

# Provisionalização de prótese fixa implantossuportada em caso de perda do implante intermediário



**Daniel Palhares**

Cirurgião-dentista. Especialista em Prótese Dentária. Mestre em Ciências da Saúde – concentração em Implantodontia. Professor do curso de Especialização em Implantodontia na Associação Nacional de Estudos Odontológicos em Ribeirão Preto – ANEO/RP. Professor do curso de Aperfeiçoamento em Prótese Dentária em Rio Verde – GO.

[danielpalhares@hotmail.com](mailto:danielpalhares@hotmail.com)

**Marcelo Bighetti Toniollo**

Cirurgião-dentista. Especialista em Prótese Dentária. Mestre e Doutorando em Reabilitação Oral pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - FORP/ USP – Departamento de Materiais Dentário e Prótese. Professor do curso de Especialização em Implantodontia na Associação Nacional de Estudos Odontológicos em Ribeirão Preto – ANEO/RP. Professor do curso de Aperfeiçoamento em Prótese Dentária em Rio Verde – GO.

[martoniollo@yahoo.com.br](mailto:martoniollo@yahoo.com.br)

Um dos grandes avanços da Odontologia moderna se deve à descoberta feita por Branemark na década de 1960. O advento da Implantodontia trouxe soluções incrivelmente abrangentes aos pacientes desdentados, tanto parciais como totais. A partir daí, os estudos apresentaram crescentes descobertas na área, o que propiciou inúmeras inovações aos implantes e respectivas próteses.

Dentre os variados estudos e evoluções no decorrer dos anos, muito tem se pesquisado sobre as falhas da osseointegração, assim como suas causas e consequências<sup>1,2</sup>. Tais falhas que ocorrem na interface implante/osso advêm de motivos multicausais. Algumas vezes, também se pode observar a falha em longo prazo dos implantes, sendo que tal motivo não se originou, necessariamente, da ausência da osseointegração, mas, sim, de sua quebra ou perda por algum motivo biomecânico pós-carregamento, por exemplo.

Um dos motivos mais comuns no insucesso dos implantes e respectivas próteses após certo tempo em uso é a questão oclusal<sup>3,4</sup>. Uma eventual prótese sobre implante com contatos oclusais mal distribuídos, ou contatos prematuros indevidos pode, ao longo do tempo, originar um prognóstico deficiente. Outro fator muito envolvido na perda dos implantes se deve à higienização que, sendo ela precária, acomete-os com praticamente os mesmos problemas envolvidos na dentição natural<sup>5</sup>.

Ao mesmo tempo em que as causas de falhas na Implantodontia são amplas e abrangentes, as próteses provisórias se configuram como um caminho para o sucesso e previsibilidade final do tratamento<sup>6</sup>. Além disso, segundo Mezzomo (1994)<sup>7</sup>, o papel das restaurações provisórias durante o tratamento protético não se limita apenas a uma restauração temporária entre o preparo e a colocação da prótese definitiva, mas, também, promovem ao profissional a oportunidade de criar um modelo para a restauração final.

Em algumas situações específicas, isso pode se inverter. Uma vez pronta a prótese definitiva e, por algum motivo, ocorrer problemas com a mesma, ou com os pilares que a sustentam, pode-se, de forma imediata, realizar adaptações no intuito de utilizá-la como provisória.

Assim sendo, o intuito do presente caso clínico é relatar a perda de um implante intermediário de prótese fixa sobre implantes realizada há 10 anos e propor uma forma viável de provisioná-la previamente à confecção da nova prótese.

## Caso clínico

Paciente compareceu à clínica odontológica no ano de 2003, em busca de tratamento reabilitador em região posterior mandibular esquerda, devido a desdentamento parcial na área. Por tratar-se de área edêntula sem pilar posterior, foram propostas duas opções de tratamento: prótese parcial removível ou

prótese sobre implantes. Todas as dúvidas e questionamentos sobre os tratamentos possíveis foram sanadas e o paciente optou pelos implantes. No entanto, pela debilidade óssea na área, foi necessário procedimento de distração osteogênica prévio, no intuito de ganho de tecido ósseo em altura (figura 1). Na então ocasião, pós-distração osteogênica realizada e ganho de osso no sentido vertical, o caso foi estudado e analisado, sendo feitos três implantes. Aguardado o tempo de osseointegração, tais implantes foram reabilitados com prótese fixa metalocerâmica parafusada (figuras 2 e 3).

