



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



THAÍZA THIEMI DA LUZ DIEZ VECINO KONO

PRÓTESE UNITÁRIA SOBRE IMPLANTE

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Dentística.

PIRACICABA

- 2014 -



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



THAÍZA THIEMI DA LUZ DIEZ VECINO KONO

PRÓTESE UNITÁRIA SOBRE IMPLANTE

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Dentística.

Orientadores:

Prof. Dr. Flávio Henrique Baggio Aguiar

Prof. Dr. Luís Roberto Marcondes Martins

PIRACICABA

- 2014 -

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

K837p

Kono, Thaíza Thiemi da Luz Diez Vecino, 1987-
Prótese unitária sobre implante / Thaíza Thiemi da
Luz Diez Vecino Kono. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2014.

Orientador: Flávio Henrique Baggio Aguiar.
Coorientador: Luís Roberto Marcondes Martins.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Dentística. 2. Implantes dentários. 3.
Reabilitação. 4. Estética. I. Aguiar, Flávio Henrique
Baggio, 1977- II. Martins, Luís Roberto Marcondes,
1960- III. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

DEDICATÓRIA

Com muito amor, carinho e respeito, dedico este trabalho aos meus pais Lauro Ossami Kono e Véra Lucia da Luz Diez Vecino Kono, grandes exemplos para mim, e aos meus irmãos Thiago Ithiro da Luz Diez Vecino Kono e Lauro Ossami Kono Júnior, a quem tanto amo.

AGRADECIMENTOS

A minha família e eu temos uma citação bíblica que orienta as nossas vidas; uma frase que marcou profundamente um ano muito especial para todos nós: *“Avancem para águas mais profundas”* (Lc 5,4).

À luz desta citação, resolvi dar um grande passo na minha carreira profissional: fazer um Curso de Especialização na Área de Dentística. Meus pais, imediatamente, apoiaram-me e incentivaram-me nesta decisão. Portanto, agradeço especialmente a eles, Lauro Ossami Kono e Véra Lucia da Luz Diez Vecino Kono, que não mediram esforços para que eu concluísse este Curso de Especialização.

Agradeço também aos meus irmãos, Thiago e Lauro Júnior, e a toda minha família que, durante estes dois anos de curso, sempre me animaram e me deram forças. Vocês são pessoas muito importantes para mim! Amo todos!

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) e à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), bem como a todo o Corpo Docente desta Instituição, por me proporcionarem uma excelente formação profissional, desde a minha Graduação, Cursos de Atualização que aqui já realizei, até agora na conclusão deste Curso de Especialização. Levo sempre comigo o lema da FOP: *“Ment - Manv - Corde”* (Mente - Mão - Coração).

Aos professores da Área de Dentística da FOP-UNICAMP pelos constantes ensinamentos, fundamentais para a minha formação como especialista. Em especial, ao Prof. Dr. Flávio Henrique Baggio Aguiar e ao Prof. Dr. Luís Roberto Marcondes Martins que me orientaram na execução deste caso clínico e na realização desta monografia. Agradeço muito a todos pelo aprendizado, atenção, amizade e carinho.

Agradeço também à paciente Chennorik Kallajian Delgado Kraide por permitir que o seu tratamento fosse documentado e registrado neste trabalho.

Aos meus amigos de Curso, pela amizade construída, companhia, trocas de experiências e pelos bons momentos de descontração que passamos juntos.

Por fim, mas não menos importante, a Deus e ao Divino Espírito Santo, pelo dom da minha vida, por todas as graças derramadas sobre mim, e por permitirem, pela minha profissão, que eu conceda aos meus pacientes saúde, alívio e conforto. Agradeço também pelos momentos de dificuldades, pois eles certamente me proporcionaram o fortalecimento e o crescimento.

Enfim, a todos que participaram e conviveram comigo durante esta etapa da minha formação, muito obrigada!

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas	7
Lista de Ilustrações	8
Resumo	11
1. Introdução	12
2. Desenvolvimento	19
- Seleção do Caso Clínico	19
- 1ª Sessão: Instalação do cicatrizador no implante posicionado na região do 25	21
- 2ª Sessão: Verificação da altura gengival	21
- 3ª Sessão: Moldagem total para confecção de moldeira Individual	22
- 4ª Sessão: Moldagem total superior com moldeira individual	23
- 5ª Sessão: Prova e instalação das peças protéticas	27
- 6ª Sessão: Selamento definitivo das aberturas de acesso oclusais	28
3. Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31

