

Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico

Luciana Elisabeth de Mattias Souza

**Recursos para se obter estética em áreas anteriores: Relato de caso
clínico**

CURITIBA

2010

Luciana Elisabeth de Mattias Souza

Recursos para se obter estética em áreas anteriores: 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 Prótese Dentária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ivete Aparecida de Mattias Sartori

CURITIBA

2010

Luciana Elisabeth de Mattias Souza

Recursos para se obter estética em áreas anteriores: Relato de caso clínico

Presidente de banca (Orientador): Profa. Dra. Ivete Aparecida de Mattias Sartori

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sérgio Rocha Bernardes

Prof. Vitor Coró

Aprovada em: 13/07/2010

Dedicatória

Aos meus pais Wilson e Dirce

Ao meu esposo Sandro

Aos meus filhos Bruno e Amanda

A minha tia Ivete A. de Mattias Sartori

Agradecimentos

Agradeço principalmente àquela que além de ter sido minha inspiração na graduação, também a foi na especialização, sendo tão dedicada e conceituada profissional e com muito orgulho a tenho como minha tia Dra. Ivete Sartori.

Agradeço também a dedicação do meu esposo Sandro que muito colaborou para o meu crescimento profissional apoiando e principalmente cuidando dos nossos filhos Bruno e Amanda que também tem muitos méritos nesse trabalho, pois souberam entender e relevar as ausências da mãe por alguns momentos da vida.

Sumário

Listas

Resumo

1. Introdução	10
2. Revisão de Literatura	
2.1. Técnicas para condicionamento gengival	14
2.2. Técnicas relatadas para moldagens personalizadas.....	21
3. Proposição.....	26
4. Artigo Científico	27
5. Referências.....	45
6. Anexo	48

Lista de Figuras

Figura 1A - Fotografia inicial do caso	33
Figura 1B - Panorâmica com implantes já instalados	33
Figura 1C - Irregularidade do arco côncavo	33
Figura 2A - Escolha dos componentes	34
Figura 2B - Registro interoclusal	34
Figura 2C - Instalação das coroas provisórias	34
Figura 3A - Início do perfil de emergência	35
Figura 3B - Acréscimo de resina autopolimerizável	35
Figura 3C - Isquemia do tecido	35
Figura 4A - Formação de papilas	36
Figura 4B - Término do condicionamento.	36
Figura 5ªA e B - Cópia do perfil de emergência das coroas provisórias	37
Figura 5C - Componentes de transferência personalizados em posição para a moldagem com registro interoclusal	37
Figura 6A - Radiografia da prova da estrutura em zircônia	38
Figura 6B - Prótese finalizada.	38
Figura 6C - Prótese instalada	38
Figura 6D - Acompanhamento de 4 meses	38

Lista de Abreviaturas e Siglas

N – Newton

cm – centímetros

mm – milímetros

Resumo

Devido às mudanças ocorridas pela evolução da Odontologia, a busca pela estética tem se tornado cada vez mais freqüente. A constante atualização dos profissionais é uma necessidade. Quando ocorre a perda de um elemento dental, várias técnicas têm sido sugeridas para a correta reabilitação do mesmo. Manutenção do contorno ósseo e gengival já é um fator entendido como imprescindível para que a mesma possa ser alcançada. Em busca dessa manutenção de contorno, técnicas de posicionamentos imediatos de implantes, técnicas de enxertia óssea e/ou gengival e cuidados no correto estabelecimento da posição ideal do implante têm sido descritos. No entanto, alguns casos chegam para reabilitação com implantes já instalados e osseointegrados. Entendendo a importância de se conhecer os recursos descritos para obtenção de contornos gengivais adequados frente a essa condição clínica esse estudo foi idealizado. Foi realizada uma revisão de literatura de alguns métodos descritos para obtenção de papilas gengivais e estética em maxila anterior, assim como para confecção da prótese foram utilizados para resolução de um caso clínico que é apresentado. A análise do caso finalizado e a observação do grau de satisfação da paciente com o resultado alcançado permitem concluir que os recursos descritos são aplicáveis e permitem a otimização dos resultados.

Palavras-Chave: Próteses; Gengiva; Estética, Implantes Dentais.

Abstract

Due to changes in the evolution of dentistry, the search for aesthetic has become increasingly frequent. The constant upgrading of professionals is a necessity. When there is loss of a tooth, several techniques have been suggested to a correct the rehabilitation. Maintaining bone and gingival contour is already seen as an essential factor for the same can be achieved. In search of that boundary maintenance, techniques for immediate placement of implants, bone grafting techniques and / or gum and care in the correct establishment of the ideal position of the implant has been described. However, some cases come to rehabilitation with osseointegrated implants already installed. Understanding the importance of knowing the features described for obtaining proper gingival contours for to the clinical condition this study was conceived. It was performed a literature review and some of the methods described for obtaining papilla and aesthetics in the anterior maxilla, as well as to construct the prosthesis were used to solve a clinical case is presented. Analysing the case finalized and observing the degree of patient satisfaction with the outcome, it is suggested that the features described are applicable and allow optimization of results.

Keywords: Dental Prosthesis; Gingiva; Esthetics; Dental Implants.

1. Introdução

Foi no século XX que o desenvolvimento científico trouxe a implantodontia para a realidade dos cirurgiões dentistas. A nova técnica surgiu graças à descoberta em 1965 do fenômeno da Osseointegração a partir dos trabalhos do professor Per-Ingvar Brånemark. Depois disso, a técnica evoluiu muito, devido principalmente aos importantes trabalhos de pesquisa científica que se desenvolveram após essa data. A descoberta da Osseointegração (Branemårk et al., 1969) foi só o primeiro passo dentro da gigantesca contribuição que traria para a humanidade. No início, os implantes foram vistos como reparadores de dentes perdidos. Os pacientes, na maioria desdentados de arcos totais, eram reabilitados com próteses do tipo protocolo, que visava apenas à recuperação funcional dos dentes (Branemårk et al., 1977).

A observação do sucesso alcançado nas reabilitações de arco total encorajou a adaptação da técnica para reabilitação de pacientes com perdas parciais de elementos dentais. Nos primeiros anos de uso da técnica, os implantes eram instalados e deixados submersos por um período de tempo, para que pudesse ocorrer a osseointegração, e só depois a colocação das próteses era feita. Devido às queixas em relação ao período de espera e graças ao entendimento dos fatores biológicos associados à instrumentação cirúrgica e ao desenho dos implantes, surgiu a possibilidade de instalação das próteses imediatamente após a instalação dos implantes, eliminando-se o tempo de espera. As próteses começaram a ser instaladas logo nas primeiras horas após a instalação dos implantes, e a técnica recebeu o nome de “carga imediata” (Henry e Rosemberg, 1994). Na reposição de dentes no segmento anterior, além da vantagem de reduzir o tempo de espera, fatores associados à melhora na obtenção de papilas também começaram a ser descritos (Hall et al., 2007) e implantações imediatas às extrações também foram descritas e aconselhadas quando o fator estético é preponderante (Sonick e Hwang,

2007). Nesses casos, o cuidado em não expor os implantes a uma carga mastigatória exagerada durante o período de espera é recomendado.

Como a estética tem sido considerada fundamental na maioria dos casos, é recomendado que a mesma seja analisada já no estágio inicial do plano de tratamento. Novas teorias e modalidades de tratamento estão sendo propostas para tornar a prótese parecida com o dente natural, mantendo critérios biológicos entre as próteses e os tecidos de suporte. Um sorriso esteticamente agradável é definido como aquele no qual o tamanho, forma, posição e cor dos dentes estão em harmonia e encontram-se compatíveis com os tecidos circundantes mantendo assim a simetria do sorriso (An et al., 2009). Todo esse entendimento fez com que o planejamento para instalação dos implantes se tornasse mais cuidadoso. Os implantes passaram a ser executados com base na prótese previamente planejada, facilitando a obtenção da posição ideal e diminuindo o tempo de instalação. As próteses podem ser instaladas na mesma sessão da cirurgia de implantes (Penârrocha et al., 2007), visando assim mais estética e melhor função ao caso.

Quando se perde um ou mais dentes na região anterior, onde há maior comprometimento estético, torna-se difícil evitar também a perda das estruturas adjacentes, tanto tecidos moles quanto tecidos duros. Ao substituir os elementos dentários perdidos por implantes, a manutenção da margem gengival em sua altura e espessura corretas é de suma importância para a harmonia do resultado estético final. Para isso, se faz necessária a realização de manobras prévias a colocação dos implantes. Os tecidos formados são mantidos pela morfologia da prótese proporcionando um equilíbrio harmonioso entre o dente e a gengiva. Como a estética é agora a referência para colocação de implantes e próteses, é de fundamental importância encontrar a posição ideal do implante, bem como a própria confecção do guia cirúrgico, e isso se torna mais fácil quando se possui as papilas na posição correta e o contorno gengival em uma altura e espessura adequadas. O implante deve ser colocado buscando o

posicionamento mais apical com a finalidade de obter maior espaço vertical para o estabelecimento de um perfil de emergência estético (Rosa, 1993)

Um resultado previsível com sucesso estético necessita de boa dimensão óssea, ou seja, a estabilidade inicial do implante é dada pela qualidade e quantidade óssea respeitando-se a altura do ponto de contato da coroa provisória à crista óssea que deve ser igual ou menor que 5 mm, assim é possível obter papila, mantendo-se à distância de até 3 mm ou mais entre implantes ou entre dentes e implantes tem-se melhores condições de se obter papilas, tendo a fixação da cabeça do implante à 2 mm da junção cimento-esmalte do dente adjacente também se consegue melhores condições de tecidos moles (Buser et al., 2004). É necessário ter um protocolo criteriosamente elaborado, com conhecimento, discernimento e competência para se conseguir a excelência em implantes osseointegrados, garantindo saúde e estética para os tecidos peri-implantares, com formação de papilas e longevidade do tratamento restaurador (Mendes e Ottoni, 2005) .

