

Substituição de reabilitação insatisfatória com implantes convencionais e zigomáticos com carga imediata: relato de caso clínico

Substitution of unsatisfactory rehabilitation with conventional and zygomatic implants with immediate load: clinical case report

Paulo Yataro KAWAKAMI¹, Rogério de Lima ROMEIRO²

RESUMO

A utilização da carga imediata em reabilitações maxilo-mandibulares implanto-suportadas aceleram o restabelecimento da função mastigatória do paciente. O implante zigomático desenvolvido por Brånemark na década de 1990 trouxe uma nova perspectiva aos pacientes com atrofia maxilar severa. Em um esforço para promover um procedimento livre de enxertos, oferecer uma solução que permita a carga imediata e simplificação do protocolo original, vários autores pesquisaram novas técnicas para sua instalação e alterações no *design* para aperfeiçoar os resultados estéticos e funcionais. O presente relato de caso clínico demonstra a remoção de implantes dentários clinicamente instáveis e a realização de uma reabilitação total com implantes zigomáticos associados a convencionais na maxila e mandíbula submetidos à carga funcional imediata.

Palavras-chave: Implantes dentários. Periodontia. Osseointegração.

ABSTRACT

The use of the immediate load in maxilo-mandibular rehabilitation accelerate the restoration of the function mastigatory of the patient. The zygomatic implant developed by Brånemark in the decade of 1990 brought a new perspective to the patients with severe jaw atrophy. In an effort to promote a free proceeding of grafts, to offer a solution that allows the immediate load and simplification of the original protocol, several authors investigated new techniques for it installation and alterations in the design to perfect the aesthetic and functional results. The present report of clinical case demonstrates the removal of clinically unstable dental implants and the realization of a total rehabilitation with zygomatic implants associate to dental implants subjected to the functional immediate load.

Key words: Dental implants. Periodontics. Osseointegration.

Endereço para correspondência:

Rogério de Lima Romeiro
Av. Bernardino de Campos, 358
Centro
12600-200 - Lorena - São Paulo - Brasil
E-mail: rogerio.romeiro@terra.com.br

Recebido: 23/09/2009

Aceito: 24/11/2009

1. Doutorando em Periodontia, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil.

2. Doutor em Biopatologia Bucal, Faculdade de Odontologia de São José dos Campos, São José dos Campos, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A implantodontia moderna revolucionou as opções terapêuticas em odontologia. A reabsorção que se segue à exodontia, muitas vezes compromete o volume ósseo remanescente, impedindo a instalação de implantes. Da mesma forma, pacientes que sofreram ressecções maxilares e pacientes vítimas de trauma de face também apresentam grande dificuldade reabilitadora. Por essa razão, a reconstrução óssea mostra-se necessária para permitir a posterior colocação de implantes em posição proteticamente favorável^{8,16}.

Para reabilitação de maxilas severamente reabsorvidas com próteses fixas implanto-suportadas, são necessários extensos procedimentos de enxertia óssea, para criar um volume ósseo suficiente para ancoragem dos implantes^{8,10,18}. Esses procedimentos de enxertia incluem remoções de crista de íliaco, tíbia, calota craniana entre outros, muitas vezes com necessidade de enxertos on lay concomitantes com elevação bilateral da membrana sinusal e às vezes até uma osteotomia tipo Le Fort I¹⁰.

Esses enxertos necessitam de um período de seis meses para se consolidarem, para que então possamos fixar os implantes dentários¹⁰. Além disso⁸ uma taxa de sucesso desse procedimento de 76-84%³. Esse tempo de tratamento, aliado à taxa de sucesso torna a técnica inaceitável para a maioria dos pacientes.

O advento dos implantes zigomáticos tem trazido uma nova alternativa de reabilitação de maxilas atroficas. A técnica foi desenvolvida por Brånemark em 1989 relatando um total de 164 implantes em 81 pacientes com taxa de sucesso de 97%. Desde então, os implantes zigomáticos vêm sendo utilizados com frequência pelos profissionais, com uma elevada taxa de sucesso^{2,12-13}.

A utilização de implantes zigomáticos, permite uma ancoragem no osso zigomático, evitando a necessidade de reconstrução óssea alveolar com enxertos ósseos em pacientes com reabsorção maxilar moderada a severa. A combinação de implantes zigomáticos e convencionais submetidos à carga imediata possibilita ao paciente um maior conforto e a redução do tempo do tratamento^{1,4-5,14-15,17,19}.

