

Unitite

REVISTA CIENTÍFICA

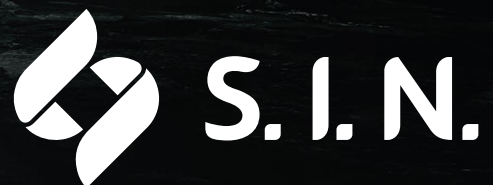
IMPLANTAT



EDUCATION POWERED BY S.I.N.

Conheça o **IMPLANTAT**,
o habitat educacional da S.I.N.
Uma plataforma de ensino online criada para fazer
com que mais profissionais possam acelerar sua carreira
e sucesso profissional.

Acesse
IMPLANTAT.COM.BR
ou acesse o QRCode
e comece já a sua jornada
de conhecimento!



Unitite

REVISTA CIENTÍFICA

AUTORES:

DR. FÁBIO JOSÉ BARBOSA BEZERRA

Especialista em Implantodontia INEPO - SP, Mestre em Periodontia UNIP - SP, Doutorando em Biotecnologia IBB - UNESP Botucatu. Autor de 5 livros, 18 capítulos de livros e mais de 60 artigos publicados em revistas científicas. Palestras ministradas em 16 países.

DRA. BRUNA GHIRALDINI

Doutora em Implantodontia - Universidade Paulista, MBA Gestão Empresarial - Fundação Getúlio Vargas, Mestre em Periodontia - Universidade Paulista, Especialista em Periodontia - Universidade Paulista, Pós Graduada em Implantodontia - INEPO, Pós Graduada em estética - SOESP, Coordenadora do Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento de produtos - S.I.N. Implant System.

DR. ROBERTO SALES E PESSOA

Especialista em Periodontia ABO/EAP - Uberlândia; Mestre em Reabilitação Oral - FOUFU - Uberlândia; Doutor em Periodontia/Implantodontia - FOAR/UNESP - Araraquara; Pós-Doutor em Engenharia Biomecânica - FEMECC/UFU - Uberlândia; Research Fellow - BMe - Biomechanical Section - KULeuven - Belgium; Prof. Periodontia/Implantodontia Centro Universitário do Triângulo Mineiro - UNITRI - Uberlândia-MG.

DR. BRENNO MARCONDES NEGRI

Especialista em Implantodontia UNIP - SP, Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e da Família Unyleya - SP, Graduação FO-USP - SP; Consultor Científico do Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento de Produtos - S.I.N. Implant System.

SUMÁRIO

07 • INTRODUÇÃO

10 • CASOS CLÍNICOS

- 12 Áreas limítrofes com utilização dos implantes Slim e cirurgia guiada,
por Dra. Bruna Ghiraldini e Dr. Leandro Leão
- 18 Reabilitação com implantes extracurtos esplintados e não esplintados em mandíbulas
atróficas: estudo clínico randomizado controlado de boca dividida,
por Dr. Bruno Salles Sotto Maior
- 25 Reabilitação de mandíbula atrófica com implantes extra-curtos,
por Dr. Elder Brito
- 29 Double Slim,
por Dr. Felipe Maximo
- 33 Reconstrução Tecidual Imediata em região de incisivo central inferior,
por Dr. Fernando Hayashi
- 40 Implantes curtos como opção de tratamento reabilitador – Acompanhamento de 7 anos,
por Dr. Jackson Luis Both
- 45 Substituição de Implante previamente instalado e seus desafios,
por Dr. Umberto Demoner Ramos



INTRODUÇÃO

Da sinergia entre a exclusiva macrogeometria e a mais avançada nanoativação de superfície surgiu o **Unitite®**, uma linha **PREMIUM** de implantes que tem revolucionado o mercado mundial por sua originalidade, inovação e altíssimo desempenho.

Para chegar no produto final, o **Unitite®** foi desenvolvido com base em 8 anos de estudo nas melhores universidades do mundo, começando a ser pesquisado em meados de 2008, por isso podemos comprovar sua eficácia através de resultados clínicos e científicos, mais de 5 milhões de dólares foram investidos em equipamentos, pesquisas e validações. Com o apoio de mais de 30 consultores, a linha foi exaustivamente testada antes do seu lançamento, no início de 2016, com mais de 2 mil implantes instalados. Associando os ensaios clínicos aos estudos realizados, a linha **Unitite®** apresentou excelentes resultados, baixa perda óssea e qualidade superior de osso formado após a colocação do implante.

O UNITITE NÃO É APENAS UM IMPLANTE, É UM CONCEITO.

Esse conceito se baseia em três principais alicerces:

MACROGEOMETRIA

Sua macrogeometria, exclusiva S.I.N., foi minuciosamente projetada e as tecnologias a ela aplicadas se alinham ao que o mercado de implantes clama: alta estabilidade de instalação, regeneração óssea acelerada e versatilidade para a reabilitação de qualquer caso.

Essa macrogeometria consiste na união entre as melhores características dos implantes cônicos e cilíndricos e, com isso, se torna indicação para todas as densidades ósseas, inclusive pós-exodontia, com facilidade de instalação e excelente estabilidade primária.

CÂMARAS DE CICATRIZAÇÃO E CICATRIZAÇÃO HÍBRIDA

A combinação entre as roscas externas, que tocam o tecido ósseo, e as roscas internas, que se mantêm afastadas, promovem uma cicatrização híbrida de altíssima qualidade. Corroborando para maior qualidade óssea e estabilidade secundária acelerada. Em associação a isso temos micro roscas cervicais exclusivas que aumentam a área de contato ósseo e melhoram a dissipação de forças oclusais, sobretudo as forças de cisalhamento, reduzindo assim o risco de reabsorção óssea.

MICROGEOMETRIA

Um dos avanços de maior impacto da implantodontia foram os tratamentos de superfície que alteraram a topografia dos implantes. As superfícies que inicialmente eram lisas e maquinadas passaram a ser rugosas facilitando a osseointegração. Com esse processo há um aumento na adesão de fibrina e da área de contato entre o implante e o osso, além de servir de substrato para tratamentos de adição.

NANO SUPERFÍCIE

Aliado à macrogeometria exclusiva, a linha **Unitite®** inovou o mercado nacional trazendo a PRIMEIRA superfície BIOATIVA, a Superfície HANano, também exclusiva e desenvolvida nas principais universidades da Suécia, que acelera consideravelmente a osseointegração. Suas características principais como similaridade com a parte mineral de ossos e dentes, excelente biocompatibilidade, osteocondutividade e bioatividade, permite a proliferação de células ósseas (fibroblastos e osteoblastos), as quais não a distinguem da superfície do osso potencializando o processo de regeneração e a qualidade do mesmo, além disso há um aumento significativo da hidrofiliabilidade que permite o molhamento de sua superfície pelo sangue.

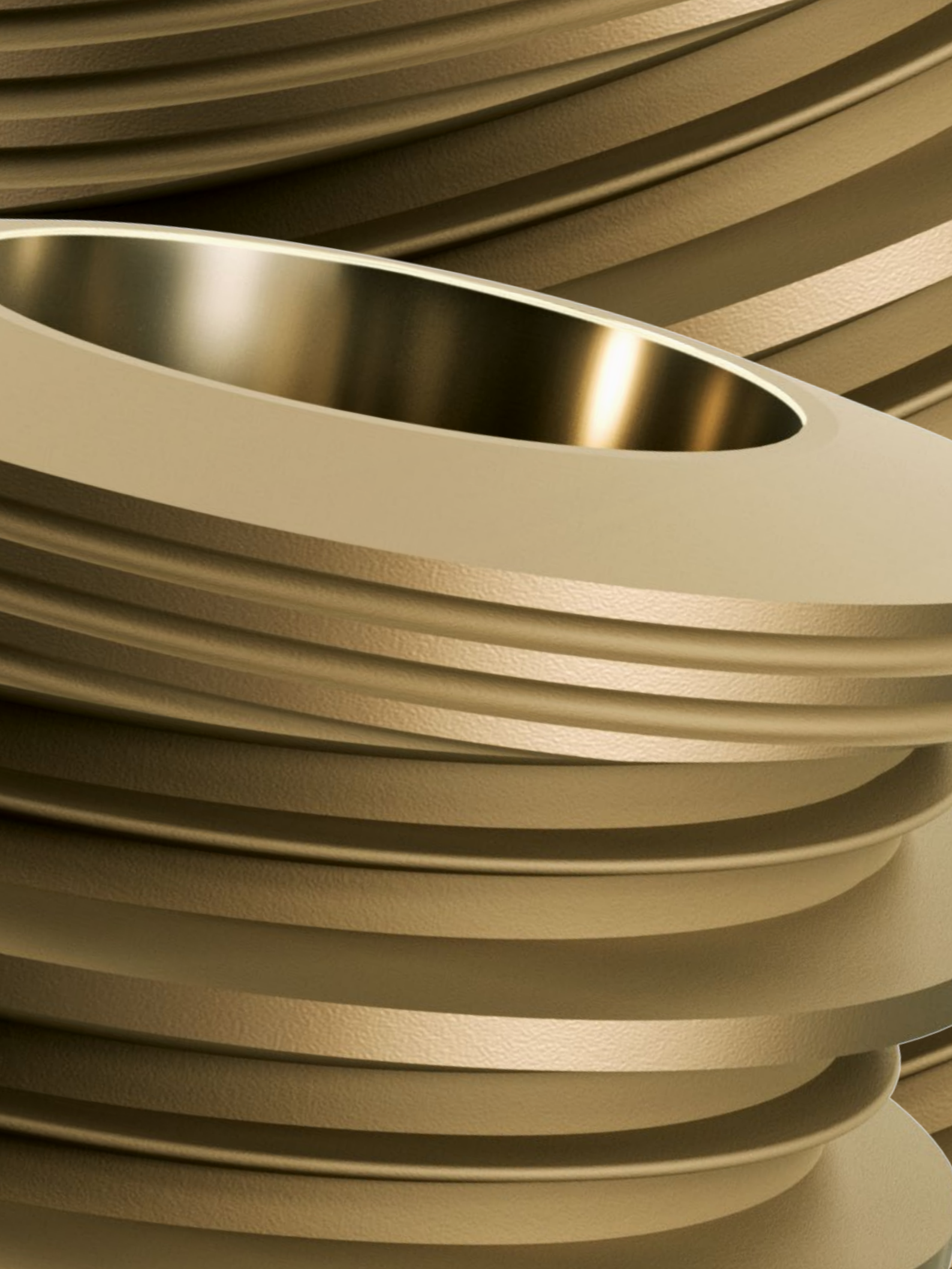
Essa alta hidrofília é gerada por uma camada ultra fina de hidroxiapatita que aumenta a migração celular e amplia a atividade das proteínas envolvidas no processo de osseointegração, acelerando o processo de remodelação óssea. De forma muito bem projetada, conseguimos associar esse conceito à macrogeometria híbrida tendo um aumento na precisão entre o sistema de fresagem e o design das roscas externas obtendo alta estabilidade e a minimização de compressão do tecido ósseo cicatricial periimplantar. Isso acarreta em uma estabilidade secundária, ou seja, osseointegração acelerada e com maior qualidade no tecido ósseo neoformado ao redor do implante.

Os implantes da linha **Unitite®** possuem como tratamento de superfície inicial o Duplo Ataque Ácido (Ácido Sulfúrico e Ácido Nítrico a 30%) que garante aos implantes a microtopografia de superfície moderadamente rugosa além de prepará-la para receber a superfície bioativa nanométrica de Hidroxiapatita.

Com a linha **Unitite®** se tem acesso ao melhor da implantodontia atual em diversas circunstâncias clínicas. Com o **Unitite® Prime**, **Unitite® Slim** e **Unitite® Compact** seu planejamento cirúrgico tem mais possibilidades de soluções inovadoras e de alto desempenho, pois com os três modelos abrangemos qualquer caso que possa surgir no dia a dia clínico dos implantodontistas, independentemente da qualidade óssea ou aporte ósseo, demonstrando assim a versatilidade que um produto PREMIUM precisa ter.

Podemos ainda adicionar o fato que o **Unitite® Prime** conta com a angulação Cone Morse mais vendida do mundo, portanto uma intercambiabilidade facilitada entre sistemas distintos, facilitando a migração de profissionais que almejam trabalhar com a linha Unitite.

E, assim como todos os produtos da S.I.N. Implant System, a linha **Unitite®** possui registro e certificações em vários países como Brasil, México, Marrocos, Paraguai, Peru, Índia, Equador, Colômbia, EUA, Espanha, Portugal, Itália e Bulgária. Além de certificações importantíssimas como CE, FDA 510(k), registro de produtos para a saúde na ANVISA e normas específicas como ISO 13485, MDSAP, CBPF, ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001. Isso demonstra o comprometimento da empresa com a qualidade e segurança dos produtos oferecidos ao cliente final e demonstra a força e a abrangência dessa linha PREMIUM para solucionar os mais diferentes casos no dia a dia clínico.

