FACULDADE SETE LAGOAS-FACSETE
Raquel De Deus Panassolo

PLANEJAMENTO EM IMPLANTODONTIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Sete Lagoas-MG
2017

FACULDADE SETE LAGOAS-FACSETE

Raquel De Deus Panassolo

PLANEJAMENTO EM IMPLANTODONTIA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da FACSETE-Unidade avançada Campo Grande/MS como requisito parcial para conclusão do Curso de Implantodontia.

Orientador: Prof. Ms. Oscar Luíz Mosele

Sete Lagoas-MG

2017

Panassolo, RD.
Planejamento em Implantodontia: Relato de caso clínico / Raque de Deus Panassolo. – 2017.
36 f.
Orientador: Oscar Luíz Mosele.
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017.
1.Implantes dentários. 2.Planejamento reverso. 3.Prótese dentária.
I. Planejamento em Implantodontia: Relato de caso clínico.
II. Raquel de Deus Panassolo.

Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante,
do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo...

Raul Seixas.

DEDICATÓRIA

A minha mãe Régia por me incentivar e nunca me deixar desistir.

A minha família: pai, irmãs, tias, tios e avó. Cada um me mostrou o valor de ter um estudo.

Aos meus Mestres por todo o empenho e ensino a mim dedicados.

Aos meus colegas e amigos de profissão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por me mostrarem que família é plural e de que estudo é a única herança que ninguém tira.

Aos professores, por me mostrarem que só se obtém algo correndo atrás e conquistando.

Aos colegas de turma, por me incentivarem a estudar e dominar técnicas, pois é muito fácil se acomodar no erro.

RESUMO

O planejamento reverso em Implantodontia é um recurso valioso para o cirurgião dentista pois garante segurança na etapa cirúrgica e estabelece uma relação de confiança com o paciente. A reabilitação de pacientes desdentados totais ou parciais pode ser feita com prótese total, parcial removível, parcial fixa nos dentes ou sobre implantes osseointegráveis que vem ganhando cada vez mais espaço por preservar a integridade das estruturas nobres intrabucais e atingir resultados satisfatórios. Para que o resultado final atenda ao grau de complexidade e exigências estéticas de cada caso, é importante mostrar e discutir com o paciente a previsão do resultado e as possíveis limitações do caso antes da reabilitação, assim como, uma interdisciplinaridade que traz a possibilidade do aprendizado e execução compartilhados, oferecendo uma alternativa de tratamento mais simples, eficiente e prognosticável, que satisfaça as necessidades e anseios do paciente. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar a importância do planejamento no sucesso da reabilitação protética e sobre implantes, através de um caso clínico.

Palavras-chaves: implantes dentários, planejamento reverso, prótese dentária.

SUMMARY

Reverse planning in Implantology is a valuable resource for the dental surgeon because it ensures safety in the surgical stage and establishes a relationship of trust with the patient. Rehabilitation of total or partial edentulous patients can be done with partial, partial, removable, fixed partial denture on the teeth or on implants osseointegration that has been gaining more and more space to preserve the integrity of the noble intraoral structures and achieve satisfactory results. In order for the final result to meet the degree of complexity and aesthetic requirements of each case, it is important to show and discuss with the patient the outcome prediction and the possible limitations of the case before rehabilitation, as well as an interdisciplinarity that brings the possibility of learning and implementation, offering a simpler, more efficient and more predictable treatment alternative that meets the needs and desires of the patient. Therefore, the objective of this work is to present the importance of planning in the success of prosthetic rehabilitation and implants, through a clinical case.

Keywords: dental implants, reverse planning, dental prosthesis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Foto frontal da paciente.....19
Figura 2- Foto com a prótese antiga.....19
Figura 3- Foto frontal com a prótese antiga.....19
Figura 4- Foto frontal sem a prótese antiga.....19
Figura 5- Foto de perfil com a PPR antiga.....20
Figura 6- Foto de perfil sem a PPR antiga.....20
Figura 7- Exame radiográfico panorâmico inicial.....20
Figura 8- Modelo de estudo inferior.....21
Figura 9- Modelo de estudo superior.....21
Figura 10-Paciente em oclusão evidenciando diminuição de DVO.....21
Figura 11- Registro de mordida, vista frontal.....22
Figura 12- Registro de mordida direito.....22
Figura 13- Registro de mordida esquerdo.....22
Figura 14- DVO reestabelecida.....22
Figura 15- Enceramento diagnóstico.....22
Figura 16- Enceramento diagnóstico inferior.....23
Figura 17- Planejamento do guia cirúrgico inferior e PPA provisória superior.....23
Figura 18- Planejamento do guia cirúrgico inferior e PPA provisória em boca.....24
Figura 19- Instalação da PPA superior provisória.....24
Figura 20- Foto frontal com a PPA provisória superior.....24
Figura 21- Foto frontal em repouso com PPA provisória.....24
Figura 22- Levante em resina sem a PPA.....25
Figura 23- Levante em resina com a PPA.....25
Figura 24- Região inferior direita anestesiada.....25
Figura 25- Guia cirúrgico em posição. 25
Figura 26- Perfuração com a lança.....25
Figura 27-Confirmação da profundidade de perfuração.....26
Figura 28- Perfurações concluídas.....26
Figura 29- Implante instalado.....26

Figura 30- Suturas realizadas.....26
Figura 31- Região esquerda inferior anestesiada.....27
Figura 32- Região incisionada e anestesiada.....27
Figura 33- Guia cirúrgico em posição para perfuração com a lança.....27
Figura 34- Confirmação do paralelismo.....28
Figura 35- Implantes instalados.....28
Figura 36- Suturas realizadas.....28
Figura 37- Coroas acrílicas instaladas e ajustadas.....29
Figura 38- Coroas acrílicas vedadas.....29
Figura39- Frontal com a PPA provisória e coroas acrílicas instaladas.....29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Sigla 1- AEPC Associação de Ensino, Pesquisa e Cultura.

Sigla 2- PPR prótese parcial removível.

Sigla 3- DVO dimensão vertical de oclusão.

Sigla 4- DVR dimensão vertical de repouso.

Sigla 5- PPA prótese parcial acrílica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11
2 REVISÃO DE LITERATURA 12
3 PROPOSIÇÃO 18
4 RELATO DE CASO.....19
5 DISCUSSÃO 30
6 CONCLUSÃO.....33
REFERÊNCIAS 34

1 INTRODUÇÃO

Quando um paciente procura um cirurgião dentista sua principal exigência é obter um sorriso natural, sendo assim, o grande desafio da Odontologia é reestabelecer esse paciente estética e funcionalmente. Pacientes com problemas no sistema estomatognático podem ter função, fonética, conforto e saúde reestabelecidos, a partir, de um bom diagnóstico e de um correto planejamento (CARVALHO et al., 2006; ALVES et al., 2016).

