

REABILITAÇÃO TOTAL NO MAXILAR SUPERIOR SOBRE IMPLANTES

Introdução

Os pacientes totais ou parcialmente edêntulos apresentam um desafio clínico ao médico dentista. A grande reabsorção óssea muitas vezes dificulta ou mesmo impossibilita a utilização de próteses removíveis convencionais, tornando deficiente a função mastigatória, fonética e estética do sistema estomatognático; conseqüentemente, observam-se frequentemente uma perda da autoestima do paciente e uma redução da sua interação social.

O tratamento com recurso a implantes dentários tornou-se uma opção popular para muitos médicos dentistas e seus pacientes. A osteointegração resolveu as deficiências das próteses removíveis mucosuportadas e apresenta nos dias de hoje elevadas taxas de sucesso (>90% em 10 anos (Attard & Zarb 2004)).

Infelizmente, nem todos os tratamentos resultam de forma satisfatória do ponto de vista funcional, estético e biológico ou, noutras situações, não vão de encontro às expectativas do paciente.

Erros no diagnóstico, planeamento cirúrgico e protético muitas vezes obrigam a novas cirurgias e à realização de novas próteses, acarretando assim elevados custos monetários e biológicos.

Mesmo com as elevadas taxas de sucesso e sobrevivência dos implantes dentários (Esposito et al. 2005), existem muitas situações em que estes têm de ser removidos após a sua osteointegração (Lang et al. 2000). Complicações mecânicas, biológicas, paciente-dependentes, estéticas e protéticas podem acarretar a perda tardia dos implantes (Dawson & Jasper 2015; Al-Sabbagh & Bhavsar 2015).

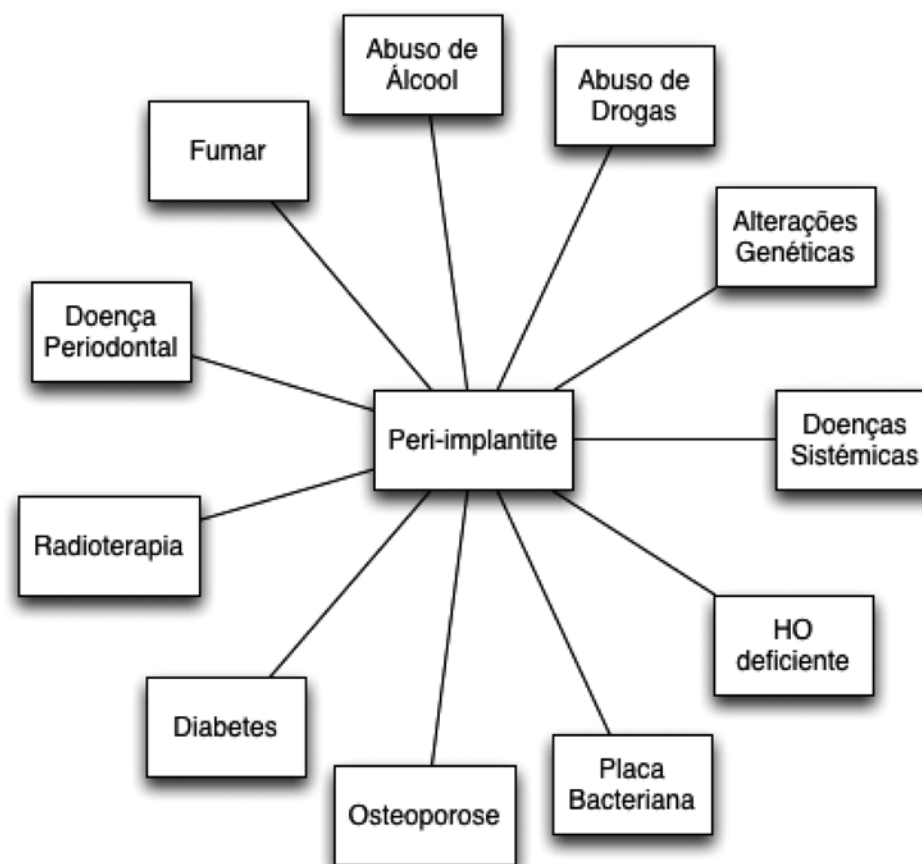


Fig. 1. Causas que favorecem a Peri-implantite. Adaptado de Dawson & Jasper (2015).



