

REVISTA



www.inp.com.br

Ano 2 - edição 3

**Porque
a Implantodontia
tem que ser simples**



NOVO PILAR TEMPORÁRIO

Mais versátil do que isso,
só esperando o dente
nascer de novo.



Confeccionado em **titânio**.

Vendido em packs com 5 unidades (pilar e parafuso)
Compatível com implantes HE 3.3 e 4.1 mm - universal.



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Índice

5-6 Provisórios de Longa Duração.
Utilizando Pilares em Cobalto-Cromo Rogério Gonçalves Velasco

9-10 Regeneração óssea guiada para
recuperação da parede vestibular
após perda de implante utilizando
barreira de polipropileno sem o uso
de enxertos ou biomaterial. Munir Salomão
José Tadeu Tesseroli de Siqueira

13-14 Utilização de expansores laminadores
ósseos para instalação de implantes
convencionais em maxilas atróficas. Adriana Stival Scalissi
Rogério Gonçalves Velasco

"Faça tudo o mais simples possível, mas não de forma simplista"

Albert Einstein
(físico alemão, 1879-1955)

Edição periódica
Tiragem desta edição: 5.000 exemplares
Impressão: Gráfica Flashcolor



Sistema de Implantes Nacionais
e de Próteses Comércio Ltda
Rua Marquês de Maricá, 1230
Sacomã - São Paulo - SP - 04252-000
PABX: (11) 2083-4130

www.inp.com.br

Você busca mais qualidade nas suas próteses?



Nova linha de capas e pilares em **Cobalto-Cromo**. Qualidade e economia com material 100% biocompatível. Pode ser utilizado em processos laboratoriais de alta fusão.



Linha HE 4.1 Universal



Linha INP Sumalis



Estheticone Universal



Mini Estheticone INP



Multi-unit Universal

Todas as linhas contam com versões rotacionais e anti-rotacionais.



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Provisórios de Longa Duração. Utilizando Pilares em Cobalto-Cromo

Rogério Gonçalves Velasco

- Doutor em Implantodontia
- Mestre em Medicina – área de Concentração em Ciências da Saúde/Cirurgia de Cabeça e Pescoço
- Especialista em Prótese Dentária e em Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial

Da forma como a Implantodontia vem evoluindo, aumentando a acessibilidade deste recurso reabilitador a cada vez mais pacientes, o profissional precisa buscar alternativas para redução de custos sem comprometer a qualidade final dos trabalhos a serem oferecidos.

Neste pensamento, é desejo de muitos profissionais a utilização de provisórios de longa duração, que possam permanecer em função por 2 ou 3 anos, antes de se optar por um trabalho mais duradouro. Independente do motivo que leva a esta busca, podemos utilizar recursos já existentes no mercado para a criação de infra-estruturas protéticas simplificadas.

Para ilustrar esta situação, utilizamos pilares confeccionados em Cobalto-Cromo (Sistema INP, SP) para a criação de uma estrutura protética rígida, sem fundição, sobre a qual podem ser prensados dentes acrílicos e compor uma prótese temporária semelhante a um protocolo de Branemark.

Utilizamos recursos de cirurgia guiada digital para o posicionamento dos implantes. Quando se trata de carga imediata, com certeza este recurso oferece condições melhores que as cirurgias convencionais. Uma vez que não há necessidade de incisão e, consequentemente suturas, as dimensões de tecido mole são bastante fieis para a confecção das próteses definitivas. O mesmo não ocorre nos procedimentos convencionais, e que ao final da cirurgia, os tecidos estão em uma condição diferente (inflamados)

do que estarão depois de 2 ou 3 meses pós-cirurgia. Imediatamente após a cirurgia, foram colocados montadores de implantes, as anilhas metálicas do guia forma removidas e o guia cirúrgico transformou-se em um guia multifuncional, podendo ser enviado ao laboratório com a prótese total antagonista e assim criado os modelos de trabalho, já na dimensão correta e relação implantes/modelo de trabalho final. Para a confecção da barra, além dos pilares cilíndricos em cobalto-cromo, utilizamos fio de ortodontia 1,0 mm e solda prata de baixa fusão. Com o fio de orto uma estrutura foi realizada ao redor dos pilares e esta foi soldada sobre os pilares com a solda prata. Como utilizamos um material de baixa fusão, este procedimento pôde ser feito diretamente sobre o modelo em gesso, sem necessidade de inclusão em revestimentos.