Passou-se 10 anos e, mesmo paciente sendo orientado a comparecer aos retornos periódicos e manutenções necessárias, não houve mais contato com o mesmo. No entanto, no ano de 2013, paciente compareceu novamente ao consultório odontológico com relato de sensibilidade na área do implante intermediário, e de posse de radiografia panorâmica realizada nos anos de 2009 e 2012, onde já foi possível notar uma evolução gradativa de perda óssea circunjacente ao implante intermediário (figuras 4 e 5). Foi checado o ajuste oclusal, o qual estava bem distribuído e balanceado. Não havia sangramento ou qualquer tipo de secreção na área. Os níveis de gengiva marginal livre, coloração e aspecto externo da prótese estavam bem próximos de quando a reabilitação havia sido instalada.

Optou-se, então, pela remoção da prótese fixa, a qual, após tal procedimento realizado, foi constatada com considerável depósito de resíduos na área cervical de assentamento aos implantes, principalmente no implante intermediário (figura 6). Procedeu-se, portanto, a limpeza de tal prótese com jato de bicarbonato, taças de borracha em baixa rotação e pasta profilática.

Após isso, foi feito exame clínico da área. Da mesma forma, a área cervical referente aos hexágonos dos implantes estava relativamente contaminada por resíduos, denunciando uma má ou dificuldade de higienização da região. Paciente relatou nunca ter se atido ao fato de ser necessária limpeza cuidadosa na área da prótese e cuidados específicos, conforme orientado na época de instalação da mesma. Mesmo assim, não havia sangramento ou tecido purulento marginal aos implantes (figura 7).

Toda a área foi adequadamente higienizada e, nesse momento, paciente relatou a mesma sensibilidade que havia lhe trazido ao consultório. Procedeu-se, então, teste de percussão nos implantes, os quais apresentaram sintomatologia dolorosa e aspecto sonoro diferente. Nos implantes extremos, mesial e distal, não houve expressão de dor, e o som claro de osseointegração aconteceu. No entanto, no implante intermediário houve relato de dor à percussão e nítido aspecto sonoro de fibrosamento. Além disso, pequena movimentação lateral também pôde ser observada. Concluiu-se, assim, a perda de osseointegração do implante intermediário, o qual foi removido por meio de montador adaptado ao hexágono do mesmo (figura 8).

Imediatamente após a remoção do implante intermediário o sangramento foi contido, e nenhuma sutura na área foi necessária (figura 9). Para que o paciente não ficasse disfuncionado na região, além do prejuízo estético, e pelo fato dos implantes extremos estarem em perfeitas condições, foi realizada a provisionalização da prótese fixa. O orifício referente ao parafuso no elemento intermediário foi selado com resina composta fotopolimerizável, mantendo apenas os hexágonos e área de retenção dos implantes mesial e distal (figura 10). A prótese fixa sobre implantes, que antes era a definitiva, foi instalada novamente sobre os implantes das extremidades, provisoriamente, até que se desse a cicatrização e remodelação óssea na área de remoção do implante intermediário (figuras 11 e 12).

Foram esperados três meses de cicatrização da área, tendo ocorrido grande reabsorção, principalmente vertical, na referida região. Assim, o caso ficou impossibilitado de ser reabilitado com um novo implante na área intermediária. Procedeu-se, portanto, a moldagem do caso para realização de nova prótese com pântico (figuras 13 e 14). A prótese foi instalada seguindo todos os preceitos necessários de ajustes e instruções de higiene, manutenção e retornos periódicos (figuras 15 e 16). Foi feita radiografia panorâmica final do caso para documentação e controle (figura 17).



