FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

FABIO RIOZI HOJO

TÉCNICA DE CONDICIONAMENTO TECIDUAL ATRAVÉS DE PROVISÓRIO APARAFUSADO, UTILIZANDO RESINA FLUIDA FOTOPOLIMERIZÁVEL, EM REGIÃO ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

São Paulo

2018

FABIO RIOZI HOJO

TÉCNICA DE CONDICIONAMENTO TECIDUAL ATRAVÉS DE PROVISÓRIO APARAFUSADO, UTILIZANDO RESINA FLUIDA FOTOPOLIMERIZÁVEL, EM REGIÃO ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Artigo científico apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Implantodontia e Reabilitação Oral.

Área de concentração: Implantodontia

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Kiyanitza Dantas

São Paulo

2018

Hojo, Riozi Fabio
Técnica de condicionamento tecidual através de provisório aparafusado, utilizando resina fluida fotopolimerizável, em região anterior: Relato de caso clínico / Fabio Riozi Hojo. - 2018
17 f. ; 11 il
Orientador: Alessandra Kiyanitza Dantas
Artigo científico (especialização) - Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2018
1. Condicionamento tecidual. 2. Perfil de emergência
I. Título
II. Alessandra Kiyanitza Dantas

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE

Monografia intitulada "TÉCNICA DE CONDICIONAMENTO TECIDUAL ATRAVÉS DE PROVISÓRIO APARAFUSADO, UTILIZANDO RESINA FLUIDA FOTOPOLIMERIZÁVEL, EM REGIÃO ANTERIOR: RELATO DE CASO CLÍNICO", de autoria do aluno Fabio Rizzi Hojo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Kiyanitza Dantas

Examinador: Prof. Dr. Marcelo Sabbag Abla

Examinador: Prof. Dr. José Virgilio de Paula Eduardo

Examinador: Prof. Ms Daniel de Paula Eduardo

São Paulo, 20 de fevereiro 2018

Técnica de condicionamento tecidual através de provisório aparafusado, utilizando resina fluida fotopolimerizável, em região anterior: Relato de caso clínico.

Resumo: As restaurações anteriores têm grande apelo estético; com isso, um contorno gengival adequado ao redor dos dentes tornou-se essencial. O fato de dentes e implantes apresentarem naturezas diferentes torna o tratamento reabilitador um desafio quando almeja-se mimetizar os trabalhos protéticos. O condicionamento tecidual promovido pelos provisórios tornaram-se de grande valia na busca pela excelência estética. Este trabalho tem o objetivo de mostrar as alterações do posicionamento da margem gengival através do condicionamento tecidual ao redor de implantes utilizando acréscimo de resina composta em provisório aparafusado. O uso de resina fluida fotopolimerizável na confecção do perfil do provisório aparafusado mostrou-se eficiente para um condicionamento tecidual de alta performance.

Descritores: condicionamento tecidual, perfil de emergência

Soft tissue management technique through screw retained provisional crown, using light-curing resin in anterior region: Clinical case report.

Abstract: Anterior restorations has an important esthetic view. A good soft tissue management is essencial. Teeth and implants have different nature and the prosthetic treatment became a challenge. The emergence profile created using de provisional crown helps a lot in the search of a natural aspect. The purpose of this article is evaluate the position of the gingiva margin created with gradual add of resin in the provisional crown. The addition of resin in the provisional crown shows very efficient way to create a emergence profile.

Keywords: soft tissue profile, emergence profile

Lista de Figuras

Figura 01 - Provisória adesiva……09
Figura 02 - Perfil obtido com o cicatrizador.……..……09
Figura 03 - Pilar selecionado e faceta desgastada…….……..…10
Figura 04 - Faceta capturada junto ao pilar……..……10
Figura 05 - Sequência de acabamento e polimento do conjunto capturado.….10
Figura 06 - Provisório instalado.……..……..……11
Figura 07 - Provisório após 2 meses……..……..……..….11
Figura 08 - Perfil obtido……..……..……11
Figura 09 - Comparação entre o perfil inicial e o resultado……12
Figura 10 - Confecção do transferente personalizado…….……12
Figura 11 - Delimitação das zonas crítica e subcrítica……..…..…14

SUMÁRIO

1 Introdução……..……..09
2 Relato de caso clínico……..……09
3 Discussão……13
4 Conclusão……16
Referências bibliográficas……..…..17

