

Artigo de Caso Clínico
Case Report Article

Posicionamento desfavorável de implantes dentários ântero-superiores — relato de caso

Non-favorable positioning of anterosuperior dental implants — case report

João César ZIELAK*
Maria Kele Dias Maia de ARAÚJO**
Rosana Aparecida Custódio ORNAGHI**
Allan Fernando GIOVANINI***
Edson Alves de CAMPOS****
Tatiana Miranda DELIBERADOR*****

Endereço para correspondência:
Address for correspondence:

João César Zielak
Rua Professor Pedro Viriato Parigot de Souza, 5.300 – Bairro Campo Comprido
CEP 81280-330 – Curitiba – PR
E-mail: jzielak@up.edu.br

Recebido em 23/11/08. Aceito em 16/1/09.
Received on November 23, 2008. Accepted on January 16, 2009.

* Doutor em Processos Biotecnológicos. Professor de graduação e pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Positivo.

** Alunas do curso de Odontologia da Universidade Positivo.

*** Doutor em Patologia Bucal. Professor de graduação e pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Positivo.

**** Doutor em Dentística. Professor de graduação e pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Positivo.

***** Doutora em Periodontia. Professora de graduação e pós-graduação do curso de Odontologia da Universidade Positivo.

Palavras-chave:

implante dentário;
complicações
protéticas; epítese.

Resumo

Introdução: O tratamento com implantes tem se demonstrado uma ótima alternativa para a reabilitação bucal. No entanto é importante que alguns critérios sejam observados para obtenção de sucesso. **Objetivo:** Este trabalho teve como objetivo relatar uma abordagem alternativa para uma condição clínica de posicionamento desfavorável de implantes ântero-superiores, somado a um planejamento protético inicial também desfavorável. **Relato de caso:** Paciente de 60 anos, gênero feminino, possuía prótese fixa sobre implantes vestibularizados em região envolvendo incisivos centrais e laterais superiores e com presença de doença peri-implantar. Nova abordagem protética com prótese fixa e pilares individuais, permitindo higienização, e epítese

estética foram realizadas. Acompanhamentos de 3, 6, 9 e 12 meses foram feitos. **Conclusão:** O uso de uma alternativa protética como a epítese, ou gengiva artificial removível, demonstrou ser eficiente no que diz respeito à estética e à função mastigatória, permitindo a higienização da região, fator importantíssimo na manutenção da saúde peri-implantar.

Keywords:

dental implantation;
prosthetic
complications; gingival
mask.

Abstract

Introduction: The treatment with implants has demonstrated to be a good alternative to oral rehabilitation. However, it is important to follow some criteria in order to achieve success. **Objective:** This report showed an alternative approach to a clinical condition of non-favorable positioning of anterosuperior dental implants, added to an also non-favorable initial prosthetic planning. **Case report:** Female patient, 60 years old, with fixed prosthesis over labial inclined implants, in the central and lateral superior incisors region, and with peri-implant disease. A new approach with fixed prosthesis and single abutments, what allows cleaning, and also removable gingival mask was applied. Monitoring of 3, 6, 9 and 12 months were done. **Conclusion:** The use of a prosthetic alternative such as gingival mask demonstrated to be efficient regarding esthetic and masticatory functions, contributing to oral hygiene, an important factor to peri-implant tissues health.

Introdução

Ao longo do tempo, por meio de estudos e pesquisas, a Implantodontia tem mostrado ser uma modalidade terapêutica da Odontologia com a qual se podem atingir níveis notórios de sucesso [5]. No entanto vários são os fatores capazes de influenciar a obtenção de resultados satisfatórios nas reabilitações com implantes, principalmente quando antes do processo cirúrgico existem limitações anatômicas (ósseas e/ou gengivais) – o que pode interferir nos trabalhos protéticos e, em última análise, na estética final.

É o caso, por exemplo, da região anterior da maxila, que em período precedente ao tratamento com implantes foi acometida por problemas periodontais, levando à perda de volume tecidual, e, depois do devido tratamento, a instalação de implantes acabou por deixá-los em uma posição desfavorável para os trabalhos protéticos convencionais.

Assim, a preocupação com a saúde periodontal nesses casos é fundamental, uma vez que implantes em dada região podem aumentar o risco do desenvolvimento de patologias peri-implantares, principalmente se a instalação da prótese, por questões estéticas e/ou fonéticas, prejudicar a higienização local [5, 14].

