

CONDICIONAMENTO PERI-IMPLANTAR POR MEIO DE COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE PARA UM PERFIL DE EMERGÊNCIA IDEAL

Ulisses Dayube

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, um dos principais objetivos de um tratamento com implantes é garantir a osseointegração¹⁻⁴. Por outro lado, a obtenção da osseointegração do implante nem sempre se correlaciona com um resultado estético bem-sucedido⁵. No período inicial da implantodontia, os implantes eram instalados com um "conceito de instalação de implante onde tinha osso". De acordo com esse conceito, o implante era instalado onde havia uma quantidade suficiente de osso, mas nem sempre era a posição ideal do implante para a restauração implantossuportada. Portanto, isso resultava em uma prótese sobre implante sem estética e muitas vezes não funcional. Recentemente, com o desenvolvimento de vários materiais de enxerto ósseo, técnicas de regeneração óssea guiada (ROG) e o desenvolvimento da tecnologia de tratamento de superfície dos implantes, o conceito de tratamento com implantes foi alterado para "instalação de implantes orientada pela prótese"⁶, esse é o conceito do planejamento reverso. Conseqüentemente, há agora uma demanda crescente por próteses e tecido mole peri-implantar com estética, função e saúde.

O perfil de emergência é um dos principais fatores para o estabelecimento de tecidos peri-implantares ideais. Em particular, na zona estética, o perfil de emergência das próteses sobre implante deve imitar os dentes naturais⁷⁻⁸. Restaurações com contorno inadequado causarão comprometimento do acesso para higiene bucal e inflamação dos tecidos moles peri-implantares, o que pode induzir a muitos insucessos⁹. Assim, a criação de uma restauração com contorno adequado, com um perfil de emergência natural e arquitetura gengival que se harmonize com os dentes adjacentes, é muito importante para a terapia de implante estética e funcional¹⁰. Para obter o perfil de emergência ideal, vários fatores precisam ser considerados desde os estágios iniciais do tratamento até os estágios finais. Na presença de uma base de tecido adequada, a obtenção de um perfil de emergência ideal depende da seleção do implante, do pilar de cicatrização e da

seleção do componente protético adequado.

O objetivo desta matéria. É apresentar um caso clínico de condicionamento peri-implantar por meio da confecção e ajuste de uma coroa provisória sobre implante para produzir o perfil de emergência ideal da coroa definitiva sobre implante.

RELATO DO CASO

Uma paciente de 53 anos de idade, do sexo feminino, apresentou-se necessitando de um implante na região do dente 15 em um rebordo cicatrizado (Figura 1 e 2). Após o planejamento virtual no programa Exoplan – Exocad (Figura 3) e confecção de uma guia cirúrgica prototipada, foi realizado uma cirurgia guiada por computador Implaguide 3.5/4.0 e instalado um implante Due Cone 3,5x9mm (Figura 4) e foi instalado um cicatrizador de 3,5x2,5 (Figura 5). Após 4 meses de cicatrização, o implante estava com o cicatrizador aparente na mucosa (Figura 6).



Figura 1 – Vista vestibular do rebordo alveolar da região do dente 15.



Figura 2 – Vista oclusal do rebordo alveolar da região do dente 15.

