FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

MILENE LISBOA MORETTO

REABILITAÇÃO EM MANDÍBULAS ATRÓFICAS

SÃO PAULO - SP
2018

FACULDADE DE TECNOLOGIA SETE LAGOAS

MILENE LISBOA MORETTO

REABILITAÇÃO EM MANDÍBULAS ATRÓFICAS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Implantodontia da Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém / São Paulo - SP, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Especialista.

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. Ricardo Vadenal

SÃO PAULO - SP
2018

Moretto, Milene Lisboa

Reabilitação em mandíbulas atróficas – 2018.

54 f.

Orientador: Ricardo Vadenal

Monografia (Especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2018.

1. Implantes. 2. Mandíbula. 3. Reabilitação

I. Título. II. Ricardo Vadenal

MILENE LISBOA MORETTO

REABILITAÇÃO EM MANDÍBULAS ATRÓFICAS

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Implantodontia da Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém / São Paulo - SP, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Especialista.

Área de concentração: Implantodontia

Data : 15 / Novembro / 2017

Resultado : “B”

BANCA EXAMINADORA

PROF. RENATO MARTINS VAZ DE ALMEIDA FACSETE

PROF. RICARDO VADENAL FACSETE

PROF. CLÁUDIO JOÃO CHEDID FACSETE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, ao meu filho e ao meu marido que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Curso de Especialização em Implantodontia por todo conhecimento oferecido. Em especial ao professor Ricardo Vadenal, meu orientador, por seus ensinamentos e dedicação.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes.“

(Marthin Luther King)

MORETTO, M. L. **Reabilitação em mandíbulas atróficas.** 2018. 54 f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém – São Paulo / SP.

RESUMO

A perda dos dentes e a utilização de próteses totais e removíveis por longo período de tempo levam a um contínuo processo de atrofia e remodelação do osso alveolar, gerando limite ao correto posicionamento dos implantes pela interferência anatômica do feixe vásculo-nervoso e até mesmo ao risco de fratura óssea. Algumas opções de tratamento diante destas limitações estão disponíveis na literatura. O propósito deste trabalho é apresentar as possibilidades e os aspectos mais relevantes sobre a reabilitação de pacientes com mandíbula atrófica, estabelecendo não apenas uma favorável relação intermaxilar, mas também o posicionamento ideal de implantes para a consequente reabilitação protética e funcional do paciente.

Palavra-chave: Implantes. Mandíbula. Reabilitação.

MORETTO, M. L. **Rehabilitation in atrophic jaws.** 2018. 54 f. Monografia (Especialização em Implantodontia) – Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas – Unidade Belém – São Paulo / SP.

ABSTRACT

The loss of teeth and the use of total and removable prostheses for a long period of time lead to a continuous process of atrophy and remodeling of the alveolar bone, generating a limit to the correct positioning of the implants by the anatomical interference of the vascular-nervous bundle and even to the risk of bone fracture. Some treatment options for these limitations are available in the literature. The purpose of this paper is to present the possibilities and most relevant aspects about the rehabilitation of patients with atrophic jaw, establishing not only a favorable intermaxillary relationship but also the ideal positioning of implants for the consequent prosthetic and functional rehabilitation of the patient.

Key-words: Implants. Mandible. Rehabilitation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Enxerto ósseo para aumento horizontal. A) Pré-Operatório; B) O enxerto de mento cortado; C) Após seis meses, uma quantidade significativa de ganho de osso 16

Figura 2 - Enxerto de bloqueio alogênico para o aumento horizontal do cume; A) Defeito ósseo; B) O enxerto em bloco fixado com parafusos para garantir que o enxerto fique estável; C) Ganho ósseo após seis meses 16

Figura 3 - Utilização de osso humano fresco congelado para aumento vertical na região posterior de mandíbula. A) Tomografia inicial; B) Exposição da área receptora; C) Visualização do bloco ósseo; D) Bloco ósseo cortical de fêmur estabilizado preenchido com osso homógeno congelado; E) Síntese após enxertia óssea; F) Tomografia computadorizada após seis meses de cirurgia de enxerto ósseo 17

