



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELA NASSER E SILVA

REPRODUÇÃO DO PERFIL DE EMERGÊNCIA EM PRÓTESES FIXAS SOBRE
IMPLANTES COM PÔNTICOS

CURITIBA
2011

DANIELA NASSER E SILVA

REPRODUÇÃO DO PERFIL DE EMERGÊNCIA EM PRÓTESES FIXAS SOBRE
IMPLANTES COM PÔNTICOS

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de especialista em Prótese Dentária, no curso de Pós-Graduação em Prótese Dentária, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof^a Moira Pedroso Leão

CURITIBA
2011

Resumo

Para ser considerada com sucesso, uma restauração implanto-suportada deve atingir um balanço harmônico entre aspectos funcionais, estéticos e biológicos. Obter um padrão estético próximo do natural requer um correto manuseio dos tecidos moles, tanto durante os procedimentos cirúrgicos, como no momento da confecção da coroa definitiva, mas sempre em função do tempo e da capacidade de resposta individual de cada paciente. Uma das condutas clínicas mais simples e satisfatória para se obter a estética, tanto desejada em prótese sobre implantes, é o condicionamento gengival. Este procedimento baseia-se no conceito de que o tecido gengival deve fazer parte do planejamento protético, para se atingir o sucesso reabilitador estético, funcional e biológico. Os autores fazem uma revisão de literatura que embasam a finalidade e importância do condicionamento gengival a partir de uma prótese provisória e a necessidade do perfil protético ser transferido para o modelo de laboratório final, e ilustram uma técnica simples e eficiente de moldagem da nova conformação tecidual atingida através do condicionamento nas áreas de pântico.

Palavras-chave: condicionamento gengival, moldagem em implantodontia, tecido mole em áreas de pânticos, personalização de tranfers

Abstract

To be considered successful, an implant-supported restoration must achieve a balance between functional, aesthetic and biological aspects. To get an aesthetically result close to what is natural, it requires a proper handling of soft tissues during surgical procedures and when making the final crown, but it always depends on the period and the capacity to respond to recovery of each patient. Gum conditioning is one of the simplest clinical procedures that obtains satisfactory aesthetics results, much desired in prosthetic implant. This procedure is based on the concept that the gum tissue should be part of the prosthetic planning to achieve successful aesthetic, functional and biological rehabilitation. The authors review the literature that support the purpose and importance of conditioning from a gingival prosthetic profile and the need to be transferred to the final laboratory model, and illustrate a simple and efficient technique of molding the new conformation tissue reached through conditioning in the fields of pontic.

Key words: gum conditioning, implant molding, soft tissue area of pontic, abutment customization.

Introdução

A Odontologia atual vive um momento de busca constante da excelência estética, funcional e biológica em todas as áreas. Por sua vez, os pacientes possuem mais acesso a informação tornando-se cada vez mais exigentes e, freqüentemente, depositam uma grande expectativa no resultado final de seu tratamento.

Para alcançarmos o melhor resultado estético e fonético na região que sofreu perda estrutural, tanto da maxila quanto da mandíbula, é necessário realizarmos além da devolução dos dentes e da reconstrução tridimensional do rebordo ósseo, também a restauração do contorno gengival.

Dependendo da prótese que será planejada a quantidade de tecido gengival presente pode ajudar ou atrapalhar. O excesso de tecido gengival sob um pântico de uma prótese fixa ou adesiva ou conforme a emergência de uma prótese sobre implante possibilita o condicionamento deste tecido gengival criando papilas proximais.

O objetivo deste trabalho é descrever uma técnica simples de transferência dos contornos obtidos por meio do condicionamento realizado pelos provisórios visando a estética e harmonia perimplantar em próteses anteriores, mas também, garantindo uma adequada adaptação e conforto ao paciente em especial nas áreas de pânticos.