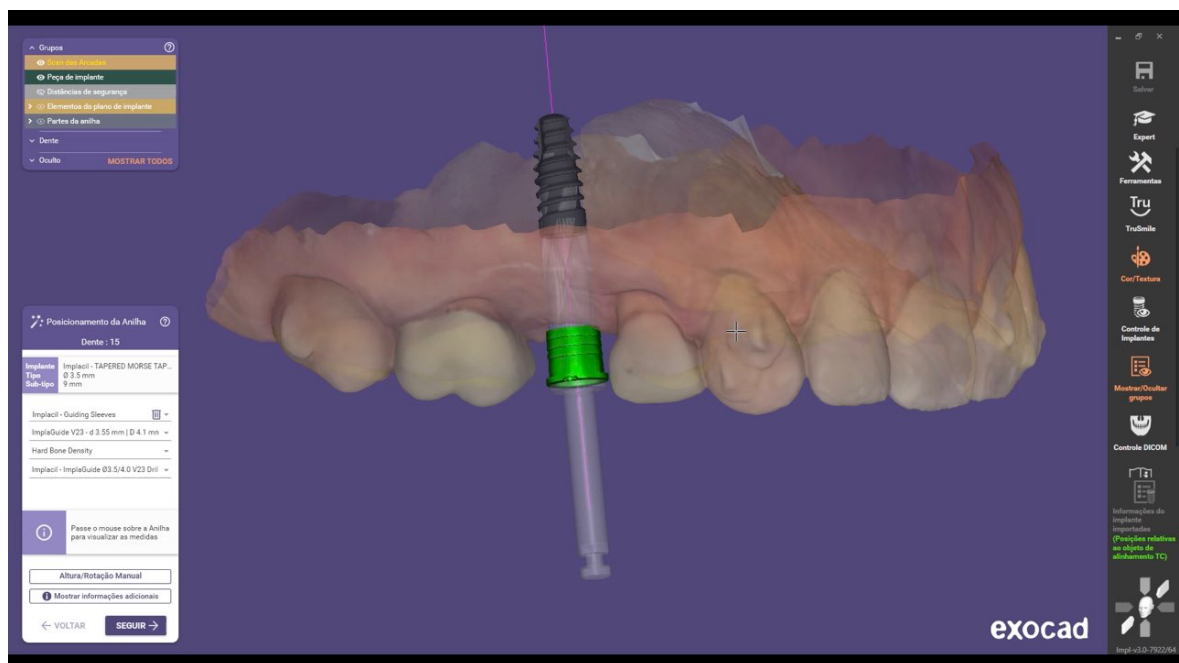


Figura 3 – Planejamento virtual no Exocad.

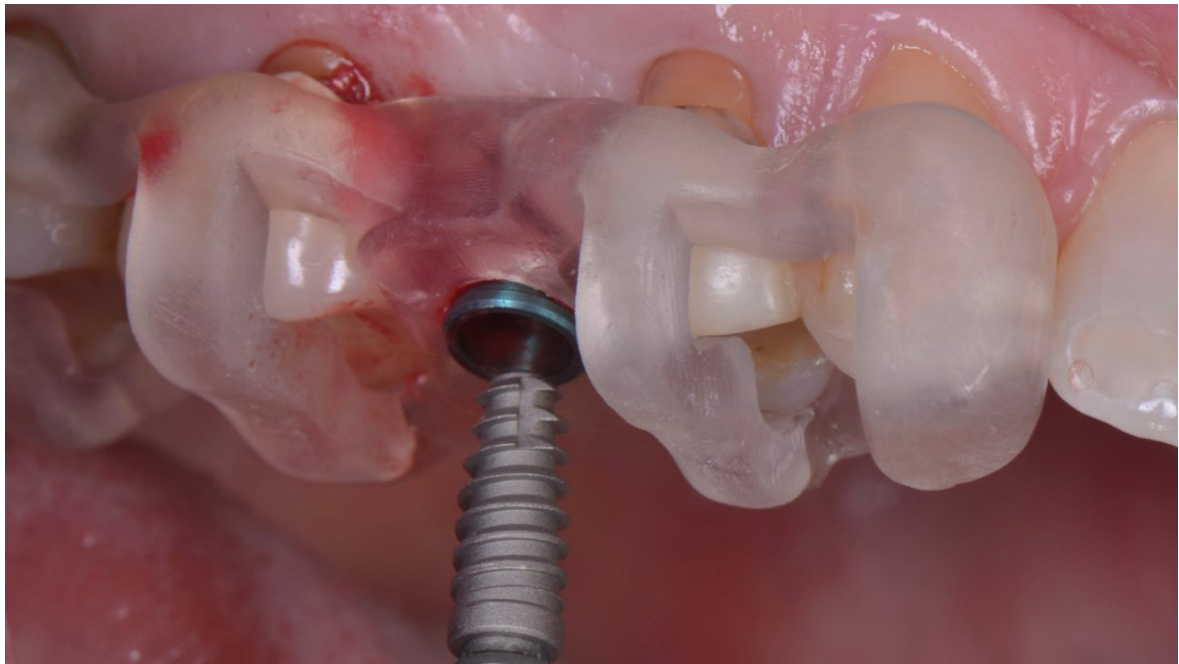


Figura 4 - Instalação do implante Due Cone 3,5x9mm.

