VALÉRIA GAZZANELLI GIOVENAZZIO BUBA

CONSIDERAÇÕES ESTRUTURAIS, BIOLÓGICAS E MECÂNICAS PARA RESULTADOS ESTÉTICOS FAVORÁVEIS, EM PRÓTESES SOB IMPLANTES

CAMPO GRANDE – MS

2017

CONSIDERAÇÕES ESTRUTURAIS, BIOLÓGICAS E MECÂNICAS PARA RESULTADOS ESTÉTICOS FAVORÁVEIS, EM PRÓTESES SOB IMPLANTES

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE (Faculdade Sete Lagoas) como requisito parcial para conclusão do curso de Prótese Dentária. Área de concentração: Odontologia
Orientador: Aline Terra Biazon Jardim
Coorientador: Oscar Mosele Jr.

CAMPO GRANDE – MS

2017

BUBA, Valéria Gazzanelli Giovenazzio
"Considerações Estruturais, Biológicas e Mecânicas para Resultados Estéticos Favoráveis, em Próteses sob Implantes". Campo Grande (MS), 2017.
Orientadora: Aline Terra Biazon Jardim. Monografia de Especialização em Prótese Dentária.
FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS BIBLIOTECA Dr. JAIRO CORREA

FACSETE – FACULDADE SETE LAGOAS

"Considerações Estruturais, Biológicas e Mecânicas para Resultados Estéticos Favoráveis, em Próteses sob Implantes", aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aline Terra Biazon Jardim – FACSETE - Orientadora

Oscar Mosele Jr. – FACSETE - Examinador

Valéria Gazzanelli Giovenazzio Buba – Acadêmica

Campo Grande, MS, 16 de abril de 2017

RESUMO

A reabilitação oral de sítios bucais mutilados por perdas de elementos dentais unitários, múltiplos ou totais, tem sido uma constante preocupação para profissionais da área odontológica, visando a recuperação de um sistema funcional equilibrado, considerando a exigência que o paciente tem com a estética, e sendo ele portador de perdas dentais, faz-se necessária avaliação minuciosa com levantamento de todos os fatores que interferirão nos mecanismos de reabilitação oral, que tenha, não só a recuperação da função, biomecânica e fonética mas a estética, quando indicarmos a reabilitação implantar e seus componentes protéticos, sejam eles abutments ou minipilares protéticos. Sendo assim, este trabalho, tem como finalidade, prover o conhecimento de alguns métodos de planejamento prévio e recursos protéticos, abordando exames e procedimentos que auxiliarão na confecção de trabalhos reabilitadores para se alcançar resultados estéticos e funcionais, favoráveis.

Palavras-chaves: Implantes osseointegrados, componentes protéticos, reabilitação, abutments e minipilares.

ABSTRACT

The oral rehabilitation of buccal sites mutilated by losses of single, multiple or total dental elements, has been a constant concern for dental health professionals. Aiming for recovery a balanced and functional oral system when it is indicated the rehabilitation to implant and its prosthetic components as prosthetic abutments or minipillars, it is necessary to evaluate carefully all the factors that may interfere in oral rehabilitation including the recovery of the biomechanical, phonetic, and also the esthetics, which is a great demand of the patients. Therefore, the aim of this study is to provide knowledge about some methods of pre-planning and prosthetic resources, with focus in procedures that will assist in the preparation of oral rehabilitation to achieve favorable esthetic and functional results.

Keywords: Osseointegrated implants, prosthetic components, rehabilitation, abutments and minipillars.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8

2 REVISÃO DE LITERATURA 9

3 CONCLUSÃO..... 14

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 15

1 INTRODUÇÃO

A odontologia tem buscado reparar perdas dentais através de vários procedimentos restauradores. A princípio próteses removíveis, em caso de desdentados parciais ou totais, resolviam limitadamente essas mutilações. Seguiram-se próteses fixas dentais, com preparos de dentes remanescentes, quando o caso era parcialmente desdentado. Com o advento da implantodontia onde, Branemark, et al (2001), pesquisando os mecanismos ósseos, descobriu a capacidade de dispositivos a base de titânio biocompatível, integrar-se ao osso, estabelecendo, contundentemente, os princípios para esse mecanismo biológico, a osseointegração.

O objetivo deste trabalho é abordar mecanismos de diagnósticos para planejamento seguro em reabilitações protético-implantares, visando uma melhora da estética, da função e da segurança reabilitadora, observando resultados seguros biológicos e mecânicos

2 REVISÃO DE LITERATURA

A odontologia tem buscado equilibrar e harmonizar más-formações anátomo-funcionais, por agenesia ou perdas dentais, através do desenvolvimento de técnicas incansavelmente estudadas e testadas.

