

O PILAR PROTÉTICO HÍBRIDO: UMA NOVA ALTERNATIVA NAS REABILITAÇÕES IMPLANTOSSUPORTADAS



*The hybrid prosthetic abutment: a new alternative
for implant-supported rehabilitations*

RESUMO

O objetivo desse estudo foi apresentar um caso clínico para demonstrar a fácil aplicabilidade de um novo pilar protético e a sequência de execução de uma reabilitação, para a obtenção de uma prótese parafusada unitária na região do incisivo central inferior (dente 41). Para isso, foi instalado um implante (Due Cone 3,5 mm x 13 mm) e, após 12 semanas, iniciados os procedimentos protéticos. Após a colocação de um pilar protético reto (Ideale 3,3 mm x 4 mm x 1,5 mm), uma coroa provisória foi instalada visando obter perfil de emergência. Então, foi realizada a moldagem para confecção do coping metálico, seguida da aplicação de porcelana, com a obtenção da coroa metalocerâmica. Após 12 meses, observou-se boa manutenção dos tecidos peri-implantares com uma nova avaliação clínica e radiográfica.

Palavras-chave – Implantes dentários; Prótese parcial fixa; Estética; Pilar protético híbrido.

ABSTRACT

The aim of this article is to present a clinical case to demonstrate the easyness of use with a new hybrid prosthetic abutment and its operational sequence for a single-tooth, screw-retained restoration at the mandibular central incisor (tooth 41). For this, a conical connection dental implant (Due Cone 3.5 mm x 13 mm) was placed and 12 weeks later the prosthetic procedures were started. After placement of a straight prosthetic abutment (Ideale 3.3 mm x 4 mm x 1.5 mm), a provisional crown was delivered to generate the emergence profile. Then, the impressions procedures were made to fabricate a metallic coping followed by porcelain veneering. Twelve months later, good peri-implant tissue health maintenance was observed after a new clinical and radiographic observations.

Key words – Dental implants; Fixed partial prosthesis; Esthetics; Hybrid prosthetic abutment.

Emily Vivianne Freitas da Silva¹
Nathalia Pereira Censi Stapani²
Luiz Fernando Martins André³

¹Mestra e doutora em Prótese Dentária – Universidade Estadual Paulista; Especialista em Prótese Dentária – APCD Araçatuba; Professora do Depto. de Prótese – Universidade de São Paulo. Orcid: 0000-0002-0164-1788.

²Especialista em Prótese Dentária e professora da especialização em Prótese Dentária – Faculdade São Leopoldo Mandic. Orcid: 0000-0002-4433-9781.

³Mestre em Implantodontia – Unisa; Especialista em Prótese Dentária – Unimes. Orcid: 0009-0006-7368-8397.

Recebido em jun/2023
Aprovado em jul/2023

INTRODUÇÃO

Os pilares protéticos são componentes das próteses implantossuportadas que evoluíram ao longo dos anos. No início da Implantodontia, o único pilar existente e utilizado era o Abutment Standard, desenvolvido na época exclusivamente para próteses totais tipo protocolo de Brånemark. Ainda no século passado, os pilares começaram a apresentar evoluções significativas¹, como a chegada do pilar Ucla, que permite a confecção de próteses múltiplas ou unitárias²⁻⁴. Posteriormente, surgiram os pilares Estheticone, também utilizados para próteses múltiplas e unitárias. Na sequência, surgiram os pilares preparáveis utilizados para próteses cimentadas e, posteriormente, o pilar Cera-One, uma grande evolução na aplicação dos pilares para próteses unitárias. Este pilar era o que mais se aproximava de um preparo convencional de retentor protético²⁻⁵. Ainda no final do século, surgiu o pilar Mult-unit exclusivamente para próteses múltiplas, sendo utilizado até hoje por quase todas as empresas de Implantodontia e conhecido também pelos nomes de *mini-abutment*, minipilar, minicônico, entre outros^{4,6}. No entanto, é interessante ressaltar a evolução de um pilar em particular: o pilar híbrido. Ele permite que o profissional confeccione tanto uma prótese parafusada como cimentada, optando também por uma prótese unitária ou múltipla, desde que haja paralelismo para sua inserção e retirada, fazendo uso de pilares retos e de pilares angulados⁷⁻⁸.

Este caso clínico demonstra a fácil aplicabilidade deste pilar e a sequência de execução de uma reabilitação com o uso do mesmo para obtenção de uma prótese parafusada unitária na região do incisivo central inferior.

