

Jornal ILAPEO



cultura



volume 3 • número 2
abril • maio • junho

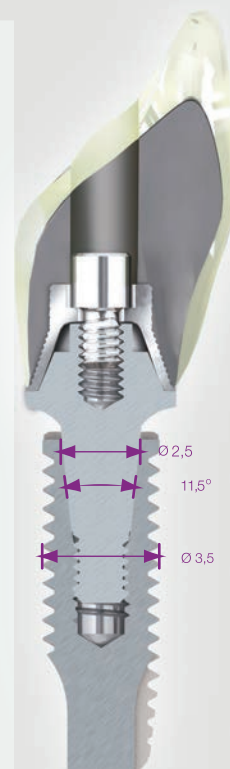
- ▶ Toda mudança começa com um primeiro passo.
E com implantes dentários não é diferente.



www.neodent.com.br

- ▶ Mude para a linha de implantes **Cone Morse Neodent** e surpreenda-se com os resultados.

- ▶ Ausência de Gap (encaixe impermeável);
- ▶ Maior resistência mecânica, permitindo que a rosca chegue até a porção cervical do implante; uniformidade no perfil da rosca;
- ▶ Encaixe Cônico na Interface Implante - Abutment
- ▶ Dificuldade para o afrouxamento dos parafusos (Bozkaya, D.; Müffü, S. J Biomechanics, 2005);
- ▶ Menor movimentação rotacional que implantes de Hexágono Externo (Kitagawa, T. et al; 2005);
- ▶ Eliminação da micromovimentação, com preservação do osso marginal e estética duradoura.



pág. 59

DESTAQUE ILAPEO - 5 anos transformando sonhos em sorrisos.

pág. 61

EM FOCO Entrevista com o Dr. André Saadoun da França.

pág. 65

ARTIGO 1 A influência da reabilitação com implantes dentários na qualidade de vida de pacientes edentados totais.

pág. 73

ARTIGO 2 Caso Clínico: Elevação de Seio Maxilar com instalação de dois implantes imediatos cônicos Alvim HE com Torque Interno.

pág. 77

ARTIGO 3 Avaliação de implantes unitários de 8 e 9mm em região posterior de mandíbula.

pág. 80

ARTIGO 4 Seria possível evitar a perda óssea periimplantar? Revisão crítica com apresentação de um caso clínico.

pág. 84

ARTIGO 5 Carga imediata em overdenture mandibular - relato de caso clínico.

pág. 90

ARTIGO 6 Gestão em Odontologia

pág. 94

CURSOS 2009 Confira a lista de cursos que o ILAPEO está oferecendo para o segundo semestre.

pág. 103

MOTIVAÇÃO União

pág. 104

DE ONDE VEM A parceria IEAPOM/ILAPEO é um Sucesso - por Mary Dias

pág. 105

ACONTECE Confira as últimas novidades - por Adriana Santos



experiência



MÃOS cultura

Órgãos motores que possibilitam a expressão material dos nossos desejos.

Com o Planejamento

Aqui a qualidade é essencial. Equipamentos de última geração permitem um planejamento mais eficiente, garantindo uma maior precisão do início ao fim do tratamento.



Aproximar você da PERFEIÇÃO.



É para isso que existe nossa TECNOLOGIA.

EXPEDIENTE

Diretor Científico

Dr. Geninho Thomé

Editor Chefe

Dr. Sérgio Rocha Bernardes

Conselho editorial

Dra. Ivete de Mattias Sartori
Dra. Ana Claudia Moreira Melo

Marketing

Adriana Cordeiro dos Santos

Colaboradora

Mary Dias

Revisão

Dr. Alexandre Molinari
Alex Demian Pinheiro Lima Santos

Publicidade

Adriana Cordeiro dos Santos

Impressão e Acabamento:

Corgraf

Tiragem

10.000 exemplares
com distribuição gratuita
Nacional e Internacional

As opiniões e conceitos descritos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores, não expressando necessariamente a opinião da equipe do JILAPEO.

O Jornal do ILAPEO

é uma publicação trimestral
ISSN 1980-7961

Atendimento ao Leitor, Publicidade e Normas para Publicação

Departamento de Marketing ILAPEO

Rua Jacarezinho, 656

Mercês - Curitiba - Paraná

CEP 80710-150

Telefone: 41 3595-6029

41 3595-6030

email: jornal@ilapeo.com.br

Site: www.ilapeo.com.br

Patrocínio:



Nós, brasileiros, apresentamos em nossa essência uma capacidade de adaptação única. O histórico nacional de constates mudanças nas áreas econômicas, política e até mesma social nos obrigou a “mudar para sobreviver”. No caso da odontologia, as transformações foram bem marcantes nas últimas décadas, não só nos aspectos discutidos, mas também no desenvolvimento de novas técnicas e materiais odontológicos (como a odontologia adesiva, “metal-free” e, é claro, a descoberta da osseointegração).

Esse conjunto de fatores resultou na formação de um profissional altamente especializado, competitivo e capaz, que honram ao Brasil uma das melhores odontologias do mundo. A capacidade de se adaptar, a afirmação e a interação de conceitos relativamente conhecidos a novas tecnologias são pontos chave desta edição do JILAPEO, que conta com um ótimo “bate-papo” com o Dr. André Saudoon da França e discute assuntos como qualidade de vida, instalação de implantes imediata ao levantamento de seio maxilar, implantes curtos, perda óssea periimplantar e gestão de carreira em odontologia.

O grupo Neodent tem a experiência de 15 anos em apoiar a equipe odontológica na busca por tendências na área de saúde, assim como avaliar e facilitar o acesso a essas novas informações e materiais. O resultado deste trabalho tem tido excelentes resultados, como liderança de mercado e publicações científicas. Nosso principal esforço se concentra em facilitar esse processo de adaptação contínua aos movimentos e tendências da odontologia mundial e nossa maior motivação é a paixão por melhorar os resultados clínicos do dia a dia.

Dr. Geninho Thomé

Com a Tecnologia

A Central de usinagem, em parceria com a Neodent, traz o que há de mais moderno na área de prótese.

Um conceito alemão que garante agilidade e precisão na confecção de estruturas metal-free. Esse é mais um de nossos diferenciais.



Micromotores Marathon

Uma marca que você pode confiar.

Marathon N7R Power



45.000 RPM

Marathon Escort II Pró



35.000 RPM

Marathon Combi Portátil

Lançamento



25.000 RPM

Com bateria recarregável

Na Evident você encontra todos os modelos da linha Marathon com garantia e assistência técnica especializada Talladium do Brasil.



Há muito tempo idealizamos essa escola.
Hoje trabalhamos com **EXCELÊNCIA**, buscando sempre a **INOVAÇÃO**,
seja na **REALIZAÇÃO** de pesquisas para desenvolver novas técnicas, ou
utilizando o melhor que o mercado tecnológico nos oferece.
No ILAPEO nossas mãos transformam **SONHOS** em **SORRISOS**.

A foto abaixo registrou a EQUIPE ILAPEO, com a camiseta comemorativa aos 5 anos, no momento do Parabéns!
Antes de cortar o bolo foi realizada uma oração em agradecimento a Deus pela vida e saúde de nossa Diretoria -
Dra. Clemilda e Dr. Geninho Thomé, por estarmos juntos, por cada paciente e cada profissional que por aqui passa.
Afinal sem essas pessoas esse sonho não se realizaria.



16 de Março - Aniversário do ILAPEO.

Nós transformamos conhecimento em sorrisos!



www.ilapeo.com.br +55 41 3595-6000



**A MELHOR ESTRUTURA PARA
OS MELHORES PROFISSIONAIS**

Cursos de Pós Graduação e Mestrado em Odontologia

SEU TRABALHO PERSONALIZADO NOS MANEQUINS DA NACIONAL



NACIONAL
www.ossos.com.br

Manequins para:

- Hands On e Workshop
- Colocação de Implantes
(Convencionais, Zigomático e Mini-implantes)
- Cirurgia Guiada
- A.T.M.

- Enxerto em bloco
- Levantamento do Seio Maxilar
- Reabilitação Oral
- Buco-maxilo-facial
- Ortognática



Mesa Clínica



Protocolo

- Protocolo Superior
- Protocolo Inferior
- Mandíbula com 02 Orings + Prótese
- Mandíbula com Barra Clip + Prótese
- Mandíbula com Barra Bola + Prótese
- Mandíbula de Acrílico
- Caixa de Veludo



Manequim Trabalhado



Crânio para cirurgia guiada

Rua Targino Grizzo, 220 - CEP 17212-300 - Jd. Dr. Luciano - Jaú-SP - Brasil - Tel/Fax: 55 (14) 3626 2222
e-mails: vendasnacional@ossos.com.br / vendas@ossos.com.br / nacionalexport@ossos.com.br
www.ossos.com.br



O Dr. André Saadoun se formou em odontologia na Universidade de Paris e recebeu seu certificado de pós-graduação em Periodontia na Universidade da Pensilvania e pós-graduação em Implodontia na Universidade da California em Los Angeles.

Ele é professor associado no departamento de Periodontia na Universidade do Sudoeste da California.

É diplomado pela Academia Americana de Periodontia, Diplomado pelo Conselho Internacional de Implantologia Oral e presidente do “Rencontres Méditerranéennes de Dentisterie”.

Recebeu a medalha francesa do “Chevalier de l'Ordre National du Merite”.

Dr. Saadoun é palestrante internacional em Periodontologia e Implantologia e já escreveu cerca de 150 artigos e capítulos de livros.

Ele também faz parte do conselho editorial dos seguintes jornais científicos: Practical Procedures and Aesthetic Dentistry, Implant Dentistry, Dental Implantology Update, Journal of Periodontology, European Journal of Esthetic Dentistry.

Dr. Saadoun mantém uma clínica privada em Paris, que é limitada a periodontia estética e cirurgia de implantes.

JILAPEO - De acordo com o seu ponto de vista, qual foi o maior avanço da implantodontia nos últimos anos?

Dr. Saadoun - Está claro que através da osseointegração do implante no osso se encontra o segredo do sucesso em longo prazo, mas a cirurgia convencional em duas fases e a técnica da carga precoce ainda seriam relevantes em certas circunstâncias. Contudo, a técnica se tornou uma revolução indiscutível e tem provado ser uma alternativa viável ao conceito original das seguintes formas:

- Modificações no desenho do implante e sua condição de superfície;
- Protocolo de uma fase em implantes de fase única, que depois permitiu a carga precoce;
- Restaurações temporárias imediatas, não funcionais, para implantes unitários ou carga imediata funcional para implantes múltiplos, levando a redução significativa do tempo de tratamento.

Da mesma forma, o conceito de carga em implantes têm sofrido alterações devido ao aumento da demanda de pacientes querendo resolver não só suas necessidades funcionais, mas também suas expectativas estéticas.

Até os anos de 1980, era importante ajudar aqueles que tinham dificuldade com a mastigação, através da fixação de implantes nas zonas ósseas mais favoráveis; esse era o conceito da "instalação de implantes guiada pelo osso".

Em 1995, Garber e Belser definiram o conceito da "instalação de implantes guiada pela restauração", aonde a restauração guia a posição cirúrgica tridimensional do implante (Saadoun e Legall, 1999) com, se necessário, adição de osso autógeno ou biomaterial sintético, antes ou em conjunto a instalação dos implantes, objetivando restabelecer uma morfologia ótima da crista edentula.

Hoje, a evolução do tecido duro e mole seguida a restauração com implantes que deve guiar a instalação tridimensional da fixação.

Entretanto, o desafio da implantodontia estética depende no final do manejo de tecido mole e sua estabilidade em longo prazo, que seria o principal fator definido pelo conceito do "manejo de tecido mole guiado pela biologia" (Saadoun et al, 2004).

JILAPEO - E quais você acredita serem os maiores desenvolvimentos da implantologia dos próximos anos?

Dr. Saadoun - Colocação apropriada e posicionamento dos implante são primordiais para o sucesso geral do tratamento. O

advento da tecnologia da tomografia computadorizada "cone beam" (CBCT) tem revolucionado a previsibilidade das técnicas de instalação de implantes, permitindo aos clínicos visualizar a anatomia pré-existente do paciente com precisão e de forma previsível. Usando essa tecnologia, os clínicos podem simular o grau de regeneração óssea necessária, a angulação do implante desejada e os resultados de vários procedimentos cirúrgicos ortognáticos baseados em ambiente virtual na atual anatomia existente do paciente, aumentando assim a precisão final do tratamento.

JILAPEO - O que os pacientes querem nos dias de hoje, relacionado a Implantodontia? É possível prometermos muito?

Dr. Saadoun - Quando um paciente vem até o seu consultório, sua demanda é pelo resultado estético final da restauração e isso não está relacionado ao implante por si só, pois ele está imerso em osso e não é visível. Quando existe um correto diagnóstico para um dado problema, é importante lembrar que isso terá soluções restauradoras múltiplas. A chave para os clínicos é avaliar continuamente as condições e desejos do paciente e seus próprios níveis de experiência das alternativas de tratamento disponíveis que eles podem oferecer ao paciente (Touati, 2005).

O processo de cicatrização de tecido mole e duro deve ser entendido e incorporado dentro de uma seqüência coordenada de terapia. Conseqüentemente é importante ser identificado potenciais complicações futuras e os erros clínicos, bem como suas implicações no resultado estético final (Saadoun et al, 1999).

Resumindo, a promessa que você faz ao paciente é baseada não somente nas condições locais do implante, mas também na sua experiência em manejo de tecido mole e duro para alcançar um resultado estético natural de uma restauração circundada por um contorno gengival harmonioso.

JILAPEO - Quais são os grandes desafios da cirurgia de implantes dos dias de hoje? Como poderíamos resolver isso facilmente?

Dr. Saadoun - Técnicas modernas têm potencializado o desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos guiados e minimamente invasivos para todas as indicações, por facilitarem o planejamento extra-oral, permitindo precisão e resultados previsíveis para todo dentista instalar implantes. A evolução da implantodontia tem agora permitido aos clínicos focarem em mais aspectos críticos dos cuidados restauradores com implantes e manutenção da estética natural.

Contudo, é sempre importante uma avaliação de como se alcançar a imagem final do tratamento e usar os diferentes passos com os diferentes materiais do mercado e conhecimentos atuais em biologia/cirurgia moderna para alcançar esses objetivos.

JILAPEO - No passado nós trabalhávamos duro para manter dentes com pouca inserção periodontal. Atualmente com o advento dos implantes dentários, qual seriam os nossos critérios de manter ou extrair um dente tratado periodontalmente?

Dr. Saadoun - A conservação dos dentes implica em certas vantagens filosóficas, psicológicas e proprioceptivas. O grande uso e confiabilidade da implantodontia cai na seguinte questão: por que fazer uso de um tratamento duradouro e com custo de manutenção a longo prazo para se salvar um dente, quando eles podem simplesmente ser extraídos e serem restabelecidos com implantes sem periodonto? A resposta será certamente não por que:

Para a maioria dos pacientes, a conservação dos dentes é psicologicamente necessária;

Contudo, implantes não podem ser colocados em áreas de doença periodontal sem risco de contaminação. O tratamento periodontal é certamente imperativo. Um bom tratamento periodontal permite ao clínico estabilizar as lesões e analisar a motivação do paciente em longo prazo, desde que os fatores de risco dos implantes exigem o mesmo controle rigoroso dos dentes naturais.

Todavia, existem indicações definidas para extração de dentes. Por exemplo: se o paciente é mais apto a doença periodontal, se a cirurgia periodontal irá comprometer a estética da dentição anterior por reduzir o tecido facial e aumentar o comprimento dos dentes, se houver uma fratura vertical, se o canal dentário não puder ser mais retratado, se o núcleo intra-radicular irá comprometer a raiz, se existir uma reabsorção interna, se o

paciente tiver um alto índice de cavidades, se existir uma patologia apical grande, maior que 5 mm, se uma apicectomia denegrir a proporção coroa/raiz, se o paciente tiver limitações financeiras ou fraqueza emocional.

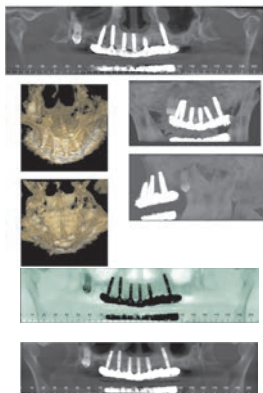
JILAPEO - Quais seriam suas dicas e conselhos para que nós tenhamos os mesmos excelentes resultados estéticos com implantes orais como os que você vem mostrando em conferências e artigos?

