

Tratamento estético funcional conservador num caso clínico com complexa reabsorção alveolar

A equipa composta pelos Drs. Edson, Hiram e Marc demonstram um caso de reabilitação oral através do uso de implantes e cirurgias de enxerto dos seios maxilares.

Este caso clínico retrata uma situação muito constante no dia-a-dia dos nossos consultórios, com pacientes que nos procuram com o objectivo de eliminar as próteses removíveis que usam há anos e que percebem que é inevitável o caminho da perda total dos dentes e o pesadelo das dentaduras.

Estes pacientes, de forma geral, fazem uso deste tipo de prótese por não terem tido a opção de um outro tratamento mais conservador e por aceitarem de forma passiva as indicações dos seus médicos dentistas. Com o passar do tempo, a inevitável mobilidade nos restantes dentes, a reabsorção dos processos alveolares e a conseqüente perda da dimensão vertical provocam um desconforto e envelhecimento precoce, transformando a rotina do uso das próteses removíveis numa situação debilitante e com perda na qualidade de vida.

Com a divulgação das novas técnicas médico-dentárias na televisão e na internet e também em consequência da mudança de conceitos sociais focados na estética, o paciente deste novo século é uma pessoa normalmente bem informada, exigente e ciente dos seus direitos.

A nosso ver, o melhor tratamento para as atrofia das

maxilas é a elevação dos seios maxilares, procedimento cirúrgico consagrado há anos como tendo excelentes resultados para a fixação dos implantes. Com o uso desta técnica, dispensamos os tradicionais cantilevers dos outros métodos que provocam um inevitável braço de alavanca sobre o osso remanescente e sobre as estruturas protéticas.



Figura 1: Sorriso inicial



Figura 2: Fotografia inicial frontal anterior



Dr. Hiram Fischer Trindade.

Director Científico e Professor do European Implantology Center – www.implantologycenter.eu.

Pós-graduado em "Implantology and Oral Rehabilitation" na New York University. Professor da E.S.O.R.I.B – Madrid.



Dr. Edson Ávila.

Médico Dentista, Professor e Coordenador Científico do curso de "Reabilitação e Estética" e do curso de "Implantologia e Reabilitação Oral", promovido pelo European Implantology Center (CEI) e a E.S.O.R.I.B.

– European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials no Porto. www.aestheticschool.eu



Prof. Marc Obrecht.

Médico Dentista, Diplomado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo (França).

Director e Professor do "Curso de Reabilitação e Estética" em Portugal promovido pelo European Clinics Corporation.



Figura 3: Fotografia lateral direita



Figura 4: Lateral esquerda



Figura 5: Vista oclusal da arcada superior



Figura 6: Vista oclusal da arcada inferior



Figura 7: Ortopantomografia inicial

Relato do caso clínico

Apesar de alguns tratamentos removíveis realizados na paciente em algumas clínicas, a sua expectativa ficou defraudada, sem encontrar a solução que desejava. A paciente, esperançosa em resolver a sua situação clínica, procurou-nos para a hipótese de uma reabilitação fixa, com a condição de ter uma melhor estética aliada à plena capacidade de poder comer sem constrangimentos.

Pensando nesta alternativa, depois de um cuidadoso exame clínico, análise da situação inicial do sorriso através do estudo fotográfico (Figuras 1 a 6), podemos observar uma linha do sorriso ligeiramente alta, exposição dos colos dos dentes, ausência de grande parte dos dentes posteriores, abertura do arco e alteração do eixo dos dentes provocada pelo esforço concentrado nos mesmos. Houve

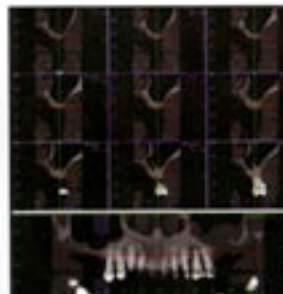


Figura 8: TAC do 1º quadrante

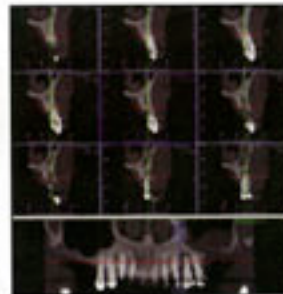


Figura 9: TAC do 2º quadrante

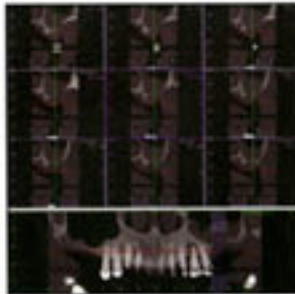


Figura 10: TAC do 2º quadrante

também migração, com extrusão e giro mesio versão dos elementos posteriores remanescentes e projecção vestibular dos elementos anteriores. Os dentes 24 e 25 apresentavam mobilidade grau 3.

Observa-se uma reabsorção óssea na região do dente 27 provocada por extração recente, pois o dente apresentava grande mobilidade, o que contribuiu para a extensa cavidade óssea.

