

Luiz Fernando Martins André

Atlas de Prótese sobre Implantes Cone Morse





Capítulo

1

INTRODUÇÃO

Moser e Nentwig (1987)

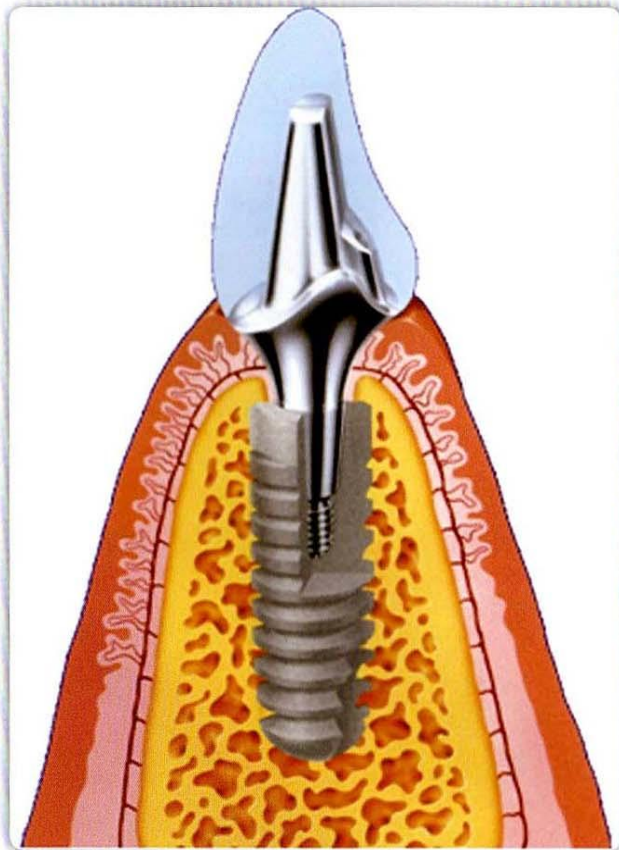


Fig. 1.1 – Sistema de implantes Ankylos.

Um sistema inovador, o sistema de implantes Ankylos® foi desenvolvido pelo Prof. Dr. G. H. Nentwig e Dr. W. Moser em 1985 com a proposta de reproduzir as características protéticas de um dente natural.

Usando as últimas inovações tecnológicas e vários anos de experiência clínica, o novo implante foi desenvolvido para que as condições fisiológicas do osso alveolar recebesse a força e a transferisse de forma otimizada ao osso.

Uma implantação biofuncional, que promove uma melhor condução das cargas mastigatórias, sendo no entanto, impermeável contra as bactérias.

A sua conexão protética é interna promovendo um encaixe tipo Cone Morse.

Conexão Protética Cônica

Cone Morse

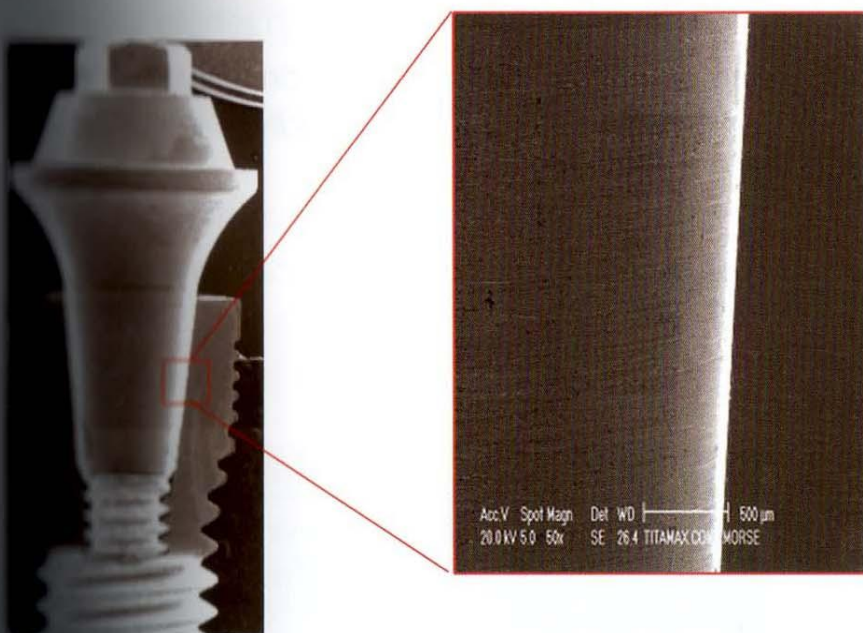


Fig. 1.2 - Precisão do encaixe tipo Cone Morse.

A solução é bem conhecida: é um encaixe de precisão entre as superfícies do implante e do pilar protético.

Este tipo de conexão é muito usado em mecânica, para a transmissão de força sem a perda da fricção.

Sendo assim, produz fixação antirrotacional estável e uma alta resistência mecânica.

A precisão do encaixe cônico é tamanha que elimina literalmente o microgap (microespaço) e, consequentemente, o risco de inflamação, fornecendo um ótimo pré-requisito para uma conexão rígida e permanentemente estável.

A união das duas superfícies promove uma solda fria.

Efeito Morse



Fig. 1.3 – Ângulo para o efeito Morse.

A força de união, que é proporcional à força de inserção, evita que o cone macho seja removido do cone fêmea, mesmo que se tente girá-lo ou aplicar uma força axial.

Um apertamento adequado dos cones garante que tal “travamento” seja um sistema seguro e natural para o parafuso que une o pilar protético ao implante.

O ângulo, para que o efeito Morse possa acontecer, varia de 6 a 16°.

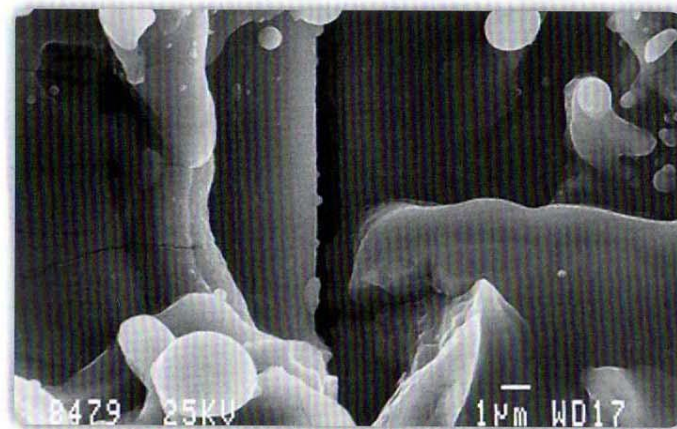


Fig. 1.4 – Deformação das paredes durante a união.

Vantagens Clínicas Benefícios do Sistema

A carga funcional extrema é transferida efetivamente.

Total confiança na prevenção de soltura do parafuso e do pilar protético.

A supraestrutura pode ser cimentada sem risco.

Transferência de maiores cargas (região de molares).

Conexão Impermeável (melhor vedação no contato implante-pilar protético).

Fixação antirrotacional.

Alta estabilidade mecânica.

Maior resistência (corpo único).

Redução do GAP (espaço).



Fig. 1.5 – Pilares para prótese cimentada.

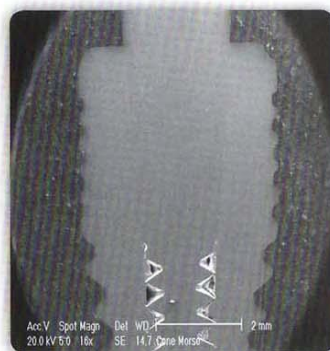


Fig. 1.6 – Ausência do GAP.



Fig. 1.7 – Prótese fixa cimentada.



Fig. 1.8 – Impermeável.

Características do Sistema

No sistema Cone Morse, o parafuso de cobertura (Cover Screw) possui um diâmetro de 2,5 mm independentemente do diâmetro do implante.

Isto demonstra que o diâmetro do perfil de emergência do componente protético sempre será de 2,5 mm, tanto para os implantes de 3,5 mm, como para os de 3,75, 4,0, 4,3 mm, etc.

Esta peculiaridade favorece o cirurgião-dentista devido a homogeneidade de seus pilares protéticos e seus cicatrizadores.

Isto é, independentemente do implante, qualquer componente protético pode ser utilizado, caracterizando o sistema como um sistema de plataforma estendida (Switching).

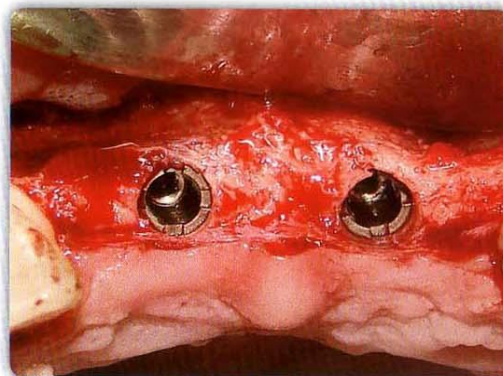


Fig. 1.9 – Implantes instalados.

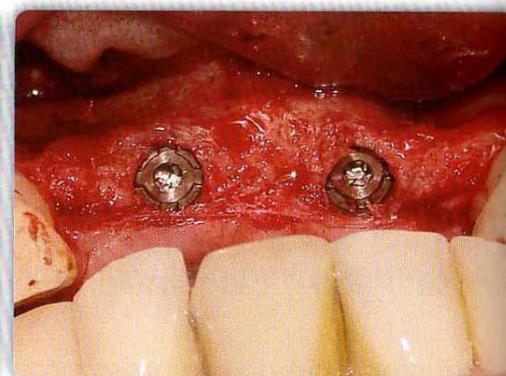


Fig. 1.10 – Parafusos de cobertura instalados.



Fig. 1.11 – Diâmetro e altura da conexão Morse.

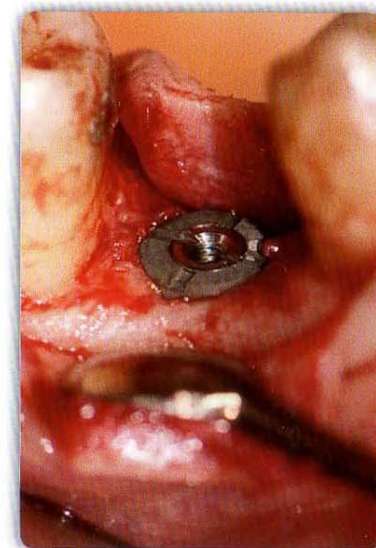


Fig. 1.12 – Plataforma Switching.

Mudança de Paradigma

O conceito de que os implantes devem possuir uma distância mínima de 3,0 mm entre eles, para permitir um resultado estético ideal, mostra-se obsoleto diante do fato de que não é a distância entre os implantes que se faz necessária, mas sim, a distância entre os pilares protéticos.

No caso dos implantes Cone Morse, essa distância pode ser reduzida devido à emergência do pilar protético ser menor do que o diâmetro do implante, favorecendo o crescimento ósseo sobre a plataforma do implante e, conseqüentemente, um melhor suporte do tecido papilar, resultando em uma estética sustentável e duradoura.

Esta observação aumenta as alternativas reabilitadoras pelo uso de implantes dentários, permitindo, inclusive, sua indicação na substituição dos incisivos inferiores.

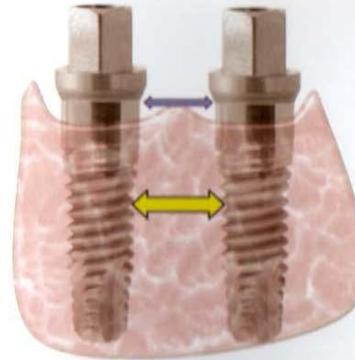


Fig. 1.13 – Distância entre implantes hexagonais.

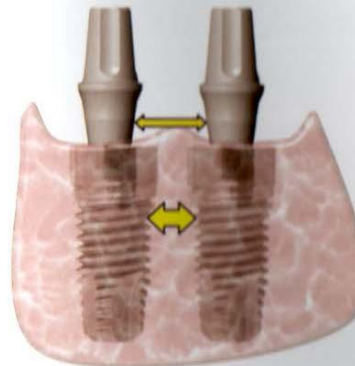


Fig. 1.14 – Distância entre implantes Cone Morse.



Fig. 1.15 – Crescimento ósseo.

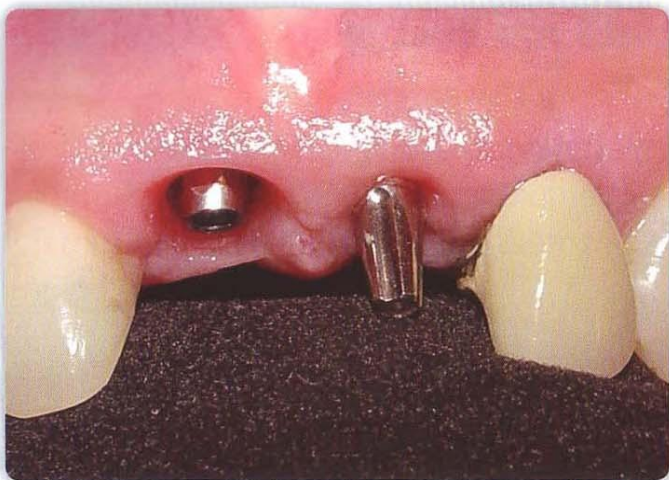


Fig. 1.16 – Implantes Cone Morse com os pilares instalados.



Fig. 1.17 – Manutenção óssea.



Fig. 1.18 – Manutenção do tecido papilar.



Fig. 1.19 – Implantes de hexágono interno com os transferentes de moldagem instalados.



Fig. 1.20 – Perda óssea.



Fig. 1.21 – Perda do tecido papilar.

Mudança de Paradigma

Não há necessidade de convivermos com os problemas ocasionados pela presença do GAP nos implantes de conexão externa e interna.

A impermeabilidade, isto é, a ausência do GAP promovida pelo encaixe Cone Morse, é também, um fator decisivo na manutenção dos tecidos moles e duros que circundam os implantes.

A ocorrência de fístulas, com o passar dos anos, na união pilar/implante, presente algumas vezes nas conexões hexagonais, deixa de existir nas conexões Morse.

Consequentemente, passa-se a ter uma solidez estrutural que aumenta a estabilidade tecidual e mantém o sucesso estético alcançado.

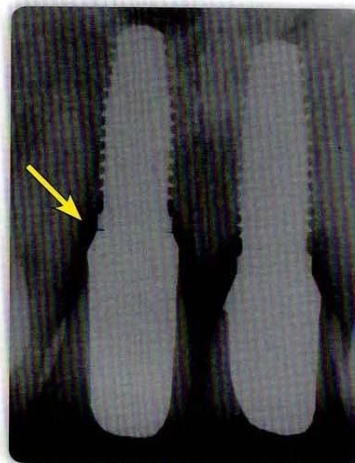


Fig. 1.22 – Presença do GAP.



Fig. 1.23 – Ausência do GAP.



Fig. 1.24 – Presença de fístula.

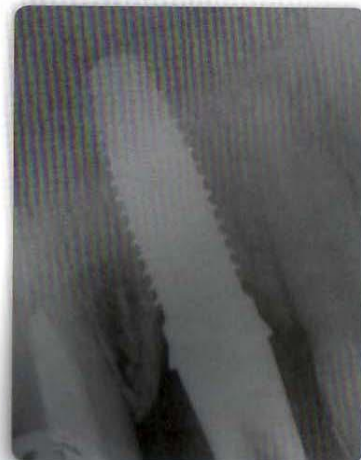


Fig. 1.25 – Perda óssea.

Mudança de Paradigma

A presença de fistulas e a ocorrência da perda óssea não são apenas uma consequência da presença do GAP, mas também podem ser originadas pela falta de estabilidade do sistema de conexão hexagonal.

Os pilares, principalmente de conexão hexagonal externa, quando unitários, tendem a apresentar, com o passar dos anos, fadiga em seus parafusos retentores, devido às forças oclusais laterais e oblíquas, levando ao afrouxamento do pilar protético e, como consequência, à contaminação da união pilar/implante, alterando, assim, o silêncio do espaço biológico.

Essa agressão altera os tecidos que circundam o implante, ocasionando uma desestruturação da arquitetura gengival obtida.



Fig. 1.26 – Contorno gengival normal.

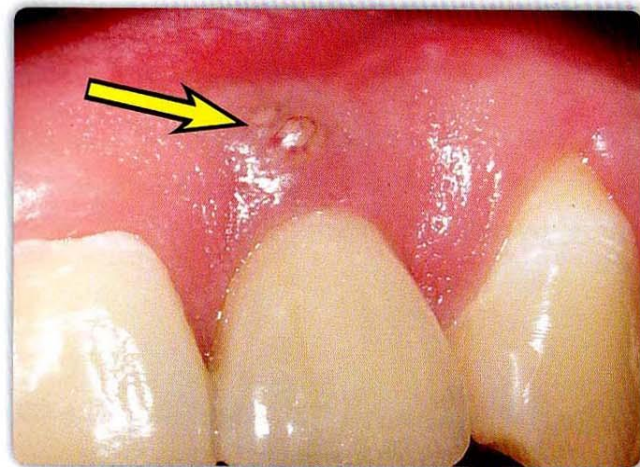


Fig. 1.27 – Afrouxamento do pilar protético.



Fig. 1.28 – Radiografia da fratura radicular.



Fig. 1.29 – Recessão gengival causada pela colagem do fragmento.



Fig. 1.30 – Contorno gengival obtido após instalação do implante de hexágono externo.



Fig. 1.31 – Pilar de zircônia selecionado.



Fig. 1.32 – Aplicação da cerâmica diretamente sobre o pilar de zircônia.



Fig. 1.33 – Coroa protética instalada e torqueada a 20 N/cm.



Fig. 1.34 – RX da instalação.

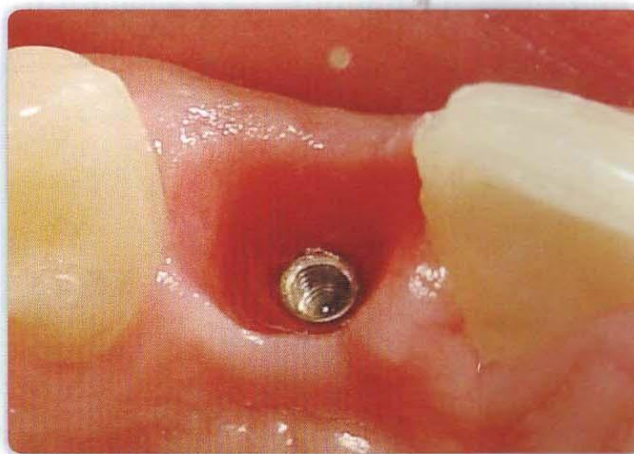


Fig. 1.35 – Perfil de emergência obtido.



Fig. 1.36 – Contorno gengival alcançado após 12 meses.



Fig. 1.37 – RX após 12 meses.



Fig. 1.38 – Aparecimento da fístula após o parafuso ter afrouxado.



Fig. 1.39 – Inflamação gengival após o afrouxamento do parafuso.



Fig. 1.40 – Arquitetura gengival antes da ocorrência do afrouxamento do parafuso de fixação.



Fig. 1.41 – Arquitetura gengival na ocorrência do afrouxamento do parafuso de fixação.



Fig. 1.42 – Arquitetura gengival uma semana após o reaperto do parafuso de fixação.



Fig. 1.43 – Alteração da arquitetura gengival após um mês do reaperto do parafuso de fixação.



Capítulo

2

REABERTURA

Reabertura (2º tempo cirúrgico)

Este procedimento é outro diferencial do sistema Cone Morse, pois na maioria das situações clínicas não se faz necessária a reabertura com incisão.

Diante disto, pode-se afirmar que a morbidade deste procedimento é bem menor, como também é menor o tempo de cicatrização do tecido gengival.

Este procedimento em geral é realizado com bisturi circular ou com instrumentos rotatórios.

O grande diferencial é que o orifício de acesso ao implante deve ser apenas do diâmetro do parafuso de cobertura, o que é suficiente para a passagem da chave necessária para a sua remoção.



Fig. 2.1 – Reabertura convencional em implante de hexágono externo.



Fig. 2.2 – Reabertura utilizando instrumento rotatório no implanto Cone Morse.



Fig. 2.3 – Chave removendo o parafuso de cobertura.



Fig. 2.4 – Cicatrizador instalado sem a necessidade de sutura da ferida.

Reabertura (2º tempo cirúrgico)

Outra particularidade é que o cicatrizador, conhecido como healing, passa a ser denominado também de formador de sulco.

Devido ao seu formato, o tecido gengival mostra-se ao seu redor em uma forma cônica, dando a ideia de um sulco gengival.

Esta característica apresenta como benefício melhor cicatrização gengival, devido a não formação de degrau na união do tecido gengival com a base do implante.

Na remoção do formador de sulco, podemos observar que não há presença de tecido cruento, mesmo com poucos dias após o procedimento de reabertura.

Isto não ocorre com frequência nos casos de reabertura em implantes de conexão hexagonal.



Fig. 2.5 – Cicatrizador CM.



Fig. 2.6 – Perfil gengival obtido em decorrência do formato do cicatrizador.



Fig. 2.7 – Cicatrizador HI.



Fig. 2.8 – Perfil gengival obtido em decorrência do formato do cicatrizador de hexágono interno.

Formador de Sulco ou Cicatrizador



Fig. 2.9 – Cicatrizador CM.

A = representa a altura do cicatrizador

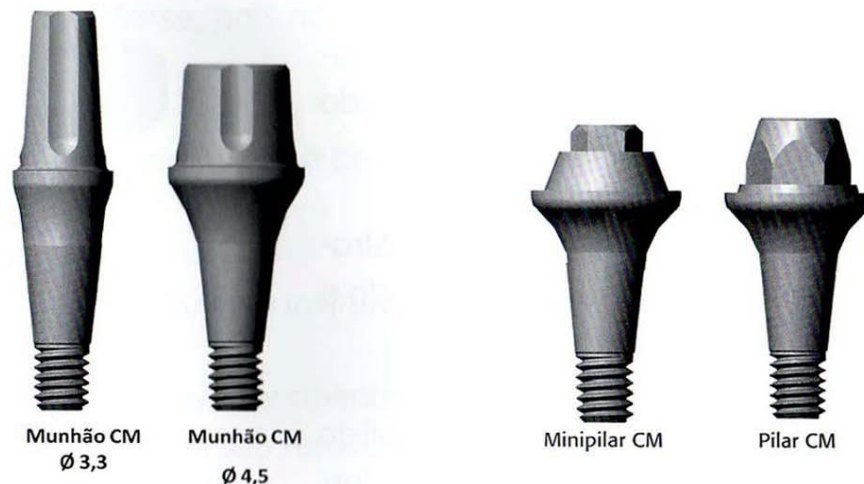


Fig. 2.10– Componentes protéticos utilizados para as próteses fixas cimentadas e parafusadas.

O formador de sulco, ou cicatrizador, possui dois diâmetros alternativos: 3,3 e 4,5 mm e sua altura (A) pode variar: 0,8; 1,5; 2,5; 3,5; 4,5; 5,5 e 6,5 mm.

O mais fantástico é que o diâmetro do implante utilizado não interfere na escolha do formador de sulco ou até mesmo na escolha do pilar protético, pois todos os componentes do sistema Cone Morse têm seu perfil de emergência unificado.

Esta característica além de simplificar a seleção dos componentes também promove uma redução de custos, devido ao menor número de componentes necessários para a realização do trabalho final.

Técnica de Reabertura

Como citado anteriormente, na reabertura, raramente utilizamos a técnica da incisão, com exceção dos casos em que haja a necessidade de aumentar o volume gengival ou em que o crescimento ósseo se sobreponha ao parafuso de cobertura.

A técnica de escolha normalmente é a que utiliza bisturi circular ou instrumento rotatório, o que faz com que seja uma manobra rápida, simples e precisa.

Uma vez promovida a reabertura, utilizamos o medidor de sulco para poder selecionar o tamanho adequado do formador de sulco a ser utilizado.

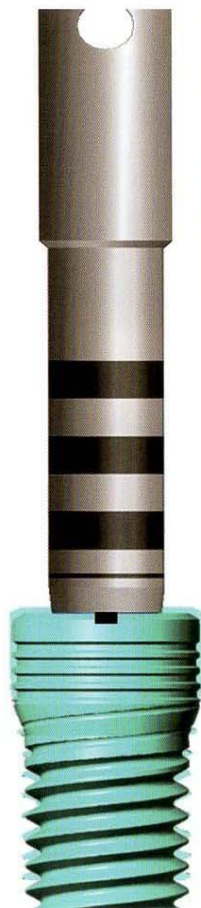


Fig. 2.11 – Medidor de sulco.

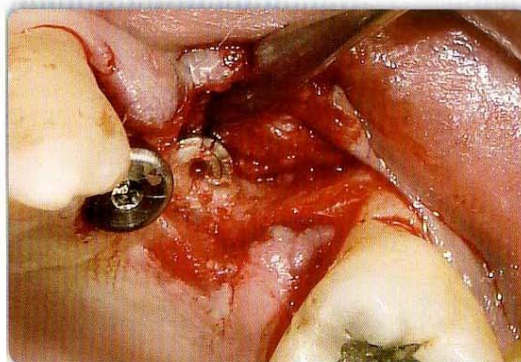


Fig. 2.12 – Técnica da incisão.

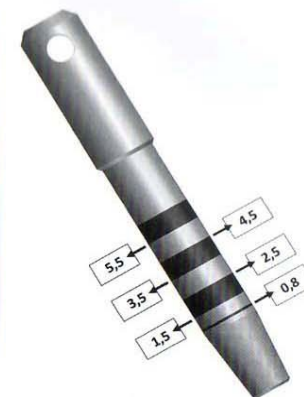


Fig. 2.13 – Medidor de sulco.



Fig. 2.14 – Utilização clínica do medidor de sulco.



Fig. 2.15 – Caso clínico para reabertura.



Fig. 2.16 – Anestesia infiltrada no local da reabertura.



Fig. 2.17 – Reabertura com instrumento rotatório.

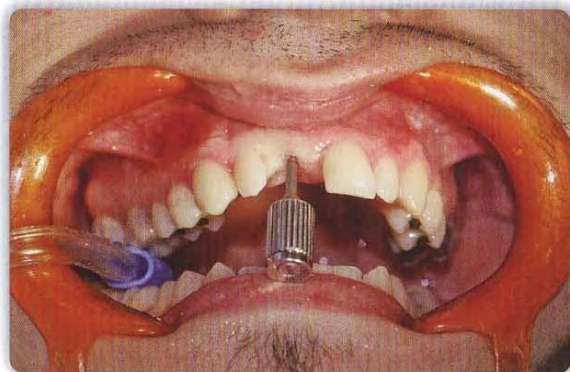


Fig. 2.18 – Colocação da chave hexagonal para a remoção do parafuso de cobertura.



Fig. 2.19 – Remoção do parafuso de cobertura.

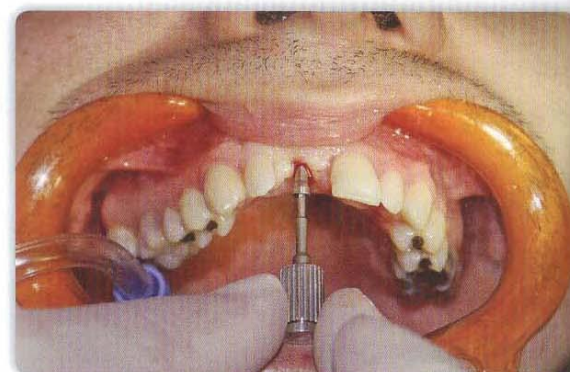


Fig. 2.20 – Remoção do parafuso de cobertura.

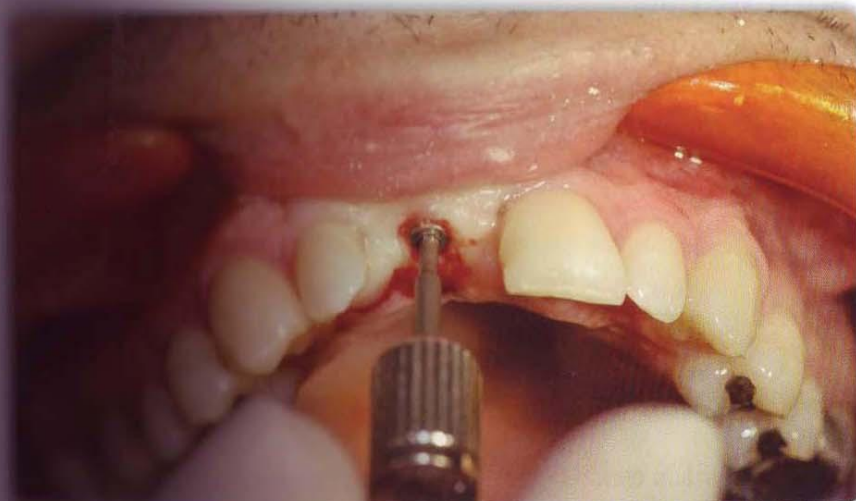


Fig. 2.21 – Instalação do cicatrizador ou formador de sulco.

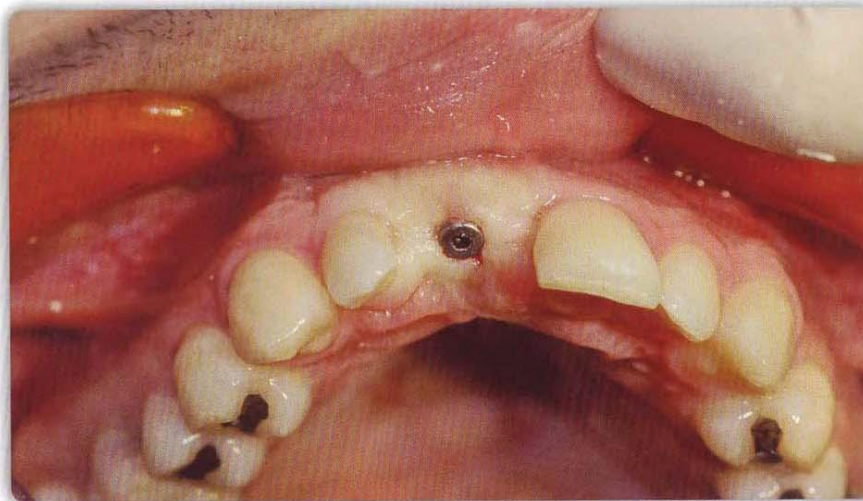


Fig. 2.22 – Cicatrizador posicionado.

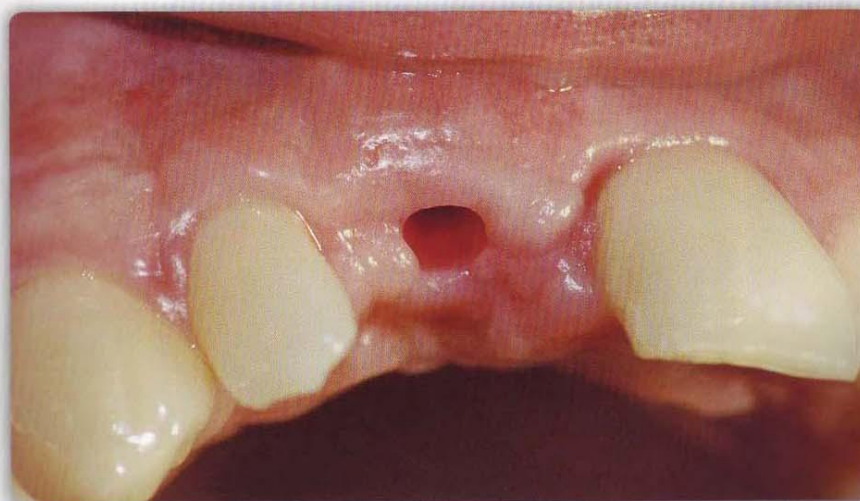


Fig. 2.23 – Perfil gengival obtido após uma semana de uso do cicatrizador.



Fig. 2.24 – Anestesia infiltrativa para reabertura de dois implantes Ankylos.



Fig. 2.25 – Pequeno orifício sendo realizado com instrumento rotatório.



Fig. 2.26 – Sondagem com a ponta reta do explorador para identificar o orifício do cover.



Fig. 2.27 – Chave para a remoção do cover (parafuso de cobertura) do sistema Ankylos.

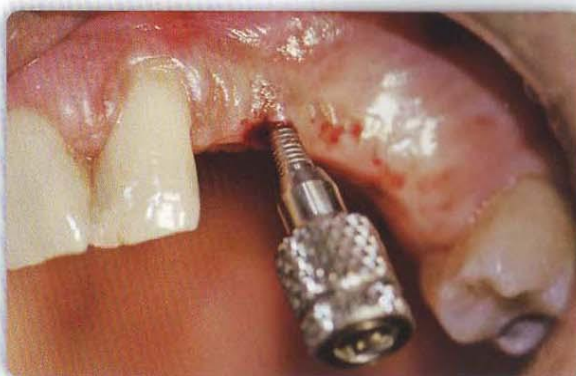


Fig. 2.28 – Colocação da chave no interior do orifício.

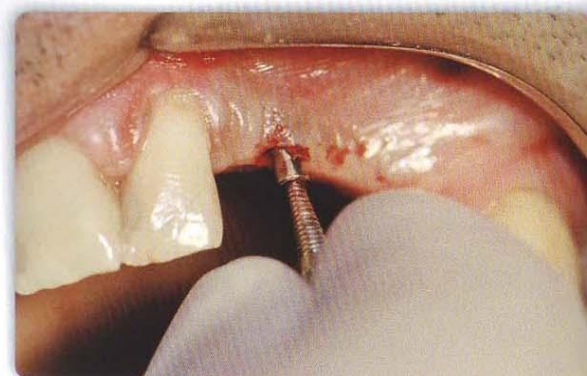


Fig. 2.29 – Remoção do cover-screw.

