Vol.9, No.1, 13-19 (2020) RvACBO
ISSN 2316-7262

Técnica de planejamento reverso de prótese fixa sobre implantes dentários: Relato de caso

Francisca Roberia Damasceno Dantas MENEZES, Ana Brena Pereira da SILVA, Jandenilson Alves BRIGIDO

[1]Cirurgiões-dentistas pela Centro Universitário Fametro (UNIFAMETRO)

Endereço correspondência
Francisca Roberia Damasceno Dantas Menezes
Rua Conselheiro Estelita, 500 - Centro
60010-260, Fortaleza, CE, Brasil
roberiadanta@hotmail.com

Recebido em 25 de dezembro (2019) | Aceito em 28 de Dezembro (2019)

RESUMO

Relevantes mudanças na área da odontologia através da forma de reabilitação do paciente, surgiram com a presença da instalação dos implantes osseointegrados em paciente parcialmente desdentados e como também em pacientes completamente desdentados, sendo, portanto, padrão-ouro das próteses dentárias. É necessário que cada paciente receba um plano de tratamento adaptado, individualmente, para suprir suas necessidades físicas e psicológicas. O impacto psicológico e psicossocial do edentulismo pode ser severo para alguns indivíduos, fato esse comprovado pela clara intolerância a qualquer tipo de prótese removível por alguns indivíduos. Discussão: O objetivo do tratamento restaurador, através de implantes osseointegráveis, é o de preservar a integridade das estruturas nobres intrabucais além de recuperar a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático de acordo com a satisfação objetiva e subjetiva do paciente tratado. Conclusão: Conclui-se que o planejamento reverso facilita a reabilitação oral permitindo previsibilidade ao tratamento, trazendo assim mais segurança ao profissional e paciente melhorando os resultados almejados e diminuindo consequentemente as possíveis intercorrências.

Palavras-chave: Planejamento Reverso. Prótese Dentária. Reabilitação Oral.

ABSTRACT

Relevant changes in the field of dentistry through the way of patient rehabilitation emerged with the presence of osseointegrated implants in partially edentulous patients as well as in completely edentulous patients, thus being the gold standard of dental prostheses. Each patient is required to receive an individually tailored treatment plan to meet their physical and psychological needs. The psychological and psychosocial impact of edentulism can be severe for some individuals, a fact evidenced by the clear intolerance to any type of removable prosthesis by some individuals. Discussion: The objective of restorative treatment, through osseointegrated implants, is to preserve the integrity of the noble intraoral structures and to recover the aesthetics and functionality of the stomatognathic system according to the objective and subjective satisfaction of the treated patient. Conclusion: It is concluded that the reverse planning facilitates oral rehabilitation allowing predictability to treatment, thus bringing more safety to the professional and patient improving the desired results and consequently reducing the possible complications.

Keyword: Reverse Planning. Dental prosthesis. Oral Rehabilitation

1. INTRODUÇÃO

A evolução no aspecto técnico-cientifico da odontologia, em especial no campo de reabilitação oral, vem restaurando a estabilidade oclusal e, em sequência, a promoção da harmonia facial de forma plena, através dos implantes osseointegrados. Até pouco tempo, as próteses parciais e totais removíveis eram as únicas opções de reabilitação do paciente com perda dentária [1]. A simetria facial é tida como um conceito social desde os primórdios, sendo influenciado principalmente pela interseção de fatores ambientais, socioeconômicos e históricos. Sendo assim, atualmente o sorriso agradável é um objeto de estudo e de desejo pela grande parte da população [2].

Relevantes mudanças na área da odontologia através da forma de reabilitação do paciente, surgiram com a presença da instalação dos implantes osseointegrados em

Copyright © 2016 Openly accessible at http://www.rvacbo.com.br/

paciente parcialmente desdentados e como também em pacientes completamente desdentados, sendo, portanto, padrão-ouro das próteses dentárias. A escolha por próteses implantossuportadas tem uma predileção maior nos pacientes totalmente desdentados, pois proporcionam aos mesmos conforto, segurança, eficiência mastigatória relevante, uma estética almejada e além de favorecer ainda o aspecto psicológico, haja visto que os pacientes se sentem mais seguros, o que repercute de maneira favorável na qualidade de vida. Em contrapartida, são próteses que além do maior custo, agregam uma técnica de confecção mais difícil, desde o planejamento cirúrgico-protético, aos cuidados de controle de biofilme [3].

