

Optimização das reabilitações implanto-suportadas no sector anterior: caso clínico

Caso clínico, apresentado pelo Dr. Tiago Borges, feito com colocação imediata pós-extração de um implante dentário, complementada posteriormente com a reabilitação protética utilizando um sistema computadorizado de fabricação de pilares sobre implantes.

ABSTRACT

Replacement of missing teeth in the esthetic zone presents a complex challenge for the implant team due to the difficulty in restore the natural appearing sulcular and papillae anatomy surrounding rehabilitated zones. Dental implant abutment selection plays also an important role in achieving optimal esthetic results. The type of abutment used in the implant restoration, its design and material must fulfill different requirements to optimize the esthetic outcome.

To assess the esthetic outcomes achieved with the use of CAD/CAM implant abutments and a new implant design in the anterior maxilla, we present this case report that describes the clinical application of both.

A reabilitação de espaços edêntulos com implantes dentários em zonas estéticas apresenta-se como um desafio para o médico dentista, no sentido de restaurar a anatomia natural dos tecidos gengivais peri-implantares¹.

A estabilidade a longo prazo destes tecidos assume-se como um dos problemas mais frequentes para os clínicos^{2,3}. Nas últimas décadas a presença ou ausência de papila gengival entre dentes, entre um dente e um implante dentário ou entre dois implantes dentários tem sido um tópico altamente discutido. Tarnow et al. relacionaram a presença de papila de acordo com a distância da crista óssea ao ponto de contacto entre dentes e entre dentes e implantes⁴⁻⁶.

A escolha dos pilares protéticos nas reabilitações implanto-suportadas representa igualmente uma peça importante no processo de reabilitação⁷. Os sistemas CAD/CAM (Computer Aided Design/Computer Aided Manufacturing) foram incorporados na produção de componentes protéticos para Implantologia Oral na década de 90, utilizando inicialmente o titânio como material reabilitador⁸⁻¹¹. Este tipo de fabricação de componentes consiste no desenho do componente por parte de um programa informático que reproduz a posição tridimensional do implante, transmitindo essa mesma informação para um dispositivo que fabrica o pilar protético com um formato e posição ideais. Vigolo et al. centraram os seus estudos na avaliação da precisão do interface implante/



Figura 1: Aspecto inicial da paciente



Figura 2: Aspecto inicial (radiografia apical)

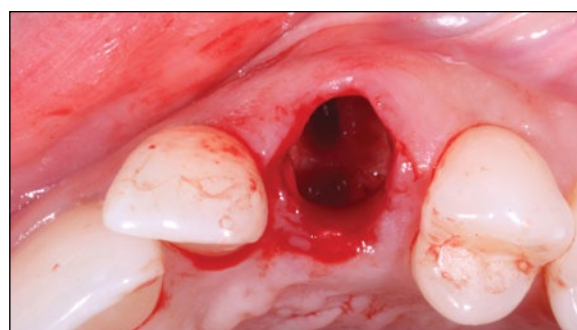


Figura 3a: Alvéolo dentário



Figura 3b: Exodontia da raiz do dente 23



Figura 3c: Revisão do alvéolo



Dr. Tiago Borges. Médico Dentista.
Assistente convidado de Cirurgia Oral da Universidade Católica Portuguesa. Unidade de Cirurgia e Implantologia Oral – Centro Avançado de Reabilitação Oral, Centro Médico Privado de Bragança.

pilar protético em pilares obtidos através deste método. Para uma estética muco-gengival apurada, o pilar protético deve possuir um perfil de emergência adequado, bem como estar confeccionado num material cuja cor não altere a cor da mucosa peri-implantar^{12,13}.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, de 31 anos de idade, com queixas de dor e mal-estar ao nível do 2.º quadrante. A paciente referiu, no decurso da história clínica, tratamento endodôntico prévio aos dentes 23 e 24. Ao exame clínico era visível ligeira tumefacção na região vestibular



Figura 4a: Implante dentário

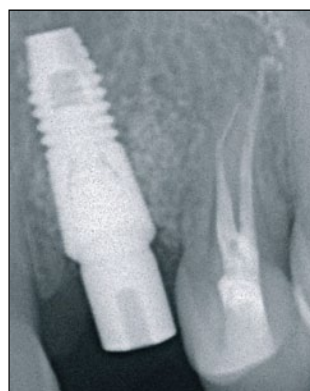


Figura 4b: Colocação imediata pós-extração



Figura 5a: Pilar provisório para coroa aparafusada



Figura 5b: Coroa provisória previamente ao polimento final e colocação



Figura 6a: Colocação de coroa provisória



Figura 6b: Coroa provisória aparafusada (Vista oclusal)



Figura 6c: Coroa provisória 12 semanas após colocação



Figura 7a e 7b: Perfil de emergência peri-implantar.