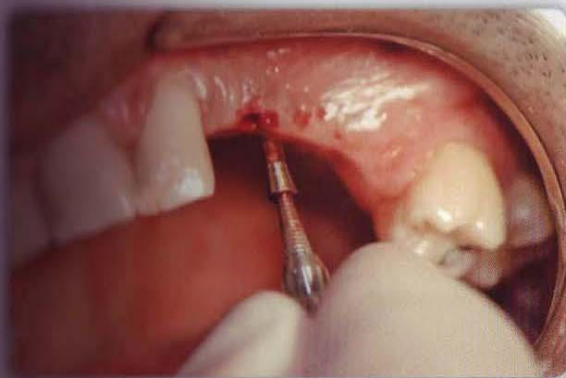


Fig. 2.30 – Remoção do cover-screw.

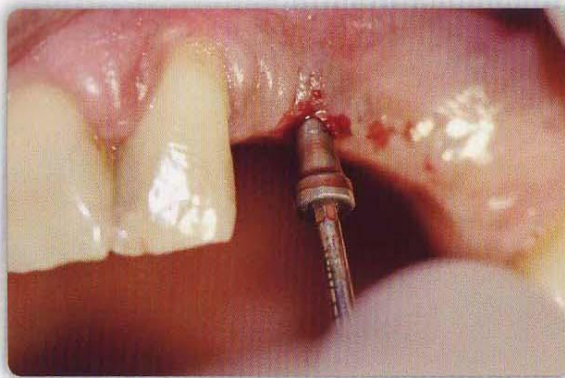


Fig. 2.31 – Instalação do cicatrizador ou formador de sulco.



Fig. 2.32 – Cicatrizador do implante mesial instalado.



Fig. 2.33 – Cicatrizador do implante distal instalado.



Fig. 2.34 – Contorno gengival obtido após 15 dias da reabertura.

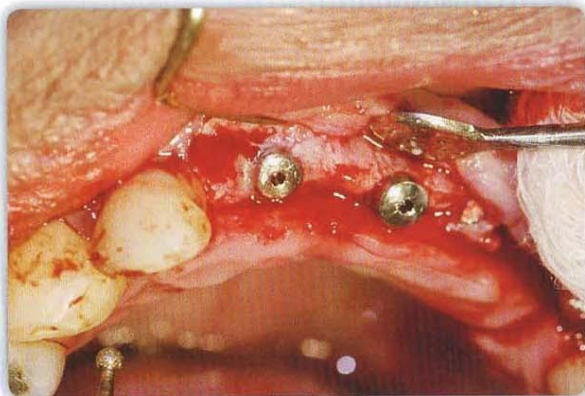


Fig. 2.35 – Reabertura através de incisão dos implantes de hexágono externo.

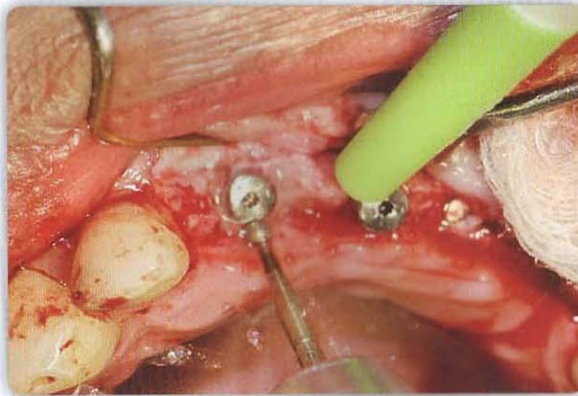


Fig. 2.36 – Remoção de osso sobre o cover com instrumento rotatório.

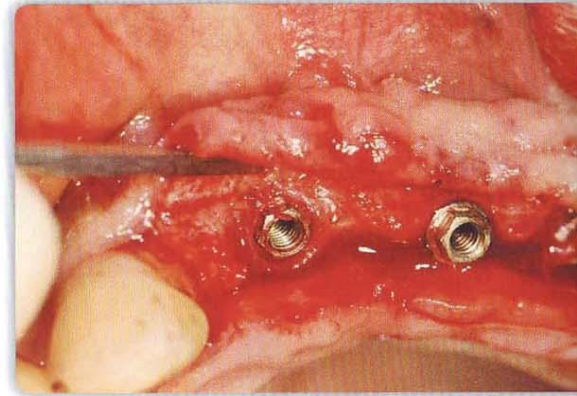


Fig. 2.37 – Remoção do cover e presença de tecido ósseo sobre a plataforma do implante.



Fig. 2.38 – Plataforma do implante levemente danificada.



Fig. 2.39 – Cicatrizadores instalados.

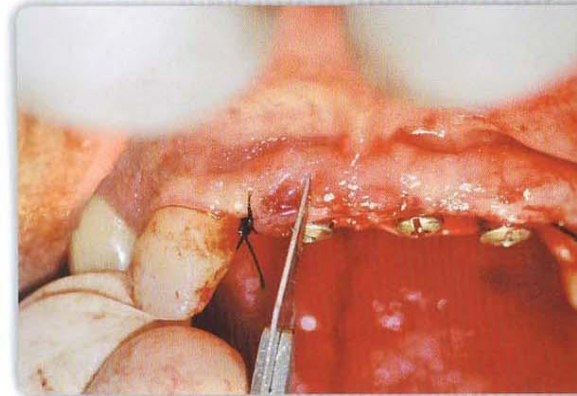


Fig. 2.40 – Alívio vertical do tecido para melhor posicionamento durante a sutura.

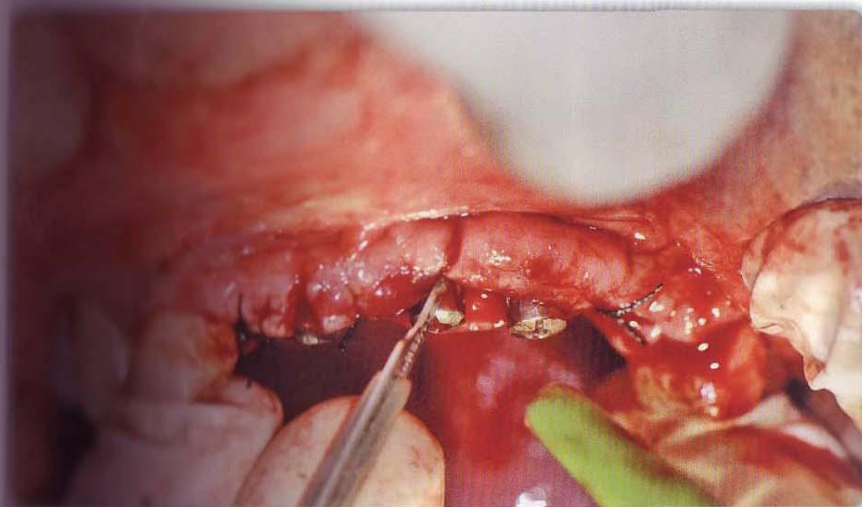


Fig. 2.41 - Alívio vertical do tecido para melhor posicionamento durante a

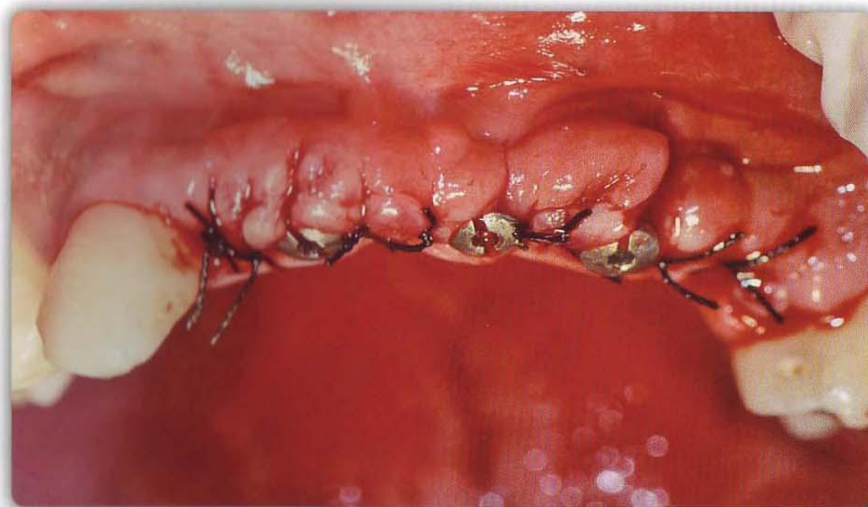


Fig. 2.42 - Sutura total da ferida cirúrgica.

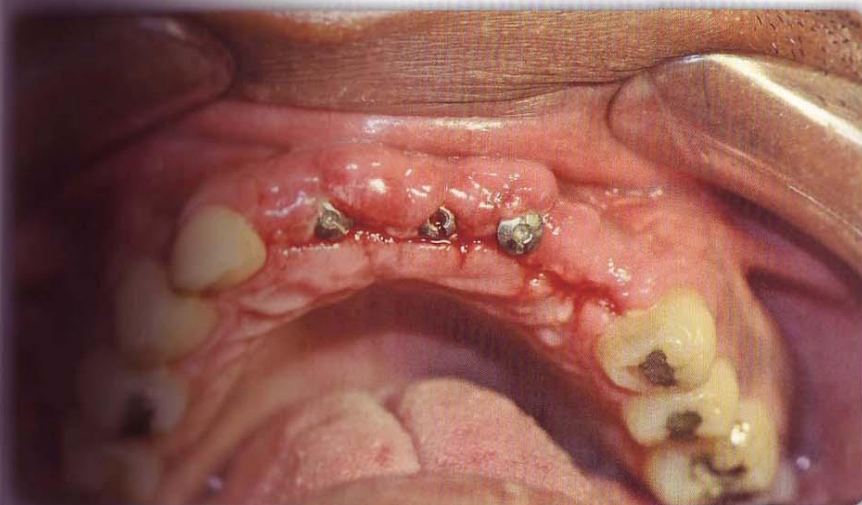


Fig. 2.43 - Pós-operatório de 7 dias - tecido gengival hiperplásico sobre os



Fig. 2.44 - Pós-operatório de 7 dias. Vista aproximada.

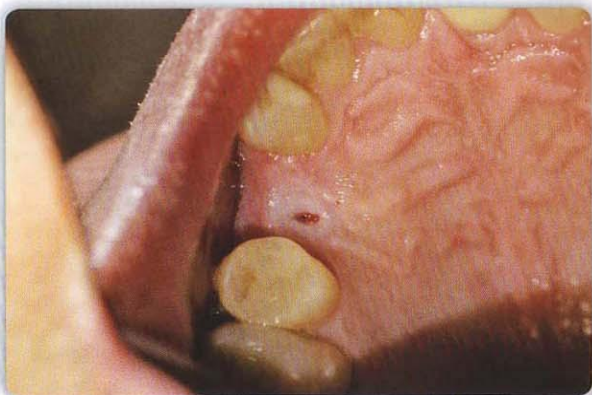


Fig. 2.45 – Ponto de eleição para a utilização do punch.



Fig. 2.46 – Punch utilizado para a reabertura.

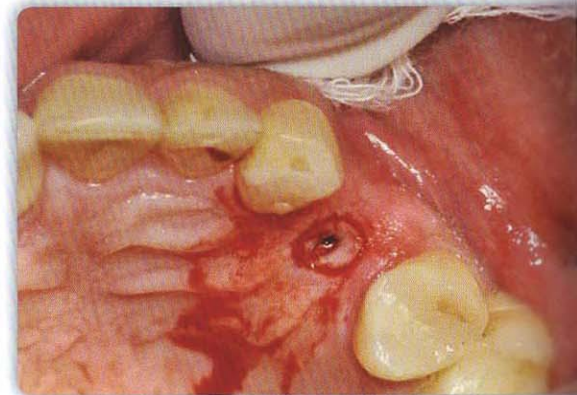


Fig. 2.47 – Incisão do tecido originada pela ação do punch.



Fig. 2.48 – Remoção do anel gengival.

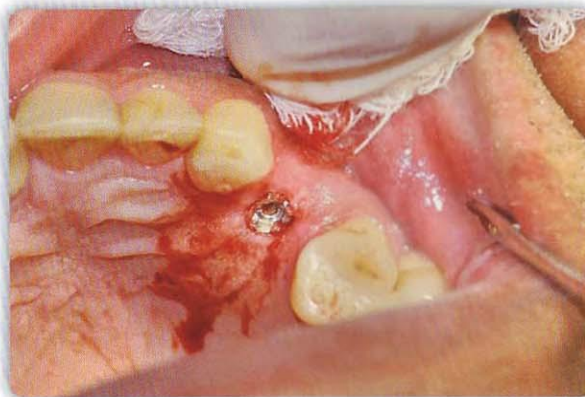


Fig. 2.49 – Tecido gengival de cobertura removido.

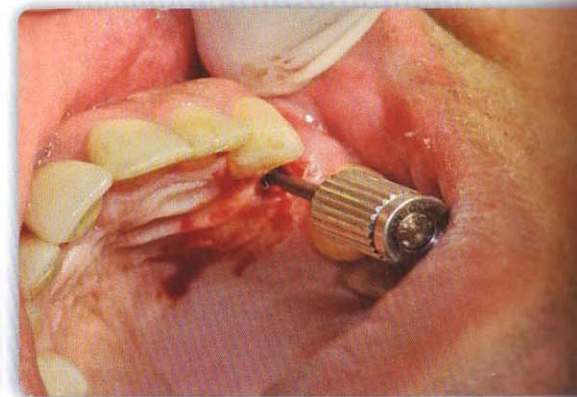


Fig. 2.50 – Remoção do parafuso de cobertura com a chave digital hexagonal.

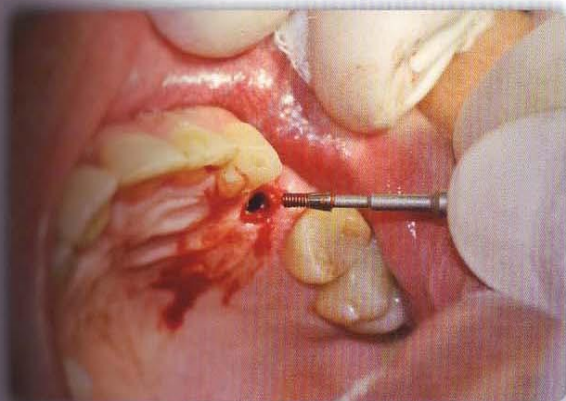


Fig. 2.51 – Parafuso de cobertura removido.



Fig. 2.52 – Medidor de sulco para seleção do cicatrizador.

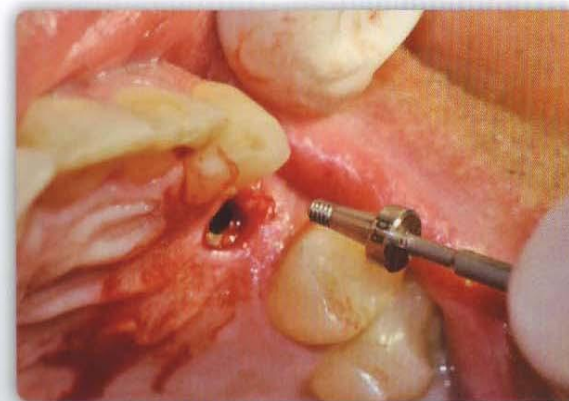


Fig. 2.53 – Instalação do cicatrizador ou formador de sulco.



Fig. 2.54 – Cicatrizador logo após a instalação sem a presença de qualquer fluido bucal ou trauma cirúrgico.

The background of the slide is a close-up photograph of two hands holding a small, yellow, oval-shaped pill. The hands are positioned on the left and right sides of the frame, with the thumb and index finger of each hand gripping the pill. The pill has a small, indistinct mark on its surface. The lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the smooth surface of the pill.

Capítulo

3

SELECÇÃO DE COMPONENTES

Moldagem do Espelho do Implante

Uma grande vantagem do sistema Cone Morse durante o procedimento de moldagem é não haver necessidade de posicionar o transferente no interior do molde na posição do hexágono, pois, por se tratar de um dispositivo cônico, não existe uma face específica para se encaixar.

Quando há a exigência da reprodução do hexágono, este tipo de moldagem apresenta maior complexidade durante esse procedimento.

O posicionamento inadequado do transferente pode causar prejuízos no transcorrer do trabalho que está sendo executado, fazendo com que o procedimento seja repetido.

No sistema Cone Morse, essa possibilidade praticamente é inexistente.



Fig. 3.12 – Transferente posicionado para a moldagem.



Fig. 3.13 – Molde obtido com sonda de condensação – Speedex.



Fig. 3.14 – Conjunto montado para a inserção no molde obtido.



Fig. 3.15 – Conjunto análogo/transferente inserido no molde.

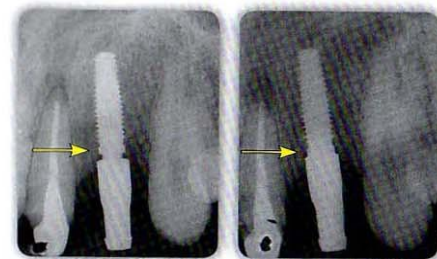


Fig. 3.16 – Comparativo do posicionamento inadequado do transferente de HE.

Moldagem do Espelho do Implante

Uma vez obtido o molde e posicionado o análogo com o transferente de moldagem no seu interior, aplica-se gengiva artificial ao seu redor e completa-se o molde com gesso-pedra especial.

Esse modelo permite que se selecione os componentes protéticos que deverão ser utilizados no respectivo trabalho.

Dependendo do trabalho a ser executado, esse modelo de estudo (seleção de componentes) pode até ser utilizado como modelo de trabalho, e o técnico de laboratório irá confeccionar a estrutura metálica sobre o próprio componente protético que está instalado no modelo, como veremos no capítulo de prótese cimentada.

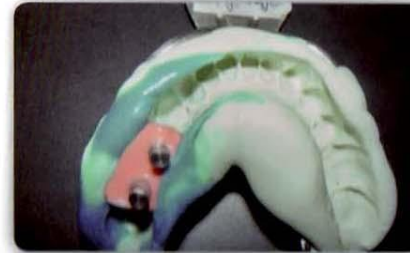


Fig. 3.17 – Aplicação de gengiva artificial ao redor dos análogos.



Fig. 3.18 – Molde completado com gesso-pedra especial.

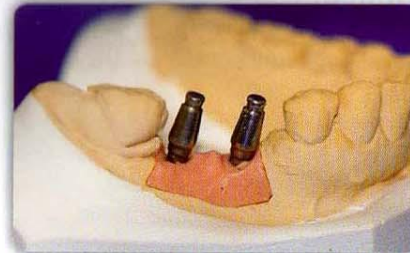


Fig. 3.19 – Modelo obtido ainda com a presença dos transferentes.

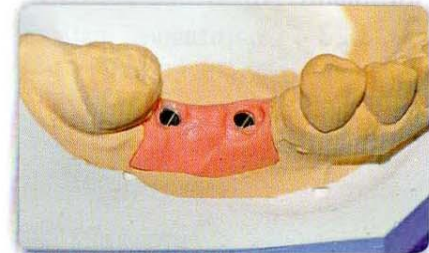


Fig. 3.20 – Modelo anatômico obtido.



Fig. 3.21 – Seleção dos componentes sobre o modelo anatômico.

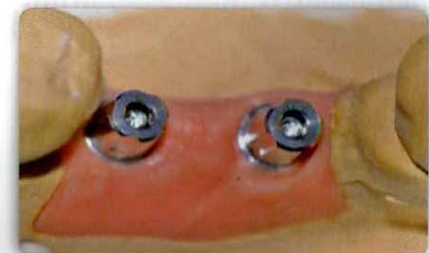


Fig. 3.22 – Utilização do modelo anatômico como modelo de trabalho.

Sequência de Seleção dos Componentes



Fig. 3.23 – Cicatrizadores instalados.



Fig. 3.24 – Cicatrizadores removidos.

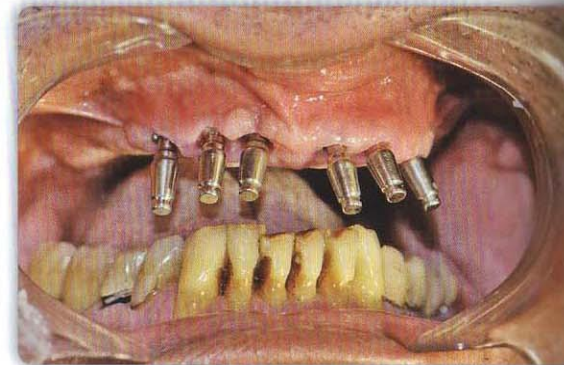


Fig. 3.25 – Transferentes de moldagem posicionados.



Fig. 3.26 – Molde obtido com poliéster – Impregum – 3M.



Fig. 3.27 – Conjunto análogo/transferente posicionado no interior do molde.



Fig. 3.28 – Modelo anatômico obtido.



Fig. 3.29 - Kit de seleção do Sistema Ankylos.



Fig. 3.30 - Pilares angulados selecionados.

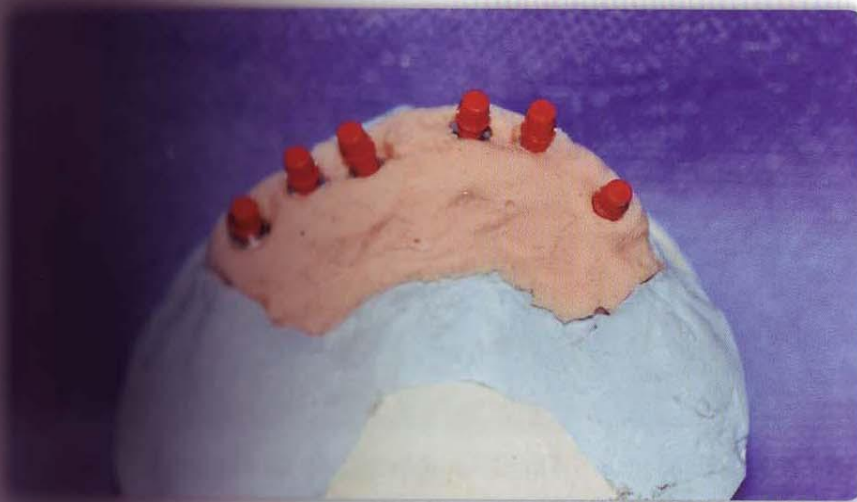


Fig. 3.31 - Vista posterior dos pilares de seleção.



Fig. 3.32 - Modelo de trabalho demonstrando o sucesso da seleção dos componentes.

Sequência de Seleção dos Componentes



Fig. 3.33 – Cicatrizadores instalados.



Fig. 3.34 – Cicatrizadores removidos.



Fig. 3.35 – Transferentes de moldagem sendo posicionados com a chave digital.

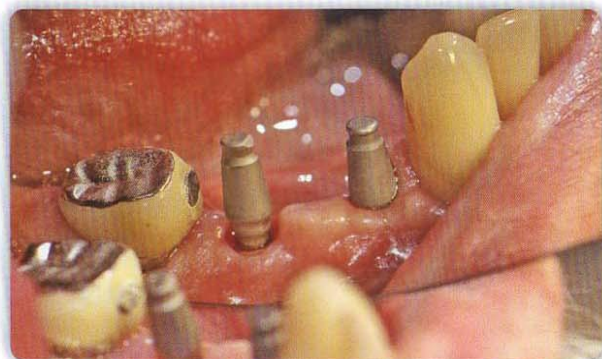


Fig. 3.36 – Transferentes de moldagem posicionados.



Fig. 3.37 – Molde obtido com silicona de condensação – Speedex – Vigodent.



Fig. 3.38 – Vista mais aproximada do negativo transferente de moldagem.



Fig. 3.39 - Conjunto análogo/transferente posicionado no interior do molde.



Fig. 3.40 - Conjunto análogo/transferente posicionado no interior do molde.



Fig. 3.41 - Fixação da barreira mecânica para inserção de gengiva artificial.



Fig. 3.42 - Aplicação de gengiva artificial ao redor dos análogos.



Fig. 3.43 - Molde completado com gesso-pedra especial.



Fig. 3.44 - Modelo anatômico obtido.



Fig. 3.45 – Kit de seleção do Sistema Neodent.



Fig. 3.46 – Pilares de 4,0 mm de altura selecionados. Espaço interoclusal inadequado.

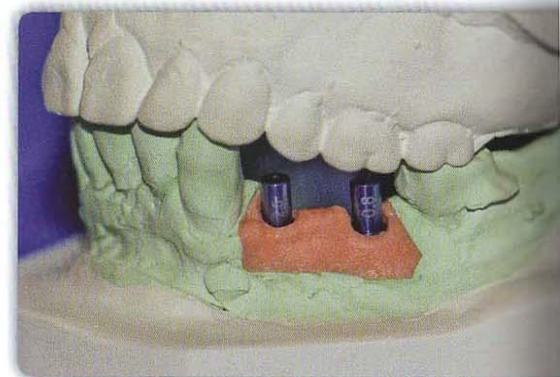


Fig. 3.47 – Pilares de 6,0 mm de altura selecionados. Adequação do espaço interoclusal.



Fig. 3.48 – Vista superior demonstrando o posicionamento dos pilares de seleção.



Fig. 3.49 – Pilares selecionados instalados no modelo de trabalho.



Fig. 3.50 – Vista superior dos pilares protéticos prontos para execução da prótese.

Tipos de Componentes



Fig. 3.51 – Minipilar.



Fig. 3.52 – Minipilar angulado.



Fig. 3.53 – Pilar CM.



Fig. 3.54 – Pilar CM instalado para receber uma prótese unitária parafusada.

Tipos de Componentes

Nas próteses cimentadas, este sistema possui os pilares sólidos, os quais são retos, isto é, não possuem angulação e, devido à sua instalação ser rotacional, sua estabilização é alcançada quando se atingi o torque desejado sem permitir a escolha da posição de fixação.

No caso de necessitarmos preparar os pilares retos em laboratório, podemos utilizar os pilares retos de parafuso passante, pois, uma vez preparado, apenas fazendo uso do pilar com o parafuso passante, se consegue o mesmo posicionamento na boca do encontrado no modelo de trabalho.

Já para os casos em que se faz necessário usar pilares angulados, o sistema também possui os pilares de parafuso passante angulados, com as quais podemos colocar o pilar na posição desejada e apertarmos o parafuso sem perder a função Morse.



Fig. 3.55 – Pilar universal sólido.



Fig. 3.56 – Pilar universal – parafuso passante reto.



Fig. 3.57 – Pilar universal – parafuso passante angulado.



Fig. 3.58 – Pilar universal sólido instalado para receber uma prótese unitária cimentada.



Capítulo

4

PRÓTESE CIMENTADA

Pilar Universal Sólido

É sempre bom lembrar que o uso de pilares curtos em grandes espaços interoclusais diminui a retenção da coroa protética.

Pilares curtos em grandes espaços faz com que ocorra também um maior braço de alavanca, diminuindo assim a resistência do cimento utilizado para a fixação da coroa protética.

Para que ocorra um perfil de emergência estético, da prótese dentária, devemos posicionar a base do pilar protético de 1,0 a 2,0 mm abaixo da margem gengival.

Para alcançarmos a excelência estética, não podemos esquecer que os implantes devem ser posicionados 1,0 mm a baixo da crista óssea.



Fig. 4.7 – Pilar com pouca altura, consequentemente pouca retenção.



Fig. 4.8 – Baixa resistência do cimento devido ao braço de alavanca exagerado.



Fig. 4.9 – Pilar selecionado com a altura apropriada.



Fig. 4.10 – Consequente diminuição da distância interoclusal.

Pilar Universal Sólido

Este pilar recebe um torque de aperto de 32 N/cm, o qual deve ser realizado com torquímetro e chave hexagonal de 1,2 mm.

É muito importante não esquecer que somente devemos confeccionar o provisório e moldar após o pilar ter sido torquado.

Os pilares Cone Morse uma vez instalados e torquados não devem ser removidos, pois este procedimento pode fazer com que o vedamento obtido no primeiro aperto seja perdido.

A função Cone Morse se caracteriza pela deformação das duas paredes (pilar/implante), o que promove uma solda fria.



Fig. 4.11 – Pilar universal sólido sendo torquado.



Fig. 4.12 – Pilar torquado. Pronto para ser realizada a moldagem.

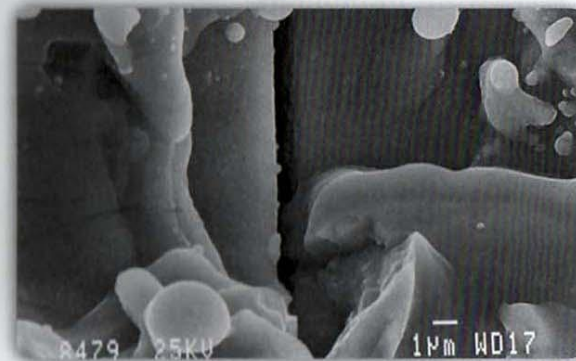


Fig. 4.13 – Deformação das duas paredes (pilar/implante).

Pilar Sólido Torqueado



Fig. 4.14 – Pilar universal sólido de 6,0 mm de altura.

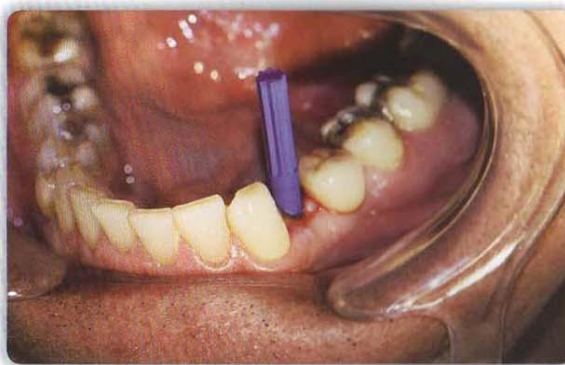


Fig. 4.15 – Pilar universal sendo instalado com o dispositivo que vem de fábrica.



Fig. 4.16 – Dispositivo removido.



Fig. 4.17 – Aperto inicial do pilar com chave digital hexagonal de 1,2 mm.



Fig. 4.18 – Aperto final realizado com torquímetro tipo haste.



Fig. 4.19 – Torque necessário de 32 N/cm.

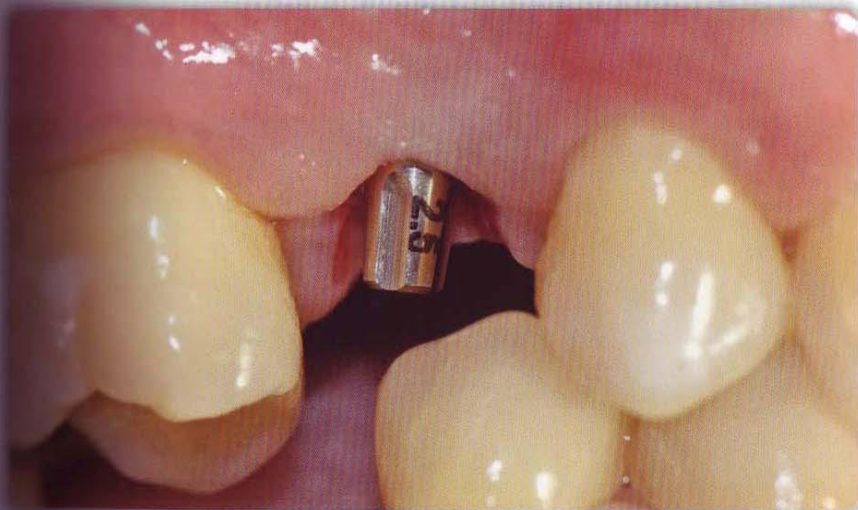


Fig. 4.20 – Pilar universal de 3,3 x 4 x 2,5 instalado.



Fig. 4.21 – Aperto inicial do pilar com chave digital hexagonal.

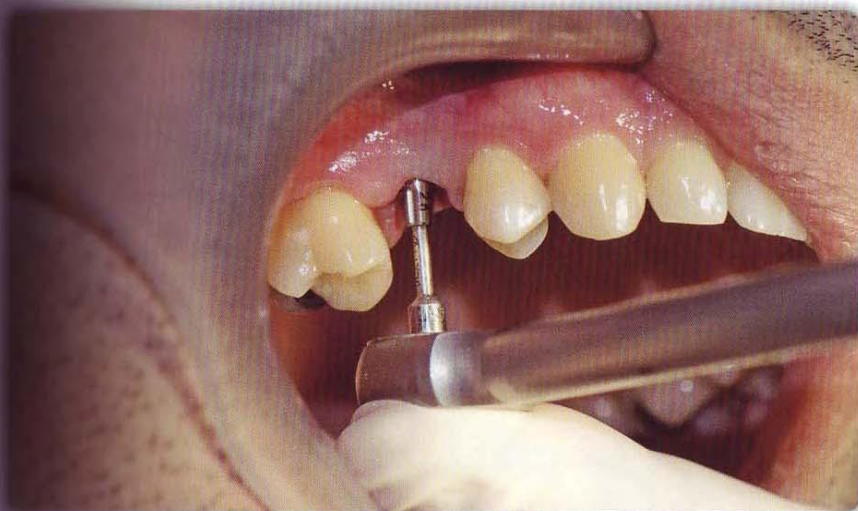


Fig. 4.22 – Aperto final realizado com torquímetro tipo haste.