A reabilitação de pacientes desdentados totais ou parciais pode ser feita com prótese total, parcial removível, parcial fixa nos dentes ou sobre implante. Neste contexto, as reabilitações com implantes osseointegráveis vêm ganhando cada vez mais espaço por preservar a integridade das estruturas nobres intrabucais e atingir resultados satisfatórios, desde que bem indicadas e executadas corretamente (NEVES *et al.,* 2006; HADDAD *et al.,* 2008).

Para que a reabilitação com implantes tenha sucesso a distribuição de forças mastigatórias é de extrema importância, pois, conserva a saúde do tecido periimplantar e a osseointegração (MARTINS et al., 2011).

É de fundamental importância mostrar e discutir com o paciente a previsão do resultado e as possíveis limitações do caso antes da reabilitação. A pré-visualização do tratamento pode ser realizada através de enceramento diagnóstico e *mockup* (HADDAD et al., 2008; ALVES et al., 2016).

Para que o resultado final atenda ao grau de complexidade e exigências estéticas de cada caso, uma interdisciplinaridade traz a possibilidade do aprendizado e execução compartilhados, oferecendo uma alternativa de tratamento mais simples, eficiente e prognosticável, que satisfaça as necessidades e anseios do paciente (GALLINA & VEIGAS,2007; SESMA et al., 2014; NUSS et al., 2016).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi apresentar a importância do planejamento no sucesso da reabilitação protética sobre implantes, através da apresentação de um caso clínico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A disposição do cirurgião estão diversas modalidades de imagens e a ideal deveria proporcionar uma imagem transversal do arco dentário, permitindo a visualização das duas tábuas ósseas e as inclinações do osso alveolar, deveria proporcionar uma avaliação da relação entre as estruturas anatômicas e o sítio receptor do implante, permitindo medições exatas, possibilitar a avaliação da qualidade óssea e ter uma boa relação custo-benefício. Infelizmente, atualmente não existem modalidades ideais, sendo necessária uma combinação de técnicas para um correto planejamento (COMANDULLI et al., 2005).

É imperativo que o planejamento comece por próteses diagnósticas, estéticas e funcionais, duplicáveis como guias cirúrgicos para orientação nas etapas seguintes. A prótese diagnóstica é um referencial para alcançar o planejamento protético obtendo, assim, uma biomecânica satisfatória que preserva a integridade das estruturas nobres intrabucais, além de recuperar a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático de acordo com a satisfação objetiva e subjetiva do paciente tratado (CARVALHO et al., 2006).

Baldisserotto et al. (2006) demostraram que um planejamento reabilitador para o mesmo caso pode variar bastante abrangendo desde procedimentos conservadores até planejamentos mais radicais, como exodontias e instalação de vários implantes. Sendo assim, uma interdisciplinaridade no diagnóstico e no planejamento é imprescindível, onde a decisão clínica final depende de diversos fatores relacionados com o profissional e com o paciente.

Gallina & Viegas (2007) relataram o planejamento de dois casos clínicos das possíveis vantagens e desvantagens da indicação de overdentures e próteses fixas. No primeiro caso, o planejamento inicial era prótese fixa com enxertia óssea, porém, o perfil facial obtido não foi satisfatório para a paciente, portanto, foi executada uma overdenture como trabalho final. No segundo caso, o planejamento era uma overdenture, que por problemas parafuncionais fraturou algumas vezes, sendo assim, foi executada uma prótese protocolo em cerâmica para melhor distribuição das forças oclusais. Concluiu-se que o planejamento protético deve ser amplo e individualizado, avaliando as condições bucais presentes e as expectativas do paciente, para proporcionar o melhor resultado estético e funcional possível.

Haddad et al. (2008) demonstraram que a instalação de implantes inclinados é uma opção viável quando se necessita desviar de estruturas anatômicas, essa situação é contornada por um planejamento pré-cirúrgico que facilita a seleção do sistema de conexão. Pode-se dizer que as conexões internas são mais favoráveis em termos biomecânicos e microbiológicos, e que, o sistema externo é mais versátil e pode ser utilizado em qualquer situação, desde que devidamente planejado.

É um desafio restabelecer o paciente com funções estética, fonação e saúde normais. O que torna a Implantodontia única é a habilidade em atingir esse objetivo, independentemente da atrofia, doença ou injúria do sistema estomatognático. Entretanto, quanto mais dentes o paciente perde, mais desafiadora essa tarefa se torna. Como resultado de planejamento reverso o sucesso previsível é agora uma realidade na reabilitação de muitas situações clínicas desafiadoras (MISCH, 2008).

Gomes et al. (2008) avaliaram os aspectos clínicos relevantes no planejamento de reabilitações com prótese sobre implante e agruparam as condições ideais da seguinte forma: o tecido ósseo precisa ter em quantidade M-D (6-7mm), V-L (6mm), A-C (3-4mm JCE) e em qualidade precisa ser Classe II ou Classe III. O tecido mole precisa ter quantidade suficiente de gengiva inserida, o rebordo precisa estar em oclusão Classe I ou Classe II, a linha do sorriso precisa ser baixa, com ausência ou um leve grau de bruxismo, o diâmetro do implante precisa ser maior que 3,75mm, com comprimento em maxila maior que 13 mm e em mandíbula maior que 10mm, e os matérias restauradores ideais são porcelana, resinas e metal. Não foi destacado nada quanto o tipo de conexão do implante.

Uma reabilitação sempre deve levar em consideração as necessidades gerais do paciente. Mukai et al. (2010) relataram um caso de reestabelecimento de Dimensão Vertical de Oclusão (DVO) com instalação de Prótese Parcial Removível (PPR), onde resultado satisfatório e a harmonia estética alcançada motivaram a paciente a manutenção da higiene oral.

As complicações nas reabilitações com implantes dentários são um dos assuntos mais discutidos na literatura atual, pois com a ampliação da indicação dos tratamentos somados ao grande número de profissionais sem treinamento, aumentaram significativamente. Comumente ocorrem hemorragias, infecções, angulação ou posição inadequado dos implantes, perfuração da parede inferior do seio maxilar ou do canal mandibular, afastamento da tabua óssea vestibular ou lingual, fratura de mandíbula, fratura do implante e decência da ferida dos tecidos

moles. É sabido que as complicações pós-operatórias (9,72%) ocorrem mais do que as complicações transoperatórias (3,70%), que praticamente todas as complicações podem ser resolvidas e que é possível evitar tais complicações com planejamento pré-cirúrgico e colaboração do paciente em recuperação (NÓIA et al., 2010).

