FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTODONTIA

Jéssica Lima Luchetti

USO DE GUIA CIRURGICO PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES DESDENTADOS TOTAIS E PARCIAIS: RELATO DE CASO

São Caetano do Sul

2024

Jéssica Lima Luchetti

USO DE GUIA CIRURGICO PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES DESDENTADOS TOTAIS E PARCIAIS: RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao curso de Implantodontia da associação Brasileira de Odontologia – ABO como requisito para obtenção do título de especialista em Implantodontia

Orientadora: Prof. Dra. Mariana dos Santos Fernandes Lopes

Área de concentração: Odontologia

FACSETE
FACULDADE SETE LAGOAS

JESSICA LIMA LUCHETTI

USO DE GUIA CIRÚRGICO PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES DESDENTADOS TOTAIS E PARCEAIS: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em IMPLANTODONTIA

Área de concentração: IMPLANTODONTIA

Aprovado em 06/04/2024 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Ms. Alex Casati Lopes - UNISA

Prof. Rodrigo Takamura Otaga – USP

Profa. Dra. Mariana dos Santos Fernandes Lopes - UNICAMP

Minha eterna e profunda gratidão a Deus, pela oportunidade a mim concedida, por me capacitar, dar forças, me guiar ao longo de toda minha vida para que eu chegasse até aqui. A ti, meu senhor, dedico e agradeço por mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, à minha amada mãe Maria Aparecida, obrigada por acreditar e investir em mim, pelo orgulho que tens de mim e pelo amor que me transmite todos os dias.

Meu marido Ulysses Diogo, obrigada pelo companheirismo, paciência e incentivo durante toda essa jornada.

Aos meus mestres Mariana Fernandes, Alex Casati, Tatiane Basso e Rodrigo Otaga, que durante esses 24 meses me acompanharam, ensinaram e auxiliaram com muito carinho, e através desses ensinamentos permitiram que eu pudesse estar concluindo mais uma pós-graduação.

RESUMO

Com o evidente crescimento da Implantodontia, técnicas surgem para direcionar e auxiliar na eficácia do tratamento reabilitador, com uso de guias cirúrgicos, e planejamento prévio a cirurgia, é evidente o aumento de chances de sucesso no resultado final do tratamento reabilitador. O presente trabalho teve como objetivo apresentar dois tipos de guia cirúrgico bem como os passos de suas confecções, com base em uma revisão de literatura e dois casos clínicos. Concluiu-se que cirurgias de implante quando planejadas com o uso de guias cirúrgicos, oferecem maiores previsibilidade e maiores chances de sucesso no pré, trans e pós-operatório, mostrando resultados mais satisfatórios e previsíveis para profissional e paciente.

Palavras-chave: Guia cirúrgico, planejamento reverso, guia multifuncional.

ABSTRACT

With the evident growth of Implant Dentistry, techniques emerge to direct and assist in the effectiveness of rehabilitation treatment, with the use of surgical guides, and planning prior to surgery, the increased chances of success in the final result of rehabilitation treatment is evident. The objective of this study was to present two types of surgical guide as well as the steps of their construction, based on a literature review and two clinical cases. For this, articles were selected searched in the PubMed, and Google Scholar databases. It was concluded that implant surgeries, when planned with the use of surgical guides, offer greater predictability and greater chances of success in the preoperative, trans and postoperative periods, showing more satisfactory and predictable results for professional and patient.

Key words: Surgical guide, reverse planning, multifunctional guide.

SUMÁRIO

1.	**INTRODUÇÃO**	**09**
2.	**DESENVOLVIMENTO**	**11**
2.1	**REVISÃO DA LITERATURA**	**11**
2.2	**PROPOSIÇÃO**	**14**
2.3	**RELATO DE CASO CLÍNICO**	**15**
2.3.1	CASO CLÍNICO 1	15
2.3.2	CASO CLÍNICO 2	20
2.4	**DISCUSSÃO**	**26**
3.	**CONCLUSÃO**	**30**
	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	**31**

1. INTRODUÇÃO

O sucesso do tratamento com implantes dentários vai muito além de apenas osseointegração. O cirurgião implantodontista deve estar atento ao posicionamento dos implantes, pois estes possuem extrema importância para a confecção das próteses, pois garante a distribuição ideal das forças expressas pela mastigação e equilíbrio certifica sucesso ao tratamento reabilitador (DIAS et al., 2016; HÜBBE 2002).

