

REABILITAÇÃO TOTAL COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES COM CARGA IMEDIATA E REABILITAÇÃO PROTÉTICA COM ESTRUTURA DE ZIRCÓNIO APARAFUSADA

Este caso clínico descreve uma reabilitação multidisciplinar complexa com colocação de implantes com carga imediata. O caso descrito é de uma paciente de 40 anos, do sexo feminino, que se apresentou no consultório com queixas relacionadas com a saúde oral, função e estética. Depois de uma avaliação clínica e radiográfica, foi-lhe diagnosticada doença periodontal crónica generalizada, agravada na maxila. O plano de tratamento proposto incluiu a extração de todos os dentes superiores, com carga imediata de oito implantes superiores, e quatro na mandíbula. O plano de tratamento foi dividido em duas fases: uma fase cirúrgica e uma fase protética imediata, sendo a fase definitiva realizada na totalidade em seis meses. Discussão: evidência científica corrobora a eficácia da técnica de carga imediata dos implantes dentários, caso esta seja baseada numa seleção cuidadosa do caso, um plano de tratamento correto e um protocolo cirúrgico / protético adequado. Demonstra ainda que são diversos os benefícios, tanto para o paciente como para o médico, como por exemplo a redução do tempo de tratamento, evitando uma fase de utilização de prótese removível e minimizando o número de visitas ao consultório.

Conclusão: A eficácia da colocação de implantes com carga imediata está demonstrada e esta técnica tem vindo a crescer nos últimos anos, especialmente devido às suas grandes vantagens e benefícios quando aplicada corretamente.

Keywords: Implantes Dentários, Reabilitação Oral Complexa, Carga imediata, Colocação imediata

A introdução de implantes osteointegrados simboliza um ponto de viragem na medicina dentária, uma vez que já foi demonstrado que os implantes osteointegrados demonstram alta previsibilidade (97% - 98%)^{1,2} e durabilidade (aproximadamente 89% de taxa de sobrevivência após

10 anos)². Osteointegração pode ser definida como a formação de uma interface direta entre o implante e o osso, sem o intermediário de tecidos moles³⁻⁵. Esta osteointegração ocorre a um nível primário e secundário. A osteointegração primária está associada à ligação mecânica de um implante com o osso circundante imediatamente após a colocação, enquanto osteointegração secundária refere-se à regeneração óssea e remodelação, dando estabilidade biológica ao implante⁴. A fraca osteointegração primária/estabilidade é uma das principais causas de falha dos implantes^{6,10}. Implantes osteointegrados são uma opção viável na reabilitação de pacientes com doença periodontal para substituir dentes comprometidos e perdidos. No entanto, para que haja sucesso é vital eliminar todas as lesões periodontais e estabelecer elevados padrões de controlo de infeção⁷.

Durante vários anos esteve estabelecido que, após a colocação, os implantes deveriam ter um período de cicatrização de três a seis meses submersos e sem carga, sendo este um dos principais critérios para uma correta osteointegração (two-stage approach)⁴⁻⁶. Hoje em dia, é claro que o fator crítico na osteointegração não é carga precoce do implante, mas sim a micromobilidade excessiva⁹⁻¹¹.

A técnica da carga imediata tem sido cada vez mais utilizada nos últimos anos devido aos seus benefícios em termos de redução de tempo de tratamento e trauma, assim como

os benefícios estéticos e psicológicos para o paciente. Na literatura, a taxa de sucesso dos implantes imediatamente carregados varia de 79% a 100%^{9,10}.

Em casos de arcadas totalmente edêntulas, esta técnica permite que o paciente tenha uma prótese fixa durante o tempo de cicatrização. A evidência científica mostra que a carga imediata após a extração pode ser uma opção viável de tratamento para arcadas edêntulas, quando os implantes estão estáveis aquando a colocação e é colocada uma prótese aparafusada que os feruliza^{8,12}. É fundamental para o sucesso dos implantes com carga imediata o controlo da sobrecarga oclusal, a ampla distribuição das cargas pelos implantes e a menor extensão possível de cantilever¹¹.

O caso clínico que mostramos foi realizado por uma equipa de médicos dentistas especializados, pois a implantologia dentária requer uma abordagem interdisciplinar que integra o conhecimento, habilidades e experiência de todas as áreas da medicina dentária em um plano de tratamento abrangente. O caso que se segue trata de uma reabilitação total com implantes dentários, uma prótese provisória de resina acrílica aparafusada a cinco implantes e, posteriormente, uma prótese de zircónia/cerâmica aparafusada a oito implantes, tendo como objetivo proporcionar bons resultados estéticos e funcionais.



