

# Estética em implantodontia, da reconstrução à prótese - apresentação de um caso clínico

## *Aesthetics in Implantology from Reconstruction to Prosthesis: a Case Report*

Recebido em 19/06/2007  
Aprovado em 20/08/2007

Rafael Manfro <sup>1</sup>  
Walter Rosa Nascimento Júnior <sup>2</sup>  
José Aristides Loureiro <sup>3</sup>

---

### RESUMO

A estética, através da reabilitação com implantes, é resultado de uma boa manipulação dos tecidos moles e duros. Os autores apresentam um caso clínico de reabilitação de incisivos laterais bilateral com variação da incisão para reconstrução com o objetivo de preservar a estrutura gengival já existente.

**Descritores:** implantes dentários. Estética dentária. Reabilitação. Regeneração Óssea.

---

### ABSTRACT

A good aesthetic appearance through rehabilitation with implants is the result of a skilful manipulation of the soft and hard tissues. The authors report a clinical case of the bilateral rehabilitation of lateral incisors with variation of the incision with the aim of preserving the existing structure of the gingiva.

**Descriptors:** Dental Implants. Esthetics, Dental. Rehabilitation. Bone regeneration.

---

### INTRODUÇÃO

A reabilitação estética da região anterior da maxila com implantes osseointegrados é bastante complexa e necessita de muito cuidado na avaliação clínica e no planejamento,<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6</sup> além de requerer habilidade do profissional para lidar com a expectativa do paciente<sup>1, 7</sup>.

Uma reabilitação através de implantes osseointegrados, para ser estética, ela deve primar pela naturalidade<sup>8</sup>.

O sucesso dessas reabilitações exige não apenas a osseointegração do implante, mas, principalmente, o posicionamento tridimensional ideal do

implante e o contorno dos tecidos moles estáveis e estéticos<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11</sup>. Muitas vezes, a ausência desses tecidos ou a manipulação incorreta destes durante o tratamento necessitam de uma maior quantidade de procedimentos, aumentando o tempo de tratamento e, também, o custo deste<sup>4, 12, 13</sup>.

A manutenção da qualidade dos tecidos moles em casos que necessitam de reconstrução óssea é um grande desafio para implantodontista. A maioria dos enxertos ósseos em blocos necessitam de grande manipulação dos tecidos moles necessitando de enxertos e/ou manipulações gengivais<sup>6, 12, 13</sup>.

Situações de perdas parciais necessitam de

- 
1. Mestre em Implantodontia UNISA/SP; Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - UFSC; Coordenador do Curso de Especialização em Implantodontia UNOESC/ Joaçaba; Professor dos Cursos de Especialização em Implantodontia IPENO/UNICASTELO E IPENO/ESTÁCIO DE SÁ - Florianópolis/SC; Professor das Disciplina de Anestesiologia e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Curso de Graduação em Odontologia da UNOESC/ Joaçaba.
  2. Mestre em Implantodontia UNISA/SP; Especialista em Periodontia; Especialista em Prótese Dental; Professor dos Cursos de Especialização em Implantodontia IPENO/UNICASTELO E IPENO/ESTÁCIO DE SÁ - Florianópolis/SC; Professor Convidado do Curso de Especialização em Implantodontia UNOESC/Joaçaba.
  3. Especialista em Prótese Dental; Clínica Privada em Curitiba/PR.

maiores cuidados. As condições periodontais e endodônticas, as inclinações radiculares e a situação das coroas dos dentes remanescentes devem ser cuidadosamente avaliadas<sup>1</sup> e, se não estiverem em bom estado, devem ser tratadas previamente ou removidas, para serem reabilitadas com implantes.

Os autores apresentam um caso de reabilitação de incisivos laterais bilateralmente com técnicas cirúrgicas, preservando a estética gengival inicial do caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 42 anos de idade, retornou para troca da reabilitação protética fixa anterior que envolvia os quatro incisivos superiores, sendo que os centrais eram pilares de sustentação, já que os incisivos laterais estavam ausentes.

Foi sugerido à paciente a instalação de 2 (dois) implantes na posição dos incisivos laterais, individualizando as próteses nos quatro elementos anteriores. Após a remoção da prótese, observou-se que a gengiva marginal dos incisivos centrais estava em bom estado, permitindo uma excelente estética para a prótese definitiva e, também, a falta de osso em espessura tanto na região do dente 12 como na do dente 22, impossibilitando a instalação dos implantes.

O plano de tratamento compreendeu inicialmente a reconstrução óssea com posterior instalação dos implantes e próteses provisórias para manipulação gengival.