Revisão de Literatura

Substituir a ausência dentária por implantes osseointegráveis na zona estética requer um planejamento protético prévio aos procedimentos cirúrgicos e uma abordagem interdisciplinar entre diversas especialidades.¹ O sucesso da osseointegração e a previsibilidade das terapias que utilizam implantes osseointegráveis para a substituição de elementos perdidos também trazem exigências estéticas cada vez maiores por parte dos pacientes.² Uma prótese definitiva precisa ser funcional mas o resultado estético também deve estar em harmonia com a dentição remanescente. O sucesso funcional e estético dos tratamentos com implantes em região anterior não depende somente da qualidade da prótese, mas também do posicionamento e estabilidade dos tecidos moles.³ Portanto, para o paciente e também para os profissionais os resultados estéticos finais insatisfatórios são considerados como uma falha na reabilitação de próteses implanto-suportadas.

A busca da excelência estética encontra grandes desafios, entre eles está o restabelecimento de papilas interdentais e o devido preenchimento do espaço interdental. Para se restabelecer as condições ideais de papila interdental, arco côncavo regular e saliências vestibulares, além de selecionar e posicionar bem os implantes, pode-se manipular adequadamente os tecidos moles. Esta manipulação inclui as cirurgias mucogengivais, as reconstruções ósseas que buscam recompor a anatomia perdida e também procedimentos protéticos de condicionamento gengival. Entretanto, segundo Tarnow DP et al.⁴, caso a distância ideal de 3 a 5 mm da crista óssea até o ponto de contato interproximal dental estiver aumentada, apenas o condicionamento gengival provavelmente não será suficiente para um fechamento dos espaços negros.

Ao final de um condicionamento gengival se consegue uma nova conformação do tecido mole. Esta técnica consiste em trabalhar a parede gengival de um pântico, até que por leve e constante compressão por acréscimo de sucessivas camadas de resina acrílica nas áreas onde se quer um contorno mais acentuado, provoque a reparação tecidual gengival condicionada à forma da prótese neste local (Figura 1).⁴⁻⁵ A nova conformação do tecido mole adquirida ao término do

condicionamento gengival (Figura 2) precisa ser transferida para o modelo de trabalho para que o técnico em prótese dental possa reproduzi-la na prótese definitiva.

Dentre os cuidados necessários para uma boa resolução protética estética, principalmente em maxila superior anterior, está a personalização dos transferentes de moldagem. Esta manobra possibilita a reprodução no modelo de trabalho do perfil de emergência da prótese provisória implanto-suportada que deverá ser reproduzido na prótese definitiva.⁶ Os tecidos periimplantares escondem o colo do implante e estabelecem harmonia com o nível gengival adjacente, portanto, após o condicionamento gengival, tanto os implantes pilares como também o desenho dos pânticos devem ser reproduzidos.^{3,7} A falta da reprodução no modelo de trabalho do contorno dos pânticos provisórios, além de dificultar os ajustes da peça protética pelo profissional também faz com que o paciente relate, com frequência, desconforto em relação à compressão dos tecidos, retenção de alimentos e dificuldades fonéticas.⁴

A técnica descrita a seguir tem a intenção de mostrar um modo simples e prático de transferir para o modelo de trabalho a posição dos tecidos moles quando este está pressionado pela prótese provisória, em especialmente as áreas sob os pânticos dos incisivos centrais.

TÉCNICA:

1-Remover a gengiva artificial do modelo de gesso utilizado para confeccionar o provisório (região correspondente ao condicionamento gengival realizado). (Figura 3)

2-Posicionar os provisórios no modelo já sem a gengiva artificial e injetar silicone de adição ou de condensação para copiar a base do provisório (usar apenas o leve). (Figura 4)

3-Depois a polimerização do material, remover os provisórios e parafusar os transferentes de moldagem correspondente ao tamanho/diâmetro e marca comercial do implante utilizado. (Figura 5)

4-Com os transfers de moldagem em posição acrescenta-se resina acrílica de presa rápida na região que foi copiada, formando uma barreira rígida que promoverá o afastamento dos tecidos moles no momento da moldagem. (Figura 6)

5-Finalizada a polimerização da resina acrílica, levam-se os transfers personalizados em boca posicionando-os corretamente sobre os implantes. (Figura 7 e 8)