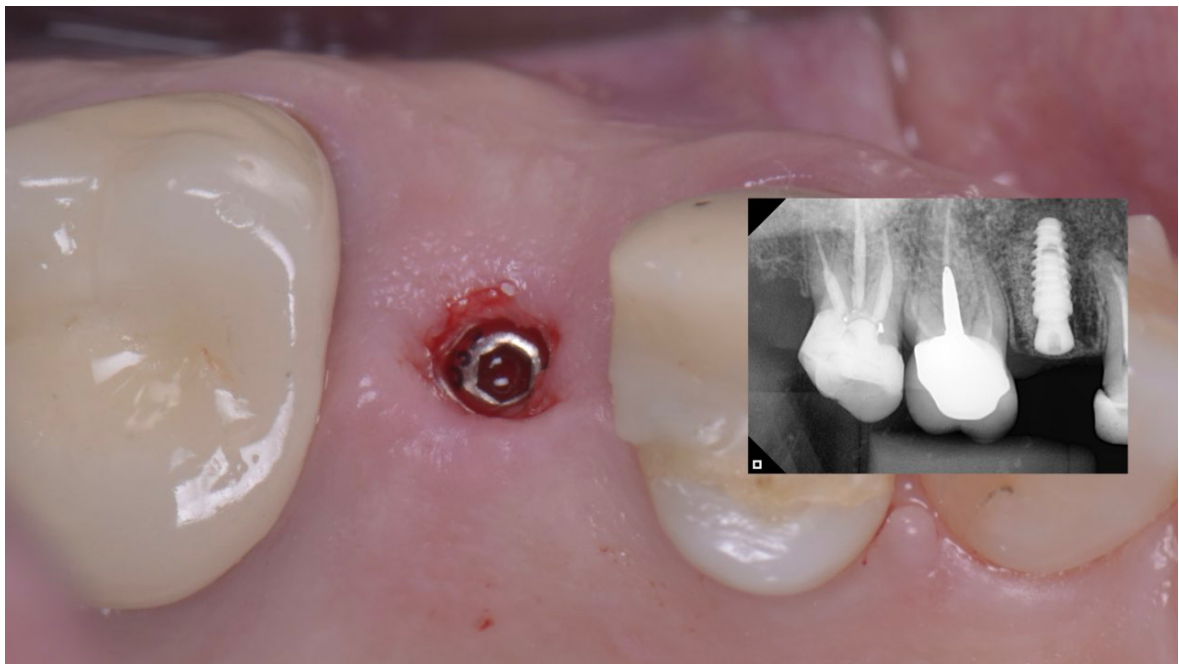


Figura 5 - Cicatrizador de 3,5x2,5 e Rx de controle imediato.



Figura 6 – Pós-operatório de 4 meses.

Para fazermos a coroa definitiva, precisamos posicionar a margem gengival semelhante aos dentes adjacentes. Nesse caso, usamos o túnel check de prótese CM para escolha da cinta do pilar (Figura 7). Temos que tomar muito cuidado em saber onde posicionar a margem gengival vestibular da coroa sobre implante. Pois, quando temos muita espessura de mucosa, a marcação do túnel check pode “confundir” no momento da seleção da cinta do pilar (Figura 8). O pilar de escolha para esse caso, foi o pilar ideale 3.3x4 e foi planejado para ser instalado como uma cinta de 2,5mm, afim de que à margem da coroa da coroa sobre implante fique semelhante a margem dos dentes adjacentes. Então, o pilar ideale reto 3.3x4 com a cinta de 2,5mm foi instalado (Figura 9) para ser usado como pilar definitivo e fazer uma coroa provisória sobre o implante. A diferença de tamanho entre o diâmetro cervical do dente natural e o encaixe do implante pode resultar em um perfil inadequado da coroa. Se o perfil for subcontornado, não haverá pressão contralateral ou suporte para a mucosa, e as partículas de alimentos podem ficar retidas.



Figura 7 - Túnel check de prótese CM para escolha da cinta do pilar com muita espessura da mucosa.



Figura 8 - Túnel check de prótese CM com as marcações.



Figura 9 - Pilar ideale reto 3.3x4 com a cinta de 2,5mm instalado.

