

¹ Dr. Filipe Lopes
² Dr. Bernardo Mira Corrêa

CARGA IMEDIATA EM IMPLANTE PÓS-EXTRAÇÃO COM REMOÇÃO DE QUISTO E EM IMPLANTES COM ELEVAÇÃO ATRAUMÁTICA TRANSCRESTAL: CASO CLÍNICO, FOLLOW-UP 3 ANOS



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

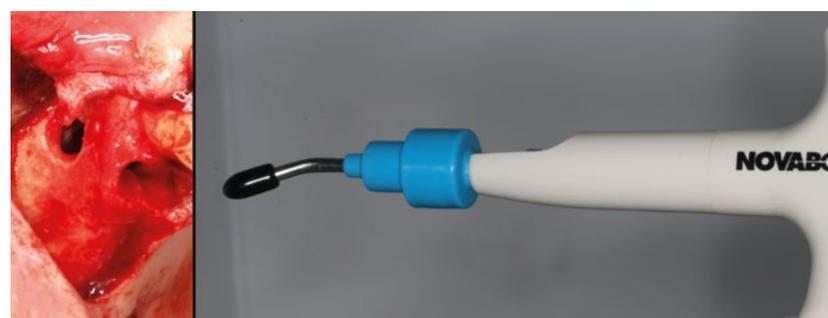


Fig. 4.

Introdução

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, ASA tipo 3, anticoagulado, com hipertensão controlada e com diabetes tipo 2 controlado. O paciente compareceu à consulta com o objectivo de reabilitar a zona desdentada do primeiro quadrante da maxila. Após avaliação clínica e imagiológica tomográfica constatou-se a existência de um quisto associado ao dente 15, bem como disponibilidade óssea limitada na zona desdentada do primeiro quadrante correspondente aos dentes 16 e 17, com respetivamente 2 e 3 mm de altura, de osso remanescente, para colocação de implantes. Obtida a autorização do médico cardiologista do paciente e instituída a terapia anticoagulante de substituição determinada, decidiu fazer-se a reabilitação desta zona por intermédio da colocação de três implantes dentários, num protocolo de carga imediata.

O plano foi discutido com o paciente e elaborado de forma a ter o menor impacto negativo possível na qualidade de vida do paciente.

As últimas revisões sistemáticas por Esposito et al. (2014) colocam a elevação do seio maxilar via transcristal, ainda que as alturas ósseas sejam muito reduzidas, pelo menos no mesmo patamar de sucesso que a abordagem lateral, comportando menos risco.

Neste caso planeou-se então a colocação de três implantes dentários. Na região do 15 fez-se a extração do dente, a

remoção do quisto e uma abordagem mista para a elevação do seio maxilar, pois a deiscência óssea produzida pelo quisto possibilitou um acesso sinusal adicional ao acesso alveolar. Nos dentes 16 e 17 foram colocados 2 implantes dentários com enxerto ósseo simultâneo. O enxerto utilizado foi o fosfosilicato de cálcio (Novabone®), que para além da facilidade de aplicação tem propriedades de osteoestimulação únicas, reconhecidas pela FDA, enxerto aloplástico osteoestimulador. Neste caso, desde logo, antecipou-se uma dificuldade importante: a obtenção de estabilidade primária, quer na zona da extração e remoção do quisto, quer nas zonas desdentadas que lhe são adjacentes, será difícil de conseguir, dada a escassez de osso. Assim, a macrogeometria do implante ganha aqui uma importância fulcral.

Neste caso, foram colocados três implantes AnyRidge Megagen®. Das muitas razões para a escolha deste sistema destacam-se as seguintes, altamente diferenciais relativamente a qualquer outro implante disponível no mercado:

1. o desenho da região coronal do implante permite a colocação de implantes de qualquer diâmetro sem o perigo de gerar compressão óssea cortical com a subsequente reabsorção óssea que daí decorre - este é um fator diferencial único deste sistema;

2. as espiras em lâmina de faca, bem como a sua profundidade até ao corpo do implante, possibilitam uma estabilidade primária única com uma preparação muito pouco invasiva, deixando espaço suficiente entre as espiras para a angiogénese e formação óssea, permitindo atingir um BIC muito satisfatório em muito pouco tempo;

3. o desenho do ápice do implante permite a colocação de implantes de maior diâmetro através de preparos de menor diâmetro, o que significa que, em situações críticas, como aquela que representa este caso clínico, é possível colocar implantes de maior diâmetro sem correr o risco de, com a osteotomia de preparação do leito implantar, provocar fraturas indesejáveis na região mais coronal do preparo e na cortical vestibular.

