FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE

HERNÁN QUISPE QUISPE

ENXERTO ÓSSEO SOBREPOSTO COM FRAGMENTO MANDIBULAR

RIO BRANCO

2024

FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE

HERNÁN QUISPE QUISPE

-

ENXERTO ÓSSEO SOBREPOSTO COM FRAGMENTO MANDIBULAR

Trabalho apresentado ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.
Conselheiro: Claudio Ferreira Noia

RIO BRANCO
2024

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

HERNÁN QUISPE QUISPE

-

ENXERTO ÓSSEO SOBREPOSTO COM FRAGMENTO MANDIBULAR

Artigo a presentado ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade de Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Aprovado em 20/07/2024 pela banca constituída pelos seguintes docentes:

Claudio F. Noia

PROF. ESP. DR. CLAUDIO NOIA –FACSETE

Claudinei F. Noia.

PROF. ESP.CLAUDINEI NOIA -FACSETE

Rio Branco- AC

2024

DEDICATÓRIA

Ao Senhor, meu Deus, o ser que me ilumina no meu caminho e está presente em todos os momentos da minha vida me dando forças para continuar.

À minha família que é o motor que me inspira a continuar cumprindo meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Claudio Ferreira Noia por compartilhar suas experiências, e por nos orientar nesse processo de aprendizagem da implantodontia, que contribui para a nossa formação profissional incutindo em nós constância e perseverança, o que nos permitiu aprender com sua experiência.

Aos meus colegas, por me terem permitido ter a honra de fazer parte do seu excelente grupo de trabalho, em várias situações apresentadas ao longo da especialidade.

RESUMO

A reabsorção do osso alveolar causada pela perda dentária é um fator limitante na colocação do implante, em uma posição precisa no osso maxilar ou mandibular em termos de altura, largura e profundidade (posição tridimensional ideal 3D). é por isso que exige tratamento cirúrgico com enxerto em bloco autógeno, que são removidos do próprio paciente para brindar propriedades ideais para nova formação óssea, isso é importante porque há células ósseas vivas (osteoblastos) presentes no enxerto fonte de fatores de crescimento e também dando bons resultados. O objetivo deste trabalho é aumentar o volume ósseo com enxerto em bloco no rebordo alveolar criando uma base sólida e adequada para a colocação de implantes dentários e também para melhorar a função estética do paciente. Os resultados mostram a eficácia porque estudos mostram que a regeneração é realizada favoravelmente com enxerto ósseo.

Palavras-chave:, osteoblastos, formação óssea , implantes dentários.

ABSTRACT

Resorption of the alveolar bone caused by tooth loss is a limiting factor in implant placement, in a precise position in the maxillary or mandibular bone in terms of height, width and depth (ideal 3D three-dimensional position). This is why it requires surgical treatment with autogenous block grafts, which are removed from the patient himself to provide ideal properties for new bone formation. This is important because there are live bone cells (osteoblasts) present in the graft, a source of growth factors and also providing good results. The objective of this work is to increase bone volume with a block graft on the alveolar ridge, creating a solid and suitable base for the placement of dental implants and also to improve the patient's aesthetic function. The results show effectiveness because studies show that regeneration is favorably carried out with bone grafting.

Keywords: osteoblasts, bone formation, dental implants.

SUMÁRIO

RESUMO 6

ABSTRACT 7

INTRODUÇÃO 9

RELATO DO CASO 12

DISCUSSÃO 14

CONCLUSÃO 16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 16

INTRODUÇÃO

A perda dentária leva à reabsorção do osso alveolar e o que implica alterações na morfologia do rebordo, essa modificação ocorre porque o processo alveolar tem a função de sustentar os dentes, uma vez perdida essa função tende a ser reabsorvida gradativamente. [1]

O desaparecimento gradual do processo alveolar implica uma redução do tamanho sagital e/ou vertical dos maxilares, gerando uma discrepância nas relações intermaxilares e anomalias funcionais que incapacitam ambas as arcadas dentárias. [1]

Para garantir a previsibilidade na reabilitação, é importante ter osso suficiente no local do implante. A reconstrução óssea realizada previamente reabilita condições biomecânicas biológicas favoráveis à osseointegração. É considerada uma alternativa viável e previsível, com altas taxas de sucesso em relação a enxertos e implantes.[2]

O uso de enxertos ósseos em forma de bloco começou a ganhar bases sólidas com o trabalho publicado por branemark 1975 demonstrando uma alta taxa de sucesso e previsibilidade [3,4]

A enxertia autógena em bloco ósseo é uma das opções mais utilizadas e tem demonstrado resultados satisfatórios com alto nível de evidência científica e adequada sobrevida dos implantes instalados por se tratar de um enxerto autógeno, esses blocos possuem as propriedades ideais para o processo de neoformação óssea (osteogênese, osteocondução e indução óssea.[4]

As áreas dentárias extraorais são: crista ilíaca, colota craniana, tíbia, fíbula, são pouco utilizadas hoje principalmente devido à maior morbidade, necessidade de internação, anestesia geral, além de gerar um custo maior para os pacientes [5]