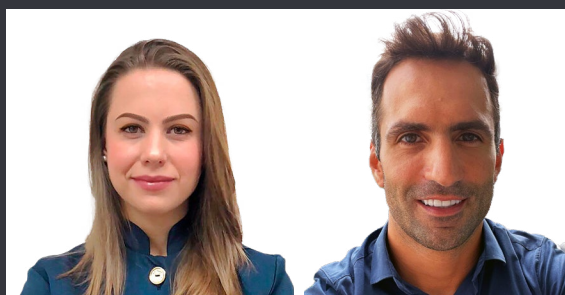




CASOS CLÍNICOS



ÁREAS LIMÍTROFES COM UTILIZAÇÃO DOS IMPLANTES SLIM E CIRURGIA GUIADA



POR DRA. BRUNA GHIRALDINI

Doutora em Implantodontia; Mestre e Especialista em Periodontia; Pós Graduada em Implantodontia; Pós Graduada em estética; MBA em gestão empresarial pela Fundação Getúlio Vargas e Coordenadora do Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento de Produtos da S.I.N. Implant System.

POR DR. LEANDRO LEÃO

Mestre em Biomateriais; Especialista em implantes; Pós Graduado em Cirurgias da face; MBA em Excelência Gerencial.

INTRODUÇÃO DO CASO

A instalação de implantes imediatos em pacientes com agenesia de elementos anteriores permanentes muitas vezes se torna um desafio devido ao não desenvolvimento total da região a ser reabilitada, necessitando um planejamento minucioso e habilidade para colocá-lo em prática.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Paciente apresentava raiz residual dos elementos 71 e 81, foram removidas cirurgicamente e, através de cirurgia guiada, instalados dois implantes Unitite Slim 2.9 x 10 mm, já que a região de centrais inferiores possuem um espaço méso-distal reduzido. Tendo em vista essa dificuldade também foi necessário o uso de duas guias distintas na mesma cirurgia para que não houvesse colisão entre as anilhas e pudesse ser realizada a cirurgia de maneira guiada. Após 4 meses, o caso foi reabilitado.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo masculino, 21 anos de idade.

Queixa: Ausência dos incisivos centrais.

Anamnese: Paciente apresentava nefropatia congênita e deficiência de cálcio.

Planejamento: Remoção das raízes residuais de 71 e 81, instalação de implantes imediatos utilizando cirurgia guiada e reabilitação protética implantossuportada após 4 meses.

ANTES

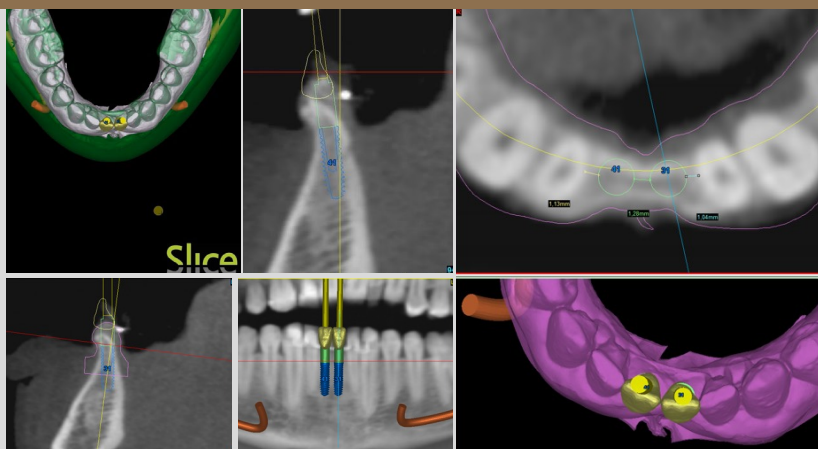
Aspecto inicial do paciente e da região a ser reabilitada, rebordo exibindo raiz residual visível do elemento 71 e 81 coberto pelo tecido mole.



RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Para o planejamento de cirurgia guiada foram solicitados os exames de tomografia computadorizada em Dicon com os lábios afastados e Escaneamento Intra Oral das arcadas em STL.

Nas imagens ao lado podemos ver esses arquivos imputados em um software específico de planejamento com um encerramento protético virtual do caso.



PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

A partir da aprovação do planejamento digital, foram confeccionadas duas guias cirúrgicas para que não houvesse falha no posicionamento das anilhas, já que, por ser um caso de pouco espaço interproximal, as anilhas se chocariam ao tentar fazer em uma única guia.



A segunda foto mostra como a anilha ocupa ambos os espaços protéticos, as guias foram provadas previamente ao procedimento cirúrgico.

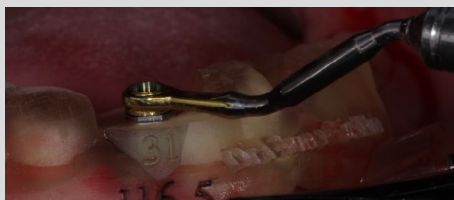
TRANSOPERATÓRIO

Após remoção das raízes os guias cirúrgicos, individualmente, foram fixados pelos pinos de fixação bilateral e suportados pelos dentes adjacentes.



TRANSOPERATÓRIO

Aproveitando os alvéolos pós-remoção das raízes residuais, não houve necessidade de incisão, assim o protocolo de fresagem e utilização de redutores de fresa indicados pelo fabricante foi seguido a risca, sem mudanças ou complicações transoperatórias.



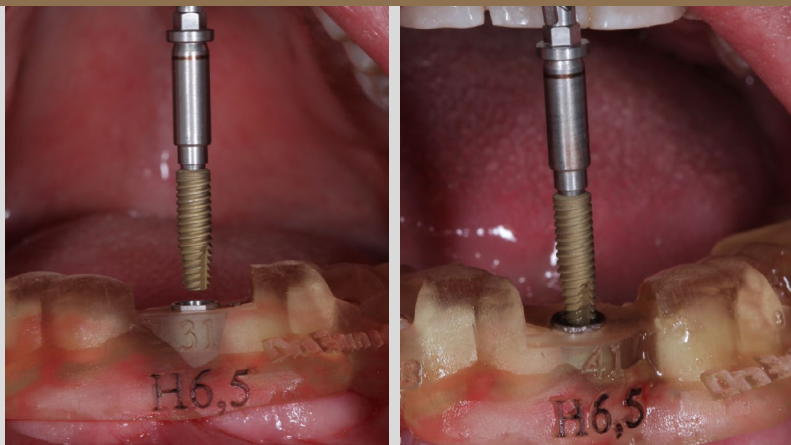
TRANSOPERATÓRIO

Repetidos os mesmos passos para a região subsequente, porém, utilizando uma guia individual para o elemento como já explicado.



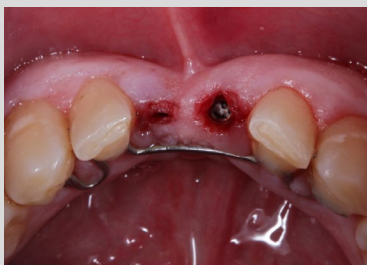
IMPLANTE UTILIZADO

Ambas as regiões foram instalados implantes **Unitite Slim** 2,9 x 10 mm.



IMPLANTE UTILIZADO

Após as instalações dos implantes, foi removida a guia cirúrgica e a sutura realizada com vycril reabsorvível.



FASE PROTÉTICA

Quatro meses após a instalação dos implantes, foi feita a reabertura, instalados os abutments universais com altura de transmucoso de 2,5 mm afim de preservar a arquitetura do tecido mole.



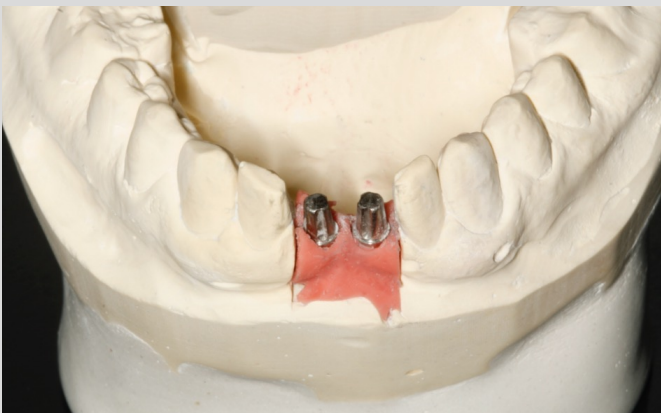
FASE PROTÉTICA

Moldado com transferente em poliacetal e silicone de adição. Nota-se fidelidade na transferência com o encaixe interno preciso do componente.



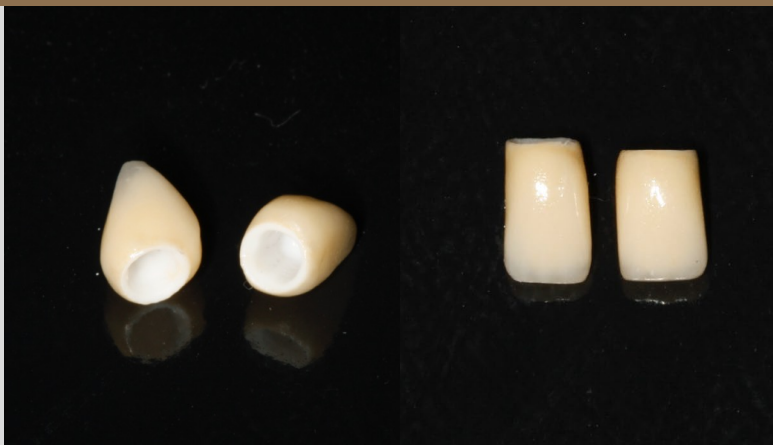
FASE PROTÉTICA

Encaminhada a moldagem para laboratório, para confecção de modelo de trabalho em gesso, análogo posicionado copiando o Abutment utilizado em boca.



FASE PROTÉTICA

No laboratório, o modelo de gesso foi escaneado e através do fluxo CAD-CAM as coroas foram fresadas em dissilicato de lítio (E-Max) e maquiadas.



RADIOGRAFIA FINAL

Na radiografia final nota-se excelente posicionamento dos implantes, com ótimo aproveitamento do osso, enaltecendo o planejamento e cirurgia de maneira guiada em áreas limítrofes.



RESULTADO FINAL

Finalização trazendo de volta a autoestima do paciente, devolvendo naturalidade, estética e função.



REABILITAÇÃO COM IMPLANTES EXTRA CURTOS ESPLINTADOS E NÃO ESPLINTADOS EM MANDÍBULAS ATRÓFICAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO DE BOCA DIVIDIDA



POR DR. BRUNO SALLES SOTTO MAIOR

Doutor em Prótese Dental FOP-UNICAMP, Mestre em Odontologia FO-UFJF, Especialista em Prótese Dental FOB-USP, Professor Associado Faculdade de Odontologia FO-UFJF, Coordenador Curso de Mestrado e Doutorado em Odontologia FO-UFJF, Coordenador Pós-Graduação nível Especialização em Implantodontia e Prótese Dental São Leopoldo Mandic.

INTRODUÇÃO DO CASO

O paciente necessitava de reabilitação com implantes na região dos molares mandibulares. A limitação anatômica determinada pela reabsorção mandibular e visando evitar técnicas cirúrgicas avançadas para aumentar a altura do osso alveolar e permitir a colocação de implantes longos levou a decisão da escolha dos implantes extra curtos.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Após avaliação das imagens tomográficas foi planejado a utilização de implantes Unitite Compact para a reabilitação dos molares mandibulares (primeiro e segundo molar). De um lado da mandíbula foi planejado coroas esplintadas e do outro coroas isoladas (não esplintadas) para avaliar a performance de cada tipo de prótese.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo feminino com 39 anos de idade.

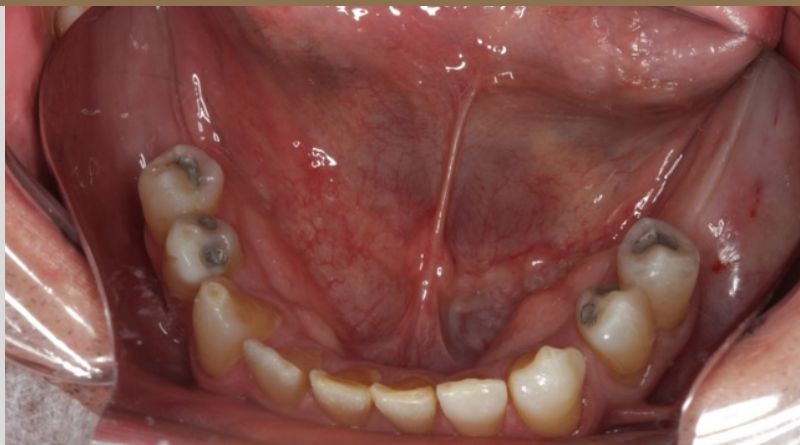
Queixa: A paciente tem resistência ao uso de prótese removível queixando-se de dores na ATM e constrangimento com ausência dos dentes inferiores posteriores.

Anamnese: Paciente hipertensa, fazendo uso de losartana 50 mg.

