FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ABNER RAFAEL PERALES

ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO AUTÓGENO

RIO BRANCO

2024

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ABNER RAFAEL PERALES

ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO AUTÓGENO

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

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Prof. Dr. Claudio 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

ABNER RAFAEL PERALES

ENXERTO ÓSSEO EM BLOCO AUTÓGENO

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em implantodontia.

Área de concentração: implantodontia

Aprovado EM 10/02/2024 pela bancada constituída pelos seguintes docentes:

Claudio F. Nóia
PROF. ESP. DR. CLAUDIO NOIA –FACSETE

Claudinei F. Nóia.
PROF. ESP.CLAUDINEI NOIA -FACSETE

Rio Branco- AC
2024

RESUMO

Os enxertos autógenos são procedimentos de escolha para reconstrução de rebordos alveolares, devido à sua capacidade de revascularização, osteocondução, osteoindução, osteogênese e sua biocompatibilidade sem reação imunológica. A técnica de enxerto ósseo em bloco autógeno refere-se à obtenção de blocos ósseos do próprio paciente, que são aparafusados ao defeito ósseo, são feitas perfurações no tecido ósseo para uma boa nutrição sanguínea para que assim o enxerto tenha sucesso. Incorporação do doador adicional bloco a bloco, biomateriais como osso autógeno são colocados um a um com xenógeno e revestimento de menbrama para obter reabsorção mínima na área da cirurgia. obviamente sem deixar de lado a condição do paciente para ter sucesso na cirurgia realizada pelo especialista.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de enxerto ósseo em bloco, demonstrar o aumento transversal do volume ósseo em uma maxila com concavidades defeituosas, de modo a ter milímetros suficientes de tecido ósseo e facilitar a inserção do próprio implante.

Concluiu-se neste trabalho que com o enxerto autógeno em bloco conseguimos ganhar transversalmente um volume de aproximadamente 6mm, também nos permitiu melhorar o defeito ósseo do receptor, bem como melhorar ligeiramente o ângulo nasolabial devido ao volume obtido.

Palavras-chave: Enxerto em bloco autógeno, arco desdentado, implantes dentários.

ABSTRACT

Autogenous grafts are procedures of choice for reconstruction of alveolar ridges, due to their capacity for revascularization, osteoconduction, osteoinduction, osteogenesis and their biocompatibility without immunological reaction. The autogenous block bone graft technique refers to obtaining bone blocks from the patient himself, which are screwed to the bone defect, perforations are made in the bone tissue for good blood nutrition so that the graft is successful. Additional donor incorporation block by block, biomaterials such as autogenous bone are placed one by one with xenogen and membrane coating to achieve minimal resorption in the area of surgery. obviously without leaving aside the patient's condition in order to have a successful surgery performed by the specialist.

The objective of this work is to report a clinical case of block bone grafting, demonstrating the transverse increase in bone volume in a maxilla with defective concavities, in order to have sufficient millimeters of bone tissue and facilitate the insertion of the implant itself.

It was concluded in this work that with the block autogenous graft we were able to gain a transverse volume of approximately 6mm, it also allowed us to improve the recipient's bone defect, as well as slightly improve the nasolabial angle due to the volume obtained.

Keywords: Enxerto em autogenous block, toothless arch, dental implants.

.

SUMÁRIO

RESUMO..... 4
ABSTRACT..... 5
I. INTRODUÇÃO.....7
II.RELATO DE CASO........9
III.DISCUSSÃO.....11
1
IV.CONCLUSÃO.....13
3
V.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....144

I. INTRODUÇÃO

A reabsorção óssea alveolar é um problema fisiológico ou patológico, que se deve à perda dentária, o que causa uma discrepância na relação intermaxilar. A substituição de um elemento dentário por implantes de titânio osseointegrados permite reabilitação funcional e estética.[1,2,3,4]