Áreas de cirurgias reconstrutivas, como: periodontia e implantodontia, ou reabilitadoras como: próteses dentais e gengivais, associados ou não a ortodontia e dentística, têm evoluído, para que alcancemos resultados favoráveis em reabilitações protéticas. O uso multidisciplinar de todas ou de algumas dessas especialidades, tem solucionado e trazido alivio a muitos sofrimentos e limitações a que nos vemos frente.

A utilização de restaurações implantossuportadas, têm sido empregadas na reabilitação oral, em pacientes parcialmente ou totalmente desdentados, que buscam, junto ao profissional odontológico, resultados estéticos e confortáveis, acima de tudo (MICHEL, et al, 2015). Essas reabilitações, dependentes do fenômeno de osseointegração, têm altos índices de sucessos, porém, algumas intercorrências podem prejudicar a longevidade do trabalho, tais como perdas ou falência tanto do implante como das próteses reabilitadoras, principalmente quando não se realiza planejamento adequado, tanto na instalação de implantes, como na reabilitação protética, (SHIBLI, 2014)

Alguns fatores podem levar ao insucesso, como fatores locais e sistêmicos, perdas tardias, relacionadas com infecções bacterianas ou sobrecargas oclusais, normalmente, sequelas da ausência de planejamento, afirmado anteriormente (GULINELLI, et al, 2015).

Segundo Binon (2000), busca-se hoje, pesquisar e utilizar conexões sobre implantes ou componentes protéticos, que reduzam os problemas de desaperto de parafusos, infiltração microbiana e que implante/componentes protéticos tenham garantidas uma excelente adaptação.

A reabilitação de áreas edentadas com implantes bem posicionados, tem sido indicada com frequência para a recuperação estética, mastigatória, fonética, biomecânica e facilidade de higienização (MICHEL, et al; SILVA et al, 2015). Seu sucesso repousa em uma efetiva avaliação e planejamento reabilitador pré-

operatório, visando a substituição anatômica do dente perdido e a detecção clínica da aparência saudável dos tecidos peri-implantares (SILVA et al, 2015).

Segundo Renata Faria (2014), este planejamento reabilitador deve considerar o exame físico extra bucal, físico geral do paciente, além da estética facial do mesmo.

Alguns meios de diagnóstico devem ser aplicados como coadjuvantes do planejamento, a fim de recuperarmos os espaços de forma estética e previsível. Podemos citar: anamnese; exame clínico; exames complementares de imagem (radiográficos e tomográficos); exames complementares de diagnóstico, protocolo fotográfico, extra e intra-oral. Soma-se, a esses recursos, a determinação das relações intermaxilares e avaliação detalhada, da oclusão do paciente (FARIA, 2014), para que seja previsto o uso de intermediário ou não, já que a presença dos mesmos reduzirá o espaço de reabilitação protética (PALEARI et al (2014) , FARIA, 2014). Sendo assim o prognóstico torna-se previsível e um pouco mais favorável (MENDES et al 2011).

A presença de tecido ósseo e o perfil gengival, além do espaço que está presente, devem ser mensurados e considerados durante esse planejamento. O tecido gengival deverá ser avaliado a fim de se identificar o seu biotipo, já que podemos encontrar dois bioipos gengivais: o fino e o espesso (ROSSETTI; 2016; GÓES, 2015). Identificados através de exame clínico visual, mensuração direta por transparência da sonda milimetrada e/ou tomografia computadorizada de feixe longo (CFCT), este exame ainda será usado para determinar a inclinação dos implantes, além da detecção de perda ou não da crista óssea e a relação do espaço presente, a fim de antever o posicionamento 3D do implante (MICHEL, et al, 2015).

A tomografia é um exame imprescindível para o planejamento da instalação dos implantes em posição 3D porque, além de nos fornecer imagem da densidade óssea, nos fornece subsídios da altura óssea a qual possibilitará a indicação do implante a ser utilizado, que varia de 5 mm a 21 mm de altura. Quanto á espessura óssea e espaço presente detectado com tomografia, nos permitirá optar por implantes de diferentes diâmetros, variável de 2,9 mm a 5 mm (ARANHA et al 2015) , ainda pode ser usada para avaliação e identificação do biotipo gengival, se fino ou espesso, que permitirá alcançarmos uma resolução

protética ideal, através da escolha de material restaurador mais estético (SILVA et al, 2015).

Sendo assim, o planejamento prévio da prótese, se iremos usar abutmets ou minipilares protéticos em casos múltiplos, terão seu prognóstico favorável assegurado, pois definimos a colocação do implante em posição 3D ainda nos modelos de estudo, com auxilio e confecção de guia cirúrgico. Nesta mesma fase analisa-se a relação intermaxilar e avalia-se a oclusão do paciente detalhadamente a fim de indicar-se o uso e altura do minipilar a ser usado, já que com isso, haverá uma redução do espaço protético intermaxilar (MENDES, 2011).