É necessário que cada paciente receba um plano de tratamento adaptado, individual, para suprir suas necessidades físicas e psicológicas. O impacto psicológico e psicossocial do edentulismo pode ser severo para alguns indivíduos, fato esse comprovado pela clara intolerância a qualquer tipo de prótese removível por alguns indivíduos. Os pacientes edêntulos, frequentemente, sentem uma perda física como um resultado do seu próprio estado edêntulo e para aqueles com uma desvantagem psicológica, a prótese tipo protocolo deve ser encarado como plano de tratamento eletivo, sempre que possível [4]. Entende-se que a falta de um ou mais dentes está relacionada a problemas não só estéticos como também funcionais, que desencadeiam dificuldades de mastigação e fonética. Com o emprego de implantes nos arcos totalmente desdentados tornou-se possível a confecção de próteses que suprem de maneira satisfatória as limitações das próteses mucossuportadas, que se caracterizam por pobre retenção e estabilidade [3].

As expectativas do paciente quanto aos seus anseios e as reais necessidades, devem ser dimensionadas pelo profissional, informando as alternativas e opções de plano de tratamento proposto e a importância de sua preservação. Mesmo a implantodontia sendo hoje estabelecida como a terceira dentição, os pacientes que são submetidos atualmente a este tipo de reabilitação, necessitam ainda de uma conscientização quanto à sua preservação, que envolve cuidados diários de higiene oral e visita periódica ao profissional [5]. Apesar das reabilitações com implantes dentários requisitar um tempo maior de tratamento e maior número de sessões de manutenção [6], a mudança que ocorre na sociedade, decorrente da evolução da odontologia e das técnicas utilizadas, aumentam as exigências estéticas e funcionais dos pacientes, que buscam cada vez mais, reabilitações fixas ou, pelo menos com mais estabilidade [7].

Um plano de tratamento meticuloso deve ser conduzido levando em consideração pontos como a anatomia maxilar, o padrão de reabsorção óssea da região, a qualidade do osso disponível para a colocação dos implantes, o desenvolvimento do perfil de emergência e a função da maxila na fala e a estética [8]. A qualidade e a quantidade óssea são fatores anatômicos que mais afetam a exequibilidade e o prognóstico de qualquer reabilitação protética, através de implantes dentários. As diferenças nos padrões de reabsorção óssea dos maxilares levam frequentemente, uma relação maxilo-mandibular desfavorável, como também o simples fato da presença de edentulismo por longos períodos de tempo, em virtude de sua perda óssea progressiva [4].

O planejamento e o sucesso de uma reabilitação oral envolvem aspectos bem importantes, como o benefício funcional, a preservação das estruturas de suporte, a longevidade do tratamento, as possibilidades estéticas, sem desconsiderar os anseios do paciente. Atenção especial, entretanto, deve ser dada à oclusão. Pacientes com parafunção, alteração do plano oclusal, comprometimento da guia anterior, perda de dimensão vertical e outras alterações oclusais, podem receber próteses sobre implantes, porém, o restabelecimento do equilíbrio e da normalidade da oclusão, é imprescindível para o sucesso do tratamento e devem preceder a reabilitação definitiva [9].

A garantia na eficácia do tratamento com implantes em região estética, depende de alguns fatores. Um bom diagnóstico e um planejamento detalhado baseado em evidências científicas atuais, execução cuidadosa dos procedimentos a serem realizados com o uso de materiais de alto padrão de qualidade, acrescentam de forma positiva o sucesso dos procedimentos, diminuindo assim o número de intervenções, reduzindo o risco de sequelas, que podem se instalar nos tecidos moles e duros [10]. No entanto, ainda que tenhamos à nossa disposição os inúmeros avanços tecnológicos e científicos, é necessário estar ativo aos vários critérios de seleção e fatores que possam vir a complicar, uma vez que não têm sido poucos os estudos na literatura, de insucessos e complicações advindas dos implantes; gerando assim, grandes decepções ao paciente e ao profissional [11].

