

Tárcio Hiroshi Ishimine Skiba

Estética imediata em implantodontia utilizando sistema de
conexão tipo Cone Morse utilizando a própria coroa do
paciente – Relato de Caso Clínico

Araçatuba/SP

2011

Tárcio Hiroshi Ishimine Skiba

Estética imediata em implantodontia utilizando sistema de
conexão tipo Cone Morse utilizando a própria coroa do
paciente – Relato de Caso Clínico

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia
de Araçatuba – UNESP para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Fellippo Ramos Verri

Co-Orientador: Prof. Ass. Dr. José Vitor Quinelli Mazaro

Araçatuba/SP

2011

Identificação

Aluno: Tércio Hiroshi Ishimine Skiba

Matrícula: 2008-1074

CPF: 229067378-10

RG: 46755040-2

Nascimento: 19/03/1990

Filiação: Edna Harumi Ishimine / Tércio Skiba Filho

Graduando em Odontologia da Faculdade de Odontologia de
Araçatuba - UNESP

Agradecimentos

“Agradeço aos meus pais e familiares por todo apoio, à Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP pelo conhecimento, ao Prof Dr. Fellippo Ramos Verri pela paciência, e a Deus, que tornou tudo possível.”

Sumário

Resumo	6
Introdução	7
Proposição	9
Relato do caso clínico	10
Discussão e considerações	25
Abstract.....	26
Referências bibliográficas	27

Resumo

A utilização de implantes já é consagrada na odontologia, sendo um destes implantes, que tem aumentado o seu uso nos últimos anos, o do tipo cone morse. Técnicas de instalação e colocação imediata de próteses também têm se difundido, e representam uma boa alternativa à colocação convencional, de duas etapas, principalmente em áreas estéticas. Segundo alguns autores, a utilização da própria coroa do dente hígido do paciente nestes casos, melhora a auto-estima do paciente. Assim, foi intuito deste trabalho apresentar um relato de caso clínico de paciente que perdeu o elemento 21 por trauma, e, após remodelação pós-exodontia, foi submetido a cirurgia de colocação de implante tipo cone morse, com técnica de confecção de coroa provisória imediata, utilizando a própria coroa do paciente na confecção da prótese. O paciente se mostrou altamente receptivo e contente ao tratamento, após a primeira sessão de controle clínico. Ao controle de 1 ano, a prótese definitiva continua satisfatória, e não há presença de reabsorção óssea ao redor do implante.

Palavras-chave: Implante Dentário; Carga Imediata em Implante Dentário; Restauração Dentária Temporária

Introdução

O número de pacientes que procuram tratamento odontológico está crescendo a cada dia.¹ Além disso, esta procura tem crescido não só por resultados funcionais, mas também estéticos. Em uma sociedade em que o sorriso torna-se cada vez mais importante, seja no aspecto pessoal ou profissional, a perda de elementos dentais em regiões estéticas pode trazer abalos psicológicos na vida de uma pessoa, e um dos maiores desafios do cirurgião dentista da atualidade é reabilitar o paciente conferindo a ele um equilíbrio harmonioso entre funcional e estético², buscando uma maior valorização para melhorar a auto-estima do paciente.³

Vários estudos têm demonstrado que a perda de dentes unitários é encontrado em todas as faixas etárias⁴, sendo que a utilização de implantes na reabilitação em área estética anterior maxilar com próteses unitárias tem se tornado uma modalidade de tratamento previsível e de sucesso.⁵ A escolha adequada do tipo de conexão do implante também é importante e, dentre os existentes atualmente, um que tem se destacado e ganhado espaço no mercado é a do tipo cone morse, que apresenta maior facilidade na fabricação da prótese definitiva, e essa fica mais estética, sem parafuso oclusal.⁶ Junto com a necessidade de recuperar o sorriso, vem também a ansiedade do paciente em repor rapidamente o dente perdido. Para isso, uma solução viável é a técnica da estética imediata (colocação imediata do provisório), que tem ganhado muito em popularidade⁷ por permitir que o paciente já saia do consultório com o provisório posicionado sobre implante recém colocado. Outra

forma de proporcionar uma melhor estética e aceitação do paciente é a utilização da própria coroa do dente fraturado como provisório, quando este dente está disponível e íntegro, com devidas condições de uso, que além de manter o volume e o perfil dos contornos do tecido mole², se aproxima ao máximo da estética procurada, uma vez que a prótese busca imitar o próprio dente. Some-se ainda a isto o fato de que psicologicamente o paciente está utilizando seu próprio dente como meio de reabilitação.

