

Implante imediato em dente fracturado pela técnica de único estágio cirúrgico utilizando implante de conexão tipo cone morse e plataforma ‘switch’

Desde a divulgação dos primeiros implantes osteointegrados por Brånemark registou-se uma evolução fantástica ao nível das suas dimensões, tratamento de superfície e sistema de conexão. Constantemente surgem estudos paralelos de técnicas cirúrgicas, biomateriais, enxertos e factores de crescimento. Todos estes desenvolvimentos contribuem para o objectivo final do tratamento, que é a prótese sobre implantes.

RICARDO TATSUO INOUE é mestre e doutor pela Universidade de São Paulo (FOUSP). Professor coordenador do curso de Reabilitação Oral do International Institute of Medical & Dental Science (IIMDS) em Portugal. Professor responsável pela disciplina de Prótese Parcial Fixa do curso de pós-graduação - mestrado em Prótese Dentária do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (Campinas/SP). Professor responsável pela disciplina de Prótese Parcial Fixa da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID).

PEDRO PAULO FELTRIN é mestre e doutor pela FOU SP. Professor coordenador do curso de Oclusão Dentária do IIMDS em Portugal. Professor responsável pela disciplina de Oclusão da UNICID. Professor responsável pela disciplina de Oclusão do curso de pós-graduação - mestrado em Prótese Dentária do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (Campinas/SP).

LUCIANA TIEMI INOUE é mestranda em Prótese Dentária pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (Campinas/SP). Professora assistente do curso de Reabilitação Oral do IIMDS em Portugal. Professora assistente na disciplina de Prótese Parcial Fixa da UNICID.

Paciente do sexo masculino, 75 anos, procurou-nos queixando-se de fortes dores durante a mastigação. Foi constatada uma fractura no sentido méso-distal do elemento 14, separando as raízes vestibular e palatina (Fig.1). Indicou-se a técnica do implante de carga imediata, ou seja, a exodontia do elemento fracturado com imediata colocação de implante. Para este caso, seleccionou-se o implante de conexão cone morse e plataforma ‘switch’ - Implante Ankylos - Dentsply, modelo B11 com 4,5 milímetros de diâmetro

por 11 milímetros de comprimento.

A exodontia foi realizada cuidadosamente, com o menor trauma possível na crista óssea, utilizando-se o periótomo. Este instrumento corta os ligamentos periodontais e, ao mesmo tempo, expulsa o dente do alvéolo (Fig.2). Uma criteriosa curetagem e desinfecção com iodofórmio do alvéolo revela-se fundamental para eliminar os restos de tecidos e evitar possíveis contaminações bacterianas (Fig.3).

Torna-se essencial preservar o tecido gengival, de modo a contrariar a posterior reabsorção da crista óssea subjacente, portanto o descolamento de retalho periodontal durante o acto cirúrgico deve ser evitado.

A perfuração para o implante não pode ter a mesma direcção ao longo do eixo do alvéolo. Utilizando-se uma broca do tipo lança, direcciona-se o implante para a parede palatina do alvéolo, obtendo-se uma estabilidade primária em osso remanescente palatino (Fig.4). A perfuração deverá ser ligeiramente inclinada, de tal forma que após a instalação do implante, e uma vez colocado o cicatrizador, o mesmo fique de um a dois milímetros aquém do alinhamento vestibular dos dentes vizinhos (Fig.10). Após a perfuração inicial com a broca tipo lança, procede-se ao aprofun-

damento do comprimento desejado, com uma broca de dois milímetros de diâmetro. Neste caso, acresceram-se 14 milímetros a partir da crista óssea, pois o implante tem 11 milímetros de comprimento e deverá ficar ligeiramente infra-ósseo. Prevendo-se a reabsorção óssea que ocorrerá na fase de cicatriza-

plantes na mandíbula.

Neste caso, sendo um osso alveolar, dispensou-se a utilização desta broca e partiu-se para a colocação do implante (Fig.6). No intervalo entre o alvéolo e o implante foi inserido enxerto ósseo microgranulado misto de osso bovino liofilizado (GenMix - Baumer) (Fig.7).



Fig. 1 - Fratura do elemento dental 14

ção é esperado que o implante fique de um a dois milímetros infra-ósseo, mesmo após a reabsorção. O alargamento efectuou-se com fresas de diâmetros escalonados e com torque manual, de modo a obter-se uma melhor precisão no diâmetro do orifício cirúrgico (Fig.5).