O sucesso nas reabilitações está ligado a união estrutural direta e funcional entre o osso e o implante que ultrapassa os 90% na maioria dos trabalhos. Entende-se como sucesso a obtenção de osseointegração, manutenção da crista óssea marginal e do tecido ósseo de suporte, saúde do tecido mole, ausência de dor, desconforto e inflamação, e satisfação pessoal. Ao colher todas as informações possíveis do paciente e realizar um adequado planejamento, tanto cirúrgico quanto protético, o prognóstico do tratamento torna-se mais favorável (MARTINS et al., 2011).

Muncinelli et al. (2011) demonstraram através de um caso clínico a importância de um planejamento interdisciplinar, envolvendo prótese dentária, periodontia e dentística, para restabelecer estética e função. Como planejado, foi instalada uma PPR superior, repondo os elementos 21 e 22, o incisivo lateral conóide foi transformado por reanatomização em incisivo central e o canino superior direito em incisivo lateral, e por fim, feito um aumento de coroa clínica no elemento 11, por motivos estéticos. A correta execução do tratamento, assim como, a comunicação com a paciente, foram possíveis através do planejamento com modelos de estudo e enceramento diagnóstico.

Há muito que o cirurgião-dentista abandonou a postura tradicional de analisar apenas o dente e passou a analisar o paciente como um todo. Essa postura resultou em reabilitações multidisciplinares. Com o advento de planejamentos cada vez mais complexos, materiais adesivos de boa qualidade e o aprimoramento da técnica de instalação de implantes, com a confecção imediata de próteses, o resultado final está cada vez mais previsível e satisfatório, onde é possível a devolução de oclusão funcional e um sorriso equilibrado e harmonioso, em um curto espaço de tempo (SILVA & SILVA, 2011).

É importante uma interação entre cirurgião e protesista para que no planejamento seja definido o tipo de prótese, a geometria, o número e a disposição dos implantes no leito ósseo, promovendo, assim, a distribuição das forças mastigatórias, favorecendo a longevidade da reabilitação. Para individualizar o caso e obter a proposta de tratamento é necessário um exame físico intra e extrabucal, a

obtenção de modelos de estudo, montagem em articulador evidenciando a Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), a relação do espaço edêntulo com os tecidos circunjacentes, relações oclusais e estudos de alterações através de enceramento diagnóstico, que pode ser utilizado para confecção do guia cirúrgico (AMOROSO et al., 2012).

Goiato et al. (2012) destacaram a importância de um planejamento prévio em reabilitações com gengiva artificial cerâmica para garantir uma melhor previsibilidade estética e funcional. Demonstraram que a partir de um bom planejamento pode-se corrigir espaços negros, devido à perda das papilas interproximais, e melhorar regiões com reabsorções ósseas significativas.

Soares et al. (2012) demonstraram que a abordagem interdisciplinar aumenta a produtividade, otimizando a atuação de cada profissional. Por meio de um planejamento criterioso a queixa principal da paciente é solucionada, demonstrando assim, a relevância clínica da integração dos resultados obtidos.

Torcato et al. (2012) elencaram três fatores gerais influentes no planejamento reverso: aspectos cirúrgicos, protéticos e psicológicos. A qualidade e a quantidade óssea são os fatores anatômicos que mais afetam o prognóstico cirúrgico de uma reabilitação, já para se planejar o tipo de prótese é necessário investigar o suporte labial, a linha do sorriso, o comprimento do lábio superior, a qualidade e a quantidade da mucosa, o contorno do rebordo alveolar, a relação coroa/osso, o espaço interarcos e a zona fonética. E no que se refere aos aspectos psicológicos os pacientes deveriam receber um plano de tratamento adaptado para suas necessidades físicas e psicossociais, já que o edentulismo pode ser severo para alguns indivíduos.

Goiato et al. (2013) descreveram o planejamento de um caso clínico associando de PPR com implantes dentários. O planejamento do caso levou em consideração a restrição anatômica da paciente, favorecendo a biomecânica e aumentando a eficiência mastigatória. A associação de PPR com encaixes é uma alternativa estética e funcional para amenizar ou eliminar os problemas relacionados a baixa estabilidade, movimentação durante a fala, estética reduzida e mastigação deficiente relacionados a arcos maxilares com extremidades livres. A variedade de encaixes disponíveis é grande e cada um tem sua indicação para determinado caso, esses encaixes ocorrem entre PPR e próteses implantossuportadas promovendo

maior estabilidade da peça protética, o que resulta em uma maior aceitação e satisfação do paciente.

Sesma et al. (2014) relataram um caso clínico de correção de sorriso gengival por meio de prótese total fixa superior. A relevância do caso está na técnica reabilitadora, composta de uma cirurgia de dois estágios com cicatrização fechada, e nos materiais convencionais, uma prótese confeccionada com estrutura metálica e dentes de estoque de acrílico. O resultado estético altamente favorável, apesar da relativa simplicidade, foi alcançado através de um extenso planejamento protético pré-cirúrgico e atenção aos requisitos oclusais.

O enceramento diagnóstico é uma etapa fundamental do planejamento, pois permite previsibilidade e resultado estético, principalmente nos casos em que as possíveis modificações são de difícil imaginação pelo paciente. A partir do enceramento diagnostico é possível redefinir a morfologia dentária e executar um ensaio restaurador *mock up*, que apresenta como vantagem um menor risco biológico, estético e funcional e a possibilidade da simulação do resultado para uma aceitação prévia do tratamento pelo paciente (ALVES et al., 2016).

Melo Neto et al., (2016) relataram um complexo planejamento, no qual, a partir do diagnóstico de periodontite crônica e da recusa do paciente em realizar PPR inferior, foi proposto uma overdenture implantossuportadas, pela facilidade de higienização, porém, o paciente optou por uma prótese sobre implante fixa (Protocolo de Bränemark). Sendo assim, foi planejada uma reabilitação que suprisse os anseios do paciente e fosse teoricamente embasada. Após as devidas orientações quanto a uma higiene bucal cuidadosa e rigorosa, o tratamento foi iniciado com exodontias múltiplas, instalação dos implantes e das próteses provisórias. Após seis meses, foram confeccionadas próteses definitivas e o paciente encaminhado para fonoaudiologia, para uma adaptação muscular orofacial durante a fala, mastigação e deglutição.