A coroa provisória foi fabricada por impressão 3D para criar os mesmos contornos da face vestibular dos dentes adjacentes (Figura 10). A uma coifa provisória de titânio foi parafusada ao pilar ideale para captura da coroa provisória impressa. Nesse momento, existia uma grande diferença entre o contorno vestibular da coroa provisória e a posição da margem da mucosa (Figura 11). Então foi utilizado uma resina flow para a captura da coroa provisória (Figura 12). E posteriormente, foi realizada o acabamento e polimento (Figura 13) para termos um excelente perfil de emergência da coroa (Figura 14).

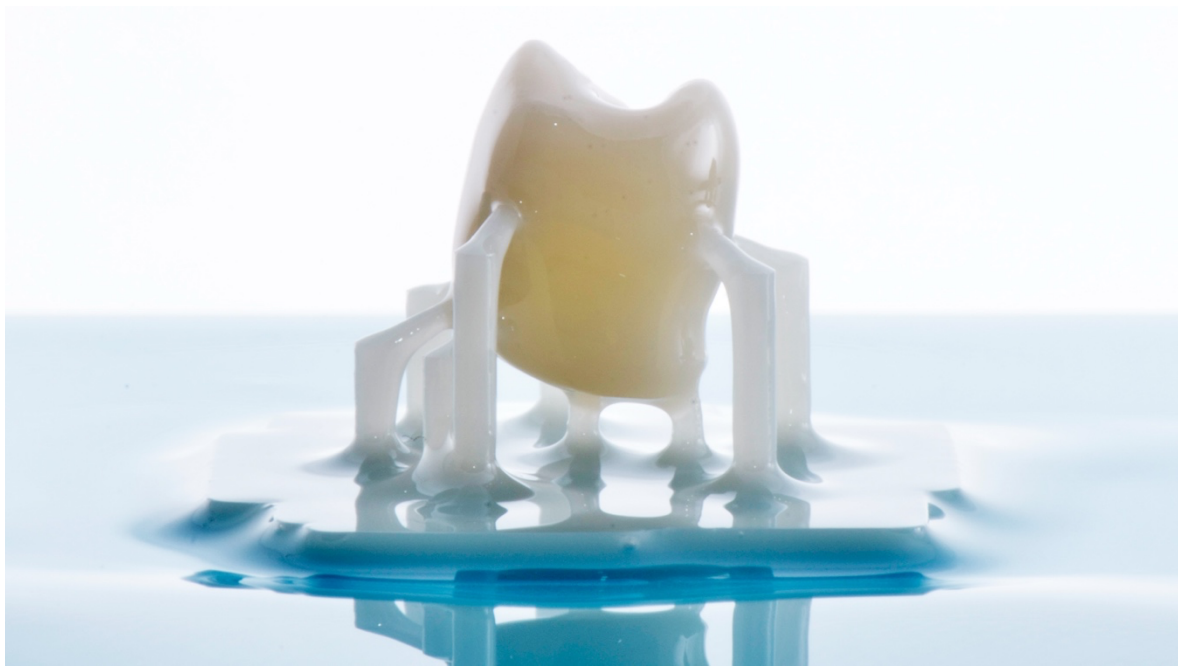


Figura 10 - Coroa provisória fabricada por impressão 3D.