Entre os problemas peri-implantares mais frequentes é possível destacar a mucosite peri-implantar e a peri-implantite, definidas como

processo inflamatório reversível, afetando os tecidos moles ao redor do implante (mucosite) e/ou o tecido ósseo de suporte (peri-implantite) [22]. Ambas têm como medidas preventivas: 1) prótese que permite uma boa higiene; 2) controle de placa bacteriana pelo paciente; 3) tratamento de possíveis locais de origem da inflamação periodontal [21].

Em algumas situações o implante precisa ser colocado em área cujo longo eixo não é compatível com o posicionamento do dente no arco, sendo necessário em tais casos lançar mão de compensações protéticas que venham a corrigir a dificuldade. Para minimizar ou tentar compensar implantes mal posicionados, há de se pensar em uma prótese que promova tanto a estética quanto condições de higiene, como já citado anteriormente, a fim de preservar a saúde gengival e evitar danos ainda mais sérios ao paciente [3].

Nos casos de limitação vertical, horizontal e de suporte labial, o uso de uma gengiva removível (epítese) pode ser uma opção. Com essa abordagem de tratamento o paciente tem: boa condição de higienização, já que pode remover a epítese; fonética, porque os espaços são totalmente obliterados; e boa estética, uma vez que se preenche totalmente o suporte necessário para o lábio, como se faz nas próteses totais. Se o paciente aceita a limitação da estrutura removível, este é um tipo muito interessante a ser oferecido [10]. Dessa forma, especialmente nas situações de implantes em

região anterior, é imprescindível um planejamento integral, considerando as interdependências entre as características inerentes ao paciente e as fases cirúrgica e protética.

O presente trabalho teve como objetivo relatar uma abordagem alternativa para um caso clínico de posicionamento desfavorável de implantes ântero-superiores somado a um planejamento protético inicial também desfavorável.

Relato de caso

Paciente de 60 anos, gênero feminino, procurou atendimento na Clínica Odontológica da Universidade Positivo com o objetivo de resolver problemas de sangramento em região superior anterior, local de uma prótese fixa sobre implantes. A paciente também se queixava de mau hálito e usava prótese de 4 elementos, com gengiva artificial fixada sobre a estrutura metálica, cujo desenho dificultava sua higienização (figura 1A). Após remoção da prótese (figura 1B), verificou-se sangramento intenso, com tecidos peri-implantares inflamados e grande vestibularização dos implantes. Foi iniciado o tratamento da peri-implantite mediante antisepsia com bochecho de clorexidina a 0,12% (Periogard, Colgate, São Paulo, Brasil), seguido de limpeza local com gaze embebida em água oxigenada 10 volumes (Tayuyuna, São Paulo, Brasil), raspagem submarginal com cureta de carbono (Hu-Fredy, Nova York, Estados Unidos) e polimento dos implantes com taça de borracha. A paciente foi orientada quanto à higienização, continuando o uso de colutório com clorexidina de três a quatro vezes ao dia, além de medicação sistêmica (amoxicilina 500 mg, de 8/8 h por sete dias, e concomitantemente metronidazol 250 mg, também de 8/8 h, mas por dez dias). Como a paciente já utilizava prótese parcial removível por conta de falhas em regiões posteriores, adicionaram-se dentes e gengiva acrílicos à estrutura da prótese parcial removível (PPR) na região da prótese sobre implantes. A proservação ocorreu por 3 e 6 meses, pelo fato de a paciente ter se mudado de cidade.

Após esse tempo, novos intermediários foram confeccionados (figura 2A), assim como nova estrutura metálica de pânticos. Depois, provou-se a aplicação da cerâmica sobre a estrutura, cujos limites permitiam um grande espaço para higienização entre os intermediários e os implantes (figura 2B), respeitando-se a altura do sorriso da paciente (figura 3A).

Partiu-se então para a confecção da gengiva artificial removível (epítese), capaz de obliterar os espaços entre a cerâmica e a base da prótese fixa, com um mínimo de espessura (figura 3B).

Após três meses, a paciente relatou insatisfação com a epítese confeccionada: cor muito clara, superfície muito plana e extensão excessiva para fundo de vestibulo. Optou-se assim pela confecção de nova epítese. Provou-se em cera uma mais contornada, de superfície ondulada, e com menor extensão para fundo de vestibulo. De acordo com a paciente, a segunda epítese resultou em aspecto satisfatório em relação à estética e ao conforto (figuras 4A e 4B).