O desenvolvimento de um planejamento completo e eficiente depende de uma sequência de procedimentos que possibilitem a previsibilidade de resultados. Após a coleta de dados pessoais, realiza-se um exame clinico minucioso, uma adequação do meio oral, um restabelecimento oclusal por meio de próteses parciais removíveis provisórias e o reestabelecimento do equilíbrio entre estética branca e vermelha, por meio de cirurgias periodontais. A transferência do planejamento pra boca do paciente é realizado por ensaios restauradores *mock up*, seguidos de

restabelecimento estético por restaurações diretas em resina composta. Diante do exposto, é inerente a interação interdisciplinar dentro de um planejamento reabilitador (MIRANDA et al., 2016).

Nuss et al. (2016) demonstraram que um planejamento pré-cirúrgico rígido e bem detalhado permite a economia de tempo no trans e pós-operatório. O dia-a-dia pré-operatório da implantodontia vem abrindo caminho para o planejamento tridimensional virtual com tomografia computadorizada cone beam (TCCB), pela facilidade da técnica, por tornar o procedimento cirúrgico mais preciso e rápido, e por aumentar a previsibilidade dos resultados. Quando utilizada em combinação com softwares de planejamento, a TCCB se mostra uma técnica precisa, não invasiva, que auxilia o profissional no diagnóstico e planejamento para o correto posicionamento dos implantes. Por consequência, um dos grandes avanços da implantodontia moderna é a cirurgia virtualmente guiada associada a um planejamento computadorizado e realizada a partir de guias prototipadas.

3. PROPOSIÇÃO

Apresentar através de um caso clínico a importância do planejamento reverso em Implantodontia.

4. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente M.A.R. procurou a AEPC queixando-se da ausência de alguns dentes, problemas de mastigação, dificuldade em se adaptar com prótese parcial removível (PPR) inferior e baixa autoestima. Durante a consulta inicial foi realizada anamnese para avalição da condição sistêmica, que não apresentou nenhuma alteração, e dos anseios da paciente, que relatou interesse em realizar o tratamento com implantes apenas na região inferior. Solicitou-se exame radiográfico panorâmico e foi proposto reabilitação com PPR superior e instalação de implantes osseointegráveis nas áreas desdentadas inferiores.

Na segunda consulta foi realizado exame clínico intrabucal e exames de imagem (Figura 1,2,3,4,5 e 6).



Figura 1. Foto frontal da paciente



Figura 2. Foto com a prótese antiga



Figura 3. Foto frontal com a prótese antiga

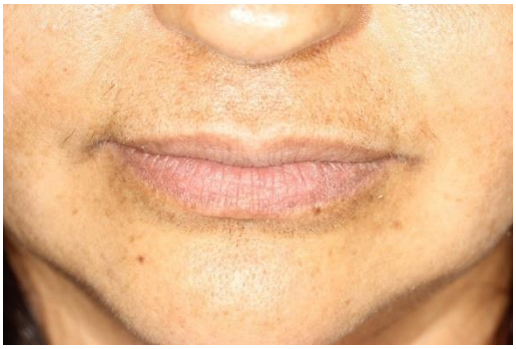


Figura 4. Foto frontal sem a prótese antiga

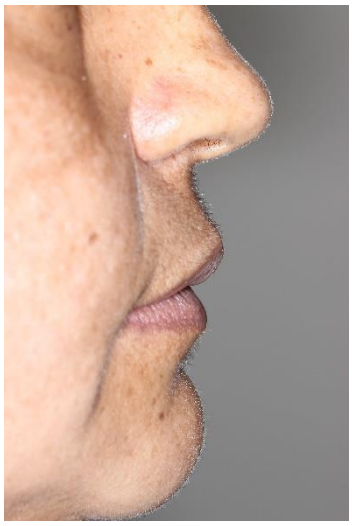


Figura 5. Foto de frontal com a PPR antiga

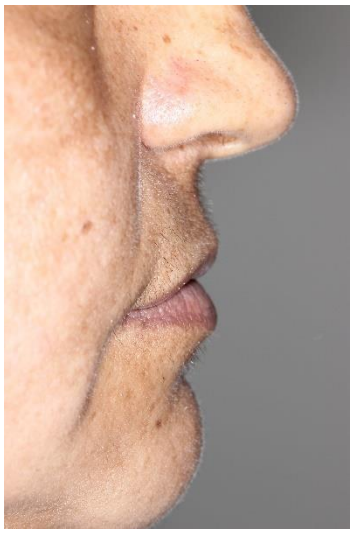


Figura 6. Foto perfil sem a PPR antiga

Avaliação do exame radiográfico (Figura 7) e confecção de modelos de estudo em gesso especial tipo IV (DURONE, Dentsply, São Paulo-SP) de ambos os maxilares (Figura 8 e 9).

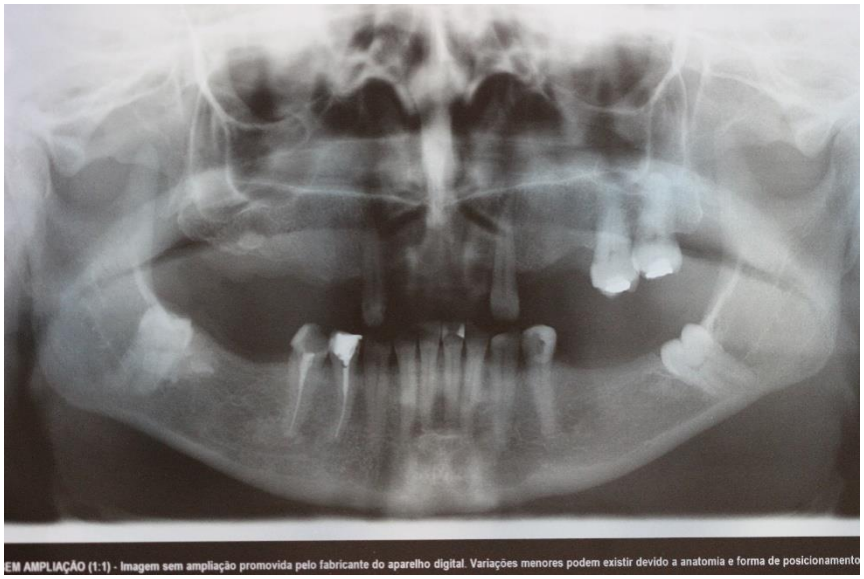


Figura 7. Exame radiográfico panorâmico inicial



Figura 8. Modelo de estudo inferior



Figura 9. Modelo de estudo superior

Ao examinar a paciente em oclusão (Figura 10) e os modelos montados em articulador semi-ajustável (Bioart, São Carlos-SP), constatou-se uma possível diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), observada através do desgaste oclusal.