Dr. Saadoun - Embora estética represente uma parte essencial de um tratamento oral atual, o valor dos resultados, a previsibilidade das diferentes modalidades terapêuticas e o prognóstico em longo prazo envolvem um olhar científico em todos os procedimentos clínicos.

Os pré-requisitos essenciais que buscamos para estabelecer uma ótima restauração devem sempre vir de um diagnóstico preciso, detalhado, biológico e protético, bem como a escolha de um tratamento mais conservador, apropriado e menos traumático para o paciente prevenir qualquer injúria às estruturas periodontais e dentárias e alcançar um resultado estético.

Não devemos esquecer que todas as técnicas muco gengivais periimplantares vem da cirurgia periodontal. Esse conhecimento só pode ser obtido através de cursos de educação continuada, congressos e se mantendo atualizado por leituras de artigos ou livros publicados nas áreas de periodontia ou implantodontia.

i-CAT - Tomografia Computadorizada Volumétrica de Feixe Cônico “Cone Beam”



A DocCenter coloca à disposição da Classe Odontológica o i-CAT.
O melhor da tecnologia mundial em recursos de imagens em três dimensões.

Benefícios do i-CAT

- Redução efetiva na dose de radiação
- Rapidez no diagnóstico (30 segundos para obtenção da imagem total)
- Tomografias realizadas com o paciente sentado
- Imagens tomográficas sem distorção ou ampliação
- Melhor nitidez e maior contraste.



Fone: 41 3254-6040

Av. João Gualberto, 420
Curitiba - PR

Comunicado:

A Súmula normativa nº 11 da Agência de Saúde Suplementar (ANS), de 20 de agosto de 2007, trouxe boas notícias aos Cirurgiões-Dentistas (CD) e a população brasileira em geral. Ela se refere a solicitação de exames clínicos complementares por parte do CD.

A partir da publicação desta, o CD pode pedir, sem objeção alguma, exames radiográficos, ressonância magnética, solicitação de risco cirúrgico e exames laboratoriais em geral as operadoras de plano de saúde. Agora, podemos requisitar com mais facilidade tais exames aos nossos pacientes, resultando em mais segurança no planejamento e ato cirúrgico.



Revenda Autorizada



KaVo
Sempre por você.



Fone: (41) 3076-7679 - Fax: (41) 3079-7680

(41) 9971-5959 Jair - (41) 8444-4370 Souza

Rua Schiller, 1060 - Loja 3 (prox. ABO-PR) - Alto da XV - Curitiba - PR - CEP 80040-160
e-mail: kavojs@hotmail.com

EQUIPAMENTO **KaVo** UNIK KOMFORT



0 + 12 de R\$907,00

*Consulte preço especial à vista.

EQUIPAMENTO **KaVo** KLINIC TS



0 + 12 de R\$545,00

*Consulte preço especial à vista.

Fotos meramente ilustrativas. Valor promocional. Consulte antes. Apenas 10 unidades.

Consulte preços especiais

TURBINA **KaVo** (PRESS BUTTON) EXTRA TORQUE 605C



PEÇA RETA **KaVo** 10 ABN



MICROMOTOR **KaVo** 181 DBN



CONTRA ÂNGULO **KaVo** 2068 FGBN



KaVo KIT ACADÊMICO 3N



RAIO X ODONTOMAX 70/7 P (ASTEX) MÓVEL FLEX



0 + 12 de R\$365,00

*Consulte preço especial à vista.



BOMBA VÁCUO BRASPUMP TURBO VAC P/ ATÉ 4 CONSULTÓRIOS

0 + 12 de R\$189,00

*Consulte preço especial à vista.

AUTOCLAVE **CRISTÓFOLI** VITALE 12 LITROS (ALUMÍNIO)

0 + 12 de R\$165,00

*Consulte preço especial à vista.



DESTILADOR DE ÁGUA **CRISTÓFOLI**

1 + 2 de R\$175,00

*Consulte preço especial à vista.

MOTOR P/ IMPLANTE E CIRURGIA KONCEPT SURG **KaVo**



0 + 12 de R\$650,00

*Consulte preço especial à vista. Apenas 10 unidades

Contra-ângulo não incluso

PEÇA CIRÚRGICA **KaVo** KONCEPT 1:2

- Relação de transmissão: 1:2
- Para cirurgia avançada, levantamento de seio maxilar
- Autoclavável a 135°



0 + 12 de R\$178,00

*Consulte preço especial à vista.

CONTRA ÂNGULO REDUTOR P/ IMPLANTE 20:1 **KaVo**



0 + 12 de R\$170,00

*Consulte preço especial à vista.

- Peças fabricadas em aço inoxidável.
- Irrigação interna e externa.
- Press Button
- Corpos desmontáveis em três partes para uma melhor assepsia.
- Sem ruído e sem vibrações.
- Durabilidade insuperável.
- Totalmente autoclavável a 135°

A influência da reabilitação com implantes dentários na qualidade de vida

de pacientes edentados totais

Ivete A. de Mattias Sartori

Mestre e Doutora em Reabilitação Oral;
Vice-Diretora do Instituto Latino
Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);

Ana Paula Farnezi Bassi

Mestre e Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-
maxilofacial pela Universidade Estadual Paulista
(UNESP) de Araçatuba - SP
Professora das Disciplinas de Cirurgia
Bucodentofacial da Faculdade de Odontologia de
Santa Fé do Sul - FUNEC
Professora do Instituto Latino Americano de Pesquisa
e Ensino Odontológico - ILAPEO;

Edivaldo Romano Coro

Mestrando em Odontologia com área de
concentração em implantodontia pelo Instituto Latino
Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);
Professor da equipe ILAPEO;

Flavia Noemi Gasparini Fontão

Mestre em Odontologia (Diagnóstico Bucal) pela
Faculdade de Odontologia de Bauru - USP;
Doutora em Odontologia (Estomatologia Biologia
Oral) pela Faculdade de Odontologia de Bauru - USP;
Professora da equipe ILAPEO;

Hyung Joo Lee

Mestranda em Odontologia com área de
concentração em implantodontia pelo Instituto Latino
Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);
Professora da equipe ILAPEO;

INTRODUÇÃO

Dados de uma pesquisa realizada para a Organização Mundial de Saúde a respeito da saúde bucal do povo brasileiro revelaram que 14,4% da população, cerca de 26 milhões de pessoas são desdentadas, principalmente os indivíduos de classe mais pobre (17,5%) se comparados aos mais ricos (5,9%)⁹. Por outro lado, a Organização das Nações Unidas (ONU) estima que em 2025 o Brasil terá 33 milhões de habitantes acima dos 60 anos de idade, em uma população de 250 milhões. Ainda, estima-se que em 2030, dois terços da atividade odontológica estarão direcionados para o atendimento da população acima de 65 anos¹⁴.

Com o aumento da expectativa de vida e consequente aumento da população idosa, surge um significativo problema de saúde dental: pacientes edêntulos e com acentuada reabsorção óssea nos maxilares¹². Algumas destas pessoas estão reabilitadas e adaptadas a próteses totais, no entanto, existem pacientes que não utilizam a prótese inferior por sentirem desconforto. São pacientes que sofrem dificuldades sociais e/ou psicológicas, as quais, muitas vezes, promovem alterações emocionais e de comportamento.

A dificuldade se estabelece também em relação à alimentação. A utilização de próteses insatisfatórias leva a alterações sistêmicas em função de prejuízos na digestão e absorção dos nutrientes. Há na literatura evidências científicas de que pacientes com edentulismo total ou parcial geralmente apresentam restrições na dieta em função de deficiência na atividade mastigatória, o que leva a comprometimento em seu

estado nutricional⁵, normalmente com redução no consumo de alimentos com alto teor de fibras, como pão, frutas e vegetais¹¹.

Em 2005, Matiello e colaboradores¹³ realizaram um estudo cujo objetivo foi comparar as habilidades mastigatórias (nível de satisfação, capacidade, eficiência e performance mastigatórias) de pacientes desdentados e dentados com perda de oclusão normal. Foram selecionados 20 pacientes, sendo 10 do grupo desdentados e 10 dentados. O nível de satisfação e a capacidade mastigatória foram avaliados por meio de questionários. A eficiência mastigatória foi examinada utilizando-se amêndoas como elemento teste e peneiras. Por fim, a performance foi avaliada pela quantidade e pelo tamanho das partículas geradas pelos pacientes após mastigarem tabletes de silón por 40x e peneiradas. Os autores concluíram que as habilidades mastigatórias dos pacientes desdentados com perda total são reduzidas se comparadas a pacientes dentados.

Existe ainda um grupo de pacientes que por terem perdido os dentes há muitos anos apresentam o rebordo ósseo, principalmente o inferior, muito reabsorvido. Fazem parte do grupo denominado “inválidos orais”. São assim classificados por serem incapazes de reter ou estabilizar as próteses convencionais.

Para esses pacientes um grande avanço foi à possibilidade de reabilitação com próteses sobre implantes. Os trabalhos iniciados em 1965 pelo Professor Dr. Branemark tornaram possível a substituição de elementos dentais perdidos por fixações de titânio inseridas em tecido ósseo, utilizadas como suportes de próteses para a reabilitação de pacientes totalmente desdentados através de próteses fixas ou como elementos de retenção para próteses totais removíveis⁴. Desde então, seu uso tem sido bem documentado e a margem de sucesso encontrada para os implantes e para as próteses tem sido satisfatória¹, inclusive mediante a aplicação de carga imediata, ou seja, a instalação da prótese imediatamente após a instalação dos implantes dentários^{8,15,16}.

Entre as técnicas para reabilitação imediata em mandíbulas edêntulas podemos citar a técnica da barra cimentada com “cirurgia mão-livre”, a técnica Neopronto, com o uso de barras pré-fabricadas^{21,23} e a técnica da barra distal²⁰. Todas estas técnicas apresentam elevado índice de sucesso, entretanto apresentam em seus passos clínicos diferenças em relação a procedimentos laboratoriais, montagem, tipo de material para construção da prótese (reconstrução protética).

FUNÇÃO MASTIGATÓRIA, NUTRIÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

Considerando que uma das funções dos dentes é realizar a trituração dos alimentos e que a estabilidade dos dentes e/ou os tipos de próteses podem influenciar o padrão mastigatório dos indivíduos, alguns autores realizaram estudos a fim de avaliar as alterações na função mastigatória após a reabilitação com implantes dentários. Adultos que usam próteses totais parecem ter uma dieta mais gordurosa e deficiente em fibras, principalmente em função da redução da eficiência mastigatória e força da mordida³.

Demers e colaboradores⁷, em 1996, realizaram um estudo cujo objetivo foi examinar a associação entre a estabilidade das próteses e a performance mastigatória, e também determinar a validade de um questionário simples para avaliação da capacidade mastigatória. Uma população de 367 pacientes idosos (acima de 60 anos) portadores de próteses totais foram selecionados e aceitaram participar deste estudo. Após responderem algumas perguntas a respeito de sua situação sócio-econômica, hábitos de higiene oral, satisfação e uso de serviços odontológicos. O teste de performance mastigatória utilizado foi o “Swallowing Threshold Test Index (STTI)” no qual 3mg de cenoura fresca ou amêndoas são mastigados até que a pessoa esteja pronta para engolir⁶. Um total de 47,4% dos indivíduos apresentou baixa performance mastigatória de acordo com o teste STTI, principalmente as mulheres (51,7%). Os autores concluíram que os questionários são uma ferramenta valiosa para avaliação da performance mastigatória.

Yi e colaboradores²⁴, em 2001, realizaram um estudo que teve como propósito analisar a satisfação de pacientes que foram tratados com próteses totais ou parciais fixas sobre implantes. A opinião dos pacientes em relação às funções orais, mastigação, fonética, higiene, conforto mastigatório e estética, foi avaliada por meio de um questionário respondido antes da instalação dos implantes e na última consulta de acompanhamento ($\pm$ 1,8 anos). Um grupo controle de 30 indivíduos com dentição completa responderam ao mesmo questionário. A maioria dos pacientes se mostrou extremamente satisfeito com as funções orais após o tratamento e consideravam os implantes como se fossem dentes naturais. Não houve diferença significativa entre o grupo experimental e controle, ao se considerar mastigação e estética. Os pacientes com implantes relataram ligeira dificuldade nos procedimentos de higiene oral. Os autores concluíram que o tratamento com implantes dentários resultou

em subjetiva melhora da satisfação nas funções orais.

Van kampen e colaboradores²², em 2002, propuseram um ensaio clínico cujo objetivo foi avaliar a influência do grau de retenção e estabilidade de próteses em relação à força mastigatória e a as atividades elétricas dos músculos masseter e temporal obtidas a partir de eletromiografia. As variáveis foram obtidas a partir de 18 pacientes que receberam dois implantes dentários e três modalidades de estrutura protética, *attachment* bola, magnetos, sistema barra/clipe, que foram utilizadas sucessivamente. Os autores concluíram que houve melhora da força máxima de mordida e da atividade muscular obtidas com as três modalidades de reabilitação sobre implantes, ou seja, o tratamento com implantes dentários melhorou de forma significativa a função dos pacientes.

Thomason e colaboradores¹⁹, em 2003, realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar a satisfação dos pacientes em relação a próteses totais e próteses sobre implante mandibulares, seis meses após instalação. Compuseram a amostra 60 pacientes edêntulos, com idade variando entre 65 e 75 anos de idade aleatoriamente indicados para cada grupo. Os pacientes indicaram sua satisfação geral e capacidade de ingerir determinados tipos de comida, em escalas visuais de 100mm, e após 2 e 6 meses. Os resultados mostraram que ambos os grupos se mostraram satisfeitos com suas próteses após 6 meses, contudo, de uma forma geral os índices de satisfação com implantes foi 36% mais elevado. O grupo com implantes também relatou conforto, estabilidade e capacidade de mastigação significativamente maior.

Silveira¹⁷ em 2005 realizou um estudo no qual avaliou comparativamente a influência do tipo de dentição e a forma de reabilitação protética na performance e habilidade mastigatória em função da quantidade de ciclos mastigatórios. O trabalho envolveu 22 indivíduos reabilitados com próteses sobre implantes fixas inferiores (grupo PSI), 21 portadores de próteses totais convencionais em ambos os arcos (grupo PT) e 15 com dentição natural completa (grupo controle – DN). Os testes objetivos de performance mastigatória para os três grupos foram realizados com o alimento-teste artificial Optocal. A dureza deste simulador de alimento foi monitorada previamente aos testes e o Optocal foi fornecido aos participantes em duas porções de dezessete cubos, que foram submetidos a 20 e 40 ciclos mastigatórios. As partículas obtidas foram peneiradas em um conjunto de oito peneiras granulométricas. O Diâmetro Geométrico Médio (DGM) das partículas obtidas foi calculado de acordo com a massa do Optocal retida em cada peneira. Para o grupo PSI, a análise

subjetiva foi realizada por meio de questionários para comparar a habilidade mastigatória dos pacientes antes e depois da reabilitação com implantes e prótese fixa inferior. Verificou-se a existência ou não de correlação entre a performance mastigatória e a habilidade mastigatória após a instalação das próteses inferiores nos indivíduos do grupo PSI, após 40 ciclos mastigatórios. Os participantes dos três grupos deveriam citar um alimento natural cuja dureza fosse semelhante à do Optocal. Os dados dos testes objetivos foram analisados por meio de Análise de Variância (ANOVA) fatorial e teste de Tukey ($p < 0,05$). Para os testes subjetivos do grupo PSI, os dados foram analisados por meio do teste de McNemar ($p < 0,05$) e para a análise da existência de correlação entre a performance mastigatória e a habilidade mastigatória do grupo PSI, aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman ($p < 0,05$). Os resultados mostraram que as médias do DGM foram estatisticamente significantes após 20 e 40 ciclos, sendo menores após 40 ciclos mastigatórios, para os três grupos. Após 20 ciclos, o DGM dos grupos PSI não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, sendo maiores que o grupo DN. Após 40 ciclos mastigatórios todos os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significantes, sendo que o grupo DN apresentou menores médias, seguido pelo grupo PSI e PT. Comparada a dos indivíduos com dentição natural, a performance mastigatória dos grupos PT e PSI foi, respectivamente, de 12% e 22% após 20 ciclos mastigatórios e de 31% e 49% após 40 ciclos. Os resultados dos testes subjetivos para o grupo PSI mostraram que após a reabilitação, 100% dos pacientes demonstraram satisfação em relação à performance mastigatória e à prótese inferior. Não foram verificadas correlações entre performance mastigatória e habilidade mastigatória para o grupo PSI, após 40 ciclos. O Optocal foi comparado à carne pela maior parte (48%) dos indivíduos analisados.

