



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CLÍNICA INTEGRADA

LUÍS OTÁVIO ROCHA MARUNO

**REABILITAÇÃO UNITÁRIA ANTERIOR IMEDIATA PÓS-
EXODONTIA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Araçatuba-SP

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E CLÍNICA INTEGRADA

LUÍS OTÁVIO ROCHA MARUNO

**REABILITAÇÃO UNITÁRIA ANTERIOR IMEDIATA PÓS-EXODONTIA:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

Orientador: Prof. Ass. Dr. Fellippo Ramos Verri

Co-Orientador: Karina Helga Túrcio de Carvalho

Araçatuba-SP

2015

AGRADECIMENTOS

Mais de duas décadas se passaram até esse momento. Desde minha infância até estes últimos passos para minha vida adulta, muitos são aqueles que passaram e marcaram importantemente a minha trajetória.

Olhando atrás, inúmeros são os nomes que poderiam ser citados, e muito injusto da minha parte seria, negligenciar qualquer um deles. Pessoas especiais na minha família: meus pais – que dispensa agradecimentos – me empurraram nos primeiros passos e em minhas primeiras palavras, me ofereceram a capacidade de tentar conquistar meus méritos. Estes méritos que sempre pude dividir com felicidade e festividade com todos os grandes amigos que conquistei nesse processo ao Prof. Ass. Dr. Fellippo Ramos Verri, que me acompanhou nessa última missão do curso, e ao Centro de Educação Construindo, escola que formou desde sempre a pessoa que hoje sou.

Dizem que a vida começa mesmo depois da faculdade, e se tal premissa for verdadeira, que venha essa responsabilidade, pois professores, amigos e família fizeram e farão de qualquer trajetória, mais fácil de ser percorrida. Por isso, a todos estes, que me trouxeram até esse momento,

Meus mais sinceros agradecimentos.

“O orgulhoso prefere perder-se a perguntar qual é o seu caminho.”

‘Winston Churchill’

Sumário

Resumo	5
Introdução	7
Relato do caso clínico	9
Considerações Finais	16
Referências	17

MARUNO, L. O. R. **Reabilitação Unitária Anterior Imediata Pós-Exodontia: Relato De Caso Clínico** 2015. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

Resumo

A possibilidade de reabilitação oral com implantes dentários mostrou um avanço significativo nos últimos quarenta anos. Da recomendação inicial para o tratamento de mandíbulas totalmente edêntulas com próteses fixas suportadas em implantes, houve uma evolução rápida e ascendente no sentido de aprimorar os implantes dentários, bem como de agilizar a resolução dos casos clínicos. Uma proposta já documentada com sucesso na literatura científica é a possibilidade de posicionamento de implantes unitários imediatamente pós-exodontia, o que representa um grande avanço na implantodontia. Assim, foi intuito deste trabalho apresentar um relato de caso clínico de paciente que perdeu o elemento 11 por processo carioso e foi submetido a cirurgia de colocação de implante pós-exodôntico, tipo cone morse, com técnica de confecção de coroa provisória imediata, utilizando a própria coroa do paciente na confecção da prótese provisória. O paciente se mostrou bastante satisfeito com o procedimento final e o implante apresenta-se estável com 6 meses de proervação da prótese definitiva.

Palavras-chave: Implante dentário; Osseointegração; Carga Imediata em Implante Dentário

MARUNO, L. O. R. **Post-Extraction Single-tooth Anterior Rehabilitation: Clinical Case Reporting** 2015. 26 p. Univ. Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

Abstract

The possibility of oral rehabilitation with dental implants showed a significant advance in the last forty years. From the initial recommendation for the treatment of completely edentulous mandible with fixed prostheses supported over implants, there was a fast and upward progress towards improving dental implants as well as to expedite the clinical cases resolution. In the scientific literature a proposal has successfully documented is the possibility of positioning single implants immediately after tooth extraction, which represents a major advance in implant dentistry. The aimed of this study was present an clinical case report of a patient who lost the 11 element by carious process and underwent post-extraction implant placement surgery, morse taper with technique of making immediate provisional crown, using the patient's own crown in the confection of the temporary prosthesis. The patient showed satisfied with the final procedure and the implant is stable with 6 months of follow up of the final prosthesis.