LISTA DE ABREVIATURAS

Fig. – figura

Et al. – e outros (abreviatura de *et alii*)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 01 – Hexágono externo	14
Fig. 02 – Hexágono interno	14
Fig. 03 – Cone Morse	14
Fig. 04 – Alguns tipos de cicatrizador	14
Fig. 05 – Ilustração demonstrando o encaixe do cicatrizador no implante ...	14
Fig. 06 – Cicatrizador em posição	14
Fig. 07 – Exemplo de pilar para prótese parafusada.....	15
Fig. 08 – Exemplo de pilar anatômico para prótese cimentada	15
Fig. 09 – Pilar UCLA metálico em titânio	15
Fig. 10 – Pilar UCLA plástico calcinável	15
Fig. 11 – Pilar UCLA metaloplástico em Cr-Co	15
Fig. 12 – Pilas Estheticone para hexágono interno e externo	16
Fig. 13 – Transferente quadrado e redondo	16
Fig. 14 – Transferentes perfeitamente adaptados	17
Fig. 15 – Transferente não adaptado	17
Fig. 16 – Análogo de um hexágono externo	18
Fig. 17 – Radiografia panorâmica	19
Fig. 18 – Radiografia periapical dos implantes na região do 16 e 17	20
Fig. 19 – Radiografia periapical do implante na região do 25	20
Fig. 20 – Radiografia periapical do implante na região do 46	20
Fig. 21 – Radiografia periapical do implante na região do 25 já com o cicatrizador	21
Fig. 22 – Muralha em cera confeccionada no modelo superior	22
Fig. 23 – Moldeira individual com as perfurações	22

Fig. 24 – Implantes posicionados na região do 17 e 16	23
Fig. 25 – Transferentes de moldagem parafusados	23
Fig. 26 – Radiografia periapical dos transferentes de moldagem parafusados	23
Fig. 27 – Implante posicionado na região do 25 já com o pilar Estheticone .	24
Fig. 28 – Transferente de moldagem parafusado	24
Fig. 29 – Radiografia periapical do transferente de moldagem parafusado ..	24
Fig. 30 – Molde da arcada superior	25
Fig. 31 – Molde da arcada superior com os análogos já posicionados	25
Fig. 32 – Análogos dos implantes 17 e 16 posicionados	26
Fig. 33 – Análogo do implante 25 posicionado	26
Fig. 34 – Resina resiliente para reembasamento (Gengiva artificial)	26
Fig. 35 – Gengiva artificial	26
Fig. 36 – Gengiva artificial	26
Fig. 37 – Modelo superior enviado ao protético	27
Fig. 38 – Modelo superior com as próteses posicionadas	27
Fig. 39 – Próteses sobre implante na região dos elementos 17 e 16	28
Fig. 40 – Prótese sobre implante na região do elemento 25	28
Fig. 41 – Radiografia periapical das próteses sobre implante instaladas	28
Fig. 42 – Radiografia periapical da prótese sobre implante instalada	28
Fig. 43 – Camada de fita teflon	28
Fig. 44 – Selamento com material restaurador provisório	28
Fig. 45 – Selamento oclusal com resina composta das próteses sobre implante na região do 17 e 16	29

	10
Fig. 46 – Selamento oclusal com resina composta da prótese sobre implante na região do 25	29
Fig. 47 – Vista por vestibular das próteses sobre implante na região do 17 e 16	29
Fig. 48 – Vista por vestibular da prótese sobre implante na região do 25	29
Fig. 49 – Vista por vestibular das próteses sobre implante na região do 17 e 16 (paciente em oclusão)	29
Fig. 50 – Vista por vestibular da prótese sobre implante na região do 25 (paciente em oclusão)	29

RESUMO

A prótese sobre implante é uma excelente opção de tratamento reabilitador quando há perda de um ou mais elementos dentários. Consagrou-se como uma realidade na Odontologia moderna pela sua previsibilidade e longevidade, associadas ao aumento da expectativa de vida, ao custo acessível deste tipo de tratamento reabilitador e à exigência estética e funcional dos pacientes (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Nesta monografia, vamos apresentar um caso clínico de Prótese Unitária sobre Implante parafusada com conexão do tipo hexágono externo e interno.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, a população criou uma conscientização muito grande com relação aos cuidados com a saúde bucal e higienização. A Odontologia está assumindo um papel muito mais preventivo do que curativo. Porém, ainda que haja esta constante preocupação com relação à prevenção de doenças que afetam a saúde da cavidade bucal, muitos pacientes ainda são acometidos pela doença periodontal e pela cárie, além de sofrerem eventuais acidentes e traumas que podem ocasionar a perda de parte ou de todo elemento dental (CONCEIÇÃO *et al.*, 2005).

Para casos em que há perda de parte da estrutura dental, os cirurgiões-dentistas possuem um leque de opções de sistemas adesivos e restauradores para devolver ao elemento a sua forma e função originais.

Quando há a perda total do elemento, além das técnicas restauradoras tradicionais (próteses mucossuportadas, dentomucossuportadas e dentossuportadas), o profissional tem também a opção de devolver ao paciente conforto, segurança, função, estética e autoestima por meio de próteses implantossuportadas (CONCEIÇÃO *et al.*, 2005).

