

## 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 Silva<sup>1</sup>  
Nathalia Pereira Censi Stapani<sup>2</sup>  
Luiz Fernando Martins André<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestra 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.

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

<sup>3</sup>Mestre 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 significativas<sup>1</sup>, como a chegada do pilar Ucla, que permite a confecção de próteses múltiplas ou unitárias<sup>2-4</sup>. 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 protético<sup>2-5</sup>. 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<sup>4,6</sup>. 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 angulados<sup>7-8</sup>.

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.

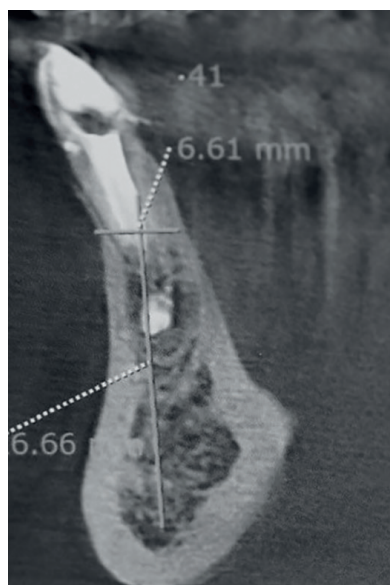
Após a assepsia com clorexidina 2% e anestesia terminal infiltrativa com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000, foi selecionado um implante dentário cônico (Due Cone 3,5 mm x 13 mm, Implacil De Bortoli). Foi utilizada a sequência de fresagem

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.



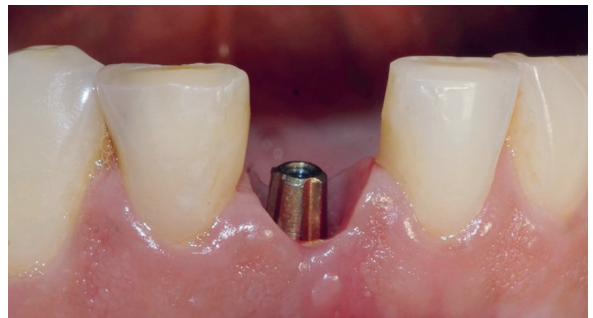
**Figura 4** – Instalação do cicatrizador.



**Figura 5** – Pilar Ideale instalado.



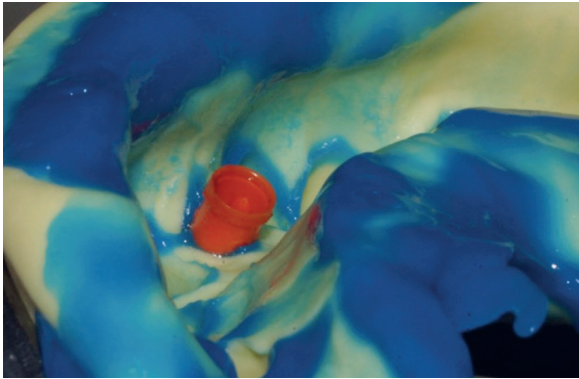
**Figura 6** – Instalação do provisório.



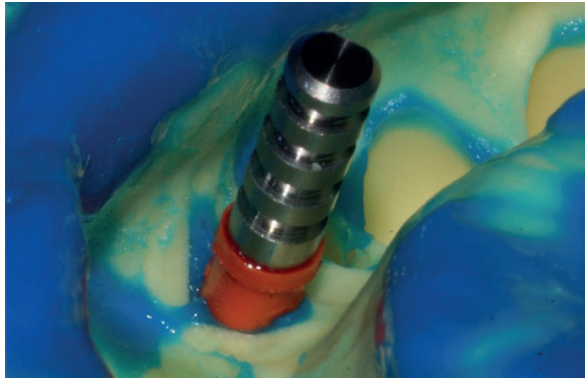
**Figura 7** – Perfil de emergência gengival obtido.



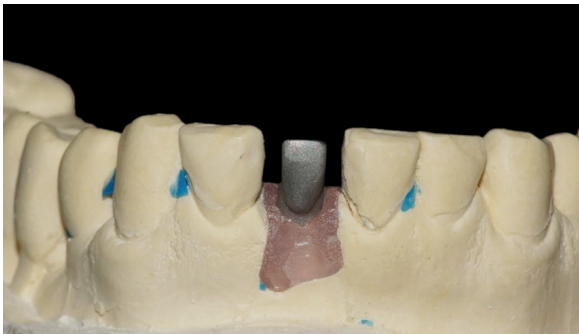
**Figura 8** – Transferente de moldagem posicionado.



**Figura 9** – Transferente de moldagem arrastado no molde.



**Figura 10** – Análogo posicionado no interior do transferente.



**Figura 11** – Coping metálico confeccionado no laboratório.



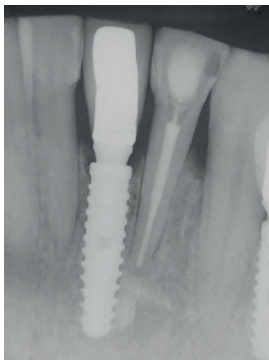
**Figura 12** – Prova do coping.



**Figura 13** – Instalação da coroa metalocerâmica.



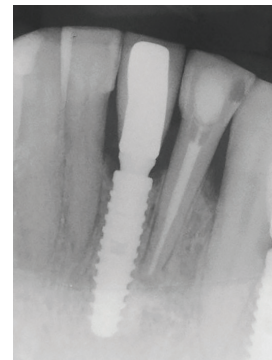
**Figura 14** – Restauração do orifício de acesso ao parafuso.



**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 removíveis<sup>9</sup>.

Ao longo das últimas décadas, os pacientes ficaram cada vez mais exigentes com relação à reabilitação mastigatória e, principalmente, estética do sorriso<sup>10</sup>. 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 restauração<sup>11-13</sup>. O sistema de conexão cônica permite ótima adaptação, vedamento e capacidade de selamento ao nível do *gap* entre o implante e o intermediário protético<sup>14-16</sup>.

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 estética<sup>7</sup>. 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 reabilitação<sup>17-18</sup>. 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 requisitada<sup>11</sup>.

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 mm<sup>7</sup>.

## 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>