Strassburguer et al¹⁸, em 2006, realizaram uma ampla revisão de literatura sobre a influência do tratamento protético e com implantes na satisfação dos pacientes e na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Foram utilizados 114 estudos publicados entre 1960 e 2004. Vinte e quatro artigos comparavam próteses convencionais inferiores com próteses sobre implantes e apresentavam resultados positivos em relação ao uso de implantes.

Fica claro, então que com o advento dos implantes dentários osseointegráveis, algumas das limitações inerentes a próteses totais removíveis foram superadas³. E apesar de alguns estudos mostrarem que pacientes edêntulos reabilitados com implantes dentários não apresentaram alteração radical de sua

dieta², deve ser ressaltado que a diversidade na dieta está relacionada a fatores sócio-econômicos, grau de instrução e, até mesmo, pelo fato da pessoa viver numa instituição ou independentemente³.

DISCUSSÃO

O estado da saúde bucal é um fator de extrema importância na nutrição de pessoas mais idosas¹¹, já que indivíduos edêntulos muitas vezes apresentam dieta mais calórica e com menor quantidade de fibras⁵. Isso ocorre em função da redução na força de mordida e eficiência mastigatória com o uso de próteses totais³. Pesquisadores têm mostrado que a performance mastigatória de pacientes edêntulos que utilizam próteses totais corresponde de 10 a 20% da capacidade mastigatória de pacientes com dentes¹⁰.

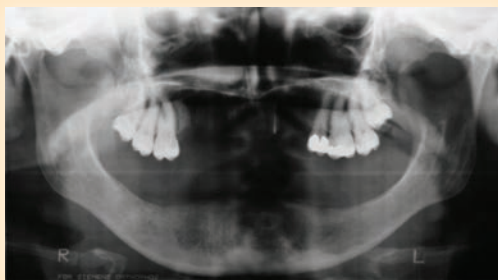
A avaliação da capacidade mastigatória tem sido realizada tanto por meio de medidas objetivas, testes mastigatórios, como subjetivas, percepção individual identificada por meio de questionários⁷. Nos testes mastigatórios os indivíduos devem mastigar um tipo de alimento e depositá-lo numa peneira e dessa forma é mensurado o tamanho das partículas.

Geralmente, cenoura, amêndoas e nozes são utilizadas nestes testes⁷. Vários estudos científicos já comprovaram a eficácia da reabilitação de próteses sobre implantes na performance mastigatória de pacientes.

Vários autores consideram que a reabilitação com próteses sobre implantes dentários pode superar algumas das limitações das próteses convencionais, contudo deve ser ressaltado que outros fatores influenciam na qualidade da dieta, como condições sócio-econômicas, nível de educação e até mesmo o fato do indivíduo viver sozinho, com a família ou em instituições de auxílio ao idoso³. Por outro lado, é consenso geral na literatura que a reabilitação com próteses sobre implantes têm efeito significativo na saúde bucal, satisfação pessoal e auto-estima dos pacientes.

Problemas com retenção e estabilidade de próteses totais removíveis convencionais prejudicam a função, a estética, a saúde psicológica e as relações sociais de seus usuários. Dessa forma próteses sobre implantes têm oferecido resolução para muitas das limitações funcionais e estéticas de próteses totais.

DEPOIMENTOS

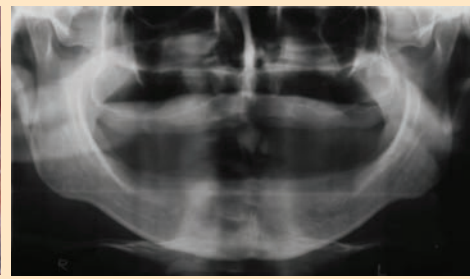


*Perdi meus dentes porque tenho problema de saúde, como tomo remédios muito fortes acabei perdendo os dentes há uns 4 anos. Conheci o ILAPEO através de um primo que é dentista, e foi muito bom ter passado por aqui, pois a equipe é muito boa. Estou muito feliz com a cirurgia, minha auto-estima melhorou bastante, percebo como minha alimentação está diferente, agora eu consigo comer, falar sorrir....enfim tudo!
E ainda vou melhorar mais quando fizer a parte superior.”*

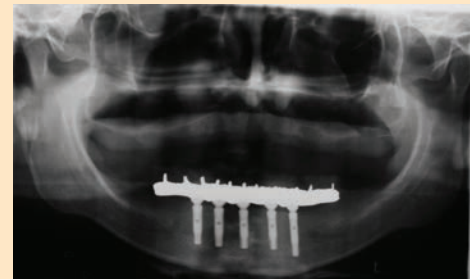
Paciente D.Z., 24 anos



INICIAL

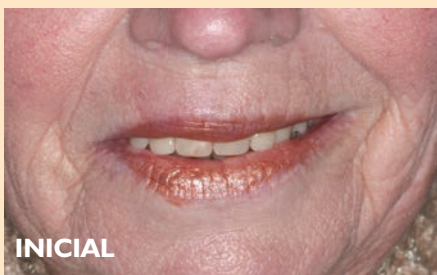


FINAL

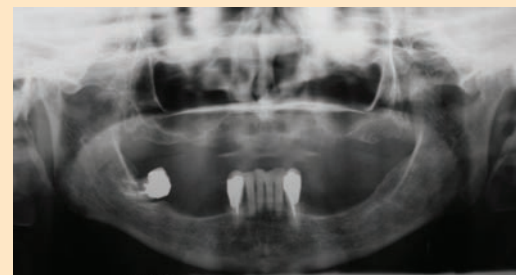


Conheci o ILAPEO através da minha dentista, ela me encaminhou para fazer uma triagem para implante, e foi o que fiz. Hoje penso que deveria ter feito antes, se eu soubesse que era tão tranquilo, pois não senti dor nenhuma, é menos dolorido que extrair um dente. Eu só tenho a agradecer a todos que me atenderam, pois fui muito bem tratado. A auto-estima melhorou, meus amigos dizem que sou outra pessoa depois da cirurgia, claro! hoje me sinto bem melhor, meu perfil mudou, me sinto mais jovem, revigorado. Agora é cuidar muito bem e seguir em frente."

Paciente E.L., 51 anos



INICIAL



FINAL

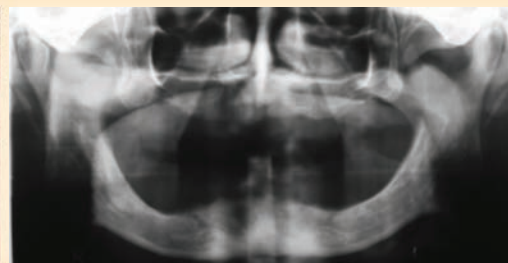


Quando cheguei no ILAPEO eu já tinha passado por vários dentistas. Lembro que quando tive problema na genviva e tive que extrair meus dentes, perdi uns 10 anos da minha vida, pois fiquei muito triste. Digo que fui atendida por anjos aqui, a equipe é muito boa. Consegui fazer os implantes inferiores e quero retornar para fazer também os superiores. Me sinto mais jovem, estou feliz mesmo. Já indiquei aos meus amigos, porque agora me sinto outra pessoa, posso sorrir a vontade, meus dentes ficaram ótimos. Só tenho a agradecer. Muito Obrigada!"

Paciente G.R.S.S., 72 anos



INICIAL



FINAL



Conheci o ILAPEO através de uma indicação na prefeitura, eu liguei e a moça me disse que tinha que se inscrever e marquei uma triagem, foi mais rápido que imaginei. O Tratamento foi 10! A cirurgia foi muito tranquila, penso que foi mais fácil que arrancar um dente, pois não doeu nada e a recuperação foi rápida, o pessoal aqui é nota 10, meu atendimento foi ótimo. Eu tinha trauma de dentista, a primeira vez que fiz uma consulta eu tinha 30 anos, acabei arrancando todos os dentes e colocando as próteses. Desde então meu sonho sempre foi fazer os implantes, aí surgiu essa oportunidade e eu fiz a parte inferior, e ano que vem eu volto pra fazer em cima também.”

Paciente E.N., 54 anos



INICIAL



FINAL

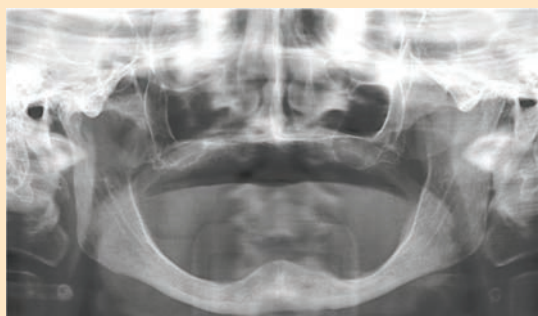


Quando cheguei aqui eu tinha trauma de dentista. A prótese superior era o que mais me incomodava, pois eu já utilizava próteses há 40 anos, era tanto complexo que eu não aguentava mais, não via a hora de me livrar disso. Fiz a parte inferior e queria fazer a superior também, me disseram que era loucura, mas eu encarei o desafio. Só tenho a agradecer a equipe que me atendeu, são pessoas formidáveis. Graças a eles hoje estou bem, aqui no ILAPEO me sinto em casa. Se tivesse que fazer de novo eu faria, porque vale a pena.”

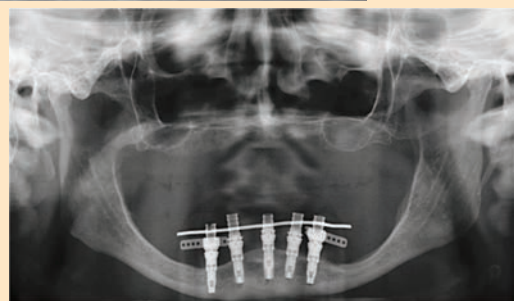
Paciente H.F.L., 62 anos



INICIAL



FINAL



Quando usava dentadura não conseguia comer direito, ela cortava minha gengiva ao mastigar o alimento. Passei por alguns constrangimentos, pois a prótese saía do lugar, falava assoviado por isso e em um descuido que tinha a derrubava no chão, também para namorar causava um desconforto, não podia beijar. Agora meus lábios estão mais bonitos e posso namorar tranquila. A cirurgia foi super tranqüila, não tive dor nenhuma.”

Paciente L.P., 55 anos



INICIAL

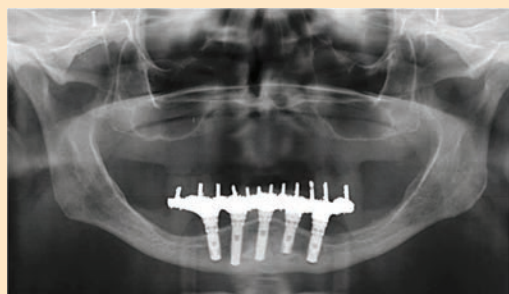
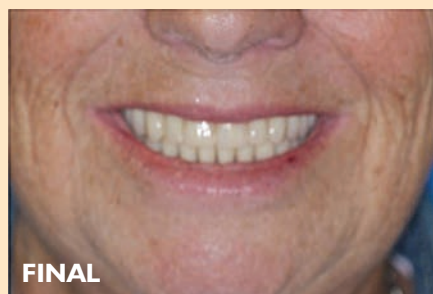
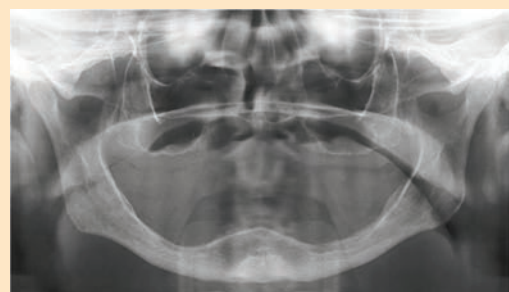


FINAL



Minha cirurgia foi maravilhosa, não senti dor nenhuma, tudo foi realizado com tranquilidade e segurança. As pessoas ficam assustadas com a cirurgia do zigomático, mas é algo necessário para quem não tem mais estrutura óssea. O processo é eficiente e preciso, eu indico. Dicção, alimentação, fala, estética, enfim tudo melhora. Só tenho a agradecer essa equipe pela competência e seriedade, pois estão comprometidos com o sucesso do tratamento. Estou muito grato.”

Paciente O.P.O., 50 anos



Perdi meus dentes há 30 anos, a perda dos dentes foi muito traumática. Minha alimentação não era boa, não conseguia me alimentar direito como preciso fazer dieta alimentar era obrigada a comer verduras mas era horrível, ficava nervosa e acabava engolindo quase tudo inteiro. Minha vida social era quase nula, morria de medo de “vídeo cassetada”, era muito ruim e constrangedor. Aqui no ILAPEO fui bem atendida tive atenção e carinho de todos. A cirurgia é algo que superamos rápido, quero fazer a parte superior agora. Daqui pra frente vou sorrir sem colocar a mão na frente, com segurança, sabendo que a prótese não vai cair. Estou muito feliz.”

Paciente R.B., 65 anos

REFERÊNCIAS

1. Adell R, Lekholm U, Rockler B, Brånemark PI. A 15 year study of osseointegrated implants in the treatment of edentulous jaw. *Int J Oral Surg* 1981; 10: 387-416.
2. Allen F, Mc Millan A. Food selection and perceptions of chewing ability following provision of implant and conventional prostheses in complete denture wearers. *Clin Oral Impl Res* 2002; 13: 320-6.
3. Allen PF. Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients. *Oral Rehabil* 2005; 32: 623-8.
4. Brånemark PI, Adell R, Breine U. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1969; 3: 81-100.
5. Brouder JM, Laurin D, Vallei R, Lachapelle D. Nutrient intake and gastrointestinal disorders related to masticatory performance in the edentulous elderly. *J Prosthet Dent* 1993; 70: 468-73.
6. Chauncey HH, Muench ME, Kapur KK, Wayler AH. The effect of the loss of teeth on diet and nutrition. *Int Dent J* 1984; 34: 98-104.
7. Demers M, Bourdages J, Brouder JM, Benigeri M. Indicators of masticatory performance among elderly complete denture wearers. *J Prosthet Dent* 1996; 75: 188-93.
8. Friberg B, Ekestubbe A, Sennerby L. Clinical outcome of Branemark System implants of various diameters: A retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Impl* 2002; 17: 671-7.
9. GOIS, A. Brasil tem 26 milhões de sem dentes. *Folha de São Paulo*, 19/05/2004.
10. Heath MR. The effect of maximum biting force and bone loss upon masticatory function and dietary selection of the elderly. *Int Dent J* 1982; 32: 345-56.
11. Marcenos W, Steele JG, Sheiham A, Walls AWG. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad Saude Pub* 2003; 19: 809-16.
12. Marchini L, Montenegro FLB. Prótese dentária na terceira idade. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 2001; 55: 83-7.
13. Matiello MN, Sartori IAM, Lopes IFS. Análises comparativas das habilidades

mastigatórias de pacientes dentados e desdentados reabilitados com prótese total. *Salusvita* 2005; 24(3): 359-75.