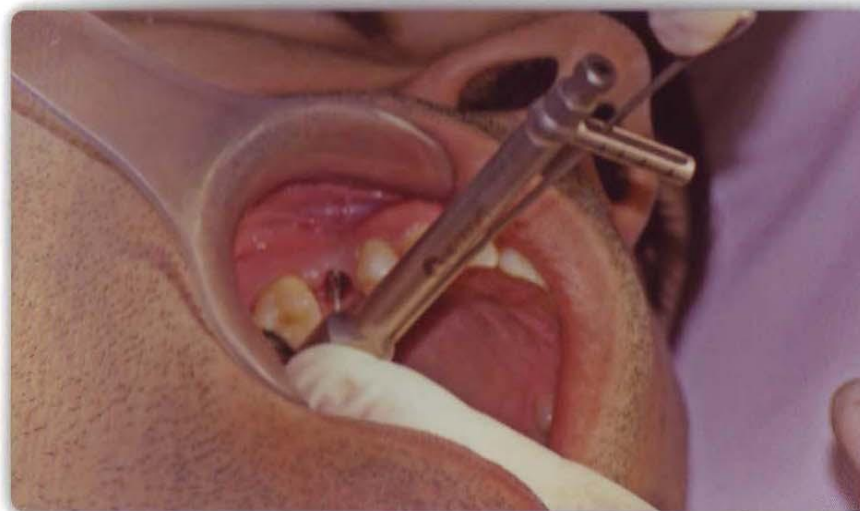


Fig. 4.23 – Torque necessário de 32 N/cm sendo aplicado.

Pilar Universal Sólido

Sobre o pilar sólido, após ser instalado e torquado, deve-se confeccionar um provisório, pois como citado anteriormente, esse pilar não deverá mais ser removido do implante.

Para se confeccionar esse provisório, o sistema dispõe de um coping de acrílico próprio para essa finalidade.

Sobre esse coping podemos fixar uma faceta de dente de estoque e preencher o restante com resina acrílica, ou podemos confeccionar um provisório pela técnica da manipulação.

Para confeccionarmos o provisório sobre o modelo, se faz necessário moldar o pilar, não devendo esquecer que este não será mais removido.



Fig. 4.24 – Pilar sólido.

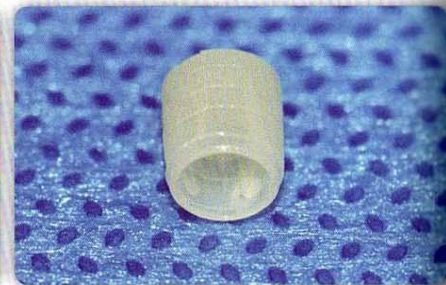


Fig. 4.25 – Coping de provisório.



Fig. 4.26 – Coping posicionado.



Fig. 4.27 – Dente de estoque.



Fig. 4.28 – Confeção do provisório.



Fig. 4.29 – Provisório instalado.

Cilindros Acrílicos/Fotos de Execução



Fig. 4.30 – Pilar universal sólido instalado e torquado.

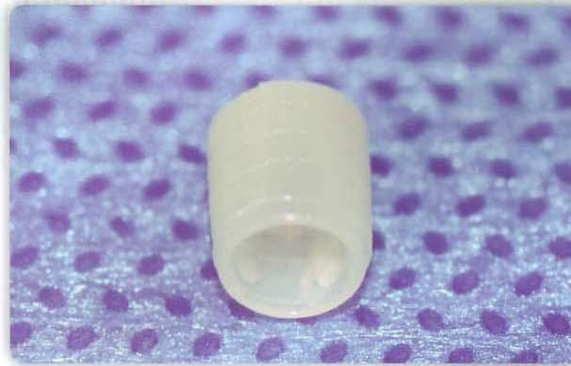


Fig. 4.31 – Copping de provisório similar ao diâmetro e à altura do pilar instalado.



Fig. 4.32 – O provisório será confeccionado diretamente sobre o coping na boca.

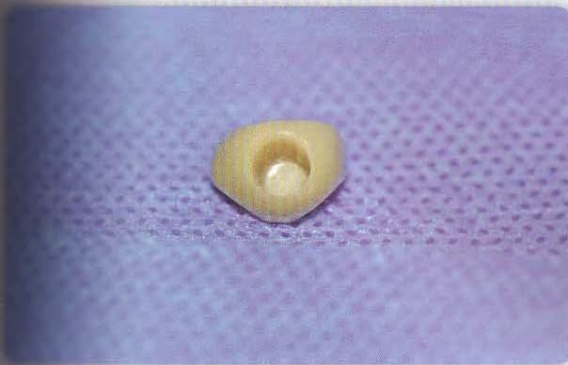


Fig. 4.33 – Provisório confeccionado fazendo-se uso de um dente de estoque.



Fig. 4.34 – Provisório instalado sobre o pilar torquado.



Fig. 4.35 – Paciente antes do tratamento com implante.

Pilar Universal Sólido

O passo seguinte é a moldagem do pilar protético.

A moldagem é muito simples, pois este pilar tem um casquete ou coping de transferência e um análogo próprio, o que faz com que o molde seja preciso e a execução laboratorial seja muito fácil.

Por possuírem apenas dois tamanhos em altura (porção protética) e dois diâmetros, o sistema possui apenas 4 copings de transferência.

A cor azul significa que a porção coronária do pilar possui 6,0 mm de altura, e a cor amarela significa que a porção coronária possui 4,0 mm de altura.

CORES	ALTURA
AMARELO	4,0 mm
AZUL	6,0 mm



Fig. 4.36 – Casquetes ou copings de transferência.



Fig. 4.37 – Casquetes e pilares. Fig. 4.38 – Perfeita adaptação.

Moldagem do Pilar Universal

Os copings de transferência uma vez instalados sobre os pilares travam no colo do mesmo, promovendo retenção e vedação.

A moldagem é feita por meio da técnica de moldeira fechada, e o coping ou casquete é arrastado pelo material de moldagem.

O ideal é eleger sílica ou poliéster como material de moldagem.

Uma vez removido o molde com o coping de seu interior, o análogo correspondente deve ser instalado e ao seu redor deve-se verter gengiva artificial, e o molde deve ser completado com gesso-pedra.

Caso o pilar tenha sofrido algum desgaste, o coping e o análogo não mais servirão, e o profissional deverá executar os procedimentos de moldagem convencional.



Fig. 4.39 – Casquete.



Fig. 4.40 – Análogo do pilar universal.



Fig. 4.41 – Conjunto análogo/casquete.



Fig. 4.42 – Casquete posicionado para captura.

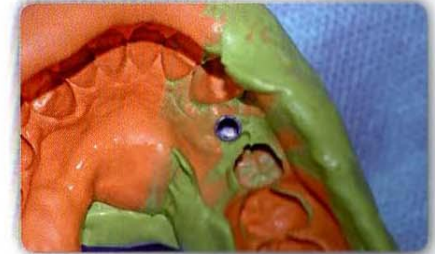


Fig. 4.43 – Casquete capturado no interior do molde.



Fig. 4.44 – Análogo do pilar correspondente posicionado.



Fig. 4.45 – Modelo de trabalho obtido.

Sequência de Moldagem

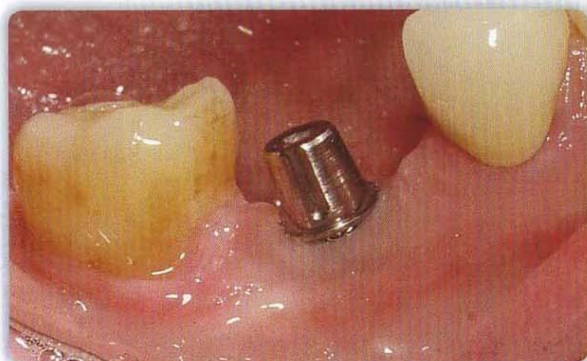


Fig. 4.46 – Pilar universal posicionado e torqueado.



Fig. 4.47 – Copping ou casquete de transferência correspondente selecionado.

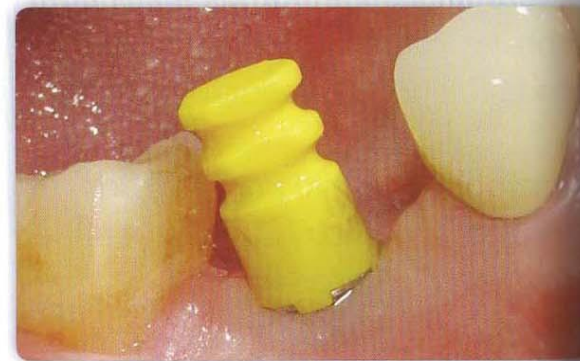


Fig. 4.48 – Copping de transferência posicionado sobre o pilar.

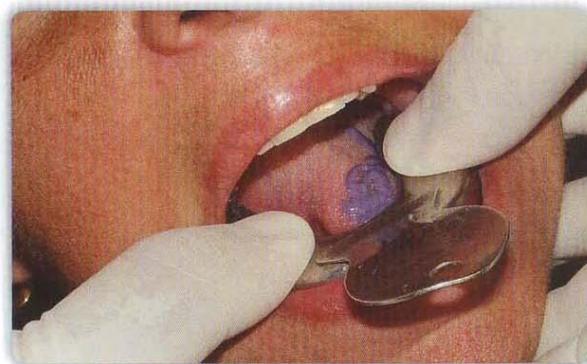


Fig. 4.49 – Moldagem com moldeira fechada e poliéster (Impregum – 3M).



Fig. 4.50 – Copping de transferência capturado no interior do molde.



Fig. 4.51 – Análogo correspondente ao pilar posicionado no interior do coping de transferência.

Pilar Universal Angulado

Este pilar (duas peças) também se apresenta em dois diâmetros (3,3 e 4,5 mm) e duas alturas (A4 e A6) com o mesmo formato do pilar sólido, porém com angulações de 17° ou 30°.

A porção transmucosa (B) possui três tamanhos diferentes (1,5; 2,5 e 3,5 mm).

Seu parafuso recebe o nome de parafuso passante, pois é através dele que se obtém a fixação do pilar. Porém, a rosca deste parafuso é de diâmetro maior do que sua haste, sendo, assim, unida à haste por soldagem à laser.

A grande vantagem deste sistema é que o parafuso não se solta do conjunto e permite que o pilar seja instalado em qualquer posição (360°).



Fig. 4.52 – Pilar angulado.

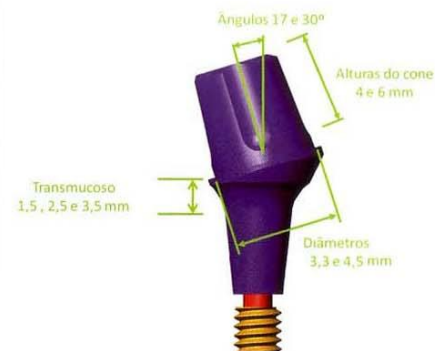


Fig. 4.53 – Características geométricas.

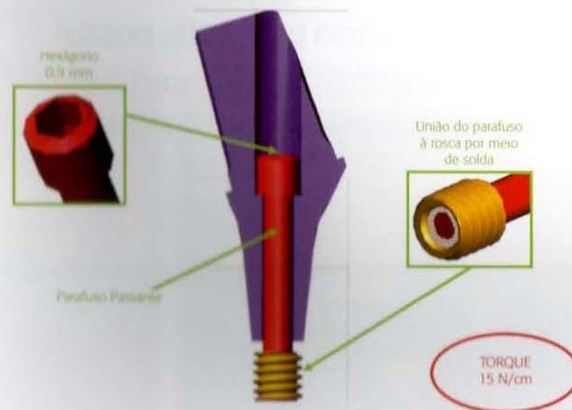


Fig. 4.54 – Características do parafuso passante.

Pilar Universal Angulado

No entanto, o pilar recebe um torque de aperto de 15 N/cm, o qual deve ser realizado com torquímetro e chave hexagonal de 0,9 mm.

O valor de torque mais baixo do que o usado para o pilar sólido se deve à menor resistência do parafuso em consequência da soldagem.

O aumento do torque ou o torque incorreto pode causar a fratura do parafuso.

A chave hexagonal de 0,9 mm, para ser utilizada nos pilares de parafuso passante, possui uma haste mais fina e mais longa para permitir sua passagem pelo interior do pilar e o aperto adequado.

Uma vez instalado, os procedimentos de moldagem serão os mesmos realizados para o pilar universal sólido.

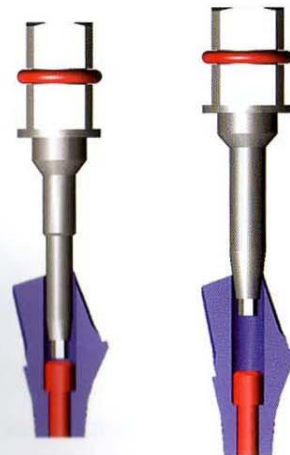


Fig. 4.55 – Esquema comparativo da haste da chave de 0,9 mm.

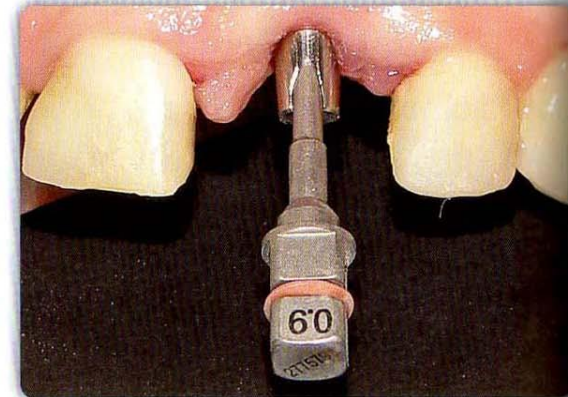


Fig. 4.56 – Chave hexagonal de 0,9 mm posicionada para torquear o pilar a 15 N/cm.



Fig. 4.57 – Fratura do parafuso devido ao torque promovido ser acima de 15 N/cm.

Pilar Angulado/Moldagem



Fig. 4.58 – Perfil gengival definido pelo cicatrizador ou formador de sulco.



Fig. 4.59 – Medidor de formador de sulco para auxiliar na seleção do pilar protético.



Fig. 4.60 – Pilar angulado de parafuso passante selecionado: 4,5 x 6,0 x 3,5 mm.

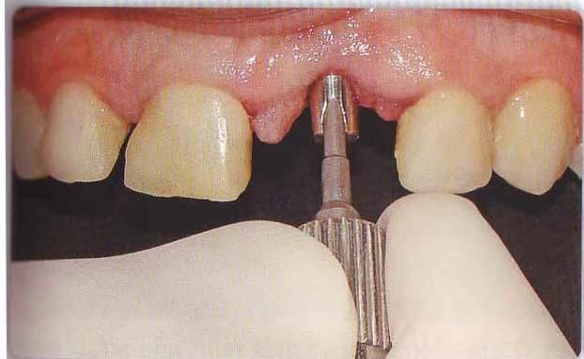


Fig. 4.61 – Chave digital de 0,9 mm fixando o pilar angulado ao implante.



Fig. 4.62 – Aperto permitido devido à haste estreita da chave digital.

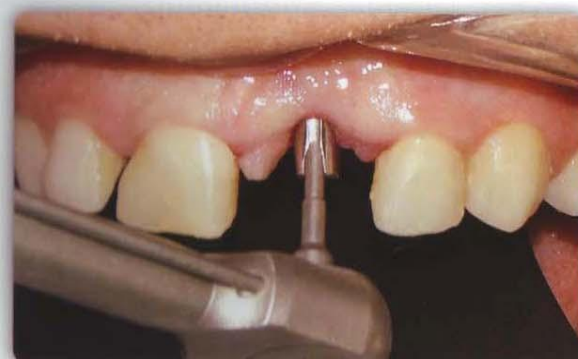


Fig. 4.63 – Torquímetro sendo utilizado para alcançar 15 N/cm de aperto.

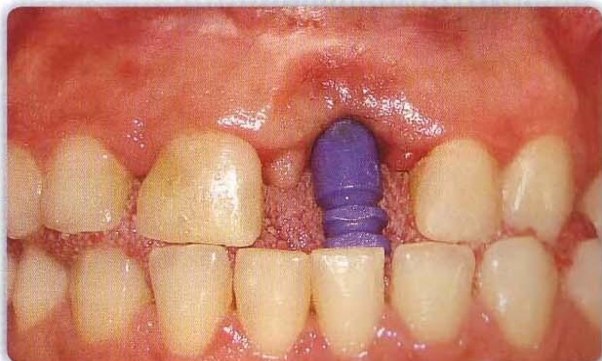


Fig. 4.64 – Copping de transferência correspondente ao pilar posicionado.

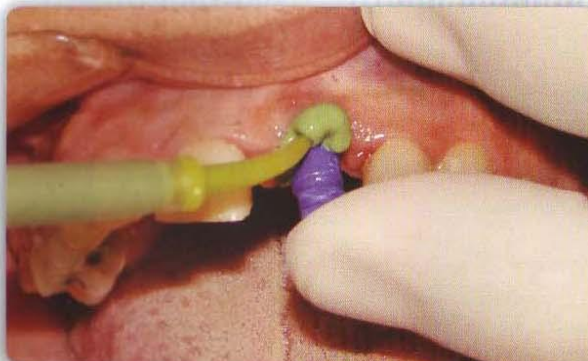


Fig. 4.65 – Silcona de adição de viscosidade fluida sendo aplicada ao redor do casquete.



Fig. 4.66 – Silcona de viscosidade fluida sendo adicionada sobre a silcona de não densa.

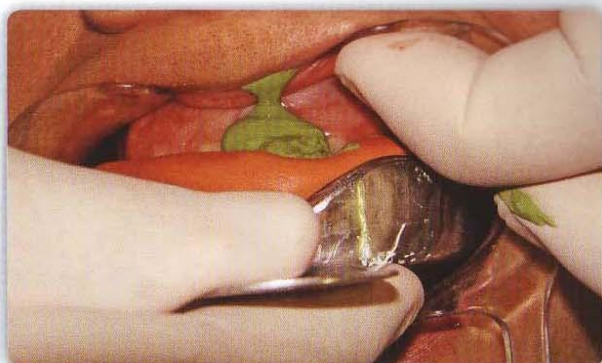


Fig. 4.67 – Moldeira com a silcona de adição sendo introduzida.

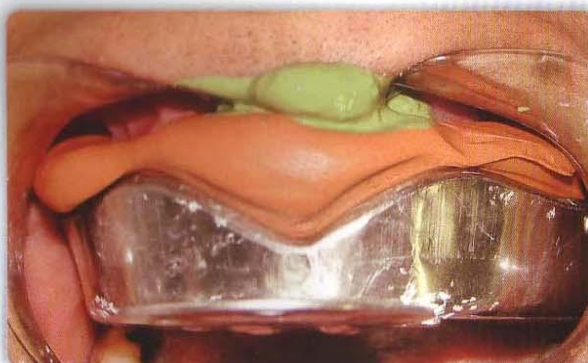


Fig. 4.68 – Moldagem do pilar angulado sendo executada.

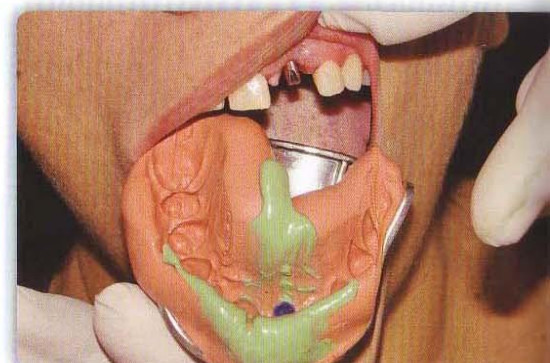


Fig. 4.69 – Moldagem sendo removida arrastando em seu interior o coping de transferência.

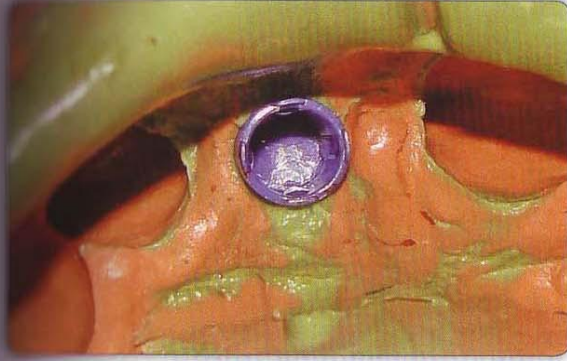


Fig. 4.70 – Coping de transferência do pilar angulado de 4,5 mm de diâmetro e 6,0 mm de altura.



Fig. 4.71 – Análogo correspondente ao pilar sendo instalado no interior do coping.



Fig. 4.72 – Análogo perfeitamente adaptado no interior do coping de transferência.

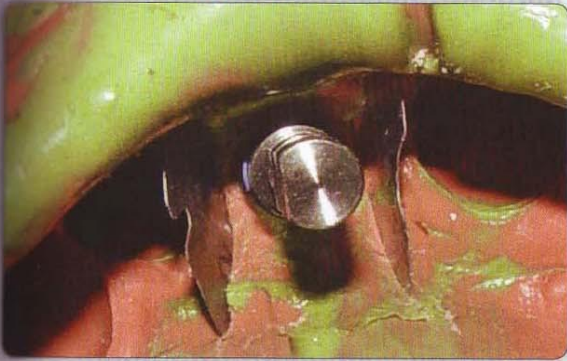


Fig. 4.73 – Barreira mecânica para permitir a aplicação da gengiva artificial.

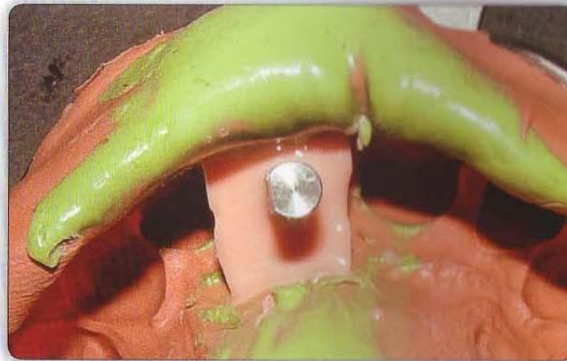


Fig. 4.74 – Gengiva artificial aplicada ao redor do análogo do pilar.

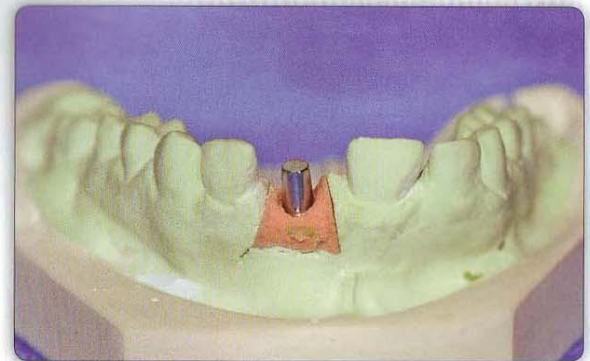


Fig. 4.75 – Modelo de trabalho obtido em gesso-pedra especial.

Instalação do Análogo e Obtenção do Modelo

Os análogos dos pilares universal reto e angulado são os mesmos, isto é, os pilares têm as mesmas dimensões (3,3 e 4,5 mm) e as mesmas alturas (4 e 6 mm), sendo apenas quatro peças.

Uma vez obtido o molde com o coping de transferência capturado, encaixa-se o análogo correspondente no local e, ao seu redor, aplica-se uma camada de gengiva artificial, e o restante do molde é completado com gesso-pedra especial, como citado anteriormente.

O modelo obtido com o análogo possui as mesmas características do pilar que está instalado sobre o implante. Isto significa que o protético pode realizar a confecção da estrutura protética sobre ele.



Fig. 4.76 – Análogos para pilares retos e angulados.



Fig. 4.77 – Pilares retos.



Fig. 4.79 – Pilares angulados.



Fig. 4.79 – Análogo posicionado.



Fig. 4.80 – Modelo obtido.

Instalação do Análogo e Obtenção do Modelo

É sempre bom lembrar que este análogo não deve ser desgastado, pois ele é a réplica do pilar e este não sofreu desgaste na boca.

Se houver necessidade de desgaste, isto será feito no laboratório sobre o próprio pilar, como veremos adiante.

No entanto, se desgastarmos o pilar na boca, este deverá ser moldado como um preparo, isto é, por meio de afastamento gengival ou pela técnica do casquete.

Não se pode esquecer que tal procedimento em Implantodontia é de difícil execução, devido ao término do preparo do pilar estar normalmente de 2 a 3 mm subgengival, o que dificulta as manobras de afastamento gengival.

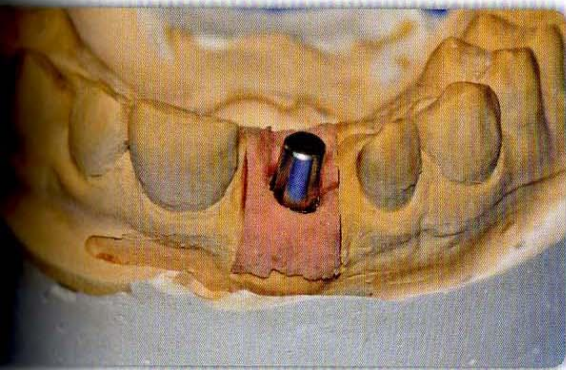


Fig. 4.81 – Análogo do pilar, o qual não deve ser desgastado.

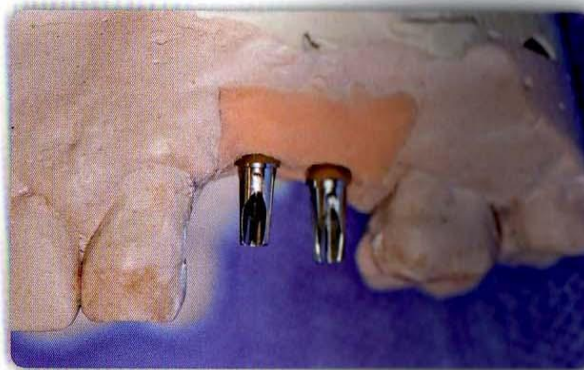


Fig. 4.82 – O próprio pilar protético instalado no modelo.

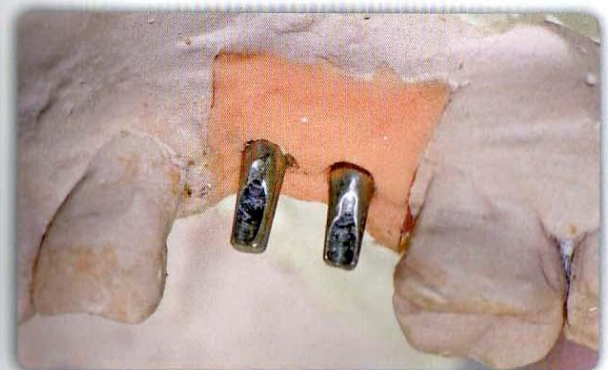


Fig. 4.83 – O pilar protético após desgaste realizado no laboratório.

Instalação do Análogo e Obtenção do Modelo



Fig. 4.84 – Análogo do pilar universal reto ou angulado de 4,5 mm de diâmetro por 4,0 mm de altura.



Fig. 4.85 – Análogo e seu coping de transferência correspondente.



Fig. 4.86 – Coping de transferência arrastado no interior do molde com Impregum – 3M.



Fig. 4.87 – Análogo posicionado perfeitamente no interior do coping de transferência.



Fig. 4.88 – Modelo de trabalho obtido com gesso-pedra especial.

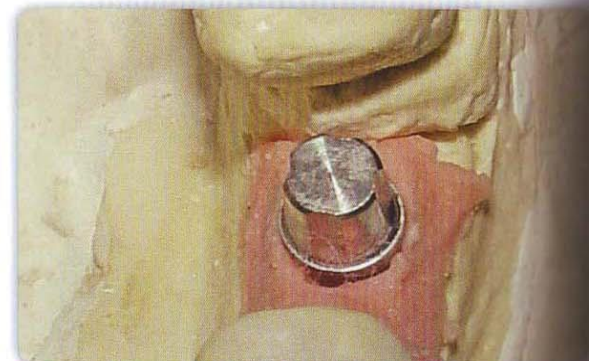


Fig. 4.89 – Vista aproximada do análogo fixado ao modelo de trabalho.

Pilar Reto de Parafuso Passante

Podemos perguntar: se este pilar é reto e tem as mesmas dimensões do pilar unidirecional, qual é a vantagem que ele pode oferecer?

Os pilares para prótese cimentada, que utilizam um parafuso passante (reto ou angular), possuem a vantagem de permitir que o modelo protético seja executado sobre ele, no mesmo modelo de trabalho.

Este procedimento permite executarmos desmontavelmente os pilares e até mesmo montar provisórios previamente à instalação do pilar.

Assim, com que não tenhamos contra-indicações para a utilização de implantes Cone com próteses cimentadas.



Fig. 4.91 – Características do parafuso passante.

Fig. 4.90 – Características geométricas.

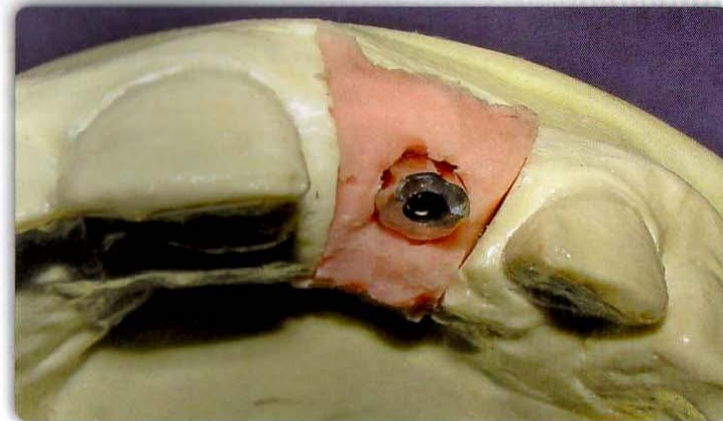


Fig. 4.92 – Pilar protético preparado no modelo.

Pilar Reto de Parafuso Passante

Sua utilização é muito simples. Molda-se o espelho do implante, já citado anteriormente, obtém-se o modelo, seleciona-se o componente (angulado ou reto de parafuso passante) e instala-se o mesmo no modelo de trabalho.

No laboratório, o técnico preparará este pilar (se necessário) e fará uma guia de transferência, utilizada para transferir o pilar que está no modelo para o implante que está na boca, na mesma posição.

O ideal é que sobre o pilar já tenham sido confeccionados o provisório e o coping metálico. No caso de coping cerâmico, o pilar deve ter sido escaneado antes de ser instalado na boca.

Esta guia de transferência é feita em resina acrílica, com um orifício de acesso ao parafuso e apoiada nos dentes vizinhos.



Fig. 4.93 – Pilar de transferência do espelho do implante.



Fig. 4.94 – Análogo do implante posicionado no interior do molde.

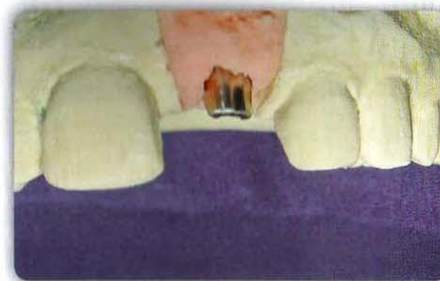


Fig. 4.95 – Pilar selecionado e desgastado no modelo de trabalho.



Fig. 4.96 – Guia de transferência confeccionada sobre o modelo.



Fig. 4.97 – Guia de transferência posicionada sobre a incisal dos dentes.



Fig. 4.98 – Pilar preparado em laboratório transferido para o implante.

Cilindros Calcinável e Alumina

Os pilares retos ou angulados possuem cilindros calcináveis para a obtenção do coping metálico, bem como cilindros de alumina que permitem a aplicação de cerâmica específica sobre estes para a obtenção da coroa protética.

As dimensões internas dos cilindros são correspondentes às dimensões dos pilares.

Podemos concluir que, com exceção dos pilares que são preparados em laboratório, todos os outros pilares possuem cilindros para fundição ou para aplicação direta da porcelana, o que facilita, em muito, a confecção do trabalho protético.

Os procedimentos laboratoriais são os mesmos dos utilizados nos copings calcináveis das próteses parafusadas e nos copings dos sistemas metal-free.



Fig. 4.99 – Coping calcináveis nas quatro medidas existentes.



Fig. 4.100 – Coping calcinável do pilar universal.

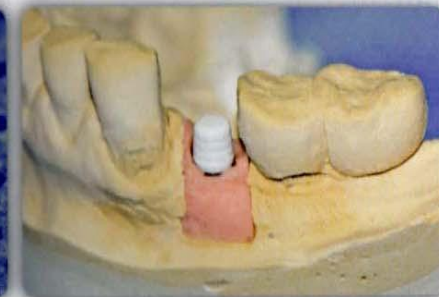


Fig. 4.101 – Coping posicionado no modelo antes da fundição.



Fig. 4.102 – Coping de alumina do pilar universal.



Fig. 4.103 – Coping no modelo antes da aplicação da cerâmica.

Cilindro Calcinável

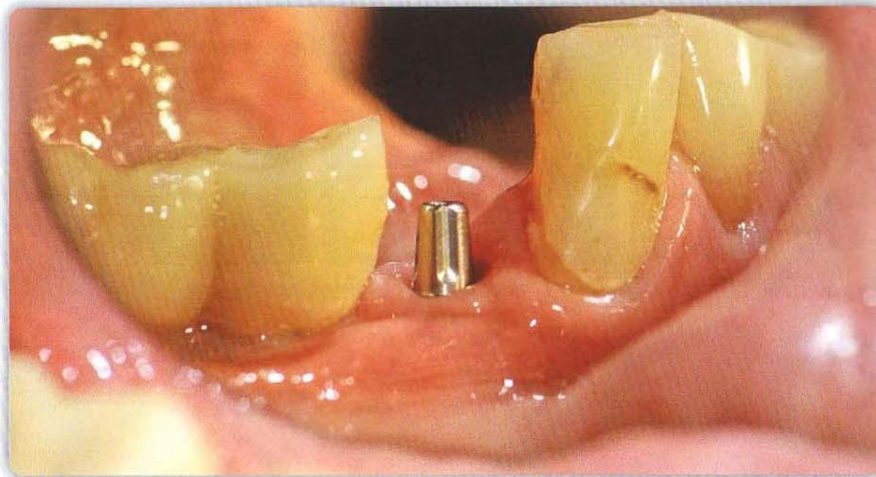


Fig. 4.104 – Pilar universal instalado.