Figura 4 - Osteotomia alveolar associada à hidroxilapatita não-cerâmica reabsorvível com osso autógeno para aumento de altura em região posterior de mandíbula. A) Osteotomia mostrando osso cortado 2 mm acima do nervo alveolar; B) Osso autógeno interposto e fixado com miniplacas de titânio; C) Visão clínica após seis meses; D) Bloco fixado com miniplacas de titânio; E) Hidroxilapatita não-cerâmica adicionados ao espaço; F) Integração completa do enxerto após seis meses 19

Figura 5 - Distração osteogênica na região anterior da mandíbula. A) Inicio da osteotomia; B) Uma osteotomia horizontal e duas osteotomia verticais ligeiramente divergentes para oclusal; C) Distrator adaptado e fixado no osso com parafusos; D) Observar o componente para ativação do distrator exposto na cavidade bucal; E) Exame clínico pós-operatório após período de latência de sete dias e período de ativação de seis dias; F) Exame radiográfico após o período de latência e de ativação 23

Figura 6 - Distração osteogênica horizontal para inserção de implantes em uma região atrófica. A) Imagens pré-operatórias da região anterior mandibular; B) Colocação do dispositivo de distração; C) Imagens após a remoção dos dispositivos de distração; D) Conexão dos *abutments;* E) Prótese definitiva 25

Figura 7 - Divisão e expansão da crista do rebordo primeira etapa. A) Aspecto clínico inicial; B) Exame tomográfico inicial; C) Corticotomia realizada; D) Sutura 29

Figura 8 - Divisão e expansão da crista do rebordo segunda etapa. A) Segundo passo cirúrgico; B) Expansão óssea; C) Instalação dos implantes; D) Sutura, segundo passo; E) Radiografia periapical final; F) Coroas instaladas 29

Figura 9 - Função neurosensorial após lateralização do nervo mandibular para colocação de implantes; A) Retração do nervo com um pedaço do papel de sutura; B) Retração do nervo com a borracha do tubete do anestésico; C) As extremidades dos implantes posicionadas abaixo do canal em um caso unilateral; D) A posição do Nervo Mandibular após a inserção do implante..... 32

Figura 10 - Aspecto do mapeamento sobre o protótipo 33

Figura 11 - Reabilitação protética de mandíbula atrófica por meio de implantes curtos. A) Radiografia panorâmica inicial; B) Implantes instalados; C) Imagem radiográfica dos implantes; D) Reabilitação protética final; E) Radiografia panorâmica – seis meses de pós-operatório 41

Figura 12 - O uso de implantes dentários curtos na arcada mandibular. A) Radiografia panorâmica inicial; B) Radiografia panorâmica dos implantes instalados; C) Aspectos clínicos da prótese instalada 43

Figura 13 - Uso de implantes cuneiformes em mandíbulas atróficas. A) Aspecto computadorizado do implante cuneiforme; B) Tomografia computadorizada ilustrando a transposição do nervo alveolar inferior com o implante cuneiforme 44

Figura 14 - Implantes inclinados. A) Radiografia panorâmica inicial; B) Transoperatório evidenciando o posicionamento dos implantes na região dos dentes 34 e 36 em relação ao guia cirúrgico; C) Radiografia panorâmica pós-operatório; D) Próteses definitivas instaladas nos lados direito e esquerdo; E) Radiografia panorâmica pós-operatória aos 36 meses 45

Figura 15 - Técnica ALL-ON-4: posicionamento dos implantes 46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 PROPOSIÇÃO 13

3 REVISÃO DA LITERATURA 14

3.1 REABILITAÇÃO MANDIBULAR 14

3.1.1 Enxertos Ósseos 14

3.1.2 Distração Osteogênica 21

3.1.3 Divisão e Expansão da Crista do Rebordo 28

3.1.4 Lateralização do Nervo Alveolar Inferior (LNAI) 30

3.1.5 Implantes Curtos 36

3.1.6 Implante Cuneiforme 43

3.1.7 Implantes Inclinados 44

3.1.8 O emprego da técnica ALL-ON-4 em mandíbula 45

4 DISCUSSÃO 47

5 CONCLUSÕES 50

REFERÊNCIAS 51