Planejamento: O tratamento foi planejado com instalação de implantes extracurtos e reabilitação com próteses esplintadas e não esplintadas para observar a biomecânica e os parâmetros clínicos periodontais.

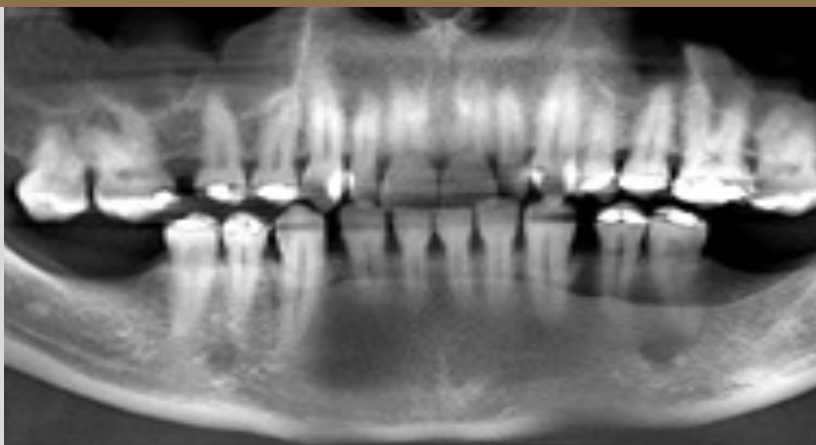
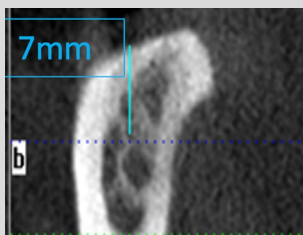
ANTES

Foto inicial mostrando a atrofia do osso alveolar da mandíbula parcialmente edêntula.



RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Realização de tomografia cone beam evidenciando a atrofia mandibular e volume ósseo inadequado para implantes do tamanho padrão ou longo.



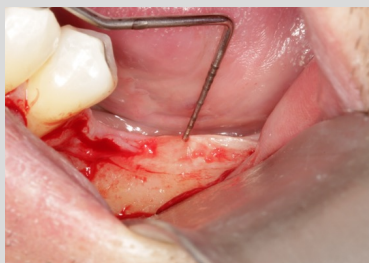
PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Foto mostrando a guia cirúrgica confeccionada com placa de acetato sobre o modelo de gesso após enceramento prévio.



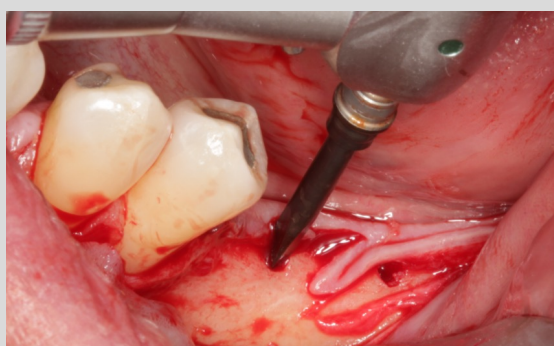
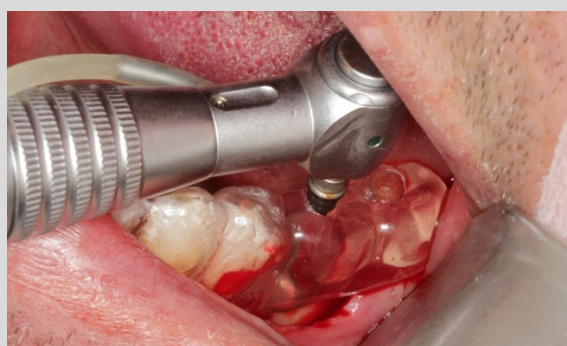
TRANSOPERATÓRIO

Fotos após incisão e descolamento da mucosa alveolar do lado esquerdo e direito. Foram realizadas medidas da espessura da mucosa com sonda milimetrada.



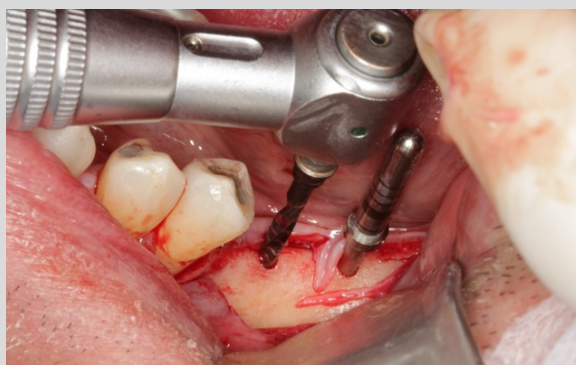
TRANSOPERATÓRIO

Marcação da posição com o guia e início das fresagens do lado direito e esquerdo.



TRANSOPERATÓRIO

Continuação da fresagem e checagem do paralelismo dos implantes.



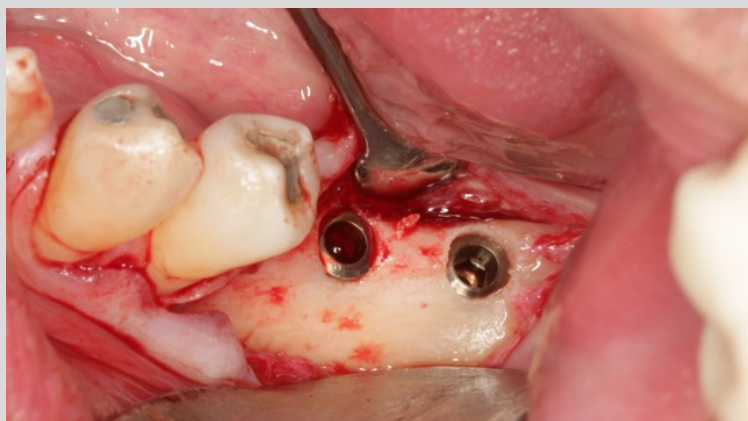
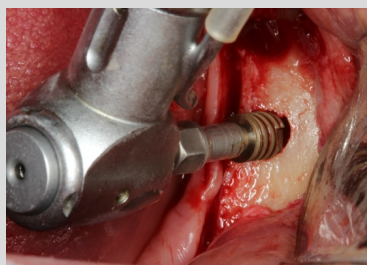
TRANSOPERATÓRIO

Perfuração do osso pós fresagem com fresa 2,0 mm.



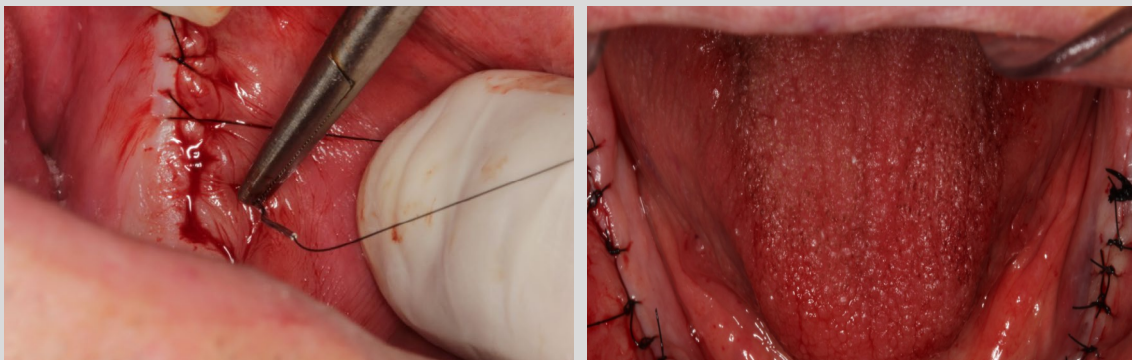
TRANSOPERATÓRIO

Inserção do implante no osso já fresado. Os mesmos procedimentos foram realizados do lado direito e esquerdo.



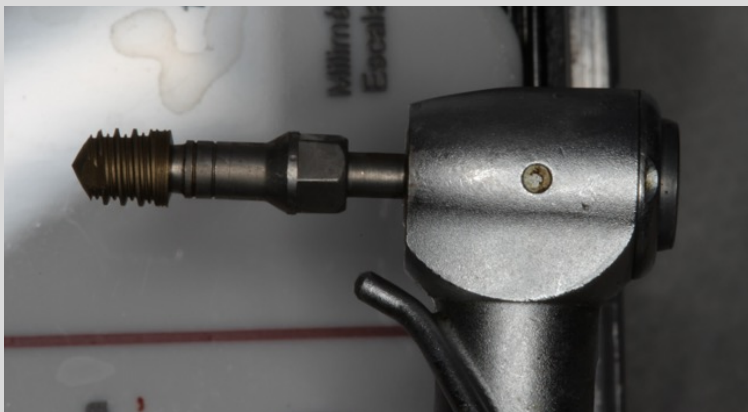
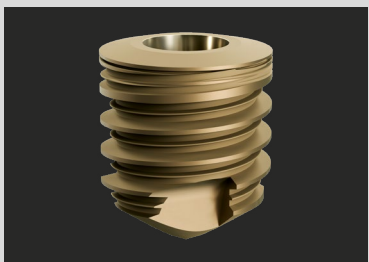
TRANSOPERATÓRIO

Sutura pós instalação dos implantes.



IMPLANTE UTILIZADO

O implante de eleição para este caso foi o **Unitite Compact** de 4 mm de diâmetro por 5 mm de comprimento.



FASE PROTÉTICA

Imagem após a reabertura e instalação dos cicatrizadores. Após a cicatrização gengival foram instalados pilares para próteses esplintadas do lado direito e não esplintadas do lado esquerdo.



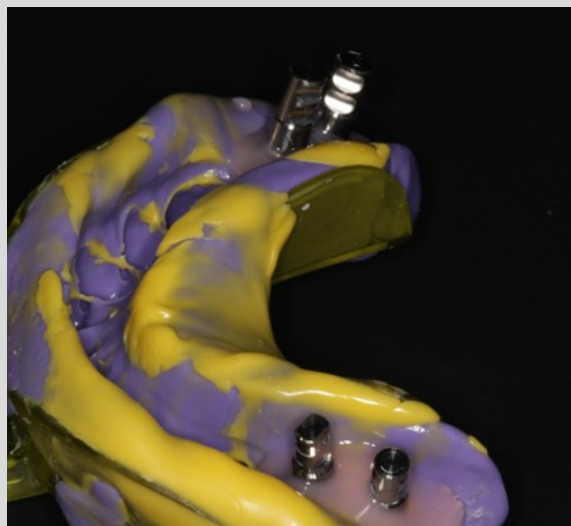
FASE PROTÉTICA

Posicionamento dos transferentes de moldagem em boca e união dos transferentes com resina acrílica.



FASE PROTÉTICA

Moldagem de transferência dos implantes com colocação da gengiva artificial.



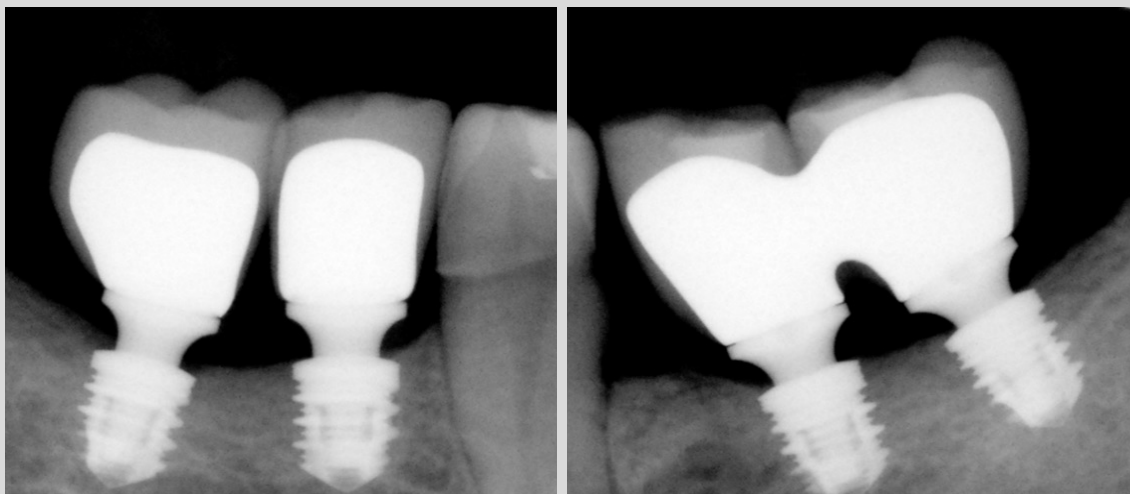
FASE PROTÉTICA

Prova da estrutura metálica (lado esquerdo prótese cimentada isolada e direito parafusada esplintada).



