

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

PRISCILA CARVALHO HELENA

**ABORDAGEM DE FATORES QUE
INFLUENCIAM A ESTÉTICA EM
IMPLANTODONTIA**

**SÃO PAULO - SP
2018**

FACULDADE DE TECNOLOGIA SETE LAGOAS

PRISCILA CARVALHO HELENA

**ABORDAGEM DE FATORES QUE INFLUENCIAM A
ESTÉTICA EM IMPLANTODONTIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Implantodontia da Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém / São Paulo - SP, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Especialista.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. Ms. Ricardo Vadenal

**SÃO PAULO - SP
2018**

Helena, Priscila Carvalho

Abordagem de fatores que influenciam a estética
em Implantodontia – 2018.

71 f.

Orientador: Ricardo Vadenal

Monografia (Especialização) – Faculdade de
Tecnologia de Sete Lagoas, 2018.

1. Fatores estéticos. 2. Implantes.

I. Título. II. Ricardo Vadenal

PRISCILA CARVALHO HELENA
ABORDAGEM DE FATORES QUE INFLUENCIAM A
ESTÉTICA EM IMPLANTODONTIA

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Implantodontia da Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém / São Paulo - SP, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Especialista.

Área de concentração: Implantodontia

Data : 16 / Novembro / 2017

Resultado : “A”

BANCA EXAMINADORA

PROF. CLÁUDIO JOÃO CHEDID

FACSETE

PROF. RICARDO VADENAL

FACSETE

PROF. RENATO MARTINS VAZ DE ALMEIDA

FACSETE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Obrigada pela pessoa que me tornei. Ao meu esposo David, companheiro de todas as horas, que sempre me ajudou a realizá-lo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Ricardo Vadenal, aos professores, nossos mestres, exemplos de sabedoria e conhecimento, aos amigos que fizemos e contribuíram para que nossa jornada fosse mais prazerosa, aos funcionários da clínica Chedid, que nos ajudaram durante o curso. Obrigada

HELENA, P. C. **Abordagem de fatores que influenciam a estética em Implantodontia**. 2018. 71 f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém – São Paulo / SP.

RESUMO

A procura por melhores resultados estéticos nos tratamentos envolvendo implantes ossointegráveis levou o profissional a buscar parâmetros que permitissem maior previsibilidade da estética em região anterior. Esses parâmetros envolvem a posição tridimensional do implante, necessidade de enxerto de tecido mole e/ou osso, biotipo periodontal e altura da crista óssea alveolar. O sucesso do tratamento é previsível quando realizado um bom planejamento e técnica bem executada. As intercorrências quando previstas no planejamento deixam de ser complicações e serão controladas durante a intervenção.

Palavra-chave: Fatores estéticos. Implantes.

HELENA, P. C. **Approach of factors that influence aesthetics in Implantology.** 2018. 71 f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém – São Paulo / SP.

ABSTRACT

The research for better aesthetic results in the treatments involving osseointegrated implants led the professional to seek parameters that would allow greater predictability of aesthetics in the aesthetic zone. These parameters involves the tridimensional position of the implant, the need for soft tissue grafting and osseous, periodontal biotype and height of the alveolar bone crest. The success of the treatment and predictable when performed a good planning and technique well executed. The interurrences when foreseen in the planning are no longer complications and will be controlled during the intervention.

