

# Reabilitação oral com elevação atraumática dos seios maxilares

O Dr. Edson de Sá Ávila, o Dr. Hiram Fischer Trindade e o Dr. Marc Obrecht, com a colaboração do protésico Delmiro Carreira, apresentam um caso clínico em imagens, lembrando os critérios rigorosos de investigação a obedecer e as vantagens do uso de factores de crescimento e biomateriais.

**Dr. Hiram Fischer:** Médico Dentista. Formado pela Faculdade de Odontologia de Nova Friburgo – Universidade Federal Fluminense – Rio de Janeiro - Brasil. Post graduação em “Implantology and Oral Rehabilitation” na New York University – College of Dentistry – Center for Continuing Dental Education. “Certificate of Attendance” da “American Academy of Oral Implant Dentistry”. “Master in Implantology and Oral Rehabilitation” na “E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials”. “Diplome D’Universite D’Implantologie Orale et Maxillo-Faciale”, emitido pela “Faculté de Medicine da Université Paris XII”. Professor e Coordenador Científico do curso de “Implantologia e Reabilitação Oral” promovido pelo European Implantology Center (CEI) [www.implantologycenter.eu](http://www.implantologycenter.eu) e a E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials no Porto. Professor e representante para Portugal da ESORIB – [www.esorib.com](http://www.esorib.com). Contacto: [hiram@cei-europeu.pt](mailto:hiram@cei-europeu.pt)

**Dr. Marc Obrecht:** Médico Dentista. Diplomado pela Faculdade de Medicina de Estrasburgo (França). Ex-assistente do Hospital Universitário na Faculdade de Nancy (França). Laureado do Diploma Universitário de Prótese. Prof. Convidado – Pós-graduação na “New-York University”. Prof. Convidado – Diploma Universitário Paris XII. Director do programa de Pós-graduação pela “New-York University” para Espanha. Director do Curso Pós-graduação em Estética, Oclusão e Prótese para Portugal e Espanha. Professor do European Clinics Corporation e European Implantology Center em Portugal. Autor de numerosas publicações nacionais e internacionais

**Dr. Edson Ávila:** Médico Dentista. Post graduação em “Implantology and Oral Rehabilitation” na New York University – College of Dentistry – Center for Continuing Dental Education. “Diplome D’Universite D’Implantologie Orale et Maxillo-Faciale”, emitido pela “Faculté de Medicine da Université Paris XII – Val de Marne”. Professor e Coordenador Científico do Curso de “Implantologia e Reabilitação Oral” e do Curso de Oclusão e Prótese, promovidos pelo European Implantology Center (CEI), EUROCCORP e a E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials no Porto. Professor da E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials. Director para Portugal da E.S.O.R.I.B. – European School of Oral Rehabilitation Implantology and Biomaterials. Presidente Nacional em Portugal da AIIP – “Academia Internacional de Implantologia y Periodôncia”. Conferencista Internacional – conferências realizadas em: Portugal, Espanha, França, Brasil e USA. Presidente do European Implantology Center. Contacto: [edson@estheticschool.eu](mailto:edson@estheticschool.eu)

## Referências

1. A. Neff, P.; “TMJ Occlusion and Function”, 23-57. Georgetown University School of Dentistry, 1975.
2. Spiekermann H., K. Donath, S. Jovanovic, J. Richter.; “Atlas de Implantología”. Masson, 1995.
3. Muterthies K.; Korner, G.; “Art Oral”. Druckhaus Flotmann, 1996.
4. Jiménez-López, V.; “Rehabilitación oral en prótesis sobre implantes”. Editorial Quintessence, 1998.
5. Misch C. E.; “Implantologia Dentários Contemporâneos”, Mosby, Inc. Livraria Santos Editora, 2000.
6. Filho, J. S.; Barreto, M. A.; Tunes, U. R.; “Planejamento Estético Cirúrgico e Protético em Implantologia”. Editora Artes Médicas Ltda, 1ª edição, 2001.
10. Asher C, Lewis DH. The integration of orthodontic and restorative procedures in cases with missing maxillary incisors. Br Dent J. 1986 Apr 5;160(7):241-5.