Várias abordagens têm sido sugeridas para melhorar a estética em relação ao tratamento com implantes, incluindo o aumento do tecido ósseo e/ou tecido conjuntivo, regeneração óssea guiada, extrusão ortodôntica, extração e colocação imediata de implantes, modificação de procedimentos cirúrgicos: sutura e as técnicas de incisão (Schropp et al., 2005). No entanto, todas devem ser aplicadas antes da instalação dos implantes e grande parte dessas opções está associada ao aumento de custos financeiros e aumento de tempo de tratamento. Quando os implantes já se encontram instalados, são poucos os recursos descritos para se otimizar a estética.

Um dos recursos recomendados com baixo custo e com ótimo resultado estético é o condicionamento gengival. Este se apresenta como uma das condutas clínicas mais satisfatórias e simples de ser realizada para aperfeiçoar a estética em próteses sobre implantes e em prótese parcial fixa. Baseia-se no conceito de que o tecido gengival deve fazer parte do planejamento protético, para se atingir o sucesso reabilitador estético,

funcional e biológico. (Oliveira et al., 2002). No entanto, faz-se necessário entender também se existem técnicas relatadas para executar o trabalho protético após ter obtido o desenho de tecido mole almejado. Assim sendo, frente à necessidade de reabilitar um caso clínico com ausência dos incisivos superiores e possuindo dois implantes instalados, já osseointegrados e problemas no desenho do arco côncavo regular, este trabalho foi idealizado com o objetivo de verificar as técnicas relatadas na literatura.

2. Revisão de Literatura

2.1 Técnicas para condicionamento gengival

Rosa em 1993 relata um caso clínico com o objetivo de comprovar que quando se perde um ou mais dentes, principalmente na região anterior, onde a estética está envolvida, fica mais fácil manter as estruturas adjacentes de tecido mole e também tecido duro quando se associa o enxerto de conjuntivo na mesma sessão da exodontia, e ainda se utiliza de uma coroa provisória para que se possa fazer a compressão da área ainda em processo de cicatrização para direcionar os tecidos. Conclui que se a colocação do implante no local seguir o provisório bem posicionado, com formação das papilas, a estética final ficará previsível.

Com o objetivo de descrever um método para a melhoria da saúde e estética dos tecidos moles, Jacques et al., em 1999 apresentaram uma técnica na qual pressão é exercida sobre tecido mole com coroas provisórias. Os autores colocam o controle de biofilme pelo paciente como um dos itens necessários para que o sucesso seja alcançado e recomendam a seguinte seqüência de passos: - confeccionar uma coroa provisória; - aplicar compressão gradual, suave (em torno de 1 mm) sobre o tecido mole com adição de resina acrílica sobre a superfície do pântico em direção à crista. A quantidade deve ser controlada e a polimerização deve ser aguardada fora da boca (ao retornar a coroa provisória com o acréscimo deve acontecer isquemia e a mesma deve desaparecer após 5 a 10 minutos); - o formato do pântico deve ser convexo e bem polido para permitir a higienização; - cimentar a restauração provisória e orientar o paciente sobre a importância das técnicas de limpeza para o sucesso do tratamento; - marcar sessões de retorno semanais nas quais as coroas são removidas e novos acréscimos são estabelecidos até que a estética de pântico emergindo do tecido seja conseguida. Em relação às condições locais ideais para que a técnica seja indicada, os autores

recomendam que a espessura mínima de tecido mole, da crista gengival à crista alveolar, seja de 3 mm a 5 mm e que a qualidade do tecido seja espessa. É lembrado que a técnica de eletrocirurgia também é relatada para este fim, no entanto, os autores consideram que o condicionamento por pressão possui as vantagens de ser um método não-cirúrgico, minimamente invasivo, reversível e seguro. Além disso, ressaltam que a eletrocirurgia muitas vezes requer um período de cicatrização, enquanto que o condicionamento por pressão gradual mostra uma resposta imediata. Consideram ainda que procedimentos similares à pressão gradual estão sendo utilizados para o condicionamento tecidual antes da colocação do implante.

Miraglia et al., em 2000 descreveu a utilização de próteses provisórias logo após a exodontia para fazer compressão do tecido gengival com a finalidade de guiar a cicatrização e maturação dos tecidos. Concluíram que a morfologia da prótese serviu de “guia” ao crescimento tecidual local e que isso pode ocorrer desde que os provisórios estejam lisos e polidos pressionando a região.

Apresentando uma revisão a respeito dos tipos de pânticos e técnicas disponíveis para sua confecção, Edelhoff et al., em 2002, descrevem os formatos: higiênico; cônico, em forma de sela, com superfície reduzida, com superfície modificada, e oval. Após a descrição de testes executados, concluíram que o formato mais adequado deveria ser o pântico oval, pois apresenta superfície parecida com dente natural, permite acesso à higiene, respeita a fonética e evita o acúmulo de resíduos alimentares. Além disso, salientam que, este formato de pântico permite o manejo com resina por incrementos permitindo um condicionamento dos tecidos moles. Para situações em que se observa falta de estética após o condicionamento, por haver uma altura para repor, descrevem a possibilidade do uso de resina rosa para mascarar o defeito. Contudo, os autores salientam que essa resina deve ser evitada, pois pode facilitar o acúmulo de placa bacteriana, irritando o tecido local e exigir trocas freqüentes, o que desagrada aos pacientes. Concluíram então que, quando se tem possibilidade de melhora cirúrgica da

área desdentada quanto aos defeitos ósseos e de tecido mole, essas técnicas devem ser utilizadas para que depois a estética natural com pânticos ovais e condicionamento de tecidos moles possam oferecer resultados estéticos satisfatórios e boa condição de higienização.

Zavanelli et al., em 2004, condicionaram a gengiva com o objetivo de melhorar o formato do rebordo residual, em altura e espessura, proporcionando espaço e desenho adequado para o perfil de emergência do pântico que seria instalado naquele sítio. A obtenção de um rebordo em arco côncavo e de papilas interdentais possibilitou a confecção de próteses parciais fixas estéticas, funcionais e biocompatíveis.

Com o objetivo de avaliar a estética de coroas unitárias implantossuportadas e tecidos moles adjacentes Meijer et al., em 2005, desenvolveram um índice de controle (Index). Dois cirurgiões buco-maxilares e dois protesistas examinaram 24 coroas sobre implantes de dentes unitários e tecidos moles adjacentes através de slides e anotaram em um formulário com nove itens referentes a questões que apresentam influência no resultado estético da prótese e dos tecidos adjacentes. Esses itens seriam: dimensão mesio distal da coroa; posição da borda incisal do coroa; convexidade labial da coroa; cor e translucidez da coroa; superfície da coroa; posição da margem vestibular da mucosa peri-implantar; posição da mucosa nas améias proximais; contorno da superfície vestibular da mucosa; cor e superfície da mucosa labial. Usaram como referência os dentes adjacentes do próprio paciente e não as regras geralmente aceitas para a forma e posição dos dentes, que são relacionadas com pacientes jovens em geral. Os cirurgiões observadores fizeram as análises das coroas em 2 etapas, separadas por um intervalo de 2 semanas, através de slides, para não sofrerem interferência dos pacientes. Na análise dos resultados, concluíram que o Index é um instrumento objetivo para a avaliação da estética de coroas unitárias implantossuportadas e tecidos moles adjacentes principalmente quando realizado por um observador protesista ao invés de um observador cirurgião.

Al-Harbi em 2005, relata um caso clínico onde haviam sido instalados 2 implantes adjacentes na região de incisivo lateral superior e canino superior esquerdos. Foi confeccionada uma prótese metalo-cerâmica com cerâmica rosa devido a ausência de papila interimplantar. O desenho da prótese não satisfazia a estética da paciente. Analisando o caso, o autor relata que a posição dos implantes não condizia com as exigências de vários estudos anteriores que descrevem a necessidade de pelo menos 3 mm de espaço entre implantes, 5 mm de distância entre a ponta da crista óssea e a área de contato da coroa, requisitos que se fazem necessários para a existência de papila dental. Descrevendo esses requisitos, o autor decidiu usar técnicas de manejo de tecido mole, já que várias técnicas cirúrgicas já haviam sido executadas sem sucesso na busca da formação de papilas. O implante da região de incisivo lateral foi sepultado e uma nova prótese provisória confeccionada, tendo o canino como pilar e o lateral como cantilever. Assim, respeitando todas as distâncias exigidas e manipulando os tecidos moles, em 6 semanas obteve o resultado esperado com a formação de papilas. Partiu-se então para a cópia dessa área do contorno do tecido mole com técnica de moldagem apropriada e a confecção de uma nova prótese definitiva metalo-cerâmica, mantendo o incisivo lateral como cantilever, devolvendo e ajustando a oclusão para esse fim, e devolvendo a estética esperada ao paciente.

Orsini et al., em 2006, tiveram o objetivo de avaliar histologicamente a cicatrização de tecidos gengivais em contato com pânticos ovais de coroas provisórias. Realizaram um estudo onde os pacientes necessitavam de próteses parciais fixas com 2 pânticos. As coroas provisórias foram confeccionadas em resina acrílica (Jet, Artigos Odontológicos Clássico, São Paulo, Brasil), e em cerâmica de baixa fusão (Duceram LFC - Alemanha). Após 2 semanas, biópsias de tecidos gengivais abaixo desses pânticos foram retirados para exame histológico e imunohistoquímico para avaliação do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF). Concluíram que, dentro das limitações deste estudo piloto, os resultados, apesar de não tão evidentes, sugeriram vantagens clínicas

que puderam ser observadas: uma coroa provisória fixa dento suportada, com pânticos ovais construídas em cerâmica de baixa fusão (Duceram LFC - Alemanha) podem ser benéficas para o processo de cicatrização inicial durante a fase de tratamento.

Sailer et al., em 2007, comparou clínica e cientificamente os resultados estéticos alcançados entre coroa sobre implantes com componentes em titânio e coroas sobre implantes com pilares de zircônia. Descreveu 4 casos clínicos onde enumera os critérios de decisão pela escolha desses componentes, os quais seriam: espessura da gengiva, cor e tonalidade dos dentes vizinhos, localização (ser visível ou não) em boca, expectativas estéticas do paciente e custos. Os autores concluem que esses parâmetros podem ser os critérios de escolha entre componentes estéticos ou não.