O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de remoção de implantes dentários clinicamente instáveis e a realização de uma reabilitação total de superior e inferior, com a utilização de implantes zigomáticos associados a convencionais na maxila e protocolo em mandíbula submetidos, à carga funcional imediata.

RELATO DE CASO

AValiação PRÉ CIRÚRGICA

Paciente H.G.M. 55 anos, gênero feminino, apresentou-se na

clínica com uma prótese total fixa implanto-suportada superior e inferior com mobilidade, múltiplos abscessos e insatisfeita com o resultado estético. Após a análise clínica e radiográfica (Figuras 1 e 2), pudemos observar 5 implantes em situação insatisfatória na maxila, sustentando uma prótese fixa que apresentava uma mobilidade em função da presença de alguns implantes fraturados e da distribuição inadequada dos implantes remanescentes. Na região inferior apresentava oito implantes distribuídos pela mandíbula, sendo que dois com ausência de osseointegração e extenso processo inflamatório.

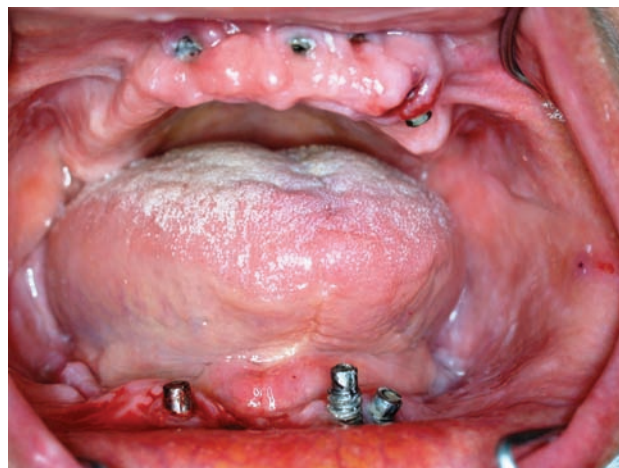


Figura 1 - Quadro clínico inicial.



Figura 2 - Radiografia panorâmica inicial.

TRATAMENTO

Após a solicitação de uma tomografia computadorizada e prototipagem de maxila (Figura 3), foi proposta a reabilitação com remoção dos implantes remanescentes e implantes zigomáticos associados a implantes convencionais submetidos à carga imediata. Após análise dos exames hematológicos e avaliação do médico cardiologista, a paciente foi submetida à cirurgia sob anestesia geral. Inicialmente foi realizada a abordagem da

maxila. Após incisão e descolamento do retalho mucoperiosteal (Figura 4), foram removidos os implantes com o auxílio de uma broca trefina (Figura 5). Posteriormente foram instalados 2 implantes zigomáticos (SIN - Sistema de Implante, São Paulo, SP, Brasil) (Figura 6) e três implantes convencionais (TryON, SIN - Sistema de Implante, São Paulo, SP, Brasil) de 3,75 mm de diâmetro por 15 mm de comprimento de hexágono externo (Figura 7). Em seguida foram instalados os *mini-abutments*, seguido dos respectivos protetores e realização da sutura.



Figura 3 - Prototipagem da maxila.

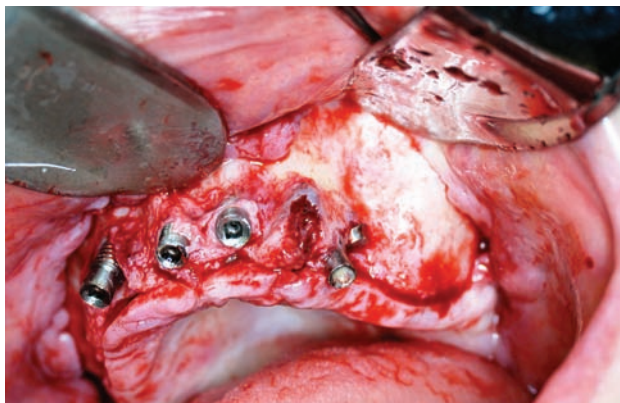


Figura 4 - Descolamento do mucoperiosteio.

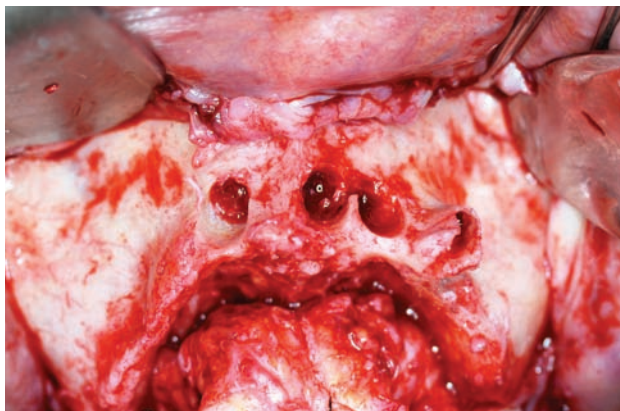


Figura 5 - Implantes removidos.