O desenho dos componentes protéticos, sejam eles abutments ou pilares protéticos, como minipilares, são uma constante preocupação para que a configuração gengival tenha um prognostico protético funcional satisfatório (ROSSETTI, 2016), onde a mesma se amolde ao componente ou ao minipilar, portanto, outro fator deve ser observado nos pilares protéticos, o seu perfil de emergência que normalmente devera ser côncavo a fim de conseguir maior espessura e melhor acomodação gengival (VASCONCELOS, 2015) .

Degdi, et al (2011) em seu trabalho estabeleceu que, a instalação imediata dos componentes protéticos no mesmo dia da cirurgia para instalação dos implantes, isso para implantes cônicos instalados dois milímetros abaixo da crista óssea remanescente, tiveram ótimos resultados, com redução sensível da prevalência de recessão do tecido mole gengival, portanto, resultado positivo, já que a recessão gengival que sempre ocorre com a cicatrização cirúrgica pós instalação implantar imediata, acaba por complicar esteticamente pela sua maior prevalência nas reabilitações com implantes mediatos.

O desenho cervical das próteses e o diâmetro dos implantes, atrelados ao biotipo gengival (ROSSETTI, 2016), determinará o nível de recessão pós-implante ou sua ausência, o que definirá, na reabertura do implante, qual vai ser a altura do minipilar a ser instalado e sua viabilidade estética.

Segundo Banachela et al (2016) a relação da angulação vestíbulo-lingual na maxila para casos estéticos, como incisivos centrais e laterais, para implantes imediatos auxiliará na escolha de prótese cimentada ou parafusada e determinará a escolha dos componentes protéticos e a altura das cintas metálicas, nos mesmos, compatíveis esteticamente.

A personalização dos componentes é outro recurso que lançamos mão, principalmente em implantes posteriores instalados sobre seio maxilar, que podem ter sua inclinação acentuada devido ao seu deslocamento durante a ósseointegração. Essas inclinações deverão ser corrigidas ate alcançar o melhor paralelismo dos elementos implantados (BONACHELA et al, 2016). Os componentes personalizados podem ser: parafusados deslocando o canal do parafuso para região cervical palatina da prótese, ou, com desenho misto onde o pilar parafusado estará associado a uma coroa cimentada, ou ainda, a coroa será cimentada sobre o pilar, parafusada no implante, esse conjunto será então removido e limpo, então recolocado parafusado sobre o implante e o seu acesso será fechado protocolarmente.

Ainda segundo o mesmo autor mais dois desenhos mistos foram desenvolvidos quando o posicionamento tridimensional dos implantes não pode observar as normas de paralelismo e inserção vertical, usa-se um pilar parafusado revestido por cerâmica e faceta estética de porcelana por vestibular, na sua colagem serão utilizados adesivos contemporâneos. O outro desenho seria pilar parafusado e infra-estrutura assentada com o uso de canais de retenção, para estabilizar somente mecanicamente, quando estamos frente a pacientes debilitados que demandam um controle de higienização mais eficiente e de fácil execução (SILVA, 2015).

Segundo Charles Babbush (2012), outra observação que devemos considerar na preservação da estética dos intermediários sobre os implantes, são as repetidas desconexões intencionais ou não intencionais sobre os implantes de dois corpos, que interrompem ou alteram as estruturas do tecido mole, promovendo uma nova remodelação óssea que leva à migração apical do espaço biológico periimplantar, portanto nos vemos frente á recessão gengival.

Para se conseguir melhor estabilidade de torque, a fim de reduzirem-se minimamente as desconexões dos intermediários/pilares protéticos, devem-se realizar apertos de elementos roscados usando-se microtorques para evitar danos às partes, principalmente nos implantes dentários, onde os apertos devem ter menores que 60 Ncm, já que ocorre atrito em as áreas cônicas do implante e o pilar protético (BINON, 2000; ARANHA, 2015).

Em dentes anteriores têm-se maior preocupação estética quando da reabilitação protética devendo-se observar a espessura tecidual periimplantar. Segundo Vasconcelos et al, (2015), o ideal é que a espessura gengival seja de no mínimo de 3 mm para que se possa utilizar pilares metálicos, porem, quando essa espessura for menor que 3mm, o uso de pilar metálico acarretará acinzentamento da margem gengival. Para que esse comprometimento estético não ocorra, o planejamento prévio protético observando o biotipo gengival deverá ser realizado. (Goes C et al, 2015).