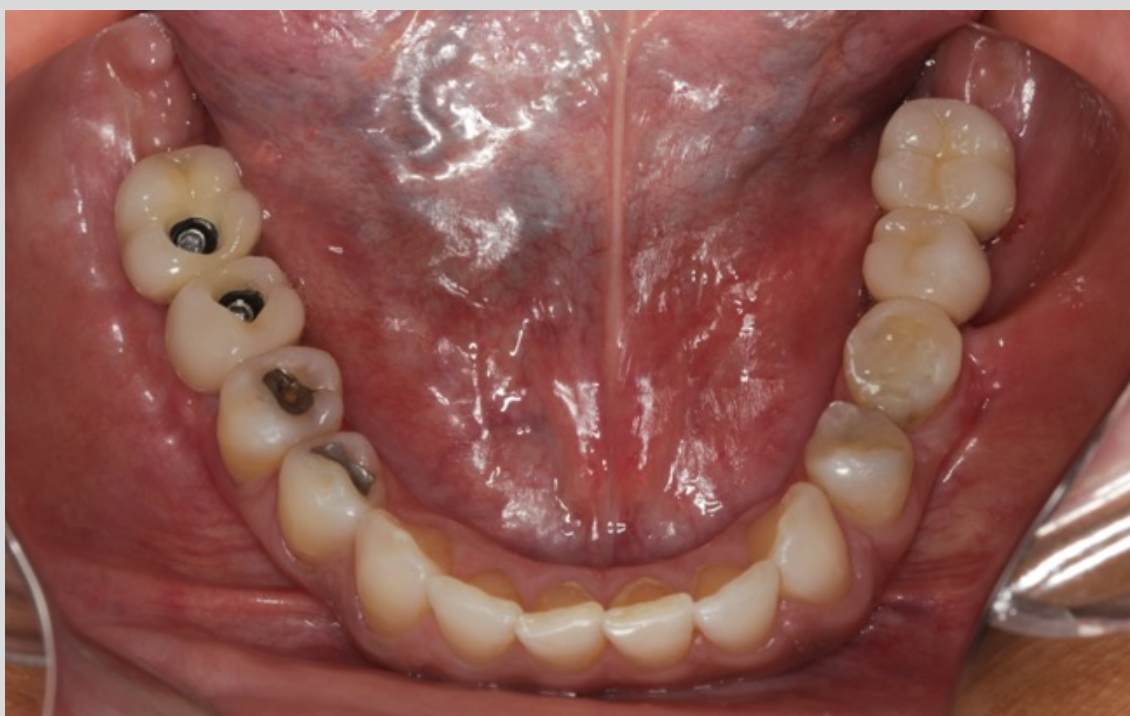
RADIOGRAFIA FINAL

Radiografias realizadas com posicionadores XCP Dentsply Sirona® e dispositivos oclusais de acrílico para manter a fidelidade de posição, valorizando o acompanhamento radiográfico.



RESULTADO FINAL

Instalação das coroas metalo-cerâmicas. Lado esquerdo com próteses cimentadas, apresentando coroas isoladas e lado direito com próteses parafusadas e esplintadas.



REABILITAÇÃO DE MANDÍBULA ATRÓFICA COM IMPLANTES EXTRA CURTOS



POR DR. ELDER BRITO

Especialista em implantodontia EAP-GO, Mestre em Implantodontia SLM-Campinas, Especialista em Dentística ABO-GO, Coordenador de Especialização e cirurgia avançada em Implantodontia CIOG-Cursos Goiânia.

INTRODUÇÃO DO CASO

O desafio de reabilitar mandíbulas atróficas com implantes curtos e carga imediata.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Exame clínico do paciente, tomografia e planejamento virtual para buscar o melhor posicionamento tridimensional em regiões de pouca disponibilidade óssea. Situações como a deste caso requer uma atenção maior devido o risco de fratura mandibular.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo feminino com 62 anos de idade.

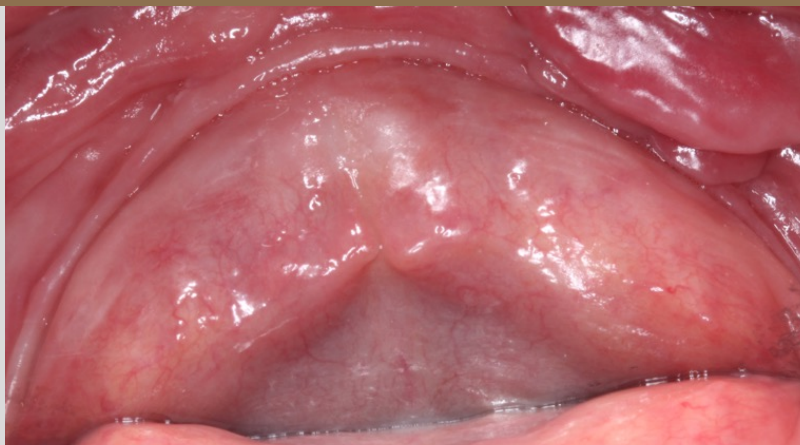
Queixa: Paciente relata desconforto ao mastigar devido a ausência de estabilidade da prótese total e pelo afloramento do nervo mentoniano.

Anamnese: Paciente sem histórico de comorbidades.

Planejamento: Após análise tomográfica definimos fazer o planejamento virtual, cirurgia guiada, 4 implantes Unitite Compact e carga imediata.

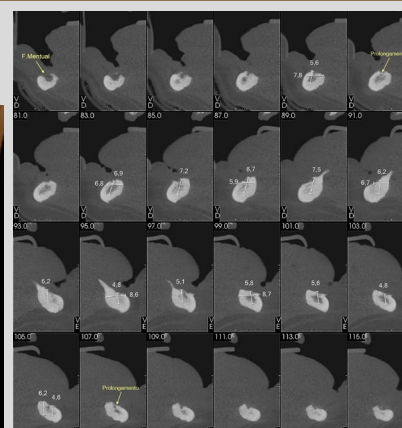
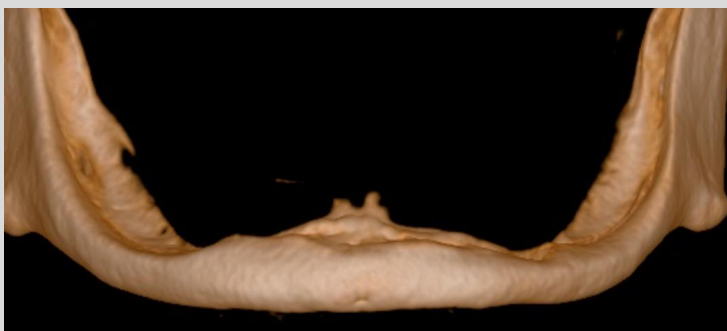
ANTES

Visão clínica do caso. Podemos observar ausência de tecido queratinizado.



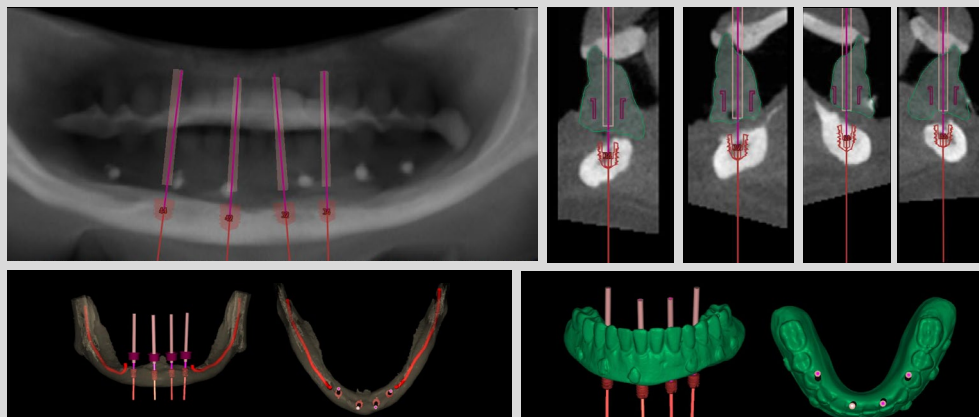
RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Pela imagem 3D observamos a mandíbula atrofada.
Nos cortes axiais podemos observar a altura óssea disponível entre 4,8 a 8,7 mm.



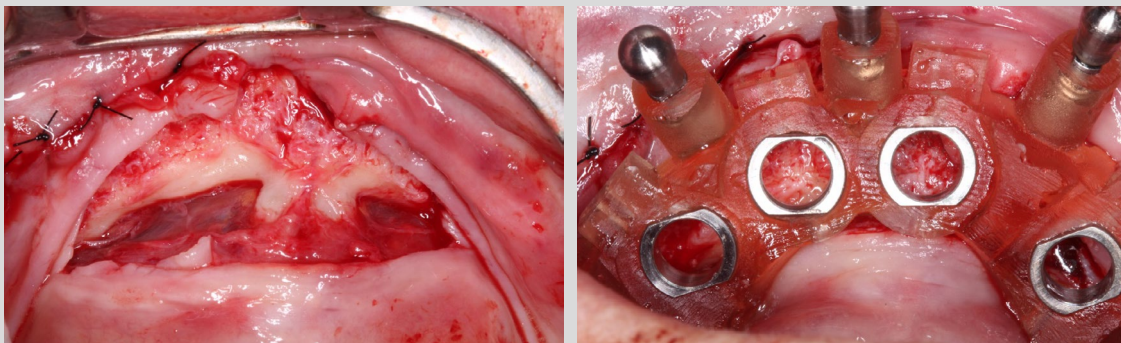
PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Corte com os implantes posicionados virtualmente e planejamento virtual.



TRANSOPERATÓRIO

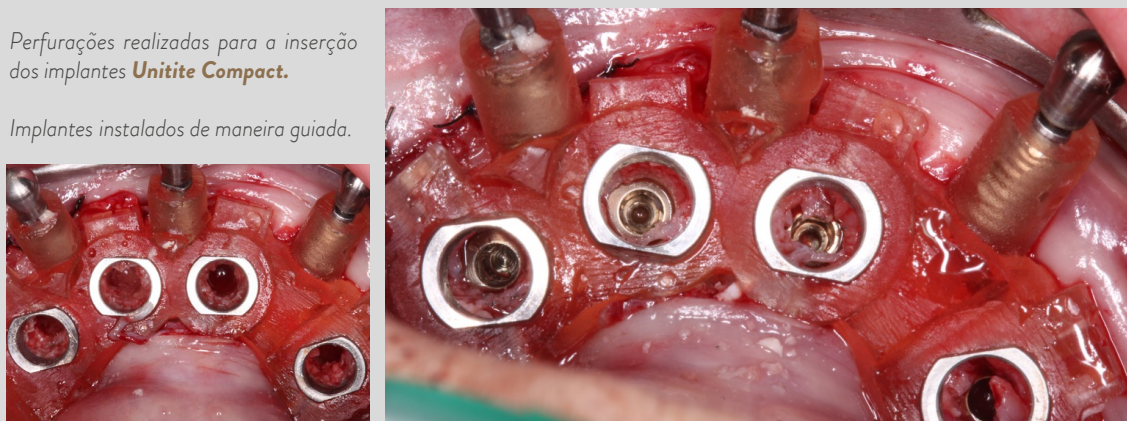
Incisão dividindo a mucosa e mais lingualizada, relaxante na região mental fugindo do nervo mentoniano e posicionamento da guia.



IMPLANTE UTILIZADO

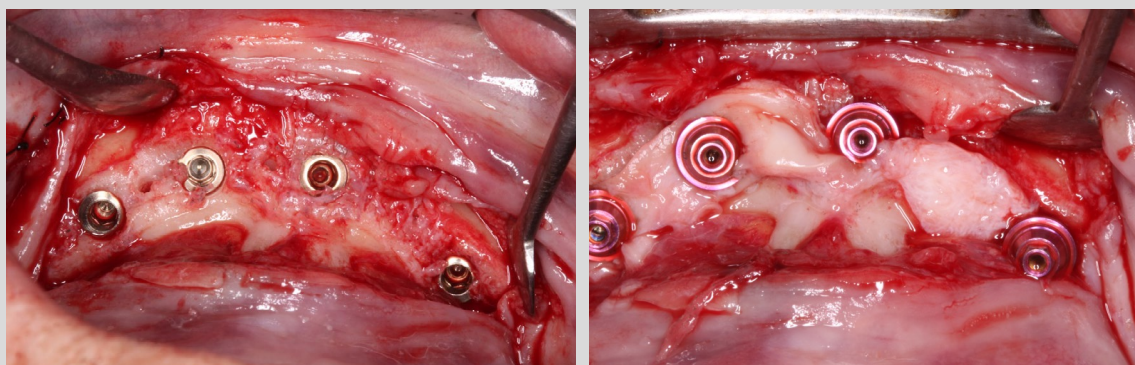
*Perfurações realizadas para a inserção dos implantes **Unitite Compact**.*

Implantes instalados de maneira guiada.



