



REABILITAÇÃO TOTAL SUPERIOR COM IMPLANTES UTILIZANDO DESCORONAÇÃO E REDUÇÃO ALVEOLAR

31

CASO CLÍNICO



MARINA ATHAYDE, BRUNO SEABRA, NUNO BORREGO, PEDRO ROBERTO, ROSIANA TAVARES

CLÍNICA DE MEDICINA DENTÁRIA DO MARQUÊS, LISBOA



NEXT GEN 2020
CONGRESSO ANUAL

1 INTRODUÇÃO

Desde os anos 70 que se estudam maneiras de preservar o osso alveolar, para melhores resultados protodônticos. Sabemos que após uma extração dentária acontece uma mudança dimensional na crista alveolar. Após 3 meses da extração dentária, ocorre a redução do volume alveolar, por atividade osteoclástica, tanto na parede lingual como na vestibular, onde é ainda mais pronunciada¹. Esta alteração é inevitável, irreversível e muito desfavorável do ponto de vista restaurador, especialmente em zonas estéticas. Em 2007, Salama² propôs uma estratégia para possibilitar maior previsibilidade no tratamento estético com implantes em regiões com defeitos de múltiplos dentes usando a técnica de submersão de raiz (RST). Davarpanah, 2009³ descreveu uma série de casos onde foram colocados implantes em contato com fragmentos de raízes anquilosadas e não houve qualquer interferência na integração dos implantes. Partindo de estudos anteriores, Hurzeler et al, 2010⁴, supuseram que a retenção de raiz pode ter uma influência no processo de reabsorção alveolar e descreveu uma nova técnica denominada Socket Shield, onde, quando da extração de um dente, mantém-se o terço coronal vestibular da raiz preservada, e instala-se o implante neste alvéolo. Em 2018, Han⁵ modificou a técnica, mantendo a metade vestibular da raiz e deixando o fragmento em contato com o implante, e concluiu que fragmentos de raiz não interferem com a osseointegração e beneficiam esteticamente, protegendo o osso vestibular da reabsorção.

O objetivo do trabalho foi relatar um caso de redução óssea para a colocação de implantes, utilizando a descoronação dos dentes remanescentes no mesmo acto da redução óssea, provocando menor trauma cirúrgico ao paciente, menor morbidade além de se evitar a reabsorção óssea alveolar.

2 DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 73 anos, que recorreu à consulta para melhorar o seu sorriso e corrigir ausências de peças dentárias com reabilitação fixa. Foi realizado exame clínico, radiografia panorâmica, registo fotográfico extraoral e intraoral e impressão digital com scanner intraoral (3Shape® TRIOS 3). A análise do sorriso, revelou um sorriso gengival muito pronunciado, que nestes casos pode dificultar toda a reabilitação. A análise da ortopantomografia revelou a existência de muito pouco espaço posterior para implantes, confirmada posteriormente pelo CBCT (Figuras 1 e 2).



FIGURA 1- Fotografias intra-orais

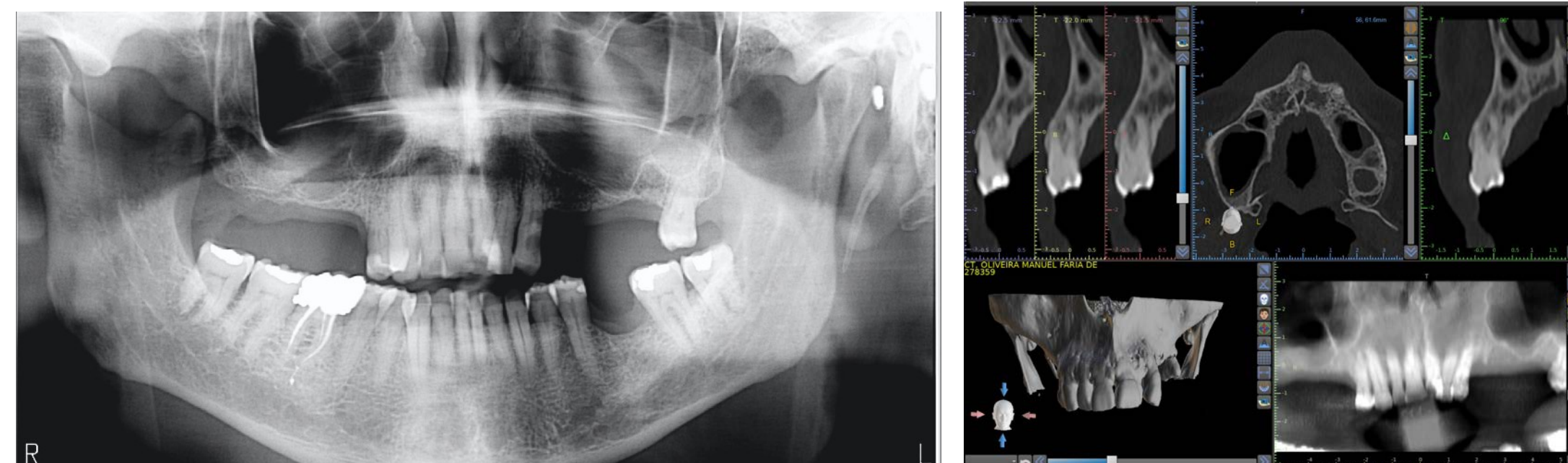


FIGURA 2- Exames radiográficos iniciais, Ortopantomografia e CBCT

Foi apresentado ao paciente o plano para substituição total dos dentes por implantes e reabilitação fixa. O nível gengival/ósseo, foi avaliado e de forma a esconder transição e permitir reabilitação funcional e estética com sucesso, foi programado redução e regularização óssea de 18 mm.