Key-words: Aesthetic factors. Implants.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Ausência de papila e contorno gengival plano | 16 |
| Figura 2 - Modificação do protocolo cirúrgico para evitar (Black Spaces) | 16 |
| Figura 3 - Falta de tecido mole no sentido vertical | 17 |
| Figura 4 - <i>Abutment</i> de cicatrização submerso formando os <i>Dead Spaces</i> , obtendo ganho de gengiva nas três dimensões | 17 |
| Figura 5 - <i>Abutments</i> instalados e enxerto de tecido conjuntivo entre as papilas | 17 |
| Figura 6 - Deficiência de tecido mole e ausência de papila interdental | 18 |
| Figura 7 - Vista lateral do mesmo paciente | 18 |
| Figura 8 - Novo protocolo de reabertura: incisão palatina | 18 |
| Figura 9 - <i>Abutments</i> instalados com amanhos adequados | 19 |
| Figura 10 - Fechamento do retalho, deixando o <i>abutment</i> totalmente submerso para permitir a regeneração guiada de tecido mole nas três dimensões | 19 |
| Figura 11 - <i>Abutment</i> de cicatrização com tamanho adequado permitindo a formação de coágulos nos <i>dead spaces</i> e posteriormente substituído por tecido mole | 19 |
| Figura 12 - Quatro semanas após, note abundância de tecido mole | 20 |
| Figura 13 - Vista lateral, aumento de tecido mole no sentido sagital | 20 |
| Figura 14 - Implantes colocados adjacentes à dentes saudáveis mantem a papila interdental mais coronal que quando colocados ao lado de implantes | 21 |
| Figura 15 - Ilustração classificação de Altura Óssea Interproxima (IHB) | 21 |
| Figura 16 - Medidas tomadas radiograficamente. A e B distância lateral do implante à crista óssea; C perda óssea vertical da crista; D distancia entre implantes na interface implante <i>abutment</i> | 22 |
| Figura 17 - Distância entre implantes maior que 3 mm, perda óssea lateral entre implantes adjacentes | 22 |
| Figura 18 - Distância entre implantes de 3 mm ou menos | 23 |
| Figura 19 - Sítios de formação óssea. Aspectos Mesial (MI), Metade Vestibular (F), Distal (DI) de uma restauração com implante e aspectos proximais do dente adjacente (MT e DT) | 23 |
| Figura 20 - A estética peri-implantar de tecido mole depende de duas estruturas ósseas de suporte: altura da crista alveolar do dente adjacente e altura e espessura da parede vestibular | 24 |
| Figura 21 - A presença ou ausência de papila depende da distância da crista alveolar até o ponto de contato entre as coroas | 25 |
| Figura 22 - Falha estética, exposição da superfície do implante | 25 |

| | |
|--|----|
| Figura 23 - Vista oclusal: implante vestibularizado | 25 |
| Figura 24 - Radiografia periapical demonstrando perda óssea mesial devido ao diâmetro do implante (Grande) | 26 |
| Figura 25 - Radiografia periapical demonstrando Saucerização..... | 26 |
| Figura 26 - Saucerização é um fenômeno circunferencial e pode levar a uma reabsorção da parede vestibular, conseqüentemente a recessão gengival | 26 |
| Figura 27 - Estética comprometida | 26 |
| Figura 28 - Implante posicionado muito apical, levando a reabsorção da parede vestibular | 27 |
| Figura 29 - Saucerização, resultando que a distância H excede 5 mm | 27 |
| Figura 30 - Papila entre os incisivos é 2 mm menor e compensada com um longo ponto de contato | 27 |
| Figura 31 - Radiografia periapical demonstra redução da altura óssea entre dois implantes | 27 |
| Figura 32 - Posição correta de um implante no sentido mésio-distal, 1.0 mm a 1.5 mm entre dentes adjacentes | 28 |
| Figura 33 - Posição correta de um implante no sentido vestibulo-ligal, 1.0 mm para a palatina do ponto de emergência dos dentes adjacentes | 28 |
| Figura 34 - Posição correta de um implante no sentido ápico-coronal, 1 mm apical da junção amelo-cementária do dente adjacente | 28 |
| Figura 35 - Dois implantes colocados seguindo posições corretas | 28 |
| Figura 36 - Resultado favorável obtido da papila inter-implantar | 29 |
| Figura 37 - Radiografia periapical demonstra mínima reabsorção ao redor dos implantes após três anos..... | 29 |
| Figura 38 - Papila inter-implantar comprometida | 29 |
| Figura 39 - Resultado aceitável, desde que o paciente não possua linha do sorriso alta | 30 |
| Figura 40 - Após cinco anos, nível da crista óssea estável | 30 |
| Figura 41 - Aparência clínica ideal da papila de um implante unitário | 31 |
| Figura 42 - Radiografia demonstra que a papila é determinada pela altura da crista óssea e pelo ponto de contato do dente adjacente | 31 |
| Figura 43 - Circunferência ao redor da cabeça do implante demonstra formação da largura biológica horizontal após dois anos de carga | 31 |
| Figura 44 - Espessura da parede vestibular que o implante precisa para suportar carga | 32 |
| Figura 45 - Aparência clínica de uma restauração com implante do incisivo central direito dois anos após exposição | 32 |
| Figura 46 - Distância entre dois implantes menor que 3 mm, a papila será reduzida em altura | 32 |
| Figura 47 - Radiografia demonstra uma restauração com implante após um ano..... | 33 |