Dr. Miguel Stanley

Diretor clínico da Clínica White.
Responsável pelo departamento de Reabilitação oral.
Pós-graduação em Implantologia no Centro Branemark CEOSA em Madrid.



Dra. Filipa Braga

Médica Dentista no Dentista no Departamento de Reabilitação Oral da Clínica White, desde 2013.
Licenciada em medicina dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, em 2013.
Post Graduate Course of Surgery of Impacted Teeth, Lisbon, ISCSEM, Lisbon, Portugal 2014; Hands-On-Course: "No HalfSmiles: implant surgery and GBR", London, UK, 2014; Post Graduate Degree in Basic Implant Surgery, São Paulo, Brazil, 2015; Attendee at Sofia Dental Meeting, Sofia, Bulgaria 2014; Clinical training in digital photography with Doctor Guido Picciocchi, Oral Design Group, Milan, Italy, 2014; Scientific poster presentation at OMD Congress, Porto, Portugal 2014; Member of OMD, Digital Dentistry Society.



Fig. 1: Ortopantomografia Inicial



Fig. 2 e 3: vista frontal intraoral inicial com e sem próteses removíveis.

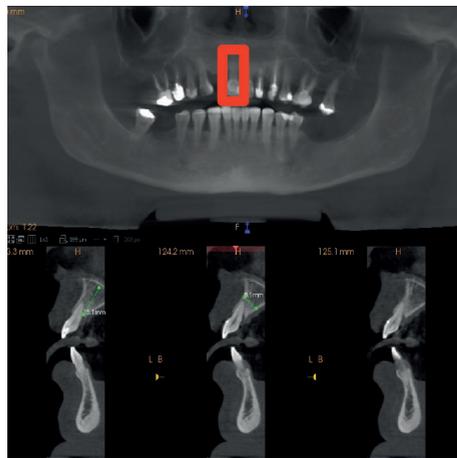


Fig. 4 e 5: TAC da maxila e da mandíbula.

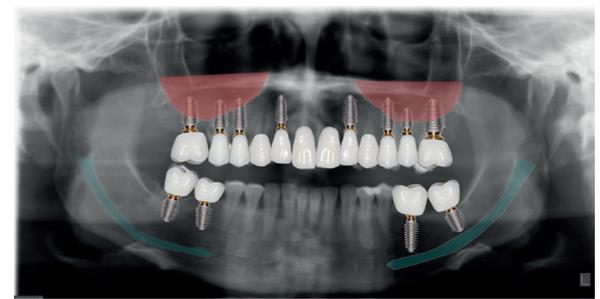
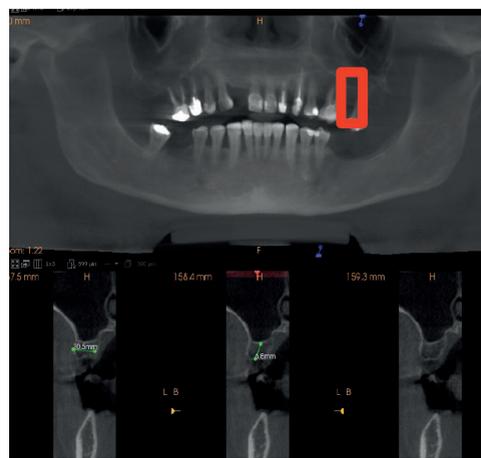


Fig. 6: plano de tratamento Gráfico.