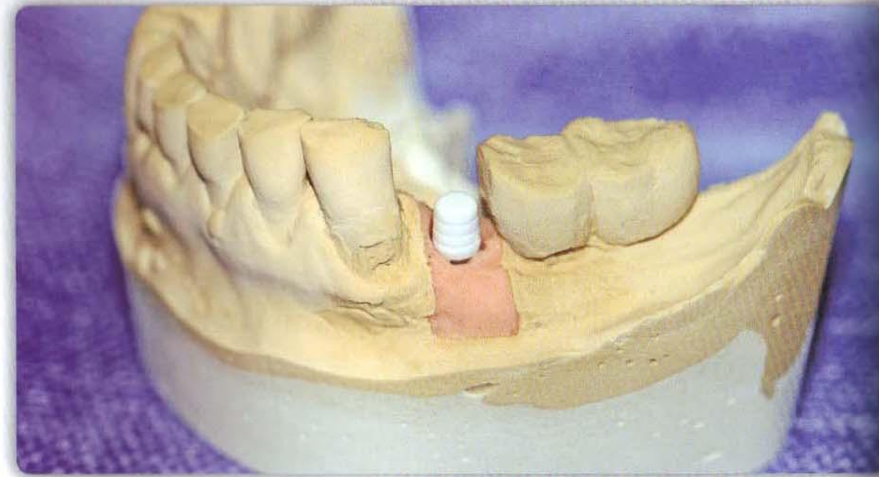


Fig. 4.105 – Coping calcinável no modelo para ser encerado.



Fig. 4.106 – Enceramento sobre o coping calcinável preparado para a fundição.



Fig. 4.107 – Coping fundido e adaptado sobre o análogo.

Cilindro Alumina



Fig. 4.108 – Cilindro de alumina pré-fabricado sobre o análogo correspondente.

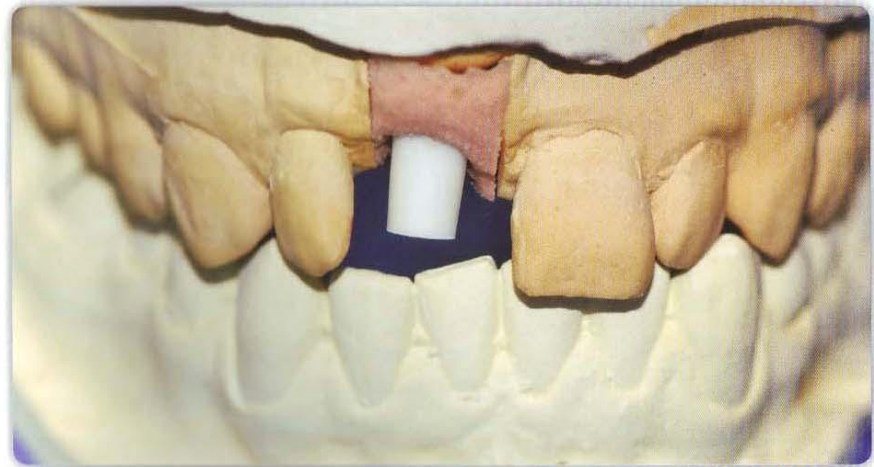


Fig. 4.109 – Espaço interoclusal verificado nos modelos montados em articulador.



Fig. 4.110 – Interior do coping após a aplicação da cerâmica sobre este.



Fig. 4.111 – Coroa metal-free confeccionada e pronta para ser instalada sobre o implante.

Técnica de Cimentação

Diferentemente do Cera-One, pilar utilizado para prótese cimentada nos sistemas de hexágono externo e interno, os pilares do sistema Cone Morse não possuem paredes paralelas entre si, mas sim, paredes convergentes.

Esta característica facilita a cimentação da coroa, pois em razão da convergência das paredes e do término do pilar que é em chanfro, diferente do Cera-One (ombro), o cimento escoar facilmente. Consequentemente, produz um ótimo assentamento da peça sobre o pilar sem produzir um degrau ou a “linha maldita”.

No entanto, o cimento escoado tende a permanecer no nível subgengival, sendo difícil sua remoção. Para tal, indica-se, após a colocação do cimento no interior da coroa, simular a cimentação em um respectivo análogo para promover a remoção do possível excesso de cimento, facilitando a cimentação final.



Fig. 4.112 – Cera-one com paredes paralelas e término em ombro.



Fig. 4.113 – Universal de paredes convergentes e término em chanfro.



Fig. 4.114 – Colocação do cimento no interior da coroa protética.



Fig. 4.115 – Simulação de cimentação fazendo-se uso do análogo.



Fig. 4.116 – Redução da quantidade de cimento no interior da coroa.



Fig. 4.117 – Coroa protética cimentada.

Sequência da Técnica de Cimentação

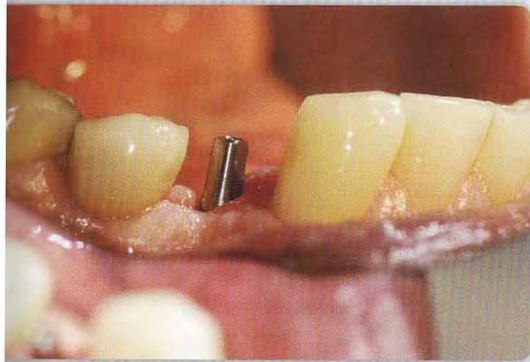


Fig. 4.118 – Pilar universal 3,3 mm de diâmetro x 10 mm de altura torqueado a 35 N/cm.



Fig. 4.119 – Cimento de fosfato de zinco depositado no interior da coroa protética.



Fig. 4.120 – Análogo correspondente ao pilar sendo inserido no interior da coroa.



Fig. 4.121 – Excesso de cimento sendo removido da coroa com o uso do análogo.



Fig. 4.122 – Cimento remanescente suficiente para promover a cimentação da coroa.



Fig. 4.123 – Coroa protética sendo cimentada.

Pilar Universal Sólido

Caso Clínico I



Fig. 5.1 – Ausência do incisivo lateral superior direito.



Fig. 5.2 – Tomografia da maxila demonstrando a espessura óssea da região.



Fig. 5.3 – Prótese adesiva.

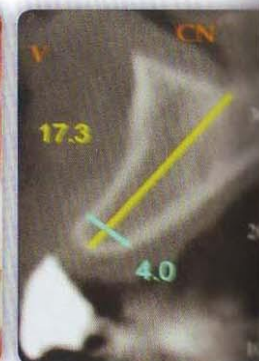


Fig. 5.4 – Corte do lado

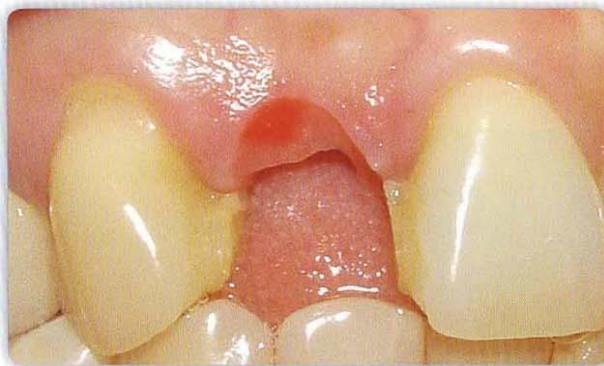


Fig. 5.5 – Perfil gengival existente anterior à cirurgia.

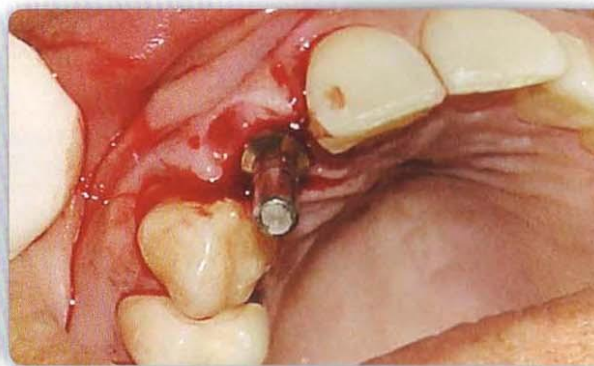


Fig. 5.6 – Pilar de paralelismo demonstrando a posição do leito cirúrgico.

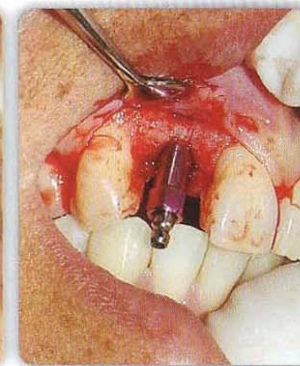


Fig. 5.7 – Implante de 3,5 x 13 mm instalado.



Fig. 5.8 – RX da posição final do implante.

A close-up photograph of a hand holding a white, glossy dental crown. The crown is being held between the thumb and index finger, showing its smooth, curved surface. The background is a soft, out-of-focus light color.

Capítulo

5

PRÓTESE CIMENTADA
CASOS CLÍNICOS

Pilar Universal Sólido

Caso Clínico I



Fig. 5.1 – Ausência do incisivo lateral superior direito.



Fig. 5.2 – Tomografia da maxila demonstrando a espessura óssea da região.



Fig. 5.3 – Prótese adesiva.



Fig. 5.4 – Corte do lateral.



Fig. 5.5 – Perfil gengival existente anterior à cirurgia.

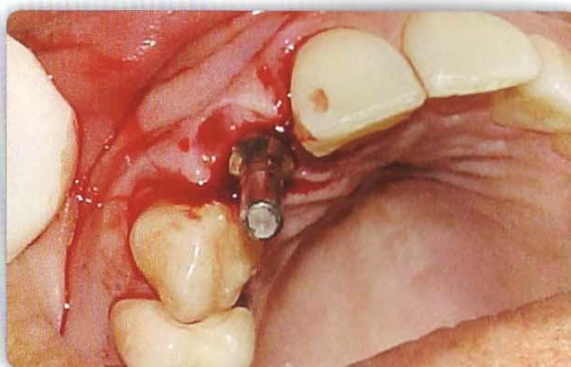


Fig. 5.6 – Pilar de paralelismo demonstrando a posição do leito cirúrgico.



Fig. 5.7 – Implante de 3,5 x 13 mm instalado.



Fig. 5.8 – RX da posição final do implante.



Fig. 5.9 – Sutura e instalação da prótese adesiva préexistente.



Fig. 5.10 – Remoção da sutura após 7 dias.



Fig. 5.11 – Reabertura do implante sem incisão após 4 meses da instalação.



Fig. 5.12 – Remoção do cicatrizador e instalação imediata do pilar protético.



Fig. 5.13 – Colocação do cilindro de provisório para confecção deste.



Fig. 5.14 – Faceta de dente de estoque sendo utilizada sobre o cilindro de resina acrílica.



Fig. 5.15 – Perfil gengival sendo delimitado pelo provisório recém instalado.



Fig. 5.16 – Resposta estética após a instalação do provisório.



Fig. 5.17 – RX do pilar com o provisório instalado. Presença de osso acima do espelho do implante.



Fig. 5.18 – Perfil de emergência obtido após 15 dias da reabertura e imediata instalação do provisório.



Fig. 5.19 – Vista mais aproximada do perfil alcançado.



Fig. 5.20 – Espaço interoclusal para a confecção da coroa definitiva.



Fig. 5.21 – Instalação do coping de transferência do respectivo pilar (3,3 mm de diâmetro x 4,0 mm altura).



Fig. 5.22 – Coping de transferência capturado no interior do molde feito com sílica (Speedex).



Fig. 5.23 – Análogo correspondente ao pilar protético posicionado no coping de transferência.



Fig. 5.24 – Verificação da adaptação do coping fundido.



Fig. 5.25 – Verificação do espaço oclusal necessário para a aplicação da cerâmica.



Fig. 5.26 – Prova da aplicação da cerâmica – posição inadequada do ponto de contato.

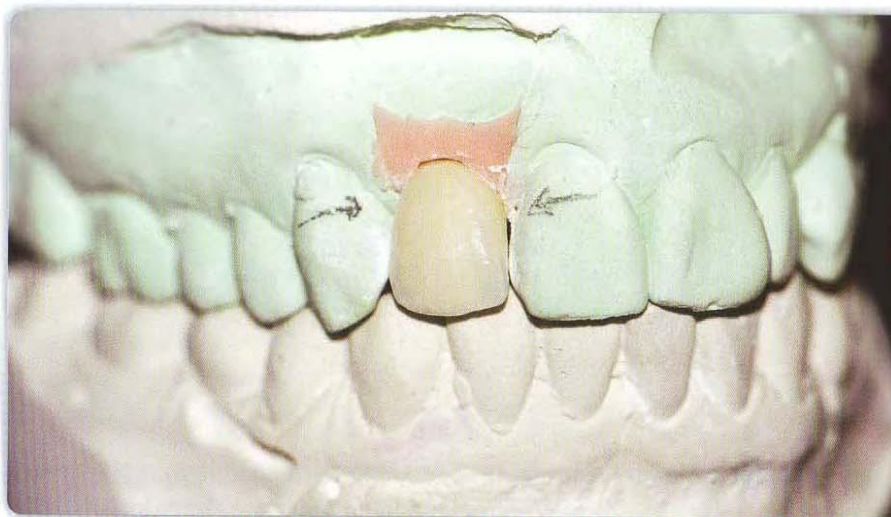


Fig. 5.27 – Esquema desenhado no modelo para o reposicionamento do ponto de contato.

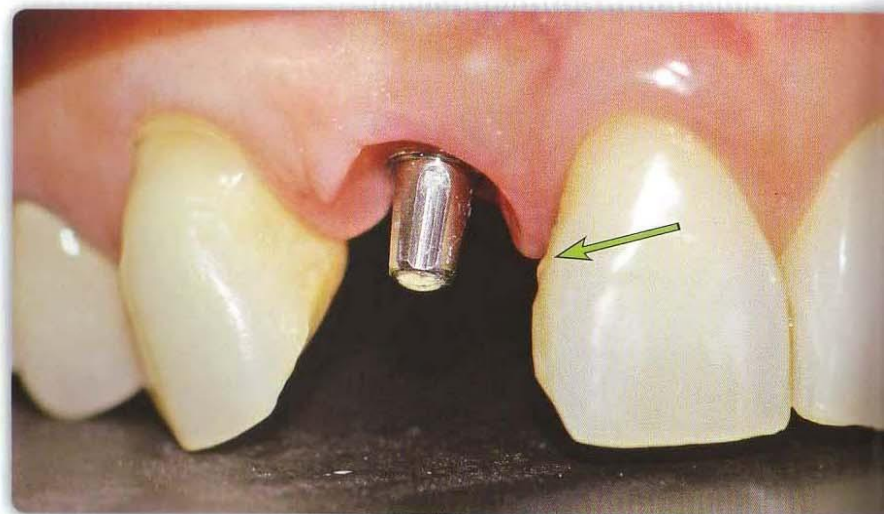


Fig. 5.28 – Posição clínica desejada para o ponto de contato da coroa protética.



Fig. 5.29 – Coroa protética instalada após resultado estético satisfatório.



Fig. 5.30 – Vista final do trabalho concluído.

Pilar Universal Sólido

Caso Clínico II

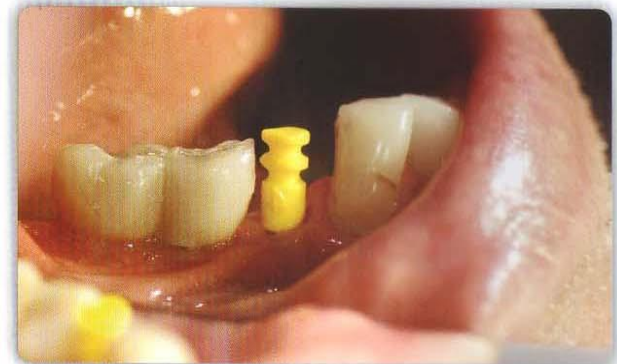
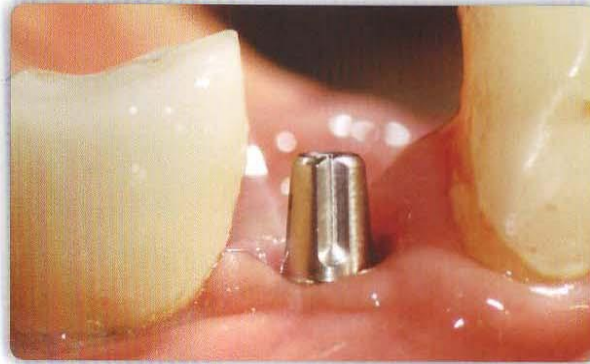


Fig. 5.31 – Vista do perfil de emergência após re-
paração do tecido.

Fig. 5.32 – Instalação do pilar universal sólido de 3,3 mm de diâmetro x 4,0 mm de altura.

Fig. 5.33 – Coping ou casquete de transferência correspondente posicionado para captura.



Fig. 5.34 – Coping capturado pela técnica da
captura com Impregum – 3M.



Fig. 5.35 – Análogo correspondente ao pilar instala-
do no casquete de transferência.



Fig. 5.36 – Modelo de trabalho obtido com o co-
ping calcinável para fundição.



Fig. 5.37 – Coping fundido adaptado no análogo do pilar universal.



Fig. 5.38 – Prova clínica do coping fundido.

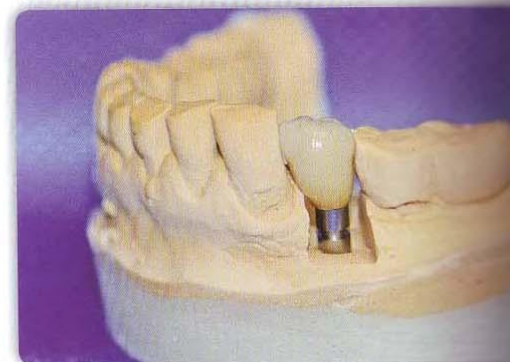


Fig. 5.39 – Coroa metalocerâmica concluída no laboratório.



Fig. 5.40 – Imagem do interior do coping após a aplicação da cerâmica.



Fig. 5.41 – Análogo correspondente selecionado para a técnica de cimentação.



Fig. 5.42 – Excesso de cimento sendo removido através da inserção da coroa no análogo.



Fig. 5.43 – Cimentação concluída.



Fig. 5.44 – Radiografia pós-cimentação comparando o implante Cone Morse com os implantes de hexágono interno.



Fig. 5.45 – Vista vestibular da coroa do elemento 34 instalada.



Fig. 5.46 – Vista oclusal da coroa do elemento 34 instalada.

Pilar Universal Sólido

Caso Clínico III



Fig. 5.47 – Região do elemento 21 anestesiada para instalação de implante Cone Morse.

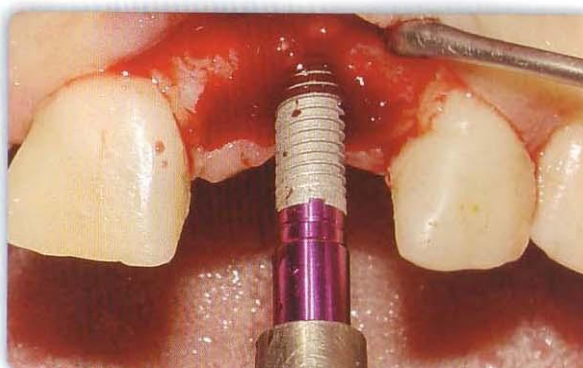


Fig. 5.48 – Implante Cone Morse de 3,5 mm de diâmetro x 13,0 mm de altura sendo instalado.

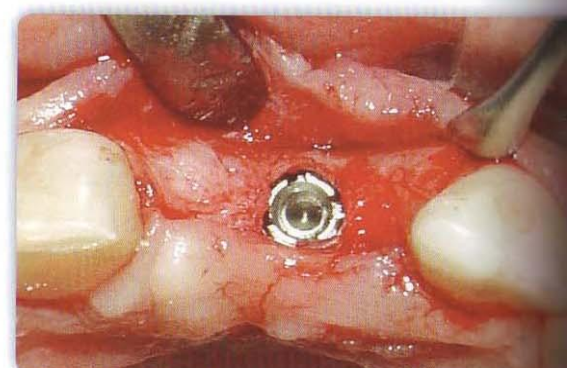


Fig. 5.49 – Implante posicionado 1,0 mm abaixo da crista óssea.



Fig. 5.50 – Cirurgia do freio realizada e sutura.



Fig. 5.51 – Pós-operatório de 7 dias.



Fig. 5.52 – Reabertura após 6 meses da instalação do implante.

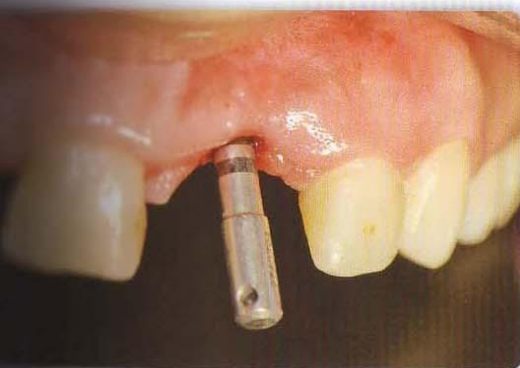


Fig. 5.53 – Utilização do medidor de sulco para medição da profundidade do sulco do pilar protético.



Fig. 5.54 – Pilar universal angulado 17° de 4,5 x 6,0 x 2,5 mm selecionado.

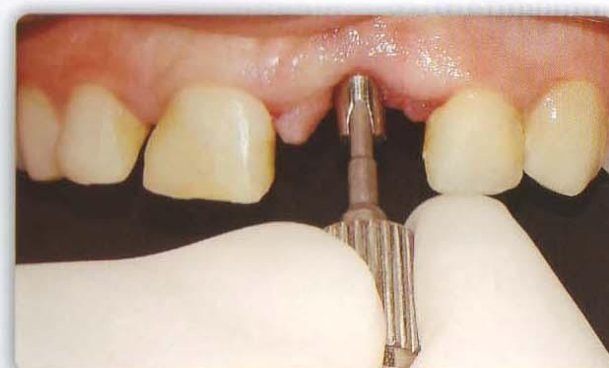


Fig. 5.55 – Pilar sendo instalado com chave digital hexagonal de 0,9 mm – haste fina.

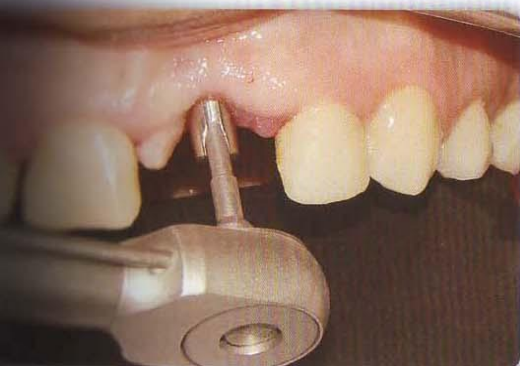


Fig. 5.56 – Pilar sendo torqueado a 15 N/cm devendo ser verificada a resistência do parafuso passante.



Fig. 5.57 – Casquete de transferência correspondente posicionado para captura.

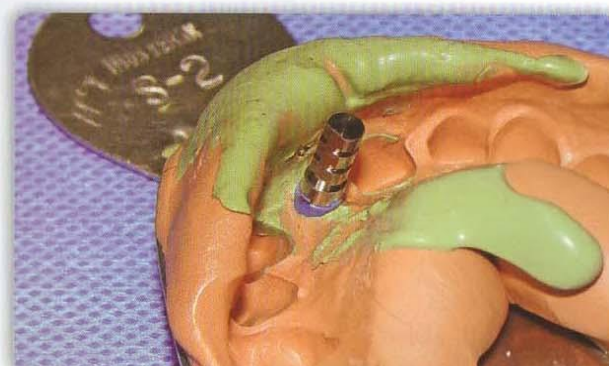


Fig. 5.58 – Casquete capturado em silicone de adição (3M) e análogo posicionado.



Fig. 5.59 – Copping de provisório posicionado.



Fig. 5.60 – Faceta do dente de estoque sendo preparada.



Fig. 5.61 – Faceta sendo posicionada sobre o coping de acrílico.



Fig. 5.62 – Adição de resina acrílica ao provisório por palatino.



Fig. 5.63 – Provisório recebendo os ajustes finais sobre um análogo.



Fig. 5.64 – Provisório cimentado.

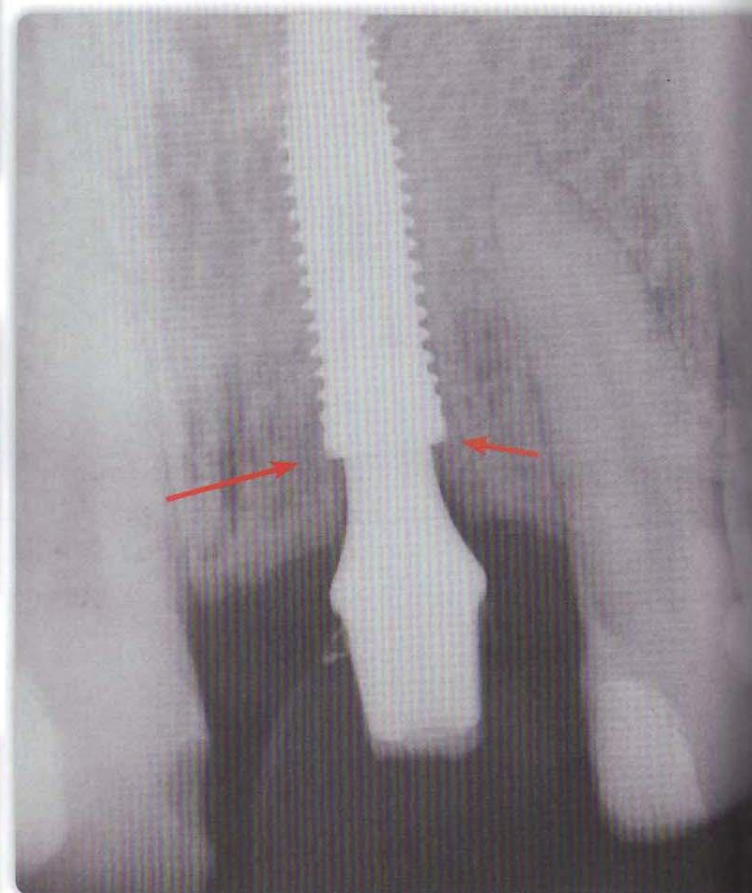


Fig. 5.65 – Radiografia do pilar instalado demonstrando o nível ósseo acima do espelho do implante (fantástico).



Fig. 5.66 – Modelo obtido sendo vazado com gestão especial.



Fig. 5.67 – Modelo de trabalho com a presença do análogo do pilar universal.



Fig. 5.68 – Coping de alumina posicionado sobre o análogo.



Fig. 5.69 – Imagem da porção interna do coping para aplicação da cerâmica.

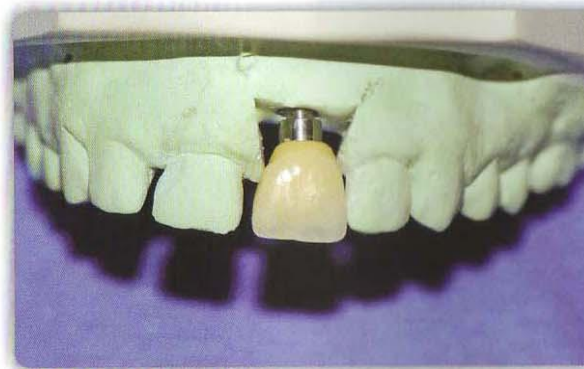


Fig. 5.70 – Imagem da caracterização da cerâmica por vestibular.



Fig. 5.71 – Imagem da coroa metal-free vista por palatino.



Fig. 5.72 – Aumento da coroa clínica do elemento 11 com finalidade estética.



Fig. 5.73 – Harmonia do sorriso alcançada.

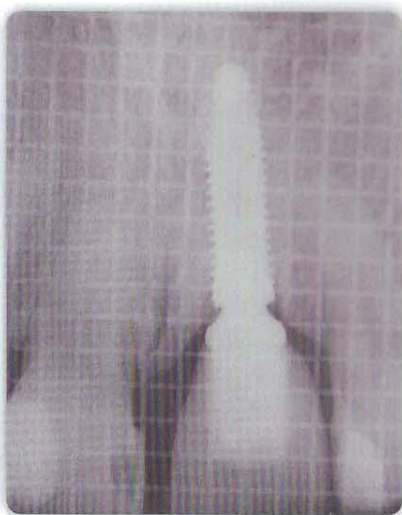


Fig. 5.74 – Radiografias periapicais demonstrando o perfil de emergência do pilar protético.



Fig. 5.75 – Trabalho concluído.

Pilar Reto de Parafuso Passante

Caso Clínico IV



Fig. 5.76 – Provisório removível realizado com acetato.



Fig. 5.77 – Cicatrizador instalado após a reabertura com instrumento rotatório.



Fig. 5.78 – Perfil gengival obtido após 7 dias da instalação do cicatrizador.



Fig. 5.79 – Medidor de sulco sendo utilizado para dimensionar a porção transmucosa do pilar que será moldado para a reabilitação protética.



Fig. 5.80 – Análogo padrão e transferente de moldagem do implante Cone Morse.



Fig. 5.81 – Transferente de moldagem instalado no implante para ser moldado.

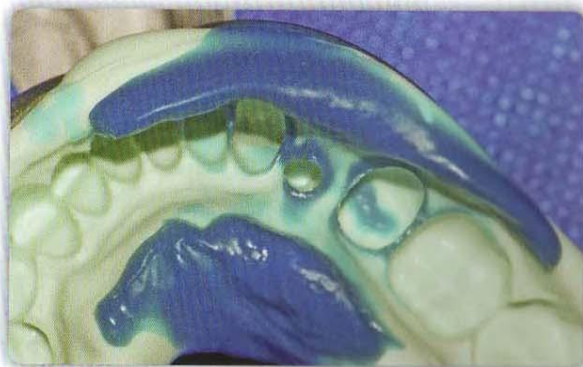


Fig. 5.82 – Molde obtido com silicone de condensação (Speedex).



Fig. 5.83 – Transferente removido do implante e conectado ao análogo do implante Cone Morse.



Fig. 5.84 – Conjunto transferente/análogo sendo posicionado no interior do molde.



Fig. 5.85 – Pilar universal de parafuso passante selecionado de 3,3 x 6 x 0,8 mm.



Fig. 5.86 – Imagem comparativa de 0,8 mm do pilar, com a marcação do medidor de sulco.

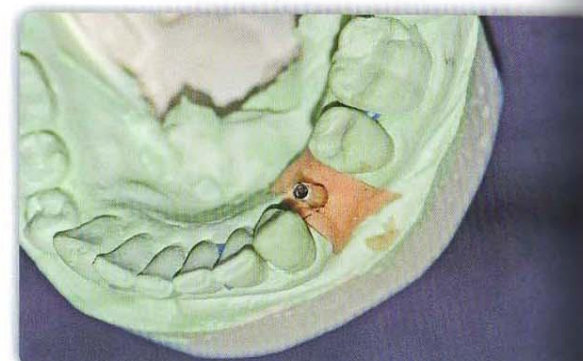


Fig. 5.87 – Pilar instalado no modelo obtido para a execução protética.

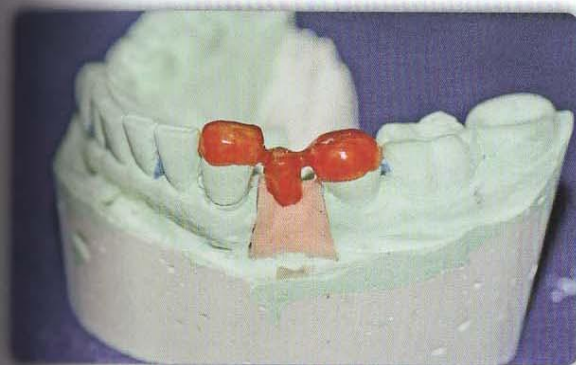


Fig. 5.88 – Confeção, em resina acrílica, da guia de transferência após o preparo do pilar.

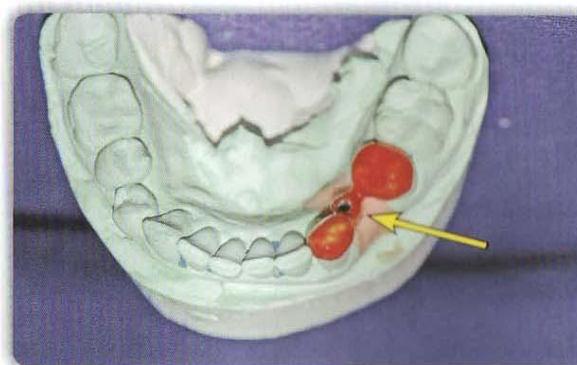


Fig. 5.89 – Vista oclusal da guia. Observar o orifício oclusal para acesso da chave digital.

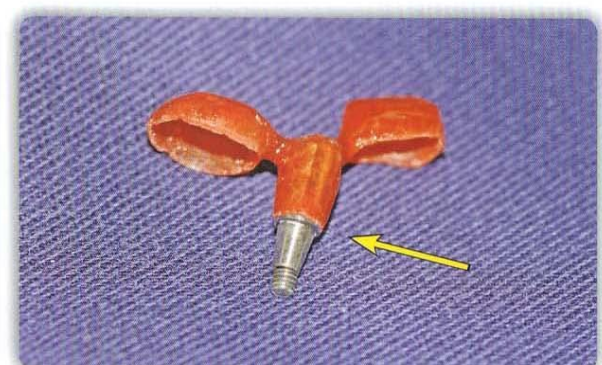


Fig. 5.90 – Imagem da adaptação da guia de transferência ao redor do término do pilar.