Na ortopantomografia (Figura 7) podemos reparar no segundo quadrante uma importante perda óssea a nível da crista e volume do processo alveolar, além da inflamação

da membrana de Schneider, bem como a presença de septos nos dois seios maxilares.

A TAC com cortes axiais do primeiro quadrante (Figura 8) mostra a acentuada perda óssea do processo alveolar e a presença de um septo. Não se evidencia qualquer patologia.

As imagens deste corte no segundo quadrante (Figura 9) mostram um quisto periapical no dente 24 e comprometimento da parede vestibular. Nestes cortes, o seio maxilar apresenta um espessamento da membrana de Schneider com aparente comunicação buço-sinusal



Figura 11: Modelos montados em articulador semi-ajustável com o enceramento diagnóstico realizado (vista anterior)



Figura 12: Enceramento diagnóstico realizado (vista lateral direita)



Figura 13: Enceramento diagnóstico realizado (vista lateral esquerda)



Figura 14: Enceramento diagnóstico da arcada superior (vista oclusal)



Figura 15: Enceramento diagnóstico da arcada inferior (vista oclusal)



Figura 16: Prótese temporária aplicada em boca - sorriso da paciente



Figura 17: Aplicação de um elástico para fechamento dos diastemas anteriores



Figura 18: Uma semana após, já observamos uma considerável evolução



Figura 19: Três semanas com o uso do elástico



Figura 20: Vista lateral direita dos falsos cotos



Figura 21: Vista lateral esquerda dos falsos cotos prontos para receber as prótese finais



Figura 22: Ferulização do bloco anterior com compósito

em consequência do dente 27 que fora extraído anteriormente e apresentava um elevado grau de mobilidade (Figura 10).

Os modelos de estudo montados em articulador semi-ajustável são cuidadosamente analisados, fazemos as correções necessárias e realizamos o enceramento de

diagnóstico. Todo o tratamento futuro seguirá este plano (Figuras 11 a 15).

Para a aplicação dos implantes nos primeiro e segundo quadrantes foram realizadas cirurgias de inserção dos seios maxilares pela técnica directa descrita por Caldwell e Luc. O material inserido foi cross-bone com plasma rico em

plaquetas. As cirurgias de aplicação dos implantes sobre os enxertos foram feitas cinco meses após a primeira intervenção e observou-se como resultado um material muito denso, como um osso D2, com perfeita capacidade para estabilizar os implantes.

Depois dos procedimentos cirúrgicos de colocação



Figuras 23 e 24: Prova estética das prótese em metalo-cerâmica



Figuras 25, 26 e 27: Duas semanas após a aplicação do trabalho final (vistas anterior, lateral direita e esquerda)



Figura 28: Sorriso final do caso concluído



Figura 29: Ortopantomografia final



Figura 30: Modelo da arcada superior depois de finalizada a prótese



Figura 31: Estabilizador da oclusão realizado com placa de vinil a vácuo

de todos os implantes, aplicámos os dentes temporários fixos em acrílico (Figura 16), com a correcção do eixo axial posterior dos dentes.

Devido à ausência dos dentes posteriores, houve uma

vestibularização do bloco anterior e a aplicação de ganchos metálicos nos dentes de acrílico superiores que servirá de ancoragem para tracionamento e reposicionamento dos dentes anteriores através de elástico (Figura 17).

Uma semana depois já podemos ver a evolução do tracionamento, com os espaços interproximais praticamente fechados (Figura 18).

Após três semanas, os diastemas estão completamente fechados (Figura 19).

A remoção dos dentes temporários para a prova das estruturas em metalo-cerâmica (Figuras 20 e 21) evidenciam as gengivas que se encontram perfeitamente saudáveis.

No dia da prova estética fizemos a splintagem dos dentes superiores, bloco anterior (Figura 22) e realinhámos o plano anterior com composto, pois o mesmo estava plano.

A vista do sorriso com a prova dos trabalhos em por-

celana antes de acabados pode ser observada nas figuras 23 e 24.

O trabalho final aplicado em boca no dia da colocação (Figuras 25, 26 e 27), com o fechamento da ameta cervical entre o 11 e 21.

Sorriso final do tratamento (Figura 28).

Na radiografia final observamos na região dos maxilares superiores o resultado das cirurgias de elevação dos seios maxilares, com implantes de 14mm na região do 17 e 15, 12mm, nos 14, 24 e 25 e 10mm nos 16, 26 e 27. Nenhuma outra técnica cirúrgica nos maxilares superiores atroficos permite a aplicação deste número de implantes na região posterior e com o mesmo grau de sucesso (Figura 29).

Concluída a reabilitação, fizemos a moldagem da arcada superior, obtivemos o modelo em gesso para a confecção de uma placa de vinil termoformada para protecção de todo o conjunto da reabilitação e estabilidade oclusal (Figuras 30 e 31). ■