Dr. Cristiano Pereira Alves
Médico Dentista;
Prática Clínica em Reabilitação Oral



Dr. João Rui Galvão
Médico Dentista;
Prática Clínica em Reabilitação Oral



Dr. Francisco Delille
Médico Dentista;
Prática Exclusiva em Cirurgia e Implantologia Oral.
Diretor clínico, Clínica Delille

Relações anatómicas e funcionais inter-arcadas determinam o desenho, a necessidade de cirurgia pré-protética e o sucesso da prótese. O desenho de uma prótese implantossuportada para o paciente edêntulo tem de levar em consideração o espaço necessário para os componentes protéticos do sistema de implantes, subestrutura e material restaurador de cobertura. Por norma, restaurações fixas sobre implantes requerem um mínimo de 10mm desde os tecidos moles até à denteção oposta (McAndrew 2009). A colocação dos implantes guiados pela posição final protética não só torna a cirurgia mais previsível como diminui complicações relacionadas com a prótese a longo prazo (D'Souza & Aras 2012). A decisão entre uma prótese híbrida (metalo-acrílica) ou um desenho para uma metal-cerâmica vai depender de fatores económicos e do volume restaurador necessário. As próteses híbridas permitem um maior volume com um menor peso da estrutura final, comparado com as outras opções. Estruturas - metálicas ou de zircónia - revestidas a cerâmica ou estruturas de zircónia monolítica apresentam vantagens estéticas. A decisão entre ambas, por motivos puramente estéticos, não é fácil uma vez que a literatura mostra que resultados igualmente satisfatórios podem ser

alcançados com ambos os materiais (Gallucci et al. 2010). As próteses com estrutura metálica revestidas a cerâmica podem inclusivamente apresentar vantagens relativamente às estruturas em zircónia em situações de diminuído espaço inter-arcada em que os coletores entre os vários elementos estejam limitados em volume para conferir um arquétipo e perfil de emergência adequados nos vários elementos pñticos da prótese (Ouzer 2015).

Protocolos de carga precoce e imediata estão amplamente descritos na literatura científica. O sucesso da osteointegração nestes protocolos depende de fatores como a estabilidade implantar imediata, características geométricas e de superfície do implante, qualidade e quantidade óssea disponível, desenho da prótese provisória e desenho do esquema oclusal (Chiapasco 2004). A carga imediata é definida como implantes que ficam em função com carga oclusal até um máximo de 48h após a cirurgia; o desenho proposto na maxila é de 4 a 6 implantes, com uma prótese de arco completo (12-14 dentes) de peça única (Capelli et al. 2007). Este protocolo apresenta elevadas taxas de sobrevivência dos implantes e da restauração protética (Gallucci et al. 2009).