O tratamento reabilitador, através de implantes, deve ter início com a construção de próteses diagnósticas, quando o profissional poderá adiantar o resultado final, que juntamente com os exames complementares, serão percebidas e observadas a quantidade e a qualidade de tecidos mole e ósseo, bem como a necessidade de modificações para atender o planejamento prévio estabelecido

pela prótese diagnóstica, que foi transformada em guia cirúrgico, otimizando o resultado final do tratamento, com a determinação da posição, número e inclinação dos implantes [5].

2. RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 64 anos, procurou atendimento na Clínica Odontológica da Unifametro, na cidade de Fortaleza, CE, Brasil, tendo como queixa principal a ausência de alguns elementos dentários, ocasionando assim problemas com a mastigação e uma baixa autoestima. Paciente também relatou fazer uso de uma prótese parcial removível superior há mais 15 anos, sendo que já não apresentava a mesma estabilidade de antes e seu sorriso estava ficando assimétrico (Figura 1). Já na arcada inferior a paciente não fazia uso de prótese dentária, por não se acostumar.

Figura 1: Fotografia inicial vista frontal do sorriso da paciente.

Durante a anamnese constatou-se que a paciente se encontrava em bom estado de saúde geral, apresentando hipertensão leve, sendo tratada com Losartana potássio 50mg 1 comprimido por dia. Ao exame físico intraoral notou-se a ausência dos elementos da arcada superior como também da inferior (Figura 2), exceto da raiz residual do elemento 11, reabilitado com coroa fixa, apresentando mobilidade grau 2. Na arcada inferior, estavam presentes os elementos 31, 32, 41, 42 e 43, que apresentavam reabsorção óssea e cárie extensa no elemento 32, visto tanto no exame clinico, como confirmada através de radiografia panorâmica (Figura 3). Em um outro momento, levando em consideração a idade da paciente e suas limitações, como também sua hipertensão de grau leve, foi solicitado uma avaliação cardiológica, no intuito de garantir a segurança da paciente e do profissional envolvido no caso, solicitando também exames de rotina complementares para fins de tratamento cirúrgico.

Figura 2: Aspecto intrabucal das arcadas superior e inferior.

Figura 3: Radiografia Panorâmica para avaliação diagnóstica.

Após a coleta de dados iniciais, análise de radiografia panorâmica e tomografia das arcadas superior e inferior para fechamento de diagnóstico, a paciente foi orientada quanto às possibilidades de tratamento, que incluía a exodontia da raiz residual do elemento 11 e os dentes remanescentes na arcada inferior. Ainda na tomografia, foi constatado que a paciente tinha uma relevante perda óssea superior, sendo contraindicado a instalação de implantes dentários devido a quantidade óssea insuficiente. Foi repassado para a paciente a possibilidade de enxerto ósseo na região da maxila, que futuramente tornaria possível a instalação de implantes, mas não apresentou interesse. Sendo assim, o planejamento proposto para a arcada superior foi uma prótese total. No entanto, na arcada inferior, foi proposto para a paciente a realização de exodontias dos elementos dentários remanescentes 32, 31, 41, 42 e 43, seguido de alveoloplastia para regularização de rebordo alveolar e instalação dos implantes imediatos, devido a qualidade e quantidade óssea ser favorável. De acordo com o travamento dos implantes no momento cirúrgico, seria realizado na mesma sessão a moldagem com guia cirúrgico para a obtenção de barra tipo protocolo.

Figura 4: Montagem de dentes superior e inferior.

Antes de se optar pela confecção de prótese protocolo foi realizada uma criteriosa avaliação prévia, sobretudo sobre a qualidade óssea e oclusão da paciente, para o estabelecimento de um plano de tratamento com maior previsibilidade e que realmente pudesse atender as expectativas da paciente e profissional. Diante da análise conjunta e o paciente ciente das vantagens, desvantagens, limitações, e, sobretudo, comprometido com a manutenção do tratamento a ser executado, ficou definido a confecção de próteses, sendo uma total superior convencional e prótese fixa inferior sobre implantes tipo protocolo.