Figura 8a: Moldagem de tecidos peri-implantares



Figura 8b: Impressão do perfil de emergência

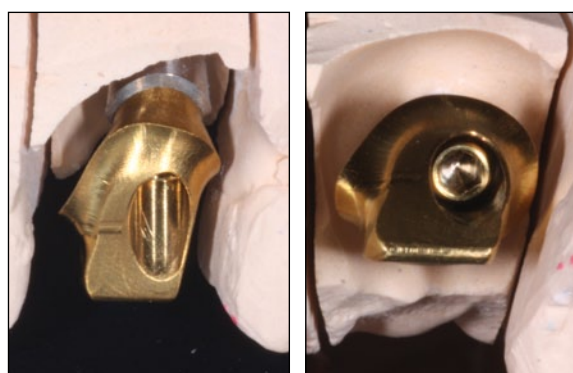


Figura 9a e 9b: Pilar Atlantis depois de fresado e tratado



Figura 10: Pilar Atlantis e coroa cerâmica

do dente 23. Não era perceptível a presença de fistula vestibular ou palatina (Figura 1). No exame radiográfico era visível a presença de lesão óssea associada ao dente 23, em posição lateral à área radicular. A avaliação radiográfica do tratamento endodôntico revelou fractura de instrumento no último terço radicular e trajecto anormal do material de obturação, possivelmente correspondendo a perfuração radicular (Figura 2).

Protocolo cirúrgico e reabilitador

Depois de avaliada a inviabilidade do dente 23 através de exame clínico e radiográfico, efetuou-se a exodontia do mesmo (Figura 3a e 3b), limpeza cuidada e revisão da anatomia óssea do alvéolo dentário (Figura 3c). A verificação da existência de um alvéolo dentário correspondente a um defeito ósseo de quatro paredes levou à colocação de um implante dentário (OsseoSpeed™ TX

Profile, DENTSPLY Implants, Mölndal, Sweden) imediata à extração dentária (Figura 4a e 4b).

O implante dentário foi reabilitado com pilar provisório em titânio (Figura 5a) e uma coroa provisória em resina compósito (Protemp™ Plus Temporization Material, 3M ESPE, St. Paul, Minnesota, USA), aparafusada (Figura 5b), simultânea à colocação (Figura 6a), e mantida por um período de 12 semanas (Figuras 6b e 6c). A impres-



Figura 10: Pilar Atlantis e coroa cerâmica

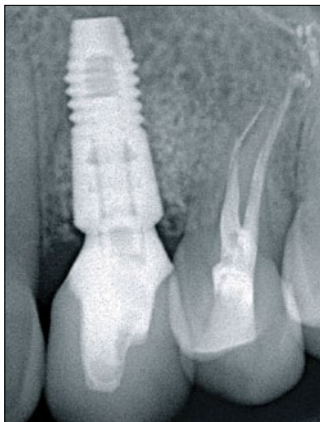


Figura 12: Radiografia apical após colocação da coroa cerâmica



Figura 13: Aspecto da reabilitação 1 ano após colocação

“

????????????
????????????
????????????
????????????
????????????
????????????
????????????
????????????
????????????
????????????

”

são dos tecidos peri-implantares modelados (Figuras 7a e 7b) foi efectuada através da colocação de uma resina compósito fotopolimerizável no espaço compreendido entre a gengiva e o transfer de impressão (Figura 8a), de forma a reproduzir o perfil de emergência criado pela coroa provisória (Figura 8b).
A reabilitação final foi executada com recurso a um pilar fabricado por um sistema CAD-CAM (ATLANTISTM, Atlantis Europe, Mölndal, Sweden), sendo que a escolha recaiu sobre um pilar protético de titânio dourado (a cor dourada da liga de titânio consegue-se através de deposição electrolítica de uma fina camada de nitrido de titânio) (Figuras 9a e 9b), para receber uma coroa

cerâmica cimentada (IPS e.max Ceram, Ivoclar Vivadent AG, Schaan, Principality of Liechtenstein) (Figura 10). Após a colocação da reabilitação protética final (Figuras 11a e 11b), efectuou-se controlo radiográfico para verificação da existência de restos de cimento no sulco gengival peri-implantar (Figura 12). O controlo a um ano revelou estabilidade na cor e forma dos tecidos moles em volta do implante (Figura 13).

Discussão

A colocação imediata de implantes dentários pós-extração é um procedimento previsível, com indicações claras e cuja taxa de sucesso se aproxima das taxas conseguidas com outro tipo de técnicas, como as colocações secundárias pós-extração ou as colocações tradicionais¹⁴. No caso apresentado, efectuou-se uma técnica de colocação imediata pós-extração de um implante dentário, que posteriormente foi complementada com a reabilitação protética utilizando um sistema computadorizado de fabricação de pilares sobre implantes. A utilização de um novo desenho de implante dentário que se adapta à anatomia alveolar apresenta-se como uma solução disponível para colocações imediatas. O sistema computadorizado para fabricação de pilares protéticos assume-se como uma solução que permite a fabricação deste componentes de forma personalizada ao paciente, com incremento do resultado estético final. ■

Pedido de Referências para isabel.pereira@editorialbolina.com