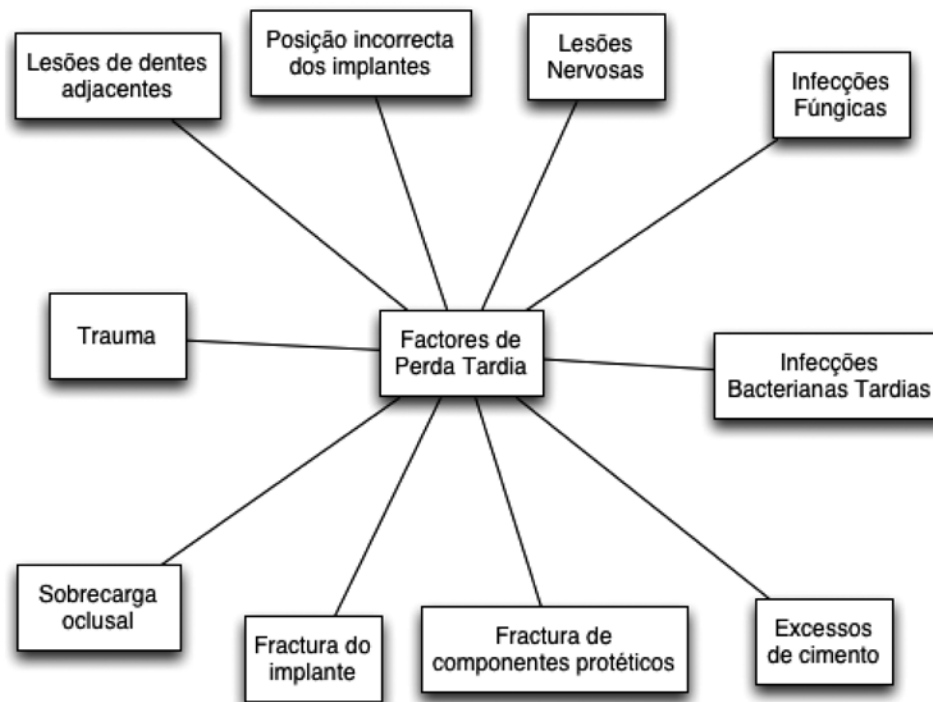


Fig. 2. Causas de perda tardia de implantes. Adaptado de Dawson & Jasper (2015).



Fig. 3. Ortopantomografia inicial.



Fig. 4. Inicial – Maxilar superior.

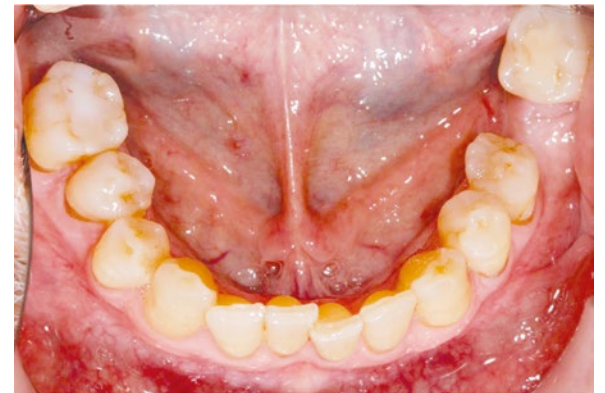


Fig. 5. Inicial – Mandíbula.



Fig. 6. Prótese acrílica que o paciente usava.



Fig. 7. Sorriso em repouso.



Fig. 8. Prova estética da nova provisória.

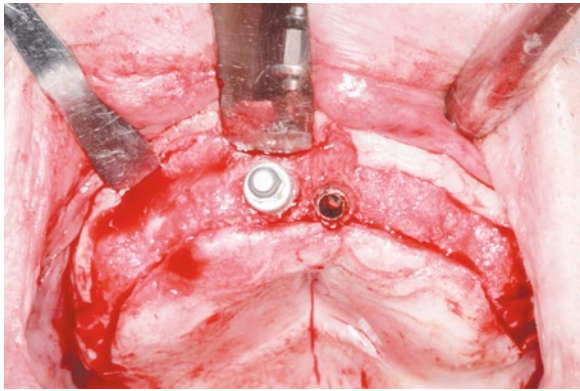


Fig. 9. Explantação dos implantes.

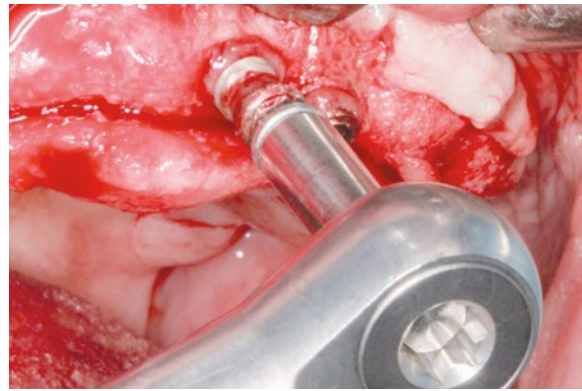


Fig. 10. BTI Implant Extraction System.

