FACULDADE TECNOLOGÍA SETE LAGOAS - FACSETE

MAYRA ANNELIESE HALKYER REVOLLO

CARGA IMEDIATA MÚLTIPLO NA MANDIBULA:

RELATO DO CASO CLÍNICO

São Paulo

2018

FACULDADE TECNOLOGÍA DE SETE LAGOAS - FACSETE

MAYRA ANNELIESE HALKYER REVOLLO

CARGA IMEDIATA MÚLTIPLO NA MANDIBULA:

RELATO DO CASO CLÍNICO

Monografia apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade de Tecnología de Sete Lagoas - FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso de Especialização em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Dr. Eddy Castro Blanco

São Paulo

2018

FACULDADE TECNOLOGÍA DE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulado "CARGA IMEDIATA MULTIPLO NA MANDIBULA: HISTORIA DO CASO CLINICO" de autoria da aluna Anneliese Mayra Halkyer Revollo aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Dr. Eddy Castro Blanco

Orientador

São Paulo, 5 de Março 2018

AGRADECIMENTOS

A Deus por me guiar e dar força sempre.

A minha mãe Mayra Revollo e meu pai Dusan Halkyer que com amor e trabalho me educaram e me deram seu apoio e confiança em minha formação.

A meus irmãos Alex, Rachel e Marcela que sempre deram seu apoio e confiança incondicional.

A minha mãe Judith e pai Benjo que são a luz que me guia no caminho da vida.

A minha gordinha Carito por todo o amor, apoio e confiança que sempre me dá.

A toda a minha família pelo apoio e carinho.

Aos meus amigos por confiar em mim.

Ao meu orientador e professor, Dr. Eddy Castro, por transmitir todos os seus conhecimentos com dedicação e paciência para me tornar uma profissional melhor.

RESUMO:

A Implantologia oral, ramo da odontologia, tem revelado ser uma alternativa muito importante na reabilitação de pacientes desdentados, com o objetivo de devolver a saúde bucal do paciente, satisfazendo as suas necessidades funcionais e estéticas. Os longos tempos de espera entre as manobras cirúrgicas e iniciar a reabilitação protética sobre implantes, foram hoje reforçadas com a aplicação de novas técnicas, como a carga imediata, que é hoje uma técnica viável de reabilitação oral, entre as suas vantagens, diminui o tempo de espera entre as fases cirúrgicas e protéticos, mantém a altura do osso e preserva devidamente o tecido mole. Assim, fornece ao paciente um resultado previsível. O presente trabalho expõe a aplicação de um protocolo de carga imediata na mandíbula com a realização de extrações na região a ser tratada e mais tarde a instalação da prótese sobre implantes numa paciente de 78 anos de idade, de sexo feminino, com a presença de patologias sistêmicas controladas.

Palavras chave: implantes dentários, carga imediata, mandíbula.

ABSTRACT:

Oral implantology, branch of dentistry, has proven to be an important alternative in the rehabilitation of edentulous patients, aiming to restore the oral health of the patient, satisfying their functional and esthetic requirements. The prolonged waiting times between surgical maneuvers and the start of prosthetic rehabilitation on implants, have been improved today with the application of new techniques such as immediate loading, which is now a days a viable technique of oral rehabilitation, between its advantages diminish the waiting times between the surgical and prosthetic phases, maintain bone height and preserve the soft tissues adequately. In this way, it provides the patient with a predictable result. The present work exposes the application of a protocol of immediate load in jaw with the realization of tooth extraction in the region to treat and later the installation of the prosthesis on the implants, in a patient of 78 years of feminine sex with presence of pathologies controlled systems.

Key words: Dental implants; Immediate load, jaw.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Imagem tomográfica onde se observam fragmentos de restos radiculares inferiores, altura e largura de osso adequados, região intermentoniana. Pag..21

Figura 2. Guia multifuncional acrílica usada para instalação do implante. Pag. 23

Figura 3. Cinco implantes HE instalados e apertados com 45Nw. Pag. 23

Figura 4. Instalação de transfers para impressão após a realização da sutura. Pag. 23

Figura 5. Ferulização de transfers com fio dental e Pattern Resin. Pag. 23

Figura 6.Instalação de análogos e fazer impressão final com Silicone de adição usando o guia multifuncional como moldeira. Pag. 23

Figura 7. Prótese definitiva de acrílico com cinco acessos para parafusar a prótese aos implantes. Pag. 23

