

REABILITAÇÃO ORAL DE PACIENTES EDÊNTULOS POSTERIORES COM IMPLANTES. UMA ESTRATÉGIA CIRÚRGICA-PROTÉTICA

Introdução

Na reabilitação oral de pacientes parcialmente dentados no sector posterior, ocorrem frequentemente situações que dificultam ou impossibilitam o tipo de tratamento requerido pelo paciente. Dentre as situações mais comuns destacam-se: **a)** perdas dentárias que levam a alterações nos planos oclusais (curva de Spee e curva de Wilson). Consequentemente haverá uma perda de contenção cêntrica que sobrecarregará os dentes anteriores podendo causar trauma de oclusão, desgastes prematuros dos seus bordos incisais que, por sua vez, poderá levar a um completo comprometimento da guia anterior do paciente;

b) perda de volume ósseo nos rebordos alveolares. Após as extrações dentárias, as alterações ósseas daí resultantes traduzem-se em padrões e graus de reabsorções que levam a uma redução volumétrica do rebordo alveolar, tanto em altura quanto em largura. Portanto, nos casos clínicos onde foi programada a instalação de implantes dentários poderá haver a necessidade se proceder a um aumento ósseo prévio ou mesmo simultâneo à instalação dos referidos implantes. Uma ampla variedade de técnicas e materiais de enxertos ósseos estão disponíveis, cabendo ao clínico compreender bem as suas vantagens e desvantagens para garantir a eficácia dos seus tratamentos. Esta decisão dependerá de uma cuidadosa análise da situação clínica em particular para que os riscos de complicações cirúrgicas e pós-operatórias sejam minimizados. Para isto, é necessário um alto nível de habilidade clínica e experiência profissional para a execução destes procedimentos de forma satisfatória.

Apresentação do Caso Clínico

Uma paciente do sexo feminino, com 35 anos de idade pretendia “colocar alguns dentes que tinha perdido” na maxila e mandíbula do lado direito que lhe dificultava a mastigação e a inibia de sorrir. Embora o lado contra-lateral apresentasse alguns pequenos problemas, foi solicitada a resolução mais imediata do lado que mais a incomodava para, só depois, concluir o restante tratamento. A paciente era saudável, não fumadora e não apresentava quaisquer condições sistêmicas que pudessem colocar em risco os tratamentos com implantes. A sua higiene oral tornou-se bastante mais eficiente depois de uma sessão de destaratarização e alisamento corono-radicular onde também foi orientada e motivada para incluir no seu dia-a-dia procedimentos de higiene e fisioterapia orais mais eficazes.



Prof. Dr. Genilson da Silva Neto

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



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

Durante o exame clínico constatou-se a ausência dos dentes posteriores (18, 17, 16, 15 e 14) (Fig.1) (perdidos há alguns anos por iatrogenia e doença periodontal) o que levou a uma grande pneumatização do seio maxilar do lado em questão.

No arco inferior do mesmo lado, ocorreu extrusão dos dentes 47 e 46 (Fig.2), sendo que este último apresentava um posicionamento muito comprometedor, além de uma lesão apical crónica significativa que o impossibilitava de ser incluído no processo reabilitador. Todos estes dados foram comprovados com uma ortopantomografia que auxiliou, como meio diagnóstico, na realização de um plano de tratamento integrado (PTI) (Fig.3).

Nos modelos de estudo (fig.4) foram realizadas a “extração” do dente 47 e o nivelamento do 48, para então executar um enceramento diagnóstico com vista a restabelecer-se um plano oclusal em harmonia com a guia anterior da paciente que, apesar de tudo, mantinha-se estável. O principal objetivo desta reabilitação oral, foi o de manter uma oclusão mutuamente protegida que garantisse uma contenção cêntrica estável dos dentes, das articulações temporomandibulares e dos músculos, enquanto se garante que os dentes anteriores para o seu papel fundamental de guiar todos os movimentos extrusivos da mandíbula. O fator estético, sempre lembrado pela paciente, tem um papel rele-

vante nesta equação pois exige procedimentos cirúrgicos e protéticos muito particulares e exigentes para que se obtenha um resultado final satisfatório.

Para isto, a resolução deste caso clínico exigiu a realização de um procedimento de *Sinus Lift* e a colocação de três implantes na extremidade livre da maxila seis meses depois. Foi realizada uma abordagem na parede lateral do seio maxilar, onde se abriu uma “janela” (Fig.5) para se obter acesso ao seu interior que foi preenchido usando-se uma mistura de Bio-Oss® (material inorgânico de origem bovina altamente osteocondutivo) com osso autógeno (Fig.6). Uma membrana de colágeno reabsorvível foi utilizada para proteger todo o material enxertado e suturas de Vicryl executadas (Fig.7).