14. Parajara F, Guzzo F, Sim, é possível envelhecer saudável! *Rev Assoc Paul Cirurg Dent* 2000; 54: 91-9.
15. Parel SM, Ruff SL, Triplett RG, Schow SR. Bone reduction surgical guide for the Novum implant procedure: Technical note. *Int J Oral Maxillofac Impl* 2002; 17: 715-9.
16. Parel SM, Triplett RG. Rescue procedure for the Branemark Novum protocol. *Int J Oral Maxillofac Impl* 2004; 19: 421-4.
17. Silveira DB. Comparação da função mastigatória de pacientes desdentados reabilitados com próteses inferiores implanto-suportadas-retidas com dentição natural e próteses totais removíveis. [Dissertação Mestrado]. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia. 2005.
18. Strassburger C, Kershbaum T, Heydeck G. Influence of implant and conventional prostheses on satisfaction and quality of life: A literature review. Part 2: Qualitative analysis and evaluation of the studies. *Int J Prosthodont* 2006; 19(4): 339-348.
19. Thomason JM, Lund JP, Chehade A, Feine JS. Patient satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures 6 months after delivery. *Int J Prosthodont* 2003; 16(5): 467-73.
20. Thomé G, Hermann C, Melo ACM, Molinari ARD, Vieira RA, Ponzoni D. Utilização da técnica da barra distal em mandíbulas edêntulas com carga imediata. *Rev Gaúcha Odont* 2006; 54: 165-8.
21. Thomé G, Molinari ARM, Melo ACM. Carga imediata em mandíbulas edêntulas: Uma alternativa reabilitadora com barras pré-fabricadas. Descrição da técnica e caso clínico. *Impl News* 2004; 1: 25-33.
22. Van Kampen, Fmc, Van Der Bilt A, Cune Ms, Bosman F. The Influence of Various Attachment Types in Mandibular Implant-retained Overdentures on Maximum Bite Force and EMG. *J Dent Res* 2002; 81(3): 170-3.
23. Vieira RA, Souza JR, Thomé G, Melo ACM, Sartori IAM. Neopronto: Reabilitação de mandíbulas edêntulas com barras pré-fabricadas. *Rev Gaúcha Odont* 2006; 54: 254-60.
24. Yi SW, Carlsson GE, Ericsson I, Kim CK. Patient evaluation of treatment with fixed implant-supported partial dentures. *J Oral Rehabil* 2001; 28(11): 998-1002.

Caso Clínico: Elevação de Seio Maxilar com instalação de dois implantes imediatos cônicos Alvim HE com Torque Interno

Parte da Defesa de Monografia da autoria
do Dr. Paulo Botelho,
apresentada em 28 de Março de 2008
no Instituto Latino-Americano de
Pesquisa e Ensino Odontológico - ILAPEO,
Curitiba, Brasil.

Paulo Botelho

Especialista em Prótese Dentária pela ABENO
Especialista em Implantodontia pelo ILAPEO

Luís Fernando Reis

Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo
Facial – PUCRS

Professor do Curso de Especialização em
Implantodontia da Universidade Positivo

Sérgio Pereira

Pós-graduado em Implantodontia (Porto, 2001)
Especialista em Implantodontia ILAPEO
Consultor Científico da Neodent Portugal

Daniela Ponzoni,

Orientadora da Monografia

Mestre e Doutora em Cirurgia e Traumatologia Buco-
maxilofacial pela Universidade Estadual Paulista
(UNESP) de Araçatuba - SP

Professora das Disciplinas de Cirurgia Bucomaxilofacial
da Faculdade de Odontologia de Santa Fé do Sul -
FUNEC

Professora do Instituto Latino Americano de Pesquisa
e Ensino Odontológico - ILAPEO.

CASO CLÍNICO

Paciente feminina, 44 anos, não fumante, ASA I, cuja queixa principal era desejar mastigar melhor (Figuras 1 e 2). O caso clínico consiste no levantamento da membrana do assoalho do seio maxilar, preenchimento com osso autógeno e instalação de implantes imediatos.

Na radiografia panorâmica notamos a ausência dos dentes 15 e 16 e a necessidade de enxerto ósseo para reabilitar a região. Como radiograficamente se observou um remanescente ósseo $\geq 4\text{mm}$, foi indicada a instalação de implante imediato a seguir ao enxerto, no caso dois implantes de 13mm de comprimento (Figuras 3 e 4).

Foram realizadas fotografias intrabucais frontais e oclusais da área (Figuras 5 e 6).

Após a anestesia com mepivacaína 2% com adrenalina 1:100.000 foi realizada uma incisão supra-crestal sobre o rebordo, e uma incisão relaxante na mesial do pré-molar. Foi realizado um descolamento com retalho total para a obtenção de boa visualização da região a ser operada.

A janela de acesso ao seio maxilar foi definida tendo por base a imagem radiográfica, a transparência da tábua óssea e o comprimento do implante planejado. O desgaste ósseo foi feito com ponta diamantada esférica n.º 6 em baixa rotação com irrigação abundante (Figura 7).

A membrana foi delicadamente descolada com curetas específicas para seio maxilar, e foi colocada uma tira de gaze umedecida em soro fisiológico para manutenção da membrana afastada (Figura 8).

A região doadora foi a linha oblíqua externa direita do corpo mandibular, sendo que depois de anestesiada com o mesmo anestésico, foi feita uma incisão sob a linha oblíqua desde a região retromolar até a distal do 1.º molar (Figura 9).

A delimitação do bloco a ser removido foi feita com broca esférica de aço n.º 2 em baixa rotação e com irrigação abundante (Figura 10) e as osteotomias superiores e laterais com broca tronco cônica 701 sob intensa refrigeração (Figura 11). A fragilização inferior do bloco foi feita com broca esférica de aço n.º 4.

O bloco foi removido (Figura 12), as arestas ósseas arredondadas e a região foi suturada. Um pequeno bloco (Figura 13), visto que a cavidade a ser preenchida era pequena, e uma boa quantidade de osso particulado foi obtida utilizando o particulador de osso NEODENT (Figura 14).

Como já havia sido planejada a instalação imediata dos implantes, um guia cirúrgico foi previamente confeccionado para ajudar no ideal direcionamento da fresagem para os implantes (Figura 15).

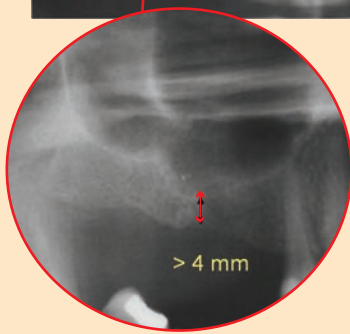
Durante o preparo dos alvéolos, a membrana foi delicadamente protegida com uma cureta adequada, para evitar a sua dilaceração. Terminada a fresagem, primeiramente foi acomodada e condensada uma porção de osso particulado nas regiões mais profundas da cavidade; em seguida foram instalados os implantes (Figura 16), para depois terminar o preenchimento da cavidade (Figura 17). A sutura foi feita com pontos simples com fio de nylon 5.0 (Figura 18), tendo sido removidos após 14 dias. Uma radiografia panorâmica foi realizada para avaliação do enxerto e posição dos implantes (Figura 19).



FIGURAS 1 e 2



FIGURAS 3 e 4



FIGURAS 5 e 6

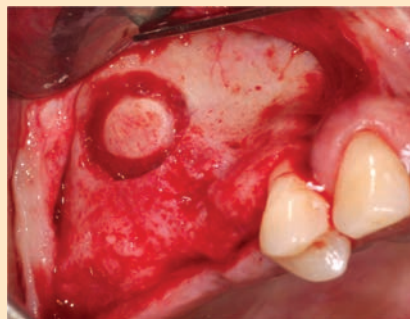


FIGURA 7

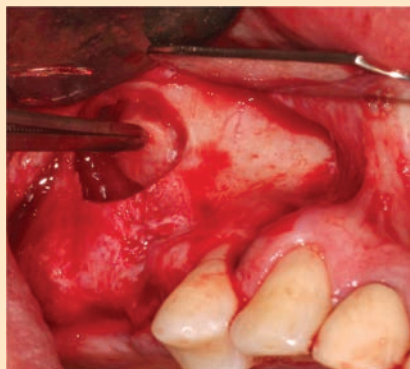


FIGURA 8

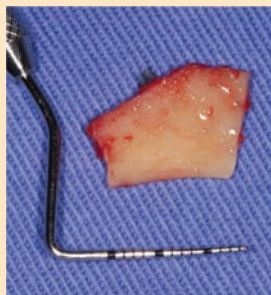


FIGURAS 9 e 10



FIGURAS 11 e 12





FIGURAS 13 e 14



FIGURAS 15 e 16



FIGURA 17



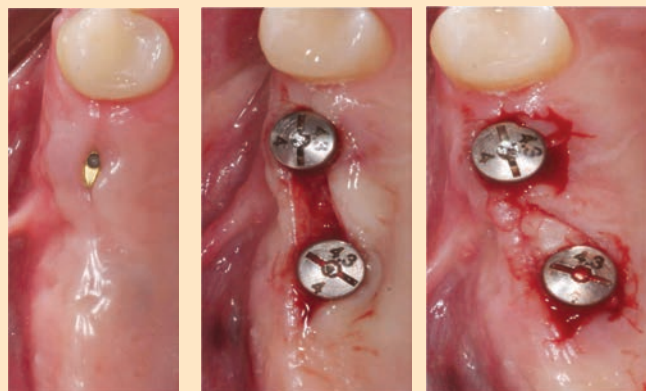
FIGURA 18



FIGURAS 19

Após seis meses, foi realizada a cirurgia para reabertura dos implantes e instalação dos cicatrizadores. Foi feito um reposicionamento gengival para haver uma melhor cicatrização e ganho de mucosa inserida (Figuras 20 a 23).

Passado um mês da reabertura, foram instalados os intermediários protéticos (Mini Pilar Cônico) e realizada a moldagem (Figuras 24 a 27). Foi realizado o enceramento e a fundição da estrutura em tilite, e após o ajuste do metal foi feito o registro interoclusal com resina Pattern Resin e escolhida a cor da cerâmica. A estrutura foi recolocada no modelo e o modelo antagonista reposicionado de acordo com o registro (Figuras 28 a 31). A cerâmica foi aplicada e o caso concluído (Figuras 32 a 34).



FIGURAS 20, 21 e 22



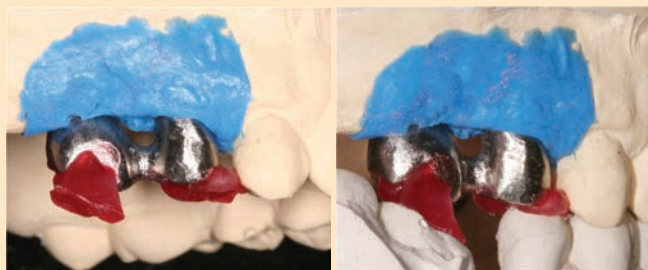
FIGURAS 23, 24 e 25



FIGURAS 26 e 27



FIGURAS 28 e 29



FIGURAS 30 e 31



FIGURAS 32 e 33



FIGURA 34

REFERÊNCIAS

1. ALBREKTSSON, T.; ZARB, G., WORTHINGTON, P.; ERIKSSON, R.A. The long-term efficacy of currently used dental implants: a review and proposed criteria of success. *Int J Maxillofac Implants*, v. 1, n. 1, p. 11-25, 1986.
2. BEZERRA, F.J.B. Planejamento cirúrgico-protético em implantodontia. In: *Terapia clínica avançada em implantodontia*. BEZERRA, F.J.B. & LENHARO, A. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 313p.
3. BLOCK, M.S.; KENT, J.N. Maxillary sinus grafting for totally and partially edentulous patients. *J. Am Dent Assoc*, v. 124, p. 139-143, 1993.
4. BRANEMARK, P.I. *Tissue Integrated Protheses*. Quintessence Publishing Co., Chicago, Illinois, 1985.
5. DIAMENT, M.J. et al. Prevalence of incidental paranasal sinus opacification in pediatric patients. In: STEVÃO, E.L.L. Seios maxilares – uma revisão anatômica baseada na importância para as atuais técnicas de antroplastia ou sinusoplastia maxilar. *BCI*, v. 8, n. 31, p. 188-192, 2001.
6. HIGHMORE, N. *Corporis humani discusio anatomica*. In: STEVÃO, E.L.L. Seios maxilares – uma revisão anatômica baseada na importância para as atuais técnicas de antroplastia ou sinusoplastia maxilar. *BCI*, v. 8, n. 31, p. 188-192, 2001.
7. JACOMINI, A. Eficácia do procedimento de levantamento do seio maxilar em suportar um implante osseointegrado em função. *BCI*, v. 5, p. 57-62, 1998.
8. JENSEN, J.; SINDET-PEDERSEN, S.; OLIVER, A.J. Varying treatment strategies for reconstruction of maxillary atrophy with implants: results in 98 patients. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, v. 52, n. 3, p. 210-216, 1994.
9. LAZARRA, R.J. et al. A prospective multicenter study evaluating loading of osseointegrated implants two months after placement: one-year results. *J. Esthet. Dent.*, v. 10(6), p. 280-289, 1998.
10. LEANDRO, L.F.L. et al. Reabilitação com enxerto ósseo e implantes. *Rev. Brás. Implantodont Prótese Implant*, v. 10, n. 38, p. 159-162, 2003.
11. LINDHE, J. Tratado de periodontologia clínica. In: BEZERRA, F.J.B.; LENHARO, A. *Terapia clínica avançada em Implantodontia*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 329p.
12. LOANNIDOU, E.; DEAN, J. Osteotome sinus floor elevation and simultaneous, non-submerged implant placement: Case report and literature review. *J Periodontol*, v. 71, p. 1613-19, 2000.
13. MACEDO, L. G. S. et al. Osso humano fresco congelado em reconstruções ósseas: estudo retrospectivo e relato de casos. *ImplantNews*, v. 4, n. 1, p. 50-56, 2007.
14. MAGINI, R.S. e cols. *Enxerto ósseo no seio maxilar*. São Paulo: Editora Santos, 2006. 327p.
15. PADOVAN, L.E.EM.; FIGUEIREDO, C.M.; DIAS, R.P.; LOPES, J.F.S.; ALONSO, F.R.; TEIXEIRA, W. Prótese imediata e implante unitário após enxerto ósseo em paciente fissurado: acompanhamento de um ano. *Rev. Implant News*, v. 4, n. 1, p. 31-36, 2007, fevereiro.
16. PELEG, M.; MAZOR, Z.; CHAUSHU, G.; GARG, A.K. Sinus floor augmentation with simultaneous implant placement in severely atrophic maxilla. *J Periodontol*, v. 2, p. 397-403, 1998.
17. PINTO, J.T.; DONÁ, W. Enxerto ósseo autólogo bilateral em seio maxilar, com área doadora intrabucal – relato de caso clínico. *BCI*, v. 8, n. 31, p. 216-219, 2001.
18. RISSOLO, A.R.; BENNETT, J. Bone grafting and its essential role in implant dentistry. In: BEZERRA, F.J.B.; LENHARO, A. *Terapia clínica avançada em Implantodontia*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 329p.
19. SILVA, G. C. Aspectos clínico-radiográficos de uma matriz óssea bovina utilizada em levantamento de seio maxilar. *Revista Implantnews*, v. 4, n. 5, p. 491-5, 2007.
20. SOLDANI, C.; GONÇALVES, F.; GASPARINI, J.L.B.; HAMAOKA, N.; ZANETTI, A.L. Carga imediata unitária em espaço protético reduzido utilizando a técnica transgengival – relato de caso clínico. *Revista Implant News*, n. 3, p. 281-285, 2006, junho.
21. TATUM, O.H. Jr. Maxillary and sinus implant reconstruction. *Dent Clin North Am*, v. 30, p. 207-229, 1986.
22. TOSTA, M.; SACACENI, C. H. C.; BARBOSA, J.; GUERRA, L.; FERRAZ, P.; FILHO, G. S. M.; TOSTA, M.; TUMENAS, I.; KATCHBURIAN. Avaliação clínica e histológica da eficácia de um substituto ósseo em enxertos no seio maxilar em humanos. *Revista Implantnews*, v. 4, n. 5, p. 479-89, 2007.

Avaliação de implantes unitários de 8 e 9 mm em região posterior de mandíbula

Alessandra Lorenzetti Gonçalves Sanches
Especialista em Implantodontia pelo ILAPEO
Professora do curso de Implantodontia/CECIO)

Caio Herman
Mestre e Doutor em Prótese Dentária Unicamp
Professor do Instituto Latino Americano de
Pesquisa e Ensino Odontológico

INTRODUÇÃO

Os implantes osseointegráveis foram desenvolvidos inicialmente para a reabilitação de pacientes totalmente edêntulos¹, entretanto, com o avanço das técnicas e estudos científicos, esta forma de reabilitação estendeu-se para os casos de arcos parcialmente edêntulos² e mais tarde unitários³. Ao longo de mais de 40 anos desde a descoberta da osseointegração, já é documentada a previsibilidade de sucesso dos implantes na reabilitação oral⁴. Porém, alguns fatores podem levar a falha da osseointegração no tratamento com implantes, por exemplo, procedimento cirúrgico inadequado, oclusão deficiente e ausência de planejamento⁵. Neste contexto, houve a necessidade do estabelecimento de critérios para o sucesso na terapia com implantes osseointegrados como: ausência de mobilidade quando testado clinicamente; ausência de radiolucidez peri-implantar; ausência de dor, desconforto ou infecção que possam ser atribuídos ao implante; perda óssea vertical no primeiro ano igual ou inferior a 1,2mm e no máximo 0,2mm após o primeiro ano⁶ além de permitir a instalação de uma prótese satisfatória⁷.