Os implantes dentários requerem osso suficiente para se estabilizar adequadamente, alguns estudos relatam que pelo menos 6mm é necessário. Em alguns casos, devido a defeitos ósseos, procedimentos complementares são incorporados, como a colação de enxertos ósseos. Existem muitas discussões e controvérsias sobre o uso de biomateriais para reconstrução óssea, uma vez que existem diferentes tipos de enxertos como: autógenos, alogênicos e aloplásticos.[1,2,4,7]

Após vários estudos, os enxertos autólogos são considerados o "padrão ouro" para a reconstrução de resulos alveolares, devido à sua capacidade de revascularização, osseosocondução, osteoindução, osteogênese e sua biocompatibilidade sem reação imunológica. O uso de enxertos ósseos autólogos com implantes osseointegrados foi originalmente descrito por Branemark, que utilizou a crista ilíaca como área doadora. Mas, apesar de serem uma boa alternativa, tudo deve ser reavaliado quando houver evidências confiáveis para o uso de aloenxertos, uma vez que estes necessitam de área doadora.[1,2,3,4,7]

A técnica de enxerto ósseo em bloco autógeno refere-se à obtenção de blocos de osso do próprio paciente, uma vez obtidos são parafusados à área com defeito ósseo. Evidências científicas mostram que estes são reabsorvidos, perdendo o ganho ósseo alcançado em primeiro lugar; Por isso, a técnica foi atualizada onde, em vez de blocos, são utilizadas chapas finas que são parafusadas longe da área a ser regenerada. Além disso, o biomaterial particulado é colocado entre o enxerto e o osso nativo. Para o enxerto ósseo do rebordo alveolar da maxila, avaliam-se a quantidade e o volume da perda óssea, o planejamento cirúrgico/protético e o estado geral do paciente. O enxerto ósseo no bloco autógeno que tem o ramo mandibular como área doadora fornece um volume ósseo adequado para no máximo três

a quatro segmentos, também já foi comprovado que é seguro e confiável devido à sua propriedade osteogênica, que gera estabilidade a longo prazo com pouca reabsorção, além de servir de âncora para a neoangiogênese auxiliando na estabilidade do enxerto sem incidentes e apresenta menor reabsorção óssea cortical com um faixa de 2 - 4,5 mm.[2,4,5]

O tecido de reparo na maioria dos enxertos penetra de 1 a 2 mm, por isso é importante o uso de brocas para criar leitos na área receptora, pois isso gera sangramento, o que por sua vez ajuda uma melhor adaptação do enxerto, procedimento também recomendado pela Branemark. Deve-se notar que evitar o superaquecimento do osso ajuda a melhorar o prognóstico.[3,4,6]

As medidas radiográficas revelaram uma média de 6,12mm de aumento da crista vertical um mês após a cirurgia e 5,12mm aos 4 - 6 meses. Frequentemente, as desvantagens associadas a esta abordagem estão relacionadas com a necessidade de um segundo sítio cirúrgico (doador e receptor), limitação na quantidade de enxerto a ser obtido e riscos de lesões vasculares e neurológicas e morbidade pós-operatória.2,3, 4

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de enxerto ósseo em bloqueio autógeno, para demonstrar o aumento de volume ósseo na maxila atrófica, tentando diminuir o tempo e o trauma cirúrgico.

II. RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, foi admitido no ambulatório de implantodontia e optou-se pela colocação de dois implantes dentários nos dentes 11 e 21, após o estudo tomográfico, nas captações individualizadas foi relatada largura alveolar de 2,9 mm no terço médio ao nível do dente 11 e 1,7 mm no 21 pedaço. Foi medicado uma hora antes da cirurgia com Amoxicilina 500 mg e Celecoxib 200 mg.

Para aumentar o volume ósseo, foi realizado enxerto de bloqueio autólogo para realização de carregamento tardio dos implantes em 6 meses; No procedimento cirúrgico, foi realizado o protocolo de desinfecção, iniciando-se com assepsia oral com clorexidina a 0,12%, depois desinfecção extraoral com clorexidina a 2% e, por fim, foi colocado um campo ocular estéril.