Procedimento Cirúrgico

Após anestesia infiltrativa supra-perióssea do primeiro quadrante da maxila, correspondente aos dentes 14 15 16 17, fez-se uma incisão crestal palatinizada na região correspondente aos dentes 15 e 16, procedeu-se em seguida à extração do dente 15. Na região do dente 15 havia já uma deiscência óssea de cerca de 10mm, provocada pela formação quística. Procedeu-se à remoção completa do quisto, aumentando a deiscência vestibular com osteotomia, para



Fig. 5.

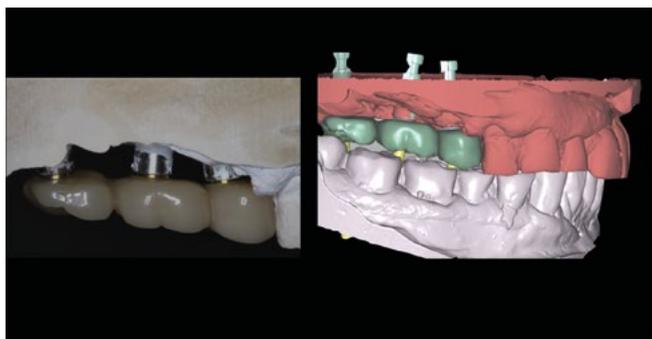
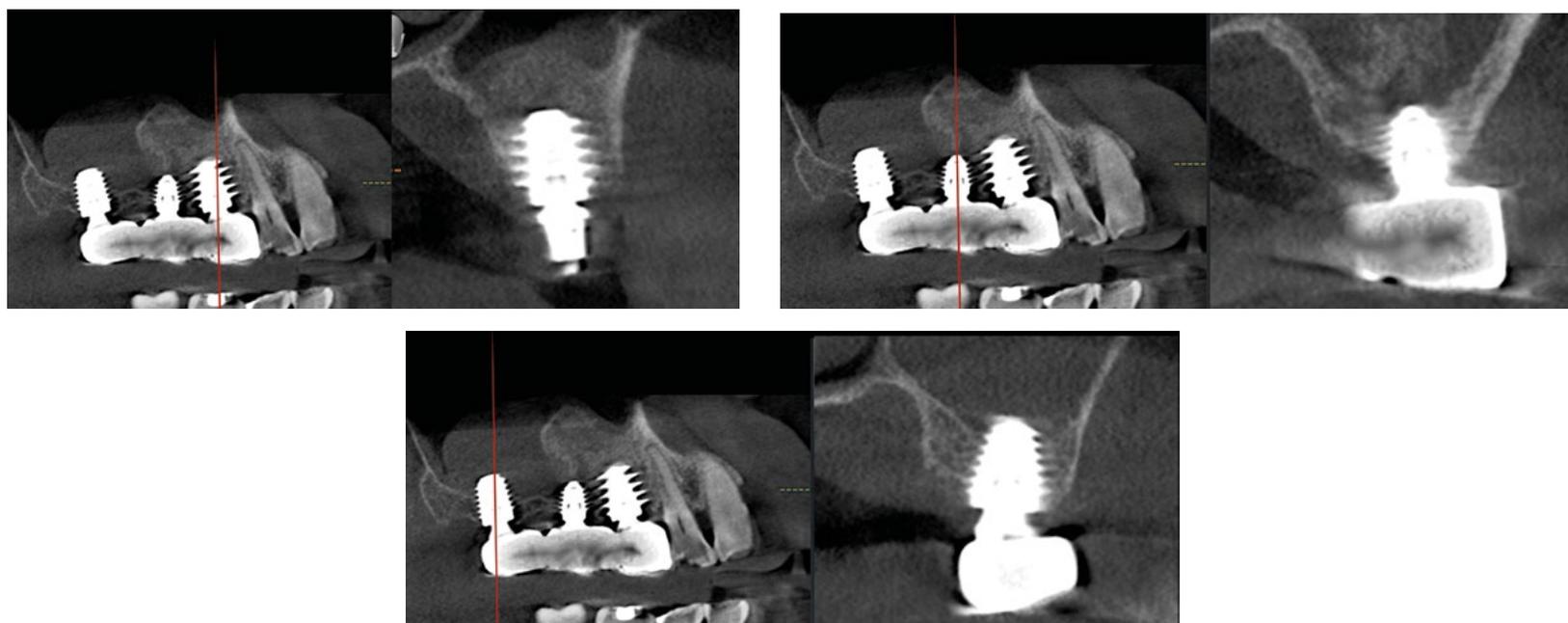


Fig. 6.



Fig. 7.