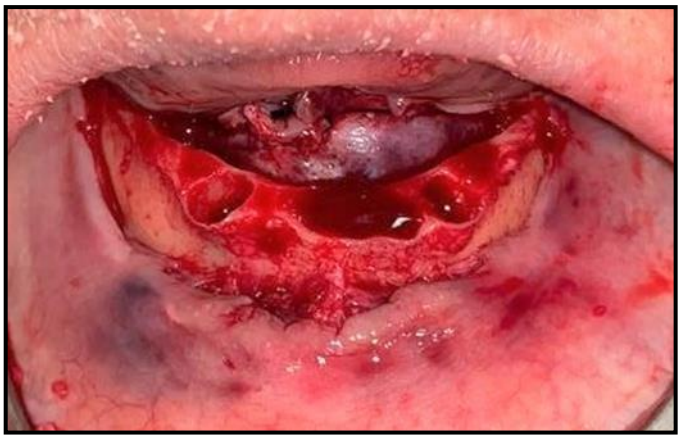

Figura 5: Regularização do rebordo mandibular.

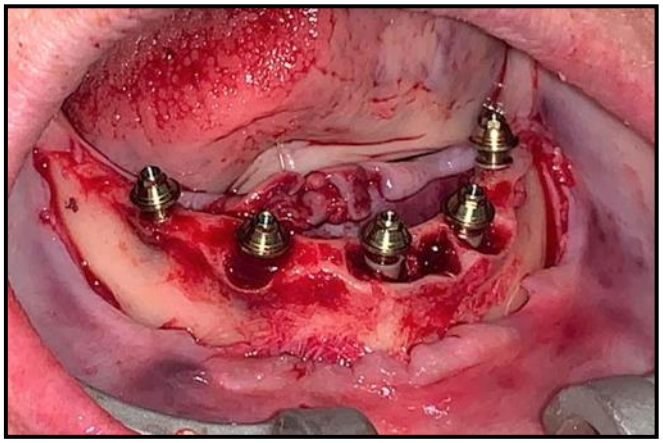

Figura 6: Instalação dos 5 implantes.

O Relato de Caso Clínico foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Fametro (Unifametro) (nº do parecer 3.663.701). Além disso, foram aceitos e assinados pela paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento para o Uso de Imagens (TCUI).

Dando início ao tratamento reabilitador protético, foram realizadas moldagem superior e inferior e confeccionados modelos de estudos para diagnóstico e plane-

jamento do tratamento. Foi então realizada a confecção da moldeira individual e moldagem funcional, confecção de bases de prova e planos de cera para as duas arcadas. Posteriormente, foi realizado ajustes na boca da paciente, de acordo com a correta inclinação anteroposterior e laterolateral, observando a vista frontal dos planos de orientação superior e inferior na boca, sendo ajustados de acordo com a DVO, RC e as linhas de referências, para a escolha dos dentes artificiais (cor e tamanho).

Foi realizado a prova com dentes montados (Figura 4), conferindo linha média, que necessitou ser ajustada, além de linha canina, altura do sorriso, corredor bucal e altura incisal, tudo compactuado com a paciente, que aprovou o resultado. Para a arcada inferior, além da prova dos dentes em cera, como previsto no plano de tratamento para a instalação de implantes, seria necessário a confecção de guia cirúrgico.

Figura 7: União dos tranferentes ao guia cirurgico.

Com a exodontia da raiz residual superior, paciente recebeu orientações sobre medicações e em seguida adaptou-se a prótese total superior, seguindo as recomendações do pós-operatório. Paciente retornou após 7 dias para remoção da sutura e acompanhamento e ajustes da prótese. A paciente foi orientada quanto aos procedimentos cirúrgicos, recebeu medicação pré-operatória e mais uma vez foi revisto plano de tratamento e repassado para a paciente como seria seu pós-operatório. O procedimento cirúrgico deu início com anestesia local, para as exodontias dos elementos 31, 32, 41, 42, e 43. Após a exodontia foi realizada uma alveoloplastia com auxílio de peça reta e broca maxicute e irrigação com soro fisiológico, para regularizar o rebordo alveolar (Figura 5). A definição do local, diâmetro e comprimento dos implantes foi realizada com auxílio da tomografia computadorizada. Já a posição, foi idealizada pelo uso do guia cirúrgico, planejado anteriormente. Assim, utilizando o guia cirúrgico, que através dele seguiu-se as orientações quanto às inclinações mesio-distal e vestíbulo-lingual, foram instalados 5 implantes na região da mandíbula (Figura 6), sendo todos eles Cone Morse, Strong S.I.M. Os implantes tiveram travamento com força de 35N, adaptado sobre os implantes foram colocados os mini pilares de altura de 2,0mm, realizado sutura com fio poliglactina 910.

