

Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico

Alexandre Renato Reblin Zonta

**A influência do suporte labial na reabilitação de maxila edêntula com
implantes osseointegrados: relato de caso clínico**

CURITIBA

2012

Alexandre Renato Reblin Zonta

A influência do suporte labial na reabilitação de maxila edêntula com implantes
osseointegrados: relato de caso clínico

Monografia apresentada ao
Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
Como parte dos requisitos para obtenção do título
de Especialista em Implantodontia.

Orientador: Prof. Vitor Coró

Co-Orientadora: Prof^ª Rogéria Acedo Vieira

CURITIBA

2012

Alexandre Renato Reblin Zonta

A influência do suporte labial na reabilitação de maxila edêntula com implantes
osseointegrados: relato de caso clínico

Presidente da Banca (Orientador) Prof. Vitor Coró

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Carolina Guimarães Castro

Prof. Dr. Rodrigo Tiossi

Aprovado em: 04/07/2012

Dedicatória

À Deus

Ao meu avô: Armando Zonta (*in memoriam*) exemplo inequívoco de dedicação à Odontologia.

Ao meu pai: Armando Renato Zonta meu grande exemplo de competência, conhecimento e humildade.

À minha mãe: Rosely Reblin Zonta fonte de admiração, exemplo de vida e força.

Às minhas irmãs: Andressa Luíza e Maria Eduarda que me incentivaram e compreenderam minha ausência.

Aos meus primos Leandro e Glória Dalfovo que me acolheram em sua casa com tanto carinho, aos quais terei eterna gratidão.

Aos meus avós Artur e Ambrosina Reblin por sempre acreditar que posso tornar possível a realização dos meus sonhos.

Agradecimentos

Ao ILAPEO pela oportunidade de poder aprimorar os meus conhecimentos.

Ao corpo de professores que contribuíram para meu crescimento profissional.

À monitora Vanessa pelo exemplo de dedicação

Sumário

Resumo

1. Introdução.....	8
2. Revisão de Literatura.....	10
3. Proposição.....	17
4. Artigo Científico.....	18
5. Referências.....	34
6. Anexo.....	36

Resumo

A utilização dos implantes dentários nos mais diversos tipos de pacientes com ausências dentárias revolucionou a reabilitação oral. Este trabalho ressalta a influência do suporte labial para a reabilitação de Maxilas Edêntulas, dentre tantas modalidades de tratamento que a Odontologia Moderna pode oferecer. O caso clínico apresentado relata um paciente do gênero feminino, ASA I, parcialmente Edêntulo na Maxila e Mandíbula, onde já possuía implantes instalados, porém ainda submersos. A definição do tratamento reabilitador se deu após o diagnóstico, planejamento e à acessibilidade das técnicas de planejamento virtual. Instaladas as coroas provisórias implanto-suportadas inferiores, o plano oclusal foi regularizado possibilitando a execução do planejamento da maxila. Após a perda dos dentes superiores as imagens tomográficas mostram que há possibilidade de instalação de implantes ósseo-integrados em posições atípicas ou inclinados, sem a necessidade de cirurgias prévias de enxerto ósseo. Sabe-se entretanto, que o volume ósseo apresentado pelo paciente não acompanha o suporte labial do mesmo. A expectativa estética do profissional e paciente depende da minuciosa aplicação dos conceitos ao planejamento reverso, evitando assim conflitos ou frustrações ao final do tratamento.

Palavras chave: Maxila, Implante Dentário, Lábio.

Abstract

According to the success of dental implants, their use for different types of patients with teeth absences revolutionized dental oral rehabilitation. This work emphasizes the influence of lip support for the edentulous jaws rehabilitation, among many treatment modalities that modern dentistry can offer. The clinical case reports presented a female patient, ASA I, partially edentulous in the maxilla and mandible, where it had already implants installed but still submerged. The definition of rehabilitation treatment occurred after the diagnosis, planning, and accessibility of virtual planning techniques. After installed the lower provisional implant crowns, the occlusal plane was regularized allowing the execution of the maxilla planning. With the loss of the upper teeth tomographic images show that the possibility of installation of dental implants in atypical or inclined positions without the need of a previous bone grafting surgeries. It is known however, that the bone volume of the patient does not follow the same support lip. The esthetic expectation of the professionals and patients depends on the detailed application of the concepts for planning reverse, this avoiding conflicts or frustration at the end of treatment.

Key words: Maxilla, Dental Implantation, Lips.