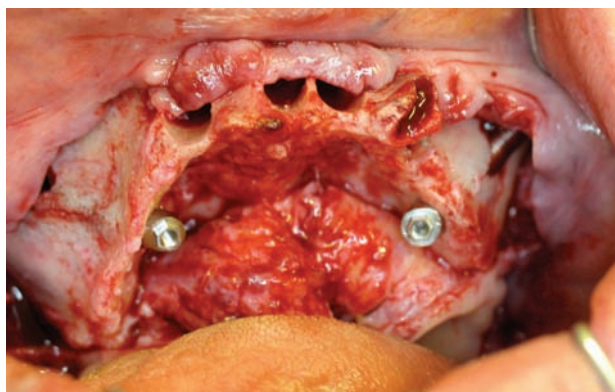


Figura 6 - Implantes zigomáticos instalados.

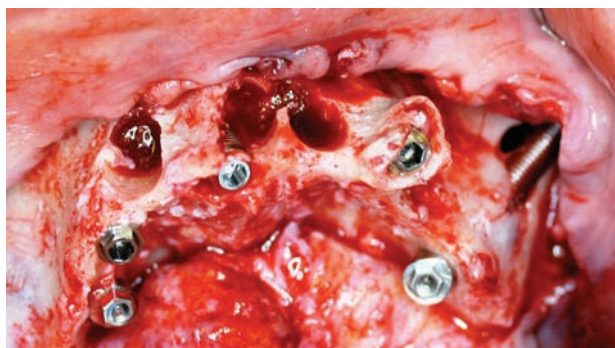


Figura 7 - Implantes zigomáticos e convencionais instalados.

Na arcada inferior foram removidos a prótese e os implantes anteriores. Foram colocados cinco implantes de 3,75 mm de diâmetro por 15 mm de comprimento, também de hexágono externo (TryON, SIN - Sistema de Implante, São Paulo, SP, Brasil), entre os forames mentonianos (Figuras 8 e 9). Posteriormente foram instalados os *abutments* cônicos (Figura 10) com seus respectivos protetores. Os *abutments* protetores superiores e inferiores foram removidos e a barra pré-usinada foi instalada e unida com resina tipo Pattern® entre si e ao guia multifuncional. Após esse procedimento foi realizada a sutura com fio Vycril 4,0 (Figuras 11 e 12).

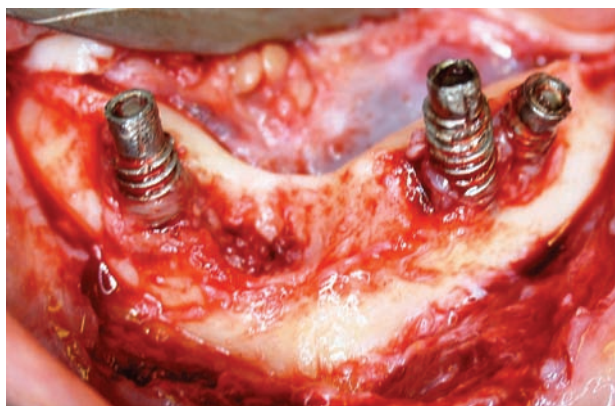


Figura 8 - Situação inicial dos implantes inferiores.

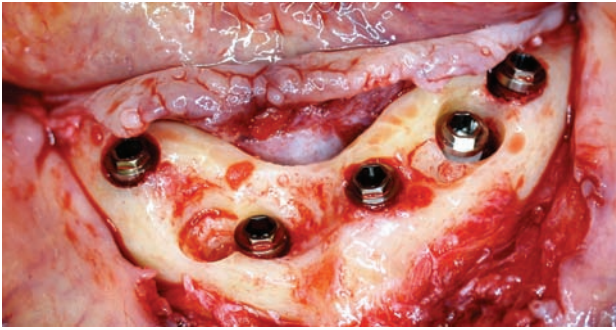


Figura 9 - Implantes inferiores instalados.