**Figura 1**  
Radiografia panorâmica com procedimento de distração osteogênica em fase de execução.



**Figura 2**  
Arcada em oclusão no ano de 2003 após a confecção do trabalho.



**Figura 3**  
Área específica posterior mandibular esquerda com prótese fixa sobre implantes instalada no ano de 2003.



**Figura 4**  
Radiografia panorâmica realizada pelo paciente no ano de 2009.



**Figura 5**  
Radiografia panorâmica realizada pelo paciente no ano de 2012.



**Figura 6**  
Prótese fixa sobre implantes removida e constatação de considerável contaminação na área.



**Figura 7**  
Região mandibular posterior esquerda com implantes instalados – vista oclusal.



**Figura 8**  
Implante removido. Veja as áreas de tecido fibroso aderido ao mesmo.



**Figura 9**  
Região mandibular posterior esquerda com implante intermediário removido – vista oclusal.



**Figura 10**  
Prótese fixa sobre implantes provisionalizada - orifício referente ao parafuso no elemento intermediário selado com resina composta fotopolimerizável.





**Figura 11**  
Arcada em oclusão com prótese fixa sobre implantes provisionalizada instalada provisoriamente.



**Figura 12**  
Área específica posterior mandibular esquerda com prótese fixa sobre implantes provisionalizada instalada provisoriamente sobre os implantes das extremidades.



**Figura 13**  
Nova prótese implantossuportada sobre implantes das extremidades - vista vestibular.



**Figura 14**  
Nova prótese implantossuportada sobre implantes das extremidades - vista lingual.



**Figura 15**  
Nova prótese implantossuportada sobre implantes das extremidades - vista oclusal.



**Figura 16**  
Arcada em oclusão com nova prótese fixa sobre implantes instalada (elemento intermediário em pântico).



**Figura 17**  
Radiografia panorâmica - final do caso.

### Discussão

Nota-se que, em muitos momentos, os profissionais são exigidos em relação à sua capacidade de inovação, mas, tais procedimentos devem ser realizados sempre com embasamento técnico e científico, pois, só assim, é possível alcançar o sucesso vislumbrado.

Em muitas situações, por exemplo, a descrita neste relato de caso, o reabilitador se depara com condições inusitadas e lhe é exigida uma solução imediata.

A importância da provisionalização já é conhecida e bem descrita com relação às suas importâncias<sup>8,9</sup>, mas a situação inversa não é muito encontrada.

O relato do caso, aqui descrito, demonstrou a possibilidade de, num caso emergencial de prótese fixa sobre três implantes e perda do implante intermediário, adequação da prótese antes definitiva para uso de forma provisório. Assim, resolvem-se os problemas estético e funcional durante o período cicatricial da área, de forma rápida, segura e com o menor custo possível.

As causas deste tipo de evento podem ser inúmeras. A oclusão não ajustada e verificada periodicamente pode ser uma delas, além de higienização pouco eficiente. Outra questão que pode estar envolvida é com relação à biomecânica, já que algo que esteja causando desequilíbrio ao sistema leva à falha em algum momento<sup>10</sup>.

Fato é que, dificilmente, estabelecerão, claramente, todos os fatores possíveis de uma falha desse tipo. É necessário, sim, que os profissionais estejam preparados e capacitados para as adversidades do dia-a-dia clínico, por meio de conhecimentos fundamentados, minimizando riscos e oferecendo soluções aos pacientes.

### Conclusão

De acordo com os dados da literatura e com os resultados obtidos neste caso clínico, percebe-se que a provisionalização de próteses fixas implantossuportadas, em caso de haver necessidade de tal procedimento por eventual perda de implante previamente realizado, é viável no intuito da resolubilidade imediata, tanto funcional e, principalmente, estética. ▶