1. Introdução

A capacidade de um indivíduo exibir um sorriso agradável depende diretamente da qualidade dos elementos dentais e gengivais que ele contém, da sua conformidade com as regras de beleza estrutural, com as relações existentes entre os dentes os lábios durante o sorriso e de sua composição harmônica na composição facial. Depende ainda da forma que o paciente convive e aceita a condição que possui. Muitos pacientes não manifestam de forma direta sua insatisfação com o sorriso, ou mesmo ocultam sua condição Odontológica. Tem-se a impressão que muitas pessoas desconhecem os diversos tratamentos reabilitadores que existem à disposição. Quando um tratamento odontológico se conclui, a satisfação do paciente traz mudanças na pessoa como um todo (SARTORI, 2007).

Apesar da intensa mudança do foco restaurador para o preventivo, a realidade do Brasil aponta números extremamente significativos, mostrando que muito há de ser feito para erradicar o edentulismo. De acordo com dados estatísticos, em 2025 o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, com mais de 30 milhões de habitantes (NEVES, 2003).

Nos últimos 40 anos, a Odontologia experimentou um notável desenvolvimento científico, conceitual e tecnológico, modificando e aprimorando as abordagens no tratamento e na prevenção de doenças bucais. Um grande avanço terapêutico foi o descobrimento da Osseointegração, princípio da união perfeita do osso com implantes de titânio, possibilitando devolver a indivíduos desdentados a função mastigatória, por meio da reabilitação protética, suportada por pilares metálicos, conhecidos como implantes dentários. (BRANEMARK et al., 2005)

O perfil dos tecidos moles é afetado pelo suporte labial que pode ser alterado nas próteses totais pelo posicionamento dos dentes artificiais e a presença de flange, porém a relação exata entre o perfil facial e o suporte labial apresenta-se indefinida. (YAMASHYTA et al., 2007).

Os avanços alcançados pela implantodontia nos tratamentos reabilitadores fizeram o nível de exigência aumentar nos pacientes, que desconhecem as limitações de sua reabilitação. O suporte labial pode definir o sucesso e o insucesso do caso pelo ponto de vista estético facial.

2. Revisão de Literatura

Desjardins (1992) descreveu que a posição de implantes osseointegrados na maxila edêntula é ditada pelo osso disponível e pode variar amplamente entre os pacientes. Com o aumento da reabsorção, as estruturas são alteradas, e assim o número, o tamanho e a posição dos implantes são comprometidos. A variabilidade do posicionamento dos implantes implica em diferentes desenhos de reabilitações protéticas que são sugeridas pelo autor conforme a condição anatômica encontrada na maxila desdentada.

Neves et al. (2003) salientaram que apesar da intensa mudança do foco restaurador para o preventivo, a realidade do Brasil aponta números extremamente significativos, mostrando que muito há de ser feito para erradicar o edentulismo. De acordo com dados estatísticos, em 2025 o Brasil será a sexta maior população idosa do mundo, com mais de 30 milhões de habitantes.

Lim et al. (2004) reportaram o caso de implantes angulados na área posterior de maxila com Seio Maxilar Pneumatizado, evitando a necessidade de *Sinus Lift* ou demais cirurgias prévias à instalação de implantes. A paciente do sexo feminino de 81 anos de idade necessitava reabilitar o segundo pré-molar e molar do lado direito. Faz uso de medicação para Hipertensão, Repositor de Hormônios e Osteoporose. Já passou por tratamento reabilitador com implantes ósseo-integrados a onze anos atrás porém não realizou o tratamento pois somente o levantamento de seio maxilar lhe foi sugerido. Foi realizado o exame tomográfico com guia radiográfico sendo a angulação de 32 graus para o dente 15 e 30 graus para o dente 16 sendo possível a instalação de implantes de 3,75mm x 11,5mm em osso tipo III. No momento da reabertura, após 4 meses, foi realizado novo exame tomográfico não demonstrando perda óssea marginal. Para a reabilitação protética

foi necessária a personalização de componentes angulados para a confecção das coroas metalo-cerâmicas cimentadas. Os autores concluíram que o uso de implantes inclinados juntamente com componentes protéticos angulados permitem a reabilitação da área posterior de maxila, sendo esta, uma técnica menos invasiva.

Sartori et al. (2005) faz considerações a respeito do domínio teórico e prático do cirurgião-dentista com suas considerações clínicas. Pondera conceitos e técnicas de várias especialidades em uma visão reabilitadora multifocal. Salienta que a expectativa do paciente deve ser acompanhada desde o início do tratamento.