CBCT de controlo pós-operatório 3 anos, onde se pode ver a elevação conseguida com o Novabone.

melhor aceder à lesão. Esta osteotomia permitiu também um acesso “tipo abordagem lateral” ao seio maxilar. Fez-se o preparo do leito implantar com uma osteotomia muito pouco invasiva, uma vez que o alvéolo remanescente, após a extração dentária e a remoção do quisto era já de grande dimensão, utilizou-se apenas uma broca de 4.8. Através da osteotomia vestibular colocou-se o enxerto aloplástico de fosfosilicato de cálcio, antes da colocação de um implante dentário AnyRidge de 8*10 mm.

Procedeu-se à elevação atraumática de Summers modificada (com expansores mecanizados) na região correspondentes aos dentes 16 e 17, onde após a preparação do leito implantar com osteotomia realizada pelas brocas do kit cirúrgico AnyRidge, se colocou o enxerto aloplástico de fosfosilicato de cálcio e em seguida se colocaram dois implantes dentários AnyRidge respetivamente de 6*8,5mm e de 5*7mm. O preparo do leito do implante mais distal, correspondente ao local do dente 17, foi realizado sem incisão e sem retalho.

Após a colocação dos três implantes, e durante a cirurgia, recorreu-se à colocação de três pilares multi-unit (técnica *implant extender*, preconizada por Filipe Lopes e Bernardo Mira Corrêa).

Realizou-se a impressão convencional com um silicone de adição e procedeu-se ao fabrico dos provisórios recorrendo ao sistema Zirkonzhan CAD CAM. Colocaram-se os provisó-

rios no mesmo dia da intervenção cirúrgica, permitindo, desde o início a individualização e otimização do perfil de emergência pretendido para os dentes definitivos. Apesar de não estar clara na literatura científica a necessidade de se instalarem provisórios em infra-oclusão (existem aliás vários estudos que apontam para o facto da oclusão poder ser um fator positivo no desenvolvimento da osteointegração dos implantes), neste caso optou-se por fazê-lo.

Procedimento Protodôntico

Como desde o início foi possível controlar o perfil de emergência, não houve necessidade de realizar uma segunda impressão. A técnica do *“implant extender”* e da *“single impression”* (preconizadas por Filipe Lopes e Bernardo Mira Corrêa) simplifica extraordinariamente os procedimentos protodônticos para o paciente, médico dentista e laboratório. Foram pedidas pequenas alterações, realizadas numa maquete de PMMA e verificadas e aprovadas clinicamente, após o que se procedeu à realização do trabalho final, sem necessidade de realizar uma impressão final.

Conclusão

A seleção dos implantes com uma macrogeometria adequada é determinante na resolução cómoda, previsível e simples de casos complexos como o apresentado.

O conceito de encarar os pilares *multi-unit* como parte do implante e não como parte da prótese *“implant extender concept”* é determinante no sucesso biomecânico, biológico e estético das reabilitações orais implanto-suportadas. Este conceito permite mais facilmente a utilização do *“single impression concept”* muito mais cómodo e confortável para o paciente, agilizando e facilitando todo o trabalho do médico dentista e do laboratório. ■

Bibliografia

- Becker W, Clokie C, Sennerby L, Urist MR, Becker BE. Histologic findings after implantation and evaluation of different grafting materials and titanium microscrews into extraction sockets: case reports. *J Periodontol.* 1998;69:414-421.
- Esposito M, Felice P, Worthington H.V. Interventions for replacing missing teeth: augmentation procedures of the maxillary sinus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 May 13;(5):CD008397. doi: 10.1002/14651858.CD008397.pub2. PMID: 24825543.
- Kher U, Shanbhag S. One Stage Transalveolar vs Lateral Maxillary Sinus Augmentation in Severely Resorbed Sites Using Calcium Phosphosilicate Putty: a Proof of Concept Study. *Clin Oral Impl. Res.* Oct 2014; 25(10)
- Kotsakis G., Salama M, Chrepa V, Hinrichs JE, Gallard P. A Randomized Blinded Controlled Clinical Study of Particulate Anorganic Bovine Bone Mineral and Calcium Phosphosilicate Putty Bone Substitutes for Socket Preservation. *Int. J. Oral Maxillofac Implants.* Jan- Feb 2014; 29(1): 141-51.
- Marco Esposito, Maria Gabriella Grusovin, Jonathan Rees, Dimitrios Karasoulos, Pietro Felice, Rami Alissa, Helen Worthington, Paul Coulthard. Effectiveness of sinus lift procedures for dental implant rehabilitation: a Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol Spring 2010;3(1):7-26*