Figura 8. Fotografia intraoral em oclusão frontal. Pag. 24

Figura 9. Fotografia intraoral oclusal superior. Pag. 24

Figura 10. Fotografia intraoral oclusal inferior. Pag. 24

Figura 11. Fotografia intraoral lateral direito. Pag. 24

Figura 12. Fotografia intraoral lateral esquerdo. Pag. 24

SUMARIO

1- Introdução..... Pág. 9
2- Proposição Pág.10
3- Revisão da Literatura..... ..... Pag.11
3.1 História... ... . Pag.11
3.2 Critérios atuais para carga imediata múltiplo na mandibula..... Pág.14
3.2.1. Localização do implante Pág.14
3.2.2. Estado de cicatrização do leito receptor Pág.14
3.2.3. Tipo de implante e a superfície Pag.14
3.2.4. Comprimento dos implantes Pág.14
3.2.5. Tipo de próteses Pag.15
3.2.6. Estabilidade inicial Pág.15
3.2.7. Critérios consenso ITI em carga imediata Pag.15
3.3 Indicações.....Pag.15
3.3.1 Indicações gerais Pag.15
3.3.2 Indicações locais Pag.16
3.4 Contraindicações..... ..... Pag..16
3.4.1. Contraindicações gerais Pag.16
3.4.2. Contraindicações locais Pág.16
3.5-Tecnicas de carga imediata na mandíbula Pag.16
3.6- Estudos comparativos Pág.18
4- Relato do caso clinico Pág.21
5- Conclusão..... ... Pág. 25
6- Referências Bibliográficas..... ... Pag.26

1. INTRODUÇÃO

A perda do dente representa um dos problemas físicos e psicológicos para os pacientes devido a fatores estéticos, fonéticos e funcionais que isso implica. A Implantologia oral é uma alternativa para a restauração de dentes perdidos e, portanto, as funções da cavidade oral.

A carga imediata é uma técnica eficaz e fiável que oferece ao paciente vantagens significativas, tais como reduzir o número de visitas e reabilitação protética no mesmo dia da cirurgia com a instalação dos implantes.

Novas técnicas, apoio científico e tecnologia nos permitem colocar implantes nos lugares certos e para poder obter uma prótese que tenha uma aparência natural e estética.

O que também está se procurando e reduzir o tempo de espera para instalar as próteses sobre implantes e, assim, rapidamente restaurar a função oral aos pacientes.

Isto nos levou à motivação para a realização deste trabalho e para aprofundar o assunto, a fim de dar ao paciente um melhor tratamento e uma integração estética e funcional. Para isso temos a intenção de realizar o tratamento com carga imediata revelando aos pacientes os critérios científicos que tornam este processo uma alternativa confiável e eficaz.

2. PROPOSIÇÃO

Descrever e implementar um protocolo de carga imediata na mandíbula para reabilitação em uma paciente desdentada.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. HISTÓRIA

Os dentes são órgãos vitais para desenvolver uma vida normal. Entre as suas funções serve para triturar os alimentos, para promover a boa digestão. Também eles desempenham um papel social importante, porque não são apenas importantes para a fonação, mas também para uma expressão harmoniosa do rosto. Ter uma boa dentadura é muitas vezes um sinal de saúde e bem-estar. O homem, desde a sua criação, ficou preocupado em substituir dentes faltantes por próteses dentarias e entre várias alternativas procuradas, uma das quais foi a implantação de pedras aloplásticos. 1

A primeira prótese no registro é uma implantação necrótica, realizado durante o período neolítico (cerca de 9000 anos atrás). Esta descoberta teve lugar na cidade de Fahid Suarda, na Argélia. O crânio que foi encontrado era de uma mulher jovem e tinha um fragmento de uma falange de dedo inserida no alvéolo do segundo pré-molar superior direito. Os restos antropológicos mais remotos de implantes dentários colocados in vivo, são da cultura maia. 2/1

O arqueólogo Popenoe, em 1931, descobriu na Praia dos Mortos de Honduras uma mandíbula, datando do ano 400, com três fragmentos de conchas de Sagaamote introduzidos nos alvéolos dos incisivos. 3

Os estudos radiológicos determinaram a formação de osso compacto em torno dos implantes, assumindo-se que tais fragmentos foram introduzidos em vida. No século X, o andaluz islâmico Abulcasis, nascido em 936 em Córdoba, escreve: "Em alguma ocasião, quando um ou dois dentes caírem, podem ser recuperados novamente nos alvéolos e unidos de uma maneira adequada (com fios de ouro) e, assim, eles ficaram no lugar. Esta operação deve ser realizada com uma grande delicadeza por mãos hábeis. " Isto é, nem mais nem menos, a descrição perfeita de um reimplante dentário. 2