Yamashita et al. (2006) observando as diferenças entre pacientes dentados e edentados totais, as diferenças com e sem as próteses, as mudanças ocasionadas pelo tempo de uso das próteses e as diferenças entre próteses antigas e novas. Os autores utilizaram recursos de mensuração 3D, fotografias, tele-radiografias laterais, traçaram pontos de referência e também imagens digitais para demonstrar que a análise extra-oral prévia do perfil dos tecidos moles do paciente interfere na escolha do tipo de tratamento reabilitador. O perfil dos tecidos moles é afetado pelo suporte labial que pode ser alterado nas próteses totais pelo posicionamento dos dentes artificiais e a presença de flange, porém a relação exata entre o perfil facial e o suporte labial apresenta-se indefinida. Em vista disso, os autores avaliaram a influência da presença e o grau de suporte labial pelas próteses totais em vistas laterais dos pacientes edêntulos. Cinco pacientes de origem japonesa sendo 3 homens e 2 mulheres com idades entre 65 e 68 anos. O aspecto facial dos pacientes foi mensurado com o uso das próteses em posição intercuspidal e em posição de repouso sem as próteses. Também foram confeccionadas bases de prova, que foram ajustados na região anterior em cinco diferentes posições. Os pontos traçados da glabella ao mento possibilitaram traçar linhas de comparação e mensuramento de ângulos. Os autores

concluíram que a presença e posição dos dentes artificiais no arco afetam não só o contorno labial mas também a porção inferior do nariz.

Calvani et al. (2007) relatam que a extração de dentes resulta em reabsorção óssea principalmente nos 6 primeiros meses após a extração. Não há evidências científicas explicando as causas da reabsorção porém sabe-se que é a combinação de fatores anatômicos, mecânicos e metabólicos que são responsáveis. A perda dentária e subsequente perda do rebordo alveolar, tem efeitos negativos no suporte labial e conseqüentemente na estética facial. O minucioso plano de tratamento e tipo de prótese selecionada são cruciais para prever as futuras complicações com a estética facial. Os autores analisaram a estética facial de 412 pacientes encontrando perda no suporte labial somente nos pacientes completamente edêntulos ou naqueles que perderam os dentes superiores anteriores. Lábios finos e perda do rebordo alveolar apresentaram a linha horizontal fina sobre o lábio superior, estando evidenciadas durante o sorriso. Os autores concluíram que os defeitos em tecidos moles na área do lábio superior se apresentam quando: moderada a severa perda do rebordo alveolar, prótese fixa implanto-suportada sem o suporte labial apropriado, lábios finos e capacidade de apresentar sorriso largo. Gênero e Idade também podem contribuir no desenvolvimento de irregularidades nos lábios.

Peñarrocha et al. (2007) relataram a resolução de reabilitações de maxilas atróficas por meio de implantes zigomáticos. Desde o surgimento, a técnica foi alvo de muitos estudos e recomenda-se a criação de uma janela no seio maxilar para auxiliar na visualização da angulação e eventual posicionamento. O principal interesse do artigo é a ancoragem de implantes zigomáticos por meio da técnica com janela no seio maxilar em conjunto com o uso das estruturas anatômicas residuais como eminência canina e área pterigóide para reabilitar pacientes com prótese fixa implanto-suportada. Os pacientes

selecionados para mostra não apresentavam volume ósseo suficiente para instalação de implantes convencionais na área posterior da maxila. As cirurgias foram realizadas pelo mesmo cirurgião, na área anterior os implantes foram instalados na região palatina, ficando submersos por 2 meses. Nesse período as próteses dos pacientes foram adaptadas e nos casos parciais foram confeccionadas novas próteses provisórias. Os pacientes foram orientados a usar suas próteses provisórias após uma semana da instalação dos implantes, e as próteses definitivas foram instaladas entre 2 e 4 meses após a cirurgia. Os implantes considerados de sucesso foram os que não apresentaram mobilidade, infecção ou dor quando submetidos à carga. Em casos de atrofia maxilar dois tipos de tratamentos podem ser impostos, enxertos ósseos ou ancoragem em estruturas ósseas remanescentes. A ancoragem em estruturas ósseas remanescentes demonstrou melhores resultados nas publicações literárias. No presente estudo os autores concluíram que, as complicações foram mínimas e nenhum dos 40 implantes zigomáticos instalados na técnica com janela óssea no seio maxilar apresentou problemas num controle de 12 meses.

Sartori (2007) ressalta que pacientes portadores de prótese total que desejam instalar implantes em maxila devem receber um correto diagnóstico para determinar o tipo de prótese que poderá ser oferecida. Assim como identificar e visualizar o suporte labial que a mesma conseguirá prover. As possibilidades de reabilitação de maxila são procedimentos de reconstrução e de compensação protética. Após criteriosa análise o significado da mesma deve ser explicado ao paciente: se a estética em relação ao suporte labial fica favorável e análise da montagem revela discrepâncias horizontais e/ou verticais, pode ser oferecido um trabalho usando a filosofia da carga imediata com próteses do tipo protocolo (dentes artificiais unidos a uma barra com resina rosa compensando a perda tecidual).