Com o objetivo de preservar as papilas dos incisivos centrais, optou-se por uma incisão em fundo de sulco, bilateralmente. Esta incisão permitiu a reconstrução alveolar, sem alterar a anatomia da gengiva dos dentes 11 e 21. Foram removidos dois blocos de corpo/ramo mandibular esquerdo, e estes foram fixados ao remanescente ósseo. As suturas foram realizadas em fundo de sulco com fio de sutura absorvível (vicryl 5-0) em dois planos. Ao final da cirurgia, a prótese foi novamente instalada, mantendo-se o posicionamento e a estética inicial.

Após 5 meses, foram instalados 2 implantes

Ankylos 3,5 x 11. A cirurgia para instalação dos implantes foi realizada, buscando não traumatizar a papila entre os incisivos centrais.

Após o período de osseointegração, os implantes foram reabertos. Foram realizadas coroas metalocerâmicas definitivas nos dentes 11 e 21 sem necessidade de manipulação gengival e provisórios prensados em acrílico para manipulação tecidual. Após 6 meses, as próteses provisórias foram trocadas por coroas metalocerâmicas definitivas.

## DISCUSSÃO

A evolução das técnicas relacionadas à implantodontia tanto cirúrgicas como protéticas mudam os conceitos de sucesso deste tratamento. Se considerarmos apenas os critérios propostos por Albrekson et al em 1986<sup>14</sup>, muitos de nossos implantes não estarão satisfazendo o desejo de nossos pacientes. A necessidade estética de que o implante seja "igual" ao dente perdido, seja natural<sup>8</sup>, é o maior desejo de quem busca tratamentos com implantes, principalmente quando esta perda for localizada na região anterior.

A obtenção da estética com implantes depende da posição tridimensional ideal da fixação e de contornos de tecido mole estáveis e estéticos<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11</sup>. Para que estes objetivos sejam alcançados, faz-se necessário tecido ósseo e tecido mole em quantidade e qualidade adequada<sup>1, 2, 6, 12</sup>. As reconstruções ósseas necessitam de muita manipulação de tecido mole com o objetivo de cobrir totalmente o enxerto realizado<sup>13</sup>.

O caso apresentado pelos autores apresenta uma situação especial em que dentes adjacentes aos espaços a serem reabilitados com implantes já eram reabilitados com próteses e apresentavam uma estética gengival muito boa.

A necessidade de reconstrução óssea, se realizada pelas técnicas de incisão habituais, resultariam em um trauma cirúrgico direto às papilas dos dentes adjacentes. A opção pela incisão em fundo de sulco dificulta o procedimento, mas permitiu a

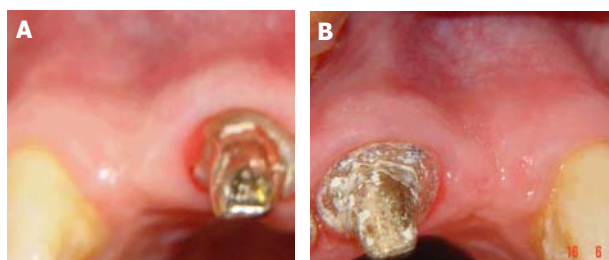
manutenção da estética gengival obtida com próteses convencionais. Outra vantagem da incisão é a menor probabilidade de deiscência, pois permite um fechamento em dois planos e está localizada distante do enxerto.

A escolha do implante Ankylos de 3,5 de diâmetro permitiu o posicionamento ideal do implante aproximadamente 1,5mm abaixo do nível ósseo. Este posicionamento permitiu restabelecer as distâncias biológicas e a manutenção do nível ósseo em virtude da conexão Morse<sup>15</sup>.

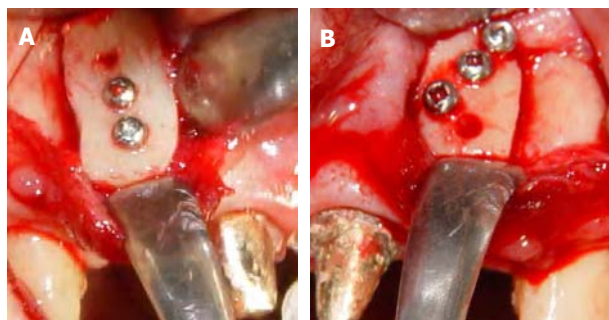
## LISTA DE FIGURAS



**Figura 01 - Vista intrabucal inicial. Observar a boa qualidade da mucosa adjacente aos dentes 11 e 21.**



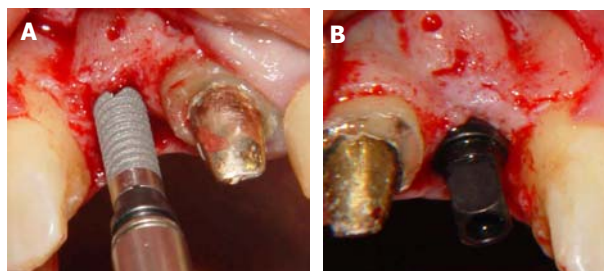
**Figuras 02 A e B - vista intrabucal evidenciando a ausência de espessura em ambos os lados**