O objetivo do estudo clínico feito por Hall et al., em 2007, foi comparar resultados estéticos de próteses sobre implantes em dois estágios cirúrgicos, com próteses sobre implantes em carga imediata com um ano de acompanhamento. Vinte e oito participantes de 23 a 71 anos com necessidade de colocação de um único implante na maxila anterior (dentes 15-25) foram divididos em 2 grupos; 14 participaram do grupo de implantes convencionais e os outros 14 do grupo de carga imediata. Foram executados os procedimentos cirúrgicos padrão em ambos os grupos. O grupo de carga imediata recebeu a prótese em até 4 horas de cirurgia e o grupo padrão convencional recebeu a prótese em 26 semanas após a cirurgia. Depois da execução dessas próteses, foram colhidos os dados estatísticos e relacionados com os dados colhidos anteriormente à cirurgia. Os autores concluíram que não houve diferenças estatísticas entre os grupos 1 e 2, e que o mais importante é a execução correta da técnica e o respeito às distâncias entre dentes e pontos de contatos das coroas.

Juodzbaly e Wang em 2007, fizeram um estudo onde avaliaram o resultado estético clínico e radiográfico de alguns casos de extração com implantes imediatos. Neste estudo foram instalados 14 implantes em 12 pacientes, oito homens e quatro mulheres. Antes de cada cirurgia de exodontia e implantes, os pacientes foram

examinados e as medidas de nível ósseo e gengival foram padronizadamente registradas. Os implantes foram colocados na ótima posição tridimensional de acordo com os padrões pré-estabelecidos e descritos anteriormente por vários autores, os defeitos ósseos e de tecido mole foram preenchidos no ato da 1ª cirurgia, o 2º estágio cirúrgico foi executado 6 meses após o 1º e mensuradas todas as medidas novamente. Foi então confeccionada a parte das coroas protéticas e este resultado foi aferido após 1 ano de acompanhamento. Os autores sugerem que o sucesso com colocação de implantes após imediata extração é possível, especialmente quando a extração é cuidadosamente avaliada e planejada. Além disso, este método reduz o tempo de colocação de implantes e de extração dentária para reabilitação completa, quando comparada com a implantação tardia dos protocolos clássicos. Concluíram que é essencial uma cuidadosa avaliação do potencial de extração antes da colocação de implantes contribuindo assim para a estética ideal.

Lai et al., em 2008, conduziu um estudo com o objetivo de avaliar as alterações que ocorrem no momento da instalação até seis meses de acompanhamento nos tecidos moles em torno de um implante unitário na maxila anterior. Teve como base a estética definida de pontuação rosa (PES). Foram escolhidos 29 pacientes que deveriam estar com as condições de estética e saúde dos tecidos bucais em harmonia com relação à altura, volume, cor e contornos, tanto com relação ao implante como com os dentes adjacentes. Dois Ortodontistas foram escolhidos para fazer a avaliação dos casos, pois foram mais críticos em seus julgamentos entre todas as especializações. Neste estudo, foi executado uma avaliação 1 hora após a colocação da coroa, com radiografias e fotografias dos casos, e 6 meses após. Esses procedimentos foram analisados em separado pelos dois ortodontistas. Os dados foram então analisados e estatisticamente comparados, concluindo-se então que o resultado estético dos tecidos moles em torno do implante melhorou significativamente. Os autores concluíram que estes achados corroboram com os dados recentemente publicados com o índice PIF ou com outras

medições (Small e Tarnow, 2000; Priest 2003; Schropp et al., 2005), mas um período de 6 meses ainda é limitado para uma conclusão definitiva.

As mais diferentes situações podem ocorrer quando um paciente apresenta a perda de um único dente ou de vários elementos na região de maxila anterior, sendo a última situação a mais difícil de enfrentar, pois junto com a perda dos elementos dentários podem ocorrer perdas das estruturas de suporte ósseo e de tecidos moles (papilas). Spear et al., em 2008, relatam através de casos clínicos que é importante respeitar e manter as estruturas pré existentes de crista óssea e de papilas gengivais , e que se deve respeitar as distâncias entre implantes, de no mínimo 3,0 mm. Eles classificam as 4 situações que se podem encontrar: 1. Os dentes estão presentes e precisam ser removidos, e não têm doença periodontal. 2. Os dentes estão presentes e precisam ser removidos, e tem doença periodontal. 3. Os dentes estão ausentes e os tecidos moles e ósseos são aceitáveis. 4. Os dentes são perdidos, e os tecidos ósseos e moles estão significativamente reabsorvidos. Em cada uma dessas situações devem-se avaliar as estruturas existentes e tentar devolver a harmonia e a saúde ao paciente.

Com objetivo de descrever os diferentes métodos e modalidades de tratamento para lidar com a falha do implante dentário, Levin em 2008, fez um relato. Segundo o mesmo, o sucesso com implantes dentários é geralmente definido pela sobrevivência do implante. Fracasso do implante resulta provavelmente de um processo multifatorial, que poderiam ser descritas por: superaquecimento, contaminação e trauma durante cirurgia, a quantidade de osso pobre e / ou qualidade, a falta de estabilidade primária, e indicação incorreta de carga imediata, periimplantites, trauma oclusal, e sobrecargas.

O estudo realizado por An et al., em 2009, compara a percepção entre dentistas e leigos sobre nível da margem gengival do incisivo lateral, a forma da margem gengival do incisivo central e o comprimento do contato interproximal em dentes periodontalmente saudáveis. Dividiram os participantes em 2 grupos, o primeiro de 500 leigos e o outro grupo de 240 dentistas, entre estudantes e profissionais. Os grupos receberam várias

fotos de diferentes casos clínicos as quais foram alteradas por um programa de computador para serem analisadas. Os dados então foram analisados. O estudo revelou que pode haver diferenças consideráveis na percepção quanto a componentes estéticos anteriores entre leigos e dentistas. Concluíram então que pode haver discordâncias durante o planejamento do tratamento entre os pacientes e os dentistas por conta da estética anterior.

Novaes em 2009, realizou um estudo com o objetivo de mostrar a relação que existe entre a distância entre implantes, distância entre crista óssea e ponto de contato e reabsorção óssea da região peri-implantar com a formação de papilas. Em 6 cães, foram feitas extrações dos pré molares e a colocação de implantes Cone Morse com tratamento de superfície. Obteve resultados estatisticamente não significativos com relação a distância entre implantes, diferentemente dos resultados alcançados por Tarnow et al., mas concluiu que se a distância do ponto de contato à crista óssea for maior que 5 mm e a distância entre implantes for entre 2 e 3 mm, existe maior chance de formação de papilas, principalmente se for acompanhado por um longo período.

2.2 Técnicas relatadas para moldagens personalizadas

Coelho et al., em 1997, descreve uma técnica rápida, simples e fiel para a reprodução do contorno dos tecidos gengivais para a obtenção do modelo de trabalho. Depois de alcançado o contorno gengival desejado, os autores demarcaram com um lápis o nível gengival na coroa provisória em boca, removeram a coroa e a parafusaram em um análogo do sistema de implante, envolveram esse conjunto com material de moldagem do tipo silicone pesada até o contorno feito com lápis. Após a presa do silicone removeram a coroa provisória desse conjunto e parafusaram aí o poste de moldagem do

implante, verteram então uma resina acrílica do tipo Duralay até que ocupasse toda a superfície que antes era da coroa provisória. Depois da presa dessa resina, removeram o poste de moldagem e o levaram à boca, obtendo assim a cópia do contorno gengival. Então fizeram a moldagem do implante convencional para se obter o modelo mestre personalizado.

Devido às grandes dificuldades de cópia do perfil de emergência alcançado, este relato de Hinds em 1997, mostra uma nova técnica para moldagem com a obtenção de um coping de impressão customizado. O autor demonstra que esta técnica apresenta vantagens devido ao fato de ser rápida, não precisar de 2 coroas provisórias como na técnica de Jansen e de dar um resultado final fiel ao laboratório. A técnica pode ser empregada tanto para implantes da região anterior quanto para os da região posterior e é de fácil utilização: remove-se a coroa provisória da boca, acopla um análogo e mergulha num molde de silicone. Após a presa, remove-se a coroa provisória desse molde e então já a recoloca em boca, para evitar o colapso dos tecidos gengivais. No molde de silicone coloca-se o poste de moldagem e então acrescenta uma resina dual na região do colo do provisório do molde, obtendo-se assim o coping customizado para que se possa proceder à moldagem habitual do implante. É feito então a moldagem com silicone e vazado o molde com gengiva artificial e gesso para a obtenção do modelo mestre para o laboratório. Com este modelo fiel, a peça definitiva irá apresentar nitidez e melhores resultados estéticos, acredita o autor.

Attard e Barzily, em 2003, com o propósito de obter modelos com fidelidade de contorno dos tecidos peri-implantares descreve um método que utiliza para moldagens de casos unitários. Após a obtenção do contorno adequado dos tecidos através do condicionamento com a coroa provisória, os autores removem parte da restauração do conduto e obtém um molde da boca com a coroa em posição. Após a moldagem, removem o restante da restauração, removem a coroa, instalam um análogo na mesma e a posicionam no molde. Um material resiliente é colocado no molde e o vazamento com

gesso é efetuado. Enquanto aguarda o retorno da coroa, para que os tecidos peri-implantares mantenham o formato, os autores recomendam a instalação de um cicatrizador e o preenchimento do espaço que permanece entre ele e o contorno tecidual com silicone de presa rápida. Segundo eles, esse cuidado é importante para que o formato não se altere e para que não haja dor no retorno da coroa provisória. Advogam ser essa técnica muito precisa na cópia dos contornos e ser esse um passo muito importante para a obtenção de coroa definitiva com formato estético apropriado. Quanto à fidelidade no posicionamento do hexágono, consideram que se houver cuidado na seleção de um bom material de moldagem haverá estabilidade na posição que resultará em correto modelo. Em relação à instabilidade da coroa no momento da vibração para o vazamento, consideram que o cuidado em remover parte da restauração do orifício faz com que o posicionamento fique mais fiel e mais seguro para resistir a possíveis alterações por vibração. Concluem que para se obter correto contorno de coroas é muito importante que o técnico possua modelos personalizados e que essa técnica cumpre bem esse objetivo.