Fig. 5.91 – Provisório, confeccionado sobre o pilar, posicionado no modelo de trabalho.



Fig. 5.92 – Imagem da adaptação do provisório confeccionado em laboratório.



Fig. 5.93 – Coping fundido sobre o pilar posicionado no modelo.



Fig. 5.94 – Guia de transferência com o pilar em seu interior posicionada sobre os dentes.



Fig. 5.95 – Pilar universal de parafuso passante instalado e torqueado a 15 N/cm.

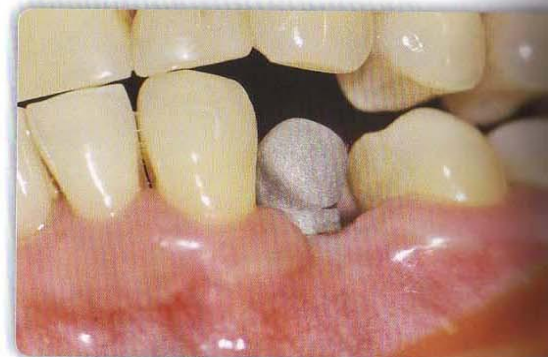


Fig. 5.96 – Prova do coping. Este deve ser moldado por meio de moldagem para a aplicação cerâmica.



Fig. 5.97 – Provisório instalado sobre o pilar até a confecção final da coroa metalocerâmica.



Fig. 5.98 – Imagem vestibular da coroa metalocerâmica.



Fig. 5.99 – Imagem oclusal da coroa metalocerâmica.

Pilar Reto de Parafuso Passante

Caso Clínico V



Fig. 5.100 – Imagem clínica do dente 21. Presença de fístula no terço cervical da raiz.

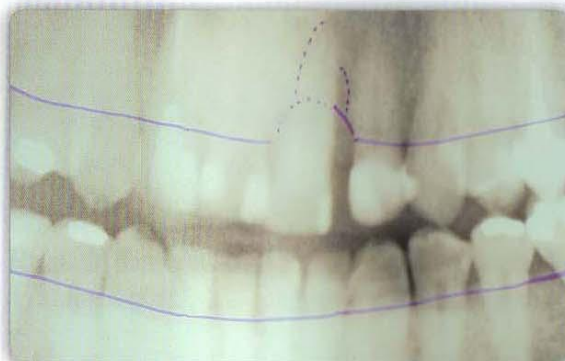


Fig. 5.101 – Imagem radiográfica auxiliando no diagnóstico clínico.

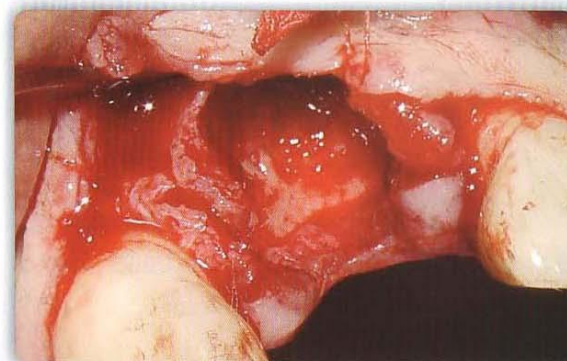


Fig. 5.102 – Exodontia do elemento 21.



Fig. 5.103 – Instalação de provisório removível após a execução de regeneração óssea guiada.



Fig. 5.104 – Imagem clínica após 6 meses da primeira intervenção cirúrgica.



Fig. 5.105 – Instalação do implante Cone Morse.

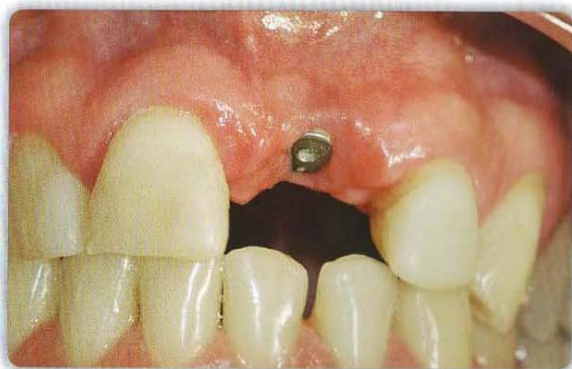


Fig. 5.106 – Instalação do cicatrizador após 6 meses da colocação do implante.

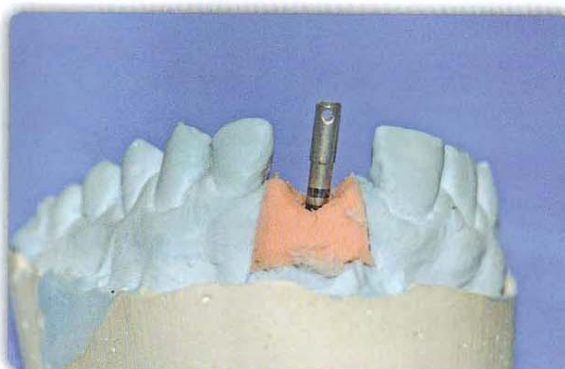


Fig. 5.107 – Medidor de sulco sendo utilizado após a obtenção do modelo.



Fig. 5.108 – Seleção do pilar fazendo uso do pilar de 4,5 x 6,0 x 2,5 mm do kit de seleção.

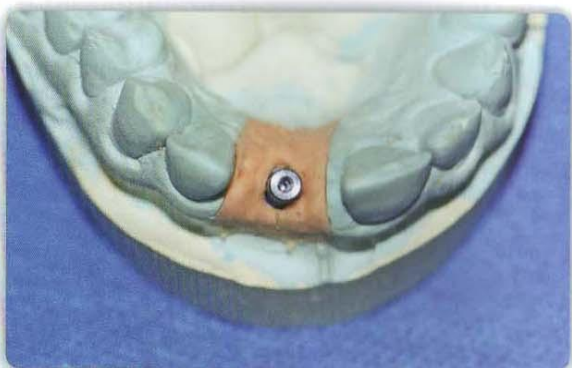


Fig. 5.109 – Imagem da posição vestibulolingual do pilar do kit de seleção.



Fig. 5.110 – Pilar universal de parafuso passante selecionado instalado no modelo de trabalho.

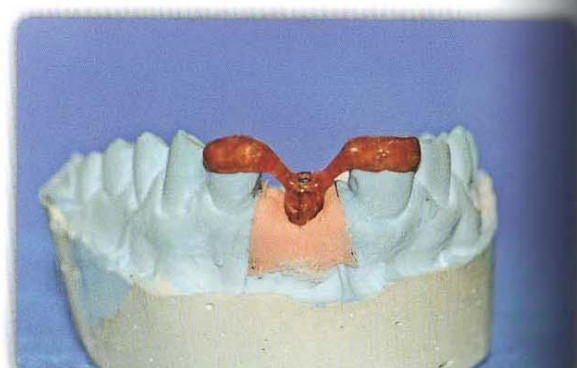


Fig. 5.111 – Guia de transferência apoiada sobre a incisal dos dentes vizinhos.



Fig. 5.112 – Vista oclusal da guia de transferência. Observar o orifício de acesso.



Fig. 5.113 – Provisório confeccionado posicionado sobre o pilar.



Fig. 5.114 – Coping fundido posicionado sobre o pilar.



Fig. 5.115 – Imagem da adaptação da guia de transferência sobre o pilar protético.



Fig. 5.116 – Pilar sendo posicionado fazendo-se uso da guia de transferência e da chave de 0,9 mm.



Fig. 5.117 – Guia totalmente apoiada sobre a incisal dos dentes após a instalação do pilar.

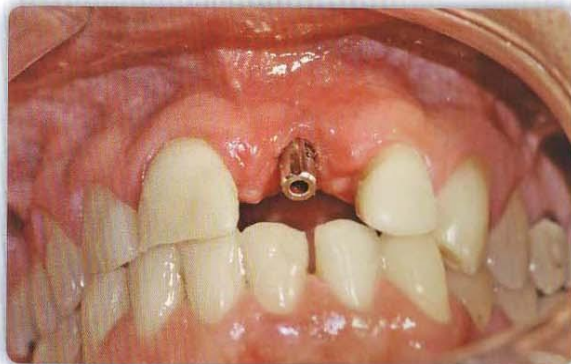


Fig. 5.118 – Guia de transferência removida e pilar posicionado.

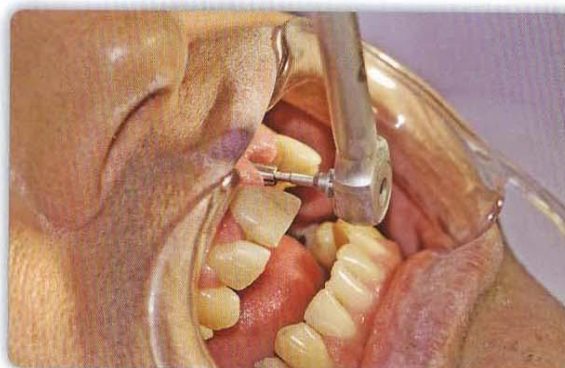


Fig. 5.119 – Pilar universal de parafuso passante sendo torquado a 15 N/cm.

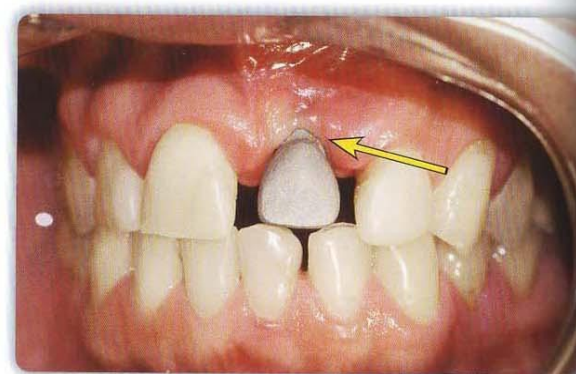


Fig. 5.120 – Coping sendo provado após a instalação do pilar. Observar o perfil de emergência.



Fig. 5.121 – Provisório instalado após a prova do coping metálico.

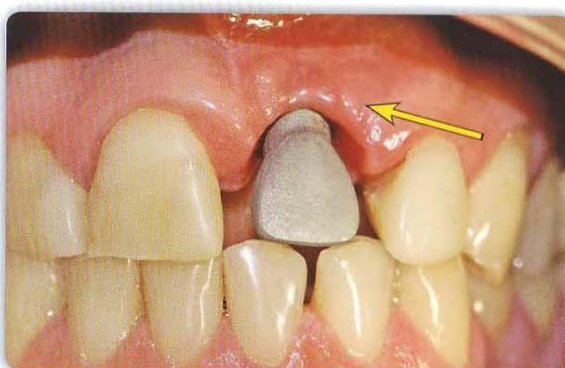


Fig. 5.122 – Após 15 dias, remoção do provisório e colocação do coping sobre o pilar para a execução da moldagem de arrasto. Observar o perfil de emergência obtido.

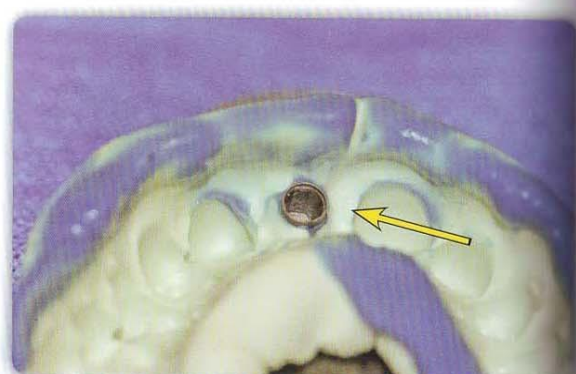


Fig. 5.123 – Coping metálico arrastado no interior do molde realizado com silicone.



Fig. 5.124 – Cerâmica aplicada sobre o coping.



Fig. 5.125 – Imagem da coroa metalocerâmica.



Fig. 5.126 – Coroa metalocerâmica sendo provada na boca. Observar as dimensões exageradas da coroa protética.



Fig. 5.127 – Coroa sendo instalada após redimensionamento da prótese em laboratório.

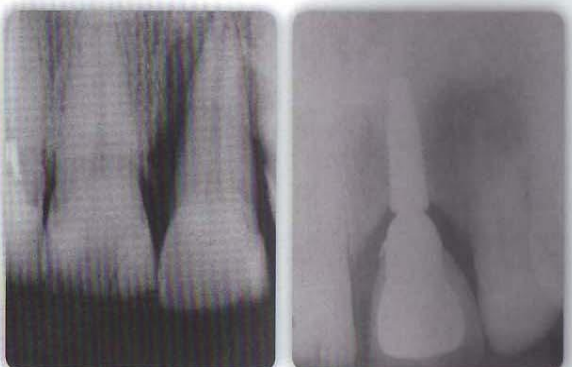


Fig. 5.128 – Radiografias inicial e final do elemento 21.



Fig. 5.129 – Resultado estético alcançado.

Pilar Angulado de Parafuso Passante

Caso Clínico VI



Fig. 5.130 – Cicatrizadores instalados após a reabertura com punch.

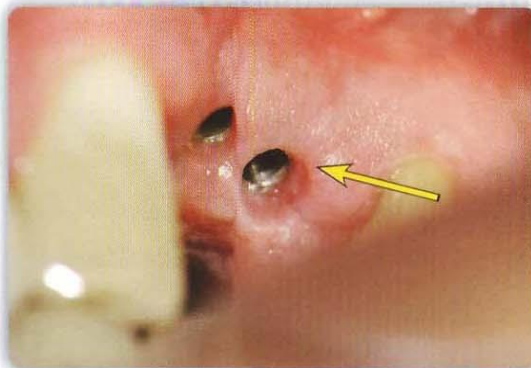


Fig. 5.131 – Remoção dos cicatrizadores após 15 dias. Observar a qualidade gengival obtida.



Fig. 5.132 – Transferentes de moldagem instalados nos implantes.



Fig. 5.133 – Molde dos transferentes obtido com silicona de adição – 3M.



Fig. 5.134 – Conjunto análogo/transferente encaixados no interior do molde.

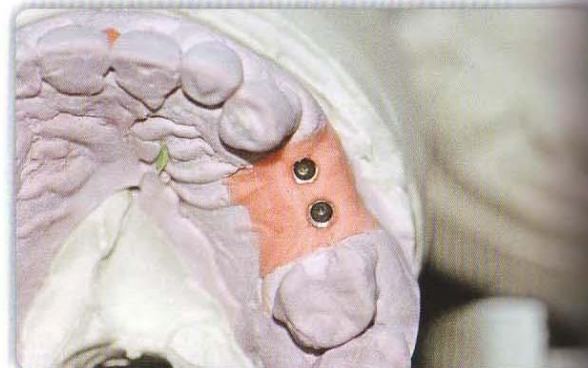


Fig. 5.135 – Análogos dos implantes no modelo obtido.

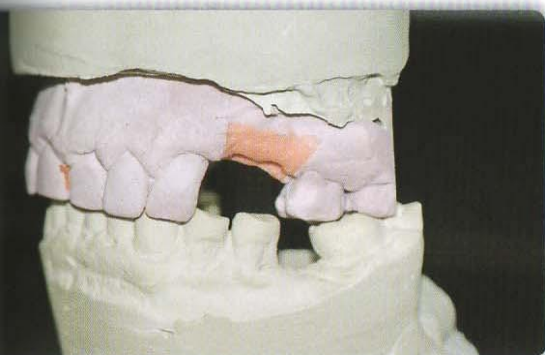


Fig. 5.136 – Modelos montados em articulador para a seleção dos componentes.



Fig. 5.137 – Pilares angulados de 17° selecionados para a confecção da prótese.



Fig. 5.138 – Pilares angulados de parafuso passante instalados no modelo.



Fig. 5.139 – Vista oclusal do modelo de trabalho com os componentes posicionados.



Fig. 5.140 – Pilares preparados pelo laboratório para a obtenção do paralelismo.



Fig. 5.141 – Guia de transferência confeccionada sobre os pilares e a oclusal dos dentes adjacentes.

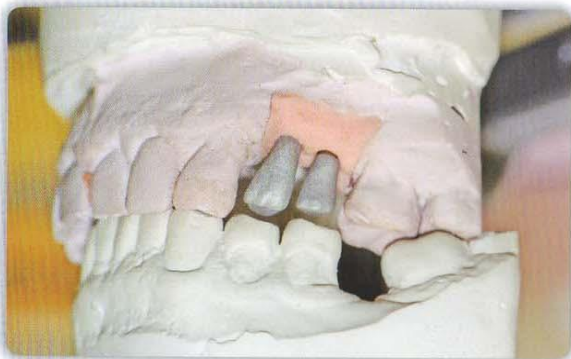


Fig. 5.142 – Copings metálicos confeccionados sobre os pilares.



Fig. 5.143 – Dentes provisórios confeccionados sobre os pilares antes da instalação na boca.

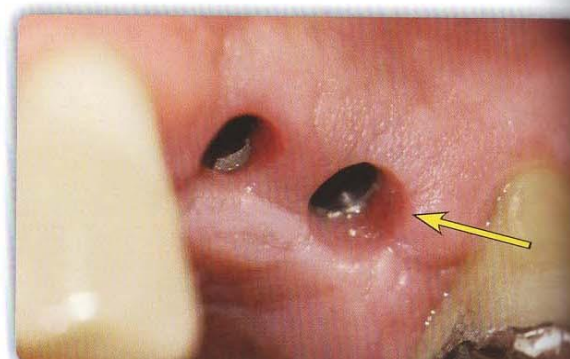


Fig. 5.144 – Qualidade gengival após 21 dias da reabertura – fantástica.



Fig. 5.145 – Pilar protético distal posicionado no interior da guia para a instalação na boca.



Fig. 5.146 – Guia de transferência posicionada sobre a oclusal dos dentes adjacentes.



Fig. 5.147 – Pilar distal instalado e torqueado a 15 N/cm.



Fig. 5.148 – Pilar protético mesial posicionado no interior da guia para a instalação na boca.



Fig. 5.149 – Guia de transferência posicionada sobre a oclusal dos dentes vizinhos.



Fig. 5.150 – Pilar angulado mesial instalado e torquado a 15 N/cm.



Fig. 5.151 – Prova clínica dos copings metálicos.



Fig. 5.152 – Instalação da prótese metalocerâmica.



Fig. 5.153 – Vista oclusal da prótese instalada.

Prótese Múltipla Cimentada

Caso Clínico VII



Fig. 5.154 – Imagem clínica antes da reabertura.



Fig. 5.155 – Instalação dos cicatrizadores no momento da reabertura.



Fig. 5.156 – Colocação dos transferentes de moldagem com a chave digital.



Fig. 5.157 – Transferentes posicionados para a execução da moldagem fechada.



Fig. 5.158 – Molde com silicona de condensação (Speedex) obtido.



Fig. 5.159 – Transferente utilizado para a moldagem conectado ao análogo do implante.



Fig. 5.160 – Conjunto análogo/transferente posicionado no interior do molde.



Fig. 5.161 – Imagem mostrando o paralelismo dos dois análogos.



Fig. 5.162 – Modelo em gesso-pedra especial obtido e gengiva artificial.



Fig. 5.163 – Seleção do pilar protético por meio de pilares similares do kit de seleção.



Fig. 5.164 – Imagem do espaço interoclusal necessário para a confecção da estrutura.



Fig. 5.165 – Pilar universal de parafuso passante selecionado.



Fig. 5.166 – Pilares retos com parafusos passantes instalados sobre os análogos dos implantes.



Fig. 5.167 – Verificando a similaridade do espaço interoclusal.

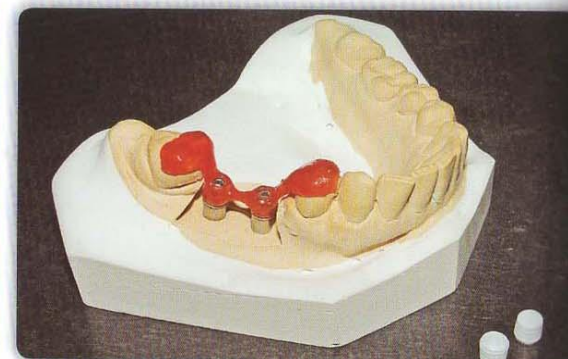


Fig. 5.168 – Guia de transferência executada sobre os pilares e a superfície oclusal dos dentes.



Fig. 5.169 – Copings calcináveis para enceramento e fundição uma vez que não houve necessidade de preparar os pilares.



Fig. 5.170 – Enceramento dos copings para a fundição.



Fig. 5.171 – Vista lingual do enceramento.



Fig. 5.172 – Estrutura metálica fundida.



Fig. 5.173 – Vista interna e das bordas da estrutura metálica.

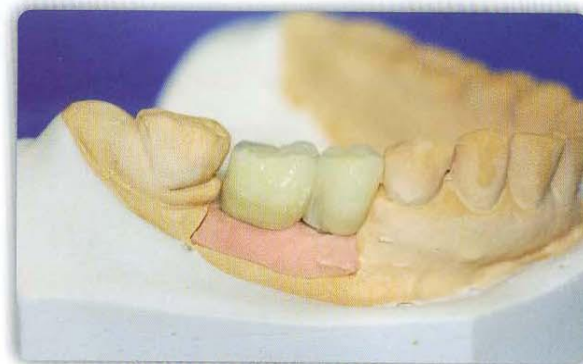


Fig. 5.174 – Provisórios confeccionados em laboratório sobre os próprios pilares.



Fig. 5.175 – Guia de transferência com o pilar distal para instalação.



Fig. 5.176 – Pilar de parafuso passante distal instalado e torquado a 15 N/cm.



Fig. 5.177 – Imagem do modelo somente com o pilar mesial.



Fig. 5.178 – Guia de transferência com o pilar mesial para instalação.



Fig. 5.179 – Pilares instalados e já com os orifícios dos parafusos obturados.



Fig. 5.180 – Prova da estrutura metálica.



Fig. 5.181 – Tomada do registro oclusal com cera nº 7.

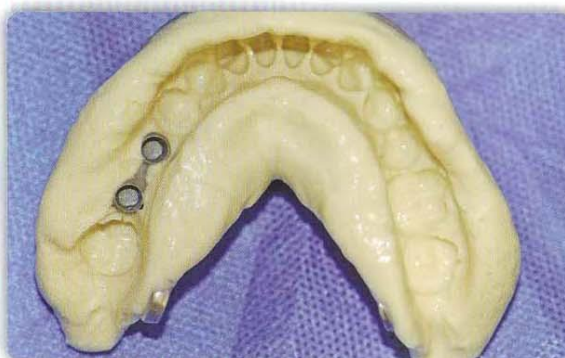


Fig. 5.182 – Moldagem de arrasto da estrutura metálica com alginato.



Fig. 5.183 – Instalação da prótese provisória fixa sobre os pilares.



Fig. 5.184 – Prótese concluída após a aplicação de cerâmica no laboratório.



Fig. 5.185 – Vista vestibular da prótese parcial fixa instalada.

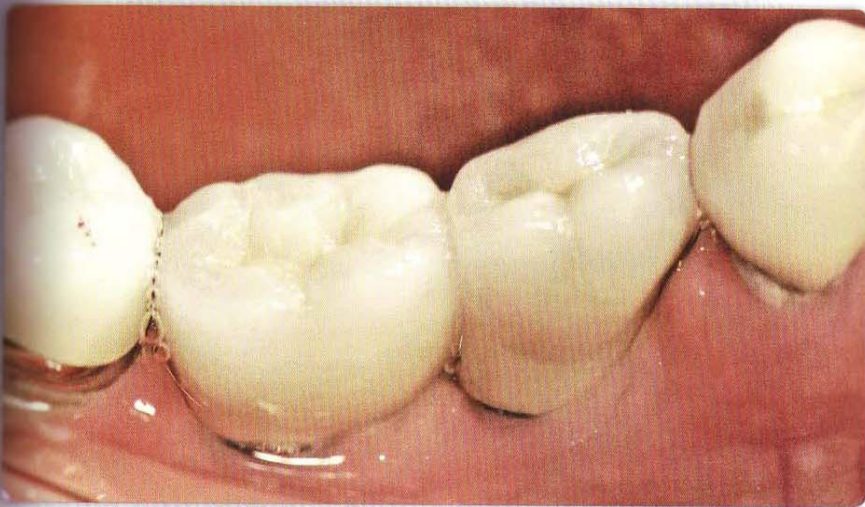


Fig. 5.186 – Vista lingual da prótese parcial fixa instalada.

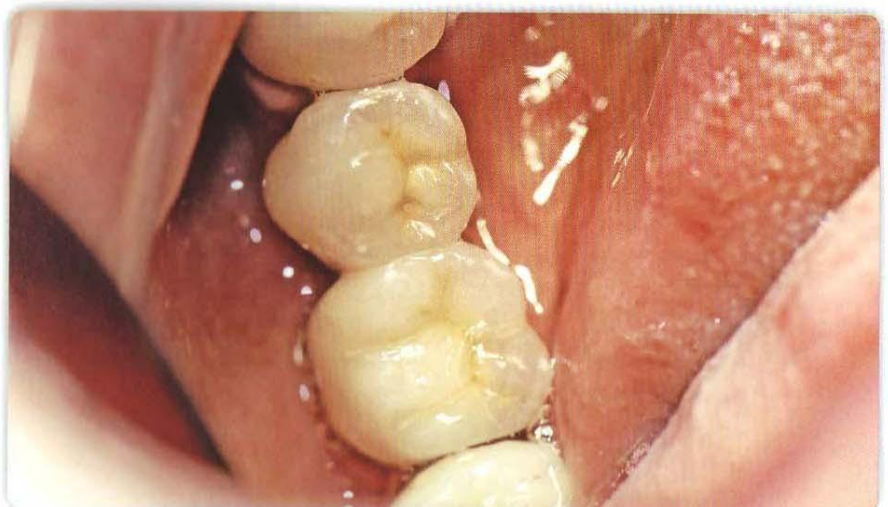


Fig. 5.187 – Vista oclusal da prótese parcial fixa instalada.

A close-up photograph of a dental arch, likely the upper jaw, showing several natural teeth and a central green implant abutment. The background is a soft, out-of-focus pinkish-white, suggesting a clinical setting.

Capítulo

6

PRÓTESE CIMENTADA
SISTEMA ANKYLOS

Pilar *Standard* Ankylos

O pilar *standard* Ankylos possui as mesmas dimensões do pilar universal, tanto em diâmetro como em altura.

Porém, a sua forma é ligeiramente diferente, o que impede o uso dos mesmos copings de moldagem e análogos.

No entanto, seu coping de moldagem e seu respectivo análogo são singulares.

A precisão do coping de moldagem é impecável e de fácil captura. Já o análogo é mais surpreendente, pois, além de ser um análogo, é também um troquel. Essa característica favorece muito a execução do trabalho pelo tecnólogo em prótese.

Os procedimentos clínicos são os mesmos do pilar sólido.



Fig. 6.1 – Pilar *standard* Ankylos.



Fig. 6.2 – Coping de transferência do sistema Ankylos.



Fig. 6.3 – Análogo do pilar de 3,3 mm de diâmetro x 6,0 mm de altura.



Fig. 6.4 – Análogo em duas partes se transformando em troquel.



Fig. 6.5 – Precisão do encaixe do análogo ao coping de transferência.

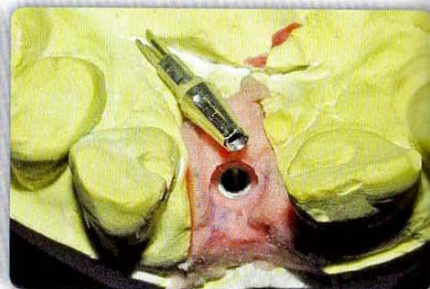


Fig. 6.6 – Imagem demonstrando a separação do análogo no modelo.

Pilar *Standard* Ankylos

Caso Clínico I



Fig. 6.7 – Imagem radiográfica do cicatrizador instalado no implante Cone Morse.



Fig. 6.8 – Vista clínica do cicatrizador e do perfil de emergência obtido com o provisório pós-cirúrgico antes da instalação do pilar *standard*.



Fig. 6.9 – Pilar *standard* de 3,3 mm x 6,0 mm instalado a 25 N/cm, conforme instrução do fabricante.



Fig. 6.10 – Provisório instalado após o pilar ter sido torqueado.



Fig. 6.11 – Perfil de emergência obtido após 15 dias de uso do provisório sobre o pilar.



Fig. 6.12 – Posicionamento do coping de transferência para a execução da moldagem.



Fig. 6.13 – Coping arrastado no interior do molde de silicona de condensação (Speedex).



Fig. 6.14 – Análogo correspondente do pilar *standard* de 3,3 mm de diâmetro x 6,0 mm de altura.



Fig. 6.15 – Análogo perfeitamente encaixado no interior do coping de transferência.



Fig. 6.16 – Modelo de trabalho obtido com gesso-pedra especial e gengiva artificial.



Fig. 6.17 – Imagem demonstrativa da qualidade do análogo em se transformar em um troquel.

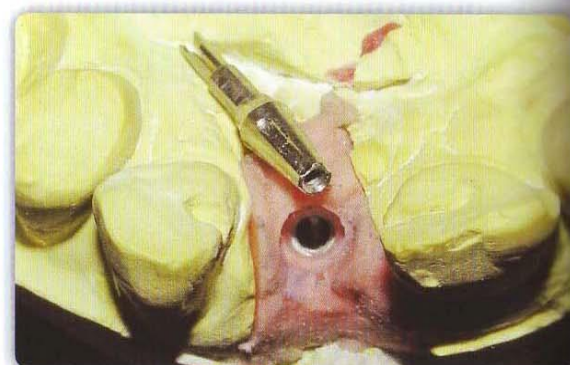


Fig. 6.18 – Análogo removido do troquel para a confecção do coping metálico.



Fig. 6.19 – Coping metálico sendo provado na boca. Observar a qualidade gengival.



Fig. 6.20 – Coroa metalocerâmica cimentada sobre o pilar *standard*.

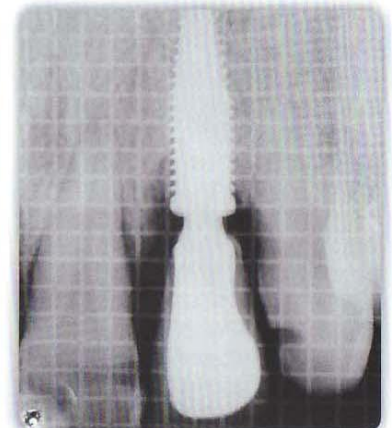


Fig. 6.21 – Radiografia de confirmação da adaptação.



Fig. 6.22 – Imagem mostrando a harmonia estética da coroa do elemento 22.

Pilar *Standard* Ankylos

Caso Clínico II



Fig. 6.23 – Pilar *standard* de 4,5 x 6 x 1,5 mm instalado.



Fig. 6.24 – Chave de torque de abraçamento de 25 N/cm do sistema Ankylos.

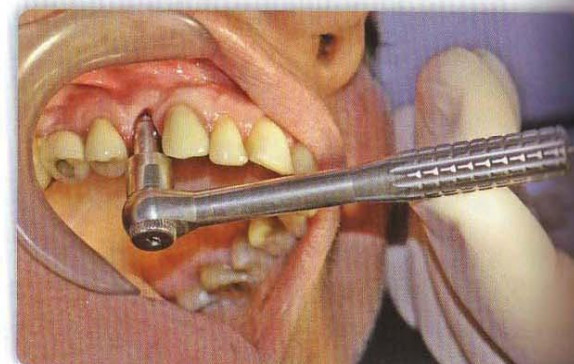


Fig. 6.25 – Torquímetro ativando o torque de 25 N/cm.



Fig. 6.26 – Coping para moldagem do respectivo pilar de coloração verde.



Fig. 6.27 – Coping de moldagem capturado no interior do molde realizado com silicona de adição – 3M.



Fig. 6.28 – Respectivo análogo do pilar encaixado no interior do coping de moldagem.

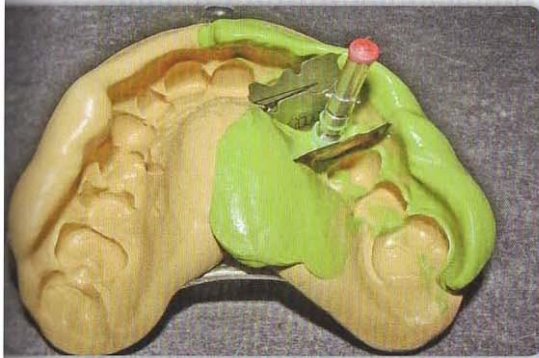


Fig. 6.29 – Barreira mecânica instalada no molde para limitar o espaço para a gengiva artificial.

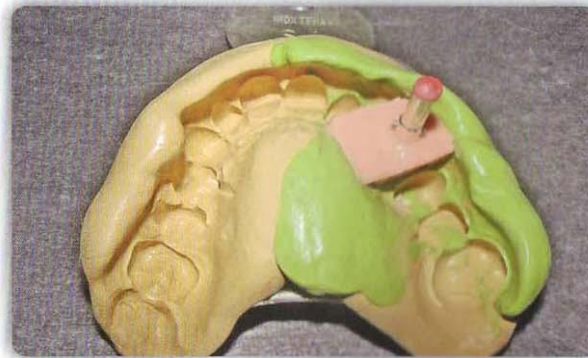


Fig. 6.30 – Gengiva artificial vertida no espaço determinado pelas barreiras.



Fig. 6.31 – Modelo de trabalho obtido com gesso-pedra especial.



Fig. 6.32 – Coping calcinável instalado sobre o modelo para enceramento.



Fig. 6.33 – Enceramento realizado para fundição. Lembrar que o análogo também é um troquel.