**Figuras 03 A e B - aspectos transcirúrgicos da reconstrução óssea. Observar o acesso realizado em fundo de sulco e os blocos já fixados na posição desejada.**



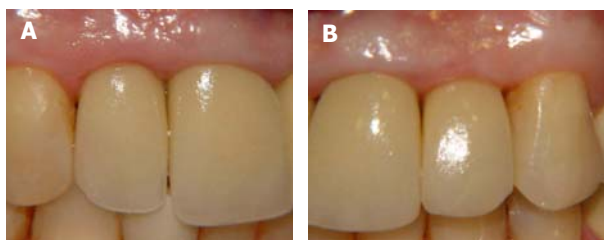
**Figura 04 - Suturas realizadas após a reconstrução. Observar a distância das incisões do enxerto, diminuindo a possibilidade de exposição do bloco.**



**Figuras 05 A e B - Cirurgia para instalação dos implantes. Observar o aumento de espessura do rebordo com o enxerto.**



**Figura 06 - Aspecto intrabucal após a reabertura e manipulação do tecido gengival com provisório. Observar a saúde gengival e o aspecto natural das papilas.**



**Figuras 07 A e B: Aspectos intrabucais dos elementos 12 e 22 após instalação da prótese definitiva. Observar a naturalidade obtida.**



**Figura 08 - Aspecto do caso finalizado. Observar a simetria e a estética gengival, principalmente a manutenção da estética entre os incisivos centrais.**

### REFERÊNCIAS

1- Belser UC, Buser D, Hess D, Schmid B, Bernard JP, Lang NP. Restaurações estéticas sobre implante em pacientes parcialmente edentados - uma avaliação clínica in Lang NP. *Periodontologia 2000*. 2005; n5 p.132.

2- Buser D, Martin W, Belser U. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: Anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004; 19 (suppl): 43-61.

3- Kinsel RP, Lamb RE. Tissue-directed placement of dental implants in the esthetic zone for long-term biologic synergy: a clinical report. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2005; 20: 913-22.

4- Magne P, Magne M, Belser UC. The diagnostic template: a key element to the comprehensive esthetic treatment concept. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 1996; 16: 561-9.

5- Saadoun AP, Gall M, Touati B. Selection and ideal tridimensional implant position for soft tissue aesthetics. *Pract Periodont Aesthet Dent*. 1999; 11: 1063-72.

6- Sclar AG. Strategies for management of single-tooth extraction sites in aesthetic implant therapy. *J*

*Oral Maxillofac Surg*. 2004; 62(suppl 2): 90-105.

7- Levi A, Psoter WJ, Agar JR, Reisine ST, Taylor TD. Patient self-reported satisfaction with maxillary anterior dental implants treatment. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 18: 113-20.

8- Higginbottom F, Belser U, Jones J, Keith S. Prosthetic management of implants in the esthetic zone. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004; 19 (suppl): 62-72.

9- Garber DA, Belser UC. Restauration-drive implant placement with restoration-generated site development. *Compend Continuing Educ Dent* 1995; 16: 778-80, 802-4.

10- Gastaldo JF, Cury PR, Sendyk WR. Effect of the vertical and horizontal distances between adjacent implants and between a tooth and na implant on the incidence of interproximal papilla. *J Periodontol*. 2004; 75: 1242-6.

11- Tornow DP, Elian N, Fletcher P, Froum S, Magner A, Cho SC. Vertical distance from the crest of bone to the height of the interproximal papilla between adjacent implants. *J Periodontal*. 2003; 74: 1785-8.

12- Salama H, Salama MA, Garber DA. Techniques for developing optimal peri-implant papillae within the esthetic zone I. Guided soft tissue augmentation: The three-stage approach. *J Esthet Dent*. 1995; 7: 3-9.

13- Sethi A, Kaus T. Ridge augmentation using mandibular block bone grafts: preliminary results of an ongoing prospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 16: 378-88.

14- Albrechtsson T, Zarb G, Worthington P, Erikson AR. The Long-term efficacy of currently used dental implants: A review and proposed criteria of success.

Int J Oral Maxillofac Implants. 1986; 1: 11-25.

15- Nentwig GH, Moser W, Mairgünther R. The implantological-prothetic supply with the Ankylos implant system. Zeitschrift für Zahnärztliche Implantologie. 1991; 1: 1-5.

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Rafael Manfro

Av. XV de novembro, 371/1102, Joaçaba - SC

CEP 82600-000