Por isso, para o planejamento da instalação dos implantes é necessário a avaliação de exames de imagens para localização de referências anatômicas que serão importantes para seleção dos pontos de eleição da perfuração e o implantodontista deve ter visão e treinamento para realizar a perfuração com angulação e inclinação precisas. Para isso, ele pode lançar mão da utilização de guias cirúrgicos que devem ser confeccionados previamente a cirurgia. Os guias cirúrgicos são ferramentas valiosas, pois tendem a minimizar a possibilidade de ter que usar intermediários angulados na confecção da prótese. Isso ocorre pois para a confecção dos mesmos o profissional deve considerar o planejamento reverso, ou seja, quando o projeto da prótese é realizado antes mesmo de se pensar no processo cirúrgico de implantes osseointegrados. Assim, a taxa de intercorrências é reduzida e aumenta a taxa de sucesso no processo de reabilitação.

Na literatura pode-se observar uma variedade de guias e cabe ao profissional escolher qual será o melhor indicado para cada caso. Os guias podem ser classificados em: guias de diagnósticos (restabelecem a relação maxilo-mandibular do paciente, dando condições de uma análise prévia do tipo de prótese final, do número ideal de implantes, e das condições estéticas do caso), guias estéticos (reproduzem a relação da futura prótese com a condição estética a ser obtida), guias radiográficos (são realizados através de dispositivos que permitem aferir a dimensão óssea ,orientar a posição ótima do implante e estabelecer a necessidade de possíveis correções cirúrgicas prévias, guias cirúrgicos (são amplamente utilizados, e determinam a direção, localização e inclinação dos implantes de acordo com a análise diagnóstica, estética e radiográfica), e de transferência (possibilitam a transferência transcirúrgica da posição tridimensional da plataforma do implante ao modelo de trabalho, para a confecção imediata de uma prótese provisória) (HÜBBE 2002).

Em casos de pacientes dentados, existem guias que são apoiados nos dentes vizinhos ao espaço protético que será reabilitado, existe também guias cirúrgicas apoiadas em osso, utilizadas após a abertura do retalho em pacientes desdentados totais. (DREOSSI et al 2021).

As características ideais de um guia cirúrgico são: permitir fácil acesso sem obstrução e irrigação ao campo cirúrgico, estabilidade, desenho simples, afastar língua e mucosa ampliando a visualização e minimizar contaminação, além de auxiliar no ponto de eleição da perfuração (HUBBE 2002). E é importante que o implantodontista faça o planejamento para estabelecer qual guia será mais indicado, mais fácil e menos oneroso para o caso selecionado.

O objetivo do presente trabalho foi apresentar dois tipos de guias cirúrgicos: o muco-suportado e o dento-suportado, por meio da apresentação de dois casos clínicos, detalhando as técnicas de confecção laboratorial de ambos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. REVISÃO DE LITERATURA

HÜBBE em 2002, através de uma revisão de literatura teve como principal objetivo demonstrar a utilização e confecção e guias de referência para se obter um correto posicionamento dos implantes e alcançar o sucesso do tratamento, e chegou à conclusão de que não existe um guia cirúrgico universal, cada um tem sua indicação e através do planejamento deve ser selecionado o melhor.

AMOROSO et al., em 2012, apresentam de um caso clinico com objetivo de enfatizando a importância do planejamento reverso. Realizam uma cirurgia com implantes osseointegráveis seguindo os princípios de uma correta instalação, ampliando-se a previsibilidade de tratamento. Concluíram que o sucesso do tratamento reabilitador está diretamente relacionado com o planejamento inicial, uma correta abordagem clínica e uma equipe multi-integrada, além do planejamento e estudo de alterações através do enceramento diagnóstico que pode ser utilizado para confecção do guia cirúrgico, cuja função é possibilitar a instalação dos implantes em posição protéticamente favorável.

DIAS em 2014, publicou um artigo de revisão de literatura com o objetivo de ressaltar a importância do planejamento e da utilização de guias para garantir a qualidade da reabilitação com próteses implanto-suportadas, e concluiu que reabilitações com implantes devem ter um planejamento meticuloso, para que a reabilitação protética respeite os parâmetros funcionais, fonéticos e estéticos. Os guias multifuncionais irão auxiliar em todas as fases do tratamento e, mesmo nos casos mais complexos, nos permitem ter uma maior previsibilidade dos resultados, aumentando substancialmente a qualidade e a longevidade das reabilitações protéticas.

DIAS et al., em 2016, apresentaram de alguns casos clínicos com o objetivo de reforçar a importância das etapas de planejamento e da utilização de meios para transferir as informações obtidas para a situação clínica através do uso de guias, concluíram que os guias auxiliam em todas as fases do tratamento e permitiram maior

previsibilidade dos resultados, aumentando substancialmente a qualidade e longevidade das reabilitações protéticas implanto-suportadas.