As principais áreas doadoras intraorais utilizadas são: tuberosidade maxilar, ramo mandibular e sínfise mentoniana [6,4]

A técnica cirúrgica para enxerto ósseo autógeno inicia-se com o acesso ao preparo do leito receptor do enxerto, em seguida deve-se acessar a

área doadora e retirar um bloco ósseo para finalizá-lo deve ser adaptado e fixado com parafusos na área receptora.[7]

O objetivo deste caso clínico é relatar um caso clínico de enxerto em bloco coletado de ramo de mandíbula para ganho horizontal de volúme ósseo

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 53 anos, procurou o ambulatório especializado em implantodontia para colocação de implantes na região anterior da maxila. Na história do paciente, ele não manifestou problemas médicos significativos, com bom estado geral. Ao exame clínico, observou-se a ausência dos dentes 1, 2, 1, 1, 2, 1 e 2 2, o paciente fazia uso de prótese removível.

Após sua avaliação tomográfica, observou-se uma redução no volume do osso alveolar na área a ser implantada, portanto, o plano de tratamento para o paciente será a cirurgia com enxerto de bloco ósseo autógeno

Iniciamos com antissepsia intraoral com clorexidina a 0,12% e extraoral com clorexidina a 2%. Este procedimento cirúrgico é realizado sob anestesia local com articaína a 4% (ARTICAINE, BRASIL, Rio de Janeiro) a área receptora é anestesiada bloqueando os nervos alveolares anterossuperiores bilaterais e o nervo nasopalatino, com lâmina de bisturi N°15 (SMIC, Huaian -China) faz uma incisão supracrestal no rebordo alveolar orientada mais para uma posição palatina associada a incisões relaxantes divergentes em direção ao fundo do sulco. O próximo passo é realizado, uma cuidadosa decolagem mucoperiosteal usando um decolador de molt (supremo São Paulo-Brasil) A preparação do leito receptor é remover qualquer periósteo remanescente, esta remoção foi realizada atravez do legrado com cureta de lucas, (supremo São Paulo-Brasil) e depois fazer furos no leito receptor usando uma broca 701, sempre acompanhado de irrigação abundante, objetivando irrigação sanguínea. Posteriormente, colocou-se uma gaze umedecida momentaneamente na área receptora para avançar com a cirurgia na área doadora.

Anestesia da área doadora do ramo mandibular bloqueando os nervos dentário inferior, bucal e massetérico, é realizada uma incisão linear com lâmina de bisturi N°15 (Peruvian Surgery, Peru, Lima) na linha oblíqua, esta incisão deve ser iniciada no sentido póstero-anterior até a altura do primeiro

molar sempre apoiado no tecido ósseo com o descolamento do retalho mucoperiostial com decolador de muda (MOLT N°9) (supremo São Paulo-Brasil).

O descolamento do tecido foi suficiente para expor a área cirúrgica de forma adequada com a visão da região vestibular do ramo mandibular e, em seguida, utilizar a broca 701 (MDT ISRAEL) com o auxílio de uma peça reta com velocidade aproximada de 25000 RPM, é feita uma demarcação de múltiplas perfurações de acordo com o comprimento do enxerto a ser utilizado, Estas perfurações devem ser até que atravessem a cortical óssea. As perfurações devem ser unidas criando a osteotomia horizontal, além disso, a osteotomia vertical deve ser realizada para demarcar a extensão do enxerto, usando um cinzel que é enxertado na osteotomia horizontal para remover cuidadosamente em direção à região vestibular, obtendo-se um bloco de osso cortical de forma retangular .para então colocar em uma solução salina. Solução fisiológica para remover os restos esqueléticos da região com uma inspeção final com o auxílio de gaze a ausência de sangramento ativo. em seguida, sutura com pontos simples partindo da região posterior do ramo indo para a região mais anterior

O bloco ósseo removido deve ser adaptado na área receptora com regularização prévia dos rebordos com o auxílio de uma broca maxicut (implacile de Bortoli, São Paulo- Brasil). para fixação utilizamos um parafuso de titânio 1,5 (implacile de Bortoli, São Paulo- Brasil), com o auxílio de uma pinça para agarrar enxerto o que faz um furo no bloco de enxerto ósseo, para isso é utilizada uma broca com diâmetro maior que o diâmetro do parafuso por exemplo, se o parafuso for de 1,5 mm, a broca deve ter um diâmetro de 1,6 mm de diâmetro. Perfuração do leito receptor recomenda-se com uma broca de diâmetro de parafuso igual ou menor, ela deve passar passivamente pelo bloco ósseo e obter sua fixação apenas no leito ósseo receptor causando uma compressão do bloco ósseo em direção ao leito ósseo receptor.