Os dentes da prótese inferior inicial foram retirados e aplicadas sobre a barra temporária através de resina acrílica. A prótese foi finalizada e instalada. A oclusão é conferida e programados controles periódicos até a estabilidade mastigatória estar alcançada. Este recurso vai oferecer um prótese com longa duração, simples de ser realizada, baixo custo e ótimas vantagens em função imediata.

Referências

1. Rivaldo EG et al. Falhas estruturais em prótese total fixa sobre implantes: relato de caso clínico. *Stomatol* 2007;13(25):131-8
2. Joias RM, Joias RP, Gomes ED. Estrutura metálica para protocolo Branemark com UCLA de Co-Cr um estudo piloto. *Revista APCD SBC* 2009; 66(3, p12-15
3. Telles DM, Hollweg H, Barbosa LC. *Prótese Total-Convencional e sobre implantes* Cap 4, Ed. Santos, São Paulo, 2003

Provisórios de Longa Duração. Utilizando Pilares em Cobalto-Cromo



01. Para a cirurgia guiada digital, um dos primeiros requisitos é a realização de próteses que cumpram os objetivos estéticos e biológicos finais.

02. Baseado na anatomia da nova prótese inferior e no planejamento virtual é gerado um guia cirúrgico. Sobre este guia são fixadas as anilhas de estabilidade e de orientação cirúrgica.

03. Através de um guia em silicone o guia é mantido em posição funcional para permitir sua fixação adequada.

04. Quatro implantes foram instalados visando a confecção do protocolo de Branemark.

05. O guia cirúrgico que, com suas anilha metálicas removidas, transforma-se em um guia multi-funcional.

06. Optamos por utilizar montadores de implantes, que, com o guia multi-funcional em posição, foram ferulizados no ato da moldagem.

07. Moldagem para criação do modelo de trabalho.

08. Utilizando os pilares cilíndricos em cobalto-cromo do Sistema INP, fio ortodôntico de 1,0mm e solda de baixa fusão em prata, foi criada uma estrutura rígida para suporte da prótese temporária.

09. A estrutura foi provada sobre os implantes, e garantir o assentamento passivo da estrutura.

10. Os dentes acrílicos da prótese inicial foram recortados e aplicados sobre a estrutura com resina termoativável e polimerizada sob pressão e calor.

11. Prótese finalizada, com zonas adequadas à higienização e finalização em cinta metálica polida para melhor condicionamento gengival.

12. Vista inferior das próteses concluídas.

13. Prótese instalada no mesmo dia, com oclusão funcional e preservação da dimensão vertical.

14. Remoção da prótese 3 meses após a cirurgia, para controle e manutenção. A saúde peri-implantar é preservada, conferindo longevidade do trabalho realizado.