Fig. 6.34 – Fundição do coping realizada pelo laboratório.



Fig. 6.35 – Copping fundido concluído.



Fig. 6.36 – Imagem demonstrando a versatilidade do análogo do sistema Ankylos.



Fig. 6.37 – Imagem da perfeita adaptação do ping sobre o análogo.



Fig. 6.38 – Imagem demonstrando a remoção da parte superior do análogo.



Fig. 6.39 – Prova clínica do coping metálico.



Fig. 6.40 – Tomada do registro oclusal com resina acrílica ativada quimicamente – Pattern.



Fig. 6.41 – Aplicação de cerâmica sobre o coping metálico.



Fig. 6.42 – Vista oclusal da prótese metalocerâmica concluída em laboratório.



Fig. 6.43 – Vista oclusal da prótese metalocerâmica instalada na boca.



Fig. 6.44 – Vista vestibular da prótese instalada.

Pilar CM

O pilar CM é utilizado para próteses parafusadas unitárias. Ele se apresenta em peça única e deve ser torquado a 32 N/cm com a chave hexagonal de 1,6.

As alturas do transmucoso (A) são de: 0,8; 1,5; 2,5; 3,5; 4,5; 5,5 e 6,5 mm.

Este pilar possui um coping antirrotacional que é parafusado sobre o pilar com a chave de 1,2 ao torque de 10 N/cm.

É sempre bom lembrar que para fazer uso de próteses parafusadas unitárias, o posicionamento do implante em regiões anteriores deve ser ligeiramente para lingual ou palatino, para que o orifício do parafuso não fique na porção vestibular da coroa.

Este pilar é mais robusto que o esteticone, o que faz com que seu dispositivo antirrotacional seja mais resistente.



Fig. 7.1 – Pilar CM.

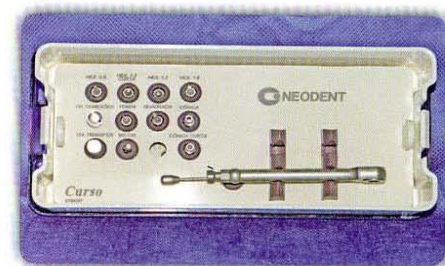


Fig. 7.2 – Kit protético.



Fig. 7.3 – Coping antirrotacional.

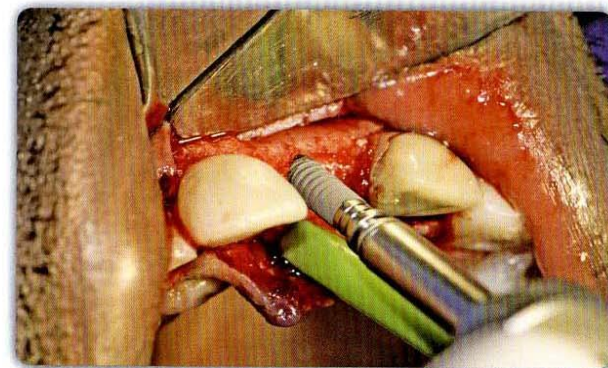


Fig. 7.4 – Aprovechamento palatino do implante.



Capítulo

7

**PRÓTESE PARAFUSADA
UNITÁRIA**

Pilar CM

O pilar CM é utilizado para próteses parafusadas unitárias. Ele se apresenta em peça única e deve ser torquado a 32 N/cm com a chave hexagonal de 1,6.

As alturas do transmucoso (A) são de: 0,8; 1,5; 2,5; 3,5; 4,5; 5,5 e 6,5 mm.

Este pilar possui um coping antirrotacional que é parafusado sobre o pilar com a chave de 1,2 ao torque de 10 N/cm.

É sempre bom lembrar que para fazer uso de próteses parafusadas unitárias, o posicionamento do implante em regiões anteriores deve ser ligeiramente para lingual ou palatino, para que o orifício do parafuso não fique na porção vestibular da coroa.

Este pilar é mais robusto que o esteticone, o que faz com que seu dispositivo antirrotacional seja mais resistente.



Fig. 7.1 – Pilar CM.

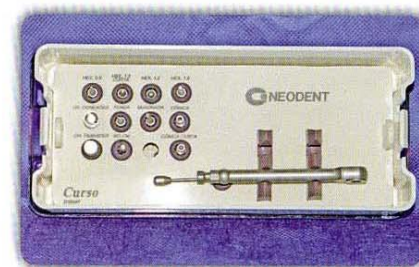


Fig. 7.2 – Kit protético.



Fig. 7.3 – Coping antirrotacional.

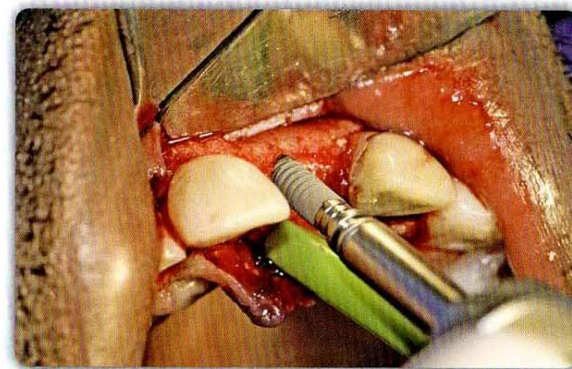


Fig. 7.4 – Aproximação palatina do implante.

Pilar CM

Este componente possui uma tampa de proteção, pois como qualquer pilar do sistema Cone Morse, uma vez instalado sobre o implante, não deve ser removido, e a tampa protege o pilar de possível deformação devido às forças mastigatórias.

Possui também um coping de titânio antirrotacional para a confecção de provisório, caso haja necessidade de restabelecer a oclusão no momento de sua instalação, ou a estética esteja envolvida necessitando assim da confecção do provisório.

Por se tratar de um componente para prótese unitária, tendo assim um dispositivo antirrotacional, este pilar possui um transferente de moldeira aberta que copia a posição deste dispositivo pela técnica de moldagem de arrasto.



Fig. 7.5 – Tampa de proteção.



Fig. 7.6 – Adaptação sobre o pilar.



Fig. 7.7 – Coping para provisórios.



Fig. 7.8 – Sistema antirrotacional.



Fig. 7.9 – Transferente de moldagem.



Fig. 7.10 – Transferente com o pilar.

Pilar CM

Para realizar a moldagem de arrasto, utiliza-se moldeira individual de resina acrílica ou moldeira de plástico perfurada.

Ambas as moldeiras deverão possuir um orifício que permita a passagem do parafuso do transferente de moldagem para a porção externa da moldeira.

A moldagem é feita com silicona ou com poliéter e, uma vez polimerizado, o parafuso é afrouxado do pilar e o molde é removido da boca, arrastando consigo o transferente de moldagem.

O pilar CM possui um análogo que nesse momento é encaixado na base do transferente que está no interior do molde na mesma posição que o pilar está na boca.



Fig. 7.11 – Moldeira de plástico perfurada.

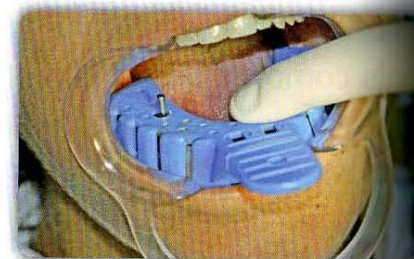


Fig. 7.12 – Foto do parafuso ultrapassando o orifício.



Fig. 7.13 – Moldagem com poliéter.



Fig. 7.14 – Transferente arrastado no interior do molde.



Fig. 7.15 – Análogo do pilar CM.



Fig. 7.16 – Análogo posicionado.

Pilar CM

No interior do molde, ao redor do análogo, verte-se gengiva artificial e o restante do molde é completado com gesso-pedra especial.

Sobre este modelo, o técnico do laboratório, fazendo uso do cilindro calcinável do pilar CM, vai promover o enceramento da coroa protética e executar a fundição do coping.

O coping deve ser provado para se ter certeza que a transferência do pilar foi bem-sucedida e, se estiver de acordo com o previsto, o tecnólogo deverá aplicar porcelana sobre este.

Uma vez instalada a coroa protética, o orifício de acesso do parafuso que aperta a coroa protética devê ser protegido com guta-percha e restaurado com resina composta fotopolimerizável.



Fig. 7.17 – Modelo obtido.



Fig. 7.18 – Modelo com cilindro calcinável.



Fig. 7.19 – Cilindro calcinável sendo encerado.

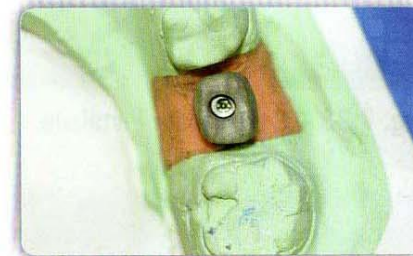


Fig. 7.20 – Coping fundido.



Fig. 7.21 – Prova do coping.



Fig. 7.22 – Prótese concluída.

Pilar CM

Caso Clínico I



Fig. 7.23 – Cicatrizador instalado.



Fig. 7.24 – Remoção do cicatrizador após 7 dias da instalação.



Fig. 7.25 – Utilização do pilar de seleção.



Fig. 7.26 – Pilar CM selecionado instalado.



Fig. 7.27 – Pilar CM sendo torquado.



Fig. 7.28 – Torque recomendado de 30 N/cm.

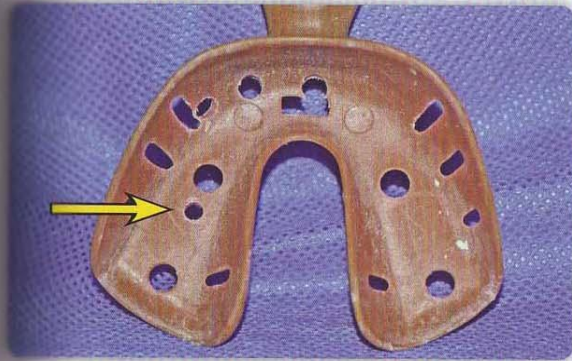


Fig. 7.29 – Moldeira individual de plástico com orifício para passagem do parafuso.



Fig. 7.30 – Transferente de moldagem instalado.

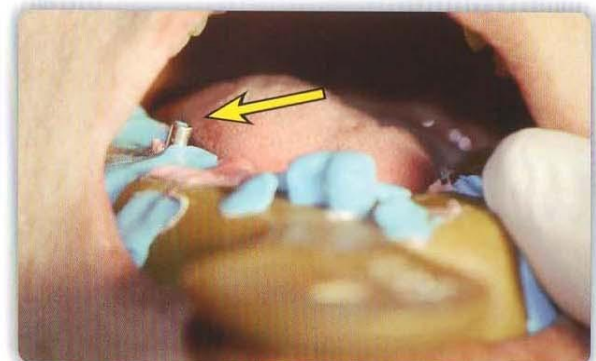


Fig. 7.31 – Vista do parafuso emergindo através do orifício durante moldagem com silicona de adição – Aquasil.

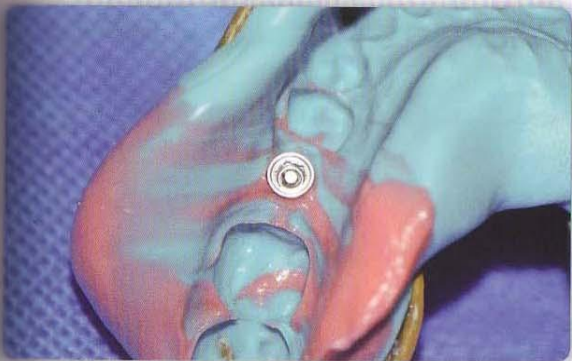


Fig. 7.32 – Transferente arrastado no interior do molde.

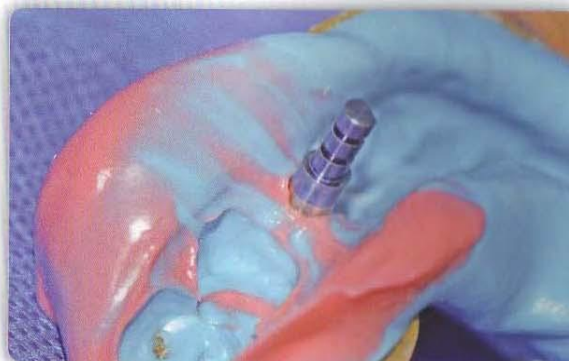


Fig. 7.33 – Análogo do pilar CM instalado no transferente.



Fig. 7.34 – Tampa de proteção instalada sobre o pilar CM.

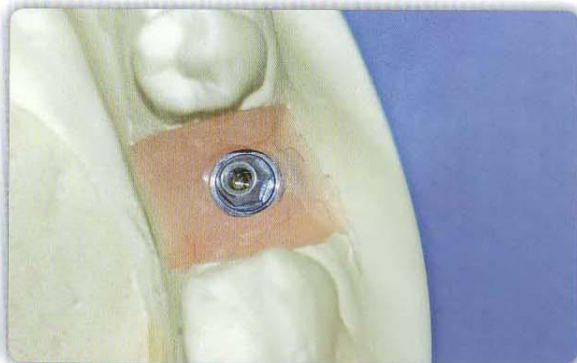


Fig. 7.35 – Modelo de trabalho obtido.

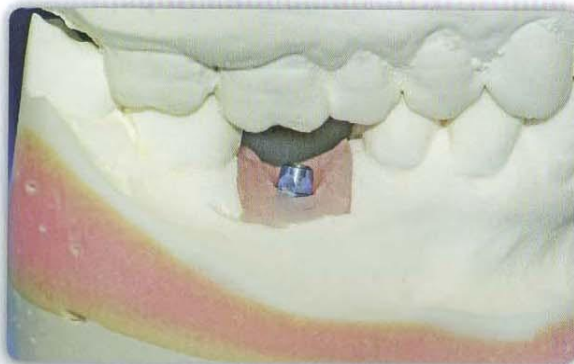


Fig. 7.36 – Modelos montados no articulador para confecção do coping.



Fig. 7.37 – Coping CM confeccionado.



Fig. 7.38 – Orifício oclusal para passagem do parafuso caracterizando a prótese parafusada.



Fig. 7.39 – Prova do coping na boca.

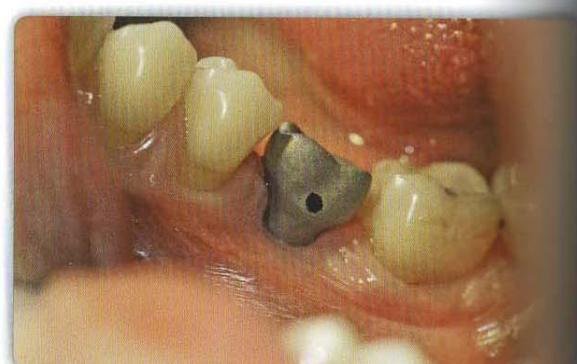


Fig. 7.40 – Vista vestibular da prova de adaptação do coping.



Fig. 7.41 – Comprovação radiográfica da adaptação do coping.



Fig. 7.42 – Opaco aplicado sobre o coping previamente à aplicação da cerâmica.



Fig. 7.43 – Cerâmica sendo aplicada sobre o coping.



Fig. 7.44 – Metalcerâmica concluída no laboratório.



Fig. 7.45 – Vista oclusal da instalação da coroa metalocerâmica.



Fig. 7.46 – Vista vestibular da instalação da coroa metalocerâmica sobre o pilar CM.



Fig. 7.47 – Torque de 10 N/cm sendo aplicado no parafuso de retenção da coroa protética.

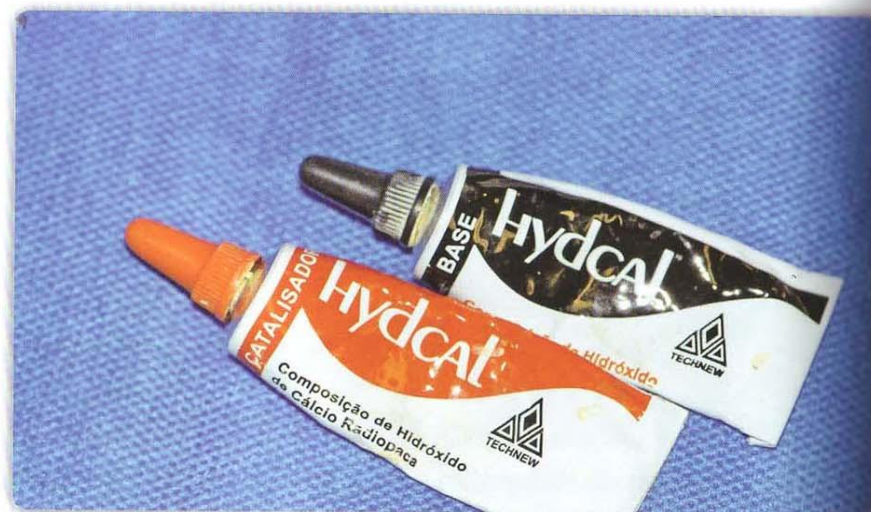


Fig. 7.48 – Hidróxido de cálcio utilizado para proteger o parafuso antes da restauração do orifício.

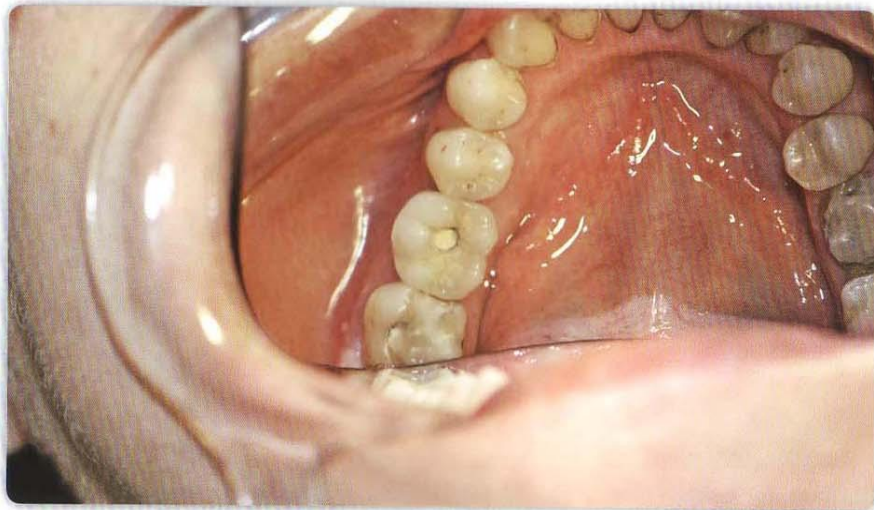


Fig. 7.49 – Hidróxido de cálcio aplicado no orifício – serve também como opacificador.

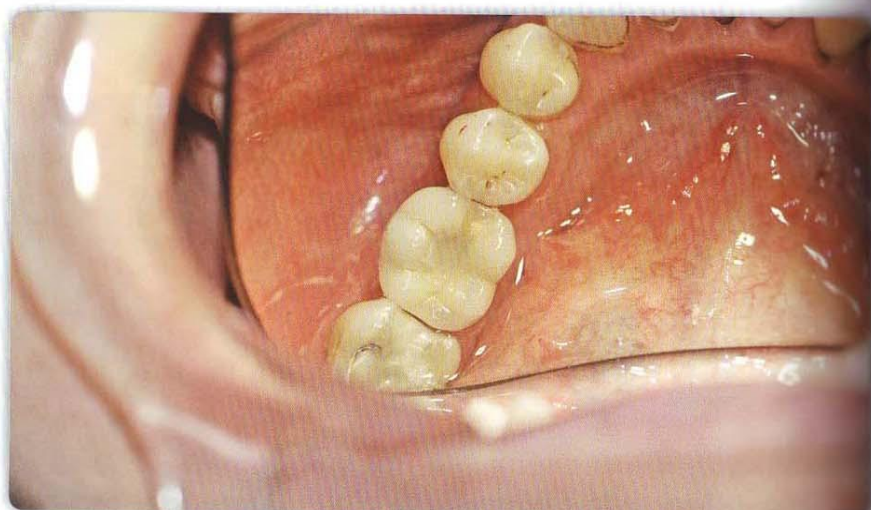


Fig. 7.50 – Restauração final do orifício protético executada.

Pilar CM

Caso Clínico II



Fig. 7.51 – Vista oclusal do cicatrizador ou formador de sulco.

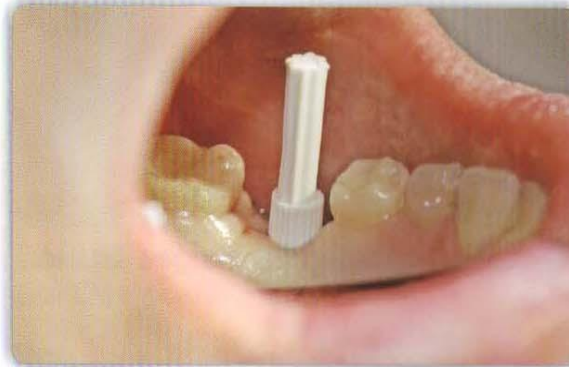


Fig. 7.52 – Pilar CM sendo instalado através da haste plástica existente.



Fig. 7.53 – Vista lingual do pilar CM sendo pré-apertado com a chave 1.6.



Fig. 7.54 – Vista oclusal do pilar CM.

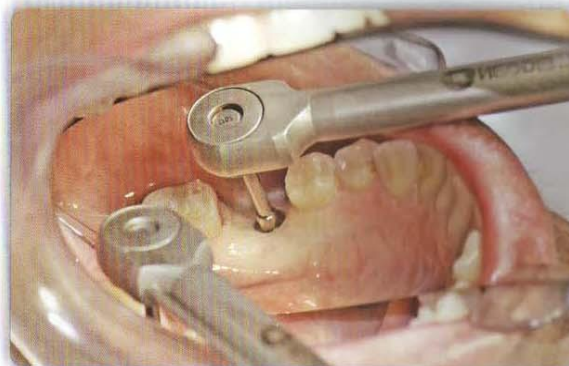


Fig. 7.55 – Pilar CM sendo torquado a 30 N/cm.



Fig. 7.56 – Imagem do transferente de moldagem necessário para a execução do trabalho.

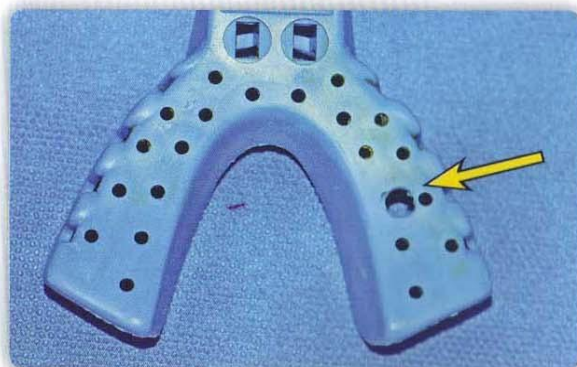


Fig. 7.57 – Orifício realizado na moldeira de plástico pré-fabricada.

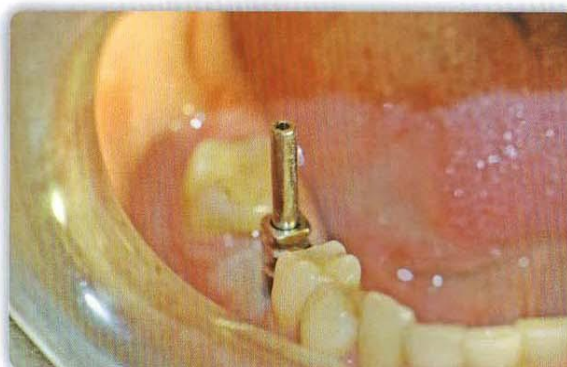


Fig. 7.58 – Transferente de moldagem instalado.

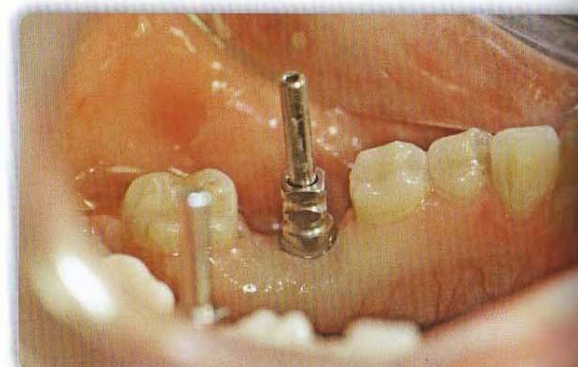


Fig. 7.59 – Vista lingual do transferente instalado.

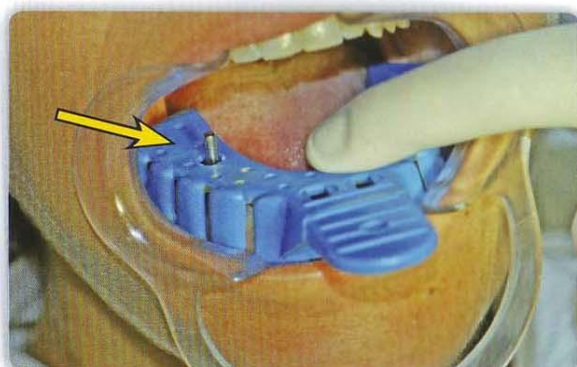


Fig. 7.60 – Prova da moldeira para checar a posição do orifício confeccionado.

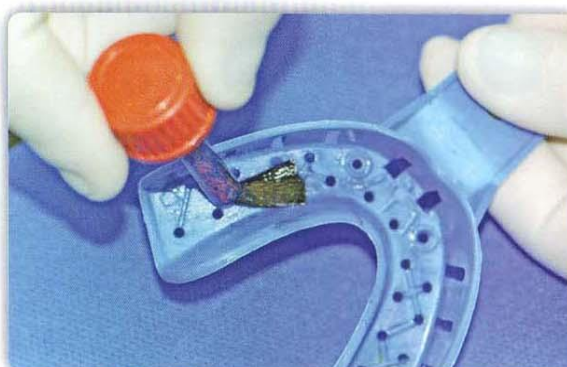


Fig. 7.61 – Adesivo para poliéter sendo passado no interior da moldeira.



Fig. 7.62 – Poliéter Impregum da 3M dispensado no interior da moldeira.

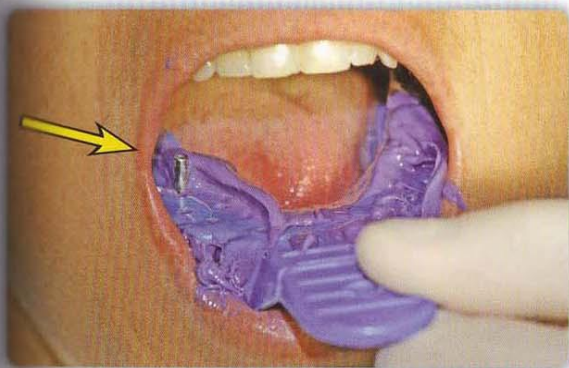


Fig. 7.63 – Moldeira posicionada na boca permitindo a passagem do parafuso.



Fig. 7.64 – Molde obtido com o transferente do pilar CM em seu interior.



Fig. 7.65 – Vista aproximada do dispositivo anti-rotacional do transferente.



Fig. 7.66 – Análogo posicionado no dispositivo anti-rotacional do transferente.



Fig. 7.67 – Modelo obtido com o análogo na mesma posição do pilar instalado na boca.



Fig. 7.68 – Enceramento da coroa protética realizado pelo técnico do laboratório.



Fig. 7.69 – Fundição do coping CM.

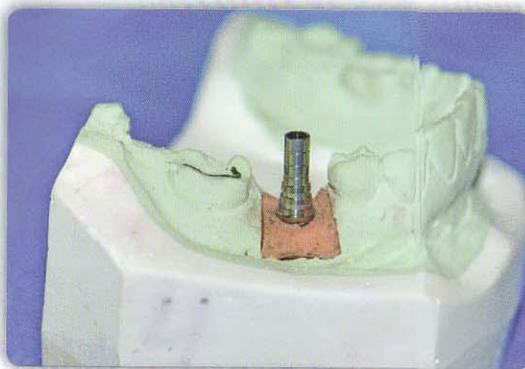


Fig. 7.70 – Utilização do cilindro de latão para a confecção do provisório.



Fig. 7.71 – Provisório confeccionado.



Fig. 7.72 – Vista do provisório antes da instalação.

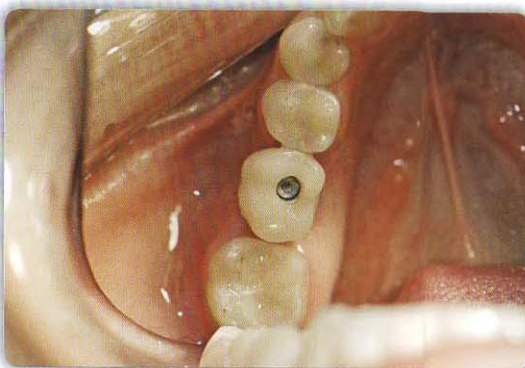


Fig. 7.73 – Provisório instalado na boca.

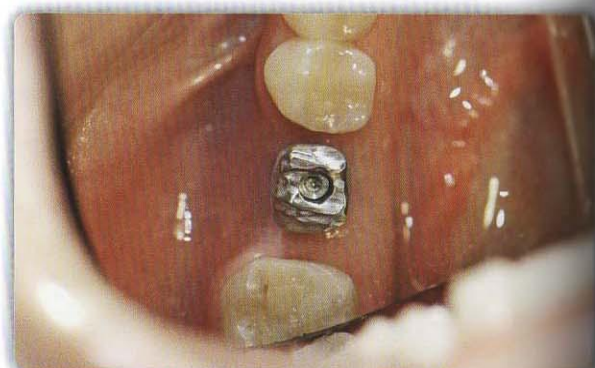


Fig. 7.74 – Prova do coping metálico.



Fig. 7.75 – Tomada do registro oclusal.



Fig. 7.76 – Coroa metalocerâmica instalada.



Fig. 7.77 – Vista lingual da coroa instalada e torquada a 10 N/cm.



Fig. 7.78 – Parafuso oclusal protegido antes da restauração.



Fig. 7.79 – Resina fotopolimerizável da 3M utilizada para restaurar o orifício.



Fig. 7.80 – Resina Filtek Z350 sendo fotopolimerizada.

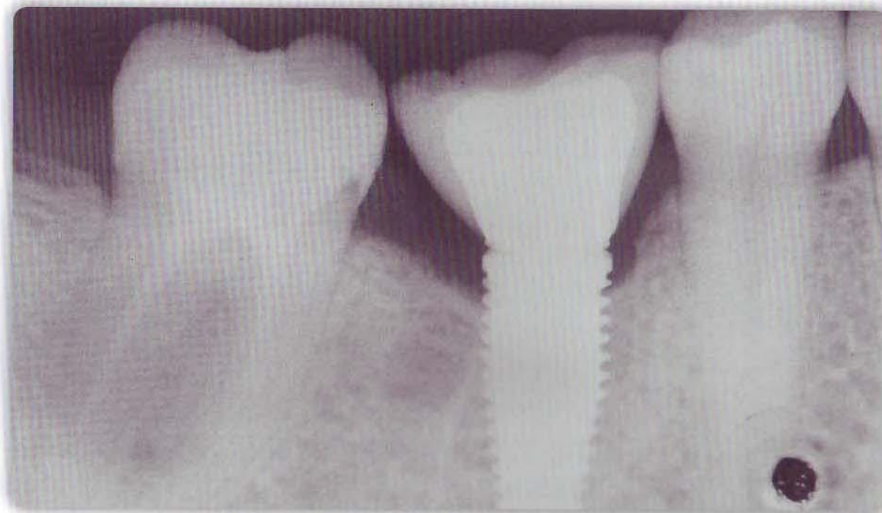


Fig. 7.81 – Imagem radiográfica da coroa instalada.

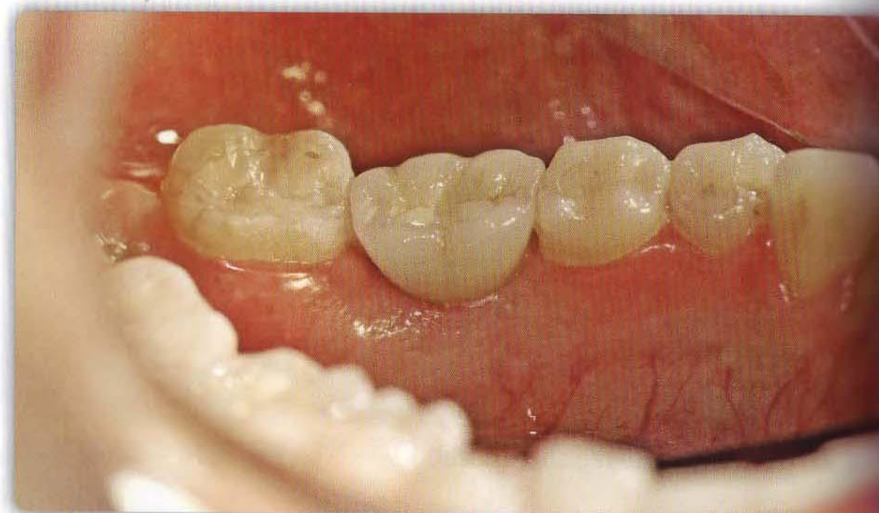


Fig. 7.82 – Vista lingual da coroa metalocerâmica.



Fig. 7.83 – Vista vestibular da coroa metalocerâmica.