Os séculos XVII e XVIII foram induzidos por várias tentativas de transplantes dentais, com um epicentro na França, o qual influenciou em toda a Europa e América do Norte. Durante os séculos XIX e inícios do XX, houve um declínio no boom do transplante por razões morais (extrair um dente a um pobre para a implantação em um rico) e higiênicos (risco de transmissão de doenças) e também houve decepção com os resultados de auto- transplantação, defendida quase exclusivamente por Magitot. 4-7

Nesta situação, o caminho da implantodontia e auto-transplantes ficou enceguecido e sem direção. Se começa a procurar alternativas aos dentes naturais. Diferentes autores criaram raízes com diversos materiais, como o irídio, o chumbo, cerâmica, etc., para inseri-los em os alvéolos de extrações recentes. Posteriormente, a colocação dos primeiros implantes metálicos intra alveolares, destacando-se autores como Maggiolo, dentista, quem, em 1809, introduziu um implante de ouro no alvéolo de um dente recentemente extraído, que consistia de três partes. Mas isso não foi suficiente e o próximo grande avanço chegou às mãos da cirurgia. Cirurgiões introduziam fios, pinos e placas para resolver fraturas. 3

Imitando-os, houve vários dentistas no final do século XIX que o intentaram. Harris, em 1887, implantou uma raiz de platino revestido com chumbo em um alvéolo criado artificialmente. Durante as primeiras décadas do século XX, se destacou, entre outros, R. Payne, quem apresentou a sua técnica de implantação no III Congresso Internacional de Odontologia, comemorando em 1901, utilizando uma cápsula de prata colocado no alvéolo de uma raiz. Subsequentemente, em 1909, Algrave demostrou a falha desta técnica com prata, dada a toxicidade deste metal no osso. 5

E.J. Greenfield usou, em 1910, introduziu no alvéolo uma canastilla de irídio e ouro de 24 quilates. Este poderia ser considerado como o cientista que documentou em 1915 os fundamentos da implantodontia moderna, referindo-se aos padrões de saúde de limpeza e esterilidade, e introduzindo conceitos

inovadores e atuais como a relevância da associação íntima entre o osso e o implante antes de passar para a seguinte fase, descrevendo, também, o conceito de implante submerso, a recuperação do tecido oral e imobilidade do implante, aconselhando um período de recuperação de 3 meses, sem sobrecarga. Durante a Primeira Guerra Mundial foram inseridos parafusos, pinos e placas nos hospitais militares, quase todos falharam. Na boca, ninguém se atreveu. Venable e Strock, em 1937, Publicaram seu estudo sobre o tratamento de fraturas com próteses e implantes feitos com um novo material, o Vitallium (liga de cobalto, crómio e molibdénio). A Odontologia aproveitou essa experiência e, assim, surgiu as duas escolas clássicas. A subperiostica do sueco Dahl e intraóssea de Strock, embora seu verdadeiro precursor foi o italiano Formiggini. Na década dos anos 50, a Implantodontia juxtaósea foi trabalhada na Itália. Marzini fazia a incisão expondo o reborde ósseo, fazia impressão do osso e depois de um mês realizava novamente a exposição óssea e colocava a infraestrutura de tântalo. Formiggini desenhou um implante intraósseo em espiral, inicialmente de tântalo e depois de vitalio, teve muitos seguidores. 2-4

Nos primeiros dias, também teve um grande boom a Implantodontia na França e Itália. Até agora, a Implantodontia foi baseada na experimentação clínica, mas faltava protocolo científico. Na década dos 60, na Suécia, Dr. Branemark e os seus colegas descobriram, acidentalmente um mecanismo de adesão de um metal ao osso. Brånemark estava interessado na microcirculação óssea e os problemas de cicatrização das feridas. Por isso, usou uma técnica já conhecida: a microscopia vital, introduzindo uma câmara de observação na tíbia de um coelho. 6

Assim, pode-se observar que as alterações circulatórias e celulares no tecido vivo. Quando foi usada uma câmara de observação de titânio e foi colocada com uma técnica menos traumática, houve um evento significativo no momento da sua remoção, verificou-se que o osso tinha-se aderido ao metal com uma grande tenacidade, mostrando que o Titânio pode vincular firmemente e

estreitamente ao osso humano e aplicado na boca pode ser pilar de apoio de diferentes tipos de próteses. Esse fenômeno, é chamado de osseointegração. Em 1965, o professor Branemark trata ao seu primeiro paciente desdentado com implantes dentários de titânio. Desde então, milhões de pacientes em todo o mundo são tratados com implantes dentários, desfrutando de uma melhor qualidade de vida. 7

3.2. CRITÉRIOS ATUAIS PARA CARGA IMEDIATA MÚLTIPLO NA MANDIBULA

Para os critérios de carga imediata múltiplos na mandíbula os seguintes aspectos são levados em consideração.