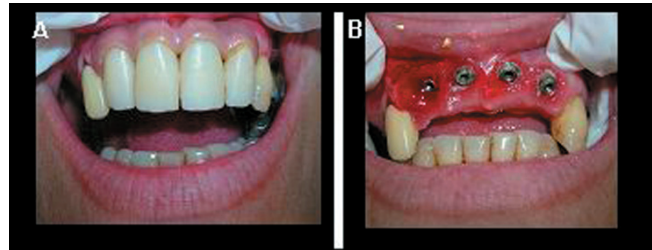


Figura 1 — (A) Aspecto clínico inicial; (B) Aspecto da peri-implantite após remoção inicial da prótese

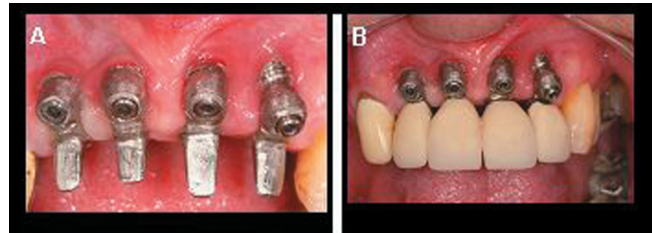


Figura 2 — (A) Prova de intermediários; (B) Prova da porcelana

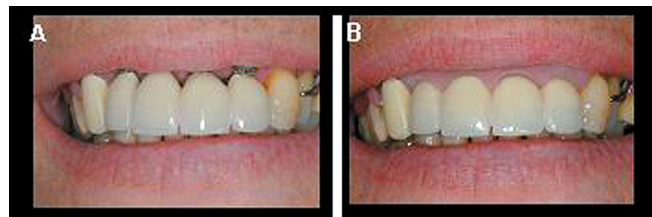


Figura 3 — (A) Instalação da prótese fixa; (B) Sorriso após instalação da prótese fixa e primeira epítese

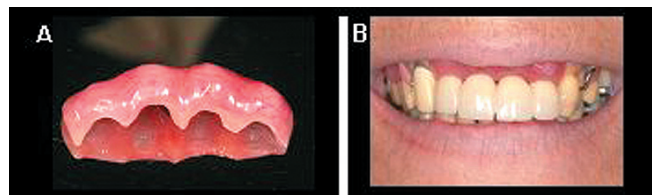


Figura 4 — (A) Aspecto da segunda epítese após confecção; (B) Sorriso após instalação da segunda epítese

Discussão

Algo muito importante no planejamento odontológico é a forma de abordar a expectativa dos pacientes. Muitos deles procuram os consultórios buscando tratamentos que são amplamente vinculados na mídia como algo acessível a todos, como por exemplo implantes e próteses imediatos. Por vezes a odontologia das propagandas de rádio e televisão, de revistas e jornais, de panfletos distribuídos nas ruas e recentemente na internet [6] pode criar expectativas falsas nas pessoas, especialmente pelo uso de imagens dentárias perfeitas como se fossem reabilitações. É verdade que a Odontologia contemporânea é capaz de realizar trabalhos muito próximos daqueles obtidos pela natureza – e por vezes esteticamente até melhores –, mas isso nem sempre é possível para qualquer paciente. No entanto, da forma como o marketing geralmente explora os serviços de saúde, no intuito da geração de lucro, esse fato nunca é mencionado. Infelizmente, e isso pode acontecer em qualquer área que envolva interesses econômicos, é comum ocorrer uma inversão de valores, em que vale mais o dinheiro; assim, a promessa de tratamentos milagrosos passa a ser um aspecto que supera o interesse pela saúde dos indivíduos – ultimamente parece até que a Odontologia foi convertida à filosofia da prosperidade.

Alguns pacientes, por ignorância quanto ao prognóstico de seus próprios casos, decidem com veemência que são “donos” dos planejamentos e, por acreditarem que podem atingir um estado tal sem necessariamente passarem pelas dificuldades que a maioria dos pacientes enfrenta tradicionalmente, “forçam” sob suas condições o rumo final dos tratamentos odontológicos que se lhes aplicam. Uma forma de melhorar essa compreensão e de convencê-los das limitações do seu caso é o uso da tomografia computadorizada e de programas que permitem a simulação virtual dos tratamentos (ex.: Dental Slice, Bioparts, Brasília, Brasil), o que serve de ferramenta educativa de grande valor [23].