Figura 10. Paciente em oclusão evidenciando diminuição de DVO.

Placas base com cera 7 para registro de mordida e montagem em articulador semi-ajustável foram confeccionadas. Para se determinar o valor a ser recuperado da DVO, foi realizado um registro da medida correspondente, onde a cabeça da paciente foi posicionada em perfeito equilíbrio nos sentidos anteroposterior e lateral, à custa da contração dos músculos posteriores do pescoço. Após o relaxamento muscular, a distância entre a base do nariz e o mento foi registrada por meio do compasso de Willis, que corresponde a Dimensão Vertical de Repouso (DVR), valor de 18mm. Dessa medida, subtraiu-se 5 mm referentes ao espaço funcional de pronúncia, resultando na DVO correta, valor de 13 mm (Figuras 11,12,13).

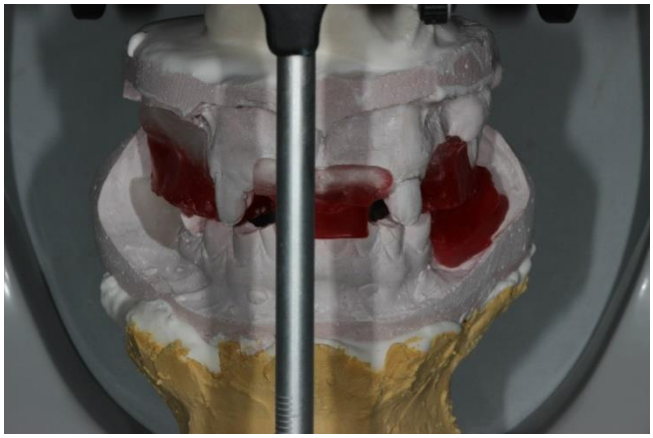


Figura 11. Registro de mordida, vista frontal



Figura 12. Registro de mordia direito



Figura 13. Registro de mordida esquerdo

Após DVO correta estabelecida, foi realizado enceramento diagnóstico (Figuras 14 e 15) e constatado a necessidade de restaurações em resina composta nos dentes inferiores anteriores (Figura 16).

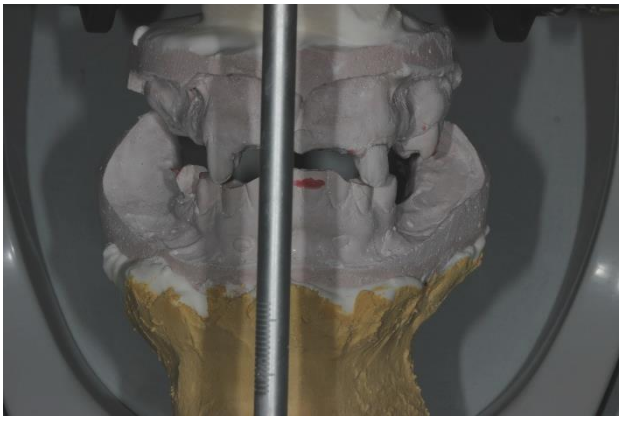


Figura 14. DVO reestabelecida.



Figura 15. Enceramento diagnóstico



Figura 16. Enceramento diagnóstico inferior.

Elaborou-se um plano de tratamento reabilitador onde o enceramento diagnóstico seria utilizado para confecção do guia cirúrgico inferior e para confecção da prótese parcial acrílica (PPA) provisória superior (Figuras 17 e 18), foi planejado levante em resina composta para os dentes inferiores anteriores, implantes osseointegráveis com coroas acrílicas, sendo 1 na região do elemento 46 e 2 na região dos elementos 35 e 36, e PPR superior.



Figura 17. Planejamento do guia cirúrgico inferior e PPA provisória superior.



Figura 18. Planejamento do guia cirúrgico inferior e PPA provisória superior em boca.

Após aceitação da paciente, agendou-se a primeira consulta onde foi instalada a PPA provisória (Figura 19,20,21) e realizado o levante em resina composta cor A3 (Opallis,FGM,Joinville-SC) dos dentes anteriores inferiores (Figura 22 e 23).



Figura 19. Instalação da PPA superior provisória



Figura 20. Foto frontal com PPA provisória.



Figura 21. Foto frontal com PPA provisória



Figura 22. Levante em resina sem a PPA.



Figura 23. Levante em resina com a PPA.

Após o levante em resina composta, agendou-se a primeira cirurgia para instalação do implante na região do 46. A paciente foi anestesiada com lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000, tubete de vidro (ALPHICAINE, DFL, Rio de Janeiro-RJ) (Figura 24), após incisão e descolamento, foi colocado o guia cirúrgico em posição (Figura 25) e feita a perfuração com a lança (Figura 26).



Figura 24. Região inferior direita anestesiada.



Figura 25. Guia cirúrgico em posição.



Figura 26. Perfuração com a lança.

Após confirmação do correto comprimento de perfuração com o paralelômetro (Figura 27) foi dada sequência na cirurgia até a instalação do implante de hexágono externo 4,0X8,5mm (Emfils,ITU-SP) com torque de 40N (Figura 28,29). Paciente foi suturada (Figura30), orientada a respeito de higiene oral e alimentação, e medicada com Amoxicilina 500mg (8/8h por 7 dias), Ibuprofeno 600mg (12/12h por 3 dias) e Dipirona Sódica (6/6h por 24h). A sutura foi removida 7 dias após cirurgia e prescrito bochecho de Clorexidina 0,12% por 7 dias.



Figura 27. Confirmação da profundidade de perfuração

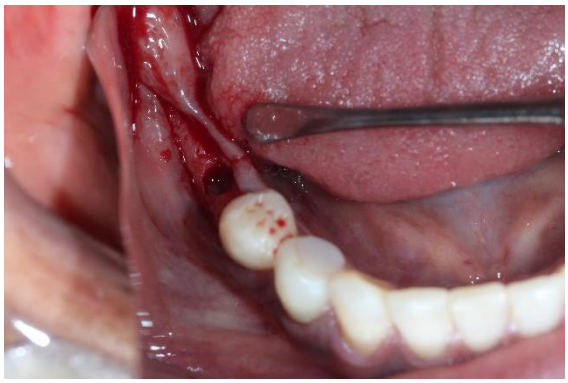


Figura 28. Perfurações concluídas.