Se a densidade óssea da região for alta, é necessária a utilização da broca formadora de rosca para posterior instalação do implante. Esta questão normalmente ocorre com maior frequência na colocação de im-



Fig. 2 - Exodontia cuidadosa com periótomo para não danificar a crista óssea adjacente ao dente extraído



Fig. 3 - Curetagem e desinfecção do alvéolo com iodofórmio sem descolamento do tecido gengival



Fig. 8 - Remoção do cover screw para posterior colocação do cicatrizador



Fig. 9 - Colocação do cicatrizador tipo Balance para conformação do perfil de emergência já 1.ª fase cirúrgica eliminando a 2.ª fase de reabertura

evitar contactos prematuros primários no implante. Volvidas duas semanas após a instalação da coroa provisória, efectuou-se o molde com silicone de adição pela técnica de dupla moldagem, afastando-se previamente a gengiva com fio retractor Ultrapack 000 (Ultradent) impregnado com solução de cloreto de alumínio Races-typtine (Septodont). Uma moldagem criteriosa exibe-se como fundamental para o sucesso da futura prótese. O limite do preparo deverá encontrar-se visível, nítido e livre de bolhas em todo o



Fig. 10 - Cicatrização e o gap entre o cicatrizador e o alvéolo complementado com enxerto ósseo. O posicionamento do cicatrizador em uma vista oclusal deverá aquém do alinhamento vestibular dos dentes vizinhos



contorno cervical para se obter um modelo de trabalho confiável (Fig.16). O modelo protético definitivo poderá realizar-se com recurso a uma infra-estrutura metálica (metalocerâmica) ou uma infra-estrutura de óxido de alumínio sinterizado ou zircônio ('metal-free').



Fig. 11 - Tecido mole suturado com fio de nylon 5.0.



Fig. 12 - Prótese provisória adesiva com esforço de fita de fibra de vidro confeccionada com o próprio dente extraído do paciente e cimentada com resina composta nos dentes vizinhos



Fig. 13 - Aspecto da arquitetura periodontal após remoção do cicatrizador passados 6 meses



Neste trabalho, a opção recaiu na confecção de coroa metalocerâmica com infra-estrutura em liga de CoCr.

O desenho do 'coping' metálico deverá acompanhar a forma anatômica externa do dente, para que a espessura de porcelana se revele uniforme em todo o seu contorno. Este

procedimento irá aumentar a resistência desta coroa, já que a porcelana estará apoiada em toda sua superfície. O contorno externo da coroa deverá restabelecer o perfil de emergência e a anatomia, simulando, o máximo possível, o dente natural, para devolver a estética e a função perdidas (Fig.17).



Fig. 14 - Standard abutment de 4 mm instalado com 25N de torque



Fig. 15 - Preparo do poste com broca multilaminada para adequá-lo às condições da arquitetura gengival, deixando o limite do término ligeiramente intra-sulcular. Em seguida, intalação de uma coroa provisória imediata



Fig. 16 - Molde em silicone de adição e modelo de gesso com troquel individualizado. Observar a nitidez do término do preparo, imprescindível para uma futura boa adaptação da peça protética



Podemos observar na Fig.18 uma recuperação estética gengival no contorno vestibular em redor da coroa do implante, restabelecendo assim a retração gengival que existia no dente natural perdido anteriormente. Isto explica-se em função da utilização da técnica de



Fig. 17 - Coping metálico em CoCr cujo desenho acompanha a forma anatômica externa do dente e coroa metalocerâmica finalizada com perfil de emergência acompanhando o contorno do abument



Fig. 18 - Observar a melhora no contorno gengival onde a retração gengival inicial foi eliminada pela instalação de implante imediato de conexão tipo cone morse e plataforma switch, associado a procedimentos de enxertia óssea



Fig. 19 - Coroa metaocerâmica cimentada e aspecto radiográfico do implante. Observar a vantagem da plataforma switch, onde não se verifica a reabsorção óssea na região cervical do implante, ao contrário do que é considerado normal nos implantes de hexágono externo

implante imediato e pelo tipo de implante utilizado, de conexão tipo cone morse e plataforma 'switch', associado a procedimentos de enxertia óssea. Devemos salientar que se constata na literatura que os implantes de plataforma 'switch' evitam a reabsorção da crista óssea junto às primeiras roscas do implante, ao contrário do que ocorre nos implante tipo hexágono externo, onde é comum observar-se reabsorção óssea nesta região. Muito provavelmente se neste caso se verificasse este tipo de reabsorção, a melhora no contorno gengival não aconteceria (Fig.19). ●

Bibliografia:

1 - CARR, A.B., CHOI, Y.G., ECKERT, S.E., DESJARDINS, R.P. Retrospective cohort study of the clinical performance of 1-stage dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003;18:399-405.

2 - GOMES-ROMAN, G. Influence of flap design on peri-implant interproximal crestal bone loss around single-tooth implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001;16:61-67.

3 - LE GALL, M.G., LAURENT J.F. Oclusão e Função - Abordagem clínica com enfoque para Implantodontia. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

4 - LIMA, J.H.C., LEMOS, A.B., RODRIGUES, S.O.B., ELIAS, C.N. Instalação de implante com um único estágio cirúrgico visando manutenção estética gengival. *Rev Bras Implant* 2003; Abr/Jun,9(2):21-25.

5 - MISCH, C.E. Prótese sobre implantes. 1ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2006.

6- TSAI, E.S., CROHIN, C.C., WEBER, H.P. A five-year evaluation of implants placed in extraction sockets. *J West Soc Periodontol Periodontal Abstr* 2000;48(2):37-47.