| | |
|---|----|
| Figura 48 - Distância nas proximais de 3 mm quando tiver dois implantes adjacentes | 33 |
| Figura 49 - Regeneração óssea guiada par aumentar a espessura de osso na vestibular | 33 |
| Figura 50 - Aparência clínica após um ano de colocação do implante | 34 |
| Figura 51 - Imagem radiográfica demonstra a presença de osso coronal ao redor dos implantes | 34 |
| Figura 52 - Radiografia demonstra após um ano, dois implantes posicionados muito próximos, a reabsorção foi limitada devido ao conceito de plataforma <i>Switching</i> | 34 |
| Figura 53 - Implante mal posicionado | 35 |
| Figura 54 - Comprimento da coroa em relação ao dente adjacente | 35 |
| Figura 55 - Aparência clínica por vestibular da coroa (devido ao implante mal posicionado) | 35 |
| Figura 56 - Uma restauração com implante deve respeitar a harmonia entre os espaços para ter estética | 35 |
| Figura 57 - Deficiência de tecido duro, a estética não foi obtida | 36 |
| Figura 58 - Harmonia entre tecido mole e duro | 36 |
| Figura 59 - Migração apical e palatina da papila interdental após extração dentária | 36 |
| Figura 60 - Perfeita indicação para implante dentário | 36 |
| Figura 61 - Linha do sorriso baixa | 36 |
| Figura 62 - Linha do sorriso alta (exposição de tecidos moles) | 36 |
| Figura 63 - Linha do sorriso alta, a cor e o contorno das restaurações são muito visíveis | 37 |
| Figura 64 - Implante do incisivo lateral direito. O nível de tecido mole muito parecido com o lado esquerdo | 37 |
| Figura 65 - Extrusão ortodôntica | 37 |
| Figura 66 - Largura méso-distal da coroa deve ser igual ao seu contra lateral.... | 37 |
| Figura 67 - Restauração com implante do incisivo central direito | 37 |
| Figura 68 - Espaço méso-distal excessivo | 37 |
| Figura 69 - Ausência de papila interdental | 38 |
| Figura 70 - Agenesia de incisivos laterais, após tratamento ortodôntico | 38 |
| Figura 71 - Falta de espaço entre as raízes, impede a colocação de implantes... | 38 |
| Figura 72 - Biotipo periodontal fino | 38 |
| Figura 73 - Biotipo periodontal espesso | 38 |
| Figura 74 - Dentes triangulares e perda de tecido mole resultando nos “triângulos negros” | 38 |
| Figura 75 - Migração apical de tecido mole no dente 11 | 39 |