A frequente substituição de próteses removíveis mucosuportadas inadequadas, totais ou parciais, resulta em reabsorção óssea durante seu uso⁸. Isto ocorre principalmente em regiões de extremo livre inferior, acarretando a superficialização do nervo alveolar inferior, impossibilitando a instalação de implantes convencionais⁹.

Diante da imprevisibilidade e alto índice de insucesso encontrados em tratamentos para a atrofia mandibular como enxertos ósseos,¹⁰ distração osteogênica, cirurgia de lateralização, transposição do nervo alveolar inferior e o emprego de implantes inclinados; a técnica mais simples, menos onerosa e mais rápida seria a indicação de implantes curtos¹¹. Em função disso, a utilização de implantes curtos tem solucionado de maneira mais simples e previsível tais situações, e por outro lado,

a aplicação desses implantes tem apresentado resultados altamente favoráveis, com índices de sucesso comparado a implantes longos¹². Embora esta técnica recente apresente um alto índice de sucesso (99,4%)¹³, ainda são tópicos discutidos pela literatura: o índice de sobrevivência, a capacidade de absorção e distribuição de tensão, bem como sua capacidade de suportar próteses fixas implanto suportadas.

Considerando a necessidade de mais informações a respeito destes implantes aliado a situações clínicas onde estes se fazem necessários para reabilitações, principalmente as individuais, este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação de implantes curtos unitários em região posterior de mandíbula pós carga funcional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização deste trabalho foram selecionados pacientes que apresentavam reabilitações unitárias do tipo parafusadas ou cimentadas suportadas por implantes de 8 e 9 mm de comprimento. Todas as próteses eram do tipo metalocerâmica e foi considerado apenas o tipo de reabilitação e o tamanho do implante. Os pacientes apresentavam idade entre 32 e 58 anos, sendo 8 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, totalizando 10 pacientes e 10 implantes, todos em região posterior de mandíbula. Os critérios de exclusão dos pacientes eram: necessidade de técnicas prévias de enxertos para ganho de

tecido ósseo ou uso de biomaterial, problemas sistêmicos, hábitos parafuncionais e tabagismo.

Para avaliação, foi utilizada uma ficha específica para reabilitações implanto-suportadas unitárias. Tal ficha foi feita baseada num estudo de acompanhamento clínico longitudinal que se encontra em andamento no ILAPEO (Instituto Latino Americano de Ensino e Pesquisa Odontológico, Curitiba, Brasil) e em intuições parceiras. O preenchimento da ficha era individual e foi realizado por um único examinador, evitando assim dúvidas durante o preenchimento. Na ficha de avaliação havia questionamento sobre: (1) condição dos implantes; (2) tipo de prótese (parafusada ou cimentada); (3) técnica direta ou segmentada; (4) condição dos parafusos protéticos; (5) qualidade do tecido mole; (6) perda óssea horizontal em relação à plataforma dos implantes; (7) número de atendimentos necessários após instalação da prótese e (8) grau de satisfação do paciente.

Não foi aplicada carga imediata em nenhum dos casos, porém informações a respeito da estabilidade primária dos implantes não foram observadas no presente estudo. As reabilitações foram realizadas em região posterior de mandíbula sobre implantes com interfaces tipo Hexágono Externo e Cone Morse (Neodent, Curitiba, Brasil). A tabela I apresenta a região reabilitada, tipo, diâmetro do implante utilizado, comprimento e tempo de instalação da prótese.

Região	Tipo	Diâmetro	Comprimento	Tempo de acompanhamento (meses)
45	Hexágono Externo Ti Medular	4.0	9 mm	18
36	Hexágono Externo Ti Mortical	4.0	9 mm	19
36	Cone Morse	3.75	9 mm	2
45	Cone Morse	3.75	9 mm	3
36	Cone Morse	4.0	8 mm	2
36	Cone Morse	3.75	9 mm	2
36	Cone Morse	4.0	8 mm	17
36	Hexágono Externo Ti Medular	4.0	9 mm	7
36	Hexágono Externo Ti Cortical	4.5	9 mm	19
46	Hexágono Externo Ti Cortical	5.0	9 mm	23

Tabela I. Região reabilitada, tipo, diâmetro de implante utilizado, comprimento e tempo de instalação da prótese

RESULTADOS

Em relação a restauração protética, sete coroas eram do tipo parafusadas (70%) e 3 cimentadas (30%). Entre essas, sete eram segmentadas ou sobre intermediário (70%) e 3 parafusadas direto sobre o implante (30%).

Depois de aplicado o questionário durante atendimento clínico, pode-se observar:

- (1) Todos os 10 implantes apresentavam condições adequadas, sem mobilidade ou sinais de infecção ou dor em função;
- (2) Não foi diagnosticado nenhum caso de perda ou desaperto dos parafusos;
- (3) Ausência de sangramento gengival;
- (4) Oito casos (80%) com perda óssea menor ou igual a 1,0mm e apenas 2 (20%) casos com área radiolúcida igual ou maior que 2mm;
- (5) Apenas 1 paciente (10%) necessitou de atendimento após instalação, devido à complicação na prótese, referentes a ausência de ponto de contato e infra-oclusão;
- (6) Todos se apresentaram totalmente satisfeitos com o tratamento.

DISCUSSÃO

O alto índice de sucesso em relação à utilização de implantes curtos em mandíbula coincide com dados prévios de Deporter et al.¹⁴, que analisaram o sucesso de implantes de 168 implantes com 6 mm de diâmetro e 8 mm de comprimento na região posterior de maxilares superiores e inferiores, todos instalados na área de primeiro e segundo molares. Quando avaliado o resultado do presente estudo, segundo os critérios de sucesso de Albrektsson et al.⁶, a taxa de sucesso cumulativa global foi de 100%.

O tipo ósseo da região e correto manuseio dos tecidos durante o ato cirúrgico resulta em elevados índices de sucesso¹⁶, explicando os resultados do presente estudo. Qualidade óssea ruim é provavelmente o fator mais significativo associado ao fracasso de implantes, que aliado ao comprimento curto resultaria em menor estabilidade mecânica¹⁷. Além disso, um fator isolado, como somente o comprimento dos implantes, não deve ser considerado, fatores de riscos múltiplos devem ser observados, principalmente em relação à qualidade do ato cirúrgico¹⁵.

A alternativa da utilização de implantes curtos (5 mm de diâmetro e 6 mm de comprimento) deve ser considerada em situações como morbidez do paciente, reabsorção óssea decorrente de

procedimentos de enxertia, duração do período de tratamento e simplicidade². Entretanto, segundo alguns autores, o tratamento com cirurgias de enxerto comparativamente aos implantes curtos também apresenta um alto índice de sucesso¹⁸.

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o tamanho reduzido e falta de padronização da amostragem, além de tempo curto de avaliação (em alguns casos menores que 6 meses). Assim, não foi possível avaliar a perda óssea marginal no primeiro ano do implante com a prótese em função. Sobre a definição de implantes curtos ainda há controvérsias na literatura, alguns mencionam implantes de 6 e 7 mm de comprimento², outros 7 e 9 mm¹⁹. Porém, independente do comprimento do implante, o alto índice de sucesso desta modalidade de tratamento depende basicamente de um planejamento cirúrgico detalhado baseado na posição ideal dos implantes segundo a necessidade protética¹⁶.

CONCLUSÃO

Dentro das limitações do presente estudo, podemos concluir que a utilização de implantes curtos para reabilitações unitárias em regiões posteriores de mandíbula pode apresentar-se como uma alternativa viável.

REFERÊNCIAS

1. Brånemark, P.I.; Hansson B.O.; Adell R.; Breine, U.; Lindström J.; Hallen O.; Ohman, A. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl* 1977;16:1-132.
2. Friberg, B.; Grondahl, K.; Lekholm, U.; Brånemark, P.I. Long-term follow-up of severely atrophic edentulous mandibles reconstructed with short Brånemark implants. *Clin Implant Dent Relat Res* 2000;2:184-189.
3. Renouard, F.; Nisand, D. Short implants in the severely resorbed maxilla: a 2-year retrospective clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res* 2005;7:104-110.
4. Andersson B.; Odman P.; Lindvall AM.; Brånemark, P.I. Cemented single crowns on osseointegrated implants after 5 years: results from a prospective study on CeraOne. *Int J Prosthodont* 1998;11:212-8.
5. Esposito, M.; Hirsch, J.M.; Lekholm, U.; Thomsen, P. Biological factors contributing to failures of osseointegrated oral implants. *Eur J Oral Sci* 1998;106:721-64.
6. Albrektsson, T.; Zarb, G.; Worthington P. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986;1:11-25.
7. Smith, D.E.; Zarb, G.A. Criteria for success of osseointegrated endosseous implants. *J Prosthet Dent* 1989;62:567-72.
8. Griffin, T.J.; Cheung, W.S. The use of short, wide implants in posterior areas with reduced bone height: a retrospective investigation. *J Prosthet Dent* 2004;92:39-44.
9. Van Steenberghe, D.; Lekholm, U.; Bolender, C. The applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism: A prospective multicenter study on 558 fixtures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990;5:272-281.
10. Melhado, R.M.D.; Vasconcelos, W.V.; Francischone, C.E.; Quinto, C.; Petrilli, G. Avaliação clínica de implantes curtos (7mm) em mandíbulas. Acompanhamento de dois a 14 anos. *Revista ImplantNews* 2007;4:147-51.
11. Neves F.D.; Fones, D.; Bernardes, S.R. et al. Short implants-An analysis of longitudinal studies. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2006;21:86-93.
12. Gentile, M.A.; Chuang, S.K.; Dodson, T.B. Survival estimates and risk factors for failure with 6 x 5.7-mm implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:930-7.
13. Nedir, R.; Bischof, M.; Briaux, J.M.; Beyer, S.; Szukler-Moncler, S.; Bernard, J.P. A 7-year life table analysis from a prospective study on ITI implants with special emphasis on the use of short implants. Results from a private practice. *Clin Oral Implants Res* 2004;15:150-7.
14. Deporter, D.; Todescan, R.; Caudry, S. Simplifying management of the posterior maxilla using short, porous-surfaced dental implants and simultaneous indirect sinus elevation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:476-85.
15. Henry, P.J.; Tolman, D.E.; Bolender, C. The applicability of osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: Three-year results of a prospective multicenter study. *Quintessence Int* 1993;24:123-29.
16. Bahat, O. Brånemark system implants in the posterior maxilla: Clinical study of 660 implants followed for 5 to 12 years. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:646-653.
17. Bahat, O. Treatment planning and placement of implants in the posterior maxillae: Report of 732 consecutive Nobelpharma implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8:151-161.
18. Jemt, T.; Lekholm, U. Implant treatment in edentulous maxillae: A 5-year follow-up report on patients with different degrees of jaw resorption. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1995;10:303-311.
19. Deporter, D.; Pilliar, R.M.; Todescan, R.; Watson, P.; Pharoah, M. Managing the posterior mandible of partially edentulous patients with short, porous-surfaced dental implants: early data from a clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2001;16:653-8.

Seria possível evitar a perda óssea Periimplantar? Revisão crítica com apresentação de um caso clínico

Sérgio Rocha Bernardes

Mestre e Doutor em Reabilitação Oral;
Professor do Instituto Latino de
Pesquisa e Ensino Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);

Caio Herman

Mestre e Doutor em Prótese Dental;
Professor do Instituto Latino de Pesquisa e
Ensino Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);

Érica de Souza Romanini

Especialista em Implantodontia - UTP;
Professora do Instituto Latino de
Pesquisa e Ensino Odontológico

Ivete A. de Mattias Sartori

Mestre e Doutora em Reabilitação Oral;
Vice-Diretora do Instituto Latino
Americano de Pesquisa e Ensino
Odontológico
(ILAPEO - Curitiba-PR);

INTRODUÇÃO

Em 1986¹, foram determinados alguns critérios de sucesso para os implantes dentários, entre eles, uma perda óssea periimplantar de 1,2 mm no primeiro ano em função da fixação, foi indicada como um fato previsível que não afetaria o sucesso clínico. Com o passar dos anos o uso dos implantes dentários passou de restaurações parciais² para unitárias³ e fatores como a estética dos casos se tornou tão importante quanto a reabilitação por si só. Assim, outros critérios propostos posteriormente⁴ passaram a considerar a manutenção da prótese como uma condição importante na avaliação do tratamento. Desde então, conceitos como o da instalação do implante guiada pela prótese⁵ e posição tridimensional ideal dos implantes em relação à restauração⁶ passaram a serem vistos como importantes na determinação da qualidade final do trabalho.

Considerações que eram pouco relevantes, passaram a ter grande valor para o sucesso do caso clínico, principalmente quando há estética envolvida. Distâncias ideais do ponto de contato até a crista óssea⁷, bem como posição ideal entre dois implantes dentários⁸ começaram a ser estudadas para se obter formação de papilas gengivais vizinhas as próteses sobre implantes. Com base nessa necessidade, a preocupação com a preservação do osso periimplantar cresceu e é hoje, em determinados casos clínicos, motivo de atenção especial para o implantodontista.

O objetivo desse artigo é mostrar alguns fatores relevantes, que tem se mostrado coadjuvantes para essa preservação, através de uma revisão crítica na literatura. Será apresentado um caso clínico para ilustração do assunto abordado.

CASO CLÍNICO

Paciente F.B., sexo masculino, 56 anos, procurou o ILAPEO para atendimento clínico apresentando o elemento 36 com tratamento endodôntico insatisfatório e lesão de furca grau II (Figura 1). Com base nos achados clínicos e radiográficos foi indicada a extração do mesmo e a instalação de um implante. A exodontia exigiu secção radicular devido à anquilose que o mesmo apresentava. Optou-se pela espera de 4 meses para cirurgia de instalação do implante dentário devido à perda óssea decorrente do trauma cirúrgico (Figura 2).

Foi realizada instalação de implante Cone Morse Cortical (Neodent, Curitiba, Brasil) de 5,0 de diâmetro por 11 mm de comprimento, que apresentou 45 N.cm de estabilidade primária, aferida através da catraca cirúrgica. No mesmo ato foi colocado cicatrizador de 4,5 mm de altura por 4,5 mm de diâmetro. A figura 3 mostra a condição clínica e radiológica do caso antes da fase protética. Dois meses depois da cirurgia, a coroa final foi entregue em uma semana de tratamento.

Foi feita a opção por prótese unitária parafusada com a instalação de um pilar CM (Neodent). Utilizou-se o kit de seleção (kit de seleção de componentes CM, Neodent) para correta seleção do componente protético mais indicado para o caso clínico, o kit é apresentado na figura 4. O paciente apresenta um fenótipo gengival favorável, rico em fibras conjuntivas e em quantidade de tecido, a figura 5 mostra a quantidade de remanescente gengival com ajuda de uma sonda que se adapta no implante Medidor de altura CM (Neodent, Curitiba, Brasil).

Sabendo que na análise da altura do sulco gengival, deve-se optar por um componente protético com altura suficiente para que a linha de término da prótese não invada o espaço biológico periimplantar e que o término do componente deve ficar, no mínimo 1,5 mm longe da crista óssea remanescente e 1,0 mm intrasulcular, de maneira com que seja respeitado o espaço biológico (figura 6) e o metal do componente protético não fique exposto, o que traria consequências negativas para a estética do caso⁹, a escolha apresentou características limítrofes. Para melhor orientar a escolha, um componente que faz parte do kit de seleção foi adaptado no implante. O uso desse componente apresenta a vantagem de permitir a obtenção da imagem radiográfica da altura da cinta do intermediário que está sendo escolhido em relação à altura da crista óssea (figuras 7A e 7B) o que possibilita as análises das medidas recomendadas na figura 6. Após a instalação do intermediário, foi realizada a moldagem e os passos necessários para a obtenção da coroa. A mesma foi instalada (figura 8) e o parafuso protético recebeu torque de 10Ncm. As figuras 9A e 9B mostram as imagens radiográficas obtidas no momento da instalação da prótese e no acompanhamento de 16 meses.