Com o advento do sistema de osseointegração desenvolvido por Bränemark, na década de 60, esta técnica, com o passar do tempo, adquiriu previsibilidade e longevidade, resultando em reabilitações com implantes cada vez mais presentes no dia a dia da clínica odontológica. Este fato, associado ao aumento da expectativa de vida, ao custo acessível deste tipo de tratamento reabilitador e à exigência estética e funcional dos pacientes, consagrou-se como uma realidade da Odontologia moderna (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Os altos índices de sucesso encontrados na literatura científica em reabilitações orais feitas com implantes osseointegrados estabeleceram definitivamente esse tipo de procedimento como um método seguro para restabelecer função e estética em pacientes com edentulismo total ou parcial (ZARB *et al.*, 1990) (BUSER *et al.*, 1997).

Vale lembrar que, ao considerar a implantodontia um sucesso, a técnica original descrita por Bränemark e seus colaboradores foi desenvolvida para

pacientes com edentulismo total, apresentando quantidade óssea e estabilidade em duas corticais ósseas (ADEL *et al*, 1981). Pelo fato desta técnica apresentar um alto índice de sucesso, começou também a ser utilizada para pacientes com edentulismo parcial (LEKHOLM *et al*, 1999), para próteses fixas parciais e unitárias. Entretanto, estudos mostraram que as técnicas e os componentes deveriam sofrer algumas modificações para se adequarem às novas indicações (ECKTER *et al*, 1998).

A geometria estrutural do implante e o sistema de retenção da prótese sobre o implante, cimentada ou parafusada, são fatores determinantes na estabilidade da interface implante-prótese, devendo ser selecionados ainda durante o planejamento, antes da etapa cirúrgica (ALMEIDA *et al*, 2013).

A seleção do sistema de retenção da prótese sobre implante é um paradigma muito discutido, pois a escolha baseia-se, muitas vezes, em preferências pessoais do profissional. A opção entre confeccionar uma prótese cimentada ou parafusada influenciará na escolha do tipo de pilar, pois existem pilares fabricados para ambos os sistemas. Alguns aspectos, porém, devem ser levados em consideração, tais como: reversibilidade (ZARONE *et al*, 2007) (RAJAN *et al*, 2004) (HEBEL *et al*, 1998) (TAYLOR *et al*, 2000), previsibilidade de retenção (HEBEL *et al*, 1998), estética e complexidade das técnicas laboratoriais.

Neste trabalho, vamos apresentar um caso clínico de próteses unitárias sobre implante parafusadas.

Seleção dos componentes

A seleção dos componentes protéticos depende de alguns fatores, tais como: tipo de conexão do implante, espaço livre interoclusal, prótese provisória ou definitiva, cimentada ou parafusada, quantidade e qualidade da mucosa, necessidade de correção de problemas de angulação ou paralelismo.

1.) Tipo de conexão do implante - Existem três tipos de conexões protéticas para implantes unitários: hexágono externo, hexágono interno e cone

morse. O desenho de implante mais documentado na literatura é, sem dúvida, o cilíndrico com hexágono externo, que surgiu com o advento do sistema Brånemark (Nobel Biocare). Em seguida, o mais documentado é o sistema ITI (Straumann) tipo cone morse (Cochran *et al*, 2000). E, por último, o desenho tipo hexágono interno.



Fig. 01 – Hexágono externo



Fig. 02 – Hexágono interno



Fig. 03 – Cone Morse

Fonte – Figuras 01, 02 e 03: www.vipi.com.br

2.) Cicatrizadores ou Parafusos de Cicatrização – Confeccionados normalmente em titânio, estes dispositivos são rosqueados aos implantes, após a etapa cirúrgica, com a finalidade de proporcionar aos tecidos moles adjacentes uma cicatrização adequada para facilitar e viabilizar a confecção da prótese; servem como um guia para a cicatrização gengival. A seleção do cicatrizador deve ser baseada em três critérios: altura do tecido gengival, diâmetro e formato da plataforma do implante. Utiliza-se uma sonda periodontal para medir a altura do tecido mole, através do qual se deve manter a abertura gengival.



Fig. 04 – Alguns tipos de cicatrizador



Fig. 05 – Ilustração demonstrando o encaixe do cicatrizador no implante



Fig. 06 – Cicatrizador em posição

Fontes – Figura 04: www.neodent.com.br; Figura 05: www.vitacentro.com;

Figura 06: www.ferrazodontologia.blogspot.com

3.) Pilares Protéticos – Conhecidos também como intermediários, conectores, abutments ou transmucoso, são dispositivos utilizados para fazer a conexão entre o implante e a prótese. São divididos em três classes:

- Pilares para prótese parafusada: Standart, Estheticone, Estheticone Angulado (17° - 30°), Miruscone, Microunit.
- Pilares para prótese cimentada: Metálico pré-fabricado (Ceraone), Metálico personalizado, Cerâmico.
- Pilares para prótese parafusada ou cimentada: UCLA

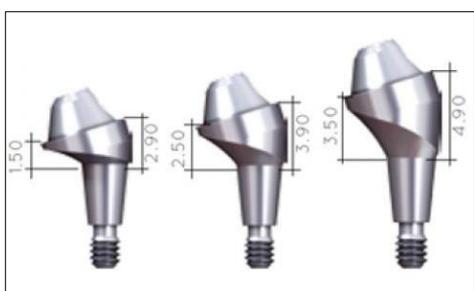


Fig. 07 – Exemplo de pilar para prótese parafusada (mini-pilar cônico angulado 17°)



Fig. 08 – Exemplo de pilar anatômico para prótese cimentada

Fonte – Figuras 07 e 08: www.neodent.com.br

Neste trabalho, apresentaremos os pilares tipo UCLA e Estheticone, os quais foram selecionados para o caso clínico que detalharemos a seguir.