6-Depois a confirmação radiográfica do assentamento correto dos transfers personalizados, unem-se os postes com um pouco de resina acrílica autopolimerizável de baixa contração para manter a estabilidade durante a moldagem. (Figura 8)

7-Ao término do período de polimerização da resina acrílica, realizar a moldagem com material de alta precisão e moldeira aberta. (Figura 9)

8-Depois a desinfecção do molde se faz o acondicionamento da gengiva artificial ao redor dos transfers personalizados (pilares e pânticos) e em seguida se realiza o vazamento total do molde com gesso especial. (Figura 10)



Figura 1

1 – Provisório realizando a isquemia tecidual devido ao acréscimo de resina acrílica para o condicionamento gengival.



Figura 2

2-Vista vestibular da região anterior após a manipulação do tecido mole.

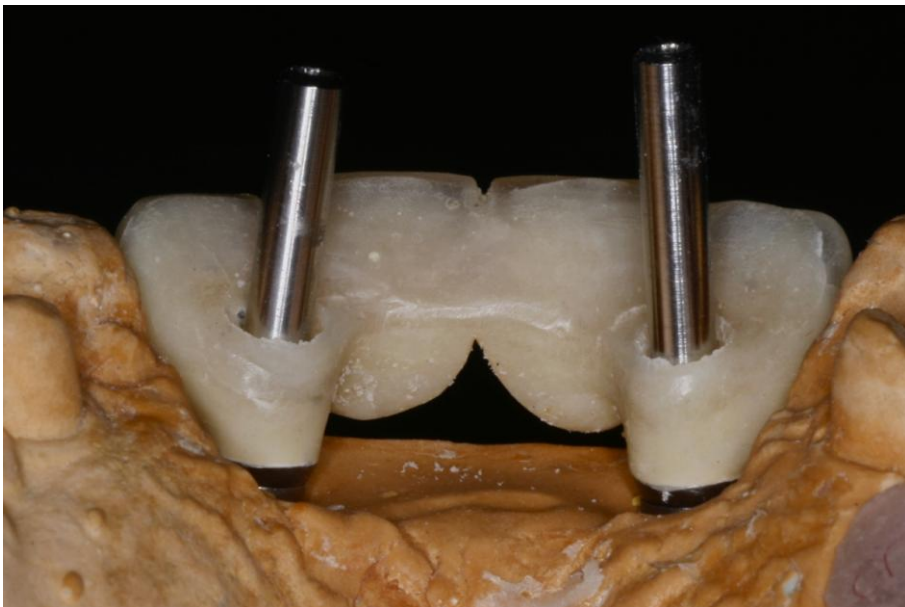


Figura 3

3 -Modelo de estudo sem a gengiva artificial e posicionamento dos provisórios.

(vista palatina)



Figura 4

4-Colocação do material de moldagem leve na área correspondente ao condicionamento gengival.



Figura 5

5-Vista oclusal do perfil protético do provisório reproduzido no modelo com os tranfers de moldagem em posição.

