Fig.25, 26 e 27), em função do maior tempo requerido para a osteointegração e a necessidade de se estabelecer previamente o plano de oclusão do paciente nos dentes mandibulares. Pontes metalocerâmicas foram aparafusadas sobre os respetivos implantes (Fig.28,29,30 e 31). Radiografias de controlo cerca de 18 meses após instalação (Fig.32,33 e 34).

Conclusões

Apesar dos fatores de risco e situações limitativas encontradas neste caso clínico, a sua execução e conclusão foram bem-sucedidas. Para isto, contribuíram de forma decisiva um exame prévio e detalhado do paciente que nos permitiu estabelecer um plano de tratamento ordenado e integrado às suas reais necessidades. De facto, apenas os problemas corretamente diagnosticados podem ser resolvidos e, por

isto, tornou-se essencial uma criteriosa anamnese, exames clínicos e radiológicos associados a uma análise oclusal em modelos corretamente montados em articulador.

Daí, então, foi possível estabelecer um bom plano de tratamento cujo resultado final poderia, antecipadamente, ser visualizado.

Chegada a fase de execução deste plano, os diversos procedimentos foram implementados numa sequência lógica e ordenada, até se obter ao resultado final pretendido.

Até ao presente momento, o paciente encontra-se satisfeito e confortável com o seu tratamento, não apresentando quaisquer limitações de ordem funcional ou estética.

Nota do autor: todos os procedimentos clínicos e laboratoriais (protéticos) foram realizados pelo autor.

Contacto do autor: gilsonsneto@gmail.com

* Especialista em Prótese Dentária (UFRN); Mestre em Reabilitação Oral (USP/Bauru); Doutorado em Implantodontia (USC/Bauru; Director Clínico do Centro de Prevenção e Reabilitação Oral

Bibliografia

- Alonso A.A, et al. Oclusión y Diagnóstico em Reabilitación Oral, Ed Medica Panamericana. Cap.10e 11, 2003
 Cochran D.L et al. Consensus Statements and Recommended Clinical Procedure Regarding Risk Factors in Implant Therapy, JOMI, Vol 24 Supplement, 2009
 Dawson P.E. Evaluation, diagnosis, and treatment of occlusal problems, CVMosby, Chapt, 14, 20 e 21, 1974
 Heitz-Mayfield L. JA, Huynh-Ba, G. History of Treated Periodontitis and Smoking as Risks for Implant Therapy, JOMI, Vol.24 Supplement, 2009
 McNeil, C. Science and Practice of Occlusion. Quintessence Publishing Co, Inc., Chapt. 23e 31, 1997.
 Orthlieb J.D et al. Oclusão Principios prácticos, Artmed Editora, Cap.4 e 18, 2002