3.2.1. LOCALIZAÇÃO DO IMPLANTE

O tratamento na região anterior da mandíbula, com carga imediata, tem uma maior taxa de sucesso de 93%, para um mínimo de quatro implantes na região interforaminal. 8

3.2.2. ESTADO DE CICATRIZAÇÃO DO LEITO ÓSSEO RECEPTOR

A maioria dos trabalhos realizam a carga imediata em áreas de osso maduro; no entanto, outros o planejam sobre os implantes colocados no mesmo tempo da extração ou em alvéolos frescos pós-extração. 9

3.2.3. TIPO DE IMPLANTE E A SUPERFÍCIE

Tarnow e col. Numa amostra de 107 implantes, utilizaram 4 sistemas diferentes de implantes roscados, concluíram que a carga imediata era viável em todos. 8

3.2.4. COMPRIMENTO DOS IMPLANTES

Gatti e cols. Indicam que deve haver pelo menos 10 mm de comprimento e 3,3 mm de diâmetro para instalação de um implante dentário. 8

3.2.5. TIPO DE PRÓTESE

A ferulização de vários implantes na região mandibular anterior, permitiria a função precoce de uma prótese. 8-10

3.2.6. ESTABILIDADE INICIAL

May e Romanos instalaram implantes roscados de superfície rugosa para obter uma retenção macro e micro mecânico do implante para a carga imediata obtendo resultados favoráveis. 8

3.2.7. CRITERIOS CONSENSO ITI EM CARGA IMEDIATA

Na Implantodontia os critérios atualmente que são levados em consideração são:

Apropriada estabilidade primária: é tomada a preparação do leito cirúrgico e o torque de inserção que deve ser igual ou maior do que 32Nw.

Qualidade e volume ósseo suficiente: neste ponto podem se observar falhas em osso do tipo IV em 35% e em ossos tipo I e III um 3% de falha.

Ausência de hábitos parafuncionais: em termos de hábitos refere-se ao apertamento e/ou fricção dentária, interposição e/ou impulso lingual, mordiscar o tecido mole ou de elementos externos.

Relações oclusais favoráveis: o antagonista é levado em consideração. Para se ter uma maior taxa de sucesso é melhor que o antagonista seja desdentado. 11

3.3. INDICAÇÕES PARA CARGA IMEDIATA MULTIPLO NA MANDIBULA

3.3.1 INDICAÇÕES GERAIS

As indicações gerais para realizar uma carga imediata na mandíbula são: pacientes com boa saúde geral, ausência de doenças sistêmicas ou que sejam controlados. 12

3.3.2 INDICAÇÕES LOCAIS

As indicações locais para uma carga imediata na mandíbula são: cavidade oral em harmonia, ausência da doença periodontal, ausência de hábitos parafuncionais, uma boa higiene oral, oclusão satisfatória, quantidade favorável e suficiente de osso para uma melhor fixação do implante. 13

3.4 CONTRA-INDICAÇÕES PARA CARGA IMEDIATA MULTIPLO NA MANDIBULA

3.4.1 CONTRAINDICAÇÕES GERAIS

As contraindicações gerais para uma carga imediata na mandíbula são: doenças sistêmicas não controladas. Exemplo; homeostase defeituosa, distúrbios psicológicos descontrolados, idade (como em idades mais avançadas o período de cicatrização é lento), diabetes não controlada, osteoporose, etc. 14

3.4.2 CONTRAINDICAÇÕES LOCAIS

As contraindicações locais para uma carga imediata na mandíbula são: hábitos parafuncionais, doença periodontal, falta de higiene, má oclusão, quantidade e qualidade ósseas desfavoráveis , fumantes, pacientes que já tenham enxertos ósseos. 13

3,5 TÉCNICAS DE CARGA IMEDIATA NA MANDIBULA

A técnica desempenha um papel decisivo na instalação dos implantes. O tema da carga imediata foi trazido à realidade empiricamente pelo Dr. Leonard Linkow na década dos 70 do século XX. Depois de alguns anos Brånemark retomou a ideia e a aplicou pelo sistema Novum. Esta técnica é o posicionamento de três implantes situadas à mesma altura e paralelos uns aos outros, sendo o mais importante, o mesmo para todos os pacientes e que são posicionados por uma guia cirúrgica padrão que proporciona o sistema.