Carlsson et al. (2008) refletem sobre a importância da estética dental em grupos com diferentes idades e gênero e concluem que houve significância diferença entre os gêneros, mas que a decisão do tratamento reabilitador a ser realizado deverá seguir a escolha do paciente tanto como suas queixas e expectativas frente ao tratamento, pois 73% do grupo dos entrevistados de 60 anos afirmam que a aparência de dentes bonitos reflete no contato com outras pessoas, contra 64% do grupo de 50 anos. Entretanto 90% dos dois grupos concordam que uma estética nem tão favorável tem menos importância sobre a preservação da função.

Peñarrocha et al. (2008) reportaram as vantagens do guia computadorizado para a reabilitação de uma paciente com maxila severamente atrófica. Paciente do sexo feminino de 66 anos portava próteses totais superior e inferior por 15 anos, em sua história médica apresentou Hipertensão Arterial e alergia a penicilina. Aos Exames clínicos e radiográficos apresentou Atrofia óssea Classe V. O planejamento do caso foi virtualmente realizado e a cirurgia no Guia Manufaturado foi realizada, confeccionando assim um Guia cirúrgico justa-ósseo. A cirurgia foi realizada sob sedação intra-venosa, o Guia foi colocado sob a mucosa fazendo assim a demarcação da posição dos implantes e orientando também a incisão. Seis implantes foram colocados usando-se técnica convencional e o forame nasopalatino foi preenchido com enxerto xenógeno. Na mandíbula foi realizada incisão supra-crestal e ancorados quatro implantes nas medidas de 4,2 x 8,5mm entre os forames mentuais. Os implantes ficaram submersos e as próteses totais condicionadas ao tecido como próteses provisórias. Após 4 meses foi realizada a reabertura e confeccionada na arcada superior prótese tipo protocolo parafusada e na arcada inferior um prótese tipo sobre dentadura. Após 36 meses foi realizado controle e as próteses apresentavam-se em condições satisfatórias sem evidências de Peri-implantite ao exame radiográfico

panorâmico. Os autores concluíram que neste caso o uso de guia computadorizado demonstrou previsibilidade à instalação dos implantes sem a necessidade de técnicas reconstrutivas mais complexas de enxertos ósseos.

Peñarrocha, et al. (2009) propuseram um estudo piloto avaliando a performance clinica de 7 implantes instalados no canal naso-palatino de 7 pacientes com severa reabsorção maxilar, sendo classificados Classe V por Cawood and Howell. O sitio implantar foi obtido com o uso de brocas sob solução salina e osteótomos. Todos os implantes alcançaram alta estabilidade primaria. Os pacientes foram submetidos a dois estágios cirúrgicos sendo o segundo 3 meses após a instalação dos implantes. Somente um implante foi perdido, os demais apresentaram sucesso clinico e radiográfico. Os pacientes apresentaram desordens sensoriais uma semana após a cirurgia, entretanto no final do estudo todos haviam recuperado a sensibilidade.

Peñarrocha et al. (2009) descreveram a possibilidade de instalação de implantes em posições palatinas em maxilas severamente atroficas, não sendo necessários procedimentos cirúrgicos mais complexos. O estudo envolveu 69 pacientes com implantes instalados em inclinações palatinas e submetidos a carga no período de 2000 e 2004. Os pacientes incluídos na mostra apresentavam-se em bom estado de saúde, totalmente edêntulos com maxila severamente reabsorvida, com pedido de Prótese fixa implanto-suportada, responderiam questionário de satisfação após 12 meses da instalação da prótese e retorno mínimo após 24 meses dos implantes terem sido submetidos a carga. Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião, sendo instalados de 6 a 8 implantes cada paciente. Todos os implantes foram instalados nas áreas de incisivos, caninos e pré-molares em posições palatinas e ficaram submersos após a cirurgia. Houve exposição de roscas dos implantes, que foram cobertas por partículas de osso autógeno vindo da instrumentação

cirúrgica e também Bio-Oss (Geistlich, Wolhusen, Suíça). Em alguns casos Foram instalados implantes Zigomáticos na área de primeiro molar. A cirurgia de reabertura foi realizada após 2 meses da instalação dos implantes. Após um mês o tecido mole estava estabilizado e inicio-se o tratamento protético. Os implantes foram submetidos a carga precoce, sendo que, todos haviam alcançado estabilidade primária. A resolução protética do caso foi com próteses fixas cerâmicas cimentadas nos pacientes cuja relação inter-oclusal com o arco antagonista mostrou-se ideal e o perfil do paciente era ideal. Próteses tipo Protocolo foram instaladas em pacientes com muito espaço inter-oclusal, conexões protéticas zigomáticas e quando constatava-se necessária a compensação com resina acrílica para prover suporte labial. Os pacientes relataram alto nível de satisfação do tratamento. Os autores concluíram que a instalação de implantes em posição palatina é capaz de reabilitar maxilas severamente atroficas com morbidade reduzida em comparação aos procedimentos de aumento ósseo convencionais.