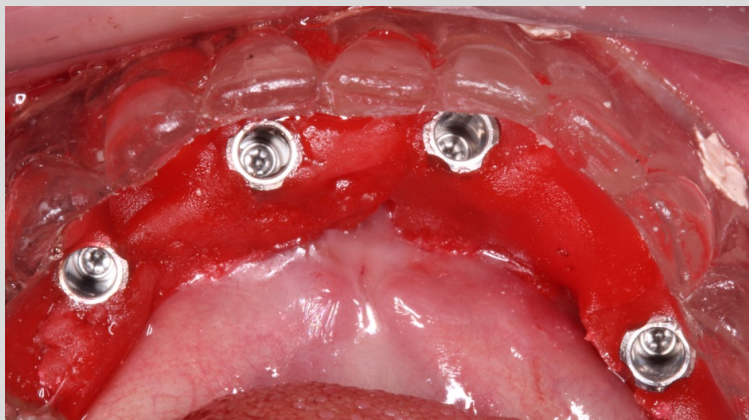
PROVISIONALIZAÇÃO

Implantes instalados e guia retirada. Enxerto de conjuntivo para melhorar a qualidade tecidual e estabilizado com os mini pilares.



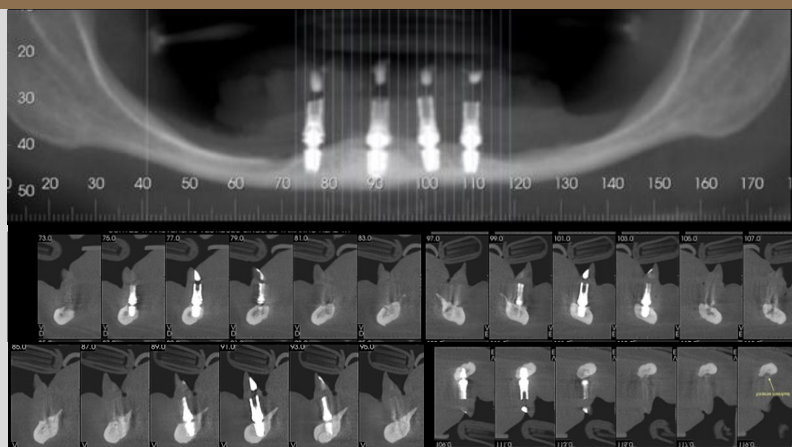
FASE PROTÉTICA

Captura dos cilindros provisórios com a guia multifuncional para confecção da prótese provisória. Carga imediata em 24 horas.



RADIOGRAFIA FINAL

Tomografia com 12 meses em função. Observe-se o posicionamento dos implantes.



RESULTADO FINAL

Condição tecidual com tecido queratinizado ao redor dos implantes.



DOUBLE SLIM

29



POR DR. FELIPE MAXIMO

Doutor em Ciência dos Materiais, Mestre e Especialista em Implantodontia, Especialista em Prótese Dentária, Embaixador S.I.N. Implant System.

INTRODUÇÃO DO CASO

Paciente apresentava anodontia de laterais superiores.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Foram planejados dois implantes Unitite Slim para as regiões de 12 e 22 e posterior confecção de coroas cerâmicas.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo feminino com 35 anos de idade.

Queixa: Ausência dos laterais superiores.

Anamnese: Paciente jovem e saudável.

Planejamento: Instalação de Unitite Slim em região de 12 e 22.

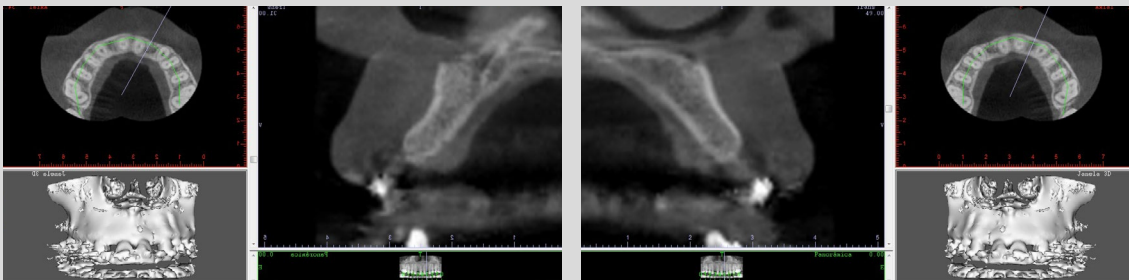
ANTES

Fotos iniciais da paciente sem os provisórios (presos ao aparelho ortodôntico). Nota-se espaço protético reduzido por se tratar de incisivo lateral superior e pela anatomia dental da paciente. Sugerindo implantes de diâmetro estreito.



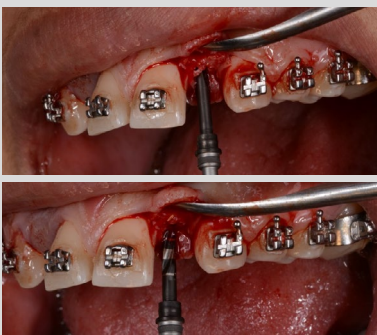
RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Tomografia inicial 12 e 22, corroborando ao exame clínico, o exame tomográfico mostrou quantidade óssea ideal para instalação de implantes de diâmetro estreito fechando o planejamento.



TRANSOPERATÓRIO

Após incisão linear na crista do rebordo e descolamento total do retalho, foi feita fresagem do sítio a ser instalado o implante de acordo com as especificações do fabricante.



IMPLANTE UTILIZADO

Em ambos os sítios foi utilizado o implante **Unitite Slim** 2,9 x 11,5 mm (12 e 22).



PROVISIONALIZAÇÃO

Provisório imediato feito em boca, com resina acrílica.



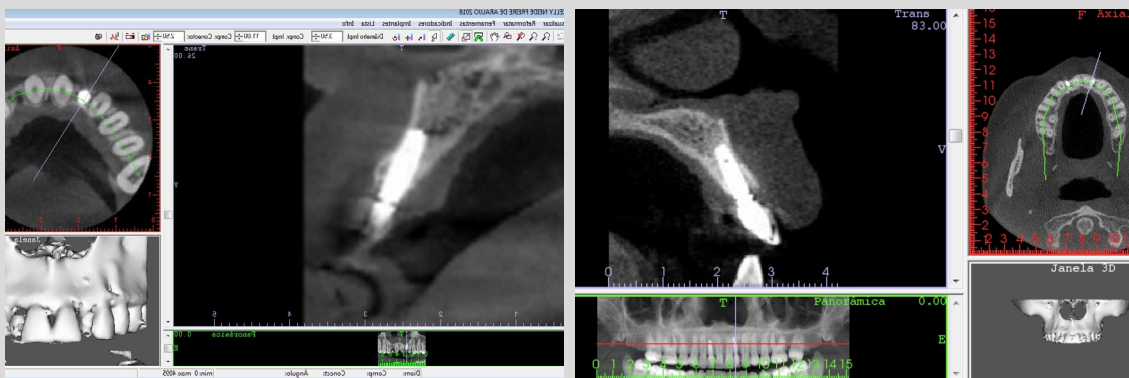
FASE PROTÉTICA

Abutments universais instalados, moldado e confeccionado o modelo de trabalho em gesso.



RADIOGRAFIA FINAL

Tomografia final mostrando o máximo aproveitamento ósseo vestibulo-lingual, sem comprometer angulação do implante, trazendo um excelente resultado estético.



RESULTADO FINAL

Resultado final, com próteses instaladas preservando arquitetura de tecido mole, decorrente do planejamento assertivo e utilização dos implantes Unitite Slim, já que o espaço protético de incisivos laterais superiores exige menor diâmetro do implante instalado.



RECONSTRUÇÃO TECIDUAL IMEDIATA EM REGIÃO DE INCISIVO CENTRAL INFERIOR



POR DR. FERNANDO HAYASHI

Mestre e Doutor em Periodontia pela FOU SP; Professor dos cursos de especialização em Implantodontia da FOUNIP Sorocaba e São Paulo; Mestre em Implantodontia pela USLM; Especialista em Implantodontia pela FOUNIP São Paulo.

INTRODUÇÃO DO CASO

Paciente com extensa destruição óssea ao redor do incisivo central inferior direito com recessão da margem gengival por lingual indo até o terço apical da raiz. Foi tratado pela instalação de um implante imediato de carga imediata não funcional. Para o tratamento do defeito tecidual foi utilizado o preenchimento com osso bovino mineral particulado e enxerto de tecido conjuntivo. Após 15 meses da substituição da coroa provisória pela coroa definitiva, os resultados se mostravam satisfatórios.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Fase Cirúrgica: Após a anestesia, foi realizada uma incisão intrassulcular ao redor do ICID (Incisivo Central Inferior Direito). O ICID foi gentilmente removido e o alvéolo curetado. Um implante Unitive Slim (UCMS 2913N) foi instalado na região, aparentemente atingindo uma ótima estabilidade primária. Quanto ao torque de instalação atingido, este foi de 45N/cm. Um abutment universal (AISITS 336025) foi instalado com 20N/cm e um provisório foi confeccionado. Para o tratamento do defeito de tecido mole, foram realizados túneis por vestibular e lingual usando microdescoladores de papila e tunelizadores através do alvéolo do ICID e das incisões intrassulculares nos dentes vizinhos ao ICID. Incisões de VISTA (vestibular incision subperiosteal tunnel access) por vestibular e outra por lingual foram utilizadas para facilitar a tunelização. Dois enxertos de tecido conjuntivo foram removidos do palato e inseridos por vestibular e lingual através das incisões VISTA.

Fase Protética: Após 3 meses da realização da carga imediata, iniciou-se a fase protética final. Para moldagem utilizou-se uma técnica com personalização do transferente. Uma coroa metal free foi confeccionada e cimentada.

Acompanhamento: Após 15 meses da instalação da coroa definitiva o paciente apresentava saúde perimplantar aparente com estabilidade tecidual clinicamente e radiograficamente.

FICHA DO PACIENTE

Queixa: Paciente encaminhado para avaliação de possível tratamento com implante dental para substituição do incisivo central inferior direito que apresentava extensa perda tecidual visível por lingual.

Anamnese: Paciente com bom estado de saúde, sem impeditivos para cirurgia.

Planejamento: Exodontia. Instalação de Implante Imediato (UCMS 2913N). Carga Imediata em caso de boa estabilidade. Enxerto de tecido conjuntivo por vestibular para evitar perda tecidual vestibular. Enxerto de tecido conjuntivo por lingual para tratar o defeito de tecido mole.

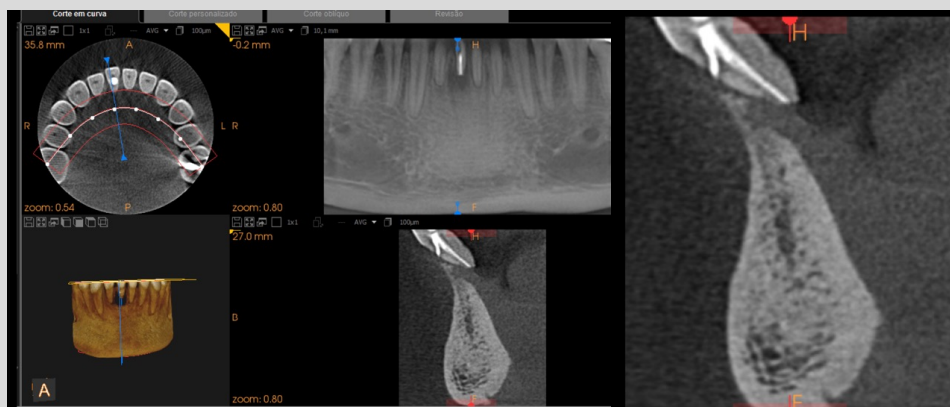
ANTES

Fotos iniciais.



RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Tomografia demonstrando extensa destruição óssea.



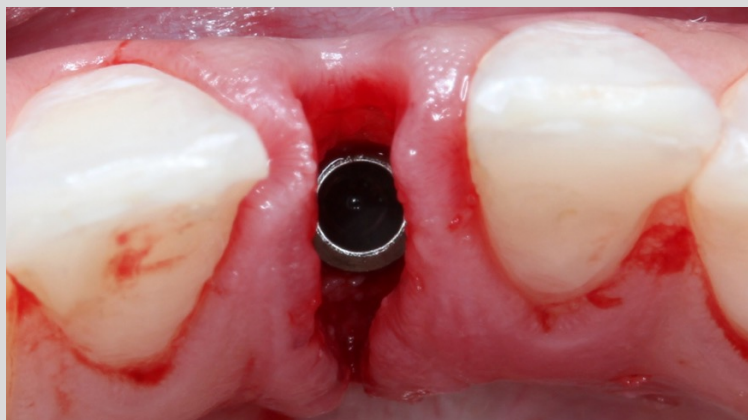
PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Aspecto após a exodontia.