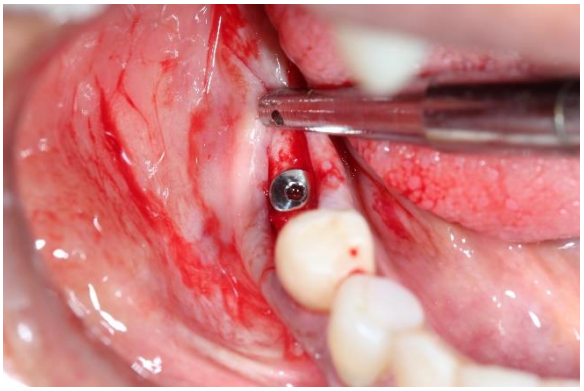


Figura 29. Implante instalado.

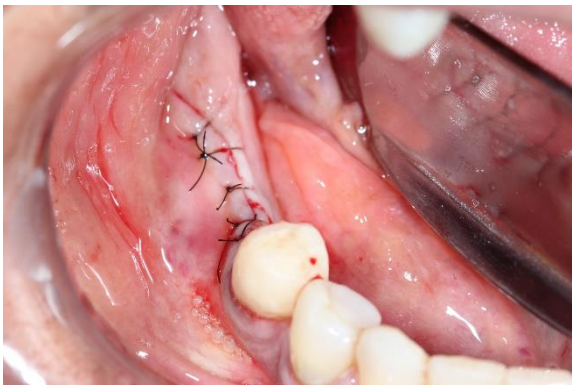


Figura 30. Suturas realizadas.

Após um mês, foi realizada a segunda cirurgia onde foram instalados os implantes na região do 35 e 36. A paciente foi anestesiada com lidocaína 2% + epinefrina 1:100.000, tubete de vidro (ALPHICAINE, DFL, Rio de Janeiro-RJ) (Figura 31), após incisão e descolamento (Figura 32), foi colocado o guia cirúrgico em posição (Figura 33) e feitas as perfurações com a lança.



Figura 31. Região esquerda inferior anestesiada.



Figura 32. Região incisionada e descolada

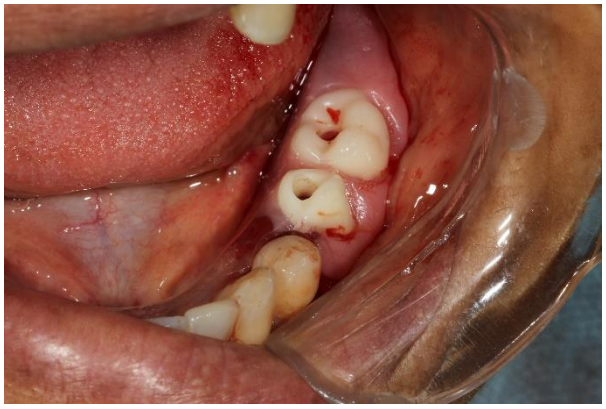


Figura 33. Guia cirúrgico em posição para perfuração com a lança.

Após confirmação do correto comprimento de perfuração e paralelismo (Figura 34) foi dada sequência na cirurgia até a instalação dos implantes de hexágono externo 4,0X10mm na região do 35 e 4,0X8,5mm na região do 36 (Emfils,ITU-SP) com torque de 40N (Figura 35). Paciente foi suturada (Figura 36), orientada a respeito de higiene oral e alimentação, e medicada com Amoxicilina 500mg (8/8h por 7 dias), Ibuprofeno 600mg (12/12h por 3 dias) e Dipirona Sódica (6/6h por 24h). A sutura foi removida 7 dias após cirurgia e prescrito bochecho de Clorexidina 0,12% por 7 dias.

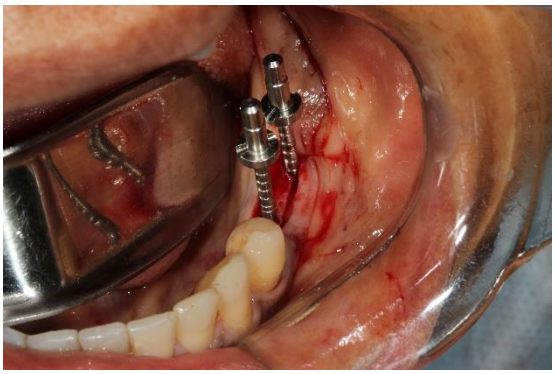


Figura 34. Confirmação do paralelismo.



Figura 35. Implantes instalados.



Figura 36. Suturas realizadas.

Aguardados três meses, foi realizada reabertura e instalação dos cicatrizadores (Emfils, ITU-SP), que permaneceram em boca por 20dias. Em sequência foi realizado molde em posição com silicone de condensação (PERFIL, Coltene, Rio de Janeiro-RJ) para confecção das coroas acrílicas em laboratório (Resina autopolimerizável, cor 62), que foram instaladas, ajustadas oclusalmente de acordo com a PPA superior provisória, dado torque de 30N e fechadas com resina composta fotopolimerizável cor A3 (Opallis, FGM,Joinville-SC) (Figura 37,38 e 39).



Figura 37. Coroas acrílicas instaladas e ajustadas.

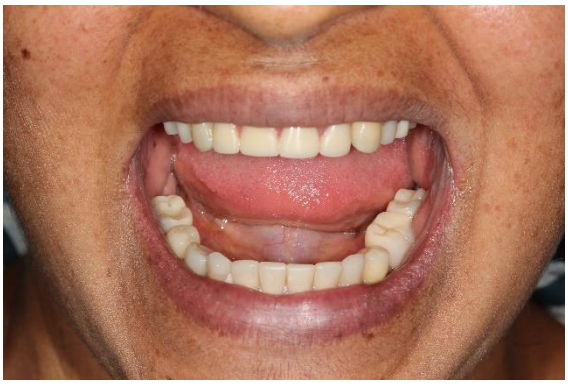


Figura 38. Coroas acrílicas vedadas.



Figura 39. Frontal com PPA provisória e coroas acrílicas instalados.

A PPR superior foi confeccionada em consultório particular, tendo DVO e oclusão guiados pelas coroas acrílicas planejadas, concluindo assim essa reabilitação. A paciente será proservada em 6 meses e depois uma vez ao ano.