Na mandíbula, foi realizado um tratamento endodôntico e um aumento de coroa clínica do dente 48 e concomitante extração do dente 47 (Fig.8). Na região e circundância do alvéolo foi realizado um procedimento de regeneração óssea guiada (ROG)® utilizando-se Bio-Oss e uma membrana Regentex GBR 200® de Politetrafluoreto Expandido (PTFE), para se obter um aumento do rebordo alveolar nesta região (Fig. 9, 10 e 11)

Após sete meses destas intervenções, foi realizada uma nova radiografia panorâmica (Fig.12), onde se constatou um significativo ganho de volume de estrutura óssea, tanto em

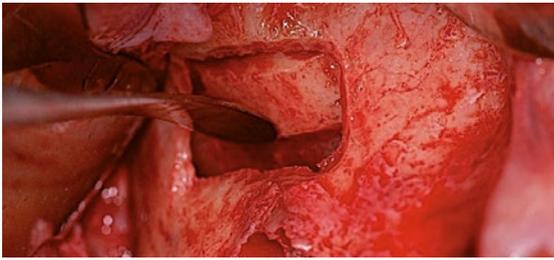


Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.

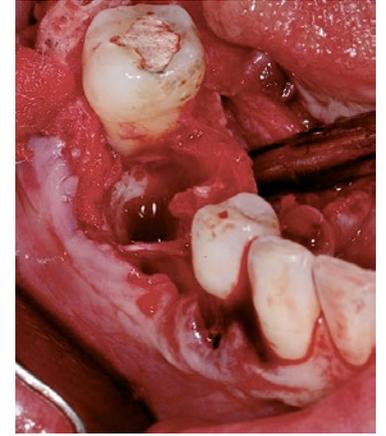


Fig. 8.



Fig. 9 a 11.



Fig. 12.

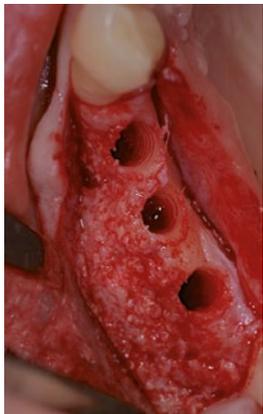


Fig. 13 e 14.

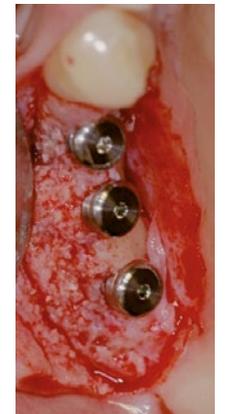
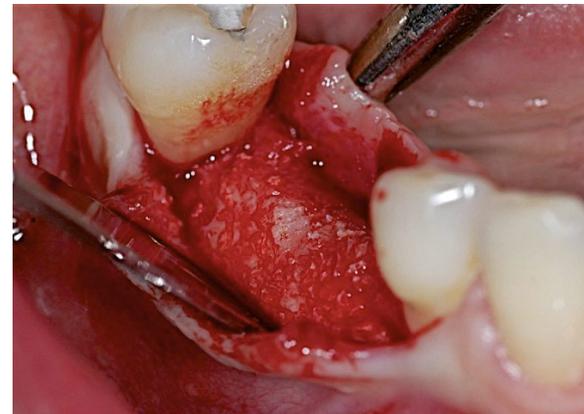


Fig. 15 e 16.

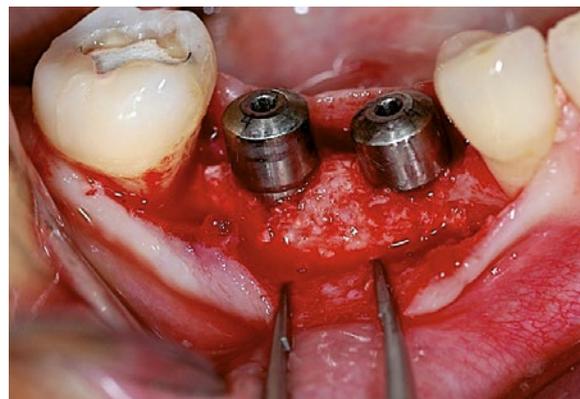


Fig. 17 e 18.



Fig. 19 a 22.