Figura 8: Protocolo inferior com dentes montados em cera.

Figura 9: Primeiro dia pós cirúrgico.

Ainda no mesmo momento, foi realizada moldagem dos implantes com auxílio do guia cirúrgico. Em sequência foi usado transfer de arrasto de mini pilar, unidos com resina acrílica (Figura 7) (Pattern 100g, Resin L.S, POWDER, Japan). Após a polimerização da resina, foi realizada moldagem com elastômero e todo o conjunto foi removido. Com o guia cirurgico ainda posicionado, adaptou-se então a prótese total superior para que pudesse ser feito um registro da mordida oclusal,

que foi enviado ao laboratório, para confecção de barra lingual.

A cirurgia foi concluída e não apresentou nenhuma intercorrência. Realizou-se instruções de higiene oral e recomendou-se alimentação fria e líquida nas primeiras 24 horas e compressa de gelo no local da cirurgia. O cuidado com higienização na área da cirurgia também tem sua importância, para evitar o acúmulo de restos alimentares, que podem ocasionar possíveis prejuizos à instalaçao dos implantes.

Numa próxima sessão, depois da prova da barra e realizados os ajustes, ocorreu a prova com os dentes em cera, montados sobre a barra (Figura 8). Ainda durante a prova dos dentes, foi observado como estava a higiene da paciente e foi confirmado que estava em ótimo processo de cicatrização e perfeita higienização. Paciente não apresentou nenhum edema e nenhum sinal de inflamação no local da cirurgia. Aguardou-se então o período de osseointegração para que a reabilitação fosse concluída (4 meses após a cirurgia), sendo, então, as próteses instaladas (Figura 9). Na instalação das próteses, foi conferido ajustes oclusais, estéticos e fonéticos, e também foi reforçado as instruções de higiene oral (Figura 10).

Figura 10: Instalação do protocolo inferior.

3. DISCUSSÃO

Para um resultado de excelência, a fase de planejamento pré-cirúrgico é primordial, para que as instalações dos implantes sejam proteticamente planejadas e executadas [9]. O tratamento com implantes osseointegrados, instalados imediatamente após as extrações de dentes condenados, provou ser uma modalidade com sucesso previsível. Portanto, deve-se levar em consideração, fatores clínicos e sistêmicos da paciente, como também de planejamento reverso, para que se possa ter um correto diagnóstico e plano de tratamento integrado [12]. No entanto, para evitar complicações futuras, adivindas do planejamento, sobretudo com a estética do terço médio inferior da face, torna-se imperativo a execução de um cuidadoso plano de tratamento e um adequado desenho da prótese [3].

A restauração estética do desdentado envolve vários fatores. É necessário apresentar uma harmonia da prótese com a face do paciente, obtendo um significativo efeito psicológico, melhorando a sua autoestima e autoconfiança e, portanto, é uma parte fundamental do tratamento reabilitador oral [13].

O objetivo do tratamento restaurador, através de implantes osseointegrados, é o de preservar a integridade das estruturas nobres intrabucais, além de recuperar a estética e a funcionalidade do sistema estomatognático, de acordo com a satisfação objetiva e subjetiva do paciente tratado. Esses objetivos só poderão ser alcançados através de um planejamento multidisciplinar, antes da colocação do implante, ou seja, existe a necessidade de se ampliar a visão técnica, vislumbrando o resultado final do tratamento reabilitador, através de um planejamento prévio. Da mesma forma, a apresentação da proposta de tratamento ao paciente também proporcionará bem-estar psicológico [5].

O presente caso clínico foi desenvolvido buscando o estabelecimento de um plano de tratamento que fosse adequado ao perfil e às condições clínicas do paciente. Foram adotadas condutas de diagnóstico e planejamento, bem como técnicas cirúrgicas e protéticas embasadas cientificamente, na busca por um resultado que atendesse às expectativas de ambos, profissional e paciente [3]. Segundo Amoroso [14], juntamente com o tecido ósseo perimplantar, deve-se avaliar a quantidade e qualidade óssea, bem como os aspectos anatômicos importantes, a fim de promover um planejamento biomecânico que promova a distribuição das forças mastigatórias e favoreça longevidade a reabilitação.