Pilar tipo UCLA: desenvolvido na Universidade da Califórnia, em Los Angeles, é um tubo cilíndrico que se acopla diretamente sobre o implante (CARDOSO *et al.*, 2007), podendo ser metálico, plástico ou metaloplástico. Este tipo de pilar aceita tanto prótese parafusada quanto cimentada.



Fig. 09 – Pilar UCLA metálico em titânio (Sobrefundição em metais nobres ou semi-nobres)



Fig. 10 – Pilar UCLA plástico calcinável (Fundição em ligas alternativas Ni-Cr)



Fig. 11 – Pilar UCLA metaloplástico em Co-Cr (Sobrefundição em ligas nobres ou semi-nobres)

Fontes – Figura 09: www.rizax.com.br; Figura 10: www.allimplant.cl; Figura 11: www.rizax.com.br

Pilar tipo Estheticone: indicado para próteses parafusadas, unitárias ou múltiplas, onde a estética tem relevância; corrige até 30° de angulação do implante. Pode ser selecionado em três alturas de cinta metálica: 1 mm, 2 mm ou 3 mm. É muito importante salientar que para utilizar este componente em um só dente, torna-se indispensável o emprego do sistema anti-rotacional, que nada mais é do que usar, tanto para a moldagem quanto para a peça protética propriamente dita, componentes que possuem sextavados que irão se adaptar intimamente ao hexágono existente externamente neste componente, impedindo a rotação da futura reabilitação unitária. Tal dispositivo torna-se desnecessário em próteses fixas, considerando-se que os pilares estarão unidos entre si, o que já servirá como sistema anti-rotacional (CARDOSO *et al.*, 2007).



Fig. 12 – Pilar Estheticone para hexágono interno e externo

Fonte – Figura 12: www.mastercomponentesdentarios.com

4.) Transferentes ou transfers – São dispositivos que se adaptam na plataforma do implante ou do pilar protético, transferindo, por uma técnica de moldagem, a posição e o formato desses elementos para um modelo de gesso. Existem dois tipos: transferentes redondos, para moldeiras fechadas, e transferentes quadrados, para moldeiras abertas.



Fig. 13 – Transferente quadrado e redondo

Fonte – Figuras 13: www.dentalluz.com

Os materiais de moldagem empregados para próteses implantossuportadas são iguais aos empregados nas moldagens convencionais, sendo, preferencialmente, a silicona de adição ou o poliéter os materiais de escolha do cirurgião-dentista.

Para moldagem fechada, podem-se utilizar as moldeiras metálicas (*tipo Werners*) e as plásticas. Para moldagem aberta, podem-se utilizar moldeiras individuais confeccionadas com resina acrílica ou moldeiras pré-fabricadas de plástico, nas quais deve ser feita uma perfuração para a passagem do parafuso de fixação do transferente.

Após a instalação do transferente, antes de iniciar o processo de moldagem, é muito importante realizar uma radiografia para conferir a adaptação dos componentes selecionados ao implante.



Fig. 14 – Transferentes perfeitamente adaptados

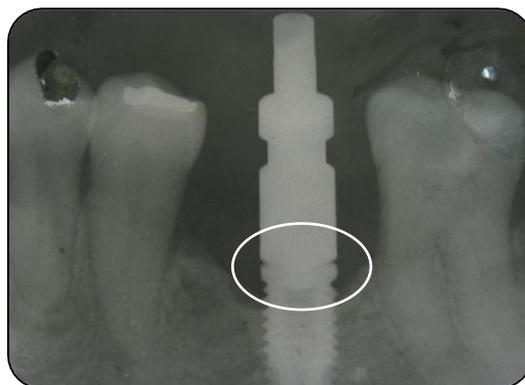


Fig. 15 – Transferente não adaptado

Fonte – Figuras 14 e 15: caso clínico selecionado para este trabalho

5.) Análogo – É uma réplica fiel da plataforma do implante ou do pilar protético, a qual será adaptada ou parafusada pelo parafuso do transferente ao molde. O análogo deve ser compatível ao sistema de implante utilizado. Reproduz em um modelo de gesso exatamente a posição do implante ou do intermediário protético moldado, servindo como base para a confecção da coroa protética.



Fig. 16 – Análogo de um hexágono externo

Fonte – Figura 16: www.implantecom.com.br

2. DESENVOLVIMENTO

Seleção do Caso Clínico

Para este caso clínico, foi selecionada uma paciente de 50 anos, C.K.D.K., do sexo feminino. Na consulta inicial, durante a anamnese, a paciente descreveu como sua queixa principal a “confecção de próteses sobre implante”.