Quando estes implantes são posicionados, uma haste inferior pré-fabricada é colocada sobre os implantes, para depois instalar sobre este uma haste superior, com as quais se tomaram as relações crâneo mandibulares (como a dimensão vertical oclusal e a montagem de modelo superior deve ser realizada antes da cirurgia), para depois realizar o teste de cera e seja enviado para terminar a próteses. Este sistema baseia-se no conceito da distribuição das cargas mastigatórias sobre os implantes que adquiriram uma estabilidade primária ideal sendo esplintado os implantes por uma plataforma de titânio para distribuir adequadamente as cargas de mastigação na boca. Este procedimento é apenas para o maxilar inferior. Esta técnica de carga imediata mandibular guiada, se resume no uso de uma barra protética pre calcinada e uma barra cirúrgica com posições predeterminadas para a instalação dos implantes. 15

A técnica All-on-four (tudo sobre 4) criado pelo Dr. Paulo Malo fornece a pacientes desdentados uma prótese fixa com carga imediata sobre quatro implantes, 2 axiais na região anterior e 2 angulados na região posterior, estes são restaurados com pilares multiunit retos e angulados que suportam umas próteses fixa provisional de carga imediata colocada no mesmo dia da cirurgia. O tratamento foi desenvolvido para maximizar a utilização de osso disponível, sem a necessidade de enxertos ósseos, permitindo a função imediata. 16

A técnica livre consiste na instalação de implantes favoravelmente para o desenho da próteses, higiene e fonação. Para isto é utilizado uma guia multifuncional, que é uma cópia da prótese de transição inferior, para a instalação de implantes na região interforaminal, os implantes distais devem ser colocados 5 milímetros em frente do forame mentais, e outro instalado equidistantes umas das outras, uma vez instalados os implantes com seus componentes protéticos é realizada a reposição do retalho e sutura, para depois instalar os transfers; esplintar los e com a guia multifuncional tomar a impressão final. Subsequente é enviada ao laboratório dental o qual

confecciona a prótese definitiva, deve ser instalada no máximo até uma semana após a cirurgia. 17

3.6. ESTUDOS COMPARATIVOS

Desde o início da implantodontia procuraram reduzir o tempo necessário para carregar os implantes e para torná-los funcionais, o principal objetivo destes. Por esta razão, é que realizaram estudos de investigação e depois estudos comparativos dos mesmos. Em 1977 Branemark e cols. publicaram o primeiro estudo a longo prazo em implantes orais. Para esses autores, um dos requisitos mais importantes para obter a osseointegração foi deixar os implantes sem carga por um período de 3 a 6 meses, o que induz ao tratamento com implantes em um tratamento a longo prazo. A razão que ocorreu neste estudo com um longo tempo de espera foi para evitar a formação de tecido fibroso envolta do implante que impediria aposição direta de osso sobre o mesmo, isto é, não iria se produzir a osseointegração. Neste estudo, 80% dos pacientes apresentavam uma reabsorção avançada, em 10% a reabsorção era extrema e 10% restante, moderada. Além da pequena quantidade de osso havia também a desvantagem da má qualidade da mesma, fornecendo uma condição pouco favorável para a retenção mecânica das fixações com baixa condição de uma estabilidade primária. Estas duas desvantagens justificavam os longos tempos de espera. Ledermann no final dos anos 70, publicou os primeiros estudos sobre a carga imediata; esplintava quatro implantes interforamidal com uma haste e colocava uma overdentadure o mesmo dia da intervenção. Schroeder seguindo o mesmo método, demonstrou histologicamente uma ligação íntima entre o osso e o implante. Babbush et al, Buser e cols., Schnitman- e col. conseguiram, a médio e longo prazo, um sucesso de 88-97% para os implantes de carga imediata na área mandibular anterior. 15 a 18

Foi realizado um estudo prospectivo controlado não aleatorizado com 12 meses de acompanhamento, que incluiu pacientes que necessitam reabilitações fixas de arco completos suportados por implantes imediatos e não

imediatos. Dezoito pacientes foram tratados com carga convencional, e dezoito foram tratados com carga imediata. Cada paciente recebeu quatro a seis implantes. Não foram observadas diferenças significativas para o sucesso do implante e perda de osso marginal peri-implante entre a carga imediata e convencional de próteses mandibulares fixas de arco completo suportadas por implantes imediatos e não imediatos. As complicações biológicas e protéticas eram raras, e todas as próteses fixas provisórias carregadas imediatamente foram bem sucedidos. 19