KUHNEN em 2017, publicou uma revisão de literatura no qual teve como objetivo mostrar a importância da realização do enceramento diagnóstico e suas aplicações em tratamentos reabilitadores com implantes, o mesmo permite obter informações antecipadas sobre forma, contorno e posição final da prótese, através das informações obtidas será feito o guia cirúrgico, no qual ficará responsável pela transferência das informações para o ato cirúrgico. Concluiu que planejamento reverso permite informações antecipadas sobre a reabilitação protética, além de auxiliar na cirurgia de instalação dos implantes, e facilita a comunicação entre os profissionais e paciente, permite previsibilidade do resultado final.

ALVES et al., em 2017, através de uma revisão de literatura discutiu fatores que poderiam levar a falha do tratamento com implantes, dentre eles o erro no planejamento, na produção e instalação dos implantes. Concluiram que para o sucesso na osseointegração é necessário seguir critérios importantes pelo implantodontista, protesista e paciente, uma vez negligenciado por alguma das partes, podem dificultar ou impedir sucesso na reabilitação.

SANTANA et al., em 2018, apresentaram um relato de caso clinico com o objetivo de destacar a importância do guia cirúrgico como importante ferramenta no planejamento de reabilitações com implantes, ao minimizar os desvios de inclinações dos implantes, além de auxiliar na distribuição adequada dos implantes e seu posicionamento em relação a prótese, e concluiram que o planejamento prévio e construção de guias cirúrgicos representam etapa fundamental para sucesso com implantes dentais, diminuindo a possibilidade de erros de inclinação e posicionamento.

MORAES, GOMES E MORAES EM 2019, publicaram um caso clinico com base na literatura com objetivo de demonstrar a importância do planejamento reverso ressaltando que o guia cirúrgico é um importante referencial para alcançar um resultado satisfatório em função e estética, concluiram que é importante a confecção de próteses diagnóstica antes da cirurgia, no qual irá possibilitar avaliar parâmetros funcionais e estéticos.

DREOSSI et al., em 2021, apresentaram uma revisão de literatura, para ressaltar a importância de um planejamento reverso, apresentando-se como uma técnica que busca facilitar e estudar a correta reabilitação do paciente, propondo maior

previsibilidade para o tratamento reabilitador. Concluíram que o sucesso do tratamento com implantes depende diretamente de um prévio plano de tratamento, independentemente da extensão da área edêntula, e que quando é realizado um planejamento reverso diminuiu-se a taxa de intercorrências, além de aumentar a taxa de sucesso no processo de reabilitação.

SOUZA, CADIDÉ e FONSECA em 2021, publicaram um relato de caso com o objetivo de ressaltar a importância da confecção das próteses, afim de estabelecer um guia cirúrgico que irá auxiliar na cirurgia quanto a posição e inclinação adequada da instalação dos implantes, e qual a quantidade de implantes que serão necessários. Concluíram que uma prótese adequada, representa uma reabilitação satisfatória, uma vez que é planejado de acordo com os requisitos funcionais, fonéticos do sistema mastigatório de modo a alcançar uma oclusão mutuamente protegida e uma estética satisfatória.

GALVÃO et al., em 2023, apresentaram um caso clinico com o objetivo demonstrar que podemos obter resultados excelentes e previsíveis em reabilitações implanto-suportadas quando planejadas com guias multifuncionais, concluíram que o guia orientou em diversas fases do tratamento, e que é um dispositivo promissor para o correto posicionamento dos implantes.

2.2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo foi apresentar dois tipos de guias cirúrgicos e descrever suas técnicas de confecção, com a apresentação de casos clínicos e discussão dos benefícios de sua utilização, bem como as dificuldades clínicas encontradas.

2.3 RELATO DE CASOS CLINICOS

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 55 anos de idade, procurou a clínica do curso de especialização em implantodontia da Associação Brasileira de Odontologia- Regional ABC (ABO-ABC / FacSete) para reabilitação com prótese protocolo na arcada inferior, pois a paciente já fazia uso de prótese total convencional há 2 anos, e gostaria de uma prótese fixa.

Foram realizadas anamnese, fotografias extra e intrabucais para planejamento de caso (Figuras 1a, 1b, 2a e 2b), avaliação das condições sistêmicas do paciente através de exames de sangue.