1 Introdução

Para ser considerado sucesso, o implante dentário, além de restaurar a função, deve permitir a instalação de uma restauração que tenha um bom aspecto estético.[1] O objetivo de se atingir um resultado altamente estético em um dente anterior perdido pode ser desafiador. [2] [3] Para isso, o posicionamento tridimensional do implante é um fator crítico.[4] A posição correta, tamanho e formato do implante são essenciais para se obter um perfil natural e, quando isso não é respeitado, a restauração final estará comprometida. [5] Além disso, outro desafio encontra-se na manipulação dos tecidos moles ao redor dos implantes, seja no momento da cirurgia ou na reabertura. [1] Grande parte desta dificuldade deve-se a diferença na maneira como os dentes e os implantes ligam-se ao osso e aos tecidos moles; além de possuirem tamanho e formato totalmente discrepantes. [6]

Atualmente, a osseointegração de implantes dentários é altamente previsível, em torno de 90%, já a criação de um perfil de emergência agradável não apresenta tanta previsibilidade. [5]

O perfil de emergência é definido como sendo a porção do dente que se estende da base do sulco gengival, envolvendo a gengiva marginal livre e continuando até o contorno vestibular e lingual, incluindo também as papilas que estão abaixo das áreas de contato. [1] Pode ser dividido em duas áreas: crítica e subcrítica. Manipulações protéticas nessas áreas podem ser utilizadas para se conseguir um melhor resultado estético. [4]

Principalmente em zonas estéticas, o perfil de emergência dos implantes deve imitar o aspecto dos dentes naturais. [5] Para isso, uma ótima moldura gengival ao redor do implante é imprescindível para se criar a sensação de naturalidade. [3] A posição da margem gengival é ditada pelo formato da coroa. [3] O uso de pilares personalizados, em casos de implantes anteriores tem sido uma prática de sucesso para alcançar um perfil de emergência adequado.[4]

2 Relato de Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 54 anos, sem nenhuma alteração sistêmica apresentou-se com o dente 21 ausente, perdido há mais de 10 anos. Após anamnese, avaliação clínica, exames complementares e protocolo fotográfico planejou-se a instalação de um implante Neodent® 3,5 X 11mm juntamente com uma regeneração óssea guiada (ROG) e enxerto de tecido conjuntivo subepitelial. Passados três meses, o implante encontrava-se com o cover sob rebordo cicatrizado e uma restauração adesiva, suportada no canino e no lateral, sendo usada como provisório (Figura 1).



Figura 1: Provisória adesiva (3 meses após a instalação do implante)

Na cirurgia de reabertura promoveu-se a seleção e instalação do cicatrizador neodent® 4,5 X 2,5mm e após 45 dias a partir do perfil obtido (Figura 2), realizou-se a seleção dos componentes para confecção da restauração temporária. O pilar parafusado foi escolhido com o objetivo de se realizar uma restauração provisória aparafusada para um melhor manejo dos acréscimos em resina durante o condicionamento tecidual.



Figura 2: Perfil obtido com o cicatrizador

Após a remoção da restauração provisória adesiva, o pilar foi instalado e ajustado segundo a oclusão do paciente. O próprio provisório removido foi desgastado a fim de se criar uma faceta que se adaptasse na posição desejada com o pilar em posição (Figura 3).

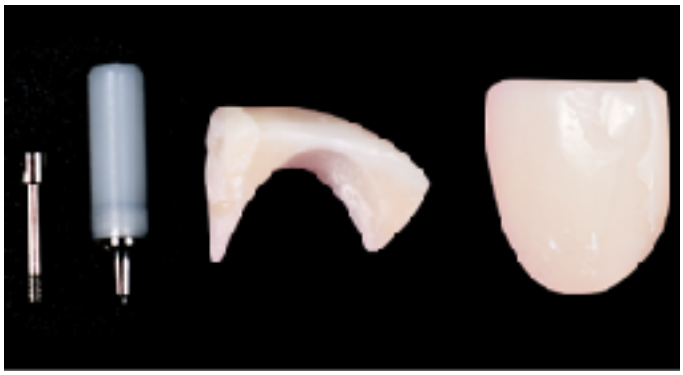


Figura 3: Pilar selecionado e faceta desgastada.

Feito isso, capturou-se a faceta junto ao pilar usando-se resina fluida (Figura 4).



Figura 4: Faceta capturada junto ao pilar.

Após a fotopolimerização, desparafusou-se o conjunto e foi realizado um refinamento do perfil do provisório com a mesma resina visando o condicionamento tecidual. Criou-se um perfil levemente côncavo (Figura 5).