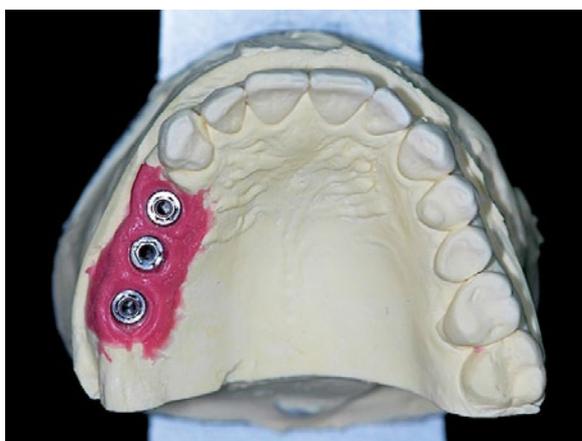


Fig. 23 e 24.

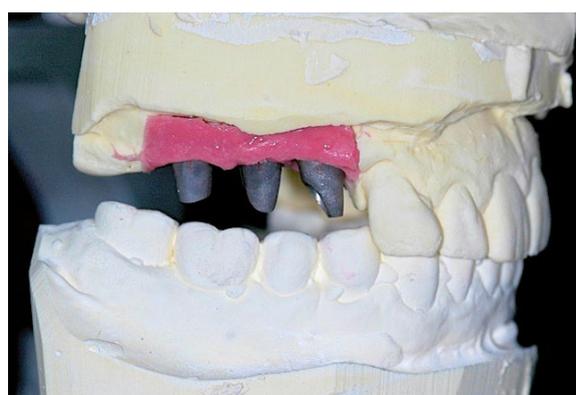


Fig. 25.



Fig. 26 e 27.



Fig. 28 a 30.

altura quanto em largura, em ambos os rebordos maxilares, como se pôde comprovar aquando da cirurgia de retalho gengival para a colocação dos implantes (fig.13 e 14). Foram colocados três implantes NobelBiocare® Mk® III RP 3.75x 10 mm na maxila (Fig.15 e 16) e dois implantes NobelBiocare® MK® III RP 3.75x 11.5 mm e 3.75x 13 mm na mandíbula (Fig.17 e 18). Quinze dias após a cirurgia, as suturas foram removidas e, um mês depois, coroas provisórias foram confeccionadas e instaladas, recuperando assim as funções mastigatórias e de estética da paciente, além de adaptar todo o contorno do tecido gengival (Fig.19,20, 21 e 22).

Foram então obtidos novos modelos para a confecção de pilares fundidos sobre os implantes (Fig.23 e 24) e as suas respetivas infraestruturas metálicas (Fig.25) para a confecção de coroas metalocerâmicas que, depois de ajustadas clinicamente, foram glazeadas (Fig.26 e 27) e cimentadas com um cimento de Ionómero de Vidro Modificado com Resina - Fugii Cem® (GC).

O resultado final correspondeu às expectativas da paciente, que reconheceu o empenho e o cuidado nos detalhes que foram tidos em conta para superar as inúmeras limitações que o caso apresentava (Fig.28, 29 e 30)

Também se deve valorizar a atitude cooperativa e a confiança que a paciente demonstrou durante todo este processo. Todos sabemos o quanto é difícil trabalhar com pacientes pouco motivados e, por isto, deve-se ter como norma explicar ao paciente que ele faz parte do sucesso ou insucesso do trabalho e que, em trabalhos longos como este, a empatia deve prevalecer para que todos alcancem o sucesso.

Esta reabilitação oral foi realizada há 11 anos atrás e continua a satisfazer os requisitos que foram estipulados desde o início.

Conclusão

Um estudo pormenorizado das condições de saúde oral e geral do paciente é o fator decisivo para que se possa diag-

nosticar, planejar, decidir estratégias, prognosticar, estimar custos e tempos gastos nos tratamentos. Exames clínicos bem dirigidos, modelos de estudo bem articulados em articuladores semi-ajustáveis e exames radiográficos específicos para cada situação clínica específica são fatores que não podem ser subestimados quando está em causa a saúde dos pacientes e a credibilidade do clínico. Não existe uma "bola de cristal" na cabeça dos bons profissionais, mas sim uma forte e interiorizada convicção de que o trabalho árduo, aliado ao conhecimento técnico-científico e experiência profissional, diferencia-os cada um na sua arte e estimula os seus pares a seguir-lhes o exemplo. ■

Nota do autor: Todas as fases deste trabalho, tanto clínica quanto laboratorial, foram realizadas pelo autor.

Contactos: clinica@gsilvaneto.com

Bibliografia

Pedido de referências bibliográficas para editorial@jornaldentistry.pt