Figuras 1a e 1b – Fotografias extra bucais



Fotografia da face do paciente frontal e sorrindo (sem a prótese total inf)

(Fonte: próprio autor)

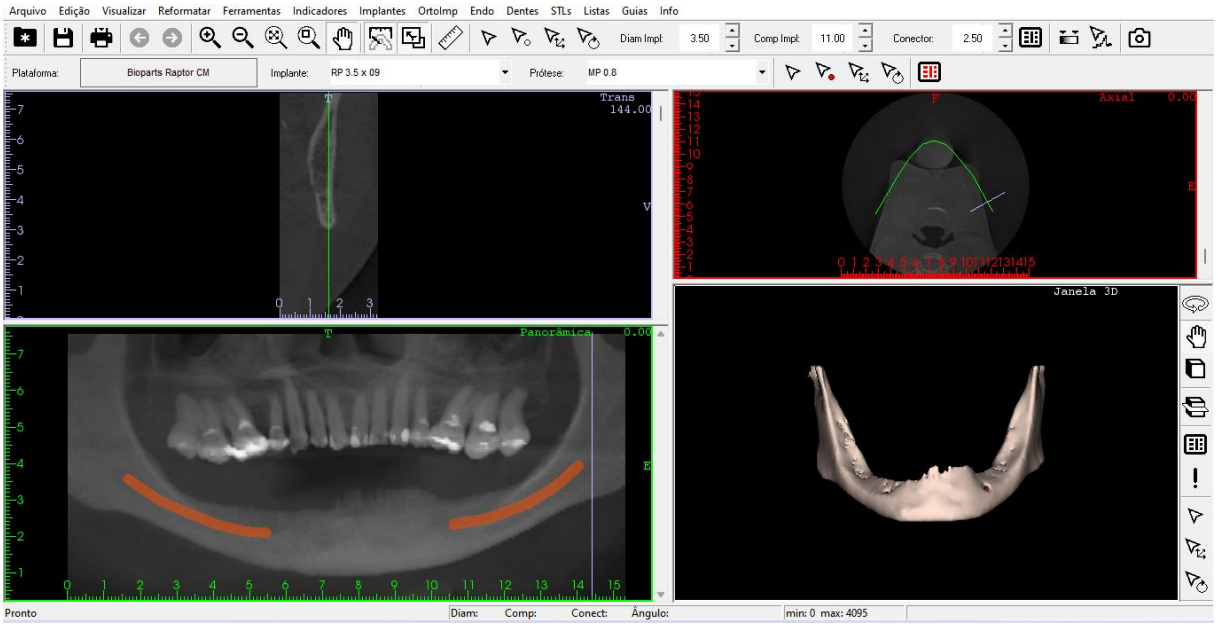
Fig.2a e 2b – Fotografias Intra bucais com e sem prótese total



(Fonte: arquivo próprio)

Foi solicitado exames complementares para análise do remanescente ósseo e das estruturas anatômicas importantes a serem consideradas no planejamento cirúrgico (Figura 3).

Figura 3- Imagem da tomografia



(Fonte: arquivo próprio)

Nesse caso foi confeccionado um guia cirúrgico de resina acrílica autopolimerizável (TDV ®), com a técnica de duplicação de prótese em uso, pois clinicamente observou-se que a prótese que a paciente utilizava possuía boas referências de oclusão e de DVO (dimensão vertical de oclusão). Assim teríamos uma cópia do posicionamento dentário da prótese, bem como seu posicionamento com a arcada antagonista para a escolha dos pontos de fresagem dos implantes visando a melhor distribuição possível dos mesmos na região inter-forames.

A Duplicação foi feita com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply Sirona®) e caixa ortodôntica (SSPlus®). O alginato foi manipulado e inserido na caixa. A prótese foi pressionada contra o material para a moldagem e caixa fechada para a prensagem da mesma por aproximadamente 3 minutos para garantir o tempo de presa do material (Figura 4a e 4b). Com a abertura da caixa temos o molde exato da prótese. Em seguida foi inserida a resina acrílica autopolimerizavel incolor, e novamente esse material foi prensado até o tempo de presa. Foram realizados acabamento e polimento da peça primeiramente com a remoção dos excessos com micromotor e broca de

tungstênio maxicut e lixa para o brilho e lisura da peça foi utilizado pedra pomes e Motoesmeril Politriz.

Fig.4a e 4b – Imagem da duplicação da prótese total



(Fonte: arquivo próprio)

Com o guia pronto foi realizado a prova do mesmo para certificação da fidelidade do mesmo para a realização e planejamento cirúrgico (Figura 5).