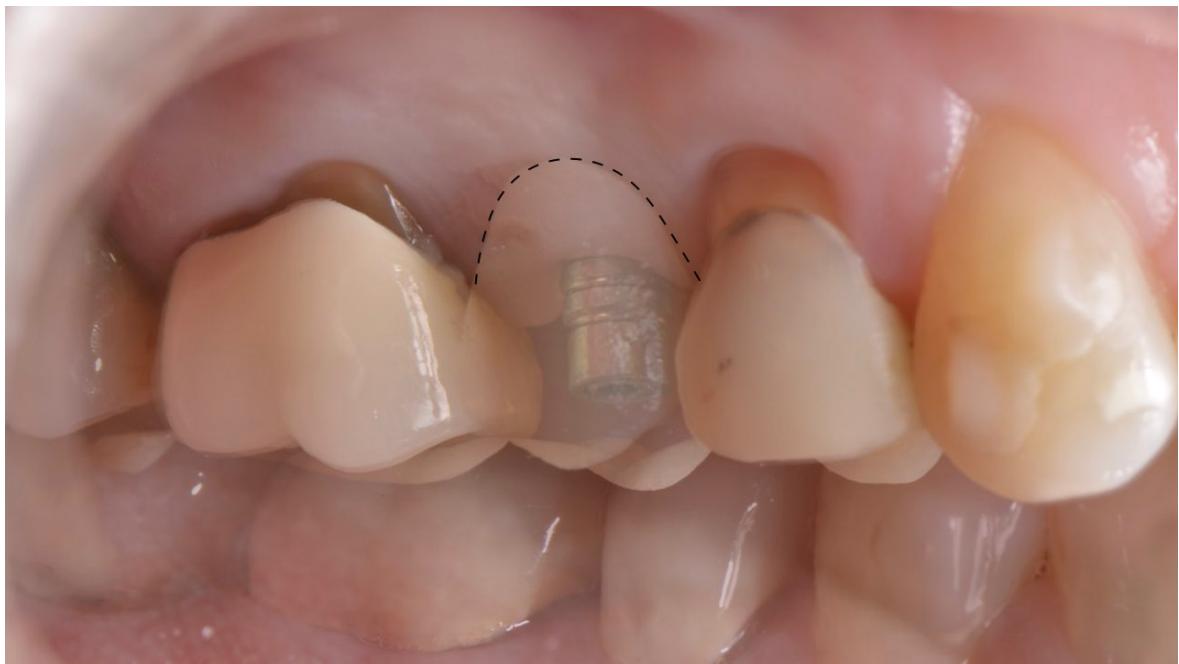


Figura 11 - Diferença entre o contorno vestibular da coroa provisória e a posição da margem da mucosa.



Figura 12 – Captura da coroa provisória com resina flow.

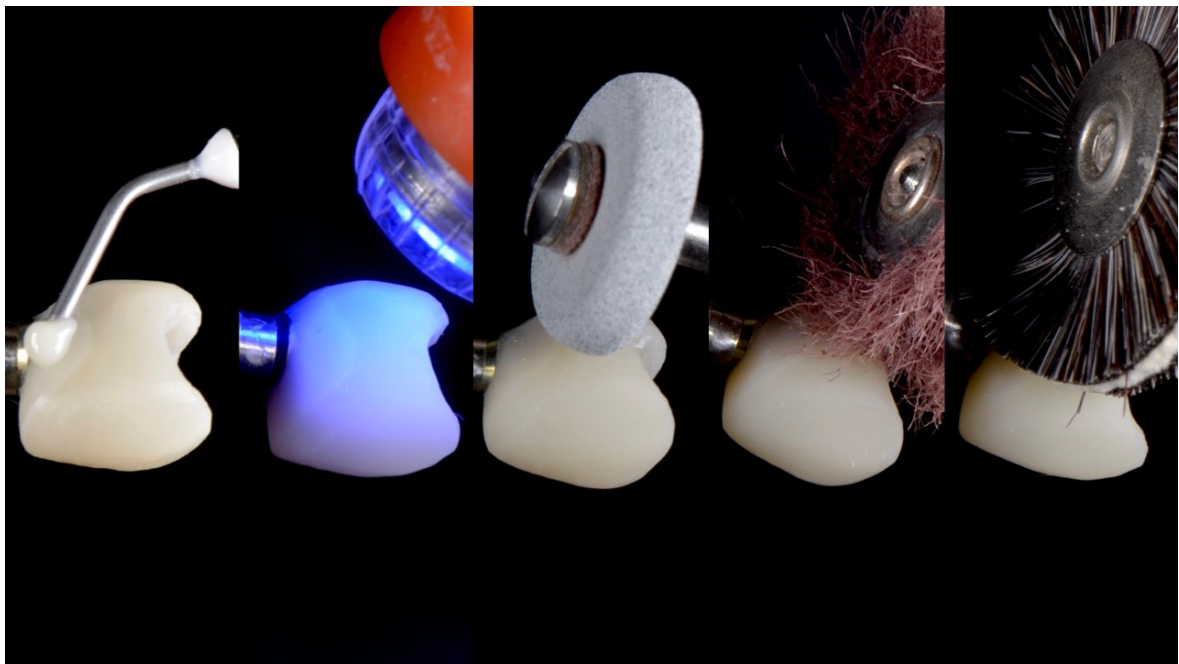


Figura 13 – Acabamento e polimento da coroa provisória.