Keywords: Dental implant; osseointegration; Immediate Dental Implant Loading

Introdução

Nos dias atuais, o conceito de estética, que influencia o sorriso do paciente, é um dos fatores de aceitação social. Perdas dentais, que podem ser encontradas em qualquer faixa etária (Mangano et al. 2010), levam a necessidade de reposição, de preferência imediata. Uma das formas de reposição é por implantes, que desde 1960 foi estabelecida por Branemark et al. (1969), foi um protocolo de dois estágios cirúrgicos, considerado essencial para o sucesso da terapia com implantes. Nesse momento, vários trabalhos mostraram a viabilidade do uso dos implantes para reabilitação oral (Oliveira et al., 2008)

No entanto, a necessidade de resultados mais rápidos desenvolveu a carga imediata de implantes. Assim, reabilitações totais começaram a ser feitas em um estágio cirúrgico com sucesso comprovado por na literatura (Ericsson et al., 2000). Em seguida, desenvolvimento da técnica para pacientes desdentados parciais e unitários foi feito, aumentando a necessidade estética das reabilitações (Oliveira et al., 2008)

De forma semelhante, o desenvolvimento das unitárias imediatas também ocorreu, sendo vários estudos realizados, atingindo sucesso no geral, sempre dependente da saúde geral e condição sistêmica do paciente, a estabilidade primária do implante e o manejo adequado dos tecidos moles. Assim, para sucesso em carga imediata em dentes unitários é necessário controle da quantidade de carga, indicação precisa do tipo de implante, avaliar a disponibilidade óssea, bem como dominar a técnica cirúrgica. Assim, modificação da carga imediata foi proposta, chamada de provisionalização imediata, caracterizado pela instalação de implantes imediatamente pós-exodontia. (Oliveira et al., 2008)

Porém, este tipo de técnica não deve ser indicada para dentes com patologia periodontal, restando, portanto, indicação para dentes perdidos por perda de inserção, dentes com fraturas radiculares e cáries avançadas abaixo da margem gengival, bem como reabsorção externa radicular.

Assim, o objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico no qual foi realizada fixação de um implante unitário imediatamente após a exodontia do

respectivo elemento dentário condenado por reabsorção externa radicular, seguido da confecção da coroa provisória imediatamente, reduzindo o tempo clínico e morbidade do paciente.

Relato do caso clínico

Paciente do sexo feminino, 39 anos de idade, procurou o Cirurgião Dentista para tratamento odontológico apresentando edema na gengiva do elemento 11 e pequena extrusão com mobilidade leve (figura 1). Foi solicitado protocolo de exame clínico completo (hemograma completo, coagulograma e glicemia) para verificar problemas gerais de saúde que poderiam contraindicar uma cirurgia de colocação de implante osseointegrado. Radiograficamente foi requisitado panorâmica e periapicais da região do elemento 11, para verificação da disponibilidade óssea na área. (figura 2). 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 1 – Vista frontal inicial



Figura 2 – Rx inicial



Pelos exames radiográficos e clínicos foi planejado a colocação de um implante 4.3x11 mm, do tipo cone morse, sistema Neodent, logo após a exodontia, já que a altura óssea era suficiente. O provisório foi confeccionado a partir da própria coroa do elemento 11 e instalado com carga imediata. Para realização da cirurgia de instalação dos implantes não foi utilizado guia cirúrgico, visto a facilidade de se obter eixo de implantação a partir de visualização direta das bordas incisais dos dentes adjacentes como referência.

Para a realização da incisão foi realizada anestesia do tipo terminal infiltrativa por vestibular e por lingual, utilizando citocaína primeiramente para menor

desconforto do paciente e complementando com mepivacaína, buscando anestésias os ramos dos nn. alveolar superior anterior e nasopalatino (figura 3).