Pequenas dimensões Grandes resultados



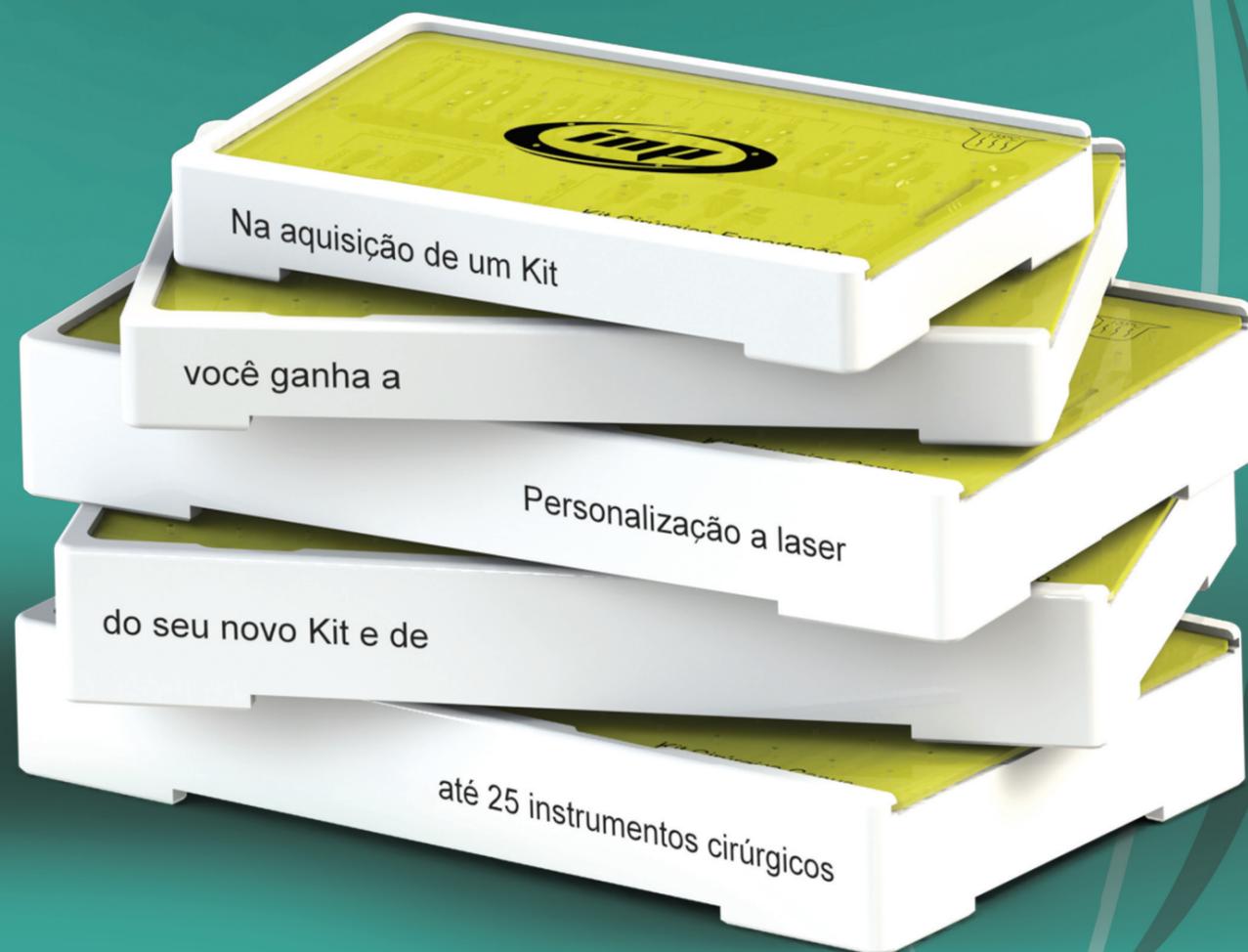
Linha Conus 3,3 HE

Para regiões estéticas e zonas de pouca disponibilidade óssea.



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Porque VOCÊ é Único!



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Regeneração óssea guiada para recuperação da parede vestibular após perda de implante utilizando barreira de polipropileno sem o uso de enxertos ou biomaterial. Relato de caso clínico.

Munir Salomão

- Periodontista
- Ex-assistente da Divisão de Odontologia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

José Tadeu Tesseroli de Siqueira

- Supervisor da equipe de Dor Orofacial - Divisão de Odontologia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Traumatologia Bucimaxilofacial

Muitos de nossos pacientes não apresentam quantidade nem qualidade ósseas disponíveis para a adequada reabilitação, o que, em muitas circunstâncias, apesar de toda a competência profissional, muitas reabilitações protéticas estão longe de serem consideradas satisfatórias. As alterações ósseas em consequência de doença periodontal grave e complicada, cáries extensas, fraturas radiculares, aliadas a hábitos parafuncionais somadas à mastigação deficiente, só aumentam os problemas locais e podem repercutir e mesmo agravar quadros sistêmicos, uma vez que os alimentos não são triturados adequadamente. As exodontias, são talvez a maior causa dos grandes problemas vividos no dia-a-dia da clínica, sobretudo nos dentes portadores de fraturas, lesões de furca, restaurações cervicais extensas, lesões periapicais entre outras causas. Por esta razão vamos procurar ilustrar neste caso clínico uma técnica de pouquíssima complexidade, de baixo custo, alta previsibilidade, segura e com mínima morbidade para o paciente.

Toda vez que realizamos uma exodontia, alterações fisiológicas do tecido ósseo vão ocorrer no local onde o dente estava inserido. Este processo é denominado modelação óssea e significa uma mudança de forma, relacionado com a arquitetura externa óssea e é causada pelo fenômeno da reabsorção óssea. Também os tecidos moles periodontais que davam proteção ao dente sofrem modificações a fim de recobrirem o alvéolo deixado em consequência da exodontia. O resultado, em geral, é uma perda da quantidade de tecido ósseo. Essa perda não

apresenta um padrão definido de modificação ocorrendo com uma maior acentuação nos primeiros 6 meses após a exodontia e é inevitável, imprevisível e irreversível.