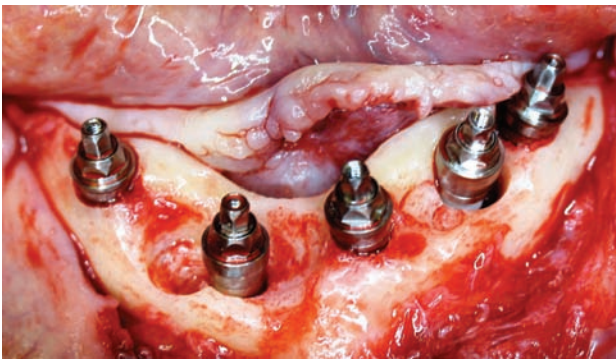


Figura 10 - *Abutments* esteticone instalados nos implantes inferiores.

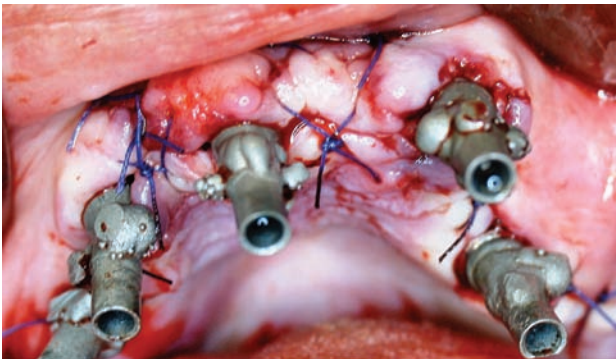


Figura 11 - *Coopings* fundidos e instalados sobre os *abutments* e utilizados para transferência na maxila.

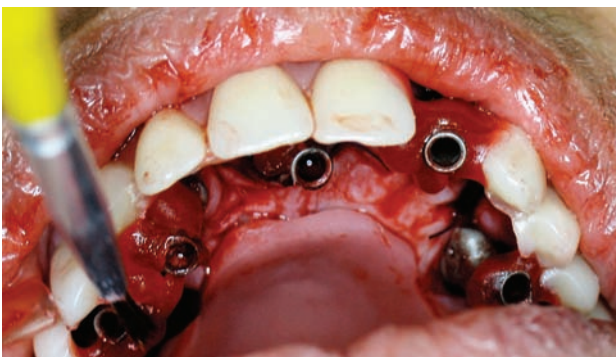


Figura 12 - Transferência dos implantes superiores.

No dia seguinte, foi realizada a confecção da prótese fixa implanto-suportada superior e inferior. (Figuras 13 a 16).

A paciente apresentou-se extremamente satisfeita com a estética e com o conforto proporcionado pela prótese.



Figura 13 - Prova dos dentes em cera.



Figura 14 - Prótese superior acrilizada.



Figura 15 - Prótese inferior acrilizada.



Figura 16 - Próteses superior e inferior instaladas.

DISCUSSÃO

A implantodontia vem passando por avanços nos últimos anos. Alguns conceitos têm mudado com o advento da carga imediata e dos implantes zigomáticos. Hoje existem alternativas para reabilitações realizadas dez ou vinte anos atrás que apresentem deficiência. Consequentemente uma nova categoria de pacientes começa a surgir, pacientes que necessitam de substituição de reabilitações que, com o passar do tempo, mostraram-se insatisfatórias. O referido caso é um exemplo da substituição de implantes, colocados a mais de dez anos, por tratamentos avançados como implantes zigomáticos e carga imediata. O tratamento proposto apresenta uma ampla indicação e nível de sucesso, como descrito por autores⁹ que utilizaram quatro implantes zigomáticos para reabilitação de uma maxila submetida a enxerto de crista ilíaco reabsorvido.

Um caso semelhante onde antigamente optaríamos pela remoção dos implantes e, primeiramente, a colocação de enxertos ósseos, provavelmente com o uso de uma área doadora extra-bucal, hoje podemos utilizar os implantes zigomáticos com carga imediata e apresentar um índice de sucesso e satisfação do paciente semelhante, em um tempo menor, como autores^{1,14,19} demonstraram um menor índice de complicações e maior índice de satisfação, quando comparado a tratamentos reabilitadores convencionais em maxila.

Vários autores^{5,13-19} avaliaram a viabilidade da instalação de implantes zigomáticos e convencionais colocados em pacientes com atrofia maxilar, observando uma taxa de sucesso de 100% nos implantes zigomáticos. Além disso, observaram que, uma alta taxa de sobrevida, a diminuição da morbidade e a função imediata tornam os implantes zigomáticos uma alternativa excelente para reabilitação de maxilas atroficas.

Outros autores^{9,19} analisaram implantes zigomáticos colocados em pacientes edentados totais em maxila num período de 6 a 48 meses. Após esse período não foi verificada nenhuma perda de implante zigomático e todas as próteses ainda se encontram em função, e comprovaram um alto nível de satisfação do paciente.