A anestesia troncular foi realizada com articaína a 4%; para a realização da confecção de enxerto de ramo ascendente inferior esquerdo, é feita uma incisão linear da área de posterior para anterior ao nível da linha oblíqua da DM. (Bisturi #15) e decodificação com cureta de muda, o bloco necessário foi medido com sonda milimetrada. Sob irrigação abundante, a perfuração contínua foi realizada de forma linear com o cortador Qx. 701 e lateral, vertical de 8 mm aprox. continuando com a união dos pontos. Para separar o IOAB (Enxerto Ósseo Autólogo em Bloco) da área doadora, o cinzel foi inserido e este bloco foi colocado em soro fisiológico, a área doadora foi suturada com pontos simples (Nylon #5) e os pontos foram retirados após 8 dias.

Enxertia em bloco dos dentes 11 e 21 na área receptora superior da maxila; O nervo alveolar palatal anterior é anestesiado com articaína a 4%, uma incisão linear é feita em direção ao palato, com duas descargas ao nível do 13º e 23º espécimes, a decolação com cureta de Molt. A perfuração da área receptora é feita com uma broca 701 Qx para induzir sangramento e assim estimular a incorporação do tecido duro doador promovendo a incorporação do enxerto, após o procedimento o tecido é moldado para melhor adaptação, então foi feita uma perfuração no IOAB (Enxerto ósseo autólogo em bloco) para fixá-lo com um parafuse de 1,5x8mm, colocação de biomaterial Lumina Porus e uma membrana Cowe. O local receptor é

suturado com pontos únicos (Nylon #5) e 8 dias depois as suturas são removidas.

Recebeu medicação pós-operatória por cinco dias de amoxicilina 500 mg c/8h por 8 dias, metamizol 5ml c/24h por 3 dias e celecoxib 200 mg c/12h condicionado à dor. O paciente também foi orientado a usar panos de gelo colocados intermitentemente para neutralizar o inchaço ou edema.

III. DISCUSSÃO

Para instalar um dispositivo denominado implante, o primeiro passo é reconstruir o tecido defeituoso por meio de uma técnica cirúrgica como o enxerto em bloco. A inserção do enxerto autógeno em bloco traz maiores vantagens, pois é osteogênico e osteoindutor; Este tratamento demonstra previsibilidade apesar de abordarmos até três procedimentos

1- Aproximação ao leito receptor

2- Abordagem para descolamento da porção óssea do ramo e

3- A inserção do enxerto em bloco.

Nesta técnica é importante escavar o osso com uma broca pequena, criando pontos de sangramento, para aumentar a disponibilidade de células osteogênicas, promover a revascularização e melhorar a união do enxerto: isso é recomendado por quase todos os estudos encontrados. Além disso, relatam que as incisões para exposição cirúrgica do sítio receptor devem ser feitas distantes do defeito ósseo, para facilitar o fechamento livre de tensão, essencial para a incorporação adequada. Eles também apontam que, embora haja uma reabsorção mínima, esta pode ser redirecionada com o uso de uma membrana de colágeno reabsorvível.[1,5,6]

Na tentativa de comparar os resultados clínicos relacionados ao uso de enxertos autógenos de áreas doadoras intrabucais para reconstrução de maxilares atróficos, a literatura é bastante extensa, alguns autores consideram o transplante ósseo autólogo como o "padrão ouro" na reabilitação com implantes em áreas estéticas e em outros estudos sugerem muitas desvantagens na obtenção de um enxerto de ramo mandibular. Isso se deve, principalmente, à dificuldade de acesso e à possibilidade de lesão do feixe vásculo-nervoso alveolar, embora o sucesso também esteja relacionado à habilidade do cirurgião em minimizar complicações e riscos cirúrgicos.[2,4,7]