Com o propósito de apresentar um método para transferir de forma precisa o contorno tecidual peri-implantar para orientar a obtenção do formato da prótese definitiva, Elian et al., em 2007, apresentam seqüências clínicas e laboratoriais nas quais utilizam dois modelos. Um modelo mestre é obtido de forma convencional e um segundo modelo do perfil de emergência é realizado com resina soft. Para obtê-lo, os autores moldam o paciente com a coroa provisória em posição com silicona. A coroa é então removida, um análogo é instalado e o modelo é obtido pelo vazamento de um material resiliente. O cilindro para obtenção do intermediário personalizado é instalado no análogo do modelo do perfil de emergência e com cera, o formato é obtido. Antes da fundição a posição do componente anti-rotacional é conferida no modelo mestre. Os autores advogam as vantagens da técnica por ser eficiente, rápida e precisa. Comparam-na com outras que

personalizam transferêntes e outras que utilizam a própria moldagem da coroa para obter o modelo mestre, considerando esta mais eficiente.

Com o objetivo de descrever um método alternativo de moldagem de transferência que possibilitasse a cópia de implantes bem como do contorno dos tecidos peri-implantares de forma simultânea, Bastos et al., em 2008, utilizaram resina composta fluida fotopolimerizável. A técnica foi descrita através do relato de um caso clínico onde existia a necessidade de moldagem de um implante da região do elemento 21 o qual os tecidos moles haviam sido condicionados através de coroa provisória com acréscimo de resina composta até a obtenção de um correto perfil de emergência, removeram a coroa provisória e instalaram um poste de moldagem impregnado de adesivo sobre o implante. Sobre este poste foi colocado resina fluida que ocupasse toda região do colo da coroa provisória e fotopolimerizada, procedeu-se então a moldagem propriamente dita com silicona de adição em moldeira aberta. Os autores concluem comparando essa técnica com as outras já existentes e encontram a vantagem de essa ser mais prática, fácil e rápida, sem perder a precisão necessária.

A obtenção da cópia fiel dos tecidos de contorno dos implantes na zona estética é crucial para o sucesso da prótese. Spyropoulou et al., em 2009, relataram um caso clínico onde descrevem uma técnica que utiliza um guia de resina acrílica autopolimerizável e material de moldagem do tipo silicona, para capturar o contorno dos tecidos moles em repouso, com eficácia e custo baixo. Depois dos tecidos peri-implantares estarem em perfeita harmonia com os tecidos adjacentes no caso relatado, os autores fizeram uso de um componente de moldagem sobre implante instalado diretamente sobre o elemento a ser copiado em boca e aplicaram resina autopolimerizável diretamente sobre os tecidos em repouso com a técnica de pó e líquido no pincel, para copiar essa área, sem se preocuparem com o aquecimento gerado por esse material, pois a temperatura atingida não é superior à temperatura de bebidas quentes costumeiramente utilizadas. Fizeram então a moldagem com moldeira fechada

para o implante, como habitualmente usada, obtendo-se assim um molde. Foi vazado com gengiva artificial no local dos tecidos copiados e gesso especial, obtendo então um modelo mestre de trabalho com a cópia fiel dos tecidos peri-implantares, o qual foi relevante para confecção de uma coroa definitiva mais natural e estética para o caso.

3. Proposição

O objetivo deste estudo é realizar uma análise crítica sobre os métodos relatados para obtenção de estética em regiões anteriores sem cirurgias e após instalação de implantes, por meio de revisão de literatura sobre técnicas de condicionamento gengival e técnicas relatadas sobre moldagens personalizadas, e apresentar relato de caso clínico no qual algumas delas foram utilizadas analisando o resultado obtido.

4. Artigo Científico

Artigo relacionado para especialidade de Prótese Dentária preparado segundo as normas da revista RGO – Revista Gaúcha de Odontologia

Recursos para se obter estética em áreas anteriores

Resources to achieve esthetics in anterior area

Short Title: Estética em áreas anteriores

Luciana E. de Mattias SOUZA ¹

Ivete A. de Mattias SARTORI ²

1 Artigo baseado na monografia de L.E.M.SOUZA, para obtenção de título de especialista em Prótese Dentária no Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico, Curitiba, PR. Correspondência para/ Correspondence to: LEM SOUZA.R: Belarmino de Mendonça, 547, Foz do Iguaçu, PR, CEP: 85851-200. Tel(45)30271551. E-mail: luciana@oralimplant.com.br

2 Doutora em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia da Universidade São Paulo. Correspondência para /Correspondence to: IAM SARTORI.R: Jacarezinho, 656, Mercês, Curitiba, PR, CEP: 80710-150. Tel(41)35956000 E-mail: <coordenação@ilapeo.com.br>

Resumo

Devido às mudanças ocorridas pela evolução da Odontologia, a busca pela estética tem se tornado cada vez mais freqüente. A constante atualização dos profissionais é uma necessidade. Quando ocorre a perda de um elemento dental, várias técnicas têm sido sugeridas para a correta reabilitação do mesmo. Manutenção do contorno ósseo e gengival já é um fator entendido como imprescindível para que a mesma possa ser alcançada. Em busca dessa manutenção de contorno, técnicas de posicionamentos imediatos de implantes, técnicas de enxertia óssea e/ou gengival e cuidados no correto estabelecimento da posição ideal do implante tem sido descritos. No entanto, alguns casos chegam para reabilitação com implantes já instalados e osseointegrados. Entendendo a importância de se conhecer os recursos descritos para obtenção de contornos gengivais adequados frente a essa condição clínica esse estudo foi idealizado. Foi realizada uma revisão de literatura e alguns dos métodos descritos para obtenção de papilas gengivais e estética em maxila anterior, assim como para confecção da prótese foram utilizados para resolução de um caso clínico que é apresentado. A Análise do caso finalizado e a observação do grau de satisfação da paciente com o resultado alcançado permitem concluir que os recursos descritos são aplicáveis e permitem a otimização dos resultados.

Palavras-chave: Próteses; Gengiva; Estética, Implantes dentais.

Abstract

Due to changes in the evolution of dentistry, the search for aesthetic has become increasingly frequent. The constant upgrading of professionals is a necessity. When there is loss of a tooth, several techniques have been suggested to a correct the rehabilitation. Maintaining bone and gingival contour is already seen as an essential factor for the same can be achieved. In search of that boundary maintenance, techniques for immediate placement of implants, bone grafting techniques and / or gum and care in the correct establishment of the ideal position of the implant has been described. However, some cases come to rehabilitation with osseointegrated implants already installed. Understanding the importance of knowing the features described for obtaining proper gingival contours for to the clinical condition this study was conceived. It was performed a literature review and some of the methods described for obtaining papilla and aesthetics in the anterior maxilla, as well as to construct the prosthesis were used to solve a clinical case is presented. Analysing the case finalized and observing the degree of patient satisfaction with the outcome, it is suggested that the features described are applicable and allow optimization of results.

Key-words: Dental Prosthesis; Gingiva; Esthetics; Dental Implants.

Introdução

Foi no século XX que o desenvolvimento científico trouxe a implantodontia para a realidade dos cirurgiões dentistas. A nova técnica surgiu graças à descoberta em 1965 do fenômeno da Osseointegração a partir dos trabalhos do professor Per-Ingvar Brånemark. Depois disso, a técnica evoluiu muito, devido principalmente aos importantes trabalhos de pesquisa científica que se desenvolveram após essa data. A descoberta da Osseointegração¹ foi só o primeiro passo dentro da gigantesca contribuição que traria para a humanidade. No início, os implantes foram vistos como reparadores de dentes perdidos. Os pacientes, na maioria desdentados de arcos totais, eram reabilitados com próteses do tipo protocolo, que visava apenas à recuperação funcional dos dentes².

A observação do sucesso alcançado nas reabilitações de arco total encorajou a adaptação da técnica para reabilitação de pacientes com perdas parciais de elementos dentais. Nos primeiros anos de uso da técnica, os implantes eram instalados e deixados submersos por um período de tempo, para que pudesse ocorrer a osseointegração, e só depois a colocação das próteses era feita. Devido às queixas em relação ao período de espera e graças ao entendimento dos fatores biológicos associados à instrumentação cirúrgica e ao desenho dos implantes, surgiu a possibilidade de instalação das próteses imediatamente após a instalação dos implantes, eliminando-se o tempo de espera. As próteses começaram a ser instaladas logo nas primeiras horas após a instalação dos implantes, e a técnica recebeu o nome de “carga imediata”³. Na reposição de dentes no segmento anterior, além da vantagem de reduzir o tempo de espera, fatores associados à melhora na obtenção de papilas também começaram a ser descritos⁴ e implantações imediatas às extrações também foram descritas e aconselhadas quando o fator estético é preponderante⁵. Nesses casos, o cuidado em não expor os implantes a uma carga mastigatória exagerada durante o período de espera é recomendado.

Como a estética tem sido considerada fundamental na maioria dos casos, é recomendado que a mesma seja analisada já no estágio inicial do plano de tratamento. Novas teorias e modalidades de tratamento estão sendo propostas para tornar a prótese parecida com o dente natural, mantendo critérios biológicos entre as próteses e os tecidos de suporte. Um sorriso esteticamente agradável é definido como aquele no qual o tamanho, forma, posição e cor dos dentes estão em harmonia e encontram-se compatíveis com os tecidos circundantes mantendo assim a simetria do sorriso⁶. Todo esse entendimento fez

com que o planejamento para instalação dos implantes se tornasse mais cuidadoso. Os implantes passaram a ser executados com base na prótese previamente planejada, facilitando a obtenção da posição ideal e diminuindo o tempo de instalação. As próteses podem ser instaladas na mesma sessão da cirurgia de implantes⁷, visando assim mais estética e melhor função ao caso.

