

# Reabilitação de espaços edêntulos interdentais reduzidos com implantes de peça única Maximus Biohorizons

O Dr. Miguel Costa e a Dra. Olímpia Delgado exemplificam com um caso clínico.

A colocação de implantes obedece a uma série de critérios onde um dos que nos causa mais problemas na reabilitação estética é o espaço interdentário. O tratamento ideal passa pela Ortodontia ou, nos casos menos graves, por pequenas ameloplastias dos dentes adjacentes. Enquanto que o *stripping* é um procedimento rápido e sem custos, o tratamento ortodôntico já não o é. Por vezes, os pacientes apenas querem camuflar aquela falha de um dente e não se querem sujeitar a tratamentos ortodônticos que podem ser complexos, demorados e dispendiosos.

Por outro lado, nem sempre o espaço disponível é suficiente para a colocação de um implante convencional de 3,5mm de diâmetro, pois a sua componente protética precisará de ocupar espaço que não temos disponível. Para colmatar este problema, podemos utilizar implantes de 3,0mm, de peça única, que são uma óptima alternativa para estes casos.



• **Miguel de Melo Costa** é Médico Dentista, licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Exerce prática clínica em Periodontologia e Implantologia. [www.clinicacg.com](http://www.clinicacg.com)  
[cgmguarda@sapo.pt](mailto:cgmguarda@sapo.pt)



• **Olímpia Delgado** é licenciada em Medicina pela Universidade de Coimbra. Especialista em Estomatologia é Assistente Eventual do Centro Hospitalar de Coimbra. Exerce prática privada em Reabilitação Oral.

Os implantes de peça única têm como principal indicação os incisivos laterais superiores, principalmente, em casos de agenesias (usualmente verifica-se uma perda de espaço por mesialização dos caninos) e os incisivos inferiores devido ao seu tamanho reduzido. Os implantes Maximus (Biohorizons) têm um diâmetro reduzido, e apesar de serem constituídos por uma liga de titânio grau V, devem estar restringidos às zonas anteriores, onde a força de mordida é inferior, reduzindo o risco de fractura.

Como principal vantagem, além da óbvia, que é permitir a reabilitação de espaços pequenos, é o facto de serem de peça única, o que faz com que o risco de fractura dos parafusos ou o seu desenroscamento seja inexistente. Evita também o *microgap* e a consequente perda óssea que daí pode advir.

## Caso clínico

O caso clínico que vamos descrever é o de um paciente do sexo masculino, 32 anos, não fumador, que extraiu os dentes 15 e 25 há cerca de 10 anos por fractura dentária. O paciente não tinha nenhuma parafunção e os seus hábitos de higiene eram excelentes.

O estudo radiológico prévio levou-nos a optar pela utilização de dois implantes Maximus 3,0mm de diâmetro e com 12mm de comprimento da parte activa (o comprimento total do implante é de 20mm).

Na colocação do implante no 1.º quadrante optou-se por fazer um retalho de espessura total porque havia dúvidas quanto à espessura de osso (o estudo prévio indicava a possibilidade de haver uma reabsorção em vestibular). No 2.º quadrante, como a espessura de osso era óptima, optou-se pela utilização de um bisturi circular, que torna o procedimento cirúrgico muito menos traumático e com um pós-operatório excelente.

O protocolo cirúrgico é muito simples e, em conjunto com as estrias quadrangulares, que aumentam a estabilidade primária através de uma maior superfície de contacto osso/implante, permite obter um boa estabilidade primária, que neste caso foi de 45 N no 1.º quadrante e 40 N no 2.º quadrante. A sequência cirúrgica varia conforme o tipo de osso. Neste caso, por se tratar de osso DIII a úl-

tima broca e a broca formadora de rosca não foram utilizadas.

O planeamento destes casos deve ser bastante cuidado e é aconselhável a utilização de guias cirúrgicas não só porque qualquer desvio mesio-distal pode comprometer o sucesso do tratamento, mas também, porque uma falha na angulação do implante impede que sejam feitas correcções.

Cada implante traz uma broca laminada de tungsténio para utilização em turbina que nos permite uma preparação muito eficaz do implante para acerto da oclusão, já que a linha de acabamento cervical vem definida, o que facilita o talhe do implante.

A preparação deve ser feita de forma interrompida e com irrigação abundante para evitar o sobre-aquecimento do implante com possível necrose óssea.

No caso do 1.º quadrante, o acerto do implante foi feito antes da sutura do retalho para permitir uma lavagem com soro fisiológico de forma a remover todas as limalhas de titânio que poderiam ficar subgingivais.

Estes implantes obrigam a uma provisionalização imediata, o que faz com que sofram cargas que não sofreriam se ficassem submersos, mesmo quando todos os contactos são eliminados. Por este motivo foi aconselhado ao paciente a mudança para uma dieta composta por alimentos mais moles e o cuidado de não fazer pressões directas naqueles dentes. Neste caso, optou-se por fazer estética imediata sem contactos oclusais diminuindo ao máximo o tamanho da coroa para diminuir a superfície de contacto com os alimentos durante a mastigação.