Em 1999 Brånemark e cols, publicaram seus resultados preliminares do conceito essencial da função imediata. Isto requer um mínimo de três implantes distribuídos de acordo com uma técnica cirúrgica que requer uma precisão rigorosa e realizando a restauração em poucas horas. O resultado em 50 pacientes é de 98% bem sucedida, utilizavam o sistema Novum System (Brånemark Novum, Nobel Biocare, Gotemburgo, Suécia). 15

Para os implantes imediatos de carga imediata as taxas de sucesso e as taxas de sobrevivências são variáveis, assim, Chaushu e col. tinham obtido um 82,4% de sucesso ao carregar em forma imediata 19 implantes imediatos Steri- Oss (Yorba Linda, CA) e Alphabio (Petah- Tikva, Israel), seguido por 6 a 24 meses. Malo et al. 54 próteses fixas imediatas sobre 94 Branemark, perdeu 4 fixações em 24 meses de acompanhamento; todos os implantes perdidos foram colocados em alvéolos frescos. Grunder 66 implantes pós extração, com carga nas 24 horas, as taxas de sobrevivência foram de dois anos de 87,5% para a maxila e 97,2%. Para a mandíbula. Colomina também utiliza esta técnica em 32 de 61 implantes mandibulares com carga imediata (Klockner, Astra, ITI, Eckmann) o sucesso a 18 meses, foi de 96,7%. Aires e Berger compararam antes das 3 semanas de 26 implantes colocados nos alvéolos de frescos post-extração e a carga no mesmo período de 33 implantes colocadas em áreas desdentados; depois de mais de 2 anos apenas um implante em cada grupo foi perdido. 20

Foram realizados vários estudos nos quais os resultados foram satisfatórios pelos pacientes. Wismeijer e cols. Num estudo realizado em 1992 sobre a satisfação dos pacientes com próteses sobre implantes, eles descobriram que 95% deles eram satisfeitos. 21

Cibirka e cols. e Grogono e cols. em estudos semelhantes, apreciaram a satisfação dos pacientes e a sua percepção subjectiva quanto ao jeito de falar, a função, a estética e saúde oral. Com o tratamento implantologico foi melhor que quando eram portadores de uma prótese total convencional. As razões pelas quais os pacientes preferiram o tratamento com implantes foram as seguintes: em primeiro lugar ser capaz de melhorar a sua capacidade de mastigação, em segundo lugar insatisfação com as suas anteriores próteses removíveis; outra razão era a mobilidade da prótese convencional mandibular devido a uma significativa atrofia óssea. 22

As reabilitações orais com implantes osseointegrados hoje em dia se observam com uma alta previsibilidade e taxas de sucesso muito mais elevados. Estes resultados são apoiados por numerosas publicações científicas e estudos clínicos feitos desde a sua criação há 35 anos. Se estão estudando continuamente novas técnicas e novos conceitos com o tratamento implantologico para melhorar as taxas de sucesso e conforto dos pacientes que são submetidos a este tipo de tratamento. 15

4. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 78 anos, procurou a clínica de especialidade em implantodontia, o motivo de sua visita foi:

"Balança muito minha prótese de aqui embaixo, eu quero dentes fixos".

Durante a anamnese ela relatou que tem patologias de hipertiroidismo e hipertensão controladas.

Na avaliação clínica intraoral foi evidente que seu maxilar superior estava totalmente desdentado e a mandíbula presentavam quatro restos radiculares dos quais, os dentes 3,3 e 4,3 tinham tratamentos de endodontia. Solicitou uma análise complementaria inicial uma Tomografia computarizada cone beam. (Fig. 1)

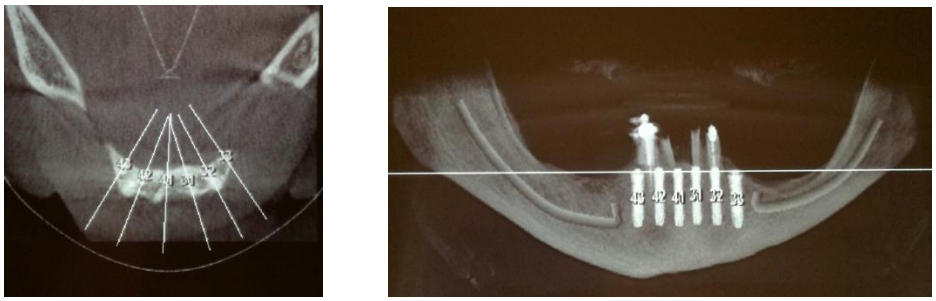


Figura 1- Imagem tomográfica onde são observados restos radiculares inferiores, altura e largura óssea adequada, região interforaminal.