Vários fatores contribuem para que um defeito que se instala após a exodontia apresente variadas proporções. Podemos citar por exemplo:

Tamanho do dente; Posição tridimensional do dente no alvéolo; Espessura das paredes alveolares, sobretudo a parede vestibular; Presença de reabsorções ósseas, comumente causadas por doença periodontal; Restaurações cervicais extensas; Lesões periapicais extensas; Fraturas radiculares longitudinais ou oblíquas; Fenestrações e deiscências; Processos infecciosos agudos; Exodontias traumáticas; Não aplicação imediata de procedimentos regenerativos como a ROG.

De um modo geral, a parede vestibular dos dentes apresenta uma espessura menor que a parede lingual ou palatina. Às vezes, se apresenta como uma fina lâmina óssea e em alguns casos apresenta-se com fenestrações e deiscências, ou até mesmo inexistente, ficando a raiz dentária recoberta diretamente pelo tecido mucoso. Os alvéolos que suportam os dentes, apresentam uma lâmina óssea cortical que os recobre e que serve para ancoragem das fibras periodontais. Este tecido ósseo é denominado de osso alveolar propriamente dito. Nas radiografias é conhecido como lâmina dura. Este tecido ósseo que recobre internamente o alvéolo não pertence ao processo alveolar e sim ao dente. Ele se forma quando a raiz dentária se completa e, portanto, é dente-dependente. Isso significa dizer, que, a remoção do dente, causa um desequilíbrio em todo o processo alveolar. Uma vez que o osso alveolar propriamente dito pertence ao dente, a remoção do dente faz com que este perca sua função e passa a ser reabsorvido. Nos casos onde a parede vestibular que recobre o dente é muito delgada, o osso alveolar propriamente dito, ou lâmina dura, já deixa de existir pelo próprio procedimento da exodontia ou caso permaneça, rapidamente é reabsorvido e como consequência, um defeito ósseo será instalado.

Daí, a importância de se avaliar a espessura da parede vestibular nos casos dos implantes imediatos. Hoje, com exames tomográficos específicos conseguimos facilmente dimensionar as espessuras tanto da parede vestibular quanto lingual ou palatina e são exames fundamentais e imprescindíveis, sobretudo quando se planeja a instalação de um implante imediato.

Assim que o dente é removido, o alvéolo se enche de sangue e em seguida forma-se um coágulo, que é rico em fibrina e fatores de crescimento. Em aproximadamente 24 horas, na periferia do coágulo ocorre edema e infiltração neutrofílica. Entre 48 a 72 horas toda a periferia do coágulo é repleta de brotos capilares. Este processo é denominado de organização do coágulo. Juntamente com esse quadro inflamatório agudo e da organização do coágulo, inicia-se a remoção de células mortas, tecido necrótico e fragmentos ósseos pelos neutrófilos, macrófagos e osteoclastos. Em uma semana, o coágulo está completamente organizado e passa a se constituir de um tecido de granulação e sua superfície, ao invés de estar recoberta por uma rede de fibrina é agora epitelizada. O fundo do alvéolo já apresenta tecido osteóide que aumenta do fundo para a superfície e da periferia para o centro do alvéolo. Aos 3 meses após a exodontia o alvéolo está totalmente preenchido por tecido ósseo maduro.

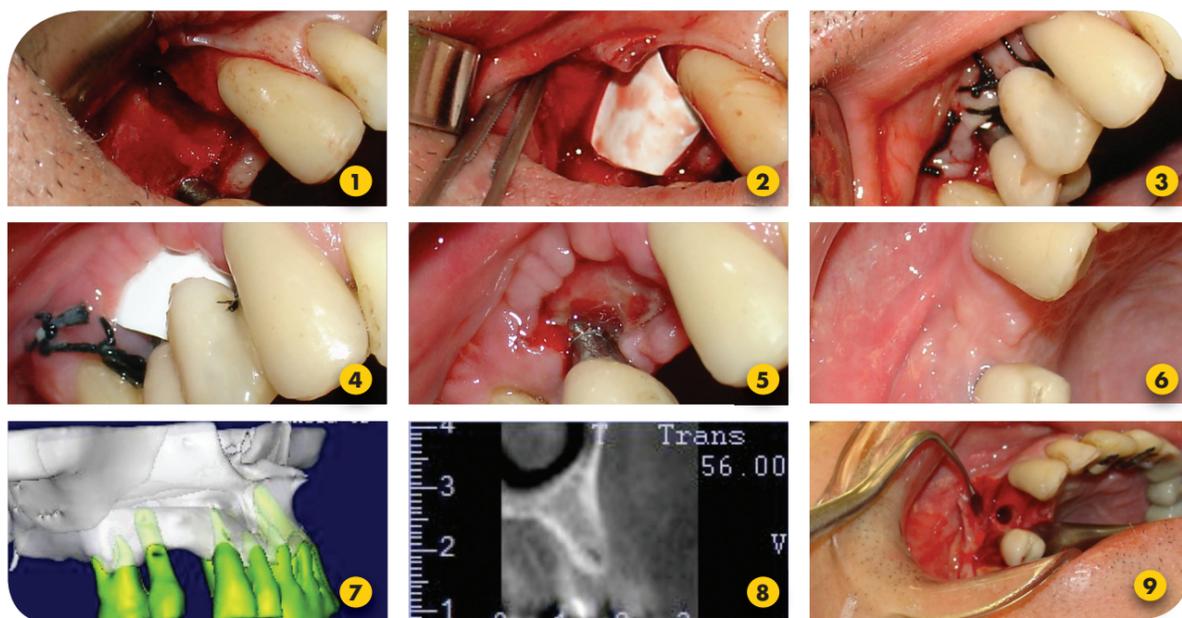
Várias técnicas podem ser usadas afim de se preservar a arquitetura do rebordo ósseo alveolar. Neste artigo vamos nos reportar à Regeneração óssea guiada – ROG.