FIGURA 1 -
Imagem Radiográfica inicial.

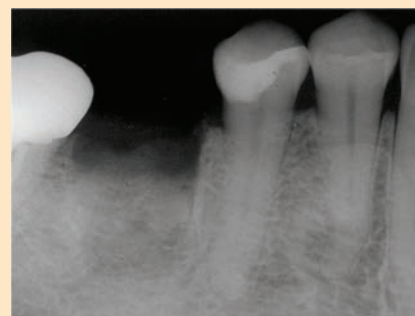


FIGURA 2 -
Pós-operatório imediato, após exodontia 36.



FIGURAS 3A e B - Visão intra oral e radiográfica do Caso clínico 2 meses depois da cirurgia de instalação do implante.



FIGURA 4 - Kit de seleção de componentes CM.



FIGURAS 5A e B - Visão oclusal do arcabouço gengival remanescente, note na qualidade do tecido e a boa aparência sulco gengival. Medidor de altura CM auxiliando no diagnóstico da altura de tecido remanescente.

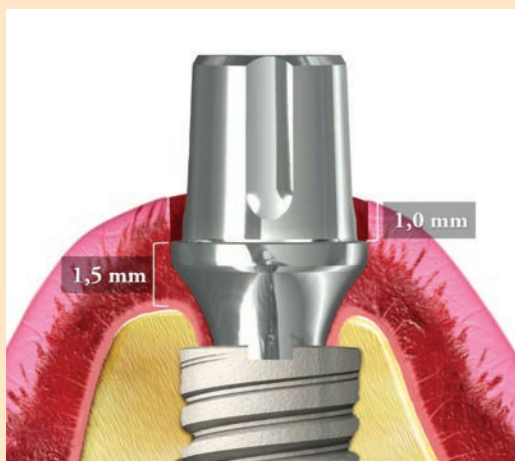


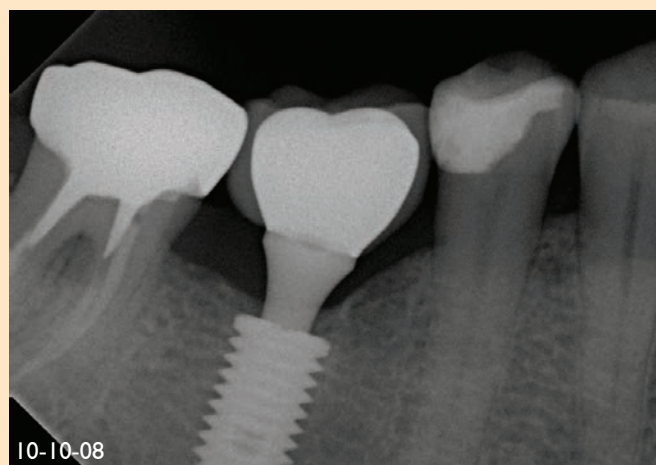
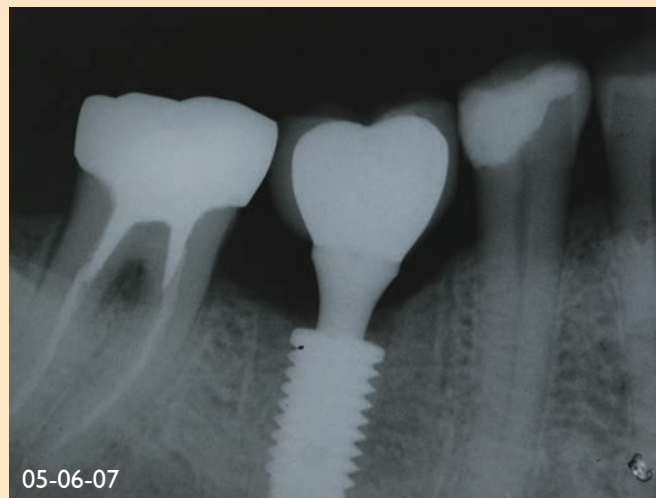
FIGURA 6 - Alturas mínimas recomendadas para escolha de um componente Cone Morse.



FIGURAS 7A e B - Seleção da angulação, espaço interoclusal e diagnóstico final da correta distância do término da restauração.



FIGURAS 8A, B e C - Prótese instalada.



FIGURAS 9A e B - Radiografia periapical no momento da instalação da prótese final e acompanhamento de 16 meses.

DISCUSSÃO

Muito se tem discutido, nestes mais de 40 anos, em relação aos implantes dentários osseointegráveis. Inúmeros desenhos de implantes já foram propostos e estudados¹⁰. No atual estágio da técnica, sabe-se que implantes parafusados apresentaram melhores resultados clínicos quando comparados a implantes sem roscas, pois esses apresentam perdas ósseas mais proeminentes¹¹. Um modelo de implantes sem roscas no terço coronário da fixação, próximo ao módulo da crista ou plataforma do implante, foi proposto por volta de 1988. Depois de 6 meses de acompanhamento pode-se observar perda óssea acentuada¹², mostrando que esse modelo sem roscas dificultaria a manutenção de tecido duro a longo prazo. Uma das razões sugeridas para esse padrão de perda óssea seria maior concentração de tensões periimplantares, em função de menor área de contato osso/implante¹³. Assim, um modelo de implantes com roscas até o módulo da crista, como o utilizado no presente caso clínico, favorece a manutenção de tecido ósseo em longo prazo.

Superfície tratada é uma característica importante para aumento da área de contato osso/implante¹⁴ e para manutenção longitudinal de tecido duro. Alomrani et al¹⁵ avaliaram, entre outras coisas, a capacidade de manutenção de tecido ósseo em um modelo animal. No estudo foram comparados implantes de diferentes desenhos, dentre eles, dois foram instalados com a interface pilar/implante ligeiramente acima do leito ósseo, um com “colarinho” liso e outro com superfície tratada. O modelo tratado apresentou maior capacidade de manutenção de tecido ósseo longitudinalmente.

O implante avaliado no presente estudo apresenta superfície tratada até a parte superior do módulo da crista ou terço cervical e foi instalado em nível subcrestal. Implantes cone Morse Neodent devem ser instalados em nível subcrestal para maior estabilidade da crista óssea alveolar remanescente¹⁶. Aconselha-se a instalação de implantes cone Morse pelo menos 1,5 mm abaixo da crista. Conseqüentemente, o desenho de implantes cone Morse, com “*platform switching*”, quando corretamente instalados, podem apresentar formação de tecido ósseo sobre o módulo da crista do implante¹⁷. Devido às características citadas e em função da formação do espaço biológico periimplantar, o tecido mole apresenta volume que facilita a obtenção de estética periimplantar desde que a escolha do componente protético também respeite os limites. Normalmente quando trabalhamos com componentes protéticos de implantes cone Morse, selecionamos cintas maiores do que usualmente trabalharíamos com os implantes de hexágono externo ou interno. Não há necessidade de escolhas muito subgingivais, uma vez que a altura do tecido gengival tem maior estabilidade.

Certamente o grau de manutenção do tecido duro periimplantar não depende apenas do desenho do implante dentário. A correta aplicação da técnica, assim como fatores anatômicos locais do paciente são decisivos para o sucesso clínico. Se necessário, enxertos devem ser realizados antes da instalação dos implantes dentários para melhor prognóstico do caso. No exemplo ilustrado, o implante e o componente protético foram instalados corretamente, respeitando a biologia local em sincronia com uma macro e microestrutura de implante favorável para manutenção da crista óssea periimplantar, conforme encontrado no estudo radiológico.

O sucesso clínico de tratamentos com implantes dentários osseointegrados e a manutenção da crista óssea periimplantar dependem diretamente de: (1) fatores biológicos associados ao local de instalação do implante, (2) o sistema de implante selecionado e (3) a técnica cirúrgico-prótese empregada.

REFERÊNCIAS

1. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P. The long-term efficacy of currently used dental implants. A review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986;1:11-25.
2. Brånemark P-I, Zarb G, Albrektsson T, (eds). *Tissue-integrated prostheses – Osseointegration in Clinical Dentistry*. Chigaco: Quintessence, 1985.
3. Jemt T. Modified single and short-span restorations supported by osseointegrated fixtures in the partially edentulous jaw. *J Prosthet Dent*. 1986;55:243-7.
- Smith, D.E.; Zarb, G.A. Criteria for success of osseointegrated endosseous implants. *J Prosthet Dent* 1989;62:567-72.
4. Garber DA, Belser UC. Restoration-driven implant placement with restoration-generated site development. *Compend Contin Educ Dent*. 1995;16:796,798-802,804.
5. Saadoun AP, LeGall M, Touati B. Selection and ideal tridimensional implant position for soft tissue aesthetics. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 1999;11:1063-72.
6. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol*. 2006;77:614-621.
7. Becktor JP, Isaksson S, Billström. Biological width around titanium implants: a physiologically formed and stable dimension over time. *Clin Oral Implants Res*. 2000;11:1-11.
8. Sartori IAM, Bernardes SR, Molinari A, Herman C, Thomé, G. Intermediários para implantes cone Morse: seleção e utilização. *JILAPEO* 2008;3:96-104.
9. Jokstad, A., et al., Quality of dental implants. *International Dental Journal* 2003; 53(6 Suppl 2):p.409-43.
10. Albrektsson T, Johansson CB, Sennerby L. Biological aspects of implant dentistry: Osseointegration. *Periodontol* 2000 1994;4:58-73.
11. Malevez C, Hermans M, Daelemans P. Marginal bone levels at Brånemark system implants used for single tooth restoration. The influence of implant design and anatomical region. *Clin Oral Implants Res*. 1996;7:162-9.
12. Tada S, Stegaroiu R, Kitamura E, Miyakawa O, Kusakari H. Influence of implant design and bone quality on stress/strain distribution in bone around implants: a 3-dimensional finite element analysis. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2003;18:357-68.
13. Wennerberg A, Albrektsson T, Andersson B, Krol JJ. A histomorphometric and removal torque study of screw-shaped titanium implants with three different surface topographies. *Clin Oral Implants Res*. 1995;6:24-30.
14. Alomrani AN, Hermann JS, Jones AA, Buser D, Schoolfield J, Cochran DL. The effect of a machined collar on coronal hard tissue around titanium implants: a radiographic study in the canine mandible. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2005; 20:677-86.
15. Novaes AB Jr, Barros RR, Muglia VA, Borges GJ. Influence of interimplant distances and placement depth on papilla formation and crestal resorption: a clinical and radiographic study in dogs. *J Oral Implantol*. 2009;35:18-27.
16. Degidi M, Piattelli A, Shibli JA, Strocchi R, Lezzi G. Bone formation around a dental implant with a platform switching and another with a tissue care connection: a histologic and histomorphometric evaluation in man. *The Int J Dent Impl Biomat* 2009;1:8-15.

Carga imediata em overdenture mandibular relato de caso clínico

Clebio Domingues da Silveira Júnior
Doutorando em Reabilitação Oral – Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto – USP (FORP/USP)
Mestre em Reabilitação Oral – FOUFU
Especialista em Prótese Dentária - Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal de
Uberlândia (FOUFU)
Consultor Científico da Neodent

Tânia de Freitas Borges
Mestre em Reabilitação Oral – FOUFU
Doutorando em Reabilitação Oral – Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto – USP (FORP/USP)

Letícia Resende Davi
Mestre em Reabilitação Oral – FOUFU
Doutorando em Reabilitação Oral – Faculdade de
Odontologia de Ribeirão Preto – USP (FORP/USP)

Renata Garcia Ferreira
Especialista em Periodontia - FOUFU

INTRODUÇÃO

O conceito da osseointegração tem sido amplamente utilizado como uma alternativa às próteses removíveis convencionais na reabilitação de pacientes edêntulos, com previsibilidade e longevidade ao tratamento. A falta de retenção da prótese total inferior pode levar a problemas funcionais e inclusive sociais, os quais podem ser solucionados com a colocação de 2 implantes para reter uma overdenture e melhorar o prognóstico da prótese mandibular^(1,2). O protocolo clássico da osseointegração de overdentures implanto retidas na mandíbula estabelece o tempo de 3 meses para cicatrização, evitando carga funcional sobre os implantes. Entretanto, o tempo prolongado de cicatrização pode levar a situações intoleráveis pelo paciente que utiliza uma prótese total inferior e que possui limitação física.

A utilização de carga imediata em implantes que suportam overdentures mandibulares minimiza o tempo entre a cirurgia e as fases protéticas. Além disso, o tratamento com carga imediata em overdenture na mandíbula é uma realidade de sucesso comprovado por vários pesquisadores^(3,4,5). A prótese total provisória ou definitiva é colocada normalmente dentro de 48 horas após o procedimento cirúrgico^(4,6), quando é alcançada a estabilidade primária dos implantes⁽⁷⁾. A colocação de 2 a 4 implantes na região interforaminal da mandíbula é seguida da instalação do sistema barra-clipe para a retenção da overdenture inferior, que será imediatamente submetida à carga funcional. O resultado obtido por este procedimento promove satisfação e melhora na performance mastigatória⁽⁸⁾, bem como melhora na qualidade de vida dos pacientes edêntulos^(2,9).

O objetivo deste relato de caso clínico é descrever o sistema de barra-clip de overdenture sobre 2 implantes, utilizando um protocolo de carga imediata.

CASO CLÍNICO

A paciente I.O., 62 anos, portadora de prótese total superior e inferior, procurou atendimento em clínica privada relatando insatisfação com sua prótese inferior. Sua queixa principal era com relação a instabilidade e por isso gostaria de um tratamento com implantes dentários. Após a explicação sobre as formas, tempo necessário para realização e valores dos possíveis tratamentos definiu-se pela realização de “Overdenture” sobre dois implantes com carga imediata inferior e confecção de nova prótese total superior. Rx inicial (Figura 1).

Procedimentos iniciais:

Nas primeiras sessões clínicas foram realizados os procedimentos convencionais para a confecção das próteses totais, superior e inferior, como, moldagens anatômicas, moldagens funcionais, confecção dos modelos de trabalho, confecção das placas de registro interoclusais e montagem em ASA.

Planejamento da posição dos implantes e da barra:

Antes da montagem dos dentes realizou-se o planejamento da localização dos implantes e da futura barra. Para isso foram traçados, no modelo inferior, duas linhas partindo da região das papilas retromolares, direita e esquerda, em direção anterior sobre a crista do rebordo. A bissetriz do ângulo formado pelas duas linhas indicou o ponto mais central do rebordo anterior onde deveria estar o centro da barra (Figura 2). Os implantes deveriam estar equidistantes deste ponto respeitando uma distância mínima entre eles de 16 mm. A barra deveria ser posicionada paralelamente ao plano oclusal e perpendicular àquela bissetriz para possibilitar o movimento rotacional da prótese. O próximo passo foi realizar um alívio em gesso no local que seria ocupado pela barra e pelos pilares.

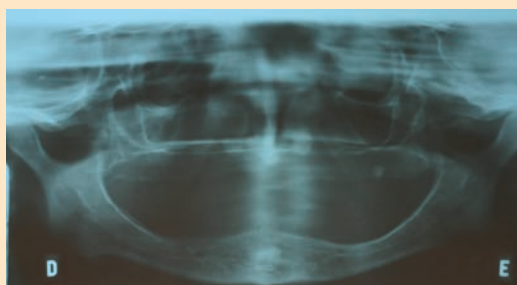


FIGURA 1 -
Panorâmica
inicial.



FIGURA 2 -
Planejamento da posição
dos implantes e da barra.

Alívio em cera:

Antes da confecção do alívio em gesso foi feito primeiramente um alívio em cera. Para determinar o comprimento do alívio considerou-se a distância entre os dois implantes somando-se mais dois milímetros para cada lado, direito e esquerdo, gerando a distância de 20 mm. Para determinar a altura foi calculado o espaço necessário para o posicionamento do conjunto barra-clipe (3,0mm) somando mais 2,0mm que é distância que a barra deveria ficar do rebordo alveolar gerando a medida de 5,0mm. Para determinar a largura do alívio levou-se em consideração o diâmetro dos implantes mais um milímetro de cada lado, lingual e vestibular gerando a medida de 6,0mm (Fig.3).