O periósteo é liberado com lâmina de bisturi (SMIC, Huaian - China) pequenas incisões são feitas no lado interno do retalho para cobrir o retalho passivamente ao enxerto, recomenda-se a colocação de biomaterial e membrana reabsorvível. Por fim, a sutura é feita com nylon 4.0. (Peruvian

Surgery, Peru, Lima) o controle pós-operatório é realizado após 3 dias da cirurgia para verificar se a sutura está na posição correta. Após 7 a 10 a sutura é removida

DISCUSSÃO

Alguns pacientes podem ter osso insuficiente para instalar implantes dentários, mas existem muitas técnicas cirúrgicas como: enxertos ósseos autógenos, xenoenxertos, aloenxertos, material de enxerto aloplástico, para aumentar o volume ósseo e possibilitar o tratamento adequado com implantes[8]

Mas os mais comumente utilizados são os enxertos ósseos autógenos retirados do mesmo paciente e utilizados para reconstruir a área deficiente e são considerados o material de escolha, ou seja, o "padrão ouro", pois são biologicamente compatíveis e vêm do mesmo paciente e fornecem propriedades ideais para a nova formação óssea [4,8]

Os avanços em diferentes materiais de regeneração óssea e as constantes inovações nas técnicas cirúrgicas levaram a uma maior previsibilidade na reabilitação dos defeitos do rebordo alveolar e na instalação 3D de implantes [9]

Para obter um bom resultado com o tratamento com esse tipo de enxerto, leve em consideração a quantidade de osso que permanece no leito receptor [10]

Vários pesquisadores têm desenvolvido seus trabalhos com base na vantagem de obter uma área doadora intraoral, aumentando assim o conhecimento e o interesse pelo assunto e estabelecendo o enxerto ósseo autógeno. Dentre essas vantagens, destacamos: fácil acesso cirúrgico, redução do tempo operatório, menor custo e menor desconforto pós-operatório, necessitando também de curto período de cicatrização e mínima reabsorção.[10]

CONCLUSÃO

Este trabalho demonstrou ganhar o volume ósseo adequado para a futura instalação de implantes em um paciente com mandíbula atrófica, utilizando o osso do próprio paciente. A técnica utilizada neste caso revelou-se eficiente e segura e pode ser reproduzida por um profissional bem treinado.
Este trabalho mostrou ganho de volume ósseo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paolo T, Duvina M, Barbato L, Biondi E. pubMet REGENERAÇÃO ÓSSEA EM ODONTOLOGIA. [Online].; 2011 [citado 2024 MAIO 05. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22461825/.

2. Garcia de Mendoca JC, Chizzolini Masacato D, Moura oliveira M. Enxerto ósseo de mento estabilizado em pré-maxila e reabilitação com implantes osseointegrados: relato de caso. [Online].; 2015 [citado 2024 maio 08. Disponível em: https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/875/1162.

3. Santana Nunes P, de Vasconsellos Pereira I, Martins da Silva F. AUTOGENOUS ENXERTO EM BLOCO CORTICOMEDULAR EM MAXILA. [Online].; 2020 [citado 2024 maio 15. Disponível em: file:///C:/Users/hp/Downloads/39869-Texto%20do%20Artigo-134080-1-10-20191210%20(13).pdf.

4. Sendyk WR, Sendyk DI, Ferreira Noia C, Sá B. Aumento ósseo em Implantodontia. 1ª ed. Sp Brasil: Napoleão; 2021.

5. Perez Ferrerani L.Ramalho Ferreira G HDSP. Técnicas cirúrgicas para enxertia óssea da maxila – revisão. [Online].; 2014 [citado 2024 maio 12. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/XQwqnqbBVzfbh7BgjjJMdwx/?format=pdf&lang=pt.

6. Lacerda Zandoná R, Lane Fogaca C. Comparação entre diferentes sitios intraorais. [Online].; 2010 Lacerda Zandona R, Lane Fogaça c [citado 2024 maio 16. Disponível em: file:///E:/BIBLIOGRAFIA%206.pdf.

7. Uso do ramo mandibular como local doador para enxerto ósseo onlay. J implantol oral. 200 .

8. Esposito, Marco; Grusovin, Maria G; Prieto Felice. Intervenções para substituição de dentes perdidos: técnicas de aumento ósseo horizontal e vertical para tratamento de implantes dentários. [Online].; 2009 [citado 2024 maio 20. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6786878/.

9. Deshpande S, Deshmukh, Jeevanand, Deshpande S, Richa Khatri. Aumento vertical e horizontal do rebordo na maxila anterior por autoenxerto, xenoenxerto e tela de titânio com colocação simultânea de implantes endósseos. [Online].; 2014 [citado 2024 maio 22. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239761/.

10. Favaró Jacomini N, Vaz Ayub K, Linsdo Valle A, Antonio Ayub E. Autogenous onlay bone enxerto of intraoral donor area. [Online].; 2012 [citado 2024 jun 05. Disponível em: https://editoraplena.com.br/wp-content/uploads/arquivos%20full%20science%20-%20pdf's/full%2013/59-65_enxerto%20%C3%B3sseo%20onlay.pdf.