Figura 5: Sequência de acabamento e polimento do conjunto capturado (notar perfil côncavo no provisório).

A restauração provisória foi parafusada e uma leve isquemia foi constatada. Após alguns minutos, observou-se a remissão da isquemia e a acomodação tecidual (Figura 6). Nesta etapa, foi realizado o polimento da resina visando uma melhor resposta tecidual. A restauração provisória finalizada foi instalada, o acesso foi fechado com um fita de teflon e material restaurador fotopolimerizável temporário e feito ajuste oclusal.



Figura 6: Provisório instalado (ausência de isquemia).

Quinze dias depois, o paciente retornou e novo acréscimo com resina fluida fotopolimerizavel foi realizado nas zonas crítica e subcrítica visando uma melhora estética da posição da margem gengival e perfil tecidual. Aguardou-se mais 15 dias e um novo acréscimo foi realizado.

Ao final de 2 meses, o paciente retornou à clínica e, após a constatação de um perfil adequado (Figura 7,8 e 9), procedeu-se a moldagem para restauração final.



Figura 7: Provisório após 2 meses.



Figura 8: Perfil obtido.



Figura 9: Comparação entre o perfil inicial e o resultado (após 2 meses de condicionamento).

Para a transferência do perfil criado de uma maneira mais precisa, utilizou-se um transferente personalizado, criado através de um molde em silicone laboratorial, do perfil de emergência do próprio provisório. Um pilar metálico fundido personalizado foi confeccionado pelo laboratório e, após a instalação do mesmo, foi confeccionada e cimentada a coroa metalo-cerâmica.



Figura 10: Confecção do transferente personalizado.

3 Discussão

A interface entre prótese fixa e tecido mole tem um papel muito importante para o sucesso de restaurações em dentes anteriores.[7]

A zona de transição entre a cabeça do implante e anatomia cervical tem tido cada vez mais importância para a criação de uma restauração implanto-suportada de aspecto natural.[4]

A diferença do diâmetro e da forma entre dentes e implantes tem proporcionado certa dificuldade em obter um aspecto natural. Enquanto o dente tem uma forma ovóide, o implante apresenta um formato circular.[5] Além disso, a natureza da qualidade do epitélio juncional entre implante e dente é diferente; consequentemente, é um desafio criar um perfil de emergência adequado ao redor de implantes.[7]

O suporte vascular também é diferente. Enquanto ao redor dos dentes existem o periósteo e o ligamento periodontal, nos implantes esse fornecimento é realizado somente pelos vasos contidos no periósteo. Além disso, o tecido mole ao redor do cemento do dente é amplamente vascularizado e, nos implantes existe um *deficit* significativo pois os vasos ao seu redor são espaçados.[3] Nos implantes existe uma zona avascular que está diretamente adjacente a sua superfície. Nos dentes existem fibras do tecido conjuntivo inseridas entre a dentina e o osso, promovendo suporte para o tecido gengival.[3]

A restauração provisória é muito importante para se conseguir um contorno gengival principalmente em casos unitários. O objetivo primário do provisório é maximizar o volume tecidual vestibular e coronal.[3] O uso de uma restauração provisória ainda permite a avaliação da função do paciente.[5] Várias técnicas usando provisório sobre implante têm sido descritas para criar um perfil gengival adequado.[3]

Uma boa simetria gengival pode requerer algumas modificações no tecido mole pré existente através de gengivectomia ou enxertos, associados a cicatrizadores ou provisórios personalizados.[8]

A posição da margem gengival é manipulada pela formato da coroa.[3] O sobrecontorno da coroa pode causar migração apical enquanto o subcontorno promove uma migração coronal da margem gengival.[4]

Baseado na resposta tecidual, duas áreas podem ser identificadas no perfil de emergência: a área crítica e a subcrítica. A primeira é a área imediatamente apical a margem gengival (em torno de 1mm) e envolvendo todo o perímetro ao redor do pilar (360º) denominada de área crítica. A segunda engloba a região apical à zona crítica e se estende até a plataforma do implante (Figura 10). Alterações no volume da zona crÍtica interferem diretamente no posicionamento da margem gengival, zênite e tamanho da coroa protética. Já mudanças na zona subcrítica alteram as respostas dos tecidos perimplantares. A zona subcrítica pode ser côncava, convexa ou reta. Em situações onde não se deseja modificar o formato da coroa, a zona crítica não deve ser alterada. Nesse caso, somente mudanças na zona subcrítica já promovem um aspecto estético mais agradável. Na região subcrítica, o espaço biológico deve ser respeitado pois o sobrecontorno excessivo (convexidade exagerada) pode gerar um edema e, posteriormente, uma inflamação, resultando em uma migração apical indesejada.[4]

