

PLANEAMENTO EM IMPLANTES

A colocação de implantes na zona estética é sempre um grande desafio, devido à dificuldade técnica que apresenta e às exigências estéticas do paciente. A correta colocação 3D do implante é uma das chaves para o sucesso, pois é determinante para o suporte dos tecidos duros e moles e estabilidade dos mesmos¹. O paciente, de 65 anos de idade, apareceu na urgência pelo desconforto causado na zona do 5º sextante, do dente 3.2 ao 4.2.

Nesta primeira consulta é essencial identificar os desejos e expectativas do paciente e o papel do médico dentista é demonstrar ao paciente que esses objetivos têm que se adaptar à realidade.

O paciente foi inicialmente reencaminhado para o departamento de higiene oral, para o tratamento da doença periodontal, foi realizada uma destarização e um gráfico periodontal, segundo o qual foi diagnosticada doença periodontal localizada severa.

Depois de serem discutidas as opções de planos de tratamento, optou-se pela extracção dos dentes com colocação imediata dos implantes, simultânea colocação de uma ponte fixa provisória, e passados 3 meses avançar com a colocação da prótese fixa definitiva. A única exigência do paciente foi para manter o apinhamento que tinha nessa zona, para não perder identidade e para ninguém se aperceber do tratamento ao qual tinha sido submetido.

Mesmo depois do doente estar motivado, de colaborar e de tratada a doença periodontal, os dentes 3.2, 3.1, 4.1 continuaram a apresentar um prognóstico muito reservado.

É muito importante tratar primeiro a doença periodontal e só depois avançar com a colocação dos implantes, pois as bactérias patogénicas presentes nas bolsas dos dentes comprometidos, a nível periodontal, colonizam os tecidos em torno dos implantes¹. Por outro lado, a colonização destas bactérias patogénicas é mais rápida nos implantes², e apesar da constituição do biofilme da gengivite/mucosite e perio-



Fig.1- Fotografia inicial.



Fig. 2 - Fotografia inicial da zona a tratar.



Fig.3 - Fotografia inicial.



Fig. 4 - Radiografia inicial.



Fig.5 - Guia Cirúrgico.



Fig. 6 - Guia Cirúrgico, com orifícios para entrada da broca piloto.



Dra. Manuela Ricardo

Licenciada pela FMDUP; Pós-graduação em Periodontologia pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; Curso de Especialização em Dentística Restauradora e Estética pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; ITI Education Week Berna, Suíça Advanced Bone Regeneration Techniques in

Implant Therapy, Urban Institute, Budapeste, Hungria; Formadora dos Cursos de Implantes e Reabilitação Oral do Centro de Formação FA



Prof. Doutor Fernando Almeida

Phd 2006 FMDUP; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais, entre as quais: World Conference Nobel Biocare, Las Vegas, Nevada, USA 2007; World Tour Nobel Biocare,

Lisboa, Portugal 2008; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas nacionais e internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.



Fig. 7- Provisório.



Fig. 8 - Descolamento do retalho de espessura total.



Fig. 9 - Guia cirúrgico e Broca piloto, depois da osteotomia e durante a preparação do leito do primeiro implante.

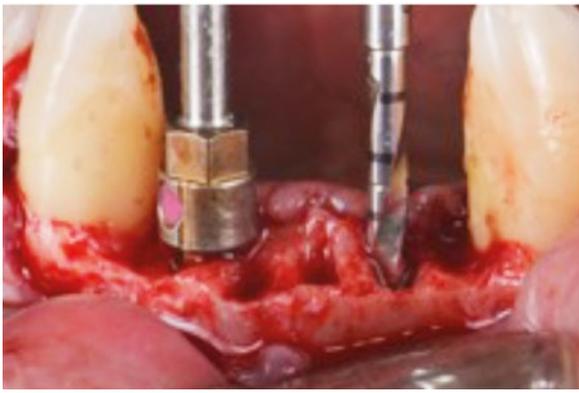


Fig. 10 - Inclinação das brocas.



Fig. 11 - Posição definitiva dos implantes de acordo com o guia cirúrgico.



Fig.12 - Adaptação dos pilares de titânio à cabeça dos implantes.



Fig. 13 - Adaptação da prótese provisória aos pilares provisórios.



Fig. 14, 15 e 16 - Prótese Fixa Provisória em Acrílico.

dontite/peri-implante serem semelhantes, as diferenças anatómicas permitem identificar uma maior vulnerabilidade dos implantes. Assim sendo, é essencial primeiro o controlo da infecção e só depois a colocação dos implantes.

O paciente fez uma Tomografia Computadorizada de Feixe Cónico para que se determinasse a disponibilidade óssea. É um exame de alta precisão, com a vantagem de ter baixas doses de radiação e é precioso para o planeamento da cirurgia.

Foram realizados os modelos de estudo, um recurso auxiliar inestimável para a elaboração do plano de tratamento e a partir destes foi realizado o enceramento.

O enceramento irá servir de base para realização de uma guia cirúrgica e de uma ponte provisória.

O guia cirúrgico deverá ser fácil de colocar e remover, deverá ser rígido e estável e deve permitir a visualização da preparação da broca e o arrefecimento da zona a preparar. Esta estrutura permite uma abordagem cirúrgica orientada por um planeamento protético realizado através do enceramento. No guia cirúrgico foram criados dois orifícios, nos dentes mais distais, para uma maior estabilidade da prótese. Estes acessos permitem a entrada apenas da broca piloto, broca esta responsável pela orientação do implante.