Quando se perde um ou mais dentes na região anterior, onde há maior comprometimento estético, torna-se difícil evitar também a perda das estruturas adjacentes, tanto tecidos moles quanto tecidos duros. Ao substituir os elementos dentários perdidos por implantes, a manutenção da margem gengival em sua altura e espessura corretas é de suma importância para a harmonia do resultado estético final. Para isso, se faz necessária a realização de manobras prévias a colocação dos implantes. Os tecidos formados são mantidos pela morfologia da prótese proporcionando um equilíbrio harmonioso entre o dente e a gengiva. Como a estética é agora a referência para colocação de implantes e próteses, é de fundamental importância encontrar a posição ideal do implante, bem como a própria confecção do guia cirúrgico, e isso se torna mais fácil quando se possui as papilas na posição correta e o contorno gengival em uma altura e espessura adequadas. O implante deve ser colocado buscando o posicionamento mais apical com a finalidade de obter maior espaço vertical para o estabelecimento de um perfil de emergência estético⁸.

Um resultado previsível com sucesso estético necessita de boa dimensão óssea, ou seja, a estabilidade inicial do implante é dada pela qualidade e quantidade óssea respeitando-se a altura do ponto de contato da coroa provisória à crista óssea que deve ser igual ou menor que 5 mm, assim é possível obter papila, mantendo-se à distância de até 3 mm ou mais entre implantes ou entre dentes e implantes tem-se melhores condições de se obter papilas, tendo a fixação da cabeça do implante à 2 mm da junção cimento-esmalte do dente adjacente também se consegue melhores condições de tecidos moles⁹. É necessário ter um protocolo criteriosamente elaborado, com conhecimento, discernimento e competência para se conseguir a excelência em implantes osseointegrados, garantindo saúde e estética para os tecidos peri-implantares, com formação de papilas e longevidade do tratamento restaurador¹⁰.

Várias abordagens têm sido sugeridas para melhorar a estética em relação ao tratamento com implantes, incluindo o aumento do tecido ósseo e/ou tecido conjuntivo, regeneração óssea guiada, extrusão ortodôntica, extração e colocação imediata de implantes, modificação de procedimentos cirúrgicos: sutura e as técnicas de incisão¹¹. No

entanto, todas devem ser aplicadas antes da instalação dos implantes e grande parte dessas opções está associada ao aumento de custos financeiros e aumento de tempo de tratamento. Quando os implantes já se encontram instalados, são poucos os recursos descritos para se otimizar a estética.

Um dos recursos recomendados com baixo custo e com ótimo resultado estético é o condicionamento gengival. Este se apresenta como uma das condutas clínicas mais satisfatórias e simples de ser realizada para aperfeiçoar a estética em próteses sobre implantes e em prótese parcial fixa. Baseia-se no conceito de que o tecido gengival deve fazer parte do planejamento protético, para se atingir o sucesso reabilitador estético, funcional e biológico¹². No entanto, faz-se necessário entender também se existem técnicas relatadas para executar o trabalho protético após ter obtido o desenho de tecido mole almejado. Assim sendo, frente à necessidade de reabilitar um caso clínico com ausência dos incisivos superiores e possuindo dois implantes instalados, já osseointegrados e problemas no desenho do arco côncavo regular, este trabalho foi idealizado com o objetivo de verificar as técnicas relatadas na literatura.

Descrição de Caso Clínico

Paciente T.M.P., 32 anos, gênero feminino, procurou a clínica do ILAPEO (Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico) em Curitiba para a reabilitação da área anterior da maxila. Paciente apresentava ausência dos elementos 12, 11, 21, 22 (Figura 1A) e recebeu 2 implantes do tipo Cone Morse (Neodent, Curitiba, Brasil), na posição do 11 e 21 (Figura 1B).

Após o período de osseointegração, já tendo sido executada a cirurgia de reabertura, e com os cicatrizadores já instalados, notou-se que a altura do tecido gengival estava desfavorável para o correto perfil de emergência das coroas e que, se nenhuma manobra fosse instituída, as coroas sobre implantes não teriam formato de arco côncavo regular compatível com os caninos presentes (Figura 1C). Assim sendo, a escolha da altura dos componentes intermediários foi realizada com base na altura dos colos dos incisivos que se pretendia confeccionar e não na quantidade de tecido gengival disponível (Figura 2A). Os intermediários foram instalados (mini pilar cônico - Neodent, Curitiba, Paraná, Brasil), com torque de 32N. cm. Os componentes de moldagem foram instalados, unidos com resina Pattern (GC América Inc, Alsip, IL, EUA.) e a moldagem foi realizada com

silicone de condensação (Speedex -Coltène, Altstätten, SG, Suíça). O registro interoclusal foi realizado com cilindros de latão, que foram unidos com a mesma resina e o contato oclusal registrado (Figura 2B).

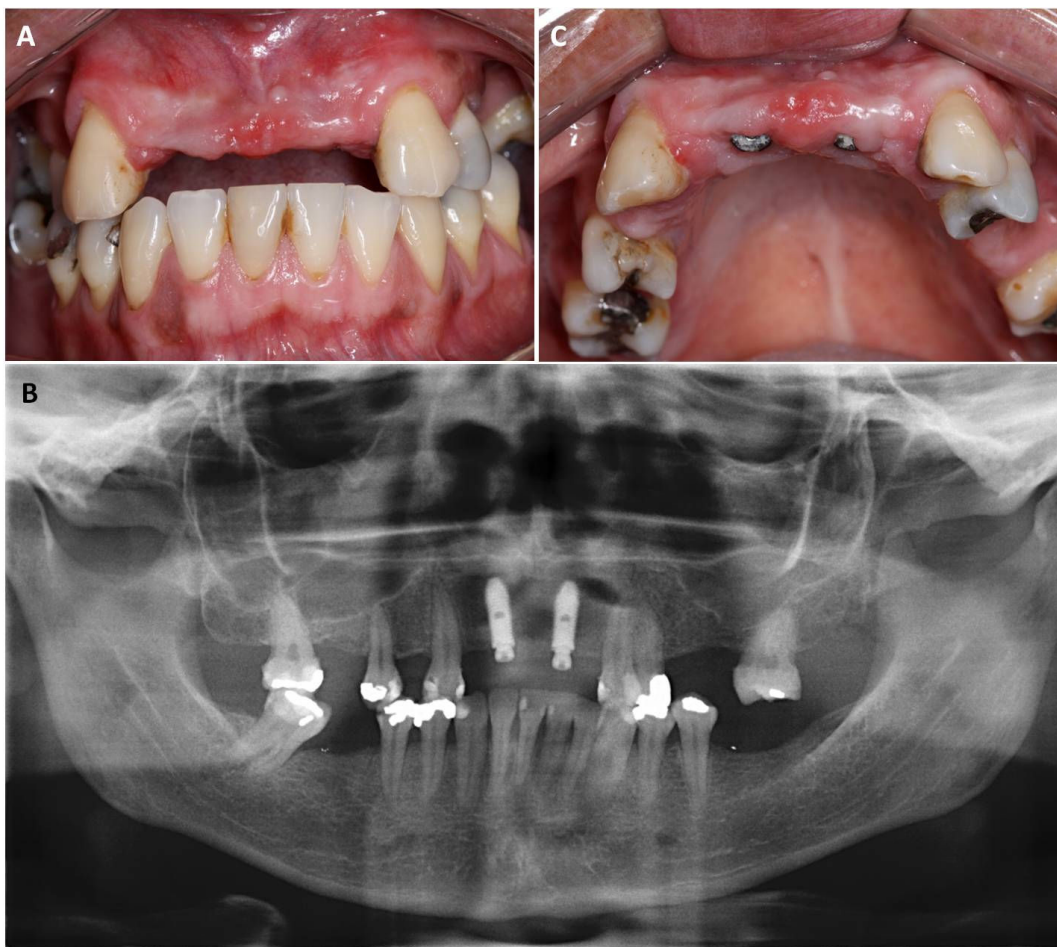


Figura 1 – A. Fotografia inicial do caso; B.Panorâmica com implantes já instalados ;
C.Irregularidade do arco côncavo.

O protético foi instruído a idealizar as coroas provisórias com altura de colos compatíveis com a altura dos colos dos caninos. Como havia muito tecido gengival e os implantes estavam localizados em posição palatinizada (posição para prótese parafusada) foi entendida a necessidade de condicionamento para que o contorno dos colos dos dentes pudesse ter perfil de emergência natural. Foi também entendido que esse condicionamento deveria ser por etapas uma vez que o tecido gengival não conseguiria assumir formatos forçados sem prejuízos ao mesmo. Assim sendo, solicitou-se um formato de colo em altura ideal e um formato de pântico côncavo inicial para preservar os tecidos de excesso de

pressão (Figura 2C).