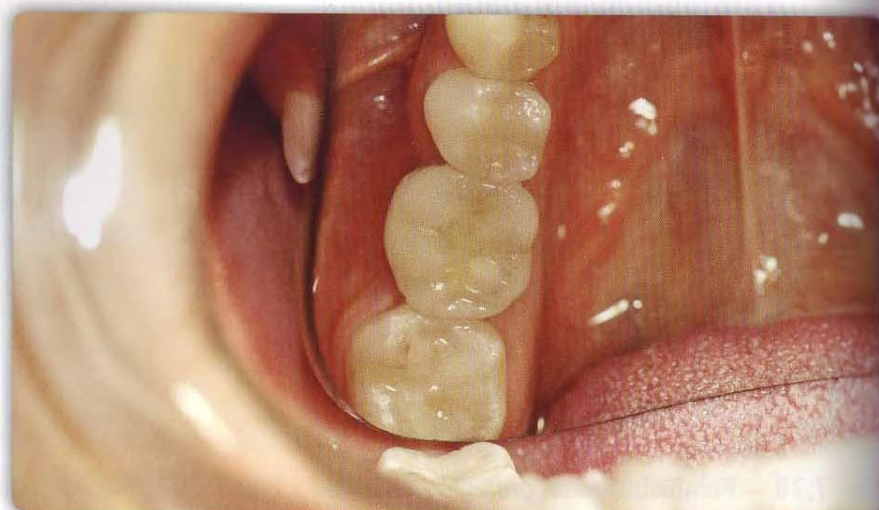


Fig. 7.84 – Vista oclusal da coroa metalocerâmica.

Pilar CM

Caso Clínico III



Fig. 7.85 – Elemento 11 condensado.

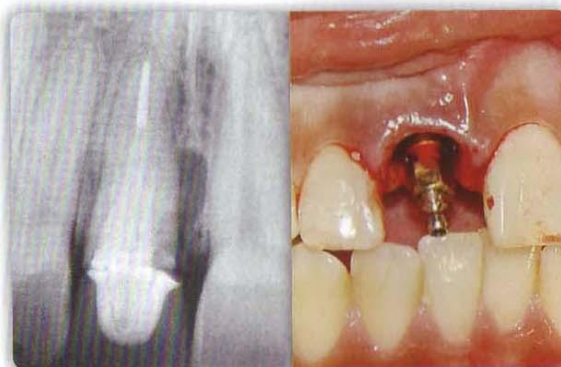


Fig. 7.86 – Imagem radiográfica da lesão e instalação do implante Cone Morse.

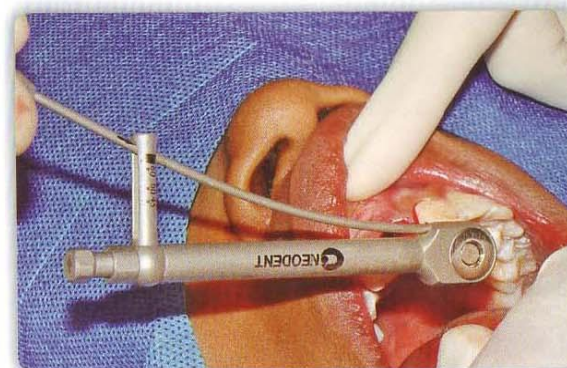


Fig. 7.87 – Estabilidade primária acima de 80 N/cm.

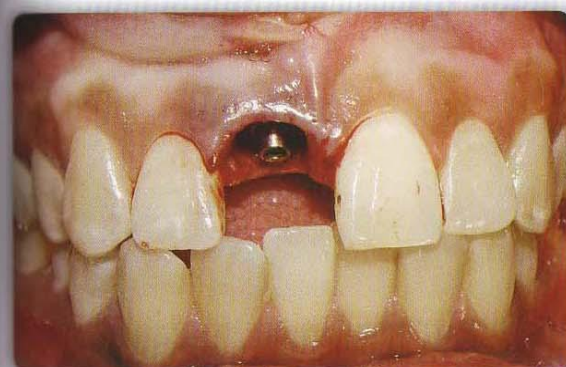


Fig. 7.88 – Pilar CM instalado.



Fig. 7.89 – Cilindro de provisório posicionado.



Fig. 7.90 – Provisório imediato confeccionado.



Fig. 7.91 – Resultado clínico após 4 meses da instalação do implante e do provisório.



Fig. 7.92 – Arquitetura gengival conservada.



Fig. 7.93 – Provisório removido sendo acoplado ao análogo do pilar CM.



Fig. 7.94 – Conjunto análogo/provisório sendo inserido em um cubo de silicone.



Fig. 7.95 – Remoção do provisório do cubo onde deixou impresso o seu perfil de emergência.



Fig. 7.96 – Transferente de moldagem do pilar CM posicionado sobre o análogo.



Fig. 7.97 – Resina acrílica vertida no perfil de emergência para copiá-lo.

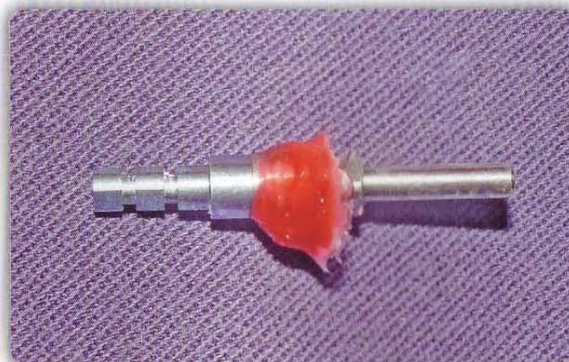


Fig. 7.98 – Perfil de emergência copiado e retido no transferente pronto para a moldagem.



Fig. 7.99 – Transferente posicionado para a execução da moldagem de arrasto.



Fig. 7.100 – Poliéter sendo injetado ao redor do transferente.



Fig. 7.101 – Transferente arrastado e análogo posicionado.

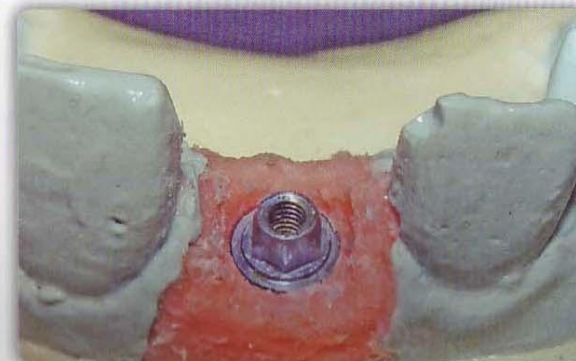


Fig. 7.102 – Modelo de trabalho obtido.

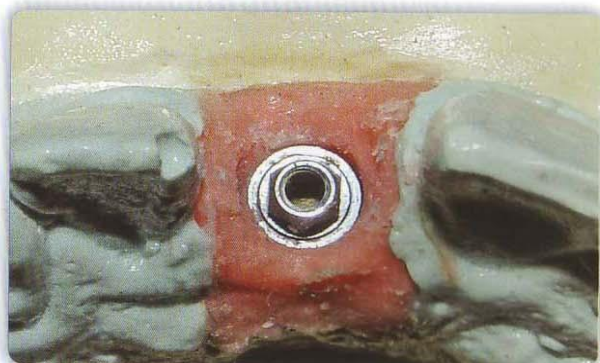


Fig. 7.103 – Vista do perfil de emergência no modelo de trabalho.

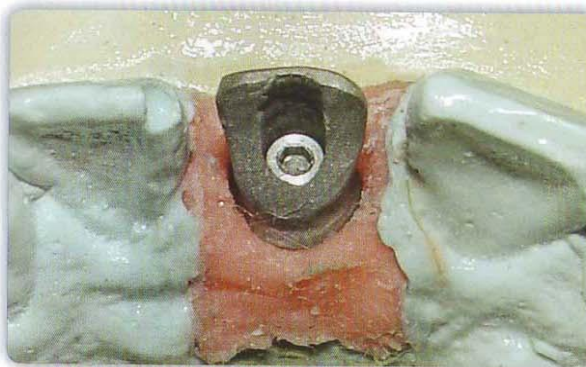


Fig. 7.104 – Coping fundido – vista palatina.

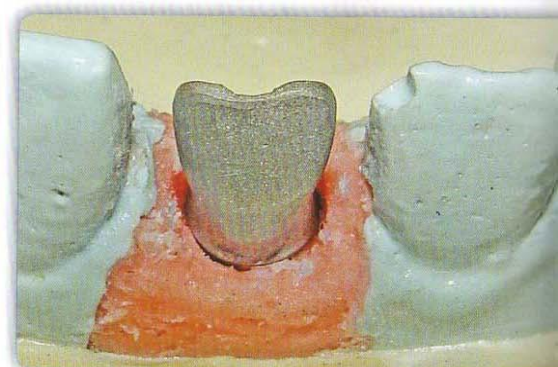


Fig. 7.105 – Coping fundido – vista vestibular.



Fig. 7.106 – Prova do coping na boca para verificar a adaptação.



Fig. 7.107 – Vista proximal do perfil de emergência com e sem coping.

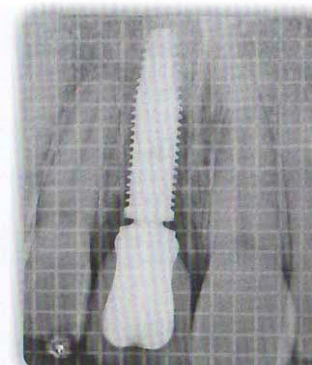


Fig. 7.108 – RX de verificação do assentamento.

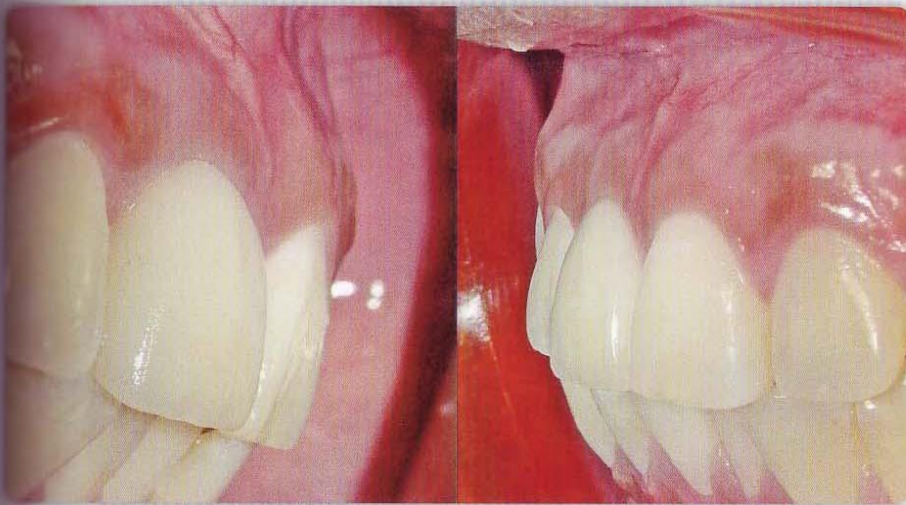


Fig. 7.109 – Prótese metalocerâmica concluída.



Fig. 7.110 - Perfeita harmonia do sorriso alcançada.



Fig. 7.111 – Imagem de controle após 12 meses. Arquitetura gengival demonstrando solidez.

A close-up photograph of a row of human teeth, showing the upper incisors and canines. The teeth are white and have a natural, slightly glossy appearance. The background is a soft, out-of-focus light color.

Capítulo

8

**PRÓTESE PARAFUSADA
MÚLTIPLA**

Minipilar Cônico

Este pilar é comercialmente conhecido como Multi-Unit, Micro-Unit, Minipilar Cônico entre outros, é um pilar utilizado para próteses parafusadas múltiplas.

Este pilar é apresentado na versão reta, angulado de 17° ou angulado 30°.

O pilar reto (peça única) possui alturas de transmucoso (A) de 0,8; 1,5; 2,5; 3,5; 4,5; 5,5 e 6,5 mm.

O torque apropriado para o Minipilar Cônico reto é de 32 N/cm com a chave cônica.

Já o pilar angulado de 17° ou 30° possui alturas de transmucoso (A) de 1,5; 2,5 e 3,5 mm.

O torque apropriado para os pilares angulados é de 15 N/cm com a chave de 0,9 mm. Não podemos esquecer que todo pilar angulado do sistema Morse possui o parafuso passante, o que provoca uma menor resistência ao torque.



Fig. 8.1 – Minipilar.



Fig. 8.2 – Minipilar para próteses múltiplas.

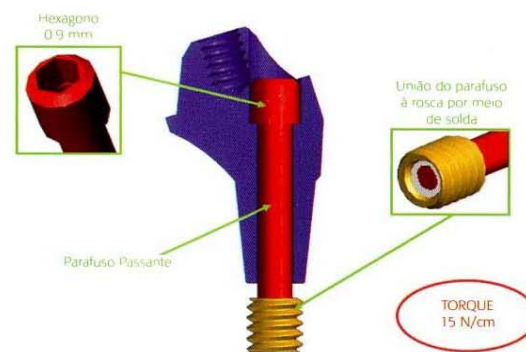


Fig. 8.3 – Características do minipilar angulado.

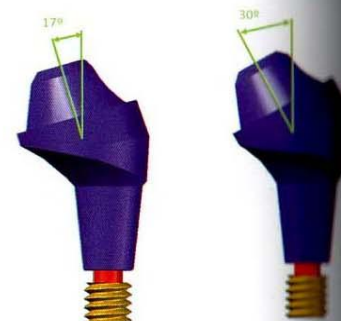


Fig. 8.4 – Minipilar angulado de 17° e 30°.

Minipilar Cônico

Da mesma forma do pilar angulado para prótese cimentada, o Minipilar Cônico angulado do sistema Cone Morse pode ser fixado em qualquer posição (360°), isto significa que a correção de angulações é próximo de 100%, e a obtenção de paralelismo entre os pilares se torna mais fácil, demonstrando o quanto o sistema Cone Morse é diferenciado.

Este pilar possui um cilindro que pode ser calcinável ou de titânio, e ambos não possuem características antirrotacionais fazendo com que eles nunca possam ser utilizados para próteses unitárias.

Este pilar apresenta como característica 20° de inclinação em suas paredes, o que permite fácil inserção da estrutura fixa.

Pode ser utilizado para próteses fixas totais ou parciais, protocolo e overdentures.

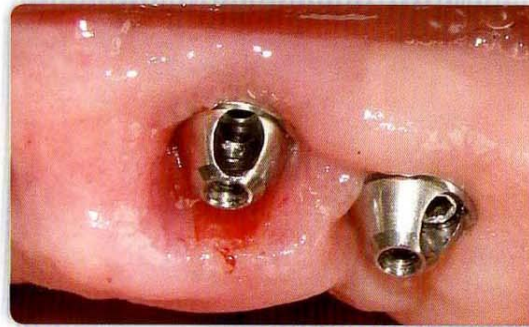


Fig. 8.5 – Minipilares angulados instalados demonstrando o paralelismo.



Fig. 8.6 – Cilindro calcinável e de titânio.

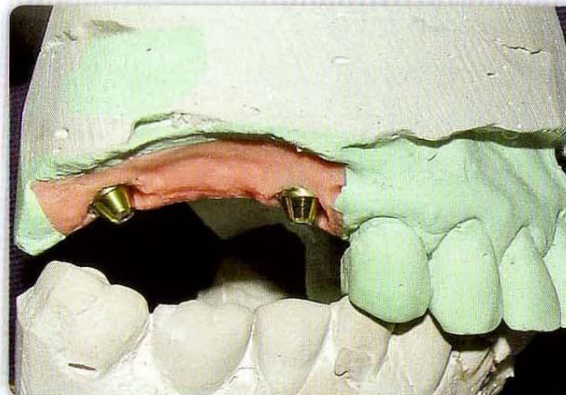


Fig. 8.7 – Minipilares cônicos sendo utilizados para a reabilitação protética devido aos 20° de inclinação de suas paredes.



Fig. 8.8 – Prótese fixa instalada sobre os implantes.

Minipilar Cônico

Este tipo de pilar possui um transferente de moldagem para moldeira fechada, bem como para moldeira aberta.

Tão pronto seja executada a moldagem de moldeira fechada, o transferente é removido do pilar e é encaixado no respectivo análogo, sendo, em seguida, reposicionado no molde que, uma vez vazado, faz com que o modelo de trabalho seja uma cópia fiel da arcada que está sendo reabilitada.

Uma vez obtido o modelo, o técnico fazendo uso dos copings (calcinável ou de ouro) irá confeccionar a estrutura metálica, que devido ao tipo de moldagem será provada na boca seccionada, isto se faz necessário devido a menor precisão provocada por este tipo de moldagem.

Uma vez provada a estrutura, esta será soldada com resina acrílica e encaminhada para o laboratório para soldagem metálica.



Fig. 8.9 – Pilares retos torqueados a 32 N/cm.



Fig. 8.10 – Transferentes de moldeira fechada posicionados.

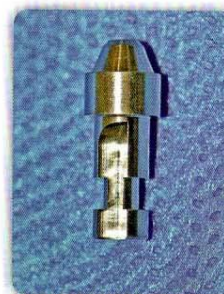


Fig. 8.11 – Análogo e transferente do minipilar cônico.



Fig. 8.12 – Moldagem com silicone de condensação.



Fig. 8.13 – Conjunto análogo/transferente encaixado no molde.

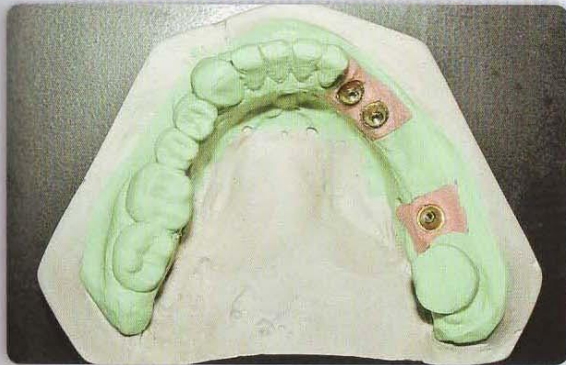


Fig. 8.14 – Modelo de trabalho obtido.



Fig. 8.15 – Coping calcinável instalado sobre os análogos dos pilares.



Fig. 8.16 – Enceramento realizado.



Fig. 8.17 – Estrutura metálica fundida e seccionada.



Fig. 8.18 – Vista vestibular da soldagem na boca com resina acrílica.



Fig. 8.19 – Vista lingual da soldagem em boca com resina acrílica.

Minipilar Cônico

Uma vez soldada a estrutura pelo laboratório de prótese, este irá confeccionar uma moldeira individual perfurada.

A soldagem deve ser provada na boca e radiografada. Após observada a passividade dos parafusos de retenção, realiza-se o registro oclusal com cera, resina acrílica ou elastômero.

Após o registro, os parafusos de retenção devem ser substituídos pelos parafusos de trabalho. A moldeira individual, neste momento, deve ser provada e, se necessário, deve ser adequada à moldagem de arrasto da estrutura soldada.

Para realizar a moldagem com elastômero, no interior da moldeira deverá ser aplicado um adesivo.



Fig. 8.20 – Estrutura soldada.



Fig. 8.21 – Moldeira individual.



Fig. 8.22 – Prova da estrutura.



Fig. 8.23 – Radiografia.



Fig. 8.24 – Registro oclusal.



Fig. 8.25 – Parafusos de trabalho.

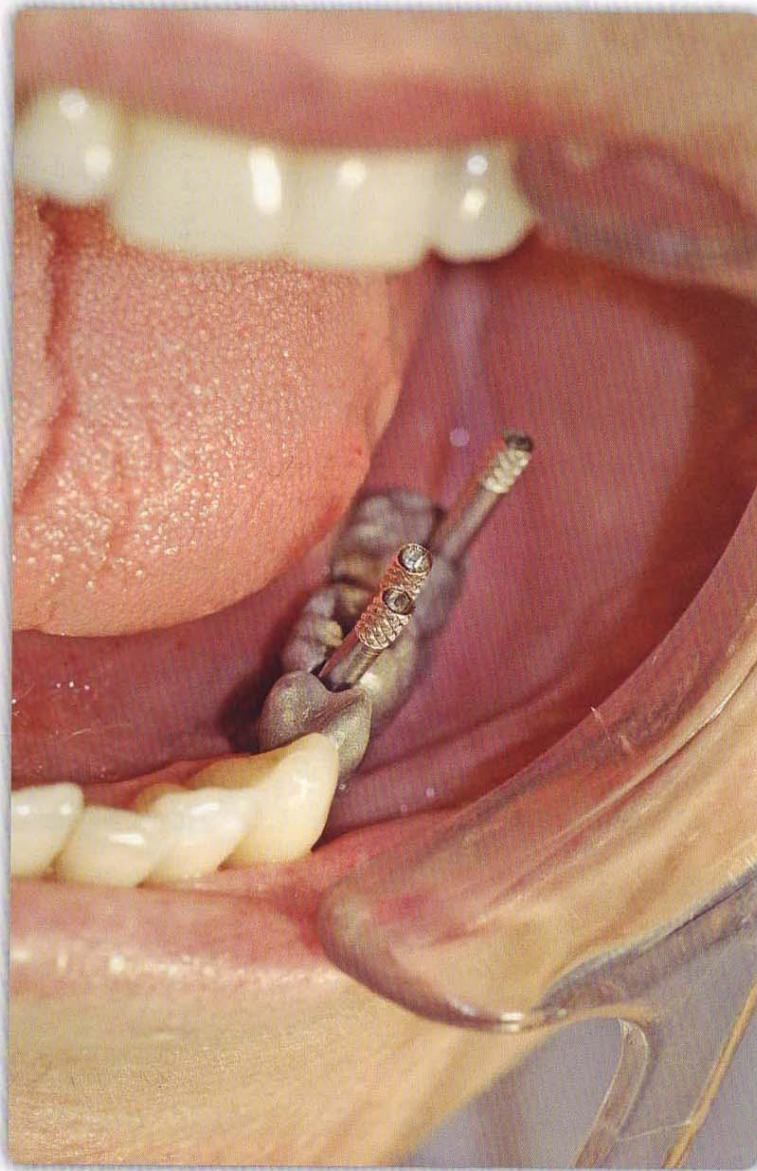


Fig. 8.26 – Estrutura posicionada para moldagem de arrasto.



Fig. 8.27 – Prova da moldeira individual.



Fig. 8.28 – Adesivo para poliéter 3M.



Fig. 8.29 – Adesivo na moldeira.

Minipilar Cônico

O elastômero deverá ser manipulado e inserido em uma seringa de moldagem e o restante deverá ser colocado no interior da moldeira.

O elastômero que está na seringa será dispensado ao redor da estrutura metálica e a moldeira será posicionada sobre ela.

Uma vez polimerizado o material, os parafusos de trabalho devem ser removidos e a moldeira deve ser retirada da boca, trazendo consigo a estrutura soldada.

Nos copings da estrutura deverão ser fixados os análogos dos Minipilares Cônicos, e, em seguida, no interior do molde deverá ser vazado a gengiva artificial e o gesso-pedra especial.

Após a montagem em articulador, no laboratório, a cerâmica será aplicada.



Fig. 8.30 – Impregum na seringa.



Fig. 8.31 – Preenchimento da moldeira.



Fig. 8.32 – Material na moldeira.



Fig. 8.33 – Moldeira inserida.



Fig. 8.34 – Remoção do parafuso.



Fig. 8.35 – Estrutura arrastada no molde.



Fig. 8.36 – Análogos instalados no interior da estrutura arrastada pelo molde.



Fig. 8.37 – Vista aproximada dos análogos instalados.



Fig. 8.38 – Barreira posicionada para limitar a colocação da gengiva artificial.



Fig. 8.39 – Gengiva artificial depositada no interior do molde.



Fig. 8.40 – Gesso-pedra especial vazado no interior do molde.

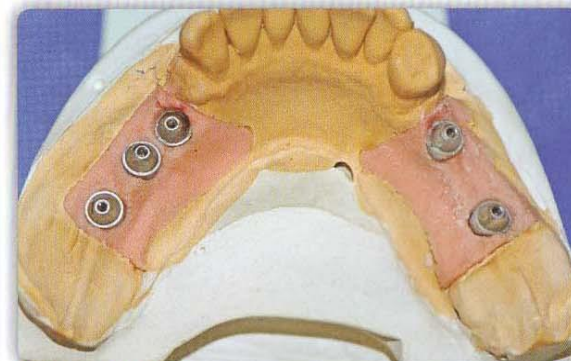


Fig. 8.41 – Modelo da estrutura arrastada obtido.



Fig. 8.42 – Modelos montados em articulador.



Fig. 8.43 – Cerâmica sendo ajustada no articulador.



Fig. 8.44 – Prótese metalocerâmica concluída no laboratório.



Fig. 8.45 – Prótese metalocerâmica sendo instalada do lado inferior esquerdo.

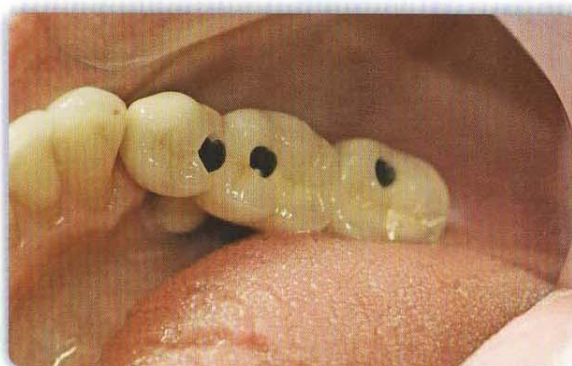


Fig. 8.46 – Prótese metalocerâmica sendo instalada do lado inferior direito.

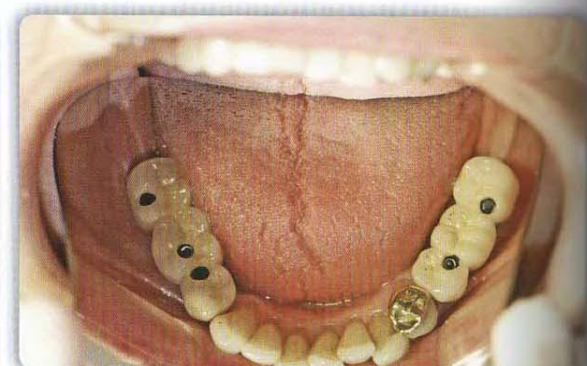


Fig. 8.47 – Vista oclusal da prótese instalada.

Minipilar Cônico

Ao utilizarmos a técnica com o transferente para moldeira aberta, se faz necessário o uso de uma moldeira plástica para perfurarmos na emergência do parafuso, ou uma moldeira individual em acrílico já perfurada em laboratório.

Uma vez de posse da moldeira, devem ser instalados os transferentes e a moldeira deverá ser provada na boca, para se ter certeza que os parafusos estão ultrapassando os orifícios da moldeira.

Após provar a moldeira, deve-se aplicar no seu interior um adesivo para elastômero com a finalidade de promover sua aderência.

Parte do elastômero eleito deve ser colocado em uma seringa e o restante do material deve ser colocado no interior da moldeira.



Fig. 8.48 – Transferente para moldeira aberta.



Fig. 8.49 – Moldeira de acrílico.



Fig. 8.50 – Transferentes instalados.

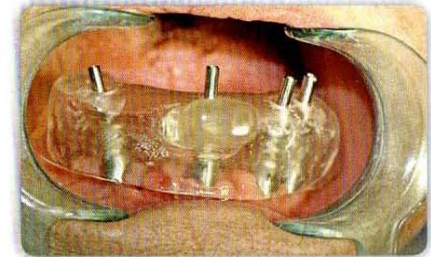


Fig. 8.51 – Moldeira sendo provada.



Fig. 8.52 – Adesivo para silicone – 3M.

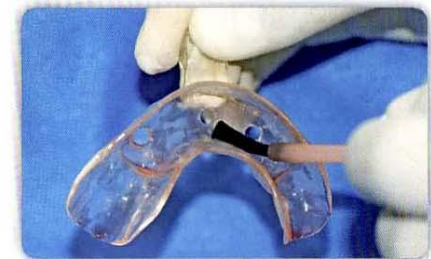


Fig. 8.53 – Adesivo sendo aplicado.

Minipilar Cônico

O material da seringa deve ser aplicado ao redor dos transferentes e, em seguida, a moldeira deve ser posicionada. O material extravasado pelos orifícios da moldeira deverá ser removido para permitir o acesso ao orifício dos parafusos para sua posterior remoção.

Uma vez polimerizado o material, os parafusos são removidos e a moldeira é retirada da boca, trazendo consigo os transferentes.

No interior do molde, aos transferentes serão fixados os análogos dos Minipilares Cônicos e, ao redor deles, será vertida gengiva artificial e posteriormente completado com gesso-pedra especial.

No laboratório, o tecnólogo em prótese, de posse dos cilindros calcináveis, irá esculpir a estrutura e depois fundi-la.

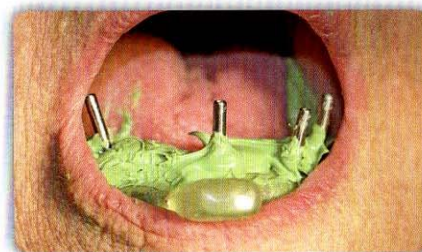


Fig. 8.54 – Material extravasado.



Fig. 8.55 – Moldeira retirada da boca.



Fig. 8.56 – Análogos fixados.



Fig. 8.57 – Gesso-pedra especial.



Fig. 8.58 – Modelo de trabalho obtido.



Fig. 8.59 – Estrutura metálica obtida.

Minipilar Cônico

Esta estrutura possui grande chance de ter sucesso ao ser fundida monobloco, devido ao arrasto dos transferentes dentro do molde, permitindo, assim, uma maior precisão da moldagem.

A estrutura fundida deve ser provada e observada clínica e radiograficamente. Se apresentar um assentamento passivo, os registros oclusais deverão ser tomados e o modelo com a estrutura deverão ser encaminhados para o laboratório para a aplicação da cerâmica.

Caso não haja uma perfeita adaptação da estrutura, esta deverá ser seccionada e unida com resina acrílica para posterior soldagem em laboratório.

Se isso ocorrer, após a soldagem, deve-se transferir a estrutura, conforme citado anteriormente.



Fig. 8.60 – Prova clínica da estrutura.



Fig. 8.61 – Observação radiográfica.



Fig. 8.62 – Registro oclusal com elastômero O-bite – DMG.



Fig. 8.63 – Registro oclusal em cera.



Fig. 8.64 – Aplicação da cerâmica.



Fig. 8.65 – Aplicação da cerâmica.

Minipilar Cônico

Após a aplicação da cerâmica pelo ceramista, a peça protética deverá ser instalada sobre os implantes.

Se houver necessidade de pequenos ajustes oclusais, estes deverão ser realizados e a prótese deverá retornar ao laboratório para um novo glaze.

Uma vez dentro dos princípios exigidos pelo profissional, a prótese deverá ser instalada, e os orifícios dos parafusos deverão ser restaurados com resina fotopolimerizável. Não devemos esquecer que os parafusos deverão ser protegidos com guta-percha ou com silicone antes de se restaurar os orifícios.



Fig. 8.66 – Metalocerâmica concluída.



Fig. 8.67 – Cerâmica caracterizada.

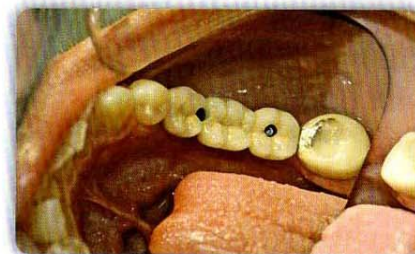


Fig. 8.68 – Prótese instalada.



Fig. 8.69 – Proteção dos parafusos.



Fig. 8.70 – Orifícios restaurados.



Fig. 8.71 – Prótese concluída.

Minipilar Cônico

Caso Clínico I – Prótese Parcial Fixa



Fig. 8.72 – Imagem dos cicatrizadores ou formadores de sulco.



Fig. 8.73 – Cicatrizadores removidos para instalação dos transferentes de moldagem.



Fig. 8.74 – Transferentes de moldagem do implante Cone Morse instalados.

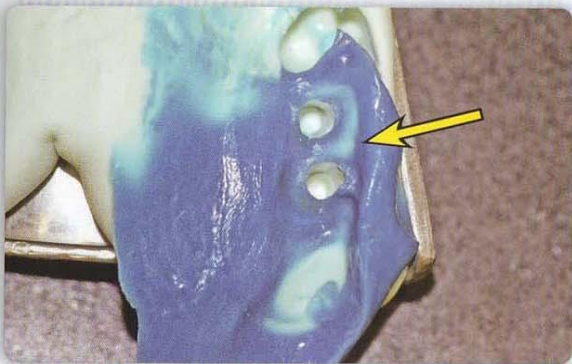


Fig. 8.75 – Molde demonstrando em seu interior o negativo dos transferentes.



Fig. 8.76 – Transferente acoplado ao análogo do implante Cone Morse.



Fig. 8.77 – Conjunto transferente/análogo posicionado no molde.



Fig. 8.78 – Modelo obtido e os minipilares instalados nas réplicas dos implantes.



Fig. 8.79 – Imagem demonstrando o perfil do minipilar.



Fig. 8.80 – Copings de titânio para provisórios posicionados sobre os minipilares.

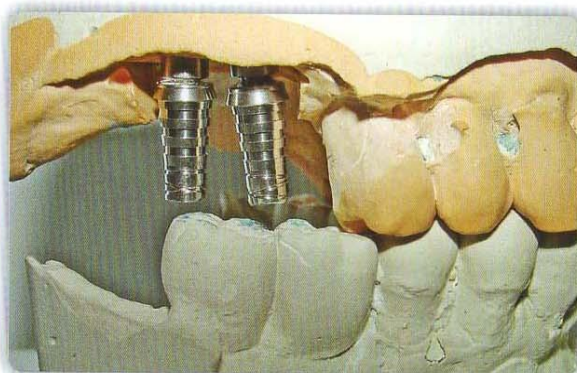


Fig. 8.81 – Imagem da distância interoclusal existente.



Fig. 8.82 – Dentes de estoques selecionados e adaptados para a confecção dos provisórios.



Fig. 8.83 – Utilização de opaco sobre os copings de titânio.