Para a confecção das coroas provisórias foi feito, a partir do enceramento diagnóstico, uma matriz em acrílico termo moldável que foi preenchida com Systemp® (resina autopolimerizável) e cimentada com cimento provisório. Foi prescrita uma associação de amoxicilina com ácido clavulânico (875mg + 125mg), Ibuprofeno 600mg e clorhexidina 0.12%. De referir que o anti-inflamatório foi desnecessário já que o paciente não referiu qualquer tipo de dor.

Após um período de osteointegração de cerca de cinco meses, foram tiradas as impressões utilizando silicones de



Figura 1: Aspecto inicial do espaço edêntulo correspondente ao dente 15



Figura 2: Aspecto inicial do espaço edêntulo correspondente ao dente 25



Figura 3: Implante Maximus (Biohorizons)



Figura 4: Colocação do implante no lugar do dente 15 com retalho de espessura total



Figura 5: Aspecto do local do dente 25 após a utilização do bisturi circular



Figuras 6 e 7: Talhe do implante e acerto da oclusão antes da sutura do retalho

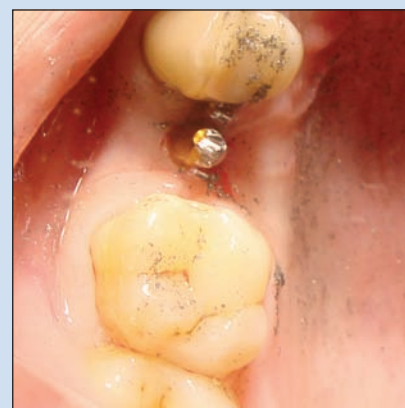


Figura 8: Talhe do implante

**amfm apresenta:** a síntese entre estética e funcionalidade **Unic**.  
Uma produção da Heka-Dental, na Dinamarca, com design e realização de David Lewis.  
**Estreia de 24 a 26 de Maio na Expodentis.**  
**Solicite-nos o seu ingresso.**  
**Unic Confiança e Bem Estar**



**amfm**

Consultores de Equipamentos Dentário

Rua Marechal Humberto Delgado, No.6-A 2620-020 Olival Basto  
Tel. 219 381 336 Fax: 219 370 298 amfm-ced@zapp.pt



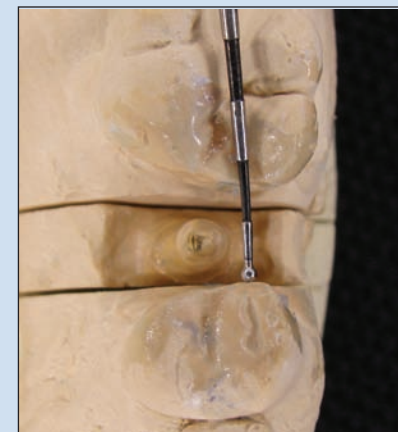
**Figura 9:** Confeção da coroa provisória a partir de uma matriz de acrílico com Systemp®



**Figura 10:** Aspecto oclusal da coroa provisória no dente 25 depois de verificada a oclusão (sem contactos oclusais)



**Figura 11:** Aspecto oclusal da coroa provisória no dente 15, sem oclusão e onde se pode ver o seu reduzido tamanho



**Figura 12:** É possível observar que o espaço edêntulo (1.º quadrante) tem pouco mais de 4mm



**Figuras 13 e 14:** Coroa em cerâmica Procera Zircónia para substituir o dente 15 com apenas 4,3mm de diâmetro mesio-distal



**Figura 15:** Verificação da oclusão



**Figura 16:** Aspecto final do dente 15



**Figura 17:** Aspecto final do dente 25



**Figura 18:** Aspecto oclusal final

adição como se de uma prótese fixa convencional se tratasse, ou seja, sem recurso a peças de impressão, directamente ao coto do implante.

As coroas foram confeccionadas em Procera Zircónia e caracterizadas com cerâmica VM7 (Vita®), pela ceramista Isabelle Antunes (Systemodental).

As coroas foram cimentadas com cimento de resina Variolink II®, e foi feita a verificação dos contactos oclusais tendo havido a preocupação de eliminar todos os contactos, quer em intercuspidação máxima, quer nos movimentos de lateralidade.

### Conclusão

Os implantes Maximus (Biohorizons) apesar de estarem mais indicados para a reabilitação da parte anterior da mandíbula ou maxilar são, em casos bem determinados e não esquecendo as suas limitações, uma boa alternativa para a reabilitação de espaços interdentes reduzidos na zona dos pré-molares. ■

## Referências

- Ziv Mazor (2006). Utilização prolongada de mini-implantes na reconstrução de dentes ausentes em casos de deficiências severas da crista alveolar e de espaços interdentes reduzidos. *Aesthetic & Implant Volume 1*: 27-31.
- Carl E. Misch. Treatment options for a congenitally missing lateral incisor. *Dentistry today*. August 2004: 89-93.
- Carl E. Misch. The procedures, limitations and indications for small diameter implants and a case report. *Oral Health*, August 2004: 16-26.
- N.R. Smith, O'Neal, S. Haigh and M.S. Reddy. Efficacy of 3mm implants in areas of limited spacing. *International Association for dental research*, March 11 2005
- Jennifer Steigenga, Khalaf Al-Shammari, Carl Misch, Francisco Nociti and Hom-Lay Wang. Effects of implant thread geometry on percentage of osseointegration and resistance to reverse torque in the tibia of rabbits. *Journal of periodontology* September 2004: 1231-1241.