| | |
|---|----|
| Figura 76 - Enceramento diagnóstico: deficiência de tecido mole e duro | 39 |
| Figura 77 - Deficiência alveolar, não permite a instalação de implante | 39 |
| Figura 78 - Vista clínica: deficiência alveolar | 39 |
| Figura 79 - Enxerto ósseo do caso mostrado na figura 78 | 39 |
| Figura 80 - Implante colocado numa posição ideal | 39 |
| Figura 81 - Havendo perda óssea em relação aos dentes adjacentes ao implante, é improvável que a papila interdental seja mantida | 40 |
| Figura 82 - Resultarão nos “triângulos negros” | 40 |
| Figura 83 - Sondagem diagnóstica: bom indicativo na previsão dos níveis de papila no pós tratamento | 40 |
| Figura 84 - Radiografia periapical da figura 83. Improvável que a papila interproximal seja mantida devido a perda óssea | 40 |
| Figura 85 - Posicionamento ideal de um implante do incisivo central: 3 a 4 mm apicalmente da margem da gengiva livre | 40 |
| Figura 86 - Posição ideal vista no modelo de gesso | 40 |
| Figura 87 - Vista oclusal do implante | 41 |
| Figura 88 - Vista lateral do implante mostrando tecido mole interproximal | 41 |
| Figura 89 - Vista por vestibular do implante mostrando a harmonia estética | 41 |
| Figura 90 - Implante deveria estar posicionado mais apical, pois resultou numa restauração curta | 41 |
| Figura 91 - Uma alternativa para figura anterior seria aumentar a cerâmica por cima dos tecidos moles | 41 |
| Figura 92 - Instalação de um implante muito apical. Observe o nível ósseo em relação aos dentes adjacentes | 41 |
| Figura 93 - Vista no modelo de gesso figura anterior | 42 |
| Figura 94 - A posição ideal de um implante deve ligeiramente para a palatina, acompanhando uma linha imaginária da curvatura dos dentes adjacentes | 42 |
| Figura 95 - Implante posicionado muito para a palatina | 42 |
| Figura 96 - Alternativa estética para a figura anterior seria um aumento do <i>cantilever</i> | 42 |
| Figura 97 - Vista lateral, a higiene e mecânica ficarão comprometidas | 42 |
| Figura 98 - Implante posicionado muito para vestibular | 43 |
| Figura 99 - Implante muito vestibularizado resulta numa reabsorção do osso por vestibular e migração apical do tecido mole | 43 |
| Figura 100 - Implantes posicionados a 3 mm de distância entre eles, não há perda da crista óssea | 43 |
| Figura 101 - Implantes posicionados muito próximos, perda óssea da crista alveolar | 43 |
| Figura 102 - Implantes muito próximos, a perda óssea é circunferencial | 43 |

| | |
|---|----|
| Figura 103 - Implantes numa posição e distância ideal, mantém a crista óssea e os tecidos moles | 43 |
| Figura 104 - Implantes muito vestibularizados, comprometem o osso vestibular que pode reabsorver | 44 |
| Figura 105 - Implantes bem posicionados resultarão num contorno ideal da restauração protética | 44 |
| Figura 106 - Implantes muito próximos terão contorno da prótese comprometida | 44 |
| Figura 107 - Colocação de implantes adjacentes comprometem a crista óssea resultando em reabsorção, e perda de tecido mole | 44 |
| Figura 108 - O mesmo caso, porém utilizando pânticos entre implantes, é mais fácil devolver a forma das papilas | 44 |
| Figura 109 - Classificação do biotipo periodontal | 50 |
| Figura 110 - Correlação entre nutrição do retalho , biotipo periodontal e enxerto de tecido conjuntivo gengival | 51 |
| Figura 111 - Biotipo periodontal Tipo I, mucosa peri-implantar espessa | 51 |
| Figura 112 - Ótima adaptação do componente protético a mucosa ceratinizada | 51 |
| Figura 113 - Biotipo periodontal tipo IV, fino e com dificuldade de nutrição em caso de envolvimento cirúrgico | 51 |
| Figura 114 - Paciente com ausência de incisivos superiores | 53 |
| Figura 115 - Radiografia panorâmica para planejamento do caso clínico | 53 |
| Figura 116 - Perfurações realizadas para a colocação dos implantes. A) Implante do elemento 12 será posicionado a 2 mm do elemento 13; B) Implante do elemento 11 será posicionado a 3 mm do implante para substituir o elemento 12; C) Implante do elemento 21 será posicionado a 3 mm do implante para substituir o elemento 11; D) Implante do elemento 22 será posicionado a 3 mm do implante para substituir o elemento 21; E) Implante do elemento 22 será posicionado a 2 mm do elemento 23 | 54 |
| Figura 117 - Implantes instalados | 54 |
| Figura 118 - A) Pilares instalados; B) Coroas provisórias cimentadas | 55 |
| Figura 119 - Radiografia panorâmica mostrando implantes instalados 1,5 mm abaixo da crista óssea | 55 |
| Figura 120 - Coroa metalocerâmica cimentada | 55 |
| Figura 121 - Radiografias periapicais de controle para avaliar o nível ósseo ao redor dos implantes | 55 |
| Figura 122 - Vista vestibular mostrando o contorno das papilas após três anos em função | 56 |
| Figura 123 - Condição do sorriso inicial do paciente | 57 |
| Figura 124 - Condição do sorriso inicial do paciente | 57 |
| Figura 125 - Posicionamento 3D do implante na visão vestibular, observar a visualização dos cicatrizadores | 57 |