Por outro lado também existem alguns profissionais que se deixam levar pela opinião mais forte de seus pacientes e que, em função do pagamento que recebem pelos serviços prestados ou por incompetência científica, acabam por ceder, aplicando tratamentos que podem levar a resultados duvidosos. Nessas ocasiões, por questões de cunho legal o dentista consciente oferecerá a seu paciente um termo de consentimento livre e esclarecido para assinar, especialmente quando o tratamento é prolongado e oneroso e ainda sujeito à chance de insucesso – lembrando do pré-requisito fundamental

de que tudo deve ser realizado dentro da ética. Normalmente esse tipo de atitude já evita que o paciente queira exigir sua vontade sobre as decisões sugeridas pelo profissional [17].

Dessa maneira, e tendo em vista que profissional e paciente estão totalmente cientes e são concordantes na aplicação do tratamento, ainda assim pode haver a colocação de implantes dentários que ocupem posições desfavoráveis, mesmo com todos os cuidados do planejamento, pois há limitações anatômicas que acabam não sendo eliminadas por impossibilidades inerentes ao paciente quanto à enxertia, por exemplo [18]. No que diz respeito à estética, quanto maior a exigência maior a necessidade de cooperação e conscientização do paciente em relação às dificuldades, limitações e duração do tratamento [5].

Sabe-se que a ausência de elementos dentários na região anterior da maxila apresenta grande influência cultural e que, além de prejudicar aspectos estéticos faciais, pode modificar até o comportamento psicológico e social do paciente. Assim, como o uso de implantes osseointegrados nessa região vem aumentando, deve-se não só considerar a importância da estabilidade em longo prazo como também buscar a obtenção de características estéticas o mais naturais possível na reabilitação, uma vez que essa modalidade de tratamento pode até devolver a função de sensação de carga na mastigação, característica conhecida como osseopercepção [21].

Por outro lado, a necessidade de restaurações estéticas em implantes catalisa a busca pelo posicionamento mais preciso deles. Hoje a seleção de largura, angulação e profundidade tornou-se talvez até mais importante do que o tipo ou a marca do implante. A biologia dos tecidos peri-implantares também tem sido estudada a fim de prover informações sobre o emprego de novos desenhos e formas de implantes para obtenção de um resultado estético superior [13]. O mercado disponibiliza uma grande variedade de sistemas, criando muitas opções de aplicação clínica. É possível que um determinado caso seja resolvido de diversas maneiras, mas podem existir desenhos de implantes e componentes que melhor se adaptem a um dado caso – daí a importância de conhecer diferentes sistemas.

Além disso, os profissionais que trabalham com implantes precisam conhecer concomitantemente as fases cirúrgica e protética, passando pela seleção correta do implante e dos componentes protéticos disponíveis, fatores esses imprescindíveis para o sucesso do tratamento [4]. Por isso, para evitar grandes divergências entre procedimentos cirúrgicos

e protéticos envolvendo implantes – conceitos como os relacionados ao Planejamento Reverso [9], por exemplo –, também devem ser observados os seguintes aspectos: no caso de reabilitações em que extrações são realizadas e a instalação de implantes ocorre imediatamente, o fator anatômico a ser levado em conta refere-se à quantidade e à forma da maxila previamente às extrações, e as técnicas cirúrgicas usadas têm de inibir ao máximo as perdas e, se possível, promover ganhos de volume tecidual, facilitando assim a fase protética. O uso de enxerto de tecido conjuntivo, de osso autógeno e de biomateriais sobre a área implantada pode demonstrar eficiência em defeitos do rebordo alveolar para melhoria da estética em implantes com posição desfavorável [19].

Na elaboração de um planejamento para reconstrução maxilomandibular é fundamental uma avaliação minuciosa das informações diagnósticas anatômicas e biológicas do paciente a ser tratado [16]. Estudos recentes têm demonstrado que a previsibilidade de próteses anteriores implanto-suportadas na maxila é dependente de numerosos critérios reconstrutivos [15, 25]. A correta avaliação da posição da linha máxima de sorriso do paciente, por exemplo, pode determinar a escolha da técnica cirúrgica – esse é um exemplo de um conceito de prótese influenciando um conceito cirúrgico [8].

Entre os fatores biológicos que devem ser observados incluem-se a qualidade óssea e os fatores sistêmicos, como: osteoporose, qualidade da dieta, doenças sistêmicas e suprimento vascular da região [10]. Mais especificamente em relação à boca, a quantidade e qualidade da mucosa, a forma dentária, a forma do tecido ósseo remanescente e as considerações sobre aspectos periodontais dos dentes vizinhos ao sítio cirúrgico também representam alguns dos critérios que têm de ser levados em conta [22]. Além desses, é necessário que fatores mecânicos, como a distribuição de estresse por exemplo, estejam de acordo com os aspectos relevantes adequados no planejamento e na manutenção do tratamento com implantes [2, 7, 12].