Vasconcelos et al,(2015) continua afirmando que hoje com essa finalidade estética temos pilares cerâmicos, como o de zircônia tetragonal parcialmente estabilizada por ítria, que antes de sua sinterização sofre um banho em liquido de coloração e fluorescência que confere ao pilar protético a mesma luminosidade (valor), saturação (croma) e matiz do dente natural.

Posteriormente faz-se a aplicação da cerâmica com os mesmos pigmentos fluorescentes, sendo assim, as características estéticas serão resguardadas, já que o efeito sombra na coroa e na mucosa periimplantar, estará ausente.

3 CONCLUSÃO

Baseado nessas pesquisas podemos concluir que todo pilar protético deverá ter como procedimento prévio, um planejamento tanto cirúrgico quanto reabilitador protético implantar.

O protocolo ideal para um resultado estético funcional favorável, para a indicação de determinado tipo de componente protético, deverá repousar nas seguintes etapas a serem seguidas;

- Anamnese.
- Exame clínico, dando ênfase para o tecido gengival.
- Exames de imagem, como radiografias e tomografias.
- Montagem em articulador, para avaliação da relação intermaxilar.
- Enceramento diagnóstico,
- Concepção prévia da posição 3D dos implantes, inclinação vestíbulo-lingual e paralelismo dos implantes.
- E, finalmente a seleção da altura e tipo de componente a ser usado.

Sendo assim muito ainda tem-se que pesquisar, já que a odontologia não é uma ciência exata, isso na busca de estética mais acurada, sem esquecer de uma função favorável.

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aranha LC, Mucsi CS, Ceoni FC, Nogueira EJ, Rossi JL. Dispositivo para o estudo do comportamento do microtorque na fixação *in vitro* de pilar protético. ImplantNews 2015;12 (6ª-P8A):181-8

Babbush CA, Hahn JA, Krauser JT, Rosenlicht JL. Implantes dentários arte e ciência. 2 ed, 2012,Cap 11. Tecidos moles peri-implantares. 167-79.

Branemark PI, Branemark R, Rydevik B, Myers RR. Osseointegração na reconstrução e reabilitação esquelética. Journal of Reabilitation Research & Development. Vol38, No 2, Março/Abril 2001.

Degdi M, Nardi D, Piattelli A. One abutment at one time: non-removal of an immediate abutment and if effect on bone healing around subcrestal tapered implants. Clin Oral Implants Res 2011;22(11);1303-

Faria R. Estética na Reabilitação Oral – do planejamento digital à execução. PróteseNews 2014;1(2) 198-209.

Goes C, Costa LB, Lopes VG, Ribeiro EDP. Métodos de diagnóstico do biotipo gengival em implantes imediatos. PerioNews 2015;9(5):$37-43.

Gulineli JC, Morais RO, Ferreira EJ, Kuabara MR, Dutra RA, Santos PL. Peri-implantite (parte I):Etiologia, características e diagnóstico. PerioNews;9(5):394-400.

http://www.inpn.com.br/situaçõescomplexas. Acesso em 08/02/2017, 18:35 (Shibli).

Michel RC, Mendonça S, Romito G, Nahás R, Damante CA, Ragghianti-Zangrando MS. Planejamento multidisciplinar de implantes estéticos – procedimentos-chave. PerioNews 2015;9(4):341-9.

Paleari AG, Mendoza-Marin DO, Compagnoni MA, Pero AC, Lages F, Arioli Filho JN. Prótese metalocerâmica associada à prótese metaloplástica Implantossuportada em paciente desdentado total. ImplantNews 2014;11(3):362-7.

Rossetti PHO. O Equilíbrio Começa Pelo Alicerce. INPerio 2016;1(8);1486-9.Bonachela W, Rossetti P. Próteses cimentadas versus parafusadas. INPerio 2016;1(3);462-6.

Shibli JA, Blay A, Tunchel S, Roth L, Nardegam G, Cassoni A, Rodrigues JA. Avaliação longitudinal do tratamento de peri-implantite em áreas estéticas utilizando laser de ER, CR:YSGG associado ao L-PRF. ImplantNews 2014;11(4).

Silva R, Silva FPQ, Ferreira Filho C,Nunes Jr A, Souza A, Carvalho JP. Quando a satisfação autorrelatada do paciente com a prótese implantossuportada: mandibular influencia na colocação de uma prótese total fixa na maxila: os benefícios do planejamento e colocação 3D baseados na TCFC e nos guias estereolitográficos- acompanhamento de dois anos e 11 meses. ImplantNews 2015;12(1): 75-86.

Vasconcellos DK. Investindo na fluorescência no setor anterior. PróteseNews 2015;2(1);84-8.

BRANEMARK?