TRANSOPERATÓRIO

Instalação de um implante **Unitite Slim** (UCMS 2913N)



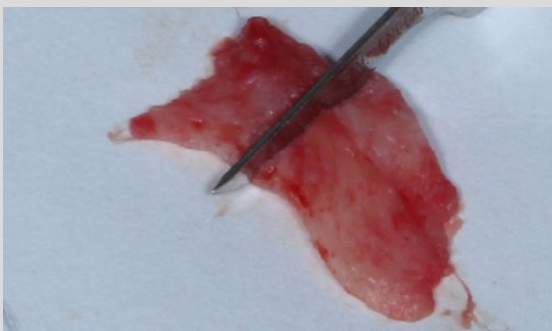
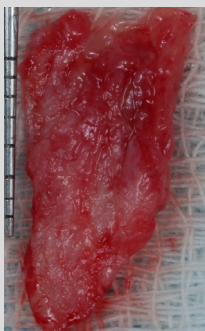
PROVISIONALIZAÇÃO

Abutment universal instalado (AISITS 336025) e confecção de um provisório de cimentação sobre um cilindro provisório de abutment universal (CPSIT 3360). Um dente de estoque foi facetado e aderido ao cilindro com resina quimicamente ativada em boca. Após a polimerização o conjunto foi removido, resina foi acrescentada e após a polimerização foi realizado o recontorno e acabamento.



TRANSOPERATÓRIO

Após a confecção do proviório, um enxerto conjuntivo foi removido do palato e dividido em dois para uso na vestibular e na lingual. Os enxertos foram inseridos através de técnica de tunelização associadas à incisão VISTA.



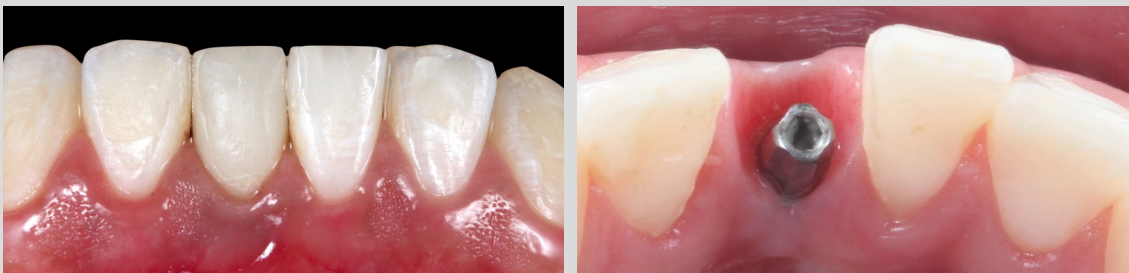
TRANSOPERATÓRIO

Aspectos finais após a inserção dos tecidos conjuntivos e suturas de estabilização dos enxerto e das VISTAS.



FASE PROTÉTICA

Após 3 meses da instalação do implante iniciou-se a fase protética. Note o excelente aspecto de contorno tecidual promovido pela técnica e provisionalização. Esta informação de contorno deve ser transmitida ao laboratório de prótese usando a moldagem com personalização de perfil de emergência.



FASE PROTÉTICA

Primeiramente, o provisório foi removido e encaixado em um análogo. Este conjunto foi colocado em um pote dapen de vidro com silicone de condensação pesado.



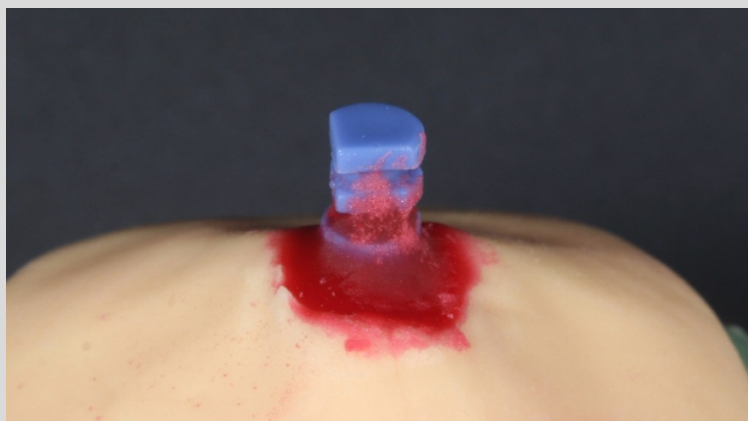
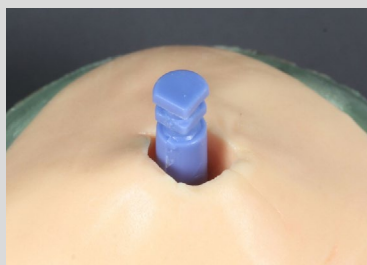
FASE PROTÉTICA

Após o endurecimento do silicone o provisório foi removido. Note o contorno do provisório marcado no silicone.



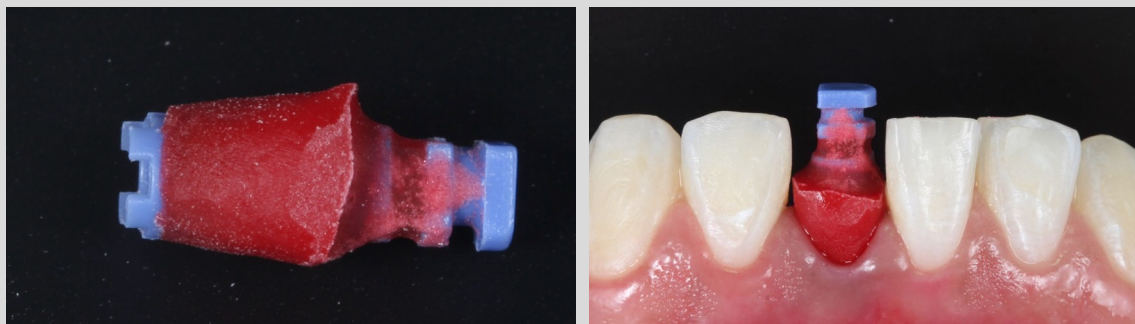
FASE PROTÉTICA

O transferente de abutment universal foi instalado no análogo e o espaço antes ocupado pelo provisório foi preenchido com resina quimicamente ativada.



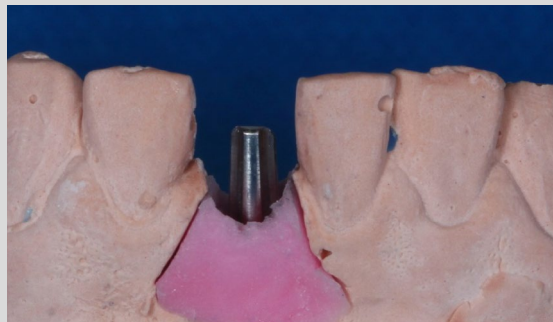
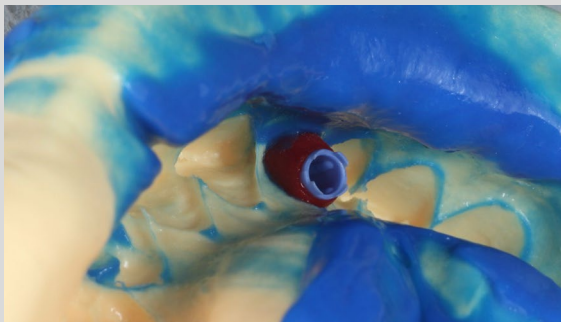
FASE PROTÉTICA

Aspecto do transferente de abutment universal após o acabamento da resina e instalação sobre o abutment universal para permitir a moldagem de transferência.



FASE PROTÉTICA

Após a moldagem note que o perfil de emergência do provisório foi copiado no modelo. Isto é importante para que a prótese respeite o contorno do peri-implante.



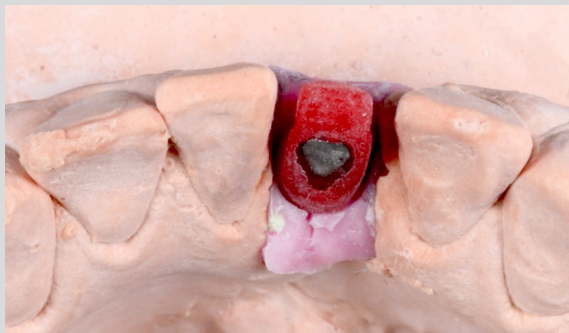
FASE PROTÉTICA

Coroa metal free e ao lado um guia de desgaste que foi confeccionado para que o abutment universal fosse estrategicamente desgastado e o cingulo da coroa não ficasse volumoso.



FASE PROTÉTICA

Guia de desgaste em posição no modelo. Note que ao colocar sobre o abutment universal foi possível ver a quantidade para lingual que foi necessário desgastar.



FASE PROTÉTICA

Aspecto após o desgaste do abutment universal utilizando a guia de desgaste.



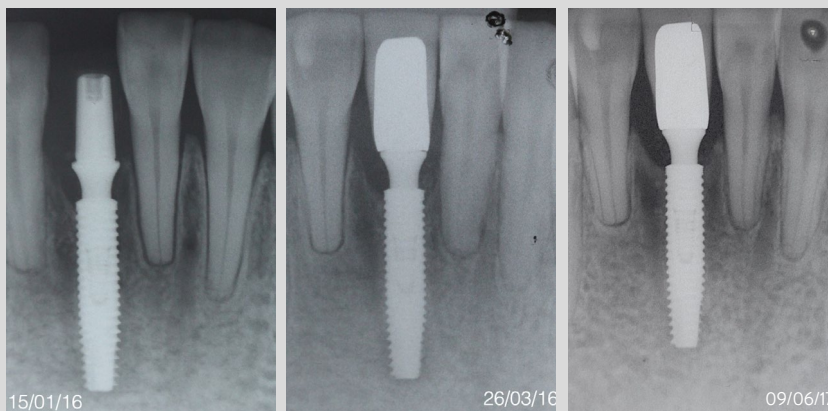
FASE PROTÉTICA

Aspecto após a instalação da coroa definitiva.



RADIOGRAFIA FINAL

Radiografias demonstrando a estabilidade de resultados. À esquerda, no início da fase protética, ao centro, o momento cimentação da coroa metal free e, à direita, uma radiografia de controle após 15 meses da cimentação.



IMPLANTES CURTOS COMO OPÇÃO DE TRATAMENTO REABILITADOR – ACOMPANHAMENTO DE 7 ANOS



POR DR. JACKSON LUIS BOTH

Especialista em Prótese Dentária/Implodontia.

INTRODUÇÃO DO CASO

Implantes curtos representam mais uma opção em áreas de pouca altura óssea e, neste caso, mostraremos um implante com preservação de 7 anos, sem perdas marginais, sem complicações em seio e mantendo um ótimo perfil gengival e estético.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

Após exames de imagens, observou-se uma altura mínima óssea e optou-se pelo implante curto (COMPACT de 5x7 mm), sendo feito o preparo do leito com piezoelétrico com intuito de preservar a integridade de membrana, mínimo desgaste/aquecimento e uma menor agressão mecânica do leito preparado.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo feminino com 47 anos de idade.

Queixa: Como queixa principal, foi relatado a ausência do elemento 27 e a dificuldade mastigatória decorrente desta perda dental.

Anamnese: Paciente ASA 1, sem hábitos parafuncionais, não fumante e não fazendo uso de medicação contínua, não relatando nenhum episódio de alterações clínicas ou sistêmicas, sem relatos de alergias a anestésicos ou similares, avaliada e liberada pelo médico cardiologista.

Planejamento: Planejado a instalação de implante curto, de 5x7 mm, e uso futuro de um intermediário para uma prótese fixa cimentada.

ANTES

Aspecto pré operatório, notando-se boa estabilidade tecidual, com biótipo muco-gengival espesso.



RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

No planejamento inicial notou-se pouca altura óssea, sugerindo a instalação de implante curto, visando diminuir a morbidade e o tempo de tratamento.



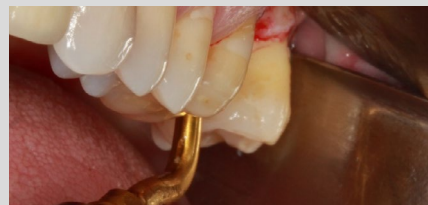
TRANSOPERATÓRIO

Foi realizada uma incisão crestal, com descolamento total de retalho. Nota-se boa espessura para instalação de implante curto de diâmetro largo, visando maior estabilidade e aproveitando área de contato óssea.



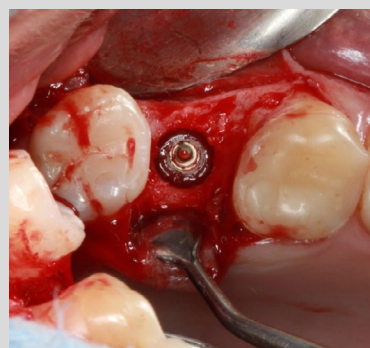
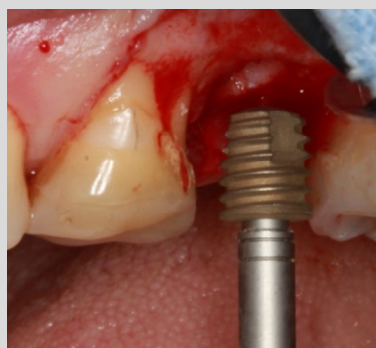
TRANSOPERATÓRIO

Preparo do alvéolo com piezo, com o intuito de menor agressão local, bioestimulação e preservação da membrana sinusal.