Alguns exemplares de componentes protéticos em sistemas convencionais que auxiliam na reabilitação de implantes em posicionamento desfavorável são: pilares personalizados do tipo Procera®, que demonstram uma minimização de altura da parede gengival em situações em que o implante esteja mais superficial, colaborando para a estética; pilares pré-fabricados, como CeraOne, vela e Easy Abutment; e pilares preparáveis, que apesar de terem certas

limitações possuem alguns pontos positivos, como simplicidade de técnica e baixo custo. Dentro de suas limitações, esses pilares são capazes de atender de maneira satisfatória um grande número de casos, oferecendo função e estética [24].

No relato de caso deste trabalho, como os implantes estavam com angulação muito acentuada, planejaram-se uma prótese fixa com pilares fundidos e uma epítese. A adaptação da paciente à gengiva artificial foi determinante para o planejamento definitivo do tratamento. Mesmo com um recobrimento irregular (pela epítese final) da porção cervical da prótese fixa de coroas cerâmicas (figura 4B), a paciente mostrou-se satisfeita com o trabalho, uma vez que em sua opinião um resultado mais natural foi obtido com a segunda epítese. Além disso, a menor extensão para fundo de vestibulo e uma superfície não plana produziram maior conforto. Nessas questões, o paciente deve sempre participar do planejamento e fornecer as diretrizes para a reabilitação. Cabe ao odontólogo saber como incorporar a opinião do paciente a um plano de tratamento baseado em evidências científicas.

Um outro problema que pode ter ligação com o posicionamento desfavorável de implantes e consequente execução protética desfavorável, como a condição relatada no início deste trabalho, é uma complicação como a doença peri-implantar (mucosite ou peri-implantite). A principal dificuldade no tratamento da peri-implantite, por exemplo, está em conseguir uma descontaminação eficaz da superfície do implante. Em função da eliminação bacteriana deficiente, relata-se uma baixa taxa de sucesso (20-40%) [21] ou uma alta, dependendo do diagnóstico correto, da remoção eficiente da placa na superfície do implante e da colaboração do paciente [11]. No entanto essa descontaminação é de fundamental importância e pode ser associada a técnicas regenerativas [18]. As técnicas mais comuns de descontaminação são a raspagem e curetagem, a aplicação de clorexidina tópica e o uso de medicação sistêmica de antibióticos, como a amoxicilina e o metronidazol, demonstrados neste relato, bem como coadjuvantes, tais como o jato de bicarbonato e a aplicação de laser de baixa potência (0.8 a 1.0 W) usado com critério [21]. Após os seis meses de proervação do tratamento da doença peri-implantar, que inicialmente foi diagnosticada como mucosite, a perda clínica de volume tecidual mostrou-se mais acentuada na região cervical vestibular do elemento 22 (figuras 2A e 2B) – resultado de atividade de peri-implantite –, mesmo que inicialmente a reação inflamatória tenha tido aspecto mais intenso na região cervical do elemento 12 (figura 1B).

Por conta da condição anatômica da paciente e da posição desfavorável dos implantes ântero-superiores, a opção pela epítese demonstrou ser uma escolha viável para este caso. As coroas em cerâmica ficaram harmônicas e a paciente passou a sorrir com mais confiança. Uma condição de higienização satisfatória também foi alcançada, resultando em ausência de sinais inflamatórios visuais e de sangramento no período de 6 meses. Outros aspectos, tais como índice de placa e profundidade clínica de sondagem [20] ao redor dos implantes, além de aspectos radiográficos e tomográficos, devem ser analisados durante a continuidade e proervação do caso.

Conclusão

No caso dos implantes ântero-superiores em posicionamento desfavorável deste trabalho, o uso de uma alternativa protética como a epítese, ou gengiva artificial removível, demonstrou ser eficiente no que diz respeito à estética e à função mastigatória, permitindo a higienização da região, fator importantíssimo na manutenção da saúde peri-implantar.