Margonar et al. (2010) demonstraram a viabilidade de reconstrução de maxila atrofica com o uso combinado de enxerto autógeno e Alógeno para a reabilitação funcional e estética com implantes osseointegrados seguidos de uma prótese tipo protocolo. Os autores demonstraram a viabilidade do caso em uma paciente de 60 anos do sexo feminino, sendo realizado o enxerto ósseo em bloco de osso Alógeno em conjunto com uma mistura de osso Autógeno de Mento e osso Alógeno particulados para serem colocados no espaço entre os blocos. Após seis meses foram instalados nove implantes e após outros seis meses foi instalada a prótese implanto-suportada. Em um controle de 3 anos as respostas clinicas foram favoráveis sem reabsorção significativa ao redor dos implantes e alto nível de satisfação da paciente. Os autores concluíram que esta é uma alternativa a ser considerada para reabilitar Maxilas Atróficas.

3. Proposição

Evidenciar a influência do Suporte Labial na definição do tratamento reabilitador a partir do completo planejamento reverso com consentimento elucidado do paciente sobre o final do tratamento.

4. Artigo Científico

Artigo Preparado conforme as normas do periódico Jornal do ILAPEO.

A importância do suporte labial na reabilitação de maxila com implantes osseointegrados: relato de caso clínico

Alexandre Renato Reblin Zonta*, Carolina Guimarães Castro**, Rogéria Acedo
Vieira***, Vitor Coró****.

* Aluno do Curso de Especialização em Implantodontia do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

**Ms. em Odontologia, Professora do Curso de Implantodontia do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba), Analista de Pesquisa e Desenvolvimento da Neodent-Curitiba.

***Ms. em Implantodontia, Coordenadora do Curso de Especialização em Implantodontia do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

****Ms. em Reabilitação Oral, Professor do Curso de Especialização em Implantodontia do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO-Curitiba).

Endereço para correspondência do autor:

Alexandre Renato Reblin Zonta

Rua Benjamim Constant, 1099

CEP 89138-000, Centro

Ascurra, Santa Catarina

Resumo

O anseio dos pacientes portadores de próteses totais removíveis está em próteses fixas implanto-suportadas, porém os mesmos desconhecem as perdas decorrentes do edentulismo. Este estudo teve como objetivo apresentar por meio de caso clínico a relevância do suporte labial em uma reabilitação de Maxila Edêntula com implantes osseointegrados. O planejamento reverso executado foi baseado na revisão de literatura permitindo um esclarecimento das limitações existentes por parte do profissional e paciente. A manutenção do suporte labial é um critério decisivo para a definição do tratamento reabilitador, independente da quantidade óssea necessária para a instalação de implantes.

Palavras Chave: Suporte Maxila, Implante dentário, Lábio.

Introdução

Atualmente as reabilitações com implantes osseointegrados devolvem aos pacientes edêntulos conforto e função mastigatória de maneira efetiva¹. No entanto, após a perda dentária, a reabsorção óssea resulta em severa ou moderada atrofia maxilar, impondo limitações ao tratamento com implantes convencionais⁴. O anseio dos pacientes portadores de próteses removíveis está em próteses fixas implanto-suportadas, porém os mesmos desconhecem as perdas decorrentes do edentulismo⁹.

A reabilitação de maxilas totalmente edêntulas sempre foi um grande desafio à implantodontia⁶. A fidelidade encontrada nos exames diagnósticos por imagem, planejamento virtual, guias prototipados tornam possível o planejamento da reabilitação

mesmo diante de limitações ósseas¹³. O posicionamento atípico dos implantes e suas inclinações, são alternativas que evitam a morbidade apresentada nas cirurgias de enxertia óssea¹⁵⁻¹⁶.

O suporte labial influencia na estética e seleção do tipo de prótese implanto-suportada para pacientes com maxila edêntula. Neste contexto, parece pertinente analisar os critérios do planejamento reverso que tornam evidente a escolha do tratamento reabilitador¹⁻³⁻⁶.

Os conceitos literários podem ser aplicados em cada caso por meio do planejamento reverso, esta individualização, define o tratamento reabilitador ideal com o acompanhamento do paciente³.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico de reabilitação de maxila edêntula com implantes ósseointegrados aplicando os conceitos de planejamento reverso evidenciando a influência do suporte labial na escolha do tipo de prótese implanto-suportada.