**Figura 1:** Fotografia inicial onde é possível observar a linha do sorriso numa expressão natural sem esforço. Além da pigmentação dos dentes vê-se uma invasão do corredor bucal mais evidente no lado direito



**Figura 2:** Fotografia frontal interna onde se evidenciam as pigmentações e restaurações incorrectas



**Figura 3:** Vista lateral direita com ausência dos dentes 16 - 46 e inclinação dos posteriores para mesial



**Figura 4:** Vista lateral esquerda com ausência dos dentes 25, 26 e 36, provocando inclinação mesial dos posteriores. Todos os dentes posteriores em questão apresentavam mobilidade graus 2 e 3



**Figura 5:** Ortopantomografia inicial. Observa-se uma reabsorção óssea severa nos sectores posteriores da maxila e da mandíbula, com perda do processo alveolar na região correspondente aos seguintes elementos: 18, 17, 15, 27, 28, 37, 38, 47 e 48. Esta perda óssea estende-se de uma forma menos intensa nos sectores anteriores. A perda precoce dos dentes 16, 26, 26, 36 e 46 e posterior mesialização dos dentes situados para distal estão directamente relacionados com este processo devido ao trauma oclusal resultante



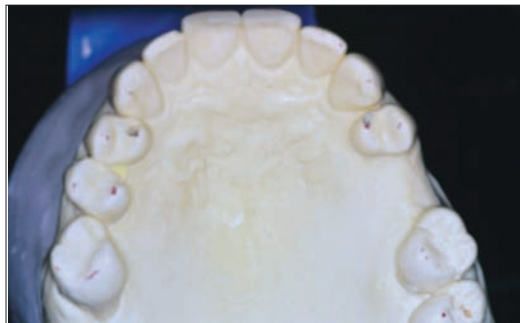
**Figura 6:** Modelos de estudo montados em articulador semiajustável - vista anterior



**Figura 7:** Modelos de estudo montados em articulador semiajustável - vista lateral direita



**Figura 8:** Modelos de estudo montados em articulador semiajustável - vista lateral esquerda



**Figura 9:** Vista oclusal do modelo superior onde há um primeiro ponto de contacto no dente 24 em relação cêntrica. Após deslocar a mandíbula para promover a máxima intercuspidação, ficam evidenciados os outros contactos



**Figura 10:** Vista oclusal do modelo inferior onde há um primeiro contacto em cêntrica no dente 34. Os outros contactos aparecem depois a caminho da máxima intercuspidação



**Figura 11:** Vista interna dos modelos evidenciando o primeiro contacto de relação cêntrica e o encaixe dos dentes numa perspectiva lingual



**Figura 12:** Após o estudo do caso e história clínica, estudo da oclusão e análise da ortopantomografia, é feito o ajuste oclusal dos modelos no articulador. Com isso observamos que os dentes anteriores articulam de forma correcta devolvendo as guias laterais e anterior. Desta forma já é possível fazer um correcto encerado diagnóstico



**Figuras 13 e 14 -** Vista lateral do encerado diagnóstico com premolarização dos dentes e regularização da curva de Spee e do plano oclusal. Após este estudo completo, conclui-se que é necessária a extracção dos elementos 18, 17, 15, 27, 28, 37, 38, 47 e 48. Após um período de três meses de cicatrização, são aplicados os implantes nas maxilas e na mandíbula, sendo que nos implantes superiores foi usada a técnica de elevação atraumática dos seios maxilares com o uso de Bio-Oss e PRPa





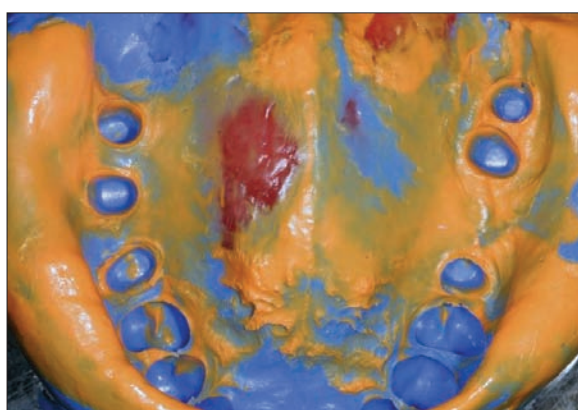
**Figuras 15 e 16 - Cicatrizadores aplicados com reposicionamento lateral de tecido queratinizado para conformação do perfil de emergência - vista lateral direita e esquerda**



**Modelo superior com os falsos cotos**



**Figura 18 -**



**Figura 19 - Modelo inferior com os falsos cotos**



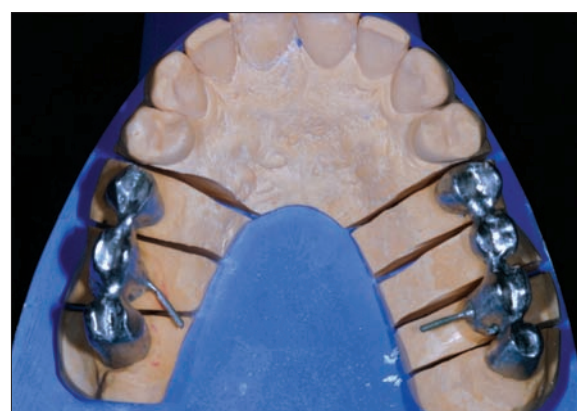
**Figuras 20 - Após a aplicação dos falsos cotos em boca, são feitas as moldagens de trabalho superior e inferior**