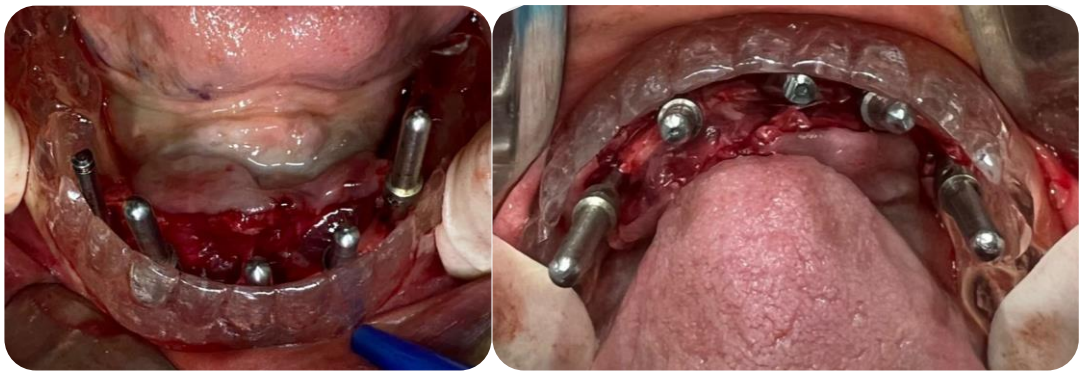
Figura 5- imagem do guia cirúrgico em boca



(Fonte: arquivo próprio)

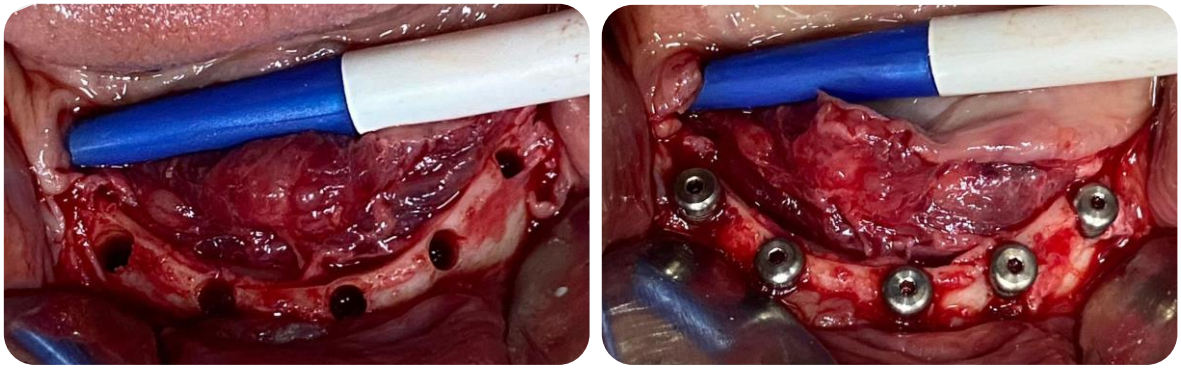
Caso planejado com regularização de rebordo e instalação de 6 implantes Hexágono externo (Dentoflex), instalados nas regiões dos dentes 31, 33, 35, 42 e 45, (Figuras 6a, b e 7a, b) para melhor distribuição de carga mastigatória entre os implantes, garantindo longevidade do tratamento reabilitador.

Figura 6 a e b – Perfuração com posicionadores como referência



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 7 a e b – Perfurações realizadas e implantes instalados



(Fonte: arquivo próprio)

Após 6 meses de espera foi solicitada a radiografia panorâmica para a avaliação da distribuição dos implantes e da osseointegração dos mesmos.

Figura 8 – Radiografia panorâmica para avaliação dos implantes instalados



(Fonte: arquivo próprio)

Nesse período realizou-se todas as etapas protéticas para a conclusão da reabilitação da arcada inferior da paciente.

Imagem 9 – prótese protocolo finalizada



(Fonte: arquivo próprio)

CASO CLÍNICO 2

Paciente do sexo feminino, leucoderma, 54 anos de idade, procurou a clínica do curso de especialização em implantodontia da Associação Brasileira de Odontologia - Regional ABC (ABO-ABC / FacSete)**,** queixando-se do dente 11, já com encaminhamento para a implantodontia. O mesmo apresentava núcleo e coroa com infiltração e fragilidade e o remanescente não suportaria a troca de núcleo e coroa.

A mesma apresentava também falha na osseointegração do implante na região do dente 22, além de mobilidade e expiras expostas. Após análise clínica, foram feitos registros fotográficos intra e extrabucais (Figuras 10 e 11), análise dos exames de imagem (Figura 12), e exames laboratoriais. O plano de tratamento proposto foi a remoção do implante do dente 22, e a extração do dente 11, com enxerto em ambos e instalação de uma prótese parcial removível imediata, após 6 meses realizamos a cirurgia de implantes dos elementos 11 e 22. Foram utilizados implante H.E. 3.75 x 10 mm (Dentoflex) em ambos.