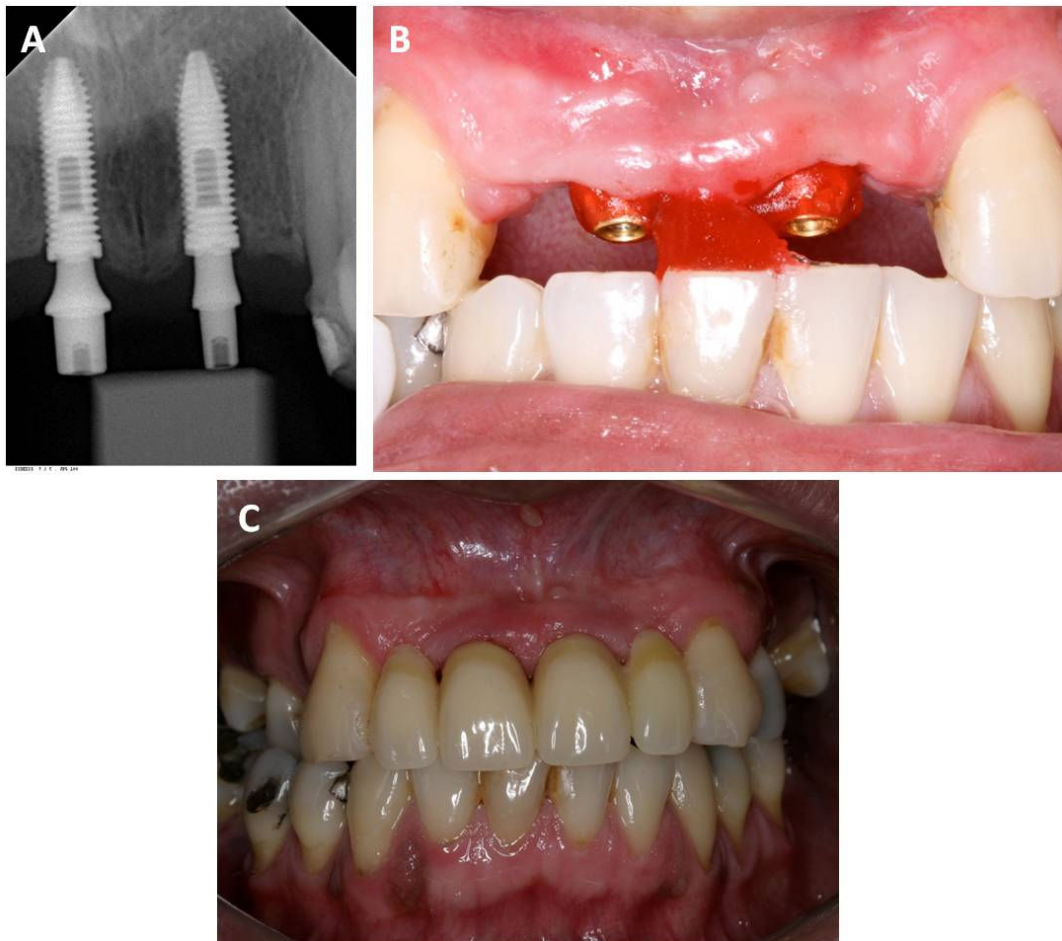


Figura 2 – A.Escolha dos componentes; B.Registro interoclusal ; C.Instalação das coroas provisórias.

Na sessão de instalação as coroas foram posicionadas. Ocorreu isquemia que foi transitória. As coroas foram ajustadas e a paciente foi agendada para o dia seguinte. No retorno, a prótese foi removida e o formato da prótese podia já ser visualizado no tecido gengival que se apresentavam saudáveis (Figura 3A).

Iniciou-se então o condicionamento gengival que foi realizado por acréscimo paulatino de resina acrílica (Duralay, Reliance, Dental Mfg.Co.,Worth, IL, EUA) na parte côncava dos dentes e pânticos (Figura 3B). No retorno de 48 horas já se observava papilas formadas e perfil de emergência satisfatório. O condicionamento foi ainda realizado em mais 3 ou 4 sessões para obtenção de contornos nas áreas dos pânticos. Foi acrescentado 1 mm da mesma resina acrílica na região cervical dos elementos 12/11/21/22, esperou-se a presa final e levou-se o provisório em posição, causando uma compressão da área para que

pudesse provocar uma leve isquemia gengival .O provisório foi mantido em posição até que a isquemia pudesse desaparecer, aproximadamente 2 minutos depois (Figura 3C).

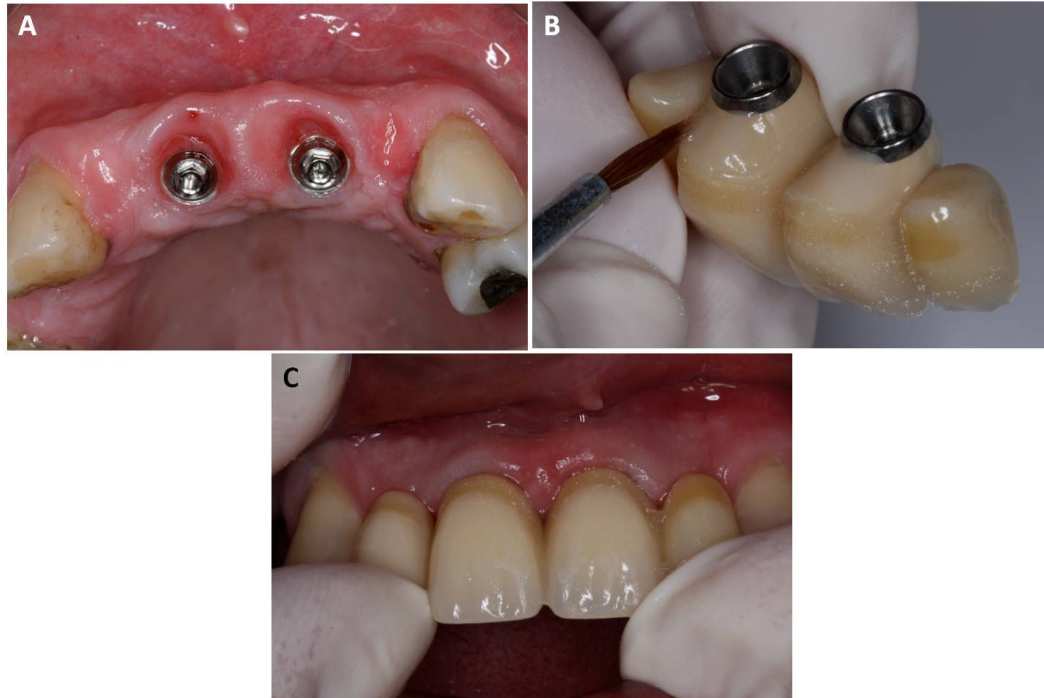


Figura 3 – A.Início do perfil de emergência; B.Acréscimo de resina autopolimerizável; C.Isquemia do tecido.

Repetiu-se esse trabalho 1 vez ao mês , até que a gengiva estivesse no local desejado e a formação de papilas estivesse completa, aproximadamente 5 meses (Figura 4A e 4B).



Figura 4 – A.Formação de papilas; B.Término do condicionamento.

Após o condicionamento, como o arcabouço gengival mostrava características favoráveis de emergência, entendeu-se a necessidade de obtenção de um modelo que fornecesse a imagem da mesma na bancada do laboratório para que a prótese definitiva pudesse ser obtida com os mesmos contornos favoráveis aos tecidos gengivais estabelecidos na prótese provisória. Para obtenção do mesmo, a prótese provisória foi removida e análogos foram parafusados à mesma. Utilizando silicona pesada (Speedex, Coltène, Altstätten, SG, Suíça) a porção cervical da prótese provisória foi moldada (Figura 5A). Removeu-se os provisórios mantendo os análogos no local, obtendo assim um molde da área cervical dos provisórios. Os transferêntes de moldagem foram então parafusados sobre os análogos e verteu-se resina quimicamente polimerizável vermelha (Duralay, Reliance, Dental Mfg.Co.,Worth, IL, EUA) nessa muralha. Obteve-se assim a cópia fiel da posição do tecido mole após condicionado. Os transferentes assim personalizados foram adaptados na boca, unidos e com os parafusos curtos foi realizada o

registro interoclusal .Após foi trocado os parafusos novamente para os parafusos longos e executada a moldagem com silicona (Speedex, Coltène, Altstätten, SG, Suíça) (Figura 5B).

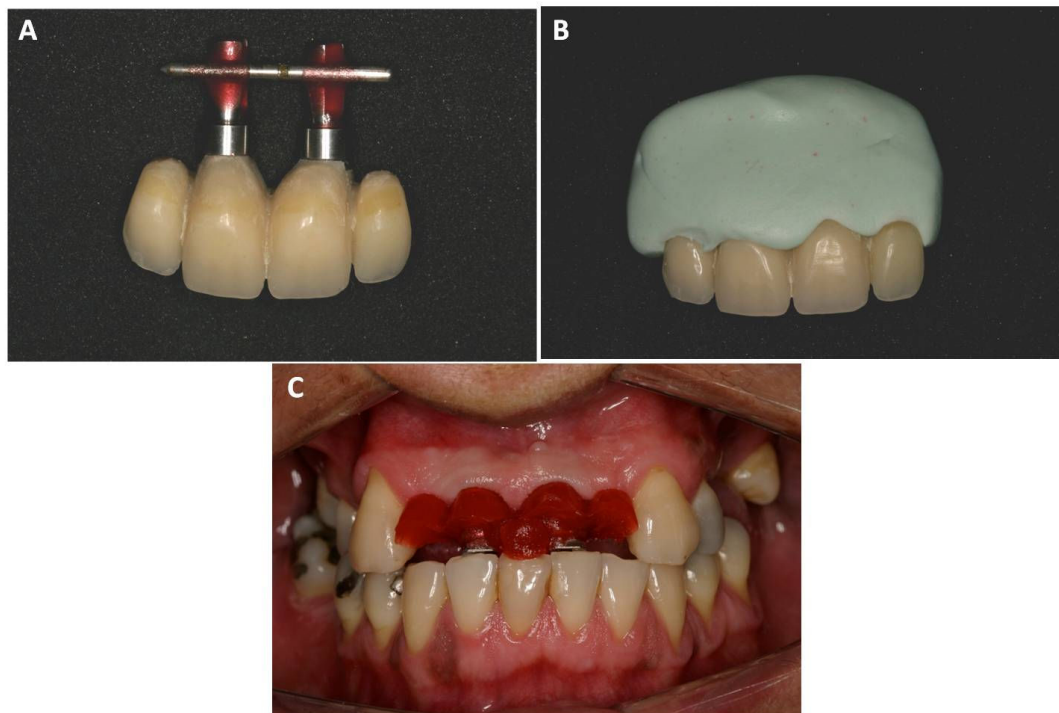


Figura 5 – A e B.Cópia do perfil de emergência das coroas provisórias; C. Componentes de transferência personalizados em posição para a moldagem com registro interoclusal .

Enviou-se então o molde para vazamento em laboratório com gesso especial. A técnica eleita para confecção da prótese foi o sistema CAD CAM Neoshape (Curitiba, Paraná, Brasil) utilizando como material a zircônia (YZP), com o objetivo de obtenção de estética e boa resistência e adaptação.

Foi realizada a prova da infra-estrutura e constatação de excelente estabilidade e adaptação (Figura 6A).