Proposição

Dessa forma, esse trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico em que o paciente teve o elemento 21 perdido por trauma, e após a recuperação do tecido, foi realizada a colocação de implante do tipo cone morse, complementando a reabilitação por técnica de estética imediata, utilizando a própria coroa natural do elemento fraturado como provisório, e seguido da reabilitação definitiva após o período de osseointegração de 6 meses.

Relato do caso clínico

O paciente PDS procurou tratamento reabilitador para a ausência do elemento 21, avulcionado por trauma em luta corporal, cujo paciente é praticante. Inicialmente foram realizados exames físicos e clínicos que não detectaram maiores problemas em relação à área afetada. Em seguida, seguiu-se a confecção de um provisório para este elemento, do tipo fixo, utilizando a própria coroa do elemento avulcionado, que foi unida aos dentes adjacentes, com resina composta, para se obter a recuperação dos tecidos moles e duros traumatizados por um intervalo de 4 meses antes da colocação do implante. A vista inicial do caso após os 4 meses encontra-se na figura 1 a seguir.



Figura 1 – Vista frontal inicial após 4 meses de cicatrização do trauma

Após o período inicial de cicatrização, para planejamento do caso, exames complementares foram requeridos, como hemograma completo, coagulograma e glicemia para verificar problemas gerais de saúde que poderiam contraindicar uma cirurgia de colocação de implante osseointegrado, além do Rx panorâmico (Figura 2), para verificação da disponibilidade óssea na área. Note que, pela radiografia inicial, há altura suficiente para a colocação do implante, mas o volume vestibulo-lingual só pode ser confirmado por exame tomográfico ou visualização direta.