Figura 10- foto intra – oral em oclusão



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 11- foto extra – oral em oclusão



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 12- Imagem da panorâmica anterior á cirurgia



(Fonte: arquivo próprio)

O guia cirúrgico de escolha desse caso foi de acetato de 1,0 mm (Essence dental ®) (Figura13), material termoformado à vácuo, que foi obtido a partir do molde da arcada superior da paciente 15 dias antes da data da cirurgia para planejamento adequado. A moldagem foi realizada com alginato (Jeltrate Plus, Dentsply Sirona®) e moldeiras de estoque de plástico de tamanho 6 da (Morelli®) e o preenchimento com gesso tipo pedra (Figura 14).

Os modelos de gesso foram posicionados na base da plastificadora (Figura 15), aguardamos aproximadamente 3 minutos até a placa de acetato estar na temperatura adequada para o processo de aspiração da própria plastificadora para

transferir toda anatomia com maior detalhe para a placa e obter melhor adaptação (Figura 16). Após esfriar foi removido da máquina e fizemos o recorte da placa, para tirar o excesso, em seguida é dado acabamento com maxicut (Figura 17a), para remoção de rebarbas, e por fim polimento com escova Scotch Brithe PM – American Burrs ® (Figura 17b), para tirar as bordas cortantes e não machucar a mucosa da paciente.

Figura13 – placa de acetato utlizado para confecção do guia cirurgico



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 14- modelo de gesso tipo pedra, feita para confecção do guia



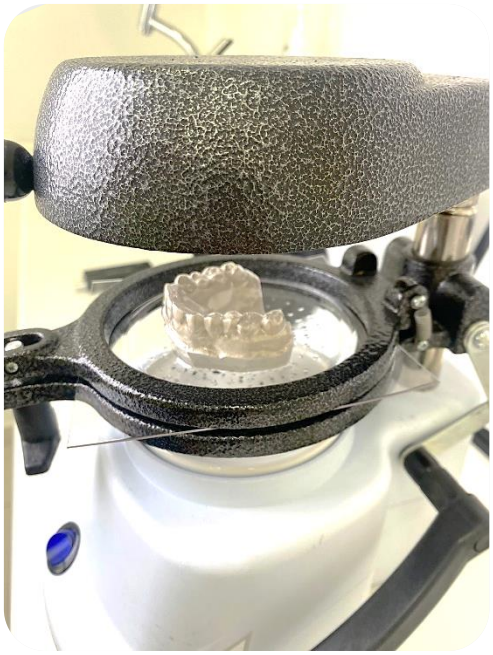
(Fonte: arquivo próprio)

Figura 15- modelo de gesso em posição na base da plastificadora



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 16- placa em processo de aspiração para copiar os detalhes anatmicos da peça



(Fonte: arquivo próprio)

Figuras 17 a e b- acabamento com broca maxicut e polimento com escova scotch Brithe (American Burrs ®)



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 18 - guia finalizado



(Fonte: arquivo próprio)

Figura 19 - guia finalizado e adaptado em boca



(Fonte: arquivo próprio)

2.4. DISCUSSÃO

As principais causas da perda de elementos dentários estão relacionadas a traumas, lesões cariosas e doença periodontal por conta disso a busca por reabilitação com próteses suportadas por implantes tem crescido. Para obter sucesso nesse tipo de reabilitação é necessário o planejamento reverso, com intuito de prever e minimizar problemas como por exemplo o mal posicionamento dos implantes e poder prever questões estéticas (SOUZA, CADIDÉ E FONSECA, 2021).

Antigamente, a localização e a inclinação dos implantes eram ditadas pela quantidade de osso, por conta disso era alto o número de insucessos, pois implantes mal posicionados resultam em distribuição de forças não axiais (HUBBE 2002).

Portanto quando planejamos uma reabilitação com implantes, um importante fator que não pode ser ignorado é o posicionamento tridimensional dos implantes, uma vez osseointegrado torna-se imutável. Infelizmente não é raro encontrar implantes mal posicionados, podendo inviabilizar um resultado final satisfatório para o paciente (MORAES, GOMES e MORAES 2019).

Um correto planejamento inicia-se em uma boa anamnese, no qual permite o profissional obter informaçoes importantes sobre o histórico médico e condições sistemicas do paciente, permitindo identificar se existente eventuais contra-indicações como doenças sistemicas que possam levar a falha da osseointegração dos implantes (ALVES et al., 2017). Além disso, é determinante e pré- requisito indispensável, a correta execução no ato cirúrgico, pois a localização dos implantes garante uma adequada distribuição de forças axiais entre os implantes (DIAS 2014).