Fig. 8.84 – Dentes reposicionados e orifício dos parafusos protegidos com cera utilidade.



Fig. 8.85 – Provisórios concluídos em laboratório.



Fig. 8.86 – Vista interna dos copings de titânio com os provisórios.

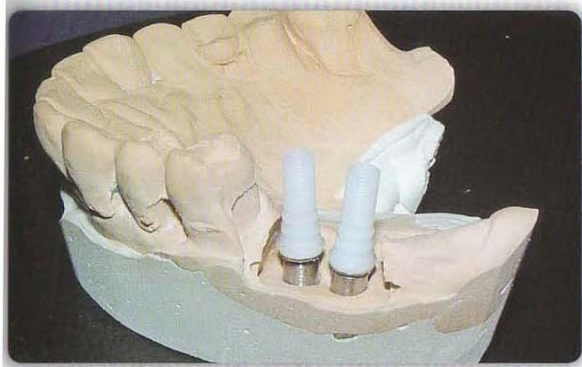


Fig. 8.87 – Cilindros calcináveis posicionados sobre os minipilares.



Fig. 8.88 – Enceramento dos cilindros calcináveis.



Fig. 8.89 – Copings fundidos e seccionados para prova na boca e realização da soldagem.



Fig. 8.90 – Vista lingual dos copings.

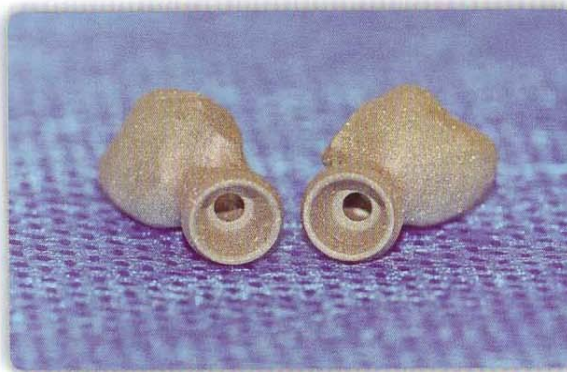


Fig. 8.91 – Vista interna dos copings.



Fig. 8.92 – Minipilares instalados e torqueados.



Fig. 8.93 – Copings instalados para soldagem.



Fig. 8.94 – Vista oclusal dos copings na boca.



Fig. 8.95 – Soldagem realizada com resina acrílica.

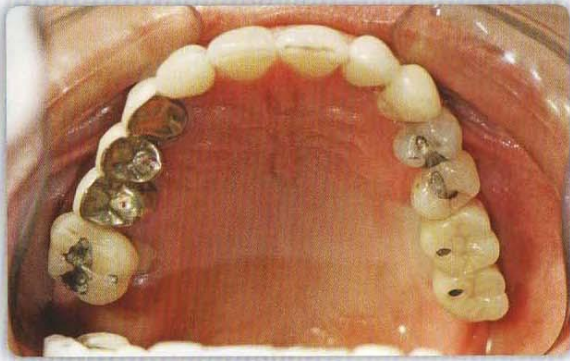


Fig. 8.96 – Provisórios instalados.



Fig. 8.97 – Vista vestibular dos provisórios.



Fig. 8.98 – Estrutura soldada com resina acrílica para ser enviada ao laboratório.



Fig. 8.99 – Soldagem realizada.

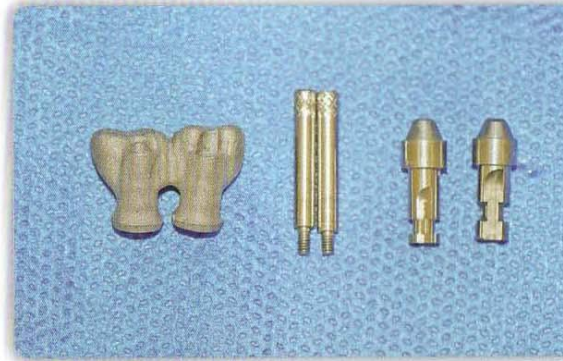


Fig. 8.100 – Parafusos de trabalho e análogos dos minipilares selecionados.



Fig. 8.101 – Prova na boca da estrutura soldada.



Fig. 8.102 – Tomada do registro oclusal.



Fig. 8.103 – Parafusos de trabalho instalados para a transferência da estrutura metálica.



Fig. 8.104 – Adesivo de poliéter sendo aplicado no interior da moldeira individual.



Fig. 8.105 – Moldagem com Impregum (3M) sendo realizada.

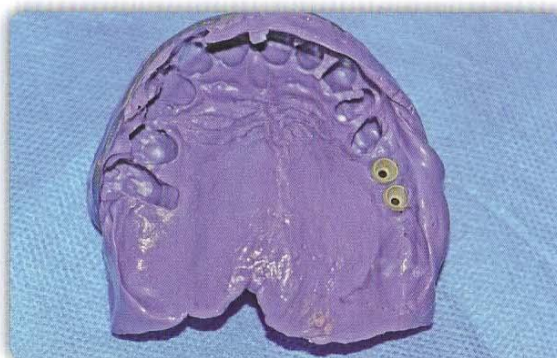


Fig. 8.106 – Estrutura metálica arrastada no interior do molde.



Fig. 8.107 – Análogos posicionados no interior da estrutura metálica.



Fig. 8.108 – Cerâmica sendo aplicada sobre os copings.



Fig. 8.109 – Coroas metalocerâmicas concluídas no laboratório.

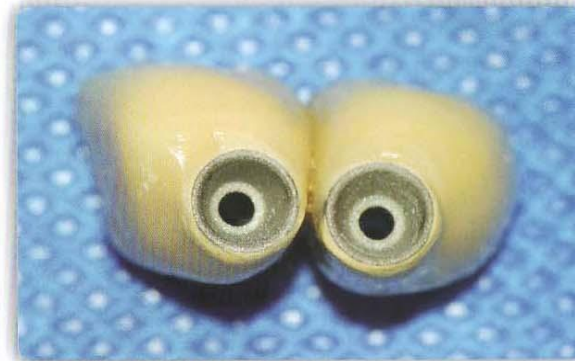


Fig. 8.110 – Vista interna das coroas metalocerâmicas.

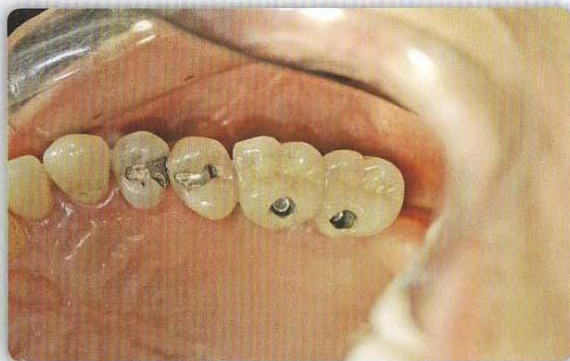


Fig. 8.111 – Prótese metalocerâmica instalada.



Fig. 8.112 – Material forrador para a aplicação da resina fotopolimerizável.



Fig. 8.113 – Restauração dos orifícios de acesso dos parafusos concluída.

Minipilar Cônico

Caso Clínico II – *Overdenture*



Fig. 8.114 – Reabertura e instalação dos formadores de sulco.

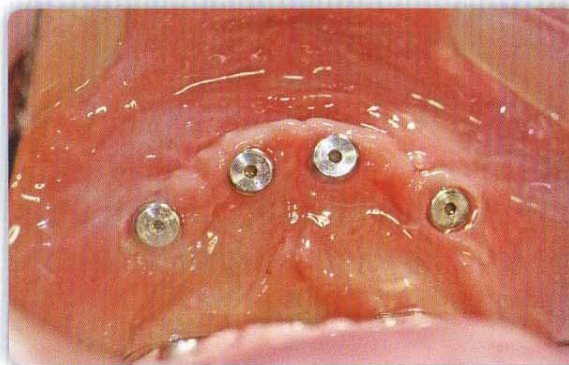


Fig. 8.115 – Imagem após 7 dias da reabertura.



Fig. 8.116 – Pilares de seleção de componentes posicionados sobre os implantes.

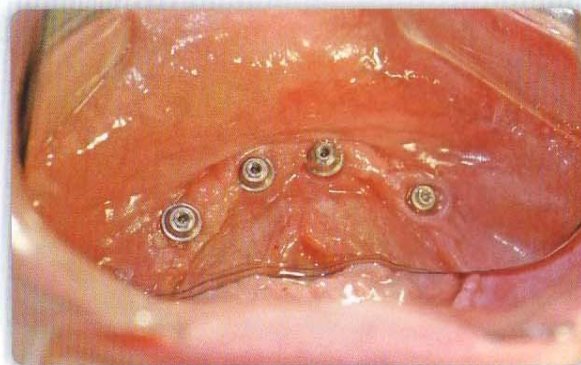


Fig. 8.117 – Minipilares selecionados instalados e torquados.



Fig. 8.118 – Transferentes de moldeira fechada dos minipilares instalados.



Fig. 8.119 – Molde obtido com poliéster e conjuntos transferente/análogo posicionados.

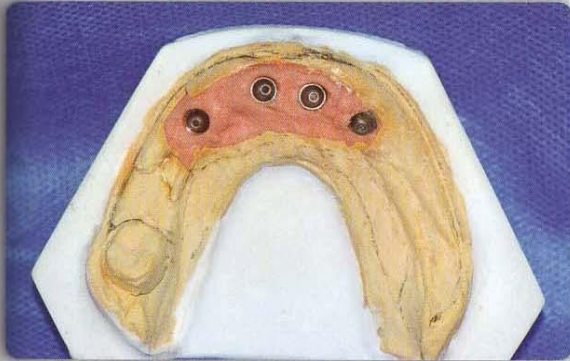


Fig. 8.120 – Modelo obtido com gengiva artificial ao redor dos análogos.



Fig. 8.121 – Base de prova e rolete de cera confeccionados para a montagem de dentes.



Fig. 8.122 – Prova da montagem de dentes na boca.



Fig. 8.123 – Modelo após a prova na boca para confeccionar o index.



Fig. 8.124 – Index em silicona sendo confeccionado para posterior remontagem.



Fig. 8.125 – Imagem do index posicionado sem a base de prova.



Fig. 8.126 – Cilindros calcináveis posicionados e preparados para a confecção da barra.



Fig. 8.127 – Barra para a overdenture encerada.



Fig. 8.128 – Preparo para a fundição da barra.



Fig. 8.129 – Barra de overdenture fundida e seccionada.

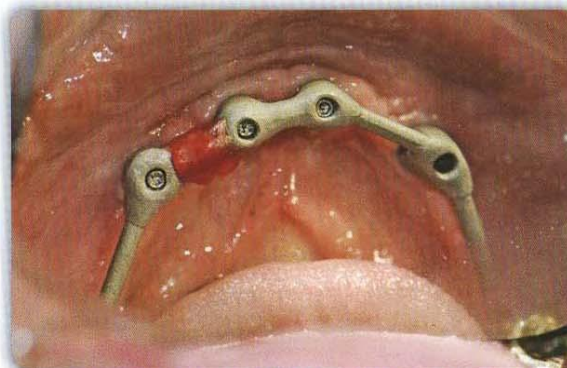


Fig. 8.130 – Soldagem com resina acrílica em boca.



Fig. 8.131 – Imagem da barra após a soldagem com resina acrílica.

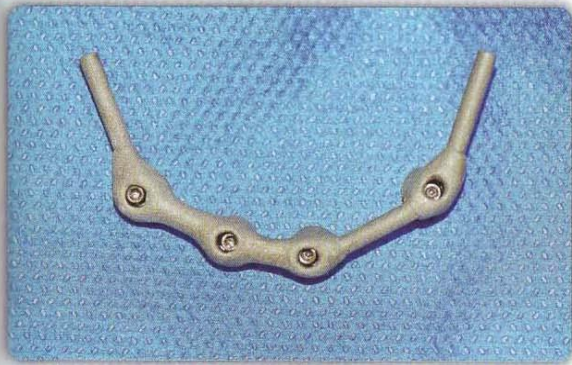


Fig. 8.132 – Vista oclusal da barra após solda metálica em laboratório.



Fig. 8.133 – Vista interna da barra após solda metálica em laboratório.



Fig. 8.134 – Prova da barra soldada. Verificar adaptação e passividade.

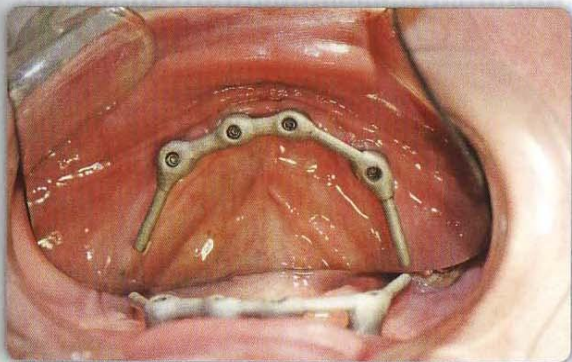


Fig. 8.135 – Vista oclusal do posicionamento da barra.

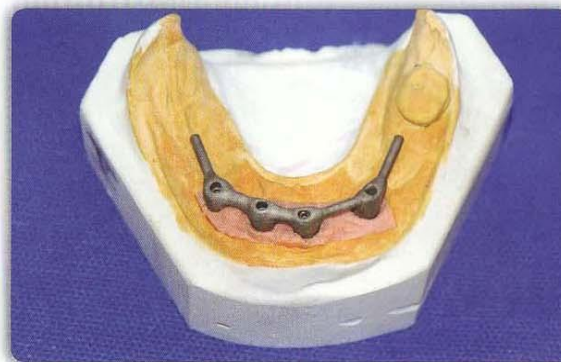


Fig. 8.136 – Barra reposicionada no modelo de trabalho.



Fig. 8.137 – Ajustes finais na remontagem da prótese para posterior acrilização.



Fig. 8.138 – Preparo da prótese e do modelo para a acrilização.



Fig. 8.139 – Acrilização concluída. Prótese preparada para a fixação dos cliques na boca.



Fig. 8.140 – Instalação da estrutura metálica da overdenture.



Fig. 8.141 – Vista oclusal da estrutura metálica.



Fig. 8.142 – Prótese acrilizada posicionada sobre a barra. Observar a harmonia da prótese inferior em relação à prótese superior.



Fig. 8.143 – Fixação dos cliques com resina acrílica.

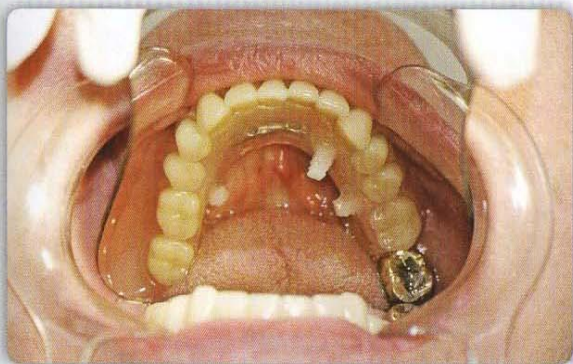


Fig. 8.144 – Imagem em boca dos cliques selecionados já fixados com resina acrílica.



Fig. 8.145 – Imagem das hastes dos cliques antes do acabamento final.



Fig. 8.146 – Imagem interna da prótese com os respectivos cliques.



Fig. 8.147 – Imagem da haste dos cliques seccionada e do acabamento da prótese.



Fig. 8.148 – Vista oclusal da prótese após a instalação final.

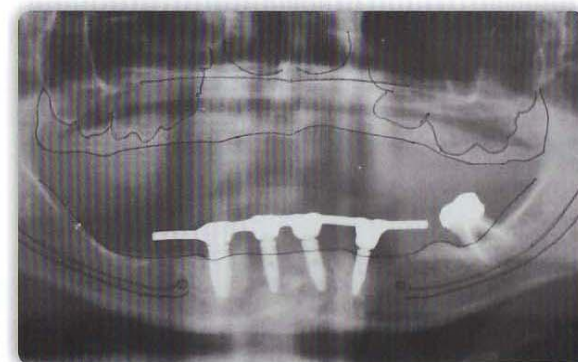


Fig. 8.149 – Imagem radiográfica do término do caso clínico.

Minipilar Cônico

Caso Clínico III – Prótese Tipo Protocolo



Fig. 8.150 – Minipilares instalados para a confecção de uma prótese tipo protocolo.

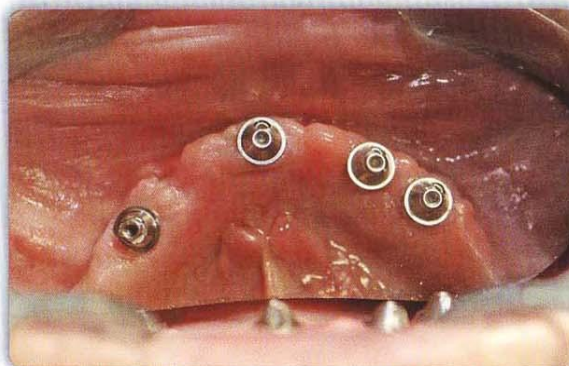


Fig. 8.151 – Vista oclusal mostrando o orifício dos parafusos posicionados para lingual.



Fig. 8.152 – Transferentes de moldeira fechada instalados sobre os minipilares.



Fig. 8.153 – Moldagem sendo executada com silicone de adição Express da 3M.



Fig. 8.154 – Molde obtido demonstrando o negativo dos transferentes.



Fig. 8.155 – Conjunto análogo/transferente e barreira para contenção da gengiva posicionados.



Fig. 8.156 – Gengiva artificial vertida no interior do molde contido pela barreira.



Fig. 8.157 – Molde completado com gesso-pedra especial.



Fig. 8.158 – Modelo obtido. Nota-se ainda a presença dos transferentes sobre os análogos.



Fig. 8.159 – Transferente de moldeira aberta a minipilar.

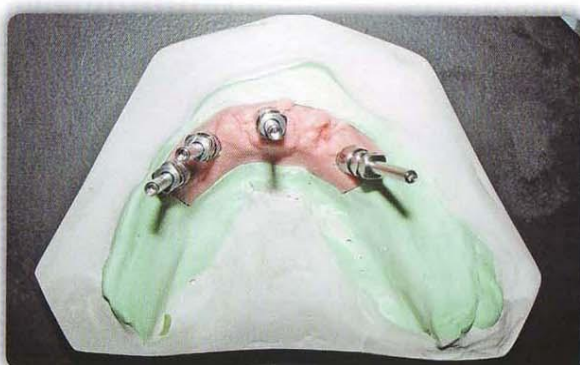


Fig. 8.160 – Transferentes de moldeira aberta posicionados no modelo.



Fig. 8.161 – Vista anterior do modelo com os transferentes de moldeira aberta.

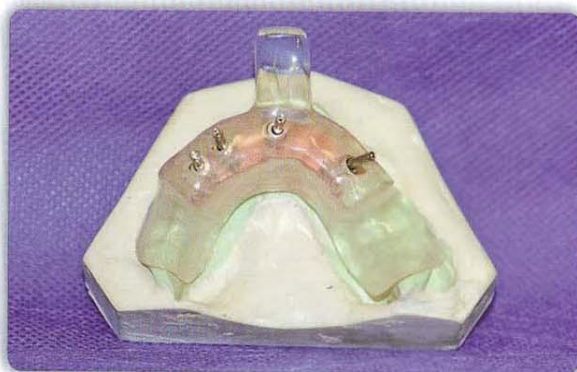


Fig. 8.162 – Vista superior da moldeira individual com abertura para passagem do parafuso.

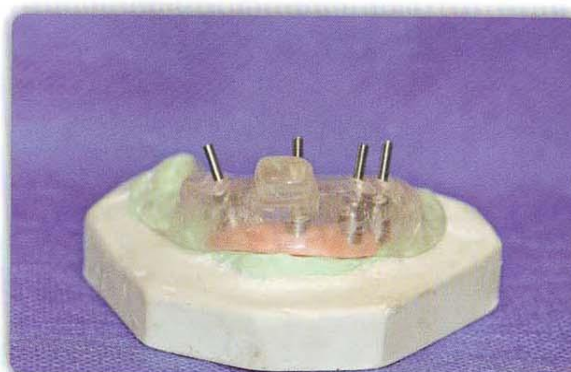


Fig. 8.163 – Vista anterior demonstrando as passagens dos parafusos.



Fig. 8.164 – Imagem demonstrando os quatro orifícios presentes na moldeira individual.



Fig. 8.165 – Transferentes de moldeira aberta posicionados na boca.

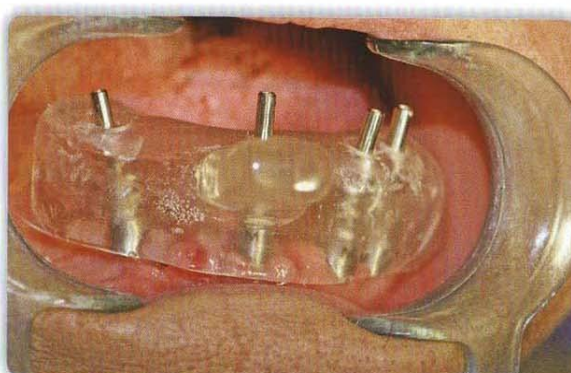


Fig. 8.166 – Prova da moldeira individual sobre os transferentes.



Fig. 8.167 – Adesivo para silicone de adição sendo aplicado no interior da moldeira.



Fig. 8.168 – Silcona de adição de consistência fluida.



Fig. 8.169 – Imagem demonstrando os parafusos ultrapassando os orifícios durante a moldagem.



Fig. 8.170 – Transferentes de moldagem arrastados no interior do molde.



Fig. 8.171 – Análogos posicionados nos transferentes de moldagem.



Fig. 8.172 – Modelo de trabalho obtido.

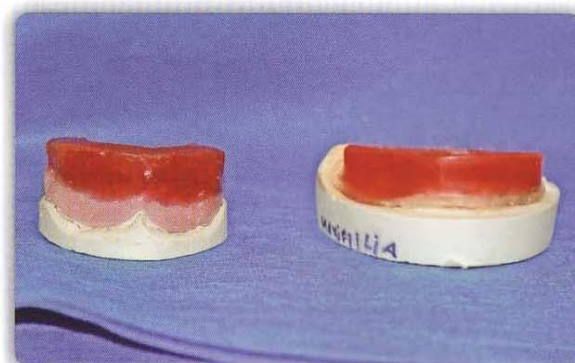


Fig. 8.173 – Plano de cera superior e inferior confeccionados.



Fig. 8.174 – Prova da montagem dos dentes.



Fig. 8.175 – Montagem dos dentes aprovada e pronta para a confecção do índice.



Fig. 8.176 – Confeção do índice da montagem de dentes.



Fig. 8.177 – Imagem demonstrativa do índice posicionado no modelo sem a prótese.

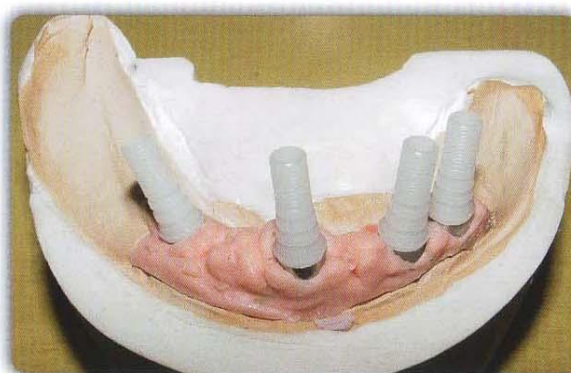


Fig. 8.178 – Cilindros calcináveis posicionados para o enceramento da estrutura metálica.



Fig. 8.179 – Enceramento da estrutura concluído de acordo com o índice.



Fig. 8.180 – Enceramento da estrutura pronto para ser fundido.



Fig. 8.181 – Fundição da estrutura em monobloco devido ao tipo de moldagem.

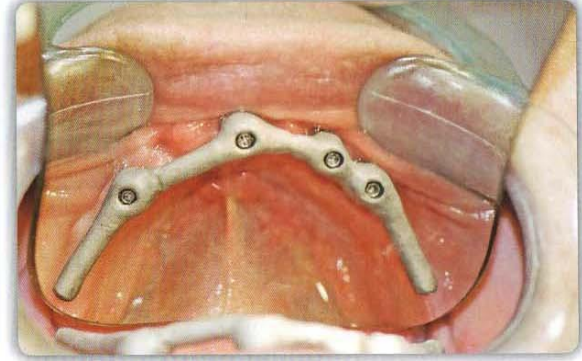


Fig. 8.182 – Vista oclusal da prova da estrutura metálica.



Fig. 8.183 – Vista vestibular da estrutura metálica.



Fig. 8.184 – Remontagem dos dentes sobre a estrutura através da utilização do índice.



Fig. 8.185 – Remontagem concluída e pronta para a prova na boca.



Fig. 8.186 – Prótese total superior e protocolo inferior.



Fig. 8.187 – Observar a emergência dos orifícios dos parafusos.

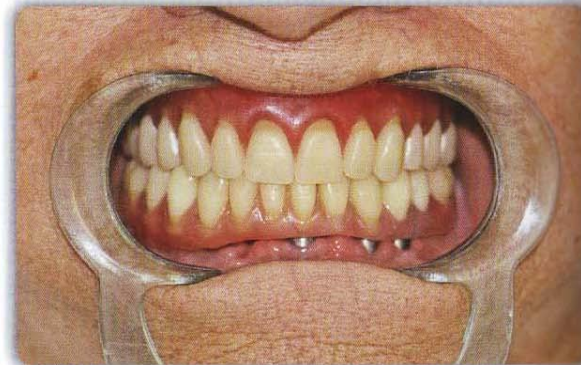


Fig. 8.188 – Prova da montagem superior e inferior na boca.



Fig. 8.189 – Prensagem para acrilização da prótese total superior.

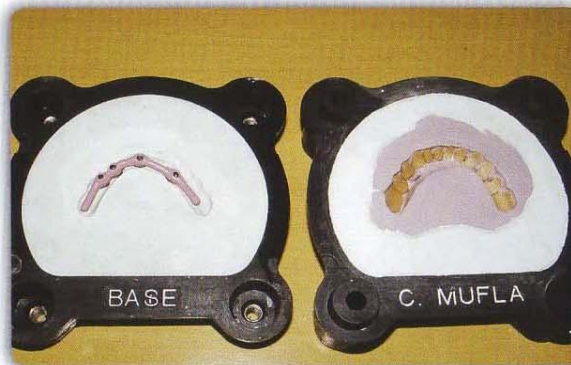


Fig. 8.190 – Prensagem para acrilização da prótese inferior tipo protocolo.

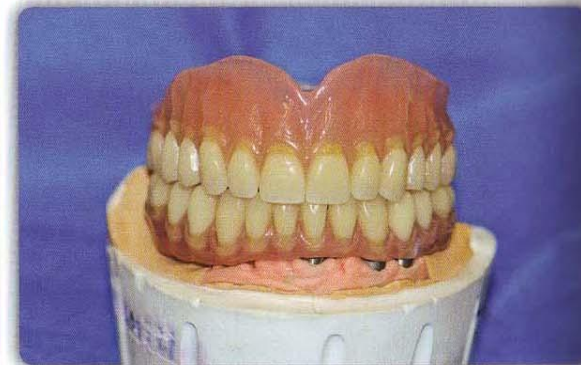


Fig. 8.191 – Prótese total superior e protocolo inferior acrilizados.



Fig. 8.192 – Vista superior da prótese tipo protocolo.



Fig. 8.193 – Vista interna da prótese tipo protocolo.



Fig. 8.194 – As próteses acrilizadas prontas para serem instaladas.

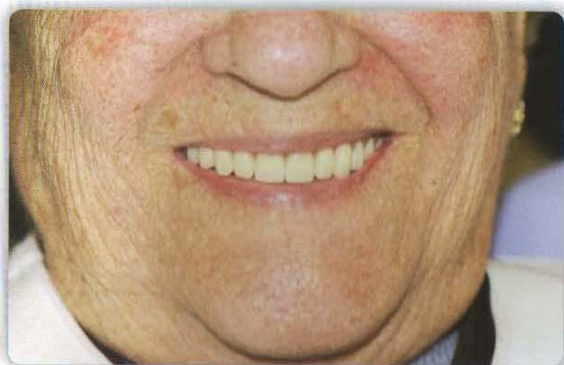


Fig. 8.195 – Estética da prótese total superior.



Fig. 8.196 – Observação do posicionamento oclusal.

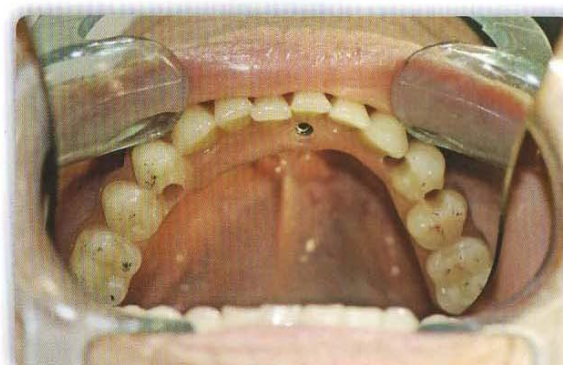


Fig. 8.197 – Realização do ajuste oclusal.

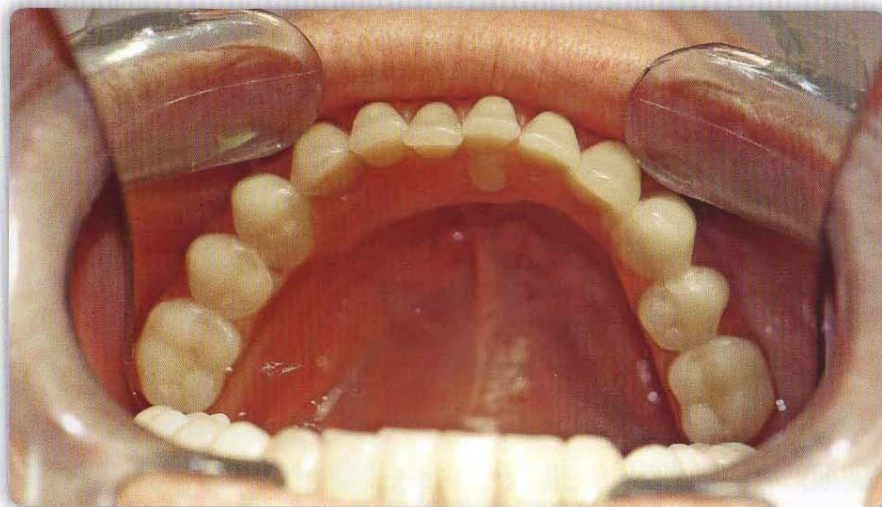


Fig. 8.198 – Orifícios de acesso preenchidos com resina fotopolimerizável.



Fig. 8.199 – Resultado estético.

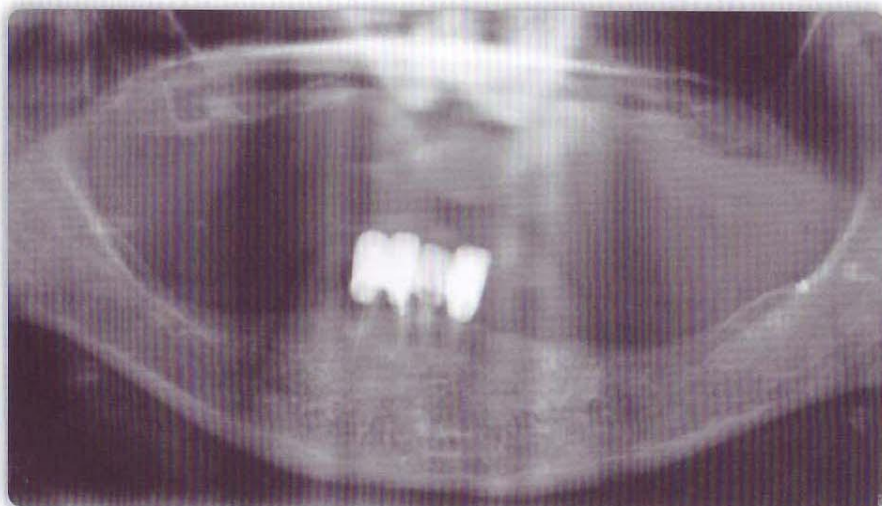


Fig. 8.200 – Radiografia panorâmica inicial.

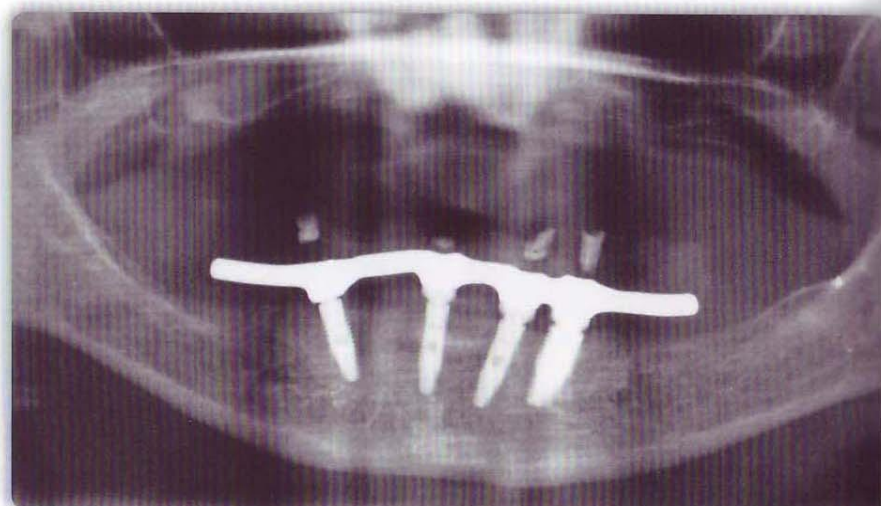


Fig. 8.201 – Radiografia panorâmica final.