Neste caso, o enceramento foi uma réplica do que o paciente apresentava dos seus dentes naturais, com alguns acertos de forma a melhorar a oclusão do paciente. Anestesiou-se o paciente. Em seguida, com uma lâmina de bisturi número 15 realizou-se um corte intrasulcular e extraíram-se os dentes. Os tecidos foram rebatidos e realizou-se um retalho de espessura total de forma a expor o osso.

Adaptou-se o guia cirúrgico na cavidade oral na zona a ser intervencionada. Sabendo que a margem gengival da restauração final deve ficar a 3 mm do ombro do implante, foi necessário fazer uma osteotomia, de forma a colocar os implantes numa posição mais favorável e também eliminar o osso alveolar. Os implantes ficaram obrigatoriamente a 4 mm da margem gengival do guia cirúrgico, o que foi um problema fácil de resolver a nível protético, pois foi pedido ao técnico de prótese dentária para simular uma recessão gengival com exposição radicular, o que também está presente nos restantes dentes e oferece um aspecto mais natural à prótese.

Depois de colocados os implantes, foram preenchidos os GAP's e os restos dos processos alveolares com Bio-Oss® e suturaram-se os tecidos. Seguidamente avançou-se para a elaboração da prótese fixa provisória: adaptaram-se os pilares provisórios de titânio clinicamente e realizou-se uma radiografia para confirmar a adaptação dos mesmos à cabeça dos implantes. Os orifícios do guia cirúrgico coincidem com os acessos da prótese fixa provisória, o que torna mais fácil a adaptação do guia. Realizou-se o encaixe da prótese provisória aos pilares, de forma a que a prótese se adaptasse de forma passiva e que tivesse uma oclusão estável.



Fig. 17, 18 - Prótese Fixa Definitiva em Zircónia.

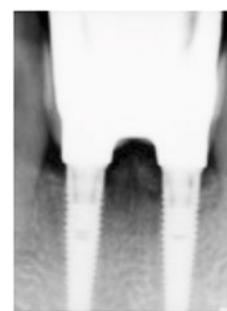


Fig. 19, 20 - Prótese Fixa Definitiva em Zircónia e respetiva radiografia.

Fig. 21 - Higienização da Prótese Fixa Definitiva.

Depois de verificada a adaptação da prótese aos pilares, colocou-se um dique de borracha, apoiado nos pilares, para fazer o rebasamento da prótese com protecção da sutura e dos tecidos adjacentes. Taparam-se as entradas dos pilares provisórios, com uma bola de algodão, misturou-se o acrílico, preencheu-se a prótese e levou-se esta estrutura à região operada. Passados uns minutos, já com o acrílico endurecido, removeu-se a mesma estrutura, depois de desaparafusar os parafusos dos pilares provisórios e fizeram-se os respectivos acabamentos e polimentos. Higienizou-se a estrutura com clorhexidina e aparafusou-se a estrutura à cabeça dos implantes.

Passados 3 meses obtiveram-se os moldes e iniciou-se o trabalho final, uma ponte fixa em zircónia.

A ponte fixa final foi realizada unicamente em zircónia, uma estrutura Prettau, com dois apoios sobre os implantes e com quatro dentes: de 3.2 a 4.2.

Foi mais uma vez explicado ao paciente que o tratamento periodontal tem de ser continuado, nomeadamente tratamento periodontal de suporte.

Estudos indicam que os implantes colocados com a doença periodontal tratada e controlada, sobre tratamento periodontal de suporte, não apresentam perda óssea significativa³. Ao contrário dos pacientes que não tiveram tratamento periodontal de suporte, que apresentaram maior percentagem de perda óssea peri-implantar e de perda de implantes⁴.

No dia da colocação da estrutura definitiva foram dadas

instruções de higiene, de forma a que o paciente consiga controlar a placa bacteriana, e foi recomendado o uso do SuperFloss® diariamente.

Com este artigo pretendeu-se demonstrar a importância do planeamento, nomeadamente o valor do enceramento, de forma a obter-se uma colocação 3D correcta dos implantes, tendo em conta a restauração definitiva. Por outro lado, a colocação dos implantes deverá ser realizada após tratamento periodontal e o paciente deverá ser vigiado, após a colocação dos implantes, através da terapia periodontal de suporte. ■

Referências Bibliográficas

1. Buser D, Martin W., Optimizing Esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: Anatomic and Surgical Considerations. Int J Oral Max Imp 2004; 19 (SUPPL):43-61
2. Van Winkelhoff et al. Early colonization of dental implants by putative periodontal pathogens in partially edentulous patients. Clin Oral Imp. Res 2000;11;511-520
3. Wenstrom et al. Oral rehabilitation with implant-supported fixed partial dentures in periodontitis susceptible subjects. A 5-year prospective study. J Clin Perio 2004;31:713-724
4. Rocuzzo M, De Angells. Ten-Year results of a three-arm prospective cohort study on implants in periodontally compromised (PCP) patients. Part I: implant loss and radiographic bone loss. Clin Oral Imp Res 2010; 21:490-496.
5. ITI Treatment Guide, Buser D., Belser U., Volumes 1, 2, 3 e 4