Quando ocorre uma falha, como por exemplo oclusão inadequada pode gerar estresse no implante (KUHNEN 2017). Falhas no sucesso da reabilitação podem estar ligadas à alguns fatores, tanto etiológicos como por exemplo: falta de planejamento na seleção do material, erros no planejamento e execução, falha na reparação óssea, e/ou em falhas técnicas como: fratura da estrutura, afrouxamento ou fratura de parafusos (ALVES et al., 2017).

Atualmente o planejamento leva em conta um conjunto entre função, estética e fonética, além da correta distribuição de cargas axiais sobre os implantes. Guias cirúrgicos são dispositivos que permitem a transferência desse planejamento, pois através dele podemos visualizar limitações de cada caso, além de orientar o dentista durante a cirurgia (DIAS et al., 2016).

Um importante fator para o sucesso da reabilitação está ligado a posição ideal dos implantes, pois interfere no funcionamento da prótese, garantindo uma distribuição ideal das forças axiais sobre o implante, e que se torna mais adequada quando o dentista utiliza guia cirúrgico. Antes da cirurgia, para planejamento, durante a cirurgia para correta posição e distribuição dos implantes ou pós cirúrgicos, como moldeira individual em casos de cargas imediatas para moldagem de transferência da posição dos implantes (HÜBBE 2002; DIAS 2014; AMOROSO 2012). Por conta disso o cirurgião deve planejar-se e avaliar qual tipo de guia será mais adequado em cada caso, pois as chances de sucesso tornam-se maiores com a utilização dos mesmos, aumentando consideravelmente a previsibilidade, qualidade e longevidade do tratamento reabilitador (DIAS et al., 2016; DREOSSI et al., 2021; SANTANA et al., 2018; GALVÃO et al., 2023).

É importante ressaltar que a confecção de um guia cirúrgico além de auxiliar durante o processo de planejamento e execução do tratamento, aumenta a previsibilidade e diminui intercorrência sem alto custos para o profissional, e não altera o tempo cirúrgico. É indicado para todos os casos, principalmente em casos com oclusão complicada, no qual quando não são bem planejadas, podem levar tensão aos implantes e causar estresse no tecido ósseo peri-implantar, podendo resultar na perda dos mesmos (MORAES, GOMES e MORAES 2019). A falha no planejamento e execução podem adicionar tempo terapêutico, desconforto para o paciente, além do constrangimento e custo adicional ao profissional (ALVES et al., 2017).

Portanto é necessário determinar as características relevantes para os guias, pois todos devem permitir acesso cirúrgico sem obstrução para a passagem da fresa, possuírem estabilidade de modo a não gerarem deslocamentos que afetem a escolha dos pontos de eleição, devem ser de fácil manuseio, promoverem o afastamento tecidual, como da língua e do retalho, o que garante segurança para a preservação de tais tecidos, bem como devem permitir ótima visualização do campo cirúrgico e menor possibilidade de contaminação. Além desses fatores, o implantodontista deve avaliar com cautela se o guia está permitindo a irrigação tecidual durante a fresagem e caso perceba dificuldade, muitas vezes deve lançar mão de irrigação manual feita pelo auxiliar (HÜBBE 2002).

Com base nos casos apresentados, pode-se dizer que os guias auxiliaram o planejamento da instalação dos implantes e os mesmos garantiram aumento na taxa de previsibilidade do caso, diminuíram intercorrências no trans-cirúrgico bem como

auxiliaram com exatidão a escolha do ponto de eleição, utilizando a fase reabilitadora como base, no qual “normalemnte” é a última fae do processo. (DIAS et al., 2016; DREOSSI et al., 2021; SANTANA et al., 2018; SOUZA, CADIDÉ E FONSECA, 2021). Foram abordados dois tipos de guias, sendo no caso 1 o guia mucosuportado baseado na prótese que a paciente já utilizava e no caso 2 o dentosuportado, que utiliza como apoio e referência os próprios dentes da paciente. A escolha do tipo de guia vai variar em função da altura da crista alveolar, da condição da mandíbula e/ou maxila, quantidade de dentes a serem reabilitados, bem como a qualidade da oclusão residual em alguns casos.

Com relação as atenções laboratoriais do guia mucosuportado pode-se dizer que o mesmo por ser feito de resina acrilica demanda maior tempo de confecção pois exige que o profissional respeite os parametros técnicos do material como: medidas para manipulação e tempo de presa, de acordo com o fabricante, afim de evitar distorções do mesmo para que seja alcançada uma perfeita cópia da prótese. Tal fato garantirá a estabilidade necessária ja citada anteriormente. Outro fator de destaque é que tal guia deve possuir translucidez para facilitar a visualização do leito cirurgico. Por ser um guia de maior rigidez, auxiliou no afastamento da mucosa e tal fato garante segurança ao implantodontista e proteção da mucosa com o objetivo de obter resultados estéticos, funcionais e fonéticos adequados (KUHNEN 2017).