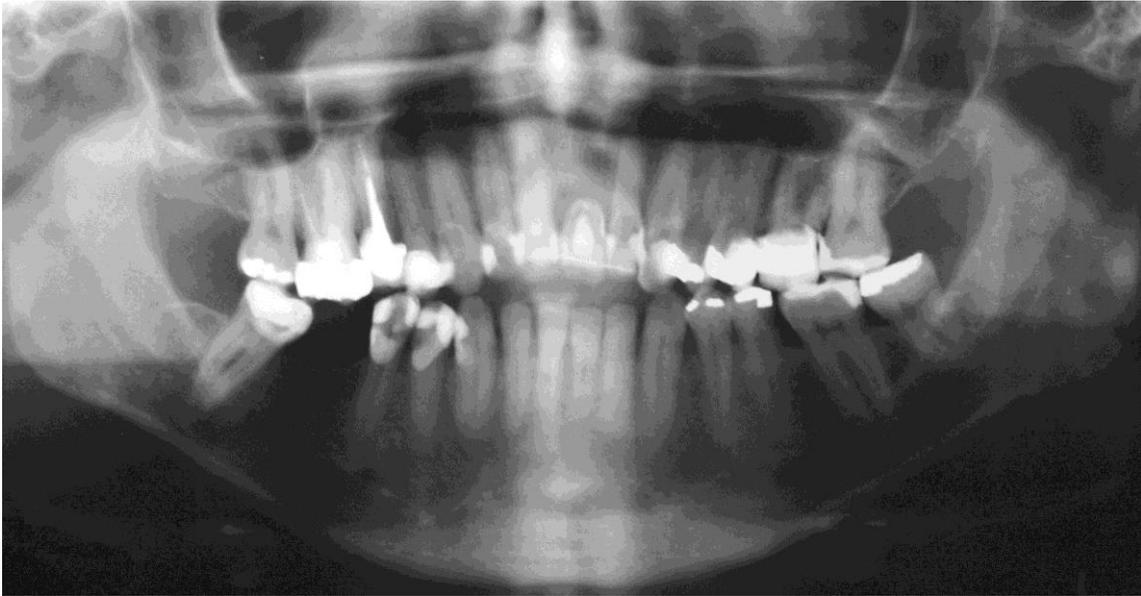


Figura 2 – Radiografia panorâmica inicial

Pela radiografia anterior foi planejado a colocação de um implante de 4,0 x 13 mm, com opção de um implante de 4,0 x 11 mm, ambos do tipo cone-morse, sistema Neodent, já que a altura óssea era suficiente. Para a realização da técnica cirúrgica foi confeccionado guia cirúrgico após moldagem com material à base de alginato. O provisório foi removido e os dentes adjacentes devidamente polidos para eliminar excessos de resina composta antes de iniciar a cirurgia. A coroa foi preservada, pois havia a possibilidade de se utilizar ela própria como provisório sobre o implante. A Figura 3 ilustra a vista inicial pré-cirúrgica. Nesta foto é possível observar que, apesar de ter intervindo logo após o trauma, houve uma grande perda óssea vestibular, que orientou a cirurgia no sentido de se utilizar um implante um pouco mais deslocado para lingual, antes mesmo de se realizar a abertura da área. Visualiza-se nela também que os demais tecidos moles foram recuperados. Cabe ressaltar que a possibilidade de se necessitar de cirurgia de manipulação de tecidos moles após a colocação do implante para melhorar o aspecto gengival ao redor do

implante foi explicada ao paciente, que optou por realizar o implante e visualizar futuramente se esta realmente seria necessária.



Figura 3 – Vista oclusal inicial. Observe reabsorção vestibular.

Para a realização da incisão foi realizada anestesia do tipo terminal infiltrativa por vestibular e por lingual, buscando anestesiarem os ramos dos nn. alveolar superior anterior e nasopalatino (Figura 4).



Figura 4 – Foto ilustrativa da anestesia terminal infiltrativa.

Em seguida, foi feita incisão com lâmina de bisturi 15c desde a região intrasulcular distal do dente 12 até a região intrasulcular distal do dente 23, por vestibular e por lingual, sendo que a abertura sobre o rebordo buscou preservar quantidade razoável de gengiva queratinizada vestibular com finalidade de se estabilizar esta área após a colocação do implante. (Figura 5)



Figura 5 – Foto ilustrativa da incisão realizada.

Após incisão, seguiu-se descolamento do retalho, do tipo total, e exposição do tecido ósseo para a próxima etapa de fresagem da cavidade para instalação do implante (Figura 6). Nesta foto pode se observar o campo cirúrgico para a colocação do implante.



Figura 6 – Descolamento do retalho.

Em seguida procederam-se as perfurações para colocação do implante do tipo cone Morse de acordo com o planejamento, com uso da fresa lança e 2,0 até a profundidade de 14 mm. Porém, durante a cirurgia observou-se que para uma boa implantação seria necessário aprofundar um pouco mais a cavidade. Assim, foi alterado o planejamento para colocação de um implante de 4 x 11 mm. Em seguida usou-se a fresa 2/3 e a fresa 3,15 até profundidade de 13 mm, já que se tratava de um osso do tipo III e objetivou-se instalar o

implante em área subfresada para melhorar sua estabilidade primária. (Figura 7)



Figura 7 – Foto ilustrativa das perfurações de acordo com o implante a ser colocado.

O resultado final das fresagens pode ser observado na figura 8 a seguir, que ilustra uma vista oclusal da perfuração concluída. Note que, apesar de lingualizado, ainda há uma espessura vestibular de aproximadamente 2 mm para garantir a estabilidade do implante.

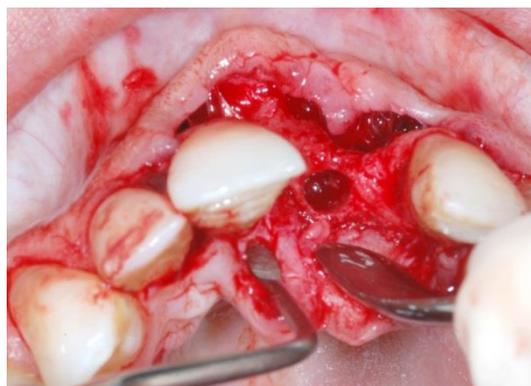


Figura 8 – Vista oclusal do leito preparado.