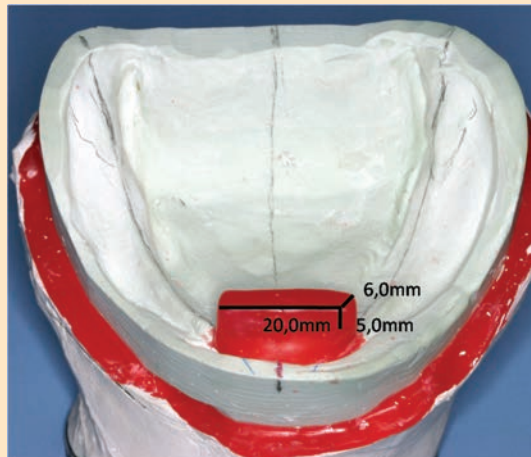


FIGURA 3 - Alívio em cera no modelo de trabalho inferior.

Alívio em gesso:

O alívio em cera foi moldado com silicona de condensação de consistência pesada. Após sua polimerização, foi retirada a parte superior do molde (Figura 4). Foram feitas algumas retenções com broca esférica, na região que antes estava ocupada pela cera para vazamento do gesso através da abertura superior do molde de silicone. Após a presa do gesso (Figura 5), os modelos foram enviados para o protético para a confecção de nova base inferior para posterior montagem dos dentes. O espaço mínimo necessário para os dentes e resina acrílica é de 8 mm⁽¹⁰⁾.



FIGURA 4 - Moldagem da cera com silicona.
Abertura da parte superior.

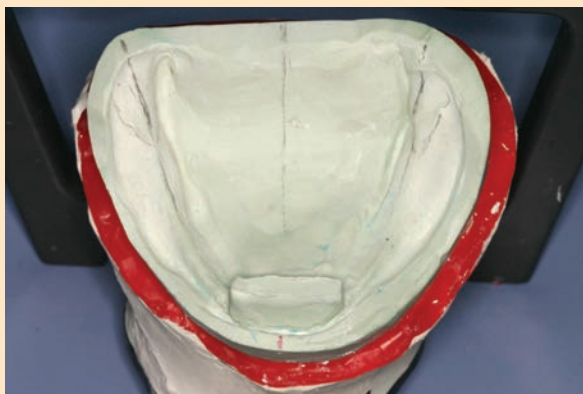


FIGURA 5 - Alívio em gesso proveniente do vazamento do molde de silicone.

Prova dos dentes, acrilização e instalação das próteses totais:

Após a prova dos dentes, as próteses foram acrilizadas e posteriormente instaladas (Figura 6). A intenção era que a paciente se adaptasse às novas próteses antes da instalação dos implantes. Foram necessárias três sessões clínicas de ajustes das regiões com sobre-extensão e ajustes oclusais.



FIGURA 6 - Próteses totais, superior e inferior, instaladas previamente à instalação dos implantes.

Confecção do guia multifuncional:

O guia multifuncional foi confeccionado em resina acrílica autopolimerizável incolor a partir da duplicação da prótese total inferior já acrilizada. A parte superior da região aliviada foi aberta para a instalação dos implantes nos locais pré-determinados (Figura 7A e B).



FIGURAS 7A e B - Abertura do guia multifuncional. A) Vista inferior e B) Vista oclusal.

Instalação dos implantes:

Antes do início da cirurgia o guia foi provado testando seu assentamento e oclusão. Após o rebatimento do retalho realizou-se regularização do rebordo alveolar, este procedimento foi previsto previamente por meio da radiografia panorâmica. Foram instalados dois implantes Titamax Cortical (Neodent; Curitiba, Brasil) de 13mm de comprimento e 3,75mm de diâmetro seguindo-se o protocolo preconizado no catálogo da empresa. O correto posicionamento dos implantes foi assegurado pelo guia multifuncional (Figura 8).

Antes da sutura foram posicionados componentes de moldagem para moldeira aberta facilitando assim o procedimento de moldagem (Figura 9).



FIGURA 8 - Guia multifuncional e paralelizadores orientando a instalação dos implantes.



FIGURA 9 - Componentes de moldagem envolvidos com resina acrílica.

Moldagem de transferência:

Para a moldagem de transferência foi utilizado o guia multifuncional como moldeira individual. Para isso foram feitos dois orifícios na região vestibular que tinham o objetivo de entrada e saída do material de moldagem (Impregum-F®, 3M ESPE, Seefeld, Germany) impedindo a formação de bolhas de ar e ainda possibilitando a união dos componentes de moldagem ao guia. Somente a região anterior necessitou ser moldada para a confecção da barra (Figura 10).

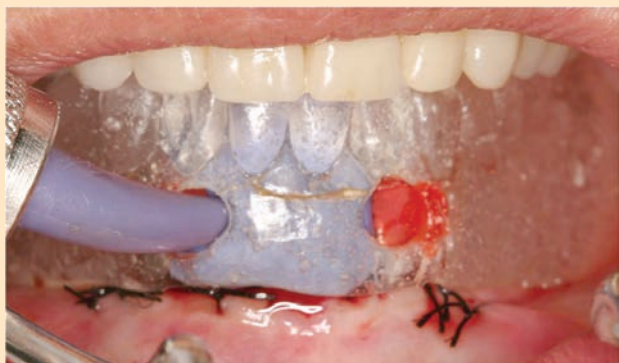


FIGURA 10 - Componentes de moldagem unidos ao guia e moldagem com poliéter.

Confecção de modelo em silicone:

O modelo para a confecção da barra foi vazado primeiramente com silicóna de condensação de consistência leve e depois de sua polimerização foi acrescentado gesso pedra especial como base do modelo (Figuras 11 e 12). Este modelo permitiu a adaptação da prótese total, procedimento indispensável para ajustar no laboratório o encaixe da barra no alívio interno da prótese. Apesar deste alívio já estar pronto, alguns ajustes foram necessários.



FIGURA 11 - Confecção do modelo para confecção da barra e posterior ajuste da prótese.



FIGURA 12 - Modelo contendo os análogos de implantes.

Confecção da Barra:

A barra foi confeccionada utilizando-se dois UCLAs rotacionais (Neodent; Curitiba, Brasil) (Fig. 13) e o Kit barra-clip (Neodent; Curitiba, Brasil) (Fig. 14). Para sobrefundição dos UCLAs e

fundição da barra foi utilizado a liga metálica StarLoy C® (Degudent Hanau-Wolfgang, Alemanha). Foi feita fundição em monobloco e posterior seccionamento da barra para soldagem a laser, garantindo assim seu assentamento “passivo” (Fig. 15).

O Kit barra-clip é composto por três elementos. Possui uma barra calcinável de secção transversal circular com uma “ponte” vertical para aumentar sua resistência à flexão. O segundo componente é chamado de “capa clip”, elemento também calcinável que após fundição é capturado na base da prótese para alojar o clip plástico que é o terceiro componente (Figura 16). Este deverá ser trocado periodicamente assim que perder sua capacidade de retenção. O tempo de troca varia para cada caso clínico, dependendo da exigência funcional.



FIGURA 13 - Componentes UCLA's Neodent.

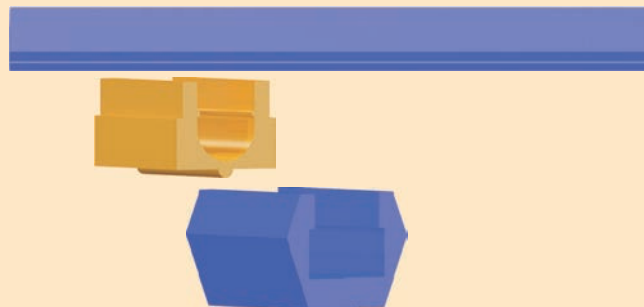


FIGURA 14 - Kit barra-clip contendo a barra calcinável, a capa-clip calcinável e o clip.



FIGURA 15 - Barra pronta sendo provada no modelo de silicone.

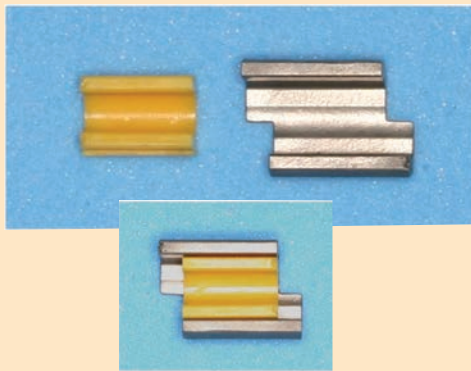


FIGURA 16 - Capa-clip já fundido. Para a captura da capa-clip deve-se acoplar o clip plástico.

Ajuste da prótese no modelo de silicone:

O ajuste da prótese no modelo de silicone é um procedimento importante e que agiliza a etapa clínica de instalação da barra e captura do clip (Figura 17).



FIGURA 17 - Ajuste do alívio interno da prótese sobre o conjunto barra, capa-clip e clip.

Prova da barra e captura do clipe:

No dia seguinte à instalação dos implantes foi feita a prova e instalação da barra. Para testar a passividade de assentamento foi feito pressão digital alternada e o teste de parafuso único. A sensibilidade do paciente também é uma importante informação, devendo o mesmo não sentir dor, pressão ou desconforto. A barra foi instalada com torque de 20 Ncm nos parafusos dos pilares UCLA's. e o orifício vedado com guta percha e resina fotopolimerizável. Antes da captura da capa-clip foi checado o assentamento da prótese, pequenos ajustes em boca ainda foram necessários.

A captura do conjunto capa-clip foi feito com resina acrílica autopolimerizável colocada nas regiões retentivas da capa metálica (Figura 18). A resina não poderia escoar para a área do clipe plástico pois assim, o movimento de remoção da prótese

ficaria impedido. Após a polimerização da resina a prótese foi removida da boca para a colocação de novas porções de resina, nos espaços que ficaram vazios (Figura 19) e posterior acabamento e polimento da resina.



FIGURA 18 - Captura em boca do conjunto capa-clip/clip.



FIGURA 19 - Complemento de resina acrílica após captura do conjunto capa-clip/clip.

Instruções à paciente:

A paciente foi instruída a retirar e colocar a prótese em uma só direção, correspondente ao longo eixo dos implantes. Cargas laterais poderiam trazer problemas para a osseointegração. O encaixe do clip sobre a barra deveria ser feito em um movimento único.

Também foram dadas instruções quanto à alimentação e higienização. Deveriam ser evitados alimentos duros e a ação de corte dos dentes anteriores pelos próximos três meses. Sempre depois das refeições a prótese deveria ser removida para higienização da mesma e da cavidade oral. Foi prescrito bochecho com solução contendo clorexidina começando 48 horas após da cirurgia. As figuras 20 e 21 mostram a prótese instalada e a panorâmica final.



FIGURA 20 - Prótese instalada.

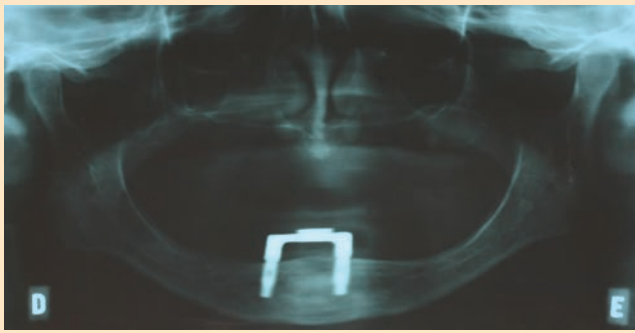


FIGURA 21 - Panorâmica final.

DISCUSSÃO

A reabilitação de pacientes edêntulos com próteses removíveis convencionais tem como função restaurar a função e a estética, mas para alguns pacientes pode ser motivo de problemas funcionais e psicológicos. A overdenture implanto retida auxilia na retenção e melhora a eficiência mastigatória e o convívio social, oferecendo ao paciente qualidade de vida ⁽¹¹⁾ e custo reduzido quando se compara à prótese fixa implanto suportada. Quando a prótese fixa implanto suportada está contra-indicada por questões anatômicas, funcionais ou econômicas, a overdenture é uma alternativa de tratamento. Além disso, a overdenture é mais fácil de higienizar ⁽¹²⁾, rapidamente devolve a estética e a fonética ⁽¹¹⁾ e proporciona melhor suporte para os músculos faciais ⁽¹³⁾.

Diferentes modalidades de retenção podem ser utilizadas na overdenture. Tanto o imã, a esfera quanto a barra/clip melhora significativamente a função mastigatória após a troca das próteses removíveis totais convencionais, porém para as modalidades de esfera e barra/clipe a função mastigatória é levemente melhor do que com o imã ⁽¹⁴⁾.

O período tradicional de 3 a 6 meses ⁽⁶⁾ para se obter a osseointegração dos implantes pode ser inconveniente ao paciente. A carga imediata de 2 implantes na região interforaminal para reter a overdenture é realizada com sucesso e redução do tempo de espera pelo paciente. Esta região oferece ao clínico boa morfologia óssea e elevadas taxas de sucesso na osseointegração de implantes, independente do desenho e da topografia de superfície do implante utilizado ^(15,16). Quando a retenção é aumentada e se restabelece a função logo após a colocação dos implantes, a satisfação do paciente é imediata ^(3,17).

Um estudo realizado por Stricker e colaboradores ⁽⁵⁾ relata o sucesso da reabilitação com carga imediata em 2 implantes na região interforaminal que suportavam uma overdenture na mandíbula. Nenhum dos 20 implantes utilizados falhou após um acompanhamento de 30 meses. A satisfação do paciente com overdenture retida por 2 implantes na mandíbula é similar à do paciente com 4 implantes, porém o custo é significativamente reduzido.

Durante o planejamento da overdenture em 2 implantes com modalidade de retenção do tipo barra/clip, atenção deve ser dada no funcionamento biomecânico desse tratamento, principalmente por se tratar de carga imediata. O planejamento da posição dos 2 implantes de acordo com o preconizado por Dolder ⁽¹⁸⁾ possibilita movimentação ântero-posterior da prótese em torno da barra, minimizando a carga sobre os implantes. A retenção dada pela barra/clip da Neodent® é a indicada para o uso, no entanto, em situação de carga imediata, pode-se diminuir a retenção do clip através de ligeiros desgastes para diminuir a retenção inicial por aliviar a carga sobre os implantes no momento em que o paciente retira a prótese para higienização. Devendo o clip ser substituído após o período inicial de três meses.

Seguindo o mesmo objetivo de minimizar a carga sobre os implantes, dieta macia durante três meses é aconselhada ao paciente. A função mastigatória é extremamente complexa, por esse motivo o paciente pode passar inicialmente por período de adaptação da nova condição, tendo a necessidade de reaprender a mastigar. Independente disso, a satisfação do paciente que já passou pelo tratamento da prótese total convencional é imediata. E o principal objetivo na reabilitação oral almejada pelo profissional da saúde que é a devolução da função mastigatória mais favorável é alcançada durante os três meses iniciais.

CONCLUSÃO

É viável a reabilitação de desdentados totais com próteses implanto retidas mucossuportadas do tipo “overdentures” empregando os princípios de carregamento imediato desde que se consiga estabilidade primária dos implantes e que a prótese total esteja satisfatória com relação ao assentamento mucoso, selamento periférico e oclusão equilibrada.