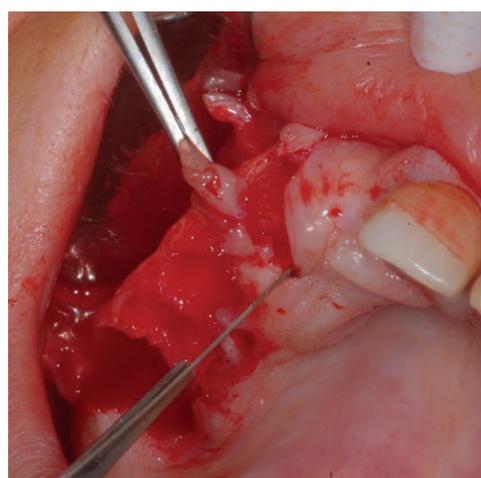
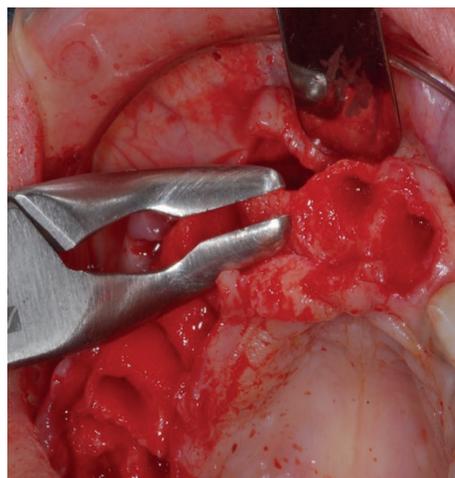


Fig. 7, 8 e 9.

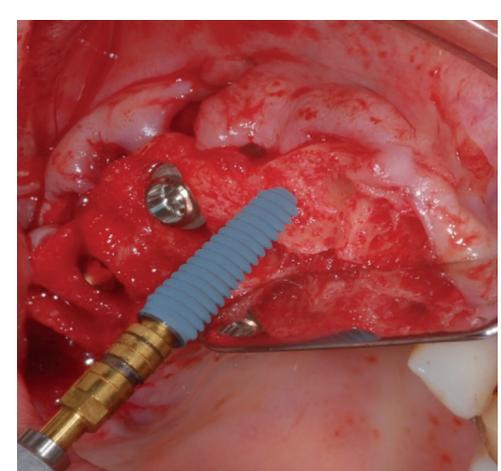
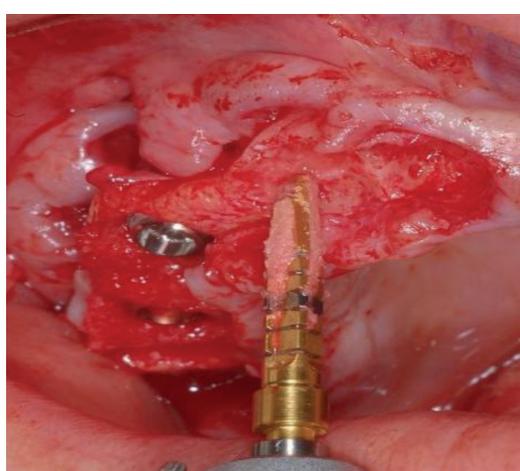
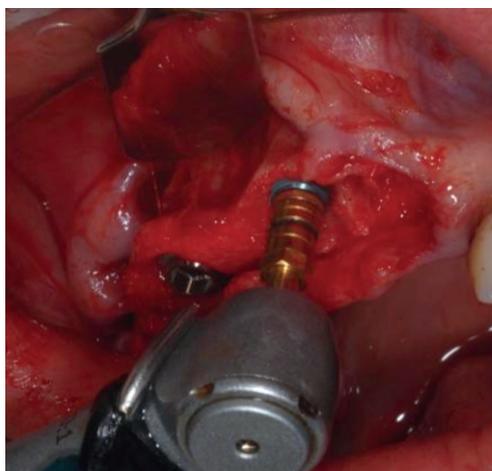


Fig. 10, 11 e 12.

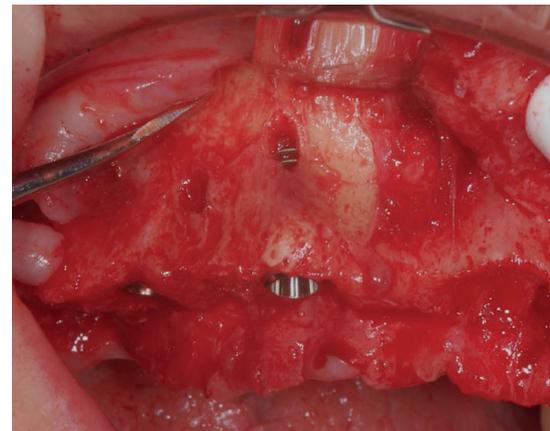


Fig. 13, 14, 15 e 16.



Fig. 17 e 18.



Fig. 19 e 20.



Fig. 21. Ortopantomografia imediatamente após a cirurgia.



Fig. 22 e 23.