Em seguida, foi feita a instalação do implante, inicialmente com chave manual, e após com catraca torquímetro cirúrgica, obtendo um torque inicial de 45 N/cm^2 . (Figuras 9 e 10)

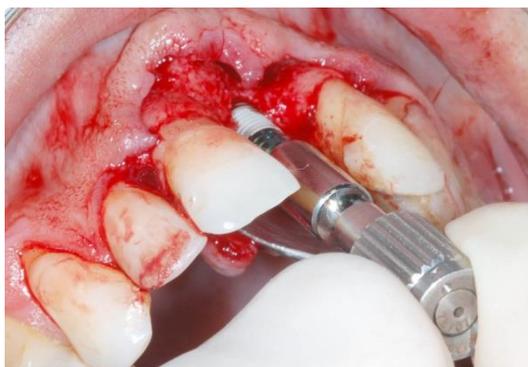


Figura 9 – Inserção do implante.



Figura 10 – Vista frontal do implante posicionado, ainda com o monta implante em posição.

Após o torque do implante, seu montador foi removido para dar início à escolha e instalação do munhão e confecção da prótese provisória. Uma vista oclusal do implante em posição está representada na figura 11 a seguir.



Figura 11 – Vista oclusal do implante após remoção do monta implante.

O sistema cone-morse, por se tratar de uma conexão bem diferente dos outros sistemas, possui um sistema de escolha de munhão diferenciado. Assim, a escolha é feita a partir de 3 medidas a saber: altura do transmucoso (que pode variar no sistema Neodent entre 0,8 a 5,5 mm); espessura do munhão (que no caso do sistema Neodent pode ser de 3,3 e 4,5 mm); e altura do munhão (neste sistema 4 ou 6 mm). Considerando que o ideal é que a cinta final do munhão fique 1 mm subgingival e em áreas cirúrgicas a tendência é a gengiva recobrir a área operada, foi feita a escolha do intermediário tipo munhão universal Neodent 4,5x4,5x6 mm, que ficou com a margem ao nível gengival (Figura 12). O torque instituído foi de 20 N/cm², realizado com catraca torquímetro manual protético. (Figura 13) Apesar de possível a colocação do munhão só após a sutura da ferida cirúrgica, a colocação nesta fase da cirurgia facilita os procedimentos posteriores.



Figura 12 – Colocação do intermediário do tipo munhão universal Neodent
4,5x4,5x6 mm

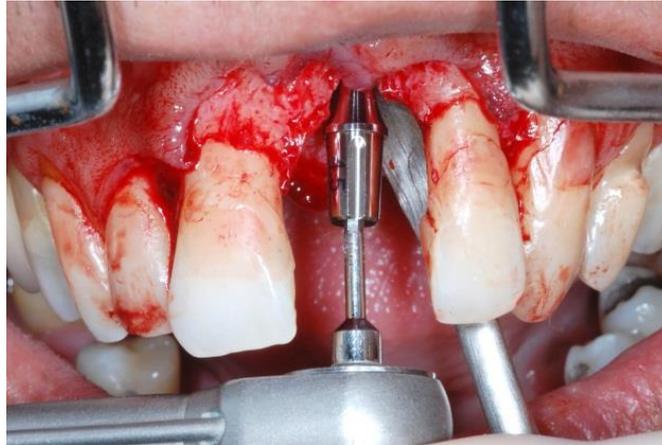


Figura 13 – Torque final do munhão universal

Uma vista final do munhão em posição pode ser vista na figura 14 a seguir.



Figura 14 – Vista oclusal final do munhão em posição.

Após colocação do munhão, foi realizada a sutura da área, utilizando pontos simples e acolchoantes (Tipo Blair-Donati), para garantir a aproximação das feridas cirúrgicas. O aspecto final pós-sutura pode ser observado na Figura 15.

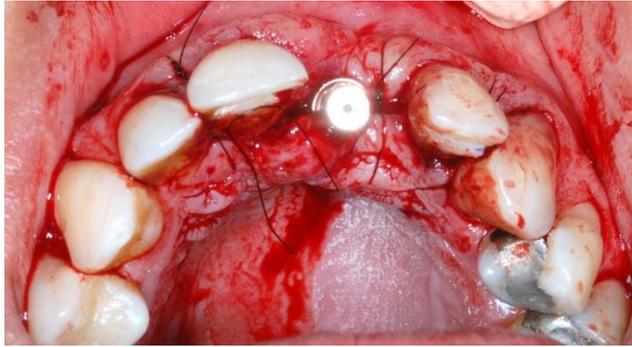


Figura 15 – Suturas finalizadas.