Figura 3 – Foto ilustrativa da anestesia terminal infiltrativa



Em seguida, foi realizada sindesmotomia ao redor do elemento 11 visando liberar as fibras gengivais e dar acesso ao ligamento periodontal, com lamina de bisturi 15, com finalidade de não romper o contorno gengival e manter a papila em posição. Após sindesmotomia completa, foi extraído primeiro a coroa, devido à fratura da mesma em virtude de processo de reabsorção externa nas interproximais da raiz e, em um segundo momento, a raiz residual. Para a extração da raiz residual foi necessário o seccionamento no seu longo eixo com broca 702 acoplada em alta rotação e posteriormente usou-se um periótomo e holleback para extração com movimentos de alavanca e sarilho delicados para não haver perda de tecido ósseo ao redor da raiz (figura 4). Feito a extração da raiz residual curetou-se o alvéolo, tirando todo o ligamento periodontal restante para não interferir na oseointegração. Uma vista do alvéolo logo após extração da raiz residual e curetagem pode ser visto na (figura 5).

Figura 4 – Extração da raiz residual com periótomo e holleback



Figura 5 – Logo após extração da raiz residual e curetagem



Em seguida, iniciou-se a etapa de instalação do implante medindo a profundidade inicial, tomando-se por base não só a profundidade, mas também a profundidade gengival, e logo em seguida realizando a sequência de fresas para osteotomia. Assim, seguindo o planejamento, a primeira fresa de 2mm de diâmetro alcançou a profundidade planejada de 13mm, 11 mm do implante mais 2 mm infra ósseo (já compensados os 5 mm de profundidade gengival) por se tratar de um implante cone morse Alvim (Neodent) e instalado logo após extração. Outra medida da profundidade foi feita para ter a certeza que a loja óssea estava com 13 mm disponíveis intraósseo, seguindo-se a segunda fresa utilizada para osteotomia (de 3.5 mm) alcançando a mesma medida. A terceira e última fresa, de 4.3 mm de diâmetro, seguiu a mesma sequência. A cada fresagem feita foi utilizado um pino de paralelismo para verificação da inclinação em que o implante seria instalado e analisar se a distância entre implante e dente respeitando os 1,5 mm, visto que é essencial para a confecção da prótese sobre o implante e formação de papila interproximal.

Após a loja óssea confeccionada, foi feita a instalação do implante, primeiro com o implante acoplado a um contra-ângulo cirúrgico em 12 rpm (figura 6) e, após, com um torquímetro manual, obtendo um torque final de 45 Nm (figura 7). Uma vista oclusal do implante em posição está representada na figura 8.

Figura 6 – Implante acoplado



Figura 7 – Torque final de 45 Nm



Figura 8 – Vista oclusal do implante instalado



Os implantes do tipo cone morse possuem 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). (Tárcio, 2011). O munhão de eleição foi o de 4,5 mm de diâmetro x 2,5 mm transmucoso x 4 mm de altura do munhão. Essas medidas foram baseadas nas disponibilidades de altura gengival e espessura do dente de acordo com o caso clínico para que favoreça um perfil de emergência ideal. Para instalação do munhão universal foi utilizado um torque de 32 Nm. O munhão em posição pode ser visto na figura 9.

Figura 9 – Vista oclusal com munhão em posição



A próxima etapa foi confecção do provisório. Assim, foi usado um cilindro do munhão provisório, com as mesmas dimensões do munhão universal (4.5 mm de diâmetro e 4 mm de altura). Para a confecção, foi utilizada a própria coroa do dente extraído, possibilitada pelo processo de reabsorção não ter deformado sua anatomia, que aliás já era de uma coroa protética de cerâmica. A coroa precisou de desgaste interno para possível captura do cilindro do munhão diretamente na boca e em seguida complementando o reembasamento e polimento. O reembasamento foi feito utilizando resina acrílica da cor a se assemelhar do dente reposto pela técnica do pincel. Para o polimento do provisório foi utilizado a sequência de pontas de borracha para resina acrílica. É de suma importância que o provisório esteja muito bem polido para que a placa bacteriana tenha mais dificuldade em se aderir, visto que a região acabou de passar por um processo cirúrgico.