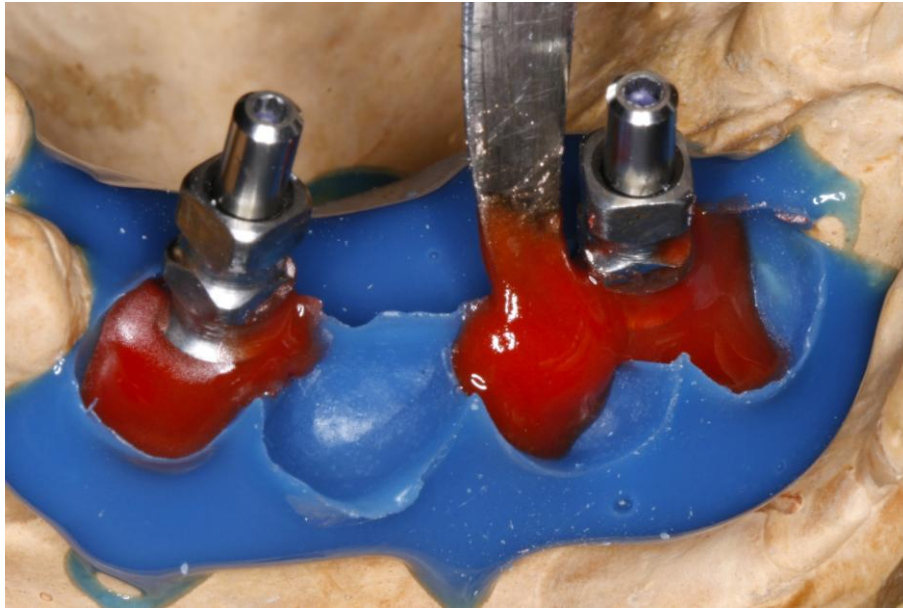


Figura 6

6-Personalização dos Transfers e área edêntula.

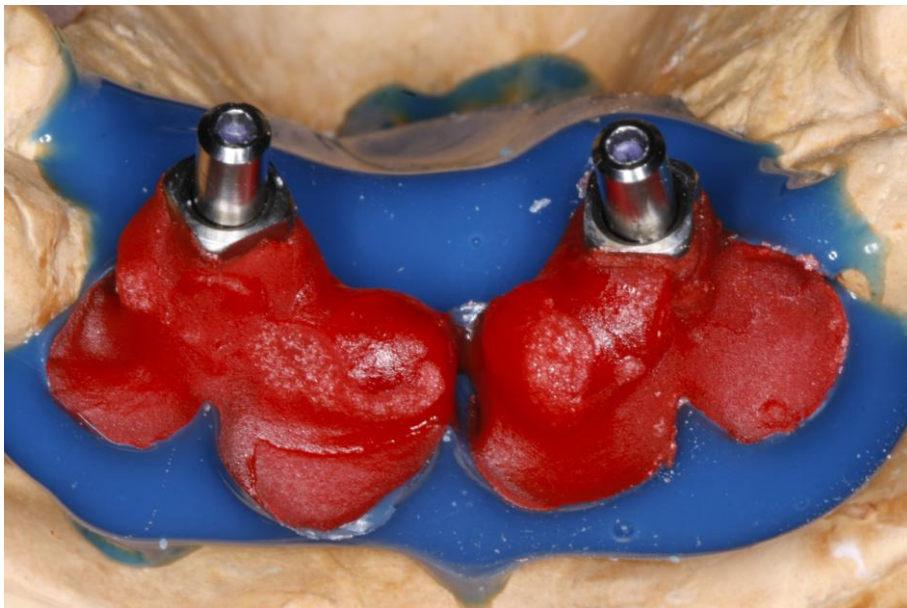


Figura 7

7-Espera pela polimerização final da resina acrílica.