5. DISCUSSÃO

Inicialmente o foco da Implantodontia era a quantidade óssea que o paciente apresentava, o osso disponível não era modificado e representava o fator intraoral primário de influência no plano de tratamento. Com o passar dos anos e o melhoramento das técnicas cirúrgico-reabilitadoras o foco mudou, as necessidades protéticas e os anseios do paciente devem ser primeiramente determinados em relação ao número e a posição dos implantes. Uma vez que a prótese desejada é esboçada as posições ideais, a quantidade e o tamanho dos implantes são determinados, aí sim, a quantidade óssea é avaliada. Tudo isso só é possível a partir de um criterioso planejamento (MISCH, 2008).

Segundo Carvalho el al. (2006) para se chegar a um correto planejamento é de responsabilidade do implantodontista a obtenção da maior quantidade de informações possíveis, atingindo-se assim, um prognóstico confiável a respeito do tratamento. Nas primeiras consultas da paciente M.A.R. foi realizada uma anamnese detalhada, deixando claros seus anseios e vontades. Foram realizados exames clínicos intrabucal e extra bucal, exames de imagem, exames radiográficos e modelos de estudo em gesso.

No primeiro contato com o paciente o profissional precisa compreender qual problema o incomoda predominantemente. Sendo assim, é necessário ouvir atentamente as explicações do mesmo, buscando definir a personalidade do paciente, o nível de expectativa e o grau de exigência com relação ao tratamento a ser realizado. Para se elaborar um planejamento, é importante seguir uma seqüência de procedimentos que começam por um exame clínico detalhado, que deve ser complementado com a requisição de radiografias, fotografias e modelos de estudo.

Para Gomes et al. (2008) os pontos mais importantes a serem abordados durante um planejamento são quantidade e qualidade óssea, condição dos tecidos moles, limitações anatômicas, forma do rebordo edêntulo, dimensões da restauração sobre o implante, bruxismo, linha do sorriso e suporte labial, número de implantes, tipo de conexão, dimensão do implante, materiais de revestimento estético da restauração, arco antagonista e potência muscular.

Após avaliação dos exames clínicos e dos modelos montados em articulador, constatou-se que a paciente tinha uma possível diminuição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO). Para Mukai et al. (2010) a recuperação da DVO é freqüentemente

negligenciada nas reabilitações feitas sem critério e planejamento prévio, o que condena todo o trabalho executado.

Após obtenção da medida correta (15 mm), foi realizado enceramento diagnóstico destacando a necessidade de levante em resina composta dos dentes anteriores inferiores. Para Alves et al. (2016) uma etapa fundamental do planejamento é o enceramento diagnóstico, que permite previsibilidade das possíveis modificações e auxilia no planejamento e execução cirúrgico-restaurador.

Segundo Muncinelli et al. (2011) por conta dos avanços tecnológicos das resinas compostas e dos sistemas adesivos, as técnicas de reanatomização dentária estão cada vez mais eficientes. Essas técnicas associadas ao planejamento do caso, utilizando modelos de estudo e enceramento diagnóstico, demonstram ser adequadas e satisfatórias para a correta execução do caso. Miranda et al. (2016) demonstraram que as restaurações diretas em resina composta apresentam como vantagem a conservação e a mimetização dos tecidos dentais, reversibilidade de tratamento, possibilidade de reparo e baixo custo.

Depois do levante em resina ser concluído, a PPA provisória foi instalada e foram realizadas as cirurgias com o guia para instalação dos implantes conforme planejado.

O guia cirúrgico dita a instalação do corpo do implante, que combina o apoio para forças repetitivas de oclusão, estética e condições de higiene. O guia estabelece continuidade lógica entre o diagnóstico, o planejamento protético e a fase cirúrgica. A confecção de guias cirúrgicos tornou-se uma etapa relevante que aumenta a previsibilidade do tratamento, sem onerar e prejudicar o tempo cirúrgico.

De acordo com Misch et al. (2008) e Amoroso et al. (2012) um esquema oclusal inadequado pode levar a concentração de stress no tecido ósseo peri-implantar, onde a sobrecarga é tida como uma das principais causas de insucessos de próteses sobre implantes: perda de osteointegração, afrouxamento, fratura dos materiais restauradores, fratura do implante, perda de retenção ou fratura do parafuso do abutment e falhas na interface de cimentação.

No caso relatado a paciente apresentava baixa autoestima em relação as ausências dentárias e desejo de realizar tratamento com implante apenas na região inferior. Foi proposta uma reabilitação com prótese parcial removível superior e implantes osseointegráveis inferiores com coroas acrílicas que favorece a biomecânica e aumenta a eficiência mastigatória, suprindo os anseios da paciente.

Segundo Goiato et al. (2013) uma boa alternativa quando há limitações anatômicas é a associação de implantes dentários com PPR, que supre falhas funcionais e estéticas causadas pela falta parcial de elementos dentários, além de diminuir o custo devido ao menor número de implantes instalados e melhorar a autoestima e qualidade de vida dos pacientes.

Muncinelli et al. (2011) relataram que as PPRs são usadas para restabelecer fonética, estética e função em pacientes parcialmente desdentados, além de terem um custo acessível a grande parte da população.

Após três meses foram instaladas as coroas acrílicas inferiores e em um consultório particular foi instalada a PPR superior.

De acordo com Gomes et al. (2008), no caso de próteses implantossuportadas antes da indicação dos materiais oclusais deve-se fazer uma avaliação prévia da estética, força de impacto, eficiência mastigatória, fratura, desgaste, espaço oclusal e precisão do material. A partir desses pré-requisitos, os materiais mais utilizados são o metal, a porcelana ou as resinas (acrílicas ou compostas), pois esses materiais apresentam pouca influência na interface osso/implante e na distribuição de stress induzida pelas forças oclusais.

O sucesso na implantodontia, de acordo com Martins et al. (2011) depende de certos requisitos básicos relativos a função mecânica e fisiológica dos tecidos mole e duro adjacentes. Se um desses pré-requisitos não for cumprido, a reabilitação passa a ser considerada como falha. Para se atingir osseointegração além de se dominar as fases cirúrgicas, é necessário dominar as fases protéticas. Um superaquecimento do osso ao ser fresado já pode ser fator determinante de insucesso, assim como, um contato prematuro, em que cargas não funcionais podem desencadear uma perda óssea que pode resultar em perda do implante.

Portanto, para Nuss et al. (2016) a economia de tempo no trans e pós-operatório se consegue através de um planejamento rígido e bem detalhado, podendo-se dispensar um segundo estágio cirúrgico, como também procedimentos clínicos e laboratoriais adicionais.