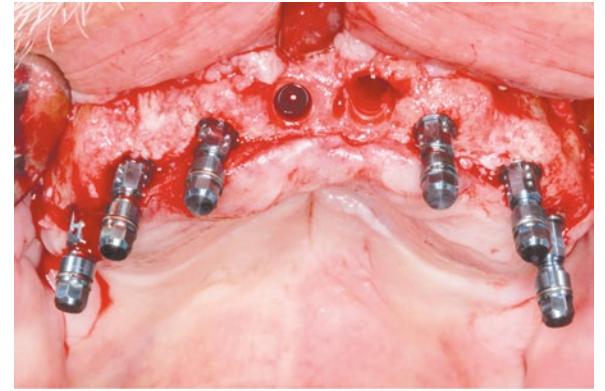


Fig. 11. Implantes Straumann BLT Roxolid SLActive 4.1mm.

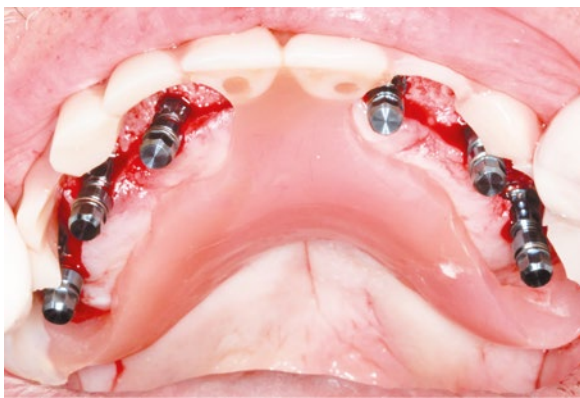


Fig. 12. Utilização da prótese do paciente como guia cirúrgico-protética.



Fig. 13. Prótese provisória sobre implantes colocada no mesmo dia da cirurgia.



Fig. 14. Prótese provisória após 3 meses da cirurgia.



Fig. 15. Prótese provisória após 3 meses da cirurgia.

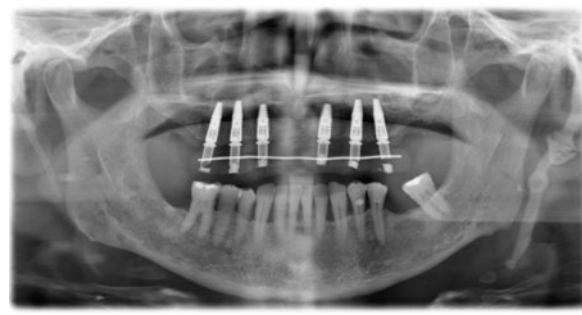


Fig. 16. Ortopantomografia com a prótese provisória *in situ*.



Fig. 17. Prova de plástico sobre estrutura metálica.



Fig. 18. Prova de passividade.



Fig. 19. Cicatrização dos tecidos.



Fig. 20. Vista frontal final.

Caso clínico

Paciente do sexo masculino, 68 anos de idade, sem doenças sistêmicas conhecidas, apresenta-se na clínica em busca de uma solução de reabilitação oral. O paciente encontrava-se motivado para uma reabilitação totalmente fixa. Apresentava edêntulismo total do maxilar superior e parcial mandibular e técnicas de higiene oral deficientes. Apresentava dois implantes no 2º sextante incorretamente colocados e com sinais claros de inflamação dos tecidos moles adjacentes (Figura 3). Após consulta de plano de tratamento e consulta com higienista oral, foram realizadas fotografias e modelos de estudo. O paciente foi educado de modo a manter da melhor forma possível uma adequada higiene oral. Um modelo superior foi obtido com recurso a uma moldeira individual e alginato. Após a determinação da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), linhas de sorriso, linha média e linhas de caninos com o uso de uma placa de registo intermaxilar, foi pedida uma prova estética ao laboratório. Uma vez aprovada pelo paciente e pelo médico, foi realizada a cirurgia. Procedeu-se à explantação dos implantes do 2º sextante utilizando o BTI Implant Extraction System. Foram colocados 6 implantes Straumann BLT Roxolid SLActive de 4.1mm de diâmetro nas posições de 16, 14, 12, 22, 24 e 26. Foi colocada a prótese provisória aparafusada aos implan-



Fig. 21. Vista oclusal.



Fig. 22. Vista final lateral.

tes. Após 3 meses, iniciaram-se os procedimentos protéticos de modo a obter a prótese definitiva metalo-cerâmica com gengiva rosa cerâmica.