O planejamento do tratamento começou com a troca da prótese superior porque este estava em condições precárias assim foram feitas as impressões preliminar superior e inferior, preparação de uma moldeira individual superior, fazendo impressão final no maxilar superior com moldeira individual, fazendo rodetes superiores e inferiores, testando-os na boca do paciente, alinhado superior e inferior, teste em boca, ajustes oclusais e acabado da prótese.

Pediu-se uma avaliação do cardiologista, testes laboratoriais (contagem de sangue completo, testes de coagulação, glicemia, creatinina), avaliação com o anestesiologista porque o procedimento foi realizado com sedação narcótica.

Foi realizada assepsia e anti-sepsia extra oral com yodopovidona, assepsia com solução de clorexidina. A técnica anestésica foi infiltrantiva com solução de Articaina 4% de vasoconstritor (DFL- Brasil) foi desenhado um retalho crestal medial sem descargas verticais no sectante antero inferior, descolamento do retalho com ajuda do decolador de Molt, foram realizados extrações atraumáticas na região interforaminal, regularização da borda óssea com broca cirúrgica, a preparação de leitos cirúrgicos com utilização de uma guia multifuncional (Fig. 2) foram instalados cinco implantes HE cilíndricos com uma superfície de 3,75 x 13 mm tratados (Serson - Brasil) (Fig. 3) o controle da estabilidade inicial era superior a 32 Nw. Foram instalados componentes protésicos microscone (Serson-Brasil) fita 2 mm, foram instaladas tampas de cicatrização Microscone, foi realizado uma sutura usando o fio de nylon 4.0 pontos simples discontinuos, levou-se a cabo a instalação da prótese inferior transitória reembasada com um acondicionador de tecido (Soft Confort – Dencryl – Brasil).

Com a remoção das tampas de cicatrização, foram instalados os transfers para Microscone (Fig. 4), foi realizado o controle radiográfico, ferulização com fio dental e Pattern Resin (GC- América) (Fig. 5) com guia multifuncional e Silicone de Adição (Elite HD - Zhermack, Itália) é feita a impressão, (figura 6), dois dias após foi realizada a instalação da prótese definitiva (figura 7) sobre os implantes com ajuste 20Nw.

Foram feitos controles correspondentes de oclusão na instalação, os acessos da prótese para os implantes foram selados com teflon e resina provisório (clip F - VOCO), a paciente foi instruída sobre cuidados e controles a continuar.

Uma semana depois foi feito novamente um teste de oclusão e foram tomadas fotografias intra orales em oclusão frontal (Fig. 8) oclusal superior (Fig. 9)

oclusal inferior (Fig. 10) lateralidade direito (Fig. 11) lateralidade esquerda (Fig. 12)



Figura 2. - Guia de acrílico multifuncional usado para a instalação de implantes



Figura 3. - Cinco implantes HE instalados com um torque de 45Nw.



Figura 4. - Instalação de transfers para a toma de impressão depois de realizar a sutura



Figura 5. - Ferulização de transfers com fio dental e Pattern Resin



Figura 6. - Instalação dos análogos e toma da impressão final com silicone de adição usando a guia multifuncional como moldeira.



Figura 7. - Prótese definitiva de acrílico com cinco acessos para aparafusar a prótese aos implantes.



Figura 8. Fotografia intraoral em oclusão frontal



Figura 9. Fotografia intraoral oclusal superior



Figura 10. - Fotografia intraoclusal inferior



Figura 11. - Fotografia intraoral lateral direita



Figura 12. - Fotografia intraoral lateral esquerda

5. CONCLUSÃO

A carga imediata na mandíbula é um procedimento com altas taxas de sucesso. Seja qual for a técnica cirúrgica empregada deve ser eficaz para alcançar a estabilidade primária adequada dos implantes. É importante que o cirurgião tenha conhecimento e possa aplicar corretamente sua filosofia de trabalho, também temos que contar com uma equipe humana, (equipamento cirúrgico, laboratório dental, assistentes) capazes e treinados para aplicar esta metodologia de trabalho.

6. REFERENCAS BIBLIOGRAFICAS

1 MAZÓN ENDARA, María Paulina. Cambios en el tamaño del microgap sometidos a fuerzas horizontales en pilares rectos de tres marcas de implantes de conexión externa. 2017. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE.