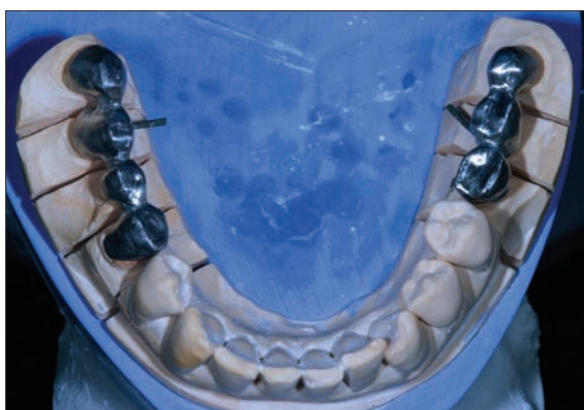
**Figura 21 - Próteses fixas temporárias aplicadas sobre os implantes. Neste período foram feitas substituições das restaurações estéticas**



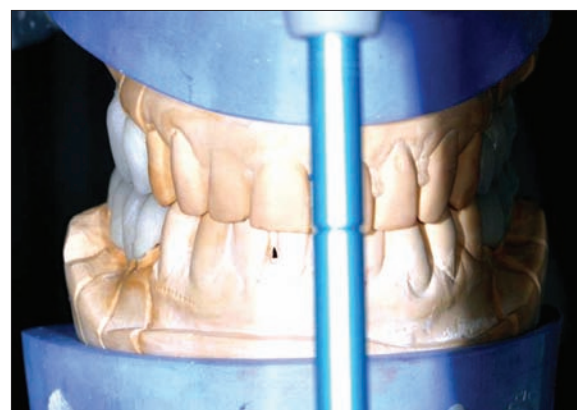
**Figura 22 - Teste oclusal em boca visualizando a função, guia anterior e as guias caninas nas lateralidades**



**Figuras 23 e 24 - Modelos de trabalho superior e inferior com as estruturas metálicas para prova**



**Figura 25 - Após um clareamento dos dentes naturais, tomamos a cor base comparativamente à escala para ser enviada para o laboratório**



**Figura 26 - Próteses em articulador para prova estética e funcional com a cerâmica**





**Figura 27** – Próteses em metalocerâmica aplicadas em boca. Observa-se a qualidade dos tecidos periodontais restabelecendo a saúde e a beleza



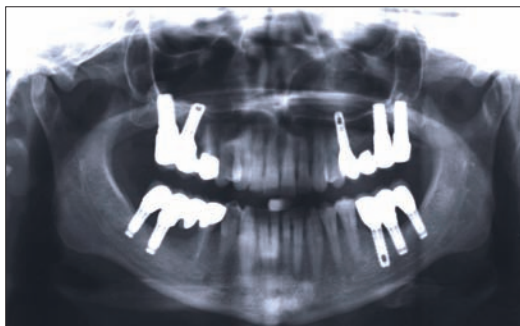
**Figura 28** – Nesta foto final do tratamento, ficam evidenciadas uma maior harmonia, com inclinação axial correcta dos dentes posteriores, melhor gradação e, conseqüentemente, um corredor bucal mais natural



**Figuras 29 e 30** – Fotografias inicial e final



**Figuras 31 e 32** – Diferenças entre o sorriso inicial e após a conclusão do tratamento



**Figura 33** - Ortopantomografia de controlo com cinco anos após a conclusão do caso clínico.

Na mandíbula, na região do 46, não foi aplicado implante em consequência de uma acentuada atrofia no sentido vestibulolingual do processo alveolar, alterado para uma ponte fixa dento-implantossuportada

## CONCLUSÃO

Em todas as reabilitações orais devemos obedecer a critérios rigorosos de investigação, seja em casos de unitários como também em casos de grande complexidade, para que possamos obter maiores

níveis de segurança, tendo como objectivo o resultado final da excelência estética e funcional.

A técnica indirecta de elevação dos seios maxilares (atraumática) com o uso de plasma rico em factores de crescimento e biomateriais (Bio-Oss) permite, na maioria das vezes, a formação de um tecido ósseo com igual ou melhor densidade do que a que normalmente encontramos nesta região.

Os implantes devem ser submetidos a carga somente após um período de quatro a seis meses, sendo este tempo directamente proporcional ao volume de enxerto aplicado.

## CONTACTOS

Delmiro Mesias Carreira (protésico):  
dcamposancos@yahoo.es

## EUROPEAN CLINICS CORPORATION

www.estheticschool.eu  
www.implantologycenter.eu  
Rua do Campo Alegre, 770 - Porto