Em seguida ao reembasamento e polimento, foi feito o ajuste oclusal, não deixando ter contato do provisório com o dente antagonista (provisionalização imediata), onde havendo o contato prejudicaria a ósseointegração. Figura 10 demonstra o processo de ajuste oclusal com papel carbono.

Figura 10 – Ajuste Oclusal



Finalmente, feito reembasamento, polimento e ajuste oclusal, foi realizada a cimentação provisória, sendo o cimento provisório utilizado o RelyX Temp 3M, sem eugenol. Figura 11 mostra o provisório em posição cimentado.

Figura 11 – Provisório em posição cimentado



O provisório deve permanecer por um período aproximado de 6 meses para osseointegração completa, 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.

A gengiva na porção edemaciada retraiu após termino da inflamação, causando um pequeno defeito estético na área, podendo ser visto na figura 12.

Figura 12 – vista frontal após termino da inflamação



Após 6 meses, a prótese definitiva metalocerâmica foi confeccionada por métodos convencionais de implantodontia e cimentada com Relyx U200 (3M), e uma vista final do tratamento pode ser visto na figura 13. A paciente se mostrou satisfeita, mas já sinalizou que se submeteria a procedimento periodontal para recobrir a área de retração da prótese final.

Figura 13 – Vista final do tratamento



Considerações finais

A evolução da implantodontia levou não só ao desenvolvimento de técnicas distintas, mas também ao desenvolvimento de tipos diferentes de implantes. Hoje em dia, já é aceito que implantes cone morse, como utilizados neste caso, são mais efetivos na restituição da estética do paciente. Além disso, a comodidade de uso de peças também é um dos fatores atrativos deste sistema, apesar de mais caro.

Das várias macroformas de implantes, os implantes cônicos tem se mostrado efetivos para este tipo de reabilitação, visto que são mais compatíveis com o próprio formato da raiz do dente unirradicular a ser extraído. Assim, a opção primária para estes casos é a utilização de implantes cônicos. Além disso, a literatura mostra que estes são mais fáceis de se atingir altos níveis de travamento, o que aumenta a estabilidade primária e facilita o processo de provisionalização.

O uso de provisórios pré-fabricados ou feitos em laboratório para a provisionalização é sempre um pré-requisito deste tipo de técnica. Porém, quando o dente perdido ainda possui características de coroa boas, esta pode ser aproveitada para provisório. Aliás, das várias escolhas, esta será sempre a menos traumática para o paciente, visto que o seu aspecto final pós implantação será o mais natural possível, já que estará muito próximo da situação anterior à implantação. Isto, é claro, se a estética ainda for favorável.

Técnicas imediatas de implantodontia tem sido cada vez mais utilizadas. Porém, problema relatados a estas técnicas são mais comuns que problemas em técnicas convencionais, visto que nem sempre a previsibilidade é atingida como nas próteses convencionais. Este fato ficou claro neste tratamento onde uma ligeira retração não deixou finalização do caso em 100%. Técnicas adicionais podem ser indicadas para esta correção. Além disso, biomateriais também podem ser utilizados durante a cirurgia, mas além de agregar custo ao tratamento, podem aumentar o risco de contaminação e este é o motivo que alguns profissionais evitam o seu uso.

Referências

1. Branemark PI, Adell R, Breine U, et al. Intra- osseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies. Scand J Plast Reconstr Surg 1969; 3(2):81-100.
2. Ericsson I, Nilson H, Lindh T, et al. Immediate functional loading of Branemark dental implants. An 18-month clinical follow-up study. Clin Oral Implants Res 2000; 11(1):26-33.
3. Mangano C, Mangano F, Piatelli 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.
4. Oliveira AC, Souza JR, Thomé G, et al. Implante imediato unitário em função imediata – relato de caso. RFO 2008; 13(1):70-74.
5. Skiba THI. Estética imediata em implantodontia utilizando sistema de conexão tipo Cone Morse utilizando a própria coroa do paciente – Relato de caso Clínico 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.