Relato de Caso Clínico

Paciente do gênero feminino, com 48 anos de idade, compareceu ao Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO – Curitiba, Paraná, Brasil) tendo como queixa principal a função e estética. Após avaliação clínica e radiográfica, constatou-se a ausência de vários elementos dentários (Figura 1). O paciente foi classificado como ASA I relatando não apresentar nenhum tipo de doença sistêmica fazendo uso somente de medicamento contraceptivo. As informações de normalidade contidas no hemograma, o torna apto a realização de procedimento cirúrgico Odontológico.

O paciente portava prótese parcial removível superior deficiente pelo tempo de uso e condição dos elementos dentais remanescentes. No arco inferior apresentava implantes submersos (Neodent - Curitiba, Paraná, Brasil) de plataforma cone Morse nas regiões 45/46/36 há mais de seis meses e concluindo tratamento do implante 35.



Figura 1 – Exame clínico inicial.



Figura 2 – Radiografia panorâmica.

Após análise da radiografia panorâmica (Figura 2) foi solicitada tomografia computadorizada que revelou a possibilidade de instalação de implantes em posições palatinas e também em áreas imediatas à extração, não havendo necessidade de cirurgias prévias.

Iniciado o planejamento reverso da maxila, foi realizada a moldagem de estudos dos arcos para confecção dos planos de orientação. O plano de orientação superior foi adequado para a prova dos dentes anteriores e montado em Articulador Semi-Ajustável (Bio-Art - São Carlos, Brasil). Os dentes artificiais utilizados foram escolhidos na cor 2A (Ivoclar Vivadent – Liechtenstein, Alemanha) de acordo com as marcações do plano de orientação. Seguindo os mesmos conceitos utilizados para confecção de próteses totais removíveis.

Com o objetivo de definir o tipo de prótese sobre implantes que será confeccionada, a montagem foi realizada sem a presença de flange e com Godiva de baixa fusão (Kerr

Corporation - Orange, CA, EUA), substituindo a cera. Por ser material escuro, possibilita a análise do profissional (Figura 3) e também elucida as expectativas estéticas do tratamento.



Figura 3 – Duplicação da Prótese Toral antiga pintando as papilas com caneta hidrográfica (Neves et al., 2003).

De acordo com a análise de frente e perfil do paciente sem prótese e na prova dos dentes sem flange, o suporte labial foi restabelecido apenas com o posicionamento dos dentes artificiais no segmento anterior (Figuras 3 e 4). A estética dentária apresenta-se satisfatória com a presença de gengiva artificial entre a margem cervical dos dentes artificiais e o rebordo (Figura 5). Possibilitando a confecção de prótese fixa implanto-suportada tipo protocolo.



Figura 4 – Foto prova dos dentes vista frontal sem flange.



Figura 5 – Prova de dentes vista perfil sem flange.

A cirurgia de reabertura dos implantes inferiores, escolha dos componentes protéticos e suas respectivas alturas foram feitas no mesmo momento da moldagem para confecção de coroas provisórias. Para isso foi utilizado o kit Seleção de Componentes Protéticos cone Morse (Neodent). Ressaltando que a contenção posterior influi na manutenção do suporte labial (Figura 6).

Sob os mini-pilares instalados nos implantes inferiores, foram aparafusados cilindros de latão (Neodent), que unidos, foram marcados pela face vestibular para reposição e assim feito o registro da dimensão vertical com cera. As curvas de Spee e Wilson puderam ser respeitadas na montagem dos dentes posteriores (Figuras 7 e 8). As coroas provisórias inferiores foram instaladas e a montagem superior duplicada para confecção do Guia Multifuncional.



Figura 6 – Registro contenção posterior vista intra-oral anterior.



Figura 7 – Vista lado esquerdo registro contenção posterior sob mini-pilares.



Figura 8 – Vista lado direito registro contenção posterior sob mini-pilares.

O planejamento cirúrgico do caso seguiu os princípios de carga imediata, sendo feita sub-instrumentação cirúrgica utilizando implantes compactantes. Contudo, devida a baixa densidade óssea encontrada, os torques alcançados não ultrapassaram 32N em todos os implantes. Foi confeccionada uma prótese total removível provisória para o período de cicatrização de 4 meses.

Durante a cirurgia de reabertura dos implantes os mini-pilares cônicos foram escolhidos com o auxílio do Kit de Seleção Protética cone Morse (Neodent). A moldagem foi realizada com utilização do Guia Multifuncional. A prótese foi confeccionada seguindo os princípios de cimentação passiva. Após sua instalação, mostra que o posicionamento dos dentes artificiais restabeleceu o perfil facial do paciente devolvendo estética e função (Figuras 9 e 10).



Figura 9 - Análise de perfil extra-oral do paciente com prótese concluída.



Figura 10 - Análise frontal do paciente com prótese concluída.