A ROG é um procedimento cirúrgico que visa, impedir que células não osteogênicas povoem a região do defeito que se deseja regenerar. O princípio da ROG é descrito como Princípio da Osteopromoção e consiste na utilização de uma barreira física, com a finalidade de isolar a área a ser regenerada, permitindo que haja a formação, organização e transformação de um coágulo sanguíneo em tecido de granulação, que posteriormente é substituído por tecido ósseo.

No presente caso, foi utilizada uma barreira de polipropileno (Bone Heal® - INP – São Paulo – Brasil).

Caso clínico:

Paciente sexo masculino, caucasiano, ASA I, 53 anos, foi submetido a implante imediato do elemento 14. Com 10 dias de pós-operatório o paciente relatou queixa de dor moderada na região do implante. Ao exame físico foi detectada mobilidade do implante, que foi removido e um retalho total vestibular foi realizado para se avaliar as reais condições ósseas. Na fig. 1 pode-se observar ausência da parede vestibular.



1. Ausência da parede vestibular.
2. Barreira de polipropileno recobrimo totalmente o defeito ósseo.
3. Sutura e colocação de provisório sem presionar a barreira.
4. Uma semana de PO, onde pode ser vista a barreira exposta ao meio bucal.
5. Remoção da barreira, 7 dias de PO onde pode ser visualizado o tecido de granulação.
6. 90 dias após o procedimento da instalação da barreira.
7. Visão 3D, 90 dias após a cirurgia com a barreira; observe que a face vestibular do rebordo foi totalmente regenerada, sem perda da altura do rebordo ósseo.
8. Corto tomográfico com a área regenerada
9. Confecção da loja cirúrgica para instalação do implante em tecido ósseo regenerado. A membrana regenerativa Bone Heal® - INP – São Paulo – Brasil, mostrou-se eficiente e está indicada nos casos onde se deseja obter ROG

*Periodontista, Ex-assistente da Divisão de Odontologia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Supervisor da equipe de Dor Orofacial - Divisão de Odontologia – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

1. Salomão M, Siqueira JTT. Uso de barreira de polipropileno pos exodontia. Relato detres casos clínicos. Rev. Bras. Implant 2009;12-5.
2. Salomão M, Siqueira JTT, Alvarez FK. Regeneração óssea guiada em defeitos extensos pós-exodontias utilizando membrana exposta ao meio bucal. Revista ImplantNews - 2010;7(6):753-9
3. Salomão M, siqueira JTT. Uso de barreira exposta ao meio bucal para regeneração óssea guiada após exodontia. Rev Assoc Paul Cir Dent 2010; 64(3):184-8
4. Salomão M, siqueira JTT. Recuperação do rebordo alveolar através de barreira exposta ao meio bucal. Novo paradigma? – Revista Catarinense de Implantodontia – 2010 –Ano 10(12): 26-8