### Referências

1. Piattelli A, Trisi P, Romasco N, Emanuelli M. Histological analysis of a screw implant retrieved from man: Influence of early loading and primary stability. *Journal of Oral Implantology*. 1993;19:303-6.
2. Balsh TJ, Wolfinger GJ, Petropoulos VC. Quadruple zygomatic implant support for retreatment of resorbed iliac crest bone graft transplant. *Implant Dentistry*. 2003;12(1):47-53.
3. Rokni S, Todescan R, Watson P, Pharoiah M, Adegbenbo A, Deporter D. An assessment of crown-to-root ratios with short sintered porous surfaced implants supporting prostheses in partially edentulous patients. *Int J Oral Maxillofac Impl*. 2005;20(1):69-76.
4. Tawil G, Aboujaoude N, Younan R. Influence of prosthetic parameters on the survival and complication rates of short implants. *The International Journal of Oral Maxillofacial Implants*. 2006;2(2):275-82.
5. Bannwart LC, Dekon SFC, Pereira LV, Pellizzer EP. Higienização em prótese sobre implante. *Revista odontológica de Araçatuba*. 2012;33(1):32-36.
6. Mizrahi B. Temporary restoration: the key to success. *Alpha Omegan*. 2007; 100(2):80-84.
7. Mezzomo E. Reabilitação oral para o clínico. 1994; 2ª.ed, Rio de Janeiro: Quitessence Books.
8. Rosenberg MM. Tratamento periodontal e protético para casos avançados. 1996; Rio de Janeiro: Quitessence Books.
9. Shillenburg HT. Fundamentos de prótese fixa. 1998; 3ª.ed, São Paulo, Quitessence Books.
10. Toniollo MB, Macedo AP, Rodrigues RCS, Ribeiro RF, Mattos MGC. Three-dimensional finite element analysis of stress distribution on different bony ridges with different lengths of Morse taper implants and prosthesis dimensions. *The Journal of Craniofacial Surgery*;23(6):1888-1892.

## NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A seção CASO CLÍNICO da ODONTO MAGAZINE tem como objetivo a divulgação de trabalhos técnico-científicos produzidos por clínicos gerais e/ou especialistas de diferentes áreas odontológicas.

Gostaríamos de poder contar com trabalhos originais brasileiros, produzidos por cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e médicos, para divulgar esse material em nível nacional por meio da revista impressa e pelo site: [www.odontomagazine.com.br](http://www.odontomagazine.com.br)

Os trabalhos devem atender as seguintes normas:

1) Ser enviados acompanhados obrigatoriamente de uma autorização para publicação na ODONTO MAGAZINE, assinada por todos os autores do artigo. No caso de trabalho em grupo, pelo menos um dos autores deverá ser cirurgião-dentista. Essa autorização deve também dar permissão ao editor da ODONTO MAGAZINE para adaptar o artigo às exigências gráficas da revista ou às normas jornalísticas em vigor.

2) O texto e a devida autorização devem ser enviados para o e-mail: [vanessa.navarro@vpggroup.com.br](mailto:vanessa.navarro@vpggroup.com.br). As imagens precisam ser encaminhadas separadas do texto, em formato jpg e em alta-resolução. Solicitamos, se possível, que o artigo comporte no mínimo três imagens e no máximo 30. As legendas das imagens devem estar indicadas no final do texto em word. É necessário o envio da foto do autor principal do trabalho.

3) O texto deve seguir a seguinte formatação: espaço entre linhas simples; fonte arial ou times news roman, tamanho 12. As possíveis tabelas e/ou gráficos devem apresentar título e citação no texto. As referências bibliográficas, quando existente, devem estar no estilo Vancouver.

4) Se for necessário o uso de siglas e abreviaturas, as mesmas devem estar precedidas, na primeira vez, do nome próprio.

5) No trabalho deve constar: o nome(s), endereço(s), telefone(s) e funções que exerce(m), instituição a que pertence(m), títulos e formação profissional do autor ou autores. Se o trabalho se refere a uma apresentação pública, deve ser mencionado o nome, data e local do evento.

6) É de exclusiva competência do Conselho Científico a aprovação para publicação ou edição do texto na revista ou no site.

7) Os trabalhos enviados e não publicados serão devolvidos aos autores, com justificativa do Conselho Científico.

8) O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor (res). Os trabalhos publicados terão os seus direitos autorais guardados e só poderão ser reproduzidos com autorização da VPGROUP/Odonto Magazine.

9) Cada autor do artigo receberá exemplar da revista em que seu trabalho foi publicado.

10) Qualquer correspondência deve ser enviada para:  
Vanessa Navarro - Odonto Magazine  
Alameda Amazonas, 686 - sala G1  
Alphaville - Barueri - SP  
CEP: 06454-070

11) Ao final do artigo, acrescentar os contatos de todos os autores: nome completo, endereço, bairro, cidade, estado, CEP, telefones e e-mail.

12) Informações:

**Editora e Jornalista Responsável**

**Vanessa Navarro** (MTB: 53385)

e. [vanessa.navarro@vpggroup.com.br](mailto:vanessa.navarro@vpggroup.com.br)

t. + 55 (11) 4197.7506