

Reabilitação implantossuportada em áreas de agenesia de incisivos laterais superiores



Julio Cesar Joly

Mestre e doutor em Periodontia – FOP-Unicamp; Coordenador dos mestrados em Implantodontia e Periodontia – SLMandic; Coordenador do Instituto ImplantePerio.

Paulo Fernando Mesquita de Carvalho

Mestre em Periodontia – SLMandic; Coordenador do Instituto ImplantePerio.

Robert Carvalho da Silva

Mestre e doutor em Periodontia – FOP/Unicamp; Coordenador do Instituto ImplantePerio.

Autor convidado



Elder de Angelis Brito e Oliveira

Mestre em Implantodontia – SLMandic; Especialista em Implantodontia – EAP/GO; Especialista em Dentística – ABO/GO.

A agenesia de um ou mais dentes em áreas anteriores pode representar um grande problema funcional e estético que requer abordagens terapêuticas multidisciplinares¹⁻². Dentre todos os casos bilaterais de agenesias, os associados a áreas de incisivos laterais superiores são os mais prevalentes (57% dos casos) e merecem especial atenção³, visto que quase sempre envolvem o manejo de pacientes jovens e exigentes.

A integração das ferramentas da Ortodontia, Odontologia restauradora, Implantodontia e Periodontia é fundamental para o planejamento e tratamento desses casos. Dentre os caminhos disponíveis, o fechamento ortodôntico dos espaços para a subsequente reanatomização dos caninos pode limitar os resultados estéticos, especialmente pela discrepância do volume radicular na área cervical⁴. O tratamento ortodôntico prévio para a subsequente reabilitação implantossuportada representa a melhor alternativa para a maioria desses casos. Nesse contexto, devemos compreender que o desafio vai além da simples instalação dos implantes, devendo envolver o equilíbrio das próteses com os tecidos moles circunjacentes, sempre primando por resultados estéticos e acima de tudo estáveis ao longo dos anos⁵.

O correto posicionamento tridimensional dos implantes nessas situações de limitado espaço protético é especialmente importante. Não há margem para erros, portanto um planejamento reverso é fundamental. O exame tomográfico é imprescindível para avaliação da altura e espessura óssea, bem como para determinação da distância mesiodistal entre as raízes, visto que o paralelismo radicular nem sempre é alcançado com a Ortodontia. A partir do exame tomográfico e do escaneamento intraoral, podemos planejar virtualmente o posicionamento do implante e imprimir um guia cirúrgico capaz de orientar com precisão a instalação dos implantes. O planejamento reverso digital também permite que os profissionais simplifiquem a sequência do tratamento protético⁶.

Implantes de diâmetro estreito favorecem a restauração com sucesso de espaços protéticos reduzidos, representando uma ótima alternativa para áreas de incisivos laterais⁷. Além disso, facilitam a instalação em áreas com limitada disponibilidade óssea horizontal, reduzindo os riscos de exposição de espiras e, conseqüentemente, de necessidades regenerativas adicionais.

A instalação de implantes em áreas de rebordo sem elevação de retalho representa uma alternativa viável, desde que se tenha experiência clínica suficiente para controlar os riscos. Essas situações de agenesias de laterais requerem atenção em relação ao posicionamento ápico-coronal dos implantes, para que os mesmos não fiquem coronais, dificultando a reabilitação.



Mais conteúdo on-line

Confira as referências de leitura deste texto no site da ImplantNews.
<https://bit.ly/3kvebgy>

Muitos dos casos de agenesia são acompanhados da presença de deficiências teciduais volumétricas. Se não houver osso para ancoragem do implante, devemos pensar em aumentos ósseos prévios. No entanto, se houver osso suficiente, as deficiências podem ser compensadas simultaneamente à instalação dos implantes, somente com o manejo minimamente invasivo de tecidos moles. Nas abordagens sem retalho, a técnica do envelope modificado mostra-se muito eficiente para permitir a criação do espaço necessário para a adaptação do enxerto de conjuntivo, possibilitando o aumento do volume tecidual com o mínimo trauma cirúrgico, especialmente nas áreas interproximais⁸.

A temporização imediata dos implantes instalados em áreas de agenesia também representa uma alternativa vantajosa.

Os cuidados no manejo protético devem contemplar a importância do suporte tecidual, tanto nas faces livres quanto proximais. O correto contorno dos provisórios, tanto nas áreas crítica quanto subcrítica, interfere diretamente na acomodação tecidual e, conseqüentemente, na estabilidade dos resultados restauradores⁹.

Devemos entender a complexidade do tratamento multidisciplinar de casos de agenesia dos incisivos laterais superiores. Situações de insucesso quase sempre são decorrentes da precipitação na tomada de decisão pela falta de um planejamento adequado. Certamente, o planejamento reverso digital associado a um rígido protocolo de manejo cirúrgico e restaurador pode contribuir para a obtenção de resultados satisfatórios e estáveis.



Figura 1 – Aspecto clínico e tomográfico inicial do caso após a finalização do tratamento ortodôntico. Observar a suficiente disponibilidade óssea para instalação dos implantes.

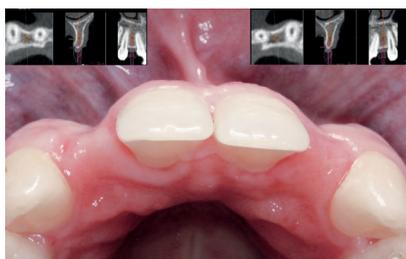


Figura 2 – Imagem clínica oclusal mostrando perda de volume vestibulopalatina. Etapa de planejamento digital do caso. Notar a presença de limitado espaço mesiodistal.



Figura 3 – Instalação guiada do implante (SIN Unitive 2,9 x 11,5 mm) utilizando o kit de cirurgia guiada (SIN).



Figura 4 – Implantes instalados sem retalho associado à reconstrução com enxerto de conjuntivo palatino pela técnica do envelope modificado.

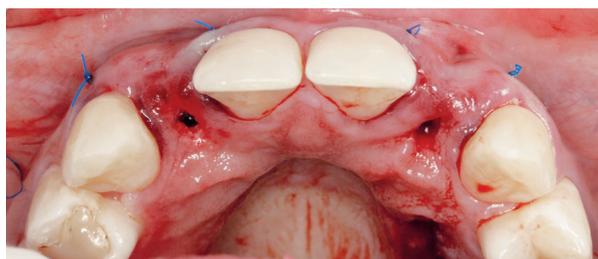


Figura 5 – Estabilização do enxerto de conjuntivo ao retalho vestibular com suturas. Notar o significativo aumento de volume.



Figura 6 – Instalação dos provisórios imediatos fresados em CAD//CAM. O travamento dos implantes foi de 45 Ncm. Notar a estabilização do retalho com suturas de tração sobre os pontos de contato. Aspecto tomográfico pós-operatório imediato.



Figura 7 – Acompanhamento clínico após quatro meses, mostrando excelente condicionamento tecidual.



Figura 8 – Reabilitação definitiva com coroas cerâmicas. Aspectos clínico e radiográfico mostrando equilíbrio estético e funcional.



Figura 9 – Sorriso natural e harmônico após seis meses da reabilitação.