TERAPIA APLICADA

Anamnese

Um paciente com 49 anos de idade buscou atendimento em clínica privada devido à fratura após um retratamento endodôntico no dente 41 (Figura 1). Mediante a anamnese e análise do exame de tomografia computadorizada de feixe cônico solicitado, foi verificada qualidade óssea do tipo II na área. Então, a decisão clínica baseou-se na cirurgia para exodontia e instalação imediata de um implante dentário.

Procedimentos cirúrgicos

Previamente aos procedimentos, o paciente recebeu medicação pré-operatória com amoxicilina 500 mg, 24 horas antes da cirurgia. Essa medicação foi mantida a cada oito horas durante sete dias pós-operatórios, associada à nimesulida 100 mg a cada 12 horas durante três dias.

Após a assepsia com clorexidina 2% e anestesia terminal infiltrativa com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, foi selecionado um implante dentário cônico (Due Cone 3,5 mm x 13 mm, Implacil De Bortoli). Foi utilizada a sequência de fresagem

com fresa lança helicoidal 2 mm e fresa de 3,5 mm, conforme recomendações do fabricante. O implante foi estabilizado com torque de 45 Ncm. A sutura foi realizada com fio de sutura de seda 4-0, e uma prótese provisória adesiva foi instalada apoiada sobre os dentes vizinhos (sem preparo dentário), permanecendo durante as 12 semanas de espera para o segundo tempo cirúrgico (Figuras 2 e 3).

Procedimentos protéticos

Depois, com a reabertura do local de instalação do implante dentário, foi instalado um cicatrizador com 4,5 mm de diâmetro e 3,5 mm de altura (Implacil De Bortoli), que permaneceu no local por dez minutos para manter os tecidos peri-implantares moles afastados. Em seguida, foi selecionado e instalado um pilar protético reto (Ideale 3,3 mm x 4 mm x 1,5 mm, Implacil De Bortoli), apertado com 20 Ncm (Figuras 4 e 5).

Assim, um *coping* de titânio (Implacil De Bortoli) foi utilizado para a confecção da restauração provisória instalada em seguida, permanecendo no local por 15 dias para formação do novo perfil de emergência no elemento 41 (Figura 6). Então, o provisório foi removido, o novo perfil de emergência foi constatado e o transferente de moldagem correspondente ao tamanho do pilar foi posicionado para a execução do procedimento (Figuras 7 e 8). A moldagem foi realizada com silicone de condensação (Optosil e Xantopren, Kulzer) e, após a polimerização do material, o molde foi retirado arrastando consigo o transferente de moldagem (Figura 9). O análogo foi inserido no transferente e o molde foi vazado com gesso especial tipo IV (Durastone), sendo realizada a confecção do *coping* metálico no laboratório (Figuras 10 e 11).

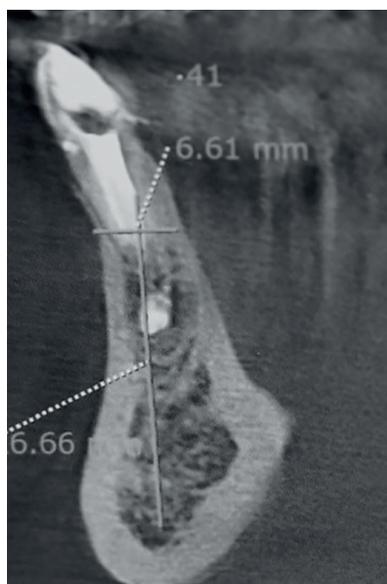


Figura 1 – Tomografia computadorizada de feixe cônico do elemento 41.



Figura 2 – Instalação do implante cone-morse Due Cone 3,5 mm x 13 mm.



Figura 3 – Instalação do implante com torque de 45 Ncm.



Figura 4 – Instalação do cicatrizador.



Figura 5 – Pilar Ideale instalado.



Figura 6 – Instalação do provisório.



Figura 7 – Perfil de emergência gengival obtido.



Figura 8 – Transferente de moldagem posicionado.

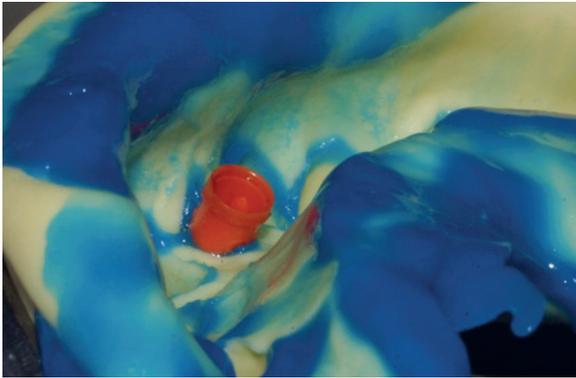


Figura 9 – Transferente de moldagem arrastado no molde.



Figura 10 – Análogo posicionado no interior do transferente.