REFERÊNCIAS

1. Awad MA, Lund JP, Dufresne E, Feine JS. Comparing the efficacy of mandibular implant-retained overdentures among middle-aged edentulous patients: satisfaction and functional assessment. *Int J Prosthodont* 2003;16:117-22.
2. MacEntee MI, Walton JN, Glick N. A clinical trial of patient satisfaction and prosthodontic needs with ball and bar attachments for implant-retained complete overdentures: three-year results. *J Prosthet Dent*. 2005;93:28-37.
3. Attard NJ, Laporte A, Locker D, Zarb GA. A prospective study on immediate loading of implants with mandibular overdentures: patient-mediated and economic outcomes. *Int J Prosthodont*. 2006;19:67-73.
4. Degidi M, Piattelli A, Iezzi G, Carinci F. Retrospective study of 200 immediately loaded implants retaining 50 mandibular overdentures. *Quintessence Int*. 2007;38:281-8.
5. Stricker A, Gutwald R, Schmelzeisen R, Gellrich NG. Immediate loading of two interforaminal dental implants supporting an overdenture: clinical and radiographic results after 24 months. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19:868-72.
6. Cochran DL, Morton DJ, Weber H. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19 Suppl:109-13.
7. Degidi M, Piattelli A. Immediate functional and non-functional loading of dental implants: a 2- to 60-month follow-up study of 646 titanium implants. *J Periodontol* 2003;74:225-41.
8. Fueki K, Kimoto K, Ogawa T, Garrett NR. Effect of implant-supported or retained dentures on masticatory performance: a systematic review. *J Prosthet Dent*. 2007;98:470-7.
9. Boerrigter EM, Geertman ME, Van Oort RP, Bouma J, Raghoobar GM, van Waas MA, van't Hof MA, Boering G, Kalk W. Patient satisfaction with implant-retained mandibular overdentures. A comparison with new complete dentures not retained by implants - a multicentre randomized clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1995;33:282-8.
10. Mish CE. Prótese sobre implantes. São Paulo: Ed. Santos, 2007.
11. Heydecke G, Klemetti E, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Relationship between prosthodontic evaluation and patient ratings of mandibular conventional and implant prostheses. *Int J Prosthodont*. 2003 May-Jun;16(3):307-12.
12. den Dunnen AC, Slagter AP, de Baat C, Kalk W. Professional hygiene care, adjustments and complications of mandibular implant-retained overdentures: a three-year retrospective study. *J Prosthet Dent*. 1997;78:387-90.
13. Parel SM. Implants and overdentures: the osseointegrated approach with conventional and compromised applications. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1986;1:93-9.
14. Van Kampen FMC, van der Bilt A, Cune MS, Fontijn-Tekamp FA, Bosman F. Masticatory function with implant-supported overdentures. *J Dent Res*. 2004;83(9):708-11.
15. Chiapasco et al., 2001. Chiapasco M, Abati S, Romeo E, Vogel G. Implant-retained mandibular overdentures with Brånemark System MKII implants: a prospective comparative study between delayed and immediate loading. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2001;16:537-46.
16. Glauser R, Rée A, Lundgren A, Gottlow J, Hämmerle CH, Schärer P. Immediate occlusal loading of Brånemark implants applied in various jawbone regions: a prospective, 1-year clinical study. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2001;3:204-13.
17. Wismeijer D, Van Waas MA, Vermeeren JL, Mulder J, Kalk W. Patient satisfaction with implant-supported mandibular overdentures. A comparison of three treatment strategies with ITI-dental implants. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 1997;26:263-7.
18. Dolder EJ. The Bar Joint Mandibular Denture. *J Prosthet Dent*. 1961;11(4):689-707.

GESTÃO EM ODONTOLOGIA

Seu Cliente: Para ele, você é a Empresa.
Sua Empresa: Para ela, seu cliente é a vida.

Flávio Alves Ribeiro

Especialista em Prótese Dental;
MBA Executivo de Gerência em Saúde pela FGV;
Professor da Universidade Tuiuti do Paraná;
Coordenador do Curso de Gestão e marketing em
Odontologia no ILAPEO
Diretor de Ensino e Negócios na Dentes e Números
Consultoria
flavioaribeiro@terra.com.br
www.dentesenumeros.com

“Criar é pensar algo novo, inovar é fazer algo novo”.

3M

Hoje acordei e resolvi escolher um Dentista para uma consulta. Peguei duas indicações de amigos e parti para escolha...

Doutor 01

– Liguei para o consultório e foi mais ou menos assim:

- Oi....(acompanhado de um bocejo).
- Quem fala? (perguntei)
- Quer falar com quem? (agora sem bocejo)
- Sou Flávio, fui indicado pelo Mário e gostaria de marcar uma consulta com o Doutor Dentildo.

- Ah.... Que Mário? Que horário você quer? Esta semana a agenda “ta” vazia e o Doutor tem muitas opções para sua escolha. Outra coisa, aqui nós cobramos consulta mesmo que seja só “pra” dar uma “olhadinha”. Você é de convênio?

Bem, nesse momento disse que ia pensar e ligar mais tarde....



Doutor 02

– Liguei para o consultório e foi exatamente assim:

- Bom dia, Centro Odontológico Dentão Feliz, meu nome é Pamella, em que posso ajudar? (desta vez sem bocejo e num tom agradável e pró-ativo)

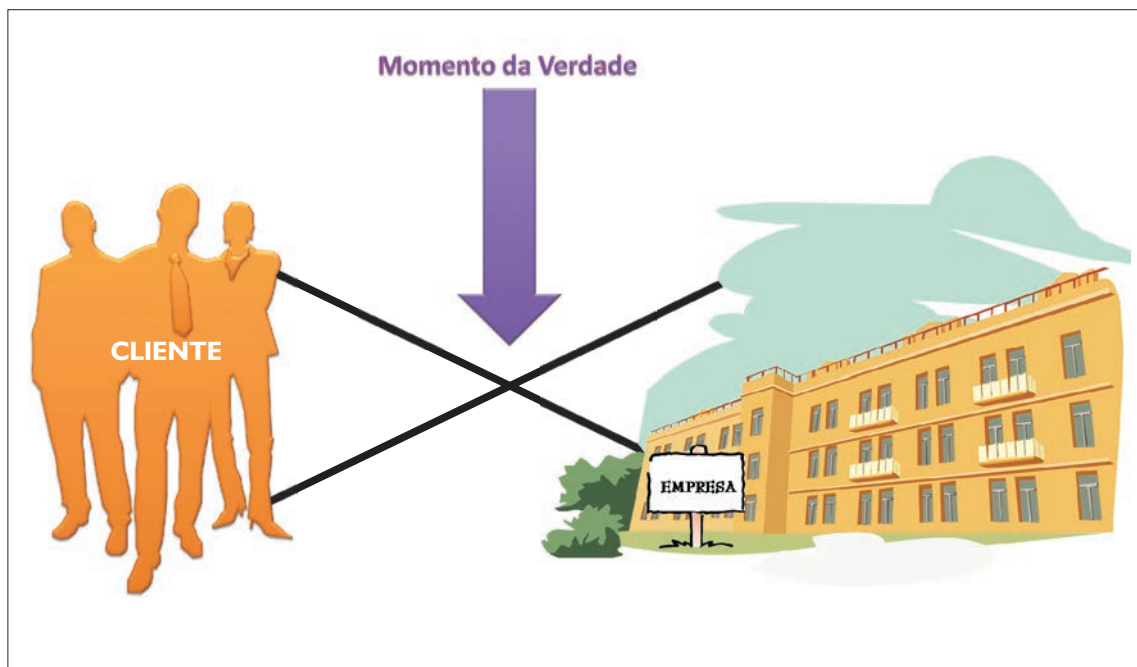
- Sou Flávio, fui indicado pelo Mário e gostaria de marcar uma consulta com o Doutor Boquildo.

- Pois não Sr. Flávio, o Sr. Mário é nosso cliente e nos avisou sobre seu interesse em vir ao nosso consultório. Podemos agendar uma consulta para avaliação e para o Sr. conhecer nosso serviço. Tenho uma disponibilidade na agenda para próxima quarta-feira às 18:00. Este horário está bom para o Sr.?



Bom, nesse momento, tive a primeira percepção de poder fazer uma escolha.

Caro leitor, existe um conceito em relação ao atendimento a clientes que é o “momento da verdade”. Momento em que temos a oportunidade de interagir com um cliente, ou seja, um episódio que possa transmitir alguma impressão sobre nosso produto ou serviço e que possibilite a formação da imagem da empresa. Portanto, fazer o atendimento da maneira correta no primeiro contato é a oportunidade de prestar um ótimo serviço e, consequentemente, conservá-lo ou, como também podemos definir, fidelizá-lo. Sem dúvida, essa é a melhor maneira de alavancar a imagem e a marca de sua empresa. Por quantos “momentos da verdade” seus clientes passam até chegar a sua cadeira ou comprar o seu produto?



Empresas que se empenham verdadeiramente para prestar um atendimento de alta qualidade estão obtendo melhores resultados financeiros. Outra consequência dessa preocupação é que essas empresas conseguem manter os clientes por mais tempo. Não basta investir na melhoria de seus serviços. É preciso apostar no atendimento, conhecer, satisfazer e encantar o cliente. Existe um produto intangível e essencial no desenvolvimento de seu negócio: a satisfação de seu cliente. Podemos dizer que isso é o que resume todo o esforço da empresa em direção à qualidade. Há quem afirme hoje que as empresas são, na verdade, processos de satisfação do cliente e não apenas de produção de bens e serviços. Não é por outro motivo que organizações modernas buscam uma estrutura direcionada ao cliente. O primeiro aspecto a ser levado em conta para a satisfação é o atendimento/sentimento. Posicionar a empresa para a satisfação dos clientes significa entender a qualidade do ponto de vista dele. Hoje em dia, eles contam com mais opções e dispõem de menos tempo. Caso você não consiga aproveitar as oportunidades de interação, os “momentos da verdade”, não se preocupe, seus concorrentes poderão aproveitá-las. Pensem nisso.

Profissionais que valorizam o atendimento de alta qualidade acabam transformando seus empreendimentos em consultórios melhores e mais bem-sucedidos. No mercado competitivo em que se encontra o setor odontológico, manter o foco no cliente,

compreender e satisfazer suas necessidades, prestar tratamento diferenciado e de qualidade devem fazer parte do planejamento estratégico de consultórios, clínicas e demais negócios em odontologia.

Existem diversas formas de identificar como nossos clientes podem avaliar a qualidade do atendimento prestado. Uma dessas formas foi criada pelo Dr. Leonard Berry e seus colegas da Texas A&M University, e se baseia em cinco fatores. Para facilitar a memorização desses fatores, basta guardar a palavra CESAR: (ZENKE, 2008).

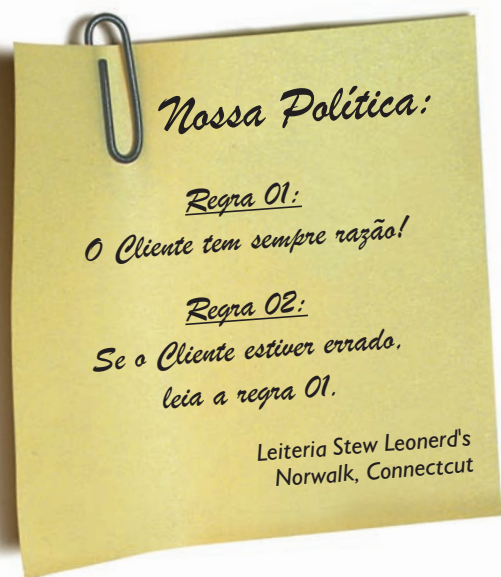
CONFIABILIDADE – A capacidade de cumprir, de modo confiável e exato, o que foi prometido.

EMPATIA – O grau de cuidado e atenção individual que você demonstra aos clientes.

SEGURANÇA – O conhecimento de causa e a cortesia que você mostra aos clientes e a sua capacidade de transmitir sinceridade, competência e segurança.

APARÊNCIA – A aparência física das instalações, equipamentos e a sua própria (e a dos demais colaboradores).

RESPOSTA – A boa vontade que você manifesta em ajudar os clientes prontamente.



Surpreender e encantar o cliente exige percepção e imaginação, pois o que surpreende hoje pode se tornar rotina quando outros passam a oferecer a mesma "surpresa". Quem compra um Implante **X** pode estar comprando uma economia inicial no preço de venda, sem se preocupar com os custos que seu negócio pode sofrer com os três “REs” (**R**etrabalho, **R**eprocessamento e **R**efugo). Já quem adquire um Implante **Y**, pode estar levando credibilidade, segurança e confiança. Embora as diferenças entre os dois implantes sejam grandes, ambos satisfazem as exigências dos segmentos de mercado a que se destinam. Assim como em nossos consultórios (serviços), quando compramos um produto devemos perceber que compramos também um serviço agregado. No caso dos produtos (implantes e demais produtos odontológicos), podemos citar o serviço 0800. A compra de uma determinada marca não deve se basear apenas no preço, mas sim no valor agregado que essa marca pode oferecer ao dentista e ao seu paciente (cliente). Cabe a você decidir qual a estratégia planejada para seu negócio. Vivemos em uma era de incertezas, onde variáveis externas influem cada vez mais frequentemente. Mudanças atualmente ocorrem em tal velocidade que se transformam em verdadeiros desafios para os gestores.

Outro aspecto muito importante no atendimento ao cliente é saber escutá-lo. Devemos sempre descobrir o que ele quer e o que ele precisa, devemos evitar mal-entendidos e falhas, procurar personalizar formas de melhor atendê-lo e buscar construir um relacionamento duradouro. É fato que custa muito menos manter um cliente do que conquistar um novo. Normalmente nos deparamos com o fato do cliente achar que nosso tratamento é caro. Nossa conclusão e receio é que ele possa nos trocar por um outro serviço, onde o preço seja menor e, com isso, nós perdamos a oportunidade de mostrar o valor de nosso serviço. Mas, existe diferença entre preço e valor? Guarde estes conceitos de Brooks (2006).

PREÇO = VALOR + CUSTOS

- Só nivele seus preços com os de seu concorrente quando não houver outra diferença entre você e ele.
- Afinal de contas, no momento em que tiver que equiparar seu preço com o da concorrência para fechar negócios será porque fracassou na tentativa de diferenciar-se.

VALOR = VANTAGEM + CUSTOS

- Quanto mais você se dá conta dos problemas dos Clientes e quanto mais se propõe a desenvolver soluções para esses problemas, mais valor estará criando e menos importância terá o preço.
- Criar valor para o Cliente não é apenas importante para seu negócio, é o próprio negócio.
- A criação de valor extra é uma tarefa sem fim, porque o que foi considerado valor extra ontem, hoje já vai ser aceito como coisa normal e, amanhã será visto como insuficiente.

Peter Drucker, filósofo, economista e reconhecido mundialmente como o pai da Gestão moderna, dizia que empresas que conseguem vender os produtos ou serviços certos para o cliente certo, com a distribuição adequada, por um preço adequado e no momento oportuno, terão seus esforços de venda reduzidos a quase zero, ou seja, a venda ocorrerá de forma automática em função da procura ter sido corretamente equacionada e trabalhada. Mais uma vez, é necessário que vocês tenham a percepção que vocês são Empresários, Gestores de Negócios e de suas Carreiras Profissionais!

“Marketing é o negócio visto pela perspectiva do resultado final, ou seja, do ponto de vista do cliente. O sucesso dos negócios não é determinado pelo produtor e sim pelo consumidor.”

“A primeira tarefa de uma companhia é gerar consumidores”

Peter Drucker

Outros negócios ligados à prestação de serviços não são muito diferentes daqueles encontrados em consultórios e clínicas. Sempre devemos buscar uma estratégia para termos uma carteira de clientes que possa atender nossas necessidades. Não esqueçam que necessidades e desejos são diferentes nos indivíduos. Devemos refletir sobre o cenário mercadológico atual e repensar quais ameaças podem ser vistas como oportunidades. Espero que esse artigo possa ajudá-lo a refletir sobre a importância de se preparar para o novo redesenho que o setor de serviços de saúde esta adquirindo, possibilitando-o atuar cada vez mais motivado e comprometido com a saúde bucal de nosso país.

REFERÊNCIAS

1. BROOKS, Ian. **Seu cliente pode pagar mais**. São Paulo: Fundamento, 2006.
2. DRUCKER, Peter F. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneiras, 1993.
3. MUSSAK, Eugenio. **Metacompetência**. São Paulo: Gente, 2003.
4. - RIBEIRO, Flávio Alves. **Gestão participativa: Meu melhor Cliente**...., Jornal do ILAPEO, Curitiba, No.2, p. 45, abr-mai-jun. 2008.
5. RUSSO, Fernando Luis Peixoto. **Gestão em Odontologia: Um negócio que não se aprende na escola**. São Paulo: Lovise, 2003.
6. ZENKE, Ron; ANDERSON, Kristin. **Atendimento nota 10**. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

Vem aí o lançamento de
mais um produto Neodent.



COBALTO CROMO (CoCr)

- Liga metálica com uso respeitado e reconhecido pela implantodontia mundial.
- Facilidade no uso (sobrefundição, ponto de solda e recobrimento estético).
- Anos de aplicação odontológica.



Doses diárias de comunicação e estratégia podem
fazer muito bem à saúde de sua marca.



A Neoo Comunicação é uma agência especializada em comunicação e marketing para a área de saúde. Entre em contato conosco, agende uma consulta e surpreenda-se. Você vai ver como a gente faz de tudo para cuidar da saúde de sua marca.