Tendo em conta a literatura existente e de forma a diminuir trauma ao paciente e tempo de cirurgia, a equipa decidiu programar corte de osso integrado com corte de dentes vitais, colocação de quatro implantes Neodent® Helix® GM com guia cirúrgica e utilizando a técnica de all-on-4®, mantendo as raízes dos dentes submergidas (Figuras 3, 4 e 5).

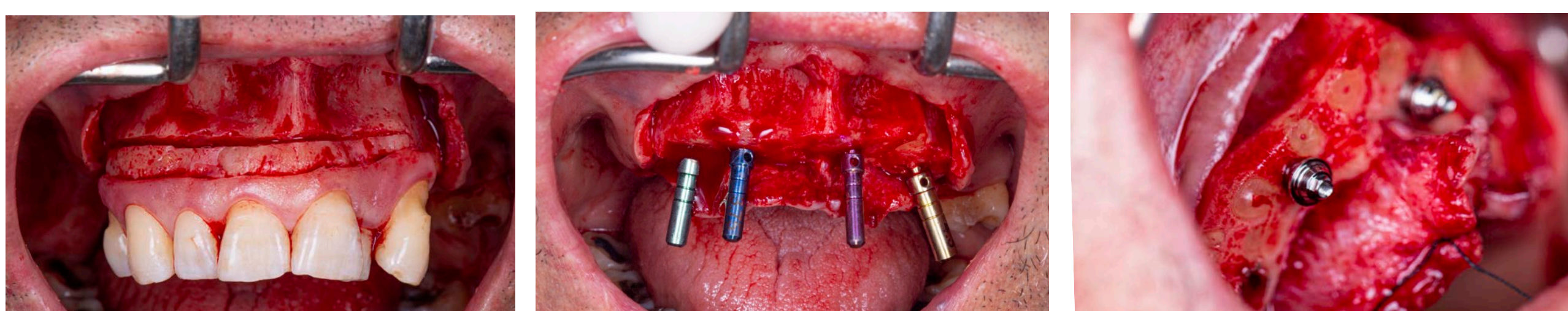


FIGURA 3- Fotografias intra-orais trans-operatórias



FIGURA 4- Fotografias intra-orais pós-operatórias



FIGURA 5- Ortopantomografia pós-operatória

3 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Quando nos deparamos com casos de pacientes em que a reabilitação envolve uma cirurgia mais mutiladora, devemos procurar ser o mais conservadores possível. Sabemos que a perda de osso alveolar, pós-extracção nos implantes é uma realidade que pode comprometer o sucesso a longo prazo das nossas reabilitações. Atualmente existem técnicas bem fundamentadas, que passam pela manutenção de raízes ou restos radiculares, que permitem manter esse osso e evitar essa perda óssea e que está intimamente relacionado com o sucesso e manutenção a longo prazo do osso que envolve os implantes. Desta forma conseguimos planejar uma cirurgia mais previsível, mais rápida, mais limpa, com menos trauma para o paciente e menos complicações, associadas a um melhor pós-operatório e sucesso do nosso tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo MG, Buser D, Warrar K, Karring T. Formation of a periodontal ligament around titanium implants. *Journal of Periodontology* 1990;61:597-601
2. Salama M, Ishikawa T, Salama H, Funato A, Garber D. Advantages of the root submergence technique for pontic site development in esthetic implant therapy. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2007 Dec;27(6):521-7. PMID: 18092446.
3. Davarpanah M, Szmukler-Moncler S. Unconventional implant treatment: I. Implant placement in contact with ankylosed root fragments. A series of five case reports. *Clin Oral Implants Res*. 2009 Aug;20(8):851-6. doi: 10.1111/j.1600-0501.2008.01653.x. PMID: 19604282.
4. Hurzeler MB, Zuhr O, Schupbach P, Rebele SF, Emmanouilidis N, Fickl S. The socket-shield technique: a proof-of-principle report. *J Clin Periodontol*. 2010 Sep;37(9):855-62. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01595.x. PMID: 20712701.
5. Han CH, Park KB, Mangano FG. The Modified Socket Shield Technique. *J Craniofac Surg*. 2018 Nov;29(8):2247-2254. doi: 10.1097/SCS.0000000000004494. PMID: 29561484.