A paciente relatou que três implantes haviam sido colocados há mais de 06 anos e, os seus cicatrizadores, há 06 meses. Porém, um implante fora realizado há 07 meses e ainda estava subgingival.

Ao exame físico, apresentou pressão arterial 110/80 mmHg, pulso 72 bpm, temperatura 36,7°C e frequência respiratória 18 mpm. Nenhum problema de saúde foi relatado ou diagnosticado. Portanto, a paciente encontrava-se em condições saudáveis para o tratamento odontológico.

Ao exame clínico intraoral e após as análises radiográficas, verificamos que os implantes que já estavam com o cicatrizador correspondiam à região dos elementos 17, 16 e 46; o implante que ainda encontrava-se subgingival era na região do elemento 25, conforme se pode ver na radiografia panorâmica e nas radiografias periapicais.

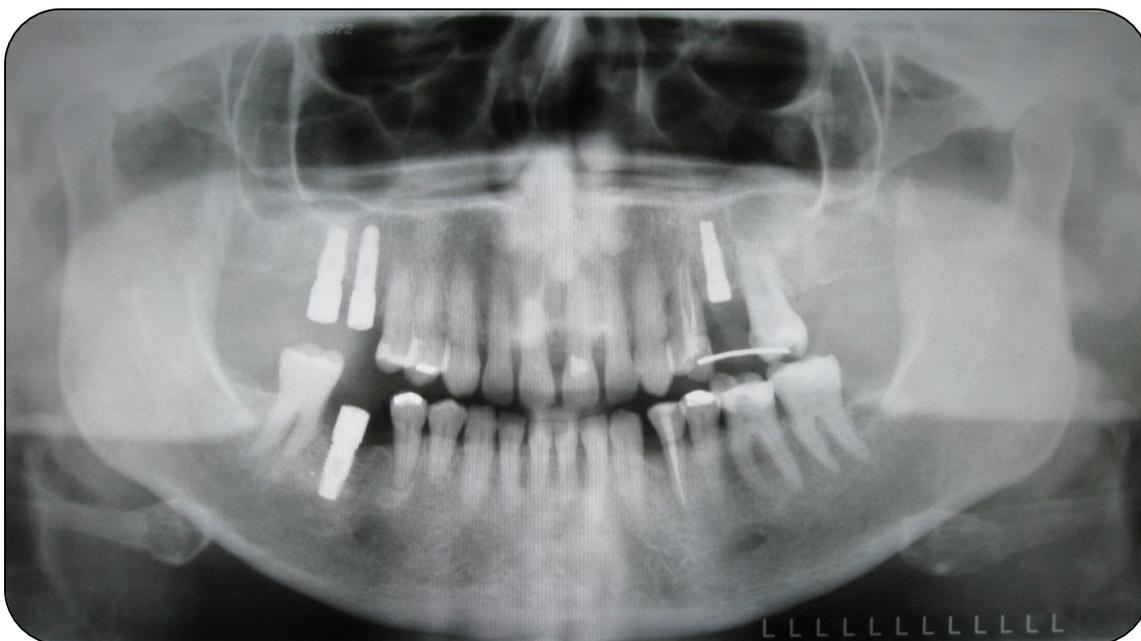


Fig. 17 – Radiografia panorâmica



Fig. 18 – Radiografia periapical dos implantes na região do 16 e 17

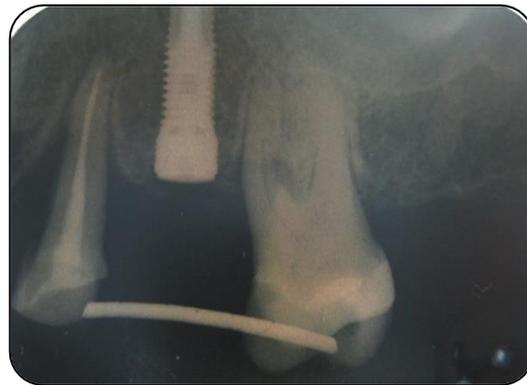


Fig. 19 – Radiografia periapical do implante na região do 25

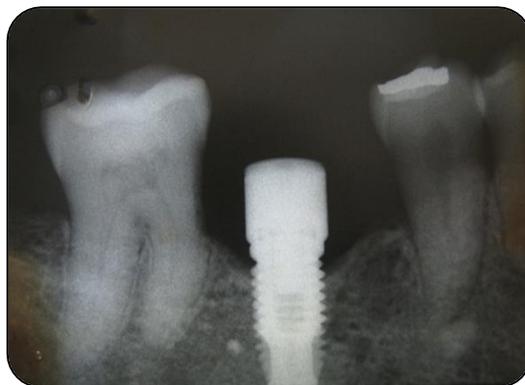


Fig. 20 – Radiografia periapical do implante na região do 46

Dados dos implantes:

- 17 – Conexão Master Screw 5,0 x 11,5 mm – Hexágono externo
- 16 – Conexão Master Porous 3,75 x 13 mm – Hexágono externo
- 25 – Neodent Titamax II Plus Implant 3,75 x 13 mm – Hexágono interno
- 46 – Conexão Master Screw 5,0 x 11,5 mm – Hexágono externo

A partir destas radiografias e dos dados dos implantes, iniciamos o planejamento do nosso caso clínico.