Figura 11 – Coping metálico confeccionado no laboratório.



Figura 12 – Prova do coping.



Figura 13 – Instalação da coroa metalocerâmica.



Figura 14 – Restauração do orifício de acesso ao parafuso.



Figura 15 – Radiografia periapical realizada no dia da instalação da prótese.



Figura 16 – Imagem clínica de controle de 12 meses.



Figura 17 – Radiografia periapical de controle de 12 meses.

Após sete dias da moldagem, o *coping* foi provado em boca para verificar a boa adaptação e fixação. A seleção da cor foi realizada com o uso da escala Vita cor A3, e o provisório voltou a ser instalado (Figura 12).

Na consulta seguinte, a coroa metalocerâmica com liga de níquel-cromo foi instalada no elemento 41 e o orifício de acesso do parafuso foi restaurado com resina composta (Z350, 3M). Uma radiografia periapical foi realizada para posterior controle (Figuras 13 a 15). Após 12 meses, com uma nova avaliação clínica e radiográfica, observou-se a boa manutenção dos tecidos peri-implantares (Figuras 16 e 17).

DISCUSSÃO

As coroas implantossuportadas surgiram com o objetivo de restabelecer forma, estética e função à região desdentada para preservação das estruturas dentárias adjacentes, quando comparadas às próteses parciais fixas e próteses parciais removíveis⁹.

Ao longo das últimas décadas, os pacientes ficaram cada vez mais exigentes com relação à reabilitação mastigatória e, principalmente, estética do sorriso¹⁰. Além do posicionamento do implante em posição ideal (especialmente na região anterior da mandíbula, onde geralmente há pouca espessura óssea para a instalação de implantes de diâmetro regular), a escolha do sistema de conexão e retenção da prótese deve proporcionar longevidade, função e estética da restauração¹¹⁻¹³. O sistema de conexão cônica permite ótima adaptação, vedamento e capacidade de selamento ao nível do *gap* entre o implante e o intermediário protético¹⁴⁻¹⁶.

O mercado odontológico apresenta diversos componentes para reabilitações implantossuportadas com o uso de implantes *cone-morse*. O pilar Ideale tem se mostrado uma excelente opção para próteses unitárias, principalmente na região anterior, por ser compatível com a alta exigência estética⁷. Adicionalmente, o profissional deve ter atenção ao condicionamento adequado do tecido gengival, de forma que, após a instalação da coroa definitiva, o perfil de emergência e contorno gengival estejam

adequados, garantindo a estética vermelha da reabilitação¹⁷⁻¹⁸. A liberdade oferecida por esse pilar no poder de escolha do tipo de prótese (parafusada/cimentada) traz mudanças significativas nos planejamentos cirúrgicos, principalmente na zona estética da maxila, onde uma prótese parafusada normalmente é requisitada¹¹.

Este pilar é de fácil instalação e moldagem, sendo a família do pilar Ideale composta por um análogo, um transferente de moldagem, um *coping* de provisório, um *coping* de fundição e um parafuso de fixação quando utilizado o fluxo analógico, isto é, quando a moldagem convencional é executada. Esse pilar é apresentado em dois tamanhos de altura (4 mm e 6 mm) e dois diâmetros (3,3 mm e 4,5 mm), podendo ser retos ou angulados (17° e 30°). Quando retos, apresentam um transmucoso que vai de 0,8 mm a 5,5 mm; quando angulados, o elemento transmucoso pode ser de 1,5 mm, 2,5 mm ou 3,5 mm⁷.

CONCLUSÃO

A coroa implantossuportada utilizando o pilar protético Ideale permitiu a reabilitação da região desdentada com fácil execução clínica, gerando estética e função adequadas.

Nota de esclarecimento

Nós, os autores deste trabalho, não recebemos apoio financeiro para pesquisa dado por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Nós, ou os membros de nossas famílias, não recebemos honorários de consultoria ou fomos pagos como avaliadores por organizações que possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não possuímos ações ou investimentos em organizações que também possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho. Não recebemos honorários de apresentações vindos de organizações que com fins lucrativos possam ter ganho ou perda com a publicação deste trabalho, não estamos empregados pela entidade comercial que patrocinou o estudo e também não possuímos patentes ou *royalties*, nem trabalhamos como testemunha especializada, ou realizamos atividades para uma entidade com interesse financeiro nesta área.

Endereço para correspondência

Emily Vivianne Freitas da Silva
Av. Professor Lineu Prestes, 2.227 – Cidade Universitária
05508-000 – São Paulo – SP
Tel.: (11) 3091-7888
emilysilva@usp.br



Referências

Acesse as referências completas deste artigo no site da ImplantNews:

<https://bit.ly/46smkaT>