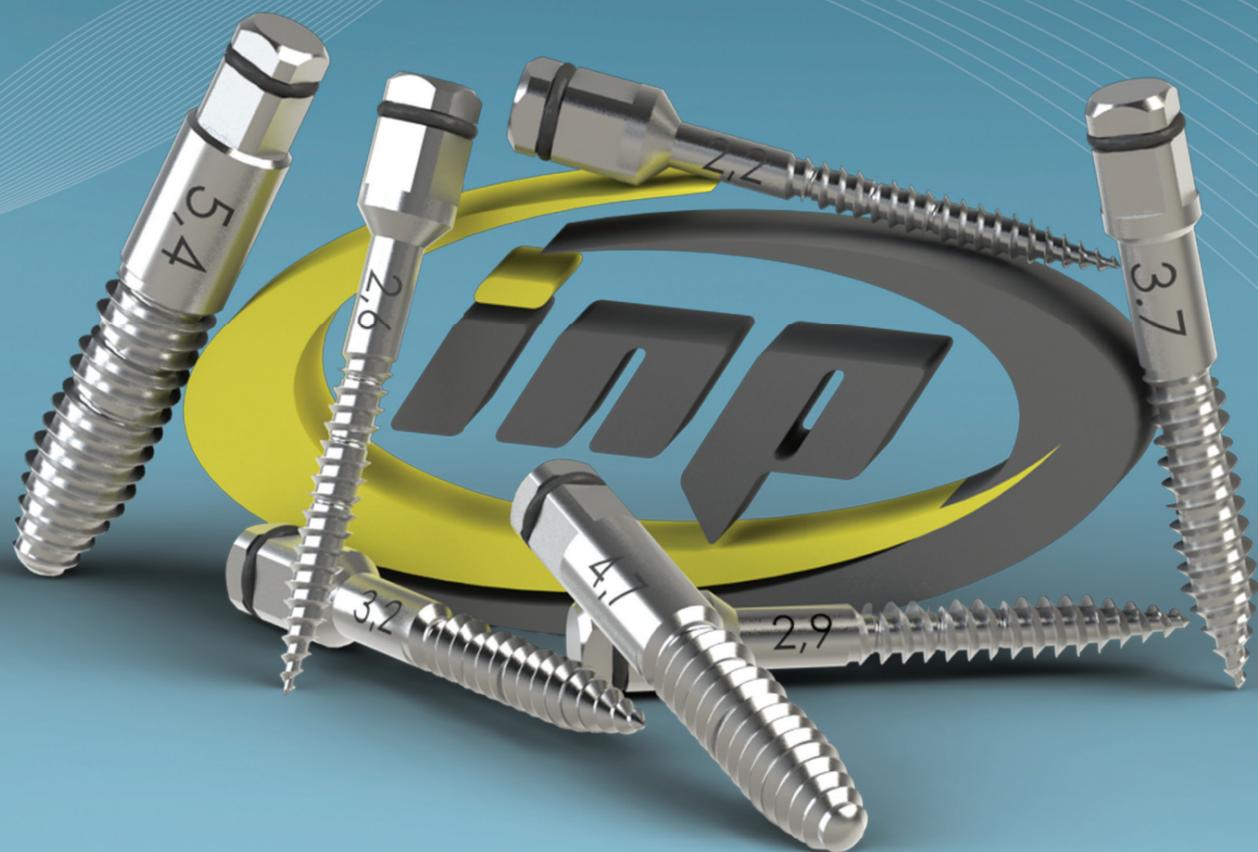


Quebre paradigmas.
Elimine todas as barreiras do seu dia-a-dia.



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Laminadores Cirúrgicos



Otimizando o osso disponível
e simplificando sua cirurgia.



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Utilização de expansores laminadores ósseos para instalação de implantes convencionais em maxilas atróficas. Relato de caso clínico.

Adriana Stival Scalissi

• Especialista em cirurgia e traumatologia buco maxilo facial, Consultora técnica INP

Rogério Gonçalves Velasco

• Doutor em Implantodontia
• Mestre em Medicina - área de Concentração em Ciências da Saúde/Cirurgia de Cabeça e Pescoço
• Especialista em Prótese Dentária e em Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial

A reabilitação de pacientes inválidos orais tem se constituído num dos maiores desafios da odontologia moderna¹. Com a perda dos elementos dentários e a não substituição dos mesmos, o processo alveolar entra em degeneração produzindo uma diminuição da largura óssea e depois uma diminuição da altura.