Figura 14 – Coroa provisória finalizada.

Após a finalização, os dentes adjacentes foram preparados e também receberam coroas provisórias, e a coroa sobre implante provisória foi parafusada no pilar ideal (Figura 15) usando uma combinação de pressão digital e apertamento do paciente em um rolo de algodão. A isquemia dos tecidos moles peri-implantares pode ser observada, e geralmente desaparece em até 20 minutos. A coroa sobre implante provisória deve ser deixada por um período mínimo de 1 mês para permitir o adequado condicionamento dos tecidos moles peri-implantares ^{11,12} (Figura 16). Foi necessário um exame periódico para garantir que a higiene bucal adequada fosse mantida. Após 2 meses, quando a mucosa condicionada se estabilizou ¹³, foi realizado um escaneamento intraoral (Figura 17) para a confecção das coroas definitivas (Figura 18). As coroas definitivas foram fabricadas fresadas em zircônia pura, e após instaladas (Figura 19) o resultado estético e funcional ficou muito favorável (Figura 20).



Figura 15 - Coroa sobre implante provisória parafusada no pilar ideale.



Figura 16 - Condicionamento dos tecidos moles peri-implantares após 1 mês.



Figura 17 - Escaneamento intraoral do pilar ideale.



Figura 18 – Coroas definitivas fresadas em zircônia.



Figura 19 – Coroas sobre dentes cimentadas e perfil de emergência da coroa sobre implante.



Figura 20 – Coroas definitivas finalizadas, imagem da situação inicial e radiografia periapical de controle imediatamente pós instalação.

CONCLUSÃO

O método descrito neste relato de caso permite o desenvolvimento e a manutenção

do perfil de emergência e espaço biológico peri-implantar antes da confecção da coroa sobre implante definitiva, proporcionando ao paciente um resultado estético e funcional estável. Portanto, esse método ajudará a melhorar a satisfação do paciente e o prognóstico do implante, especialmente para pacientes com perda de papila interdental ou forma inadequada de tecido mole.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andersson B, Odman P, Lindvall AM, Lithner B. Single-tooth restorations supported by osseointegrated implants: results and experiences from a prospective study after 2 to 3 years. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1995;10:702–711.
2. Avivi-Arber L, Zarb GA. Clinical effectiveness of implant-supported single-tooth replacement: the Toronto Study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1996;11:311–321.
3. Jemt T, Pettersson P. A 3-year follow-up study on single implant treatment. *J Dent*. 1993;21:203–208.
4. Priest GF. Failure rates of restorations for single-tooth replacement. *Int J Prosthodont*. 1996;9:38–45.
5. Levine RA. Soft tissue considerations for optimizing implant esthetics. *Funct Esthet Restor Dent*. 2007;1:54–62.
6. Garber DA, Belser UC. Restoration-driven implant placement with restoration-generated site development. *Compend Contin Educ Dent*. 1995;16:796, 798–802, 804.
7. Neale D, Chee WW. Development of implant soft tissue emergence profile: a technique. *J Prosthet Dent*. 1994;71:364–368.
8. Jansen CE. Guided soft tissue healing in implant dentistry. *J Calif Dent Assoc*. 1995;23:57–58. 60, 62 passim.
9. Su H, Gonzalez-Martin O, Weisgold A, Lee E. Considerations of implant abutment and crown contour: critical contour and subcritical contour. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2010;30:335–343.
10. Wöhrle PS. Nobel perfect esthetic scalloped implant: rationale for a new design. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2003;5(Suppl 1):64–73.
11. Kan JY, Rungcharassaeng K, Ojano M, Goodacre CJ. Flapless anterior implant surgery: a surgical and prosthodontic rationale. *Pract Periodontics Aesthet Dent*. 2000;12:467–474.

12. Kim SJ, Kwon KR, Lee SB, Woo YH, Choi DG, Choi BB. Maxillary anterior single implant prosthesis. *J Korean Acad Prosthodont.* 2001;39:306–312.

13. Paul SJ, Jovanovic SA. Anterior implant-supported reconstructions: a prosthetic challenge. *Pract Periodontics Aesthet Dent.* 1999;11:585–590.