Já na consulta inicial, avaliamos a cor dos dentes da paciente e selecionamos a cor B2 da Escala Vita para as próteses sobre implante.

Neste trabalho, apresentaremos o protocolo clínico e o tratamento realizado apenas na arcada superior, ou seja, nos implantes posicionados na região dos elementos 17, 16 e 25.

1ª SESSÃO: Instalação do cicatrizador no implante posicionado na região do 25

Inicialmente, realizamos o acesso ao parafuso de cobertura do implante posicionado na região do 25 com uma incisão em “H”. Removemos a tampa de proteção do implante, instalamos o cicatrizador pré-selecionado e suturamos. Aguardamos, então, um período para cicatrização do tecido gengival.



Fig. 21 – Radiografia periapical do implante na região do 25 já com o cicatrizador

2ª SESSÃO: Verificação da altura gengival

Removemos todos os cicatrizadores e, com o auxílio de uma sonda periodontal milimetrada, posicionada na plataforma do implante, verificamos a altura do tecido gengival.

- Implante na região do 17: 0 mm
- Implante na região do 16: 3 mm por vestibular
- Implante na região do 25: 3 mm em todo contorno gengival

Com estas informações, selecionamos os componentes necessários para a confecção das próteses sobre implante:

- Implante na região do 17: pilar tipo UCLA metaloplástico; transferente de moldagem quadrado Ø 5,0; análogo (Conexão)
- Implante na região do 16: pilar tipo UCLA metaloplástico; transferente de moldagem quadrado Ø 4,5; análogo (Conexão)

- Implante na região do 25: pilar tipo Estheticone 01 mm; cilindro de proteção do pilar 4,1 mm; cilindro do pilar em cromo-cobalto; transferente do pilar Estheticone para moldeira aberta anti-rotacional 4,1 mm; análogo do pilar anti-rotacional 4,1 mm (Neodent)

3ª SESSÃO: Moldagem total para confecção de moldeira individual

Procedemos à moldagem total da arcada superior com alginato para posterior confecção da moldeira individual em resina acrílica para moldagem aberta. No modelo vazado com gesso pedra, construímos uma muralha com cera vermelha em toda extensão da arcada.



Fig. 22 – Muralha em cera confeccionada no modelo superior

Em seguida, confeccionamos a moldeira individual superior em resina acrílica com perfurações na região dos implantes para a passagem dos parafusos de fixação dos transferentes.



Fig. 23 – Moldeira individual com as perfurações

4ª SESSÃO: Moldagem total superior com moldeira individual

Inicialmente, removemos todos os cicatrizadores e instalamos o pilar Estheticone no implante posicionado na região do 25. Em seguida, posicionamos os transferentes de moldagem e radiografamos para avaliar a adaptação.



Fig. 24 – Implantes posicionados na região do 17 e 16



Fig. 25 – Transferentes de moldagem parafusados



Fig. 26 – Radiografia periapical dos transferentes de moldagem parafusados



Fig. 27 – Implante posicionado na região do 25 já com o pilar Estheticone



Fig. 28 – Transferente de moldagem parafusado

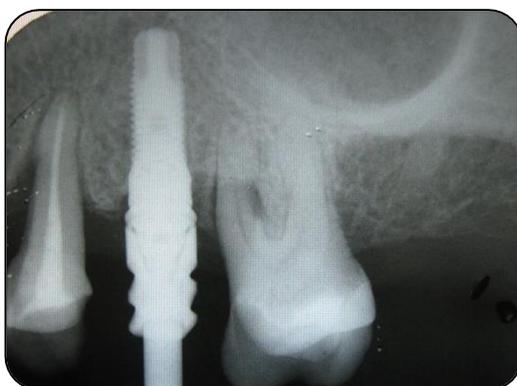


Fig. 29 – Radiografia periapical do transferente de moldagem parafusado

Antes de iniciarmos o processo de moldagem, protegemos a cabeça do parafuso do transferente com uma bolinha de algodão para impedir que o material de moldagem penetrasse no orifício. Em seguida, verificamos, na boca, se a moldeira individual adequava-se à região a ser moldada.

O material de moldagem selecionado foi a silicona de adição. Com a pistola dispensadora, levamos o material fluido de consistência leve em torno dos transferentes. Manipulamos manualmente a pasta densa da base e do catalisador, inserimos na moldeira individual e levamos o material em posição na arcada superior, permitindo que a extremidade do parafuso ficasse exposta.