| | |
|--|----|
| Figura 126 - Posicionamento 3D do implante na visão por palatina | 57 |
| Figura 127 - Guia de posição em resina acrílica duralay para instalação do pilar protético <i>cone morse</i> | 57 |
| Figura 128 - Instalação dos pilares protéticos | 58 |
| Figura 129 - Enxerto de tecido conjuntivo subepitelial prévio à instalação dos pilares protéticos e coroas provisórias | 58 |
| Figura 130 - Vista das coroas provisórias após procedimento cirúrgico periodontal | 58 |
| Figura 131 - Remoção das coroas provisórias | 58 |
| Figura 132 - Condicionamento gengival adequado, ausência de inflamação tecidual | 58 |
| Figura 133 - Moldagem de transferência dos pilares protéticos | 58 |
| Figura 134 - Escolha da cor da cerâmica | 59 |
| Figura 135 - Molde com os transferentes de moldagem dos pilares protéticos e respectivos análogos dos implantes | 59 |
| Figura 136 - Visualização das coroas cerâmicas no modelo de gesso | 59 |
| Figura 137 - Perfil de emergência obtido do elemento 12 | 59 |
| Figura 138 - Perfil de emergência obtido do elemento 22 | 59 |
| Figura 139 - Visão após um ano de acompanhamento | 60 |
| Figura 140 - Visão intraoral após um ano de acompanhamento | 60 |
| Figura 141 - Elemento 12 após um ano de acompanhamento | 60 |
| Figura 142 - Elemento 22 após um ano de acompanhamento | 60 |
| Figura 143 - Caso inicial | 62 |
| Figura 144 - Avaliação intrabucal inicial, presença de próteses adesivas nos elementos 12 e 22 | 62 |
| Figura 145 - Tomografia computadorizada inicial. Região do elemento dentário 12 (A), região do elemento dentário 22 (B) | 62 |
| Figura 146 - Exposição óssea após descolamento mucoperiosteal, confirmando atrofia da região | 63 |
| Figura 147 - Implante de diâmetro reduzido instalado | 63 |
| Figura 148 - Munhão anatômico | 63 |
| Figura 149 - Coroa provisória | 63 |
| Figura 150 - Ajuste oclusal em infraoclusão | 63 |
| Figura 151 - A e B Tomografia computadorizada no pós operatório imediato | 63 |
| Figura 152 - A e B Raio X periapical digital da região 12 e 22 | 63 |
| Figura 153 - Paciente com os provisórios após 20 dias | 64 |

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 PROPOSIÇÃO | 15 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 4 DISCUSSÃO | 65 |
| 5 CONCLUSÕES | 67 |
| REFERÊNCIAS | 68 |