Implantes zigomáticos são capazes de reabilitar maxilas severamente comprometidas com próteses submetidas à carga imediata e sendo capaz de melhorar a qualidade de vida de pacientes, sem a necessidade de enxertias ósseas extensas^{2,4,6-7,11,20}.

CONCLUSÃO

O uso dos implantes zigomáticos associados aos implantes convencionais proporciona a possibilidade de reabilitações totais imediatas, aumentando o nível de satisfação do paciente com um elevado índice de sucesso.

REFERÊNCIAS

1. Ahlgren F, Størksen K, Tornes K. A study of 25 zygomatic dental implants with 11 to 49 months' follow-up after loading. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2006;21(3):421-5.
2. Balshi TJ, Wolfinger GJ. Management of the posterior maxilla in the compromised patient: historical, current, and future perspectives. *Periodontol 2000.* 2003;33:67-81.
3. Balshi TJ, Wolfinger GJ, Petropoulos VC. Quadruple zygomatic implant support for retreatment of resorbed iliac crest bone graft transplant. *Implant Dent.* 2003;12(1):47-53.
4. Bedrossian E, Rangert B, Stumpel L, Indresano T. Immediate function with the zygomatic implant: a graftless solution for the patient with mild to advanced atrophy of the maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2006;21(6):937-42.
5. Bedrossian E, Stumpel L 3rd, Beckely ML, Indresano T. The zygomatic implant: preliminary data on treatment of severely resorbed maxillae. A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2002;17(6):861-5.
6. Boyes-Varley JG, Howes DG, Lownie JF. The zygomaticus implant protocol in the treatment of the severely resorbed maxilla. *SADJ.* 2003;58(3):106-9, 113-4.
7. Boyes-Varley JG, Howes DG, Lownie JF, Blackbeard GA. Surgical modifications to the Brånemark zygomaticus protocol in the treatment of the severely resorbed maxilla: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2003;18(2):232-7.
8. Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia, arte e conhecimento.* São Paulo: Artes Médicas; 2003. p. 297-334.
9. Farzad P, Andersson L, Gunnarsson S, Johansson B. Rehabilitation of severely resorbed maxillae with zygomatic implants: an evaluation of implant stability, tissue conditions, and patients' opinion before and after treatment. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2006;21(3):399-404.
10. Gordh M, Alberius P. Some basic factors essential to autogeneic nonvascularized onlay bone grafting to the craniofacial skeleton. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1999;33(2):129-46.
11. Hanihara T, Ishida H, Dodo Y. *Os zygomaticum bipartitum*: frequency distribution in major human populations. *J Anat.* 1998;192(Pt 4):539-55.
12. Hirsch JM, Ohrnell LO, Henry PJ, Andreasson L, Brånemark P-I, Chiapasco M, et al. A clinical evaluation of the Zygoma fixture: one year of follow-up at 16 clinics. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004;62(9 Suppl 2):22-9.
13. Landes CA. Zygoma implant-supported midfacial prosthetic rehabilitation: a 4-year follow-up study including assessment of quality of life. *Clin Oral Implants Res.* 2005;16(3):313-25.
14. Lekholm U. Immediate/early loading of oral implants in compromised patients. *Periodontol 2000.* 2003;33:194-203.
15. Malevez C, Abarca M, Durdu F, Daelemans P. Clinical outcome of 103 consecutive zygomatic implants: a 6-48 months follow-up study. *Clin Oral Implants Res.* 2004;15(1):18-22.
16. Paleckis LGP, Picosse LR, Vasconcelos LW, Carvalho PSP. Enxerto ósseo autógeno: por que e como utilizá-lo. *ImplantNews* 2005;2(4):369-74.
17. Peñarrocha M, Uribe R, García B, Martí E. Zygomatic implants using the sinus slot technique: clinical report of a patient series. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005;20(5):788-92.
18. Prolo DJ, Rodrigo JJ. Contemporary bone graft physiology and surgery. *Clin Orthop Relat Res.* 1985;(200):322-42.
19. Rigolizzo MB, Camilli JA, Francischone CE, Padovani CR, Brånemark P-I. Zygomatic bone: anatomic bases for osseointegrated implant anchorage. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2005;20(3):441-7.
20. Van Steenberghe D, Malevez C, Van Cleynenbreugel J, Bou Serhal C, Dhoore E, Schutyser F, et al. Accuracy of drilling guides for transfer from three-dimensional CT-based planning to placement of zygoma implants in human cadavers. *Clin Oral Implants Res.* 2003;14(1):131-6.