Após o tempo de presa do material de moldagem, soltamos os parafusos e removemos cuidadosamente a moldeira da boca da paciente.

Na paciente, os cicatrizadores do 17 e 16 foram recolocados e o cilindro de proteção do pilar protético do 25 foi instalado.

No molde, posicionamos os análogos em seus respectivos lugares e fixamos com os parafusos dos transferentes. Confeccionamos, ainda, ao redor dos análogos, a gengiva artificial com resina resiliente para reembasamento. É importante lembrar que o material de moldagem ao redor do análogo foi isolado com vaselina líquida.

A gengiva artificial é um recurso utilizado quando os pilares ou implantes estão subgengivais. No modelo, essa área ficaria em gesso, o que muitas vezes pode impedir os cilindros de tocarem na base dos análogos. Já com a gengiva artificial, feita com material “borrachóide”, esse problema desaparece (CARDOSO *et al*, 2007).



Fig. 30 – Molde da arcada superior



Fig. 31 – Molde da arcada superior com os análogos já posicionados



Fig. 32 – Análogos dos implantes 17 e 16 posicionados



Fig. 33 – Análogo do implante 25 posicionado



Fig. 34 – Resina resiliente para reembasamento (Gengiva artificial)



Fig. 35 – Gengiva artificial

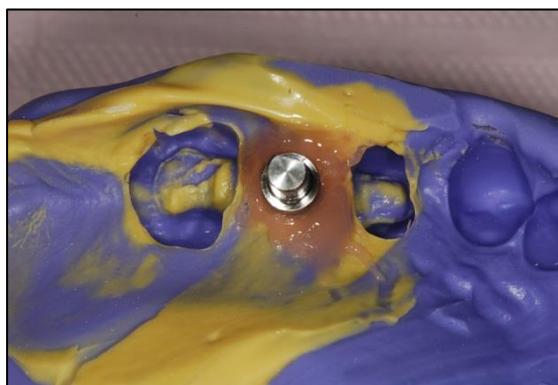


Fig. 36 – Gengiva artificial

Por fim, vazamos o molde com gesso especial e enviamos o modelo final ao protético para a confecção das próteses sobre implante.

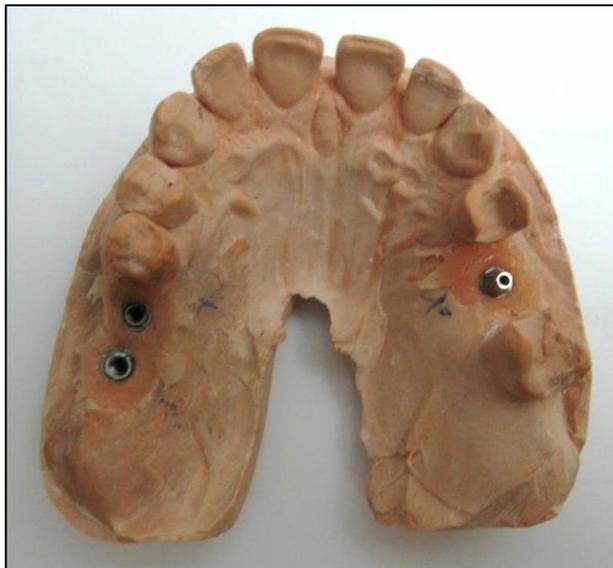


Fig. 37 – Modelo superior enviado ao protético

5ª SESSÃO: Prova e instalação das peças protéticas

Alguns pequenos ajustes proximais e oclusais foram necessários para a perfeita adaptação das próteses sobre implante, as quais foram parafusadas com um torque de 20 N. Os orifícios oclusais receberam, primeiramente, uma camada de fita teflon e, em seguida, foram selados com um material restaurador provisório. A paciente foi devidamente orientada quanto aos cuidados com a higienização.