A mesma foi então enviada para a aplicação da porcelana. A escolha de cor foi feita em ambiente com luz natural com auxílio do técnico de laboratório, o qual utilizou a escala Vita Magnum. Após a aplicação, foi realizada a prova funcional, os ajustes estéticos e funcionais foram estabelecidos, observou-se a ótima adaptação sobre os tecidos moles condicionados (Figura 6B).

A prótese foi então finalizada.

A paciente mostrou-se satisfeita com o resultado final obtido, estando os tecidos

com características de saúde (Figura 6C). A cooperação da paciente assim como o empenho de todos os profissionais envolvidos foi importante para a obtenção do resultado final obtido (Figura 6D).O paciente assinou um termo autorizando a publicação de seu caso clínico.

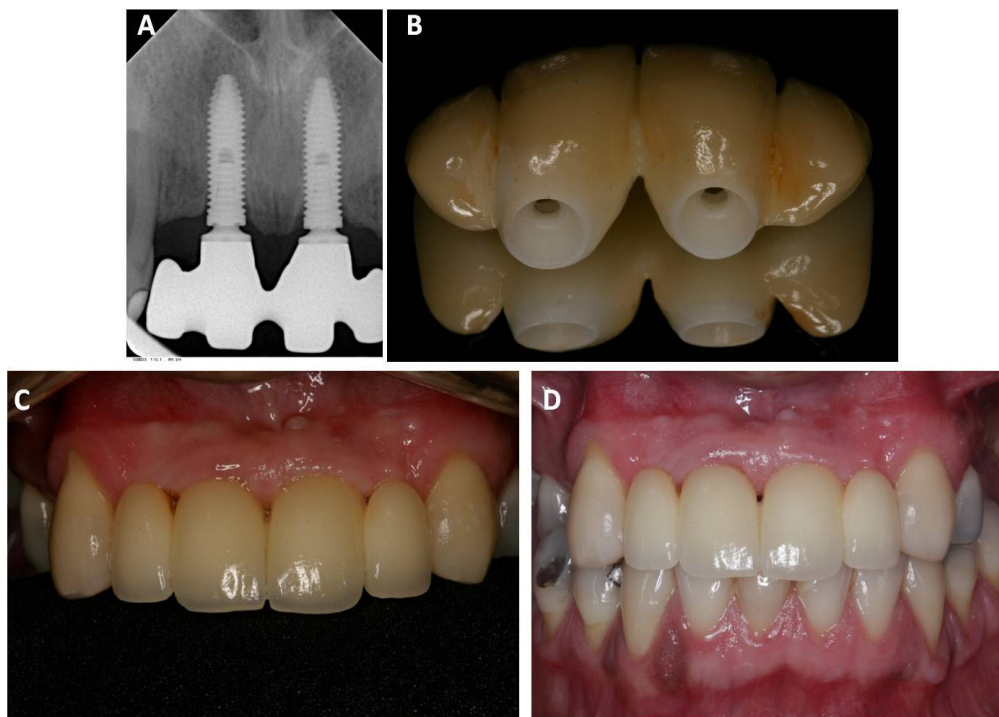


Figura 6 – A.Radiografia da prova da estrutura em zircônia; B.Prótese finalizada; C.Prótese Instalada; D.Acompanhamento de 4 meses.

Discussão

Com relação à estética, principalmente na região de maxila anterior, muito se tem discutido em busca de melhorias para a finalização da prótese com mais naturalidade e plena satisfação do paciente. Para isso, muitas técnicas têm sido descritas, tanto para a adaptação do tecido antes da instalação de implantes, quanto durante a reabertura e até posteriormente à sua instalação. Como aborda Rosa⁸ em seu trabalho de 1993, que já preparava a área receptora após a exodontia com aumento de tecido conjuntivo e pressão gradual com o próprio pântico, a fim de guiar os tecidos moles, ou como Spear et al.,¹³ em

2008, citando as 4 situações possíveis de se encontrar antes da colocação de implantes para definindo critérios que auxiliam para um sucesso estético final.

Como se sabe, a estética hoje é fator relevante para a maioria dos pacientes, por isso, deve ser um fator importante também para os cirurgiões, pois Meijer et al.,¹⁴ em 2005, já revelou que a estética não é igual para todas as pessoas, que existem diferenças até entre cirurgiões e pacientes e cada um tem seus critérios e parâmetros, nada é uma regra.

Um bom planejamento inicial é considerado a base de tudo, pois assim, a finalização é previsível e fiel¹⁵. Um correto planejamento evitaria situações de resoluções críticas, até com o sepultamento de um implante para corrigir falhas nos tecidos de suporte, os quais poderiam interferir na formação de papilas gengivais¹⁶.

Técnicas objetivando preservação de estruturas de suporte previamente à instalação dos implantes são descritas e advogadas como mantenedoras de estética e qualidade tecidual. Dentre elas, a colocação de implantes imediatos à exodontia é colocada como favorável por alguns estudos¹⁷, enquanto outros consideram que apesar dos bons resultados apresentados com o uso da mesma, é necessário cautela para indicá-la, especialmente em regiões estéticas¹⁸. Buser et al., colocam a necessidade de observação de alguns critérios para que a técnica possa ser indicada. Os critérios são: bom nível de margem gengival, boa espessura óssea e presença da tábua óssea vestibular⁹. A prótese definitiva deve possuir uma forma adequada, que complemente os tecidos ao redor, facilitando o controle de placa e oclusão, gerando uma aparência harmoniosa com os demais dentes. A importância do domínio técnico também é lembrada em alguns estudos. Falhas na instalação dos implantes com relação a traumas, qualidade e quantidade óssea e superaquecimento são fatores relatados relacionados a insucessos¹⁹.

Estando o caso com implantes já instalados, de nada adiantaria o conhecimento das técnicas recomendadas para serem utilizadas previamente ao procedimento de instalação dos implantes. Mesmo tendo lançado mão de todos os critérios e cuidados recomendados, no momento da confecção das próteses se as estruturas de tecidos moles e duros não estiverem coerentes com a estética desejada, haverá a necessidade de manobras para que os corretos contornos sejam alcançados. Na resolução do caso apresentado, as manobras recomendadas por Jaques et al.,²⁰ que consiste no condicionamento do tecido gengival por aplicação de pressões predeterminadas a fim de direcionar e esculpir a forma de perfil de emergência por acréscimos graduais de resina na região cervical de coroas provisórias, foi utilizada. Essa técnica é descrita e corrobora com outros estudos^{21,22} como

de Oliveira et al.,¹² que identifica como mais vantajosa a técnica de condicionamento por pressão gradual. O resultado alcançado foi rápido, eficiente e de baixo custo, não impondo à paciente nenhum desconforto ou trauma, reafirmando as vantagens que esses autores relatam para essa técnica. Se o mesmo não tivesse sido instituído, o contorno da prótese teria que ser estabelecido sobreposto ao rebordo determinando um formato em “overlap” que traria a desvantagem do desconforto para a higienização e também a dificuldade para obtenção de estética, uma vez que a quantidade de porcelana sobre o rebordo não daria a aparência de pântico emergindo do tecido gengival, fator que é descrito na prótese convencional há muitos anos^{21,22}. Nessa técnica o formato oval do pântico é utilizado para a determinação da pressão gradual da mesma forma que recomendado na prótese fixa convencional¹².

Após essa correta manipulação dos tecidos moles, para se ter uma fiel cópia dessa área no modelo, a fim de que o laboratório pudesse confeccionar a prótese definitiva no mesmo formato a técnica de personalização dos componentes de moldagem foi utilizada²³. Ela é uma adaptação de técnicas descritas para elementos unitários²³ havendo autores que utilizam a prótese provisória como componente de moldagem²⁴ e outros que utilizam resina auto polimerizável direta em boca²⁵ ou resina fotopolimerizável²⁶ ou adaptação da própria prótese provisória em modelos especiais²⁷. A técnica utilizada ofereceu a vantagem de ser direta em clínica não obrigando a paciente a ficar aguardado o tempo de vazamento para ter a prótese recolocada. Se comparada à técnica descrita por Bastos²⁶, que utiliza resina fotopolimerizável para copiar o tecido condicionado em casos unitários, oferece a vantagem de permitir a cópia simultânea de todo o contorno dos quatro elementos. A utilização de técnicas que colocam o transferente e preenchem o espaço com materiais diretamente em boca poderia oferecer o risco de modificação do contorno dos tecidos antes que pudessem ser copiados. Outra vantagem seria o conforto da paciente no sentido de possibilitar o retorno antes que os tecidos modifiquem de formato e apresentem depois dor na recolocação.

O fato de se escolher a zircônia como material da infraestrutura permitiu a obtenção de cor satisfatória com ausência de sombras, boa translucidez e opalescência.

Obtivemos a satisfação do paciente, e solucionamos a sua queixa principal, que era a busca por função mastigatória e ganho estético.

Conclusão

O conhecimento das técnicas de condicionamento descritas assim como das técnicas de moldagem e confecção das próteses foram importantes para a resolução do caso. Permitiram a obtenção de uma reabilitação estética com boa condição de manutenção do conforto e higienização.

REFERÊNCIAS

1. Branemårk PI, Breine U, Adell R, Hasson BO, Hallen O, Lindstrom J. Intra-osseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;(3):81-100.
2. Branemårk PI, Hasson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, et al. Osseointegrated Implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977;16:1-132.
3. Henry PJ, Rosenberg I. Single-stage surgery for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results. *Pract Periodont Aesthetic Dent.* 1994;6(9):15-22.
4. Hall JA, Payne AG, Purton DG, Torr B, Duncan WJ, Silva RK. Immediately restored, single-tapered implants in the anterior maxilla: prosthodontic and aesthetic outcomes after 1 year. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2007;9(1):34-45.
5. Sonick M, Hwang D. Immediate Implantation. *Contemp Esthet.* 2007:30-5.
6. An KY, Lee JY, Kim SJ, Choi JI. Perception of maxillary anterior esthetics by dental professionals and laypeople and survey of gingival topography in healthy young subjects. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009;29(5):535-41
7. Peñarrocha M, Lamas J, Peñarrocha M, Garcia B. Immediate maxillary lateral incisor implants with nonocclusal loading provisional crowns. *J Prosthodont.* 2008;17(1):55-9.
8. Rosa JCM, Manutenção da altura da margem gengival e das papilas interdentais para a implantodontia. *Rev Catarin Implant.* 1993;2(2):2-5.
9. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004; 19:43-61.