A presença de gengiva artificial se fez necessária para o restabelecimento da linha de sorriso do paciente, não tendo interferências negativas, demonstrando a perda em altura ocorrida pelo edentulismo (Figura 11).



Figura 11 – Prótese tipo Protocolo Concluída.

Discussão

Este estudo teve como objetivo evidenciar a importância do suporte labial na determinação do tipo de reabilitação protética implanto-suportada. O planejamento reverso identifica as limitações e anseios sob o final do tratamento tanto para o profissional quanto para o paciente. Os implantes possibilitam devolver a indivíduos edentados a função mastigatória, por meio da reabilitação protética, suportada por implantes metálicos, conhecidos como implantes dentários⁵.

Quando necessário, o uso de guia computadorizado demonstra previsibilidade à instalação dos implantes não necessitando de técnicas reconstrutivas mais complexas de enxertos ósseos¹³.

Um planejamento incorreto pode levar, invariavelmente, a fracassos estéticos e funcionais, gerando desconforto e descontentamento estético⁸. O planejamento prévio a colocação dos implantes possibilita uma análise das limitações e fatores de insucesso em potencial, fornecendo uma previsão realista do final do tratamento¹⁻⁶. No caso de desdentados totais superiores, a escolha de prótese irá depender de fatores como: dificuldade de higienização, custo, quantidade e qualidade óssea, suporte labial, linha labial e fonética. Assim sendo a escolha do tipo de prótese é pessoal e exclusivamente feita pelo paciente após estar ciente de cada tipo de prótese possível para seu caso⁶.

A evolução das técnicas de enxertia, o desenvolvimento de implantes e componentes protéticos angulados possibilitando a instalação de implantes deu um novo rumo à implantodontia¹⁰. Entretanto as cargas exercidas sobre os implantes devem ser analisadas previamente a sua instalação¹⁵.

O perfil dos tecidos moles é afetado pelo suporte labial que pode ser alterado nas próteses totais pelo posicionamento dos dentes artificiais e a presença de flange, porém a relação exata entre o perfil facial e o suporte labial apresenta-se indefinida⁷.

É durante o planejamento reverso que se define o plano de tratamento. Quando este se torna conhecido, torna-se mais previsível as possibilidades restauradoras, que darão ao paciente uma prótese não com as melhores qualidades mas com a melhor satisfação funcional e estética¹⁴. Satisfazendo-o naquilo que caracteriza seus aspectos culturais, educacionais e sociais¹². Cabe ao implantodontista orientar o paciente e deixá-lo ciente dos benefícios e das possíveis complicações do tratamento reabilitador com implantes osseointegrados gerando assim uma relação de confiança entre profissional e o paciente¹¹.

Conclusão

O Suporte labial é um critério decisivo na indicação do tipo de prótese a ser confeccionada. A elucidação do paciente aos tipos de tratamentos disponíveis e limites estéticos do seu caso otimiza a relação profissional-paciente. O planejamento reverso deve ser seguido para que o profissional possa restabelecer as perdas decorrentes do edentulismo.

Abstract

The desire of patients with removable dentures is in implant-supported fixed prostheses, but they ignore the losses from edentulous. This study has the aim of presenting through clinical case the relevance of the lip support in a rehabilitation of edentulous maxilla with osseointegrated implant. The planning was performed based on literature review that admits limitation to the professional and patient. The literature shows that the maintenance of lip support is a decisive criterion for the definition of rehabilitation treatment, regardless of the bone amount needed for implant placement.

Key Words: Maxilla, Dental Implantation, Lips.