Em alguns casos, a falha de um bom planejamento e até mesmo a falta de comunicação entre o cirurgião-dentista e o técnico em prótese, pode levar a resultados insatisfatórios. Implantes mal posicionados levam à distribuição de forças não axiais nas próteses, promovendo assim uma dissipação inapropriada das cargas oclusais, aumento na concentração das forças e consequentemente uma eventual perda da osseointegração [15,16].

4. CONCLUSÃO

O planejamento reverso facilita a reabilitação oral, permitindo previsibilidade ao tratamento, trazendo assim mais segurança ao profissional e ao paciente, melhorando os resultados almejados e diminuindo, consequentemente, as possíveis intercorrências.

REFERÊNCIAS

[1] Faverani LP et al. Implantes osseointegrados: Evolução e Sucesso. Salusvita, Bauru, v. 30, n. 1, p. 47-58, 2011.

[2] Ferreira GR, faverani lP, gomes PCM, assunção WG, júnior IRG. Complicações na reabilitação bucal com implantes osseointegráveis. Revista Odontológica de Araçatuba, 2010;31(1):51-55.

[3] Rocha SS, Souza DR, Fernandes JMA, Garcia RR, Zavanelli RA. Próteses Totais Fixas Tipo Protocolo Bimaxilares. Relato de Caso. Rev Odontol Bras Central 2013;21(60)10-16.

[4] Torcato LB, Pellizzer EP, Goiato MC, Falcón-Antenucci RM. Aspectos clínicos influentes no planejamento das próteses sobre implantes tipo overdenture e protocolo. Revista Odontológica de Araçatuba, 2012;10(5):52-58.

[5] Carvalho NB, Gonçalves SLMB, Guerra CMF, Carreiro AFP. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. 2006; 6(4):17-22.

[6] Visser A, Meijer HJA, Raghoebar GM, Vissink A. Implant-retained mandibular overdentures versus conventional dentures: 10 years of care and aftercare. Int J Prosthodont,2006;19(3):271-278.

[7] Gallina C, Pacheco JFM, Teixiera ER. Estudo in vitro da capacidade retentiva do sistema barra-clipe em liga de ouro para overdentures. Rev. odonto ciênc, 2001;16(32):7-16.

[8] Bergamo ETP, Barbi FCL, Farahr GJ, Celestrino M, Pereira JR, Melo MP. Reabilitação de maxila edêntula com prótese fixa implantossuportada: relato de caso. Dental Pres Implantol. 2014;8(4):16-26.

[9] Newton S, Camargo MSS, Pigozzo MN, César PF, Stegun RC, Laganá DC. REV ASSOC PAUL CIR DENT 2014;68(4):296-301.

[10] Andreiuolo R, Vasconcellos F, Andrade A, Groisman M, Vidigal Júnior GM. Implante imediato na região anterior: aspectos cirúrgicos e protéticos. Revista Brasileira de Odontologia, 2016;73(1):84-88.

[11] Ramalho F, Faverani LP, Gomes PCM, Assunção WG, Garcia Junior IR. Revista Odontológica de Araçatuba, 2010;31(1):51-55.

[12] Matielo CN, Trentim MS. Implante dentário com carga imediata na região anterior superior: relato de caso clínico. RFO, Passo Fundo, 2015;20(2):238-242.

[13] Carvalho LS, Pereira DPC. Fatores determinantes para o desenvolvimento estético em uma prótese total. Id on Line Rev. Mult. Psic, 2018;12(1):40-45.

[14] Amoroso AP, Gennari Filho H, Pellizzer EP, Goiato MC, Santiago Júnior JF, Villa LMR. Planejamento reverso em implantodontia: relato de caso clínico. Revista Odontológica de Araçatuba, 2012;5(1):75-79.

[15] Talwar, N. Talwar N, Chand P, Singh BP, Rao J, Pal US, Ram H. Evaluation of the efficacy of a prosthodontic stent in determining the position of dental implants. Journal of Prosthodontics, 2012;12(21):42-47.

[16] Cassetta MDDS, Stefanelli LV, Giansanti M, Calasso S. Accuracy of Implant Placement with a Stereolithographic Surgical Template. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. 2012;27(3):12-18.