Esta técnica é indicada em grandes reconstruções, onde é necessária uma quantidade considerável de tecido ósseo, até 3 ou 4 dentes. Em um estudo de Schwartz-Arad citado por Eguia O e sua equipe, o resultado do sucesso cirúrgico foi de 87,5%, portanto a taxa de sucesso é previsível, seja

do ramo ou mento, há outros estudos que relatam taxas de sucesso entre 87 e 100%.[2,5]

As reabilitações orais baseadas em implantes osseointegrados têm hoje uma alta previsibilidade e taxas de sucesso muito altas. Estes resultados são apoiados por inúmeras publicações científicas e estudos clínicos realizados desde a sua criação, há 35 anos. Novas técnicas e novos conceitos de tratamento com implantes estão sendo continuamente estudados para melhorar as taxas de sucesso e conforto dos pacientes que se submetem a esse tipo de tratamento.[6,7]

IV. CONCLUSÃO

- Os enxertos autógenos são considerados padrão-ouro por serem eficientes, seguros, osteogênicos e osteocondutores.
- A escolha dos potenciais sítios doadores para reconstrução óssea depende principalmente do volume ósseo necessário e do tipo de defeito ósseo.
- O ganho ósseo médio em 4 -6 meses é de 5mm.
- A perda óssea após a carga do implante durante o primeiro ano é muito comum.
- A técnica permite que o enxerto seja retirado com o mínimo de dano e lesão, reduzindo a morbidade.
- As IOABs são uma alternativa de tratamento para melhorar o volume ósseo de locais atrofiados, com alta taxa de sucesso de 87% a 100%.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hid M, Beltrão C, Furlani J, Kas Qx sardjian F, Mugayar L, Genovese W. Enxerto ósseo em bloco autógeno na maxila: relato de caso clínic. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [Internet] 2016 [Citado em30 Ene del 2024]; 70(2): 198-203. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762016000200016
2. Faverani L, Ramalho G, Enrique P, Passos E, Rangel I, Maldonado C, Gonçalves W. Técnicas cirúrgicas para a enxertia óssea dos maxilares – revisão da literatura. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet] 2014 [citado em 30 Ene del 2024]; 41(1): 061-067. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rcbc/a/XQwqnqbBVzfbh7BgjjJMdwx/?lang=pt&format=pdf
3. Tanaka R, Shuiti J, Sendyk W, Perez V, Miranda C. Incorporação dos enxertos ósseos em bloco: processo biológico e considerações relevantes. Rev. ConScientiae Saúde [Internet]. 2008 [citado em 31 Ene del 2024]; 7(3):323-327. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92911262006
4. Ventura H, Piaggio L, Delgado M, Ccahuana V, Lozano W. Aumento tridimensional de un reborde alveolar con injerto óseo autólogo de rama mandibular: Técnica modificada con trefina. Rev Estom Hered [Internet]. 2014 [citado 1 Feb. del 2024]; 20(2):94. Disponível em: https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/1768
5. Eguia O, Morales B, Guízar J, Ricardo D. Resultados clínicos de injertos óseos autólogos en bloque. Revista ADM [Internet]. 2016 [citado 1 Feb. del 2024]; 73 (5): 263-268. Disponível em: https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od165i.pdf
6. Pi J, Vericat J. Brånemark Novum® - an alternative for the rehabilitation of the edentulous lower jaw. RCOE [Internet]. 2002 [citado 2 Feb. del 2024]; 7(1): 21-28. Disponível em: https://scielo-isciii-es.translate.goog/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es&_x_tr_sl=es&_x_tr_tl=en&_x_tr_hl=es

7. Yunes M, Sauri E, Carrillo B, Martinez V, Castillo R. Autoinjerto en bloque como tratamiento del colapso alveolar en maxilar superior. Rev Odontol Latinoam [Internet]. 2015 [citado 2 Feb. del 2024]; 7(2):65-70. Disponível em: https://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V07N2p65.pdf