IMPLANTE UTILIZADO

*Instalação do implante **Unitite Compact** (5x7 mm). Seguindo o planejamento inicial.*



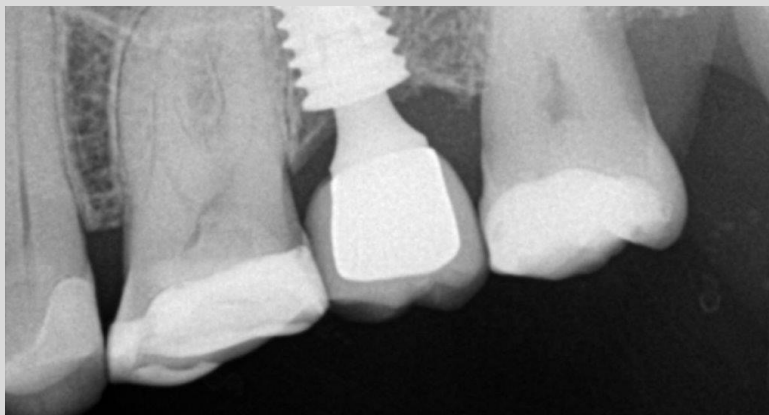
IMPLANTE UTILIZADO

Aspecto final cirúrgico e radiográfico.



RADIOGRAFIA FINAL

Após o período de osseointegração, instalou-se um intermediário tipo munhão universal (4.5x4x2 mm) para prótese cimentada e realizou-se a confecção da coroa, como mostra o raio-x.



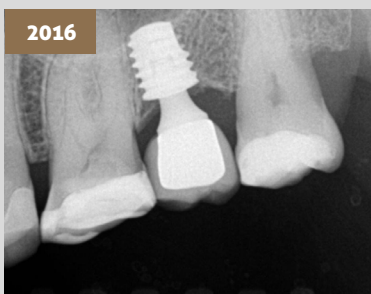
RESULTADO FINAL

Caso finalizado com coroa instalada e ajuste oclusal.



RADIOGRAFIA FINAL

Acompanhamento radiográfico de 1 a 7 anos.



RESULTADO FINAL

Acompanhamento clínico de 1 a 7 anos.



SUBSTITUIÇÃO DE IMPLANTE PREVIAMENTE INSTALADO E SEUS DESAFIOS

45



POR DR. UMBERTO DEMONER RAMOS

Graduação em Odontologia Universidade Federal do Espírito Santo, Especialista, Mestre e Doutor em Periodontia FORP-USP, Doutorado Sanduiche realizado na Augusta University, Pesquisador Visitante da Universidade da Carolina do Norte- Adams School of Dentistry, Consultor Científico P&D Internacional da S.I.N. Implant System.

INTRODUÇÃO DO CASO

Quanto mais a implantodontia evolui mais entramos na fase de tratar problemas nas reabilitações finalizadas. A necessidade desses tratamentos estão cada vez mais presentes no dia a dia do implantodontista e vão desde uma substituição protética, mudança de componentes para uma melhor estética/adaptação, até manobras para correção de tecido mole, chegando a explantação, que seria a remoção do implante, sua perda por infecções perimplantares e até mesmo por impossibilidade de reabilitação devido a um mal posicionamento tridimensional do implante.

EXPLICAÇÃO DO TRATAMENTO

O paciente compareceu a clínica com um implante perdido após duas tentativas de implantação com falha de osseointegração de implante 3,5 x 10 mm.

Remoção do implante não osseointegrado, regeneração óssea guiada e instalação de implante estreito para maior aproveitamento de leito ósseo.

FICHA DO PACIENTE

Paciente do sexo masculino com 35 anos de idade.

Queixa: Implante mole, parece que não colou no osso.

Anamnese: Paciente diabético.

Planejamento: Remoção do implante não osseointegrado, regeneração óssea guiada e instalação de implante Unitite Slim.

ANTES

Situação inicial com um implante perdido. Paciente relatou histórico de implante imediato perdido, seguido de uma nova implantação e espera de 3 meses. Na instalação do pilar, paciente relatou dor e buscou outro profissional.

**ANTES**

Situação clínica oclusal do provisório: má qualidade da construção e toques em máxima intercuspidação habitual (esquerda). Situação clínica após a remoção da coroa provisória (direita).

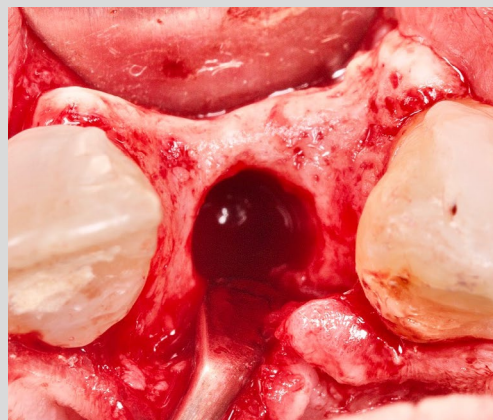
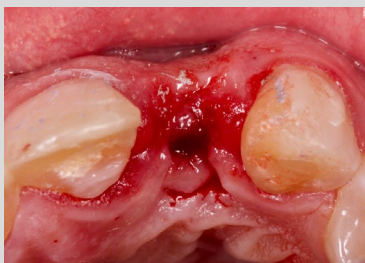
**ANTES**

Vista oclusal após a remoção da provisória (esquerda). Provisória juntamente com o pilar.



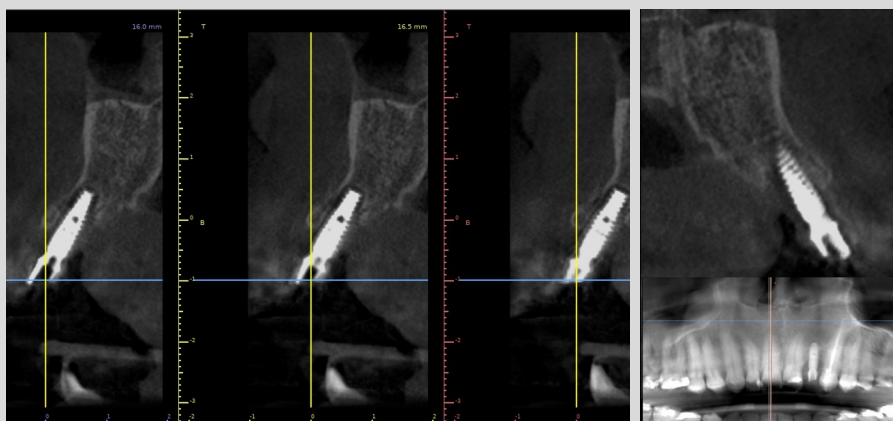
ANTES

O implante foi removido, o sítio curetado e a situação óssea encontrada, sendo planejada uma regeneração óssea guiada.



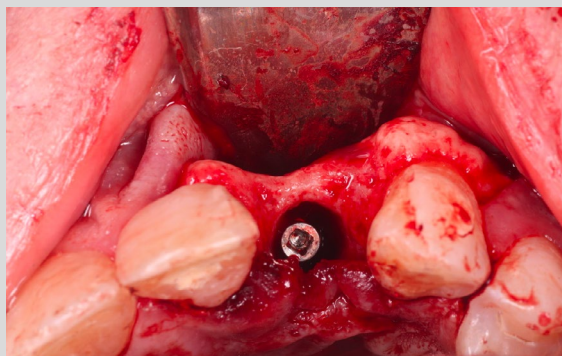
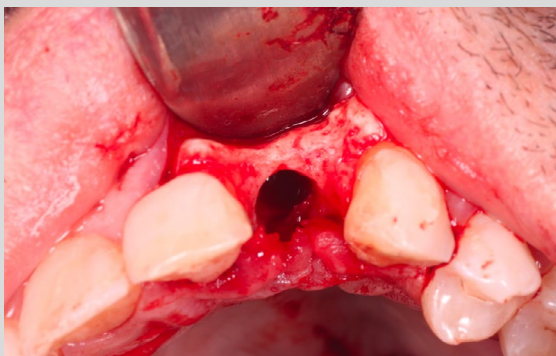
RADIOGRAFIA/TOMOGRAFIA

Tomografia do implante perdido.



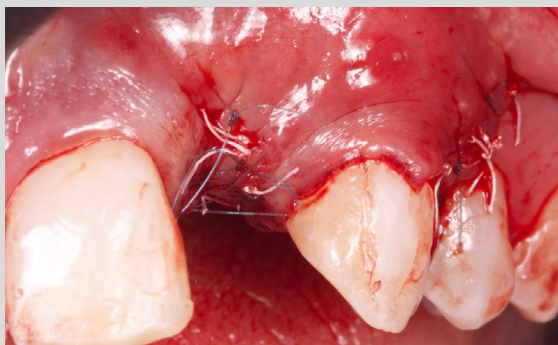
PASSO A PASSO DO PROCEDIMENTO

Retalho total realizado, instalação de um parafuso tenda.



TRANSOPERATÓRIO

Retalho suturado. Edema pós operatório (72 horas).

**TRANSOPERATÓRIO**

Situação clínica na remoção de sutura com 14 dias de pós operatório.

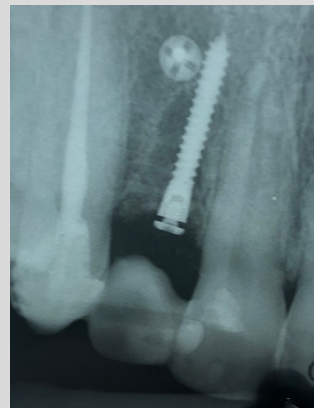
**TRANSOPERATÓRIO**

Situação clínica após 3 meses de cicatrização.



TRANSOPERATÓRIO

Raio-x periapical e situação clínica no dia da instalação do implante mostrando um deslocamento coronal da linha mucogengival.



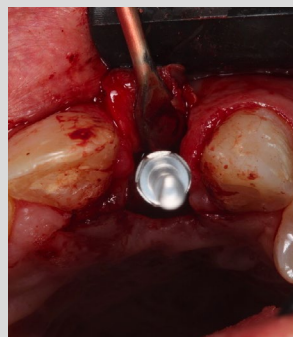
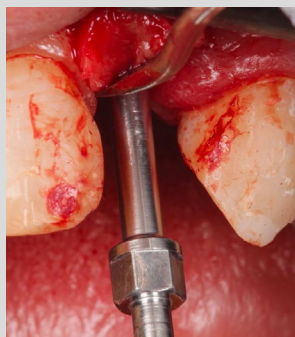
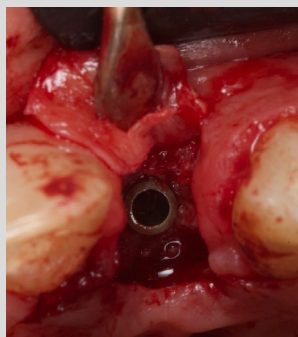
TRANSOPERATÓRIO

Situação clínica, vista oclusal. Foi realizado um retalho com a técnica de rolo, através do deslocamento palatino da incisão e divisão de um pequeno retalho envolvendo conjuntivo, submucosa e periosteio.



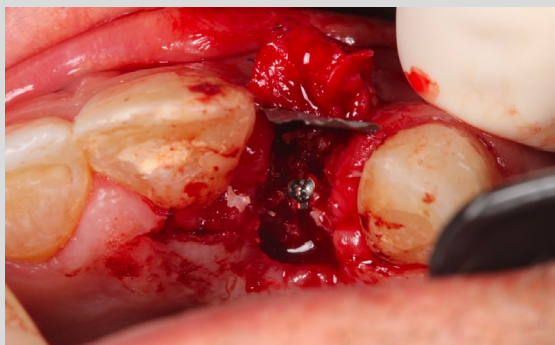
IMPLANTE UTILIZADO

Implante **Unitite Slim** instalado com 40N de torque. Paciente portador de diabetes, por isso foi decidido um aguardo de 3 meses para reabertura.



TRANSOPERATÓRIO

Colocação de uma barreira de titânio e sutura do retalho.

**TRANSOPERATÓRIO**

Após 14 dias da realização da cirurgia a barreira de titânio foi removida.

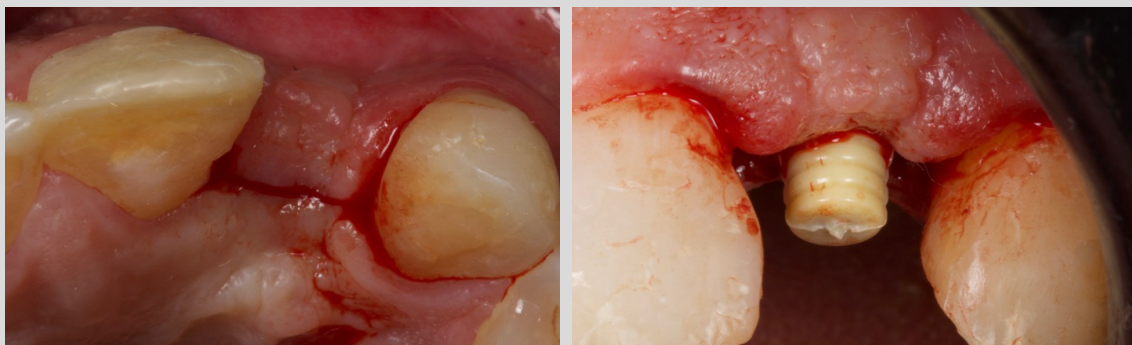
**TRANSOPERATÓRIO**

Vista oclusal e vestibular após três meses.