Os implantes osseointegrados tem sido constantemente indicados e considerados uma opção viável para a reabilitação protética de pacientes que perderam seus elementos dentais⁷. Entretanto, em casos onde o rebordo apresenta-se atrófico e com defeitos ósseos, é necessária a busca de alternativas para a instalação dos implantes. Na região anterior da maxila, normalmente, existe altura suficiente para a colocação de implantes, porém, com largura deficiente, pela predominância de reabsorção óssea na região vestibular. Para a realização de um alvéolo cirúrgico por meio da perfuração seqüencial com fresas, é necessário a complementação com algum tipo de enxerto ósseo, tornando mais demorada e complexa a resolução do caso. Entretanto, como a maxila geralmente apresenta um osso do tipo III ou IV, é possível o alargamento do rebordo por A técnica de expansão óssea foi introduzida por Hilt Tatum no final da década de 80, porém foi Robert Summers que desenhou instrumentos com os quais aperfeiçoou a técnica conhecida e utilizada até os dias de hoje. Tais instrumentos possuem um formato cilíndrico - cônico e atuam de modo a

alargar e aumentar o diâmetro do alvéolo cirúrgico, proporcionando uma compactação óssea lateral e melhorando a densidade óssea⁶.

A utilização de expansores espiralados facilita a manutenção do posicionamento adequado, fiel ao longo eixo de inserção eleito do implante e torna mais difícil a possibilidade de deiscências ou fenestrações ósseas durante o ato. A técnica torna-se mais apurada e sem dificuldades em sua realização, permitindo assim, maior controle do cirurgião implantodontista durante a cirurgia para a colocação do implante. A sua utilização ainda diminui consideravelmente o desconforto gerado pelo uso do martelo cirúrgico para golpear o osteótomo tipo Summers na confecção do leito cirúrgico².

Este trabalho tem por objetivo descrever um caso clínico com a técnica de expansão óssea através do uso de expansores laminadores cônicos em maxila atrófica.

Caso Clínico

Paciente de sexo feminino, leucoderma, 59 anos de idade, apresentando bom estado geral de saúde, com ausência total dos elementos dentais e portadora de uma prótese total superior. No exame tomográfico pôde-se verificar uma boa altura óssea na região anterior (variações de 14mm à 17mm) porém foi constatada uma pequena espessura óssea (variações de 3,2mm à 3,5mm). Devido a situação encontrada em exame tomográfico e pensando em evitar o tempo cirúrgico do enxerto, optou-se pela reabilitação da paciente através do uso de expansores laminadores cônicos do Sistema INP.

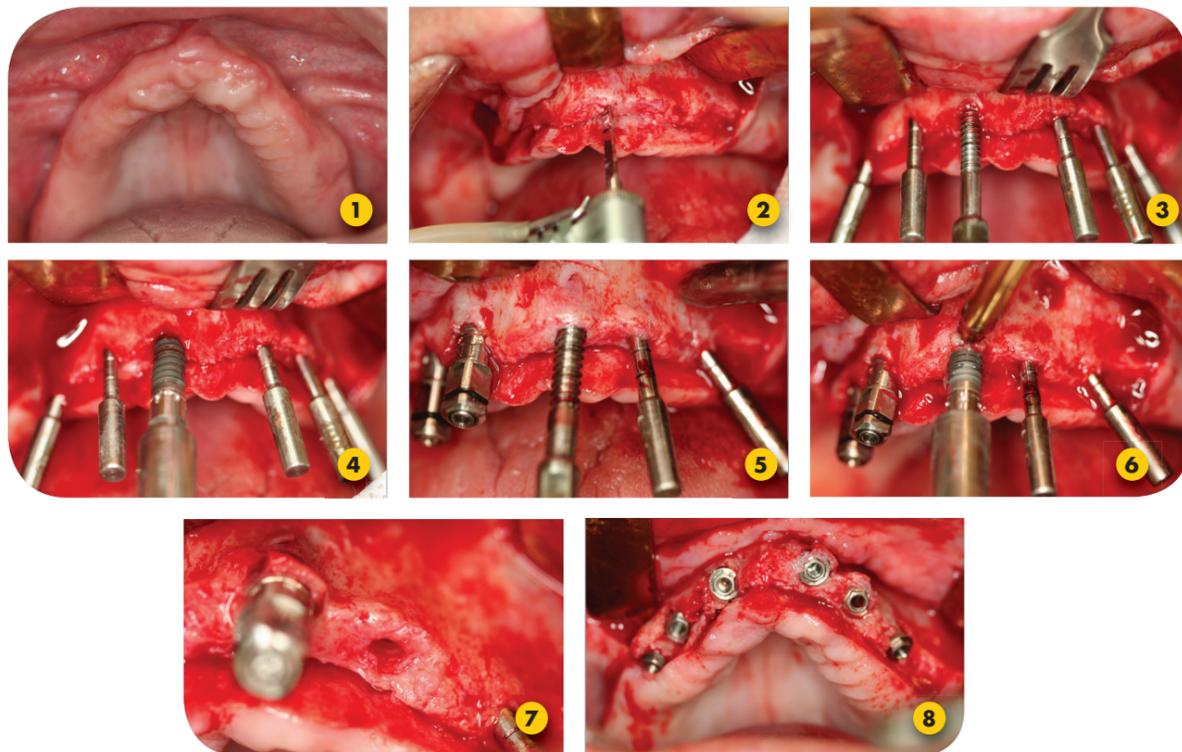
Foi planejado a colocação de 6 implantes distribuídos no rebordo para posterior suporte de protocolo.