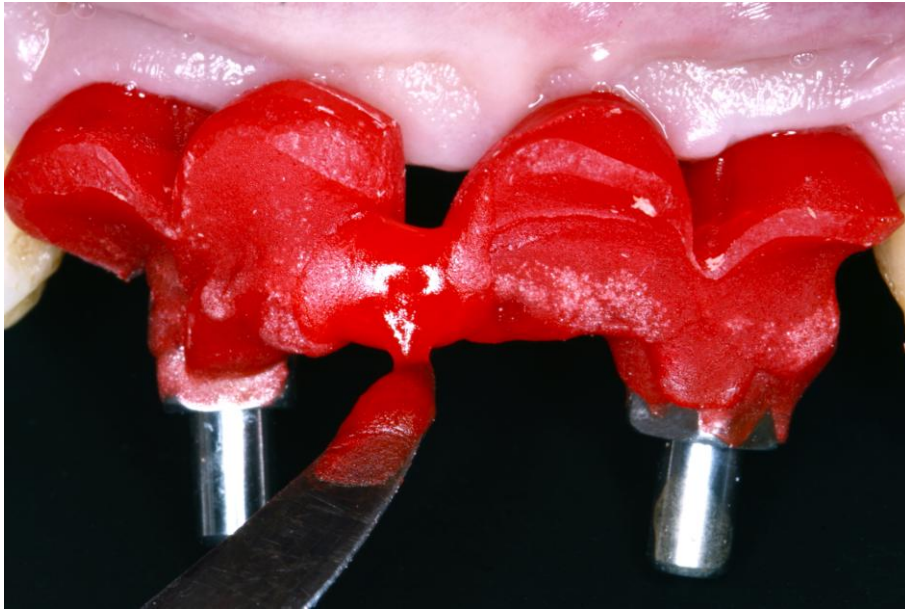


Figura 8

8-Posicionamento dos transfers de moldagem sobre os implantes. Resina acrílica para unir os transfers.



Figura 9

9-Molde com material de alta precisão.

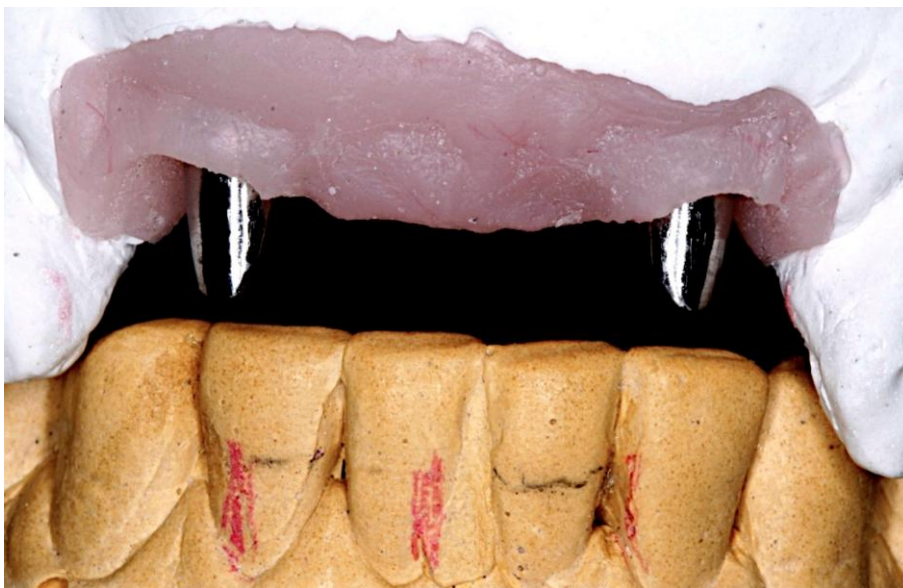


Figura 10

10-Vista vestibular do modelo de trabalho final e seu antagonista.



Figura 11

11-Vista cervical da prótese definitiva.



Figura 12

12- Vista vestibular da prótese definitiva.



Figura 13

13- Vista vestibular da prótese definitiva parafusada em boca.

Discussão

A íntima relação entre a periodontia e a prótese não se restringe à necessidade de saúde periodontal para a instalação do trabalho definitivo, estende-se à avaliação estética do caso. Deste modo, observa-se a exposição gengival durante o sorriso, o contorno, fenótipo do tecido, posição do zênite gengival e presença de papila interdentária ¹⁰⁻¹¹.

Segundo Touati B. ¹² não há estética branca sem a estética rosa, já Saadoun AP. e LeGall MG. ¹³ dizem que qualquer fator que altere negativamente o volume e a forma do tecido ósseo bem como a cor, forma e saúde da mucosa periimplantar poderá resultar em um fracasso estético do tratamento proposto.

De acordo com Saadoun AP et al. ¹⁴ um correto posicionamento tridimensional do implante, a presença de um volume ósseo adequado, o tipo de material e o perfil emergente do intermediário protético, a preservação da mucosa pré-existente, o perfil emergente do provisório e o tempo de condicionamento são fatores fundamentais para o alcance de um resultado estético, funcional e biológico satisfatório. Grunder U. ¹⁵ diz que caso o implante não seja instalado com um correto posicionamento tridimensional, a manutenção ou a regeneração da anatomia dos tecidos mucoso e ósseo não estará garantida.