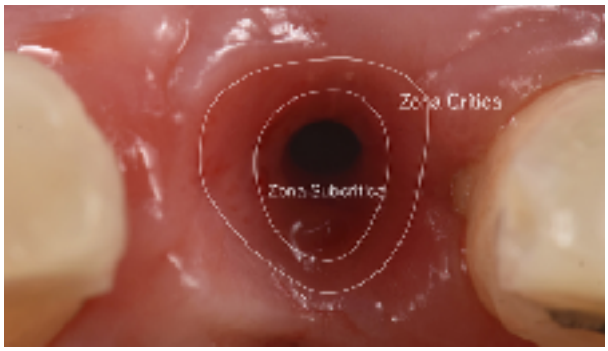


Figura 10: Delimitação das zonas criítica e subcrítica (depois do condicionamento).

Historicamente, a resina autopolimerizável tem sido usada para modificar o perfil de emergência. O uso intraoral e subgengival desta resina pode causar trauma no tecido mole caso ela não esteja totalmente polimerizada. Este problema pode ser solucionado com o uso de resinas fotopolimerizáveis. Outra vantagem do uso dessas resinas é a possibilidade de acréscimos de maneira incremental, permitindo uma boa modelagem. Após os acréscimos graduais, uma isquemia transitória pode ocorrer. Caso não haja uma diminuição da isquemia em até 15 minutos, deve-se remover a restauração e promover uma modificação visando não causar traumas no tecido periimplantar.[7] Em algumas semanas, a restauração provisória modela o tecido gengival ao seu redor, estabelecendo o perfil de emergência proposto.[5]

O processo de maturação do tecido mole pode levar até 2 meses após a finalização dos incrementos, dependendo do volume tecidual que foi condicionado. Quanto maior a modificação no perfil, maior o tempo de maturação.[7]

Uma boa manipulação do sítio do implante, com volume adequado de tecido ósseo e mole, combinado com uma posição ideal da plataforma cirúrgica e protética gera uma alta chance de sucesso em se obter um resultado altamente estético. A correta posição tridimensional da plataforma do implante pode preservar o osso proximal e vestibular. Um posicionamento muito apical ou vestibular pode induzir uma reabsorção óssea e, com isso, aumenta-se o risco de uma migração apical da margem gengival.[3] A profundidade de colocação de implantes em zonas estéticas varia entre 2 e 4 mm subgengival. Neste intervalo, o clínico tem a possibilidade de estabelecer uma aparência natural do perfil de emergencia, resultando em estética.[5]

Uma vez que se estabeleceu o perfil desejado, faz-se a transferência das informações ao laboratório.[3]

4 Conclusão

O acréscimo gradual de resina fluida fotopolimerizavel em provisórios aparafusados no condicionamento tecidual permitiu obter-se um melhor posicionamento da margem gengival.

Referências Bibliográficas

1. Shereen S, Azer. A simplified technique for creating a customized gingival emergence profile for implant-supported crowns. J. Prosthodontics 2010;19(6): 497-501.

2. Shibli A J, D`Avila S. Restoration of the soft-tissue margin in single-tooth implant in the anterior maxilla. J. Oral Implantol. 2006;32(6):286-290.

3. Kinsel P R, Capoferri D. A simplified method to develop optimal gingival contours for the single implant-supported, metal ceramic crown in the aesthetic zone. Pract Proced Aesthet Dent. 2008;20(4):A-G.

4.Su H, González-Martín O, Weisgold A, Lee E. Considerations of implant abutment and crown contour: Critical contour and Subcritical contour. Int J Periodontics Restorative Dent. 2010;30(4):334-343.

5. Becker W, Doerr J, Becker E B. A novel method for creating an optimal emergence profile adjacent to dental implants. J Esthet Restor Dent. 2012;24(6):395-400.

6. Neale D, Chee L W W. Development of implant soft tissue emergence profile: A Technique. J Prosthet Dent. 1994;71(4):364-368.

7. Alani A, Corson M. Soft tissue manipulation for single implant restoration. British Dental Journal 2011;211(9):411-416.

8. Reikie F D. Restoring gingival harmony around single tooth implants. J Prosthet Dent.1994;74(1):47-50.