Após anestesia, realizou-se a incisão em crista e posterior elevação do retalho mucoperiosteal. Em seguida, foi utilizado uma broca lança 1,8mm

Simplex

para realizar as perfurações e servir de orientação na utilização dos expansores (Fig 2). Após perfuração com broca lança de 1,8mm, foram colocados paralelizadores em todas as perfurações para guiar a posição dos implantes durante a execução da técnica, mantendo assim um paralelismo entre os mesmos (Fig 3). Seguindo a orientação da broca lança na região

do elemento 11, foram inseridos seqüencialmente os expansores de diâmetros 2,2mm, 2,6mm, 2,9mm, 3,2mm e 3,7mm (Fig 3) possibilitando uma expansão óssea para alojamento de implante Conus HE 4,0 x 15,0mm (Fig 4). Foi seguido o mesmo procedimento para a instalação dos outros 5 implantes, todos eles Conus HE 4,0 x 15,0mm (Figs. 5, 6, 7, 8)



1. Situação inicial da paciente
2. Perfuração com broca lança .
3. Paralelizadores posicionados e expansor laminador cônico sendo inserido no alvéolo cirúrgico .
4. Implante Conus HE 4,0 x 15,0mm sendo inserido após expansão óssea
5. Expansor laminador cônico 3,2mm em região de elemento 23
6. Implante Conus HE 4,0 x 15,0mm sendo inserido após expansão óssea em região de elemento 23
7. Alvéolo cirúrgico confeccionado.
8. Implantes Conus HE 4,0 x 15,0mm instalados.

Referências Bibliográficas

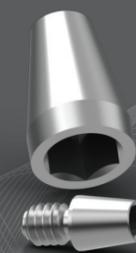
- 1 - DUARTE, L.R. et al. Reabilitação de maxila atrófica utilizando quatro fixações zigomáticas em sistema de carga imediata. Implant News V1, n1, janeiro-fevereiro 2004, p45-50
- 2 - ITINOCHE et al. Expansão óssea com dispositivos manuais rosqueáveis com instalação simultânea de implante - Relato de caso clínico. Implant News V3, n3, maio-junho 2006, p236-241
- 3 - JÓIAS, R. M.; STIVAL, A. V. Instalação de implantes em maxila atrófica com expansores laminadores. Relato de caso clínico. Revista Brasileira de Implantodontia V15, n3, julho-setembro 2009, p17-19
- 4 - PASSADORE, R. et al. Expansor ósseo para maxila posterior: Técnica Passadore. Revista Brasileira de Implantodontia. V10, n40, outubro-dezembro 2003, p337-339
- 5 - SALOMÃO, M; SIQUEIRA, J.T.T. Uso de barreira de polipropileno pós exodontia. Relato de três casos clínicos. Revista Brasileira de Implantodontia. V15, n2, abril-junho 2009, p12-15
- 6 - SILVA, A. R.; OLIVEIRA, D. G. Técnica de expansão óssea com o uso de osteótomos de Summers. RGO V48, n4, outubro - dezembro 2000, p187-189
- 7 - TOLENTINO, L. S. et al. Expansão cirúrgica de rebordo alveolar atrófico - uma revisão sistemática. ATO V4, n6 2009, p785-802



Implante UNNIC

Sistema em monobloco para próteses parafusadas e cimentadas, menos perda óssea.

Simplicidade protética. Resultados previsíveis.



Conjunto cimentado para unitários e fixas



Conjunto para barras, fixas e provisórios parafusados



Conjunto provisórios cimentados



Compre pelo nosso site:
www.inp.com.br

Pense digital!

Scanner Xcad Clinic
69.900,00



Scanner Xcad Lab
R\$ 39.900,00

**100%
nacional
e suporte
no Brasil**



SCANNER
XCAD

Uma nova era na odontologia.

www.bioguide.com.br