Com objetivo de manter a altura óssea interproximal e, conseqüentemente, a papila interdental, Salama H et al. ¹⁶ e Tarnow DP et al. ⁴ afirmam que deve haver uma distância de, no mínimo, 1,5 mm a 2 mm entre o implante e as raízes dos dentes adjacentes e de 3 mm entre dois implantes. Caso essas distâncias mínimas não sejam respeitadas, uma perda horizontal do osso interproximal ocorrerá, o que levará a um aumento da distância entre crista óssea interproximal e a base do ponto de contato com os dentes adjacentes, podendo prejudicar a formação ou manutenção da papila interproximal. ^{16,4}

Ainda em relação à papila gengival, Gastaldo et al ⁵, mostraram que ela depende prioritariamente da distância entre os implantes ou entre implante e dente. Para que ocorra a formação de papila proximal é fundamental a presença de um volume médio de tecido gengival inserido no local.

Jovanovic AS et al. ¹⁷ diz que a instalação de uma restauração provisória individualizada sobre um implante permite que a mucosa cicatrize com uma morfologia semelhante ao perfil emergente e contorno cervical da restauração definitiva.

A restauração provisória sobre um implante pode exercer uma leve pressão lateral sobre a papila interproximal para que promova o condicionamento dessa estrutura aumentando assim sua dimensão cérvico-incisal.⁸

Touati B¹⁸ afirma que o perfil emergente subgingival vestibular deve ser o mais reto possível para não causar recessão da mucosa nessa área. Vários autores^{14-15,19-20} descreveram que o tempo de condicionamento é importante, uma vez que uma recessão marginal entre 0,6 e 0,8 mm pode ocorrer nos primeiros seis meses após a instalação da prótese provisória. Em contrapartida, Jemt T.²¹ diz que 80% das papilas entre implantes e dentes aumentam de tamanho em um período, em média, de 18 meses.

Dianato JC et al.²² diz que o objetivo da fase da restauração provisória é obter uma adequada forma para o desenvolvimento da interface gengival e do contorno protético. Uma vez que os tecidos gengivais tenham sido modelados pela coroa provisória e estejam estáveis após período de seis meses de cicatrização óssea e gengival, o perfil protético subgingival deve ser transferido para o modelo de laboratório final, com a utilização de um munhão de transferência, individualizado com resina acrílica e material de moldagem de alta precisão.

De acordo com Belser et al.²³ o condicionamento gengival só pode ser considerado completo após moldagem ideal da nova configuração tecidual e modelo de trabalho finalizado para que o técnico em prótese consiga reproduzir na prótese final um perfil de emergência ideal complementando o condicionamento da mucosa.

O procedimento de moldagem dos arcos que possuem implantes osseointegrados tem por finalidade registrar, transferir e reproduzir de forma precisa o relacionamento entre os implantes e estruturas adjacentes, em especial os tecidos perimplantares. Assim, são utilizados componentes específicos para essa finalidade, denominados transferentes que podem ser personalizados ou não.⁹ Entretanto, é importante salientar que a falta da reprodução no modelo de trabalho do contorno dos pânticos provisórios, além de dificultar os ajustes da peça protética pelo profissional pode aumentar as queixas dos pacientes relacionadas ao desconforto provocado por compressão dos tecidos, retenção de alimentos e dificuldades fonéticas.⁴

Conclusão

De acordo com a literatura consultada é possível concluir que:

- A avaliação, reconstrução e manutenção do complexo tecido mole/tecido ósseo é de extrema importância, principalmente, se o tratamento com implantes for realizado em regiões estéticas.
- A finalidade da restauração temporária, além da estética, é conduzir o tecido mole periimplantar ao melhor contorno cervical
- A restauração cerâmica deve fornecer a forma para complementação dos tecidos adjacentes, facilitar adequado controle de placa e função oclusal, apresentando uma aparência natural harmônica.
- Para a obtenção da estética em implantodontia é necessária adequada manipulação dos tecidos moles, antes, durante ou após a biofixação do implante.
- Tão importante quanto o condicionamento gengival é a técnica de moldagem da nova conformação tecidual para possibilitar a construção de uma prótese definitiva ideal.
- A técnica de moldagem ilustrada no trabalho além de simples é eficiente para a finalidade a que se propõe.