Referências

1. Abarca M, Van Steenberghe D, Malevez C, Jacobs R. The neurophysiology of osseointegrated oral implants. A clinically underestimated aspect. *J Oral Rehabil.* 2006 Mar;33(3):161-9.
2. Akça K, Fanuscu MI, Caputo AA. Effect of compromised cortical bone on implant load distribution. *J Prosthodont.* 2008 Dec;17(8):616-20.
3. Barbosa ALT, Silva WP, Martinez Júnior W, Cunha HA, Cruz RM. Falhas mecânicas e biológicas das próteses sobreimplantes. *Implant News.* 2006 May; 3(3):263-9.
4. Batista MA, Rubo MC, Kaiser ROF. Critérios de sucesso e causas de insucessos em implantodontia – revisão de literatura. *Rev Bras Implantodont Prótese Implant.* 2002 Oct;9(36):313-21.
5. Bezerra FJB, Lenharo A. Terapia clínica avançada em implantodontia. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 271-2.
6. Blatchford B. Passion, profitability, and positive attitude. *J Am Coll Dent.* 2007 Spring;74(1):15-8.
7. Celik G, Uludag B. Photoelastic stress analysis of various retention mechanisms on 3-implant-retained mandibular overdentures. *J Prosthet Dent.* 2007 Apr;97(4):229-35.
8. Chee WW. Treatment planning: implant-supported partial overdentures. *J Calif Dent Assoc.* 2005 Apr;33(4):313-6.
9. Curcio R, Perin GL, Chilvarquer I, Borri ML, Ajzen S. Use of models in surgical predictability of oral rehabilitations. *Acta Cir Bras.* 2007 Sep-Oct;22(5):387-95.
10. Davarpanah M, Martinez H, Kebir M, Tecucianu J-F. Manual de implantodontia clínica. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. De Araújo Nobre M, Capelas C, Alves A, Almeida T, Carvalho R, Antunes E et al. Non-surgical treatment of peri-implant pathology. *Int J Dent Hyg.* 2006 May;4(2):84-90.
12. Ding X, Liao SH, Zhu XH, Zhang XH, Zhang L. Effect of diameter and length on stress distribution of the alveolar crest around immediate loading implants. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2008 Sep; 9999(9999): Journal Compilation © 2008, Blackwell Munksgaard. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1708-8208.2008.00124.x>
13. Hermann F, Lerner H, Palti A. Factors influencing the preservation of the peri-implant marginal bone. *Implant Dent.* 2007 Jun;16(2):165-75.
14. Horwitz J, Zuabi O, Machtei E. Radiographic changes around immediately restored dental implants in periodontally susceptible patients: 1-year results. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2008 May/Jun;23(3):531-8.
15. Lai YL, Chou IC, Liaw YC, Chen HL, Lin YC, Lee SY. Triple immediate therapy (ridge expansion, soft tissue augmentation, and provisional restoration) of maxillary anterior single implant. *J Periodontol.* 2007 Jul;78(7):1348-53.
16. Misch CE. Implantes dentários contemporâneos. São Paulo: Santos; 2000.
17. Parker LS, Satkoske VB. Conflicts of interest: are informed consent an appropriate mode and disclosure an appropriate remedy? *J Am Coll Dent.* 2007 Summer;74(2):19-26.

18. Pelegrine AA, Costa EC, Sendyr WR. Enxerto de tecido conjuntivo: uma alternativa para alcançar estética perimplantar – relato de caso clínico. *Implant News*. 2006 May/Jun;3(3):249-54.
19. Petrungaro PS. An update on implant placement and provisionalization in extraction, edentulous, and sinus-grafted sites – a clinical report on 3200 sites over 8 years. *Compend Contin Educ Dent*. 2008 Jun;29(5):288-94, 296, 298-300.
20. Porras R, Anderson GB, Caffesse R, Narendran S, Trejo PM. Clinical response to 2 different therapeutic regimens to treat peri-implant mucositis. *J Periodontol*. 2002 Oct;73(10):1118-25.
21. Querido MRM. *Implantes osseointegrados: inovando soluções*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 2004.
22. Rangert B, Renouard F. *Fatores de risco no tratamento com implantes – evolução clínica e conduta*. São Paulo: Quintessence; 2001.
23. Rubio Serrano M, Albalat ES, Peñarrocha DM. Software applied to oral implantology: update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008 Oct 1;13(10):E661-5.
24. Souza SA, Nobilon MA, Carvalho ALA. Ala de pilares personalizados procera: uma solução para implantes mal posicionados – relato de caso clínico. *Rev Bras Implant Prótese Implant*. 2002;10(38):143-6.
25. Zahrani AA. Augmentation in two stages of atrophic alveolar bone prior to dental rehabilitation: a case report. *J Contemp Dent Pract*. 2007 Sep 1;8(6):57-63.