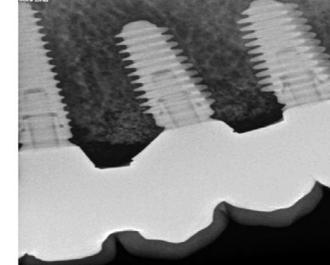
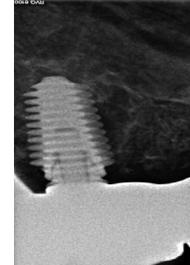
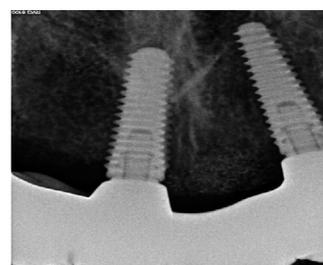
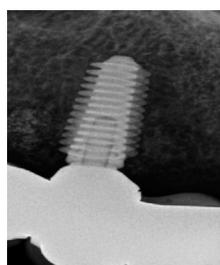
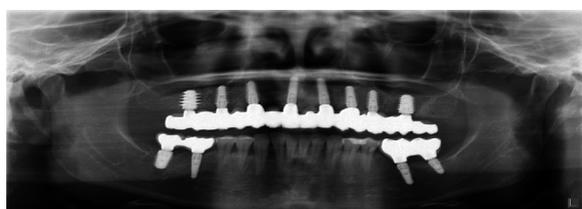


Fig. 24 e 25.



Fig. 26 e 27. 6 meses de follow-up.

DESCRIÇÃO DO CASO

Este caso foi conduzido na White Clinic, em Lisboa. Uma paciente de 40 anos, caucasiana, apresentou-se descontente com a sua estética e função mastigatória. Foi-lhe dada uma explicação detalhada sobre a sua situação, planos de tratamento alternativos e o procedimento ideal, que incluiu a colocação de implantes com carga imediata. Foi-lhe explicada a possibilidade de o fazer de forma faseada, as vantagens e desvantagens, e também uma opção removível. O raio-X panorâmico inicial mostrou que a paciente se encontrava parcialmente desdentada e com perda óssea severa, agravada na maxila (Fig. 1).

Depois de uma observação clínica (Fig. 2 e 3) foi diagnosticada má higiene oral e periodontite crónica severa, com profundidades de sondagem de mais de 10 mm e mobilidade dentária grau 3, nos dentes 14, 15, 11, 21, 22, 24, 26 e 27. A paciente tinha ainda uma prótese removível bastante desadaptada, algumas restaurações infiltradas e necessidade de refazer alguns tratamentos endodônticos.

Foi realizada uma Tomografia Axial Computorizada (TAC) (Fig. 4 e 5), pois este meio complementar de diagnóstico é essencial para uma avaliação completa do osso remanescente e para a realização de um plano de tratamento adequado. Na TAC ficou evidente a necessidade de regeneração do osso e foi possível medir os defeitos ósseos causados pela doença periodontal.

Depois de realizado um plano de tratamento adequado foi também apresentado ao paciente um plano de tratamento gráfico (Fig. 6), que incluiu a extração dos dentes 16, 15, 14, 13, 11, 21, 22, 23, 24, 26, 28 e 48, tratamento periodontal não cirúrgico dos dentes remanescentes, colocação imediata de oito implantes na maxila, a colocação de quatro implantes na mandíbula e colocação de carga imediata de oito implantes na maxila com uma prótese aparafusada acrílica. Depois de se verificar que não há problemas com um ou mais implantes na fase inicial, três a seis meses mais tarde serão colocadas as coroas definitivas (estrutura de cerâmica na maxila e quatro coroas de cerâmica na mandíbula).

No momento da cirurgia, sob anestesia local com Articaina, foi feito um retalho mucoperiosteal e os dentes foram extraídos utilizando uma técnica atraumática (Fig. 7); o tecido de granulação foi cuidadosamente removido dos alvéolos; utilizando um bisturi e uma cureta cirúrgica (Fig. 8), o osso foi nivelado e as espículas ósseas foram regularizadas com uma pinça rongeur (Fig. 9).

Oito implantes foram colocados usando uma sequência de perfuração personalizada para os diferentes tipos de osso.

Os implantes foram colocados nos alvéolos superiores, sem recorrer a guia cirúrgica (Fig. 10, 11 e 12).