Diante do exposto, de acordo com Carvalho et al. (2006) é de comum acordo que toda prótese implantossuportadas começa pelo final.

6. CONCLUSÃO

O planejamento é uma etapa fundamental tanta para a fase cirúrgica quanto para a fase protética, proporcionando segurança na instalação dos implantes, na reabilitação final e no relacionamento paciente/profissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, NV; SANTANA, TAT; LANDIM, EVF; TAVARES, GR; Reabilitação estética e funcional do sorriso: revisão de literatura. **Rev. interfaces.** 2016;v. 3, n.9, p.25-30.

AMOROSO, AP; GENNARI FILHO, H; PELLIZZER, EP; GOIATO, MC; SANTIAGO JÚNIOR, JF; VILLA, LMR; Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso clínico. **Rev. Odontológica de Araçatuba.** 2012; v.33, n.2, p.75-79.

BALDISSEROTTO, SM; COSME, DC; RIVALDO, EG; FRASCA, LCF; RÖSING, CK; SHINKAI, RSA. Planejamento reabilitador por professores de prótese dentária para pacientes com sequela de doença periodontal. **Rev. Odontol. Ciência** – Fac. Odontol./PUCRS. 2006; v. 21, n. 53, p. 219-226.

CARVALHO, NB; GONÇALVES, SLMB; GUERRA, CMF; CARREIRO, AFP. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**. 2006; v.6, n.4, p.17-22.

COMANDULLI, F; DINATO, JC; DUTRA, V; SUSIN, C. Correlação entre a radiografia panorâmica e tomografia computadorizada na avaliação das alturas ósseas no planejamento em implantodontia. **Cienc. Odontol. Bras.** 2005; v.8, n.2, p.54-59.

GALLINA, C; VIEGAS, VN. Overdentures e próteses fixas para reabilitação com implantes em maxila edêntula. **Rev. Odontol. Univ. Cidade SP** 2007; v.19, n.1, p. 61-7.

GOIATO, MC; SANTOS, DM; ARSUFI, GS; MEDEIROS, RA; PAULINI, MB; VILLA, LMR. Reabilitação protética implantossuportadas em região anterior maxilar com utilização de gengiva artificial cerâmica: relato de caso. **Rev. Odontol. Araçatuba** 2012; v. 33, n.2, p.09-12.

GOIATO, MC; DOS SANTOS, DM; MEDEIROS, RA; LAURINDO-JÚNIOR, MCB; WATANABE, D. Reabilitação protética com associação entre prótese parcial

removível e implante dentário: relato de caso. **Rev. Odontol. Araçatuba** 2013; v.34, n.2, p.67-69.

GOMES, EA, ASSUNÇÃO, WG; COSTA, PS; DELBEN, JA; BARÃO, VAR; TABATA, LF. Aspectos clínicos relevantes no planejamento cirúrgico-protético em implantodontia. **SALUSVITA** 2008; v. 27, n.1, p.111-124.

HADDAD, MF; PELLIZZER, EP; MAZARO, JVQ; VERRI, FR; FALCÓN-ANTENUCCI, RM. Conceitos básicos para a reabilitação oral por meio de implantes osseointegrados - parte II: influência da inclinação e do tipo de conexão. **Rev. Odontol. Araçatuba** 2008; v.29, n.2, p.24-29.

MARTINS, V; BONILHA, T; FALCÓN-ANTENUCCI, RM; VERRI, ACG; VERRI, FR. Osseointegração: análise de fatores clínicos de sucesso e insucesso. **Rev. Odontol. Araçatuba** 2011; v.32, n.1, p.26-31.

MELO NETO, CLM; POLUHA, RL; SÁBIO, SS; LEITE,JS; SÁBIO, S. Planejamento interdisciplinar para reabilitação oral: um relato de caso de protocolo Bränemark. **J Health Sci** 2016;v.18, n.2, p.95-103.

MIRANDA, RR; RIZZA, GCR; BETTERO, FCBS; SIMAMOTTO JÚNIOR, PC; NAVAIS, VR. Tratamento odontológico integrado com ênfase em estética: relato de caso. **Rev. Odontol. Bras. Central** 2016; v.25, n.27, p.162-69.

MISCH, CE. **Implantes dentais**. 3ºed. Rio de Janeiro: ELSEVIER; 2008.

MUKAI, MK; GIL, C; COSTA, B; STEGUN, RC; GALHARDO, APM; CHACCUR, DC; FUKUDA, ACCD; KAMMERER, BA. Restabelecimento da dimensão vertical de oclusão por meio de prótese parcial removível. **Rev. Pós Grad.** 2010; v.17, n.3, p.167-72.

MUNCINELLI, EAG; PINI, NIP; FERRARI, WF; NUNES, MCP. Tratamento reabilitador integrado no restabelecimento funcional e estético: relato de caso. **Rev. Fluminense de Odontologia.** 2011, ano XVII, n°36.

NÓIA, CF; ORTEGA-LOPES, R; MORAES, M; ALBERGÁRIA-BARBOSA, JR; MOREIRA, RWF; MAZZONETTO, R. Complicações decorrentes do tratamento com implantes dentários: análise retrospectiva de sete anos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**. 2010;v.64, n.1, p.55-8.

NUSS, KCB; GOMES, FV; MATTIS, F; MAYER, L. Grau confiabilidade na reprodução do planejamento virtual para o posicionamento final de implantes por meio de cirurgia guiada: relato de caso. **RFO**, Passo Fundo 2016; v.21, n.1, p.102-108.

SESMA, N; CAMARGO, MSS; PIGOZZO, MN; CÉSAR, PF; STEGUN, RC; LAGANÁ, DC. Planejamento protético pré-cirúrgico em implantodontia: caso clínico com correção de sorriso gengival. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 2014;v.68, n.4, p.296-301.

SILVA, W; SILVA, W. Tratamento interdisciplinar com sistemas adesivos e implantes dentários. **Rev. Dental. Press. Periodontal. Implantol.** 2011;v.5, n.2, p.36-47.

SOARES, MS; MOERA, C; ROMANO, MM; ADDE, CA; DOMINGUEZ, GC. Abordagem interdisciplinar em reabilitação bucal. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** 2012;v. 66, n.4, p.260-7.

TORCATO, LB; PELLIZZER, EP; GOIATO, MC; FALCÓN-ANTENUCCI, RM. Aspectos clínicos influentes no planejamento das próteses sobre implantes tipo overdenture e protocolo. **Rev. Odontol. Araçatuba** 2012; v.33, n.2, p.52-58.