Em seguida, iniciou-se os procedimentos para confecção da coroa protética provisório. Apesar de inicialmente se cogitar o uso da coroa do dente permanente avulcionado como provisória da prótese sobre implante, uma coroa em resina acrílica também foi confeccionada por segurança, pois devido a desidratação da coroa do dente natural, essa pode fraturar durante ajustes para sua adaptação como coroa natural provisória. (Figura 16)



Figura 16 – Escolha da coroa a ser utilizada como provisório.

Como a textura e cor da coroa do dente permanente estavam satisfatórias, foi definido por utilizar esta como provisória. Assim, foi feito desgaste da porção palatina da coroa, com cuidado e sob refrigeração para

não fraturar a mesma, até que esteticamente ficasse agradável na posição final. Em seguida, um coping de acrílico pré-fabricado e escolhido de acordo com o munhão utilizado foi posicionado e, utilizando-se técnica do pó e líquido, com pincel, porções de resina foram adicionadas sobre este coping para capturá-lo já fixado na coroa protética. (Figura 17)



Figura 17 – Coping de acrílico para provisório em posição, com adição de resina acrílica para fixação da coroa natural provisória.

Em seguida, a coroa natural provisória foi posicionada sobre o coping até a polimerização completa do material. O resultado final desta etapa pode ser observado nas figura 18 e 19. Note na figura 19 que restaram vários espaços entre o coping e a coroa; porém, após a polimerização da resina o posicionamento final da coroa está garantido.



Figura 18 – Fixação da coroa do dente natural em posição.



Figura 19 – Vista interna da coroa natural e coping após fixação com resina acrílica.

Em seguida, utilizando-se também a técnica do pincel, com pó e líquido de resina, estas áreas de sulcos foram complementadas, aguardando-se a fase de polimerização da resina acrílica e ao final foram feitos os devidos acabamentos da mesma (figura 20). É de suma importância que o provisório esteja ao final o mais polido possível, para que placa ou bactérias não se agreguem a ele, pois toda a área ao seu redor ainda estará em cicatrização.



Figura 20 – Acabamento final da coroa natural em torno do coping de acrílico.

Finalmente, é realizada a prova final do provisório, antes da cimentação, inclusive com ajustes oclusais a fim de que este não possua toque com seu antagonista durante a fase de osseointegração. (Figuras 21 a 23)



Figura 21 – Provas e ajustes finais antes da cimentação do provisório.



Figura 22 – Manipulação do cimento provisório convencional.



Figura 23 – Cimentação final da prótese imediata.

Os pontos são removidos após 7 a 10 dias de pós-operatório e, muitas vezes, o provisório é recimentado, pois no dia da cirurgia o campo cirúrgico ainda está bastante úmido. Após a confecção do provisório é aguardado um tempo médio de 6 meses para maxila, chamado de período de osseointegração, período no qual o implante não deve receber cargas funcionais ou parafuncionais, pois a micromovimentação pode fazer com que a linha de osseointegração seja rompida.

Após este período, procedimentos convencionais de prótese fixa unitária sobre implante são instituídos, buscando conferir estética e função ao tratamento final. (Figuras 24 a 27).



Figura 24 – Vista frontal final da coroa metalocerâmica confeccionada 6 meses após a confecção da prótese provisória imediata.



Figura 25 – Vista oclusal final da coroa metalocerâmica confeccionada 6 meses após a confecção da prótese provisória imediata.



Figura 26 – Estética definitiva conseguida pela prótese metalocerâmica.

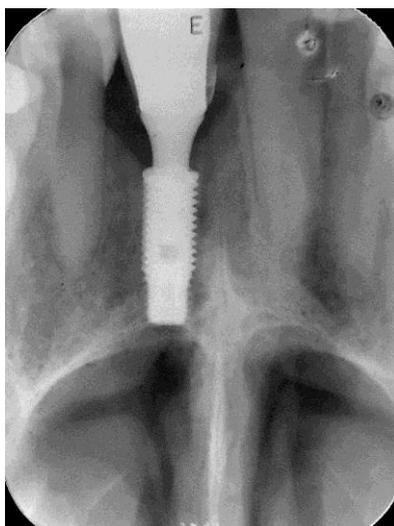


Figura 27 – Radiografia periapical de 1 ano de controle pós-operatório.