10. Mendes MTM, Ottoni J. Parâmetros previsíveis para a formação de papila periimplantar. *ImplantNews* 2005;2(3):237-42.
11. Schropp L, Isidor F, Kostopoulos L, Wenzel A. Interproximal papilla levels following early versus delayed placement of single-tooth implants: a controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20(5):753-61.
12. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Conti PCR, Lins A, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. *Rev Fac Odontol Bauru* 2002;10(2):99-104.
13. Spear FM. The use of implants and ovate pontics in the esthetic zone. *Compend Contin Educ Dent*. 2008;29(2):72-4.
14. Meijer HJ, Stellingsma K, Meijndert L, Raghoobar GM. A new index for rating aesthetics of implant-supported single crowns and adjacent soft tissues-the implant crown aesthetic index. *Clin Oral Implants Res*. 2005;16(6):645-9.
15. Sartori IAM. Tratamento interdisciplinar em reabilitação protética sobreimplantes. *ImplantNews* 2007;4(1):10-22.
16. Al-Harbi SA. Nonsurgical management of interdental papilla associated with multiple maxillary anterior implants: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2005;93(3):212-6.
17. Juodzbaly G, Wang HL. Soft and hard tissue assessment of immediate implant placement: a case series. *Clin Oral Implants Res*. 2007;18(2):237-43.
18. Mankoo T. Single-tooth implant restorations in the esthetic zone-contemporary concepts for optimization and maintenance of soft tissue esthetics in the replacement of failing teeth in compromised sites. *Eur J Esthet Dent*. 2007;2(3):274-95.

19. Levin L. Dealing with dental implant failures. *J Appl Oral Sci.* 2008;16(3):171-5.
20. Jacques LB, Coelho AB, Hollweg H, Conti PC. Tissue sculpturing: an alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 1999; 81(5):630-3.
21. Zavanelli AC, Dekon SFC, Zavanelli RA, Mazarro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Condicionamento gengival. *PCL Rev Ibero-Am Protese Clin Lab.* 2004;6(32):357-63.
22. Miraglia SS, Nogueira RP, Batista JG. Condicionamento gengival, estética periodontal e fonética. *PCL Rev Ibero-Am Protese Clin Lab* 2000;2(10):44-8.
23. Coelho AB, Miranda JES, Pegoraro LF. Single-tooth implants: a procedure to make a precise, flexible gingival contour on the master cast. *J Prosthet Dent.* 1997;78(1):109-10.
24. Attard N, Barzilay I. A modified impression technique for accurate registration of peri-implant soft tissues. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(2):80-3.
25. Spyropoulou PE, Razzoog M, Sierraalta M. Restoring implants in the esthetic zone after sculpting and capturing the periimplant tissues in rest position: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2009;102(6):345-7.
26. Bastos PL, Nobilo MAA, Henriques GEP, Mesquita MF, Ottoboni GS, Negreiros WA. Técnica simplificada de moldagens de implantes e tecidos peri-implantares simultaneamente. *Odontol Clin Cientif.*2008;7(2):165-9.
27. Elian N, Tabourian G, Jalbout ZN, Classi A, Cho SC, Froum S et al. Accurate transfer of peri-implant soft tissue emergence profile from the provisional crown to the final prosthesis using an emergence profile cast. *J Esthet Restor Dent.* 2007;19(6):306-14.

5. Referências

1. Al-Harbi SA. Nonsurgical management of interdental papilla associated with multiple maxillary anterior implants: a clinical report. *J Prosthet Dent.* 2005;93(3):212-6.
2. An KY, Lee JY, Kim SJ, Choi JI. Perception of maxillary anterior esthetics by dental professionals and laypeople and survey of gingival topography in healthy young subjects. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2009;29(5):535-41
3. Attard N, Barzilay I. A modified impression technique for accurate registration of peri-implant soft tissues. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(2):80-3.
4. Bastos PL, Nobilo MAA, Henriques GEP, Mesquita MF, Ottoboni GS, Negreiros WA. Técnica simplificada de moldagens de implantes e tecidos peri-implantares simultaneamente. *Odontol Clin Cientif.* 2008;7(2):165-69.
5. Branemårk PI, Breine U, Adell R, Hasson BO, Hallen O, Lindstrom J, Olsson. Intraosseous anchorage of dental prostheses I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1969;3:81-100.
6. Branemårk PI, Hasson BO, Adell R, Breine U, Lindstrom J, Hallen O, et al. Osseointegrated Implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1977;11:16-132.
7. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19 Suppl:43-61.
8. Coelho AB, Miranda JES, Pegoraro LF. Single-tooth implants: a procedure to make a precise, flexible gingival contour on the master cast. *J Prosthet Dent.* 1997;78(1):109-10.
9. Edelhoff D, Spiekermann H, Yildirim. A review of esthetic pontic design options. *Quintessence Int.* 2002;33(10):736-45.
10. Elian N, Tabourian G, Jalbout ZN, Classi A, Cho SC, Froum S et al. Accurate transfer of peri-implant soft tissue emergence profile from the provisional crown to the final prosthesis using an emergence profile cast. *J Esthet Restor Dent.* 2007;19(6): 306-14; discussion 315.
11. Hall JA, Payne AG, Purton DG, Torr B, Duncan WJ, Silva RK. Immediately restored, single-tapered implants in the anterior maxilla: prosthodontic and aesthetic outcomes after 1 year. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2007;9(1):34-45.
12. Henry PJ, Rosemberg I. Single-stage surgery for rehabilitation of the edentulous mandible. Preliminary results. *Pract Periodont Aesthetic Dent.* 1994;6(9):5-22.
13. Higginbottom F, Belser U, Jones JD, Keith SE. Prosthetic management of implants in the esthetic zone. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19:62-72.

14. Hinds KF. Custom impression coping for an exact registration of the healed tissue in the esthetic implant restoration. *Int J Periodont Rest Dent.* 1997;17(6):584-91.
15. Jacques LB, Coelho AB, Hollweg H, Conti PC. Tissue sculpturing: an alternative method for improving esthetics of anterior fixed prosthodontics. *J Prosthet Dent.* 1999; 81(5):630-3.
16. Juodzbaly G, Wang HL. Soft and hard tissue assessment of immediate implant placement: a case series. *Clin Oral Implants Res.* 2007;8(2):237-43.
17. Lai HC, Zhang ZY, Wang F, Zhuang LF, Liu X, Pu YP. Evaluation of soft-tissue alteration around implant-supported single-tooth restoration in the anterior maxilla: the pink esthetic score. *Clin Oral Implants Res.* 2008;9(6):560-4.
18. Levin L. Dealing with dental implant failures. *J Appl Oral Sci.* 2008;6(3):71-5.
19. Mankoo T. Single-tooth implant restorations in the esthetic zone-contemporary concepts for optimization and maintenance of soft tissue esthetics in the replacement of failing teeth in compromised sites. *Eur J Esthet Dent.* 2007;2(3):274-95.
20. Meijer HJ, Stellingsma K, Meijndert L, Raghoobar GM. A new index for rating aesthetics of implant-supported single crowns and adjacent soft tissues-the implant crown aesthetic index. *Clin Oral Implants Res.* 2005;6(6):645-9.
21. Mendes MTM, Ottoni J. Parâmetros previsíveis para a formação de papila periimplantar. *ImplantNews* 2005;2(3):237-42.
22. Miraglia SS, Nogueira RP, Batista JG. Condicionamento gengival, estetica periodontal e fonetica. *PCL Rev Bras Pró. Clín Labor* 2000;2(10):44-8.
23. 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(1):18-27.
24. Oliveira JA, Ribeiro EDP, Conti PCR, Lins A, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. *Rev FOB* 2002;10(2):99-104.
25. Orsini G, Murmura G, Artese L, Piattelli A, Piccirilli M, Caputi S. Tissue healing under provisional restorations with ovate pontics: A pilot human histological study. *J Prosthet Dent.* 2006;96(4):252-7.
26. Peñarrocha M, Lamas J, Peñarrocha M, Garcia B. Immediate maxillary lateral incisor implants with nonocclusal loading provisional crowns. *J Prosthodont.* 2008;17(1):55-9.
27. Rosa JCM, Manutenção da altura da margem gengival e das papilas interdentais para a implantodontia. *Rev Catarin Implant.* 1993;2(2):2-5.
28. Sailer I, Zembic A, Jung RE, Hämmerle CH, Mattioli A. Single-tooth implant reconstructions: esthetic factors influencing the decision between titanium and zirconia abutments in anterior regions. *Eur J Esthet Dent.* 2007;2(3):296-310.
29. Sartori IAM. Tratamento interdisciplinar em reabilitação protética sobreimplantes. *ImplantNews* 2007;4(1):10-22.

30. Schropp L, Isidor F, Kostopoulos L, Wenzel A. Interproximal papilla levels following early versus delayed placement of single-tooth implants: a controlled clinical trial. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20(5):753-61.
31. Sonick M, Hwang D. Immediate Implantation. *Contemp Esthet*. 2007:30-5.
32. Spear FM. The use of implants and ovate pontics in the esthetic zone. *Compend Contin Educ Dent*. 2008;29(2):72-4,76-80; quiz 81.
33. Spyropoulou PE, Razzoog M, Sierraalta M. Restoring implants in the esthetic zone after sculpting and capturing the periimplant tissues in rest position: a clinical report. *J Prosthet Dent*. 2009;102(6):345-7.
34. Zavanelli AC, Dekon SF de C, Zavanelli RA, Mazarro JVQ, Nepomuceno VC, Fernandes AUR. Condicionamento gengival PCL *Rev Ibero Am Protese Clin Lab*. 2004;6(32):357-63.

6. Anexo

Normas para publicação: RGO – Revista Gaúcha de Odontologia

<http://www.revistargo.com.br/submissions.php#guidelines>