2 RIVERA, Ruddy Rodas. Historia de la implantología y la oseointegración, antes y después de Branemark. Revista Estomatológica Herediana, 2013, vol. 23, no 1, p. 39-43

3 SOLÓRZANO FIGUEROA, Ramón Mauricio. Condiciones anatomo-morfológicas idóneas de los maxilares, en pacientes potencialmente receptivos a implantes óseo integrados. 2014. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.

4 PEÑARROCHA, M.; OLTRA, M. J.; SANCHÍS, J. M. Conceptos generales de implantología. Peñarrocha M. Implantología oral. Barcelona: Ars Médica, 2006, p. 3-18.

5 ELIZABETH, Daylín; GARCÍA, González. Implementación de una multimedia relacionada con implantes dentales y rehabilitación protésica. En V Jornada Científica de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud. 2016.

6 APARICIO BÁDENAS, Conrado. Tratamientos de superficie sobre titanio comercialmente puro para la mejora de la osteointegración de los implantes dentales. UniversitatPolitècnica de Catalunya, 2005.

7 LEMUS CRUZ, Leticia María; ALMAGRO URRUTIA, Zoraya y CLAUDIA LEON CASTELL, Alumna. Origen y evolución de los implantes dentales. Revhabanciencméd[online]. 2009, vol.8, n.4 [citado 2017-11-28], pp. 0-0 . Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400030&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1729-519X.

8 URIBE, Roberto, et al. Carga inmediata en implantología oral. Situación actual Immediate loading in oral implants. Presentsituation. Cir Bucal, 2005, vol. 10, p. E143-53

9 TABATA, Lucas Fernando; SOUSA, Edson A. Capello; ASSUNÇÃO, WirleyGonçalves. BIOMECHANIC STUDY OF IMPLANT-RETANED OVERDENTURE THROUGH 2D-FINITE ELEMENT ANALYSIS.2007.

10 HERNANDEZ, Miquel Angel Carreño. Estudio in vitro sobre la resistencia a la fractura y tipo de fallo de prótesis fijas adhesivas elaboradas con distintos materiales y diseños. 2016. Tesis Doctoral. UniversitatInternacional de Catalunya.

11 INTERNATIONAL TEAM IMPLANTOLOGY
Proceedings of the 5th ITI Consensus Conference 2013

12 VELASCO ORTEGA, E., et al. El tratamiento con implantes dentales en los pacientes adultos mayores. Avances en Odontoestomatología, 2015, vol. 31, no 3, p. 217-229

13 VELASCO ORTEGA, E., et al. La carga inmediata de implantes transicionales en sobredentaduras mandibulares en adultos mayores. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*, 2004, vol. 16, no 2, p. 107-113.

14 PEÑARROCHA, Miguel; URIBE, Roberto; BALAGUER, José. Implantes inmediatos a la exodoncia: Situación actual. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa), 2004, vol. 9, no 3, p. 234-235

15 PI URGELL, Juan; VERICAT QUERALT, José Alberto. BrånemarkNovum®: una alternativa para la rehabilitación del maxilar inferior desdentado. RCOE, 2002, vol. 7, no 1, p. 21-28

16 MONJE GIL, F., et al. Carga inmediata con implantes en maxilar superior. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 2007, vol. 29, no 4, p. 215-227.

17 PADOVAN, Luis Eduardo Marques, et al. Carga imediata e implantes osseointegrados: possibilidades e técnicas. Editora Santos, 2008.

18 HERRERA BRIONES, Francisco J.; OLID, Romero; VALLECILLO CAPILLA, Manuel. Puesta al día sobre implantes de carga inmediata: Revisión bibliográfica. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa), 2004, vol. 9, no 1, p. 74-81.

19 PEÑARROCHA OLTRA, David. Comparación de carga inmediata frente a carga convencional de implantes inmediatos con prótesis fijas de arco completo. 2014

20 TORRES AEDO, Marisol. Aspectos gingivales y oseos en implantes cerrutinho (r) inmediatos y de carga inmediata en el sector estético maxilar. 2004.

21 MESTRE ASPA, Regina, et al. Estudio del grado de satisfacción en pacientes edéntulos totales tratados con implantes. Avances en Periodoncia e Implantología Oral, 2001, vol. 13, no 2, p. 93-99.

22 PJETURSSON, Bjarni E., et al. Patients' satisfaction following implant therapy. Clinical Oral Implants Research, 2005, vol. 16, no 2, p. 185-193..