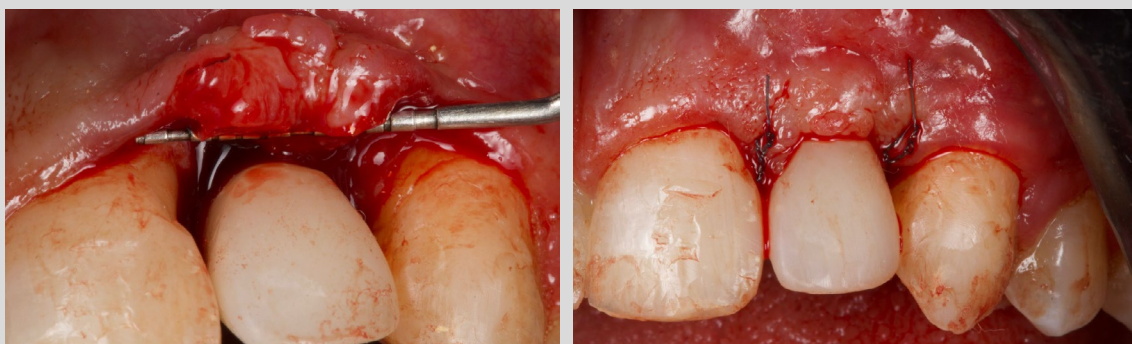
TRANSOPERATÓRIO

Incisão palatinizada. Foi realizada a desepitelização da região oclusal do retalho e a captura de um pilar standard para com cilindro provisório.



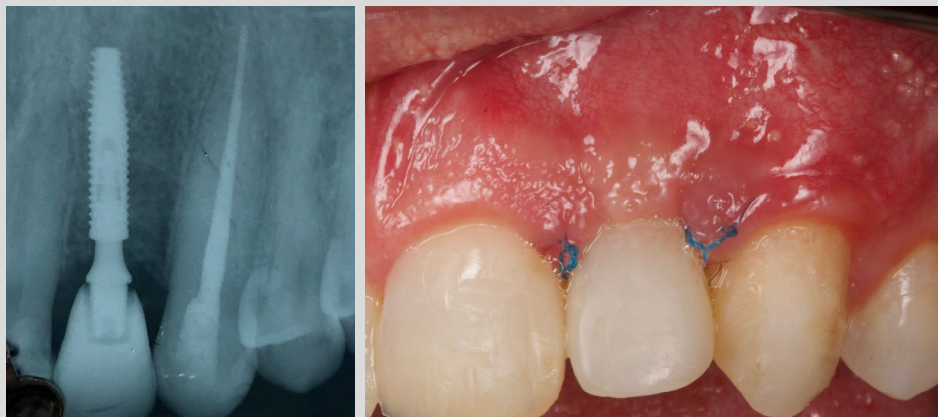
TRANSOPERATÓRIO

Situação clínica de pós operatório imediato com provisório acrílico instalado sobre o pilar.



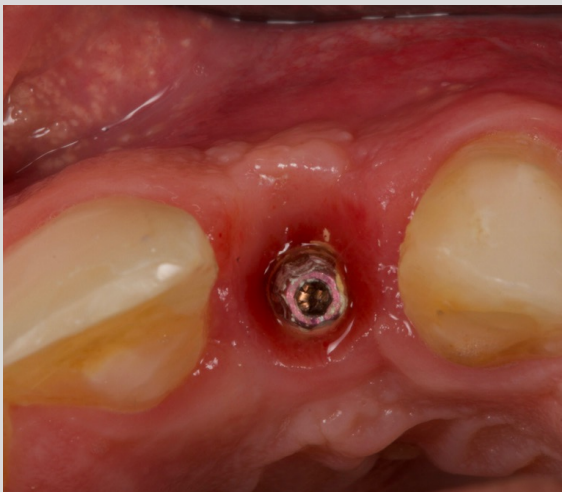
TRANSOPERATÓRIO

Raio-x periapical e situação clínica após 14 dias.



FASE PROTÉTICA

Escolha da cor para a futura prótese. Tecido mucoso periimplantar com excelente aspecto de saúde, demonstrando uma boa condição do provisório o que facilitou a regeneração do tecido local.



FASE PROTÉTICA

Coroa confeccionada em zircônia pelo laboratório. Situação do tecido perimplantar antes da cimentação da coroa protética definitiva.

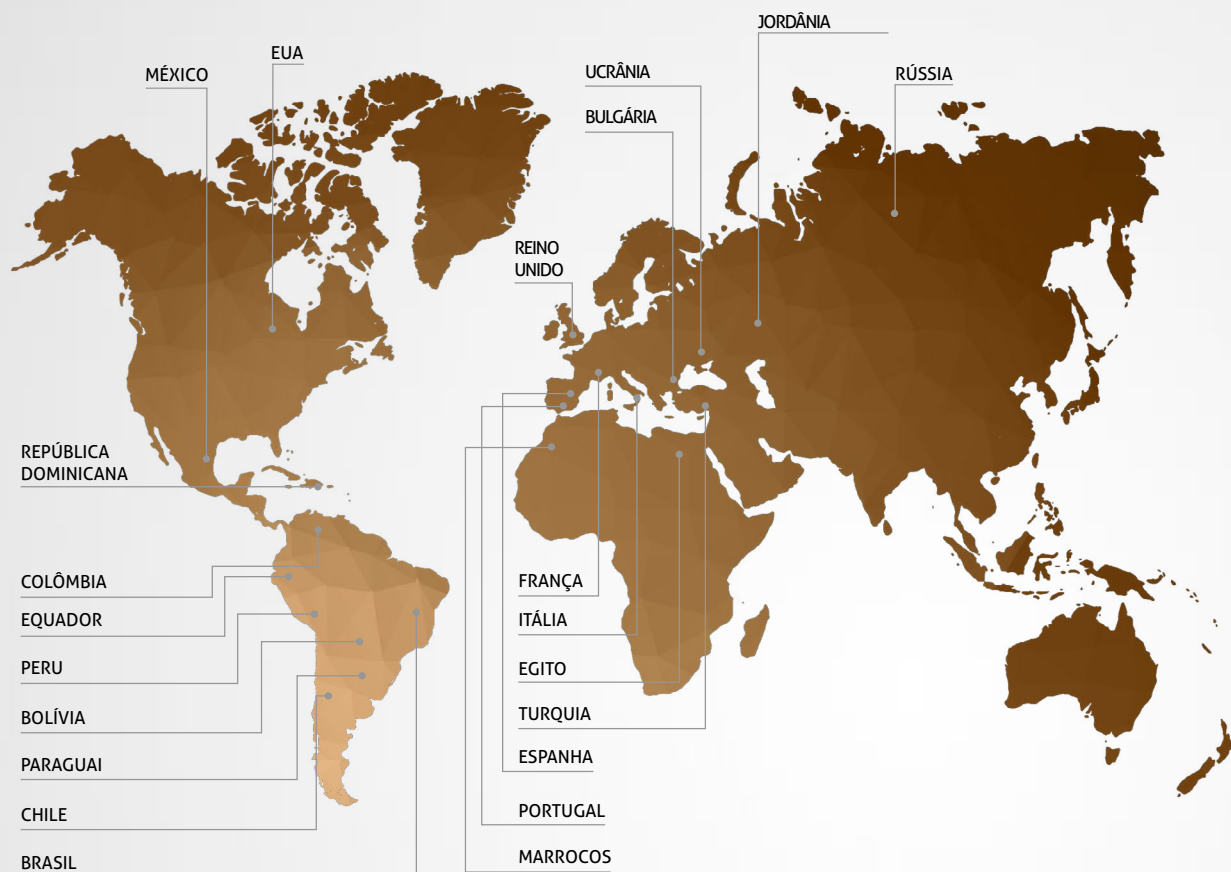


FASE PROTÉTICA

Prótese instalada. Nota-se ganho tecidual comparativamente ao caso no início, enaltecendo toda a manipulação do tecido tanto ósseo quanto fibro-mucoso, dando naturalidade na reabilitação final.



ONDE ESTAMOS



MATRIZ S.I.N.

Avenida Vereador Abel Ferreira, 2140 - Jardim Anália Franco
São Paulo – SP - CEP 03340-000

S.I.N. PORTUGAL

General Ferreira Martins St, 10 8D - 1495-137 Algés - Portugal
+351 21 412-0336

LOUNGES BRASIL

Acesse nosso site e confira o lounge mais próximo de você!

VENDAS INTERNACIONAIS

international@sinimplante.com.br



A S.I.N. ESTÁ EM TODO O MUNDO!

APONTE A CÂMERA DO SEU CELULAR PARA O CÓDIGO QR E
CONHEÇA NOSSOS LOUNGES ATRAVÉS DO NOSSO PROJETO
S.I.N. GOES GLOBAL.

www.sinimplantsystem.com.br

(BR) 0800 770-8290

11 95083-8179
Whatsapp de Atendimento

(PT) +351 214 120 336

QUALIDADE E TECNOLOGIA SUPERIOR

*NÓS GARANTIMOS, PORQUE TEMOS
ORGULHO DO QUE PRODUZIMOS.*



A principal prioridade da S.I.N. é garantir qualidade e segurança para nossos clientes. Oferecer o que há de melhor em implantes, componentes, kits cirúrgicos e instrumentais é a base de toda a nossa atuação.

INSPEÇÃO EM 100% DOS LOTES FABRICADOS

O controle de qualidade é feito em todos os produtos que a S.I.N. fabrica, a fim de garantir o sucesso das cirurgias de nossos clientes, o cumprimento dos padrões de qualidade, assim como agregar valor para todos aqueles que escolheram devolver o sorriso de diversas pessoas.



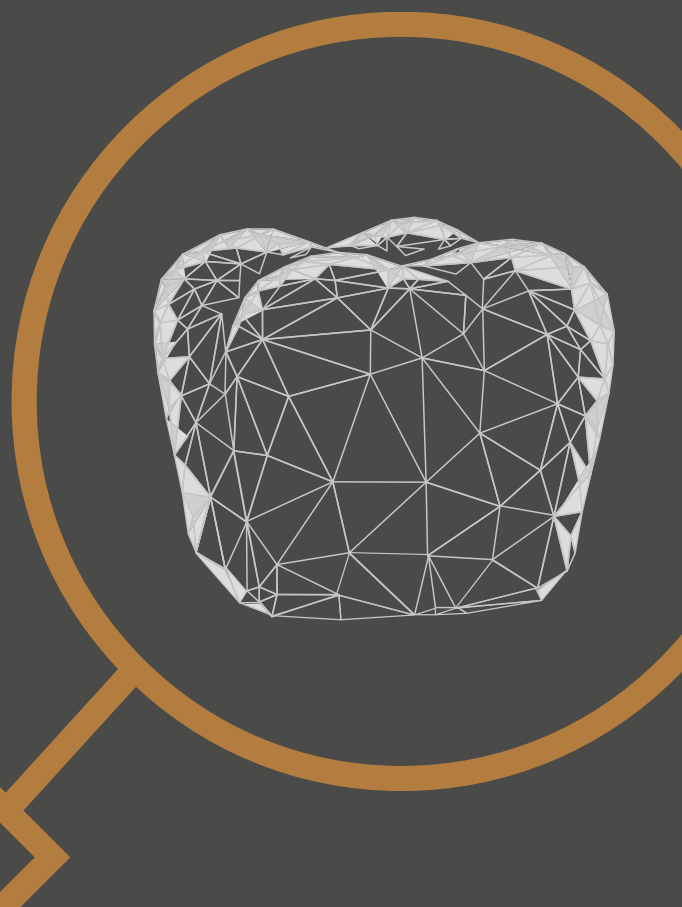
**IMPLANTES COM GARANTIA
PARA TODA A VIDA***



**5 ANOS DE GARANTIA:
COMPONENTES PROTÉTICOS***

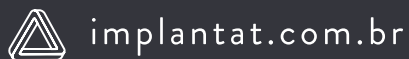


*ESCANEE O CÓDIGO QR AO LADO
PARA ACESSAR OS TERMOS DE
GARANTIA S.I.N. OU ACESSE O LINK
<https://bit.ly/2MBEPWO>





Conheça o Implantat, o streaming educacional da S.I.N.



0800 770 8290(BR)
www.sinimplantsystem.com.br

Visite nossas Redes Sociais:



[/sinimplantsystem](#)



[@sinbrasiloficial](#)



[/sinimplantsystem](#)



[S.I.N. Implant System](#)



[/sin_implant](#)