Conclusão

As reabilitações orais fixas sobre implantes fazem parte da prática diária de muitas clínicas dentárias. Foram apresentadas opções e indicações de materiais para a prótese final. Protocolos de carga imediata apresentam elevadas taxas de sucesso para serem considerados como um procedimento de

rotina, sempre que se cumpram, com segurança, os critérios mencionados. Materiais totalmente cerâmicos ou de cerâmica sobre metal, em reabilitações múltiplas sobre implantes, podem apresentar resultados estéticos semelhantes. Para o sucesso estético e funcional, assim como um menor risco de complicações protéticas a longo prazo, a colocação dos implantes deve ser guiada com base no desenho final da prótese. ■

Agradecimento especial à técnica de prótese dentária Sara Ferreira e ao laboratório de prótese dentária LTD

Bibliografia

- Attard, N.J. & Zarb, G.A., 2004. Long-term treatment outcomes in edentulous patients with implant-fixed prostheses: the Toronto study. *International Journal of Prosthodontics*, 17(4), pp.425-433. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth-type=crawler&jrnl=08932174&AN=36877127&h=oil0dihSrMbtWswHC0m-OgomSUCz2%2FhgKRny9YCu5ciFbCOU9nl2kqAfKEDMH8YfYQa557%2B0YgkCR-reIHVv8FzQ%3D%3D&crl=c>.
- Capelli, M. et al., 2007. Immediate rehabilitation of the completely edentulous jaw with fixed prostheses supported by either upright or tilted implants: a multicenter clinical study. *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 22(4), pp.639-644. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=17929526&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- Chiapasco, M., 2004. Early and immediate restoration and loading of implants in completely edentulous patients. *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 19 Suppl, pp.76-91. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=15635948&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- D'Souza, K.M. & Aras, M.A., 2012. Types of implant surgical guides in dentistry: a review. *The Journal of oral implantology*, 38(5), pp.643-652. Available at: <http://www.joionline.org/doi/abs/10.1563/AAID-JOI-D-11-00018>.
- Dawson, D.R. & Jasper, S., 2015. Key systemic and environmental risk factors for implant failure. *Dental Clinics of North America*, 59(1), pp.25-39. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0011853214001037>.
- Esposito, M. et al., 2005. A 5-year follow-up comparative analysis of the efficacy of various osseointegrated dental implant systems: a systematic review of randomized controlled clinical trials. *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 20(4), pp.557-568. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=16161740&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- Gallucci, G.O. et al., 2010. Esthetic outcomes with porcelain-fused-to-ceramic and all-ceramic single-implant crowns: a randomized clinical trial. *Clinical Oral Implants Research*, 22(1), pp.62-69. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0501.2010.01997.x>.
- Gallucci, G.O., Morton, D. & Weber, H.-P., 2009. Loading protocols for dental implants in edentulous patients. *The International journal of oral & maxillofacial implants*, 24 Suppl, pp.132-146. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=19885441&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- Lang, N.P., Wilson, T.G. & Corbet, E.F., 2000. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clinical Oral Implants Research*, 11 Suppl 1, pp.146-155. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=11168263&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- McAndrew, K., 2009. Treating the Edentulous Patient with Dental Implant Therapy: A Review of Treatment Considerations. *Vistas Complete and Predictable Dentistry*, 2, pp.1-7.
- Ouzer, A., 2015. The Evolution and Fabrication of Implant-supported Full-arch Hybrid Prostheses. From Conventional Casted Metal to an All-Ceramic Zirconia. *The New York state dental journal*, 81(6), pp.44-49. Available at: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=26749784&retmode=ref&cmd=prlinks>.
- Al-Sabbagh, M. & Bhavsar, L., 2015. Key local and surgical factors related to implant failure. *Dental Clinics of North America*, 59(1), pp.1-23. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0011853214001025>.



**PRÉMIO NO VALOR DE 3500 EUROS
EM MATERIAL ORTODÔNTICO**

Prémio Ortodontia 2016

2ª EDIÇÃO

ENVIE-NOS O SEU TRABALHO ATÉ 31 DE AGOSTO
premio.ortodontia@jornaldentistry.pt