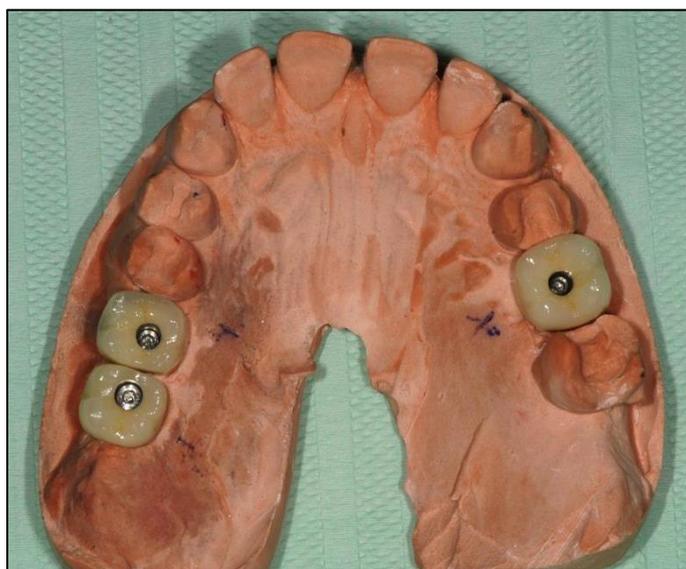


Fig. 38 – Modelo superior com as próteses posicionadas



Fig. 39 – Próteses sobre implante na região dos elementos 17 e 16



Fig. 40 – Prótese sobre implante na região do elemento 25



Fig. 41 – Radiografia periapical das próteses sobre implante instaladas



Fig. 42 – Radiografia periapical da prótese sobre implante instalada



Fig. 43 – Camada de fita teflon



Fig. 44 – Selamento com material restaurador provisório

6ª SESSÃO: Selamento definitivo das aberturas de acesso oclusais

Após avaliação da oclusão e dos cuidados com a escovação e uso do fio dental, removemos o material provisório e reavaliamos o torque de 20 N. Por fim, selamos definitivamente a abertura de acesso com resina composta. Lembrando que mantivemos uma camada de fita teflon na base do orifício.



Fig. 45 – Selamento oclusal com resina composta das próteses sobre implante na região do 17 e 16



Fig. 46 – Selamento oclusal com resina composta da prótese sobre implante na região do 25



Fig. 47 – Vista por vestibular das próteses sobre implante na região do 17 e 16



Fig. 48 – Vista por vestibular da prótese sobre implante na região do 25



Fig. 49 – Vista por vestibular das próteses sobre implante na região do 17 e 16 (paciente em oclusão)



Fig. 50 – Vista por vestibular da prótese sobre implante na região do 25 (paciente em oclusão)

A paciente aprovou o tratamento realizado, mostrando-se muito satisfeita com a estética, função, segurança e conforto, melhorando, assim, a sua autoestima.

3. CONCLUSÃO

Ao realizar este trabalho, podemos concluir que as próteses sobre implante são uma excelente opção de tratamento reabilitador para o paciente quando há perda total de um ou mais elementos dentários.

As próteses sobre implante devolvem ao paciente função, estética, conforto, segurança e autoestima sem que haja a necessidade de desgaste ou qualquer tipo de tratamento nos dentes adjacentes.

Destacamos a importância do correto planejamento para se obter sucesso ao final do tratamento. Lembrando que cada caso deve ser estudado e analisado individualmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

1. Adel R, Lekholm B, Rocker B, Bränemark P. – I. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment for the edentulous jaw. *Int J Oral Surg* 1981; 10: 387-416.
2. Almeida EO; Freitas Júnior AC, Bonfante EA, Rocha EP, Silva NR, Coelho PG. Effect of microthread presence and restoration design (screw versus cemented) in dental implant reliability and failure modes. *Clin Oral Implants Res*. 2013 Feb; 24 (2): 191-6.
3. Buser D, Mericske-Stern R, Bernard JP, Behneke A, Hirt HP, Belser UC, *et al*. Long term evaluation of non-submerged ITI implants. Part I: 8 year life table analysis of a prospective multi-center study with 2359 implants. *Clin Oral Impl Res* 1997; 8 (3), p. 161-172, 1997.
4. Cardoso AC; *et al*. *O Passo-a-passo da Prótese sobre Implante: Da 2ª Etapa Cirúrgica à Reabilitação Final*; 4ª Edição, 2007.
5. Cochran DL. The scientific basis for and clinical experiences with Straumann implants including the ITI Dental Implant System: a consensus report. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11 Suppl 1: 33-58.
6. Conceição EM, *et al*. *Restaurações Estéticas: Compósitos, Cerâmicas e Implantes*; 1ª Edição, 2005.
7. Eckter SE, Wollan PC. Retrospective review of 1170 endosseous implant placed in partially edentulous jaws. *J Prosthet Dent* 1998; 79: 415-21.
8. Hebel KS, Gajjar RC. Cement-retained versus screw-retained implant restorations: achieving optimal occlusion and esthetics in implant dentistry. *J Prosthet Dent* 1998; 77: 415-21.
9. Lekholm U, Gunne J, Henry P, Higuchi K, Linden U, Bergstrom C, *et al*. Survival of the Bränemark implant in partially edentulous jaws: a 10-year prospective multicenter study. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999 Sep-Oct; 14 (5): 639-45.

* De acordo com a norma UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver.

10. Rajan M, Gunaseelan R. Fabrication of a cement and screw-retained implant prosthesis. *J Prosthet Dent* 2004; 92: 578-580.
11. Taylor TD; Agar JR, Vogiatzi T. Implant prosthodontics: current perspective and future directions. *Int J. Oral Maxillofac Implants* 2000; 15: 66-75.
12. Zarb GA, Schmitt A. The longitudinal clinical effectiveness of osseointegrated dental implants: The Toronto study. Part I: Surgical results. *J Prosthet Dent* 1990; 63: 451-7.
13. Zarone F, Sorrentino R, Traini T, Di Lorio D, Caputi S. Fracture resistance of implant supported screw versus cement retained porcelain fused to metal single crowns: SEM fractographic analysis. *Dent Mater* 2007; 23: 296-301.