O guia dentosuportado, justamente por possuir remanescentes dentários como referencial, acaba por ser mais fácil a sua confecção. O material de escolha foi o acetato (material plastico termoformado e prensado), justamente por possuir caracteristicas interessantes como: boa flexibilidade, adaptação e transparencia. Segundo HÜBBE em 2002, essas caracteristicas são preponderantes para o sucesso cirurgico. Por possuir dentes remanescentes, acaba sendo um guia de maior estabilidade quando comparado com o mucosuportado. Esse guia é de facil confecção e não requer muito acabamento, uma vez que esse material apresenta transparencia e excelente adaptação, apenas deve ser removido as bordas cortantes com material adequado.

Ambos orientaram quanto ao melhor ponto de eleição e consequente distribuição de implantes, porem não auxiliaram quanto a inclinação da perfuração, no caso 1 que foi usado o guia de acrilico, houve a necessidade de instalação de mini pilares angulados para que a entrada do parafuso não prejudicasse a incisal dos

dentes da prótese consequentemnete intereferir na estética da prótese, foi utilizado mini pilares com angulação de 17 °, atingindo a expectativa estética e funcional da paciente.

Para concluir, como relatado anteriormente em ambos os casos os guias auxiliaram na correta instalação e distribuição dos implantes, porem a inclinação conta muito com a experiência clínica do profissional.

3. CONCLUSÃO

Diante do exposto pode-se concluir que a confecção dos guias cirúrgicos apresentados foi simples, possuem custo relativamente baixo e são ferramentas que auxiliam para a escolha dos pontos de eleição dos implantes, principalmente para o implantodontista iniciante que não obtém muita habilidade na execução clínica.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. HUBBE, CAP. Guias de referência para localização e posicionamento de implantes dentais. 2002, 46 f. Monografia (Especialização em Prótese Dentária). – Curso de Especialização em Prótese Dentária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

2. AMOROSO, AP; GENNARI FILHO, H; PELLIZZER, EP; GOIATO, MC; SANTIAGO JUNIOR, JF; VILLA, LMR. Planejamento reverso em implantodontia: Relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 33, n. 2, p. 7579, jul/dez., 2012.

3. DIAS, MLP. O uso de guias no planejamento das próteses sobre implantes.2014, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, jul, 2014.

4. DIAS, MLP; MAGRIN, GL; BEZ, LV; BENFATTI, CAM; VOLPATO, CÂM. Uso de guias no planejamento de próteses sobre implantes. Full Dent. Sci, v. 26, n. 7, p. 74-82, 2016.

5. ALVES, LMN; HIDALGO, LRC; CONCEIÇÃO, LS; OLIVEIRA, GM; BORGES, KRF; PASSOS, WG. Complicações em implantodontia: Revisão de literatura. Journal of orofacial investigation, v. 1. 7, n. 4, p. 20-29, 2017.

6. KUHNEN, M. Enceramento diagnóstico e suas aplicações no tratamento com implantes. Minas Gerais: Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, 2017.

7. SANTANA, MTP; RIBEIRO, RA; RODRIGUES, RQF; SILVA, RS; CAMPOS, RHN; RODRIGUES, RA. Importância do guia cirúrgico para correto posicionamento dos implantes. 3º Encontro de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do Sertão Paraibano (III ECTBMFSPB), v. 7, n. 3, p. 3055, 2018. ISBN DOI:http://dx.doi.org/10.21270/archi.

8. MORAES, JCC; GOMES, RV; MORAES, AFD. A importância do planejamento reverso em reabilitações com implantes dentários**.** Full Dent. Sci., v. 39, n. 10, p. 100-106, 2019. ISBN DOI: 10.24077/2019;1039-100106.

9. SOUZA, KRB; CADIDÉ, TJM; FONSECA, RC. Técnica protética para planejamento reverso em implantodontia: Relato de caso. Rev Ciên Saúde,v. 1, n. 6, p. 6-12, 2021.

10. DREOSSI, GB; LANDI, BM; CAMPANER, M; SHIBAYAMA, R. Planejamento reverso em implantodontia – Revisão de literatura. 2. ed. *Local:* Revista Odontológica de Araçatuba, v. 42, n.2, p. 53-57, Maio/Agosto 2021.

11. GALVÃO, JBM; MARINHO, LCN; PASCOAL, ALB; PAIVA, KRG; DANTAS, WRM; GURGEL, BCV; CALDERON, PS. Confecção de guia multifuncional para

planejamento de reabilitação implantossuportada: Relato de caso. Revista Ciência Plural., v. 9, n. 3, Maio/Out, 2023.