Referências Bibliográficas

1. Wong KM , Youdelis RA, Heindl H. Aesthetic thooth replacement using osseointegrated implants: pontic and immediate implant site development. *Practical Procedures and Aesthetic Dentistry*; 2003 Jan-Feb;15(1):45-7.
2. Francischone CE, Vasconcelos L. Osseointegração e as próteses unitárias. São Paulo: Artes médicas; 1998.
3. Rompen E, Touati B., VanDooren E. *Pract Proced Aesthet Dent*; 2003 Nov-Dec; 15(10):754-7.
4. Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone presence or absence of the interproximal dental papilla. *Journal of Periodontology* 1992; 63(12): 995-6.
5. Gastaldo JF, Cury PR, Sendyk WR. Effect of the vertical and horizontal distances between adjacent implants and between a tooth and an implant on the incidence of interproximal papilla. *J Periodontol* 2004;75(9):1242-6.
6. El Askary A. Aspectos multifacetados dos implantes estéticos: a maxila anterior. *The International Journal of Oral Implantology* 2003; 4(1): 12-23.
7. Chee W, Chee DDS. Treatment planning and soft-tissue management for optimal implant esthetics: a prosthodontic perspective. *Journal of the California Dental Association* 2003; 31(7): 559-63.
8. Rebollal J, Jr Vidigal GM, Cardoso ES. Fatores Locais que determinam o fenótipo gengival ao redor de implantes dentários: revisão de literatura. *Implant News* 2006;3(2) Mar-Abr; 155-60
9. Sendyk CL, Sendyk WR. ,Planejamento Protetico-Cirurgico em Implantodontia. *Implant News*;2006 Mar-Abr; 3(2):123-34.
10. Carrilho EVP, Paula A. Reabilitações estéticas complexas baseadas na proporção áurea. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac.* 2007; 48:43-53.
11. Ottoni J. et al. Cirurgia plástica periodontal e periimplantar – Beleza com harmonia e proporção. Ed. Artes médicas, São Paulo. 2006.
12. Touati B. The double guidance approach for the improvement of the single tooth replacement. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1998;10(5):655-64.
13. Saadoun AP, LeGall MG. Periodontal implications in implant treatment planning for aesthetic results. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1998;10(5):655-64.
14. Saadoun AP, LeGall MG, Touati B. Selection and ideal tridimensional implant position for soft tissue aesthetics. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1999;11(9):1063-72.

15. Grunder U. Stability of the mucosal topography around single-tooth implants and adjacent teeth: 1-year results. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:11-7.
16. Salama H, Salama MA, Garber D, Adar P. The interproximal height of bone: a guidepost to predictable aesthetic strategies and soft tissue contours in anterior tooth replacement. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1998;10(9):1131-41.
17. Jovanovic SA, Paul SJ, Nishimura, RD. Anterior implant-supported reconstructs: a surgical challenge. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1999;11(5):551-8.
18. Touati B, Guez G, Saadoum A. Aesthetic soft tissue integration and optimized emergence profile: provisionalization and customized impression coping. *Pract Periodont Aesthet Dent* 1999;11(3):305-14.
19. Mathews DP. Soft tissue management around implants in the esthetic zone. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000;20:141-9.
20. Small PN, Tarnow DP. Gingival recession around implants: a 1-year longitudinal prospective study. *Int J Maxillofac Implants* 2000;15:527-32.
21. Jemt T. Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1997;17:327-33.
22. Dianato JC, Ulzefer E, Brum R. Immediate esthetics through flapless surgery and prototyping. *Implant News*, 2004 Jan/Fev;1 (1):35-42.
23. Belser UC, Bernard JP, Buser D. Implant supported restorations in the anterior region: prosthetic considerations. *Practical Procedures and Aesthetic Dentistry*; 1996;8(9):875-883.