Referências Bibliográficas

1. Desjardins RP. Prothesis design for osseointegrated in the edentulous maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1992;7:311-20.
2. Misch CE. *Implantes dentários contemporâneos*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
3. Neves FD, Fernandes Neto AJ, Badaró Filho CR, Mendonça G, Prado CJ. Protocolo de análise da influência da linha e suporte labial na estética e seleção do tipo de prótese para desdentados totais superiores. *Rev Bras Implantodont* 2003;10(37):9-17.
4. Lim TJ, Csillag A, Irinakis T, Nokiani A, Wiebe CB. Intentional angulation of an implant to avoid a pneumatized maxillary sinus: a case report. *J Can Dent Assoc* 2004;70(3):164-8.
5. Sartori IAM. Implantes osseointegrados e carga imediata – abordagem protética. *ImplantNews* 2005;2(5):464-5.
6. Alen PF. Association between diet, social resources and oral health related quality of life in edentulous patients. *J Oral Rehabil*. 2005;32:623-8.
7. Yamashita Y, Kamada Y, Kawahata N, Nagaoka E. Influence of lip support on the soft tissue profile of complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 2006;33:102-9.
8. Calvani L, Michalakis k, Hirayama H. Implant-Retained Fixed Dental Protheses on upper lipp support and lower facial esthetics: preliminary clinical observations. *Eur J Esthet Dent*. 2007;2:420-8.
9. Pennarocha M, Garcia B, Martí E, Boronat A. Rehabilitation of severely atrophic maxxilae with fixed implant-supported protheses using zigomatic implants placed using the sinus slot technique: clinical report on a series of 21 patients. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:645-50.
10. Sartori IAM. Tratamento interdisciplinar em reabilitação protética sobre implantes. *ImplantNews* 2007;4(1):10-21
11. Carlsson GE, Johansson A, Johansson A-K, Ordell S, Ekback G, Unell L. Attitudes toward dental appearance in 50-and-60year-old subjects living in Sweden. *J Estetic Restor Dent*. 2008;20(1):10-21.
12. Pennarocha M, Boronat A, Carrillo C, Albalat S. Computer-Guided Implant placement with severe atrophy. *J Oral Implantol*. 2008;34(8):203-207.
13. Emami E, Heydeck G, Rompre PH, Grandmont P, Feine JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction oral and general health-related quality of life: a meta analisys of ramdomized controlled-trials. *Clin Oral Implants Res*. 2009;20(6): 533-44.

14. Pennarocha M, Boronat A, Carrillo C, Balaguer J, Pennarocha M. Palatal position of implants in severely resorbed edentulous maxillae. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2009;24:527-33.
15. Peñarrocha M, Carrilho C, Uribe R, Garcia B. The nasopalatine canal as an anatomic buttress for implant placement in the severely atrophic maxilla: a pilot study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:936-42.
16. Margonar R, dos Santos PL, Queiroz TP, Marcantonio E. Rehabilitation of atrophic maxilla using the combination of autogenous and allogeneic bone grafts followed by protocol-type prosthesis. *J Craniofac Surg*. 2010;21(6):1894-6.

5. Referências

1. Branemark P-I. Osseointegração 40 anos – Uma história de sucesso: Um princípio que mudou o rumo da implantodontia. *ImplantNews* 2005;2(4):315-9.
2. Carlsson GE, Johansson A, Johansson A-K, Ordell S, Ekback G, Unell L. Attitudes toward dental appearance in 50-and-60year-old subjects living in Sweden. *J Estetic Restor Dent*. 2008;20(1):10-21.
3. Calvani L, Michalakis k, Hirayama H. Implant-retained fixed dental protheses on upper lipp support and lower facial esthetics: preliminary clinical observations. *Eur J Esthet Dent* 2007;2:420-8.
4. Desjardins RP. Prothesis design for osseointegrated in the edentulous maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1992;7:311-20.
5. Lim TJ, Csillag A, Irinakis T, Nokiani A, Wiebe CB. Intentional angulation of an implant to avoid a pneumatized maxillary sinus: a case report. *J Can Dent Assoc* 2004;70(3):164-8.
6. Margonar R, dos Santos PL, Queiroz TP, Marcantonio E. Rehabilitation of atrophic maxilla using the combination of autogenous and allogeneic bone grafts followed by protocol-type prosthesis. *J Craniofac Surg*. 2010;21(6):1894-6.
7. Misch CE. Implantes dentários contemporâneos. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
8. Pennarocha M, Boronat A, Carrillo C, Albalat S. Computer-guided implant placement with severe atrophy. *J Oral Implantol*. 2008;34(8):203-7.
9. Pennarocha M, Boronat A, Carrillo C, Balaguer J, Pennarocha M. Palatal position of implants in severely resolbed edentulous maxillae. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2009;24:527-33.
10. Peñarrocha M, Carrilho C, Uribe R, Garcia B. The Nasopalatine Ccnal as an anatomic buttress for implant placement in the severely atrophic maxilla: a pilot study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2009;24:936-42.
11. Pennarocha M, Garcia B, Martí E, Boronat A. rehabilitation of severely atrophic maxxilae with fixed implant-supported protheses using zigomatic implants placed using the sinus slot technique: clinical report on a series of 21 patients. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:645-50.
12. Sartori IAM. Implantes osseointegrados e carga imediata – abordagem protética. *ImplantNews* 2005;2(5):464-5.
13. Sartori IAM. Tratamento interdisciplinar em reabilitação protética sobre implantes. *ImplantNews* 2007;4(1):10-21.

14. Yamashita Y, Kamada Y, Kawahata N, Nagaoka E. Influence of lip support on the soft tissue profile of complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 2006;33: 102-9.

6. Anexo

Endereço eletrônico das normas da revista Jornal do ILAPEO.

<http://www.ilapeo.com.br/normas-de-publica%C3%A7%C3%A3o/>