Discussão e considerações

A técnica de estética imediata em implantodontia tem se popularizado e evoluído, inclusive em termos de superfície implantar, e apesar de haver uma pequena diminuição nas chances de sucesso do tratamento, por não ser dado tempo para a recuperação dos tecidos antes da colocação do provisório, a técnica possibilita que tratamentos como o ilustrado neste trabalho resultem em satisfação para o paciente, justamente por já sair do consultório com sua estética recuperada, com o provisório posicionado sobre o implante recém colocado. O uso do implante do tipo cone-morse, por sua simplicidade na confecção do provisório, já que este é cimentado, o que também deixa o resultado mais estético, por não possuir parafuso oclusal.

Além disso, apesar do paciente possuir uma mordida aberta que, com certeza, não provocaria toques prematuros e cargas funcionais em movimentos de protrusão e lateralidade, o fator de insucesso neste tipo de reabilitação ainda é o trauma sobre o implante. Como cargas funcionais não foram geradas, o uso da própria coroa do dente natural foi bem sucedido, além de o paciente ficar mais receptivo ao tratamento, já que, nos dizeres deste, a impressão é que ainda tinha o seu próprio dente natural.

Uma das limitações encontradas foi a reabsorção vestibular do rebordo, que além de necessitar de cirurgia de preenchimento com enxerto gengival, que foi feita logo após a confecção da coroa definitiva, também obrigou um posicionamento mais palatino do implante, deixando uma maior área de sobrecontorno palatino da coroa definitiva.

Apesar disso, o paciente se mostrou satisfeito com a estética e

funcionalidade do implante desde a colocação do provisório e o pós operatório, não apontando nenhum tipo de complicação no implante e nos tecidos moles, que culminou também em satisfação final da prótese metalo-cerâmica.

Abstract

The use of implants in dentistry is already well documented. One available implant type, which has increased in use in recent years, is the Morse taper implant. Installation techniques and immediately placement have also been widespread, and represent an excellent alternative to the conventional two-steps placement, especially in aesthetic areas. According to some authors, when possible, the utilization of natural crown of extracted tooth of the patient improves self-esteem in these cases. Thus, this work was intended to present a case report of a patient who has lost the tooth #21 by trauma, and after bone remodeling post-extraction, underwent surgery to implant placement. Is was placed one Morse taper implant, with use of immediately loading using provisional crown made by natural crown of the patient. The patient was highly receptive and satisfied to the treatment after first chair session of clinical control. The control of one year, the finel prosthesis remains satisfactory, and there is no presence of bone resorption around the implant.

Key-words: Dental Implantation; Imediate Dental Implant Loading; temporary dental restoration.

Referências Bibliográficas

- 1 Bryant SR, Zarb GA. Outcomes of implant prosthodontic treatment in older adults. *J Can Dent Assoc* 2002; 68(2):97-102.
- 2 Margeas RC. Predictable periimplant gingival esthetics: use of natural tooth as a provisional following implant placement. *J Esthet Restor Dent* 2006; 18(1):5-12.
- 3 Kent G. Effects of osseointegrated implants on psychological and social well-being: A literature review. *J Prosthet Dent* 1992; 68(3):515-518.
- 4 Mangano C, Mangano F, Piattelli A, Iezzi G, Mangano A, Colla L. Prospective clinical evaluation of 307 single-tooth morse taper – connection implants: a multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2010; 25(2):394-400.
- 5 Pieri F, Aldini NN, Marchetti C, Corinaldesi G. Influence of implant-abutment interface design on bone and soft tissue levels around immediately placed and restored single-tooth implants: a randomized controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2011; 26(1):169-178
- 6 Mangano C, Mangano F, Piattelli A, Iezzi G, Mangano A, Colla L. Prospective clinical evaluation of 1920 morse taper-connection implants: results after 4 years of functional loading. *Clin Oral Impl Res* 2009; 20(3):254-261.
- 7 Chen ZF, Pow EHN. A technique for the fabrication of an immediate implant-supported provisional restoration using a fractured natural tooth. *J Prosthet Dent* 2008; 100(2):89-90.