O osso autógeno foi colhido através da perfuração e a regularização óssea foi conservada, misturado com aloenxerto (BioOss™), uma membrana de colagénio (BioGuide™) e foram preenchidos os defeitos ósseos (Fig. 13 e 14), promovendo a regeneração óssea guiada (Fig. 15 e 16).

Os pilares provisórios foram aparafusados diretamente na cabeça dos cinco implantes (Fig. 17 e 18). Depois de suturado o tecido, os implantes foram carregados com próteses provisórias aparafusadas de acrílico (Fig. 19 e 20). Em dois dos três implantes restantes foram colocados pilares de cicatrização e noutra um parafuso de cicatrização.

Após quatro meses com a fase provisória, a estrutura zircónia de 14 dentes foi cimentada e aparafusada definitivamente (Fig. 23). Por razões estéticas, nos implantes dos centrais superiores, foram colocados quatro pilares de zircónia personalizadas e cimentadas coroas cerâmicas com Temp Bond Clear (Fig. 22).

Depois de colocar as estruturas definitivas, foi realizada uma Ortopantomografia final (Fig. 24) e radiografias periaxiais usando a tecnologia digital (Fig. 25).

O caso foi concluído em maio de 2014. E o follow-up de seis meses mostra resultados estáveis.

DISCUSSÃO

Hoje em dia, a evidência científica corrobora a eficácia da técnica de carga imediata dos implantes dentários, caso esta seja realizada com uma seleção cuidadosa do caso, um plano de tratamento correto e um protocolo cirúrgico/protético apropriado. As vantagens desta técnica para o paciente e para o clínico são diversas, como por exemplo a redução do tempo de tratamento; evita a utilização de uma prótese removível durante a fase de cicatrização e minimiza o trauma dos tecidos moles⁹⁻¹⁰. A evolução do design e configuração da superfície do implante, a modificação de técnicas cirúrgicas, novos avanços protéticos, melhorias no diagnóstico e instrumentos de orientação cirúrgicos têm simplificado a reabilitação funcional⁷. Estes implantes têm uma maior variedade de tamanhos que permitem ajuste perfeito no local da cirurgia e plataformas menores que apresentam uma grande preservação da crista óssea e ideal para a técnica com carga imediata¹³. A superfície

Expeed (camada de matriz óssea com nano Ca2 + incorporado sobre a superfície do SLA) está histologicamente comprovada como promotora de aumento ósseo na interface osso-implante, os vários tamanhos de pilares de cicatrização permitem uma boa gestão dos tecidos moles.

Em relação à densidade e qualidade óssea, encontramos osso D2 e D3 de acordo com a classificação de Lekholm e Zarb, 1985¹⁴. É sabido que a fraca quantidade e qualidade óssea têm sido apontados como os principais fatores de risco para falha dos implantes, uma vez que pode estar associada a reabsorção óssea excessiva e imparidade no processo de cicatrização⁷. Evitar a reabsorção e colapso da arquitetura dos tecidos duros e moles aumenta a complexidade do plano de tratamento protético e tem um efeito significativamente negativo sobre o planeamento, forma e estética da prótese definitiva.

Neste caso clínico foram utilizadas coroas aparafusadas, colocadas quando os implantes^{15,16}. Para atingir o resultado ideal com gengiva livre numa reabilitação implanto-suportada completa fixa, é essencial que a estrutura cerâmica tenha apoio em vários implantes de forma a aumentar a estabilidade do tratamento, a estética, a função, segurança e durabilidade.

CONCLUSÃO

A evidência científica corrobora a eficácia da técnica de implantes dentários com carga imediata e demonstra ainda que são diversos os benefícios, tanto para o paciente como para o médico, como a redução do tempo de tratamento, evitando uma fase de utilização de prótese removível e minimizando o número de visitas ao consultório. Este é o relato de um caso de uma reabilitação total seguindo a filosofia *No Half Smiles™*, que combina a parte emocional e funcional da medicina dentária criado pelo Dr. Miguel Stanley em 2005. Assim, é essencial no campo da medicina dentária conhecer as expectativas dos pacientes e aprender a geri-las. Todos os pacientes querem rapidez de tratamento, previsibilidade, um resultado estético, segurança, durabilidade com uma boa relação qualidade-preço. A colocação imediata do implante e abordagem de carga imediata permite aos dentistas aproximar-se dessas expectativas e trazer uma mudança emocional na vida do paciente. ■

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para editorial@jornaldentistry.pt