FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

Diana Edith Bendezú Ponce

ELEVAÇÃO DO SEIO MAXILAR

RIO BRANCO

2024

FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

Diana Edith Bendezú Ponce

ELEVAÇÃO DO SEIO MAXILAR

Artigo apresentado ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Implantodontia.

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: Dr. Cláudio Ferreira Nóia

RIO BRANCO

2024

Diana Edith Bendezú Ponce

ELEVAÇÃO DO SEIO MAXILAR

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 20/07/2024 pela bancada constituída pelos seguintes docentes:

PROF. ESP. DR. CLAUDIO NOIA –FACSETE

PROF. ESP.CLAUDINEI NOIA -FACSETE

Rio Branco- AC
2024

RESUMO

Uma das ferramentas mais importantes que o implantodontista possui para reabilitar o maxilar superior é a elevação do seio maxilar, pois a maioria dos pacientes que desejam reabilitar com implantes nesta área é porque estão há muito tempo sem os dentes, que a partir do momento A perda destas peças resulta na pneumatização do seio que, juntamente com a contínua reabsorção óssea do osso que é desencadeada pela perda dentária, também pode dificultar a colocação de implantes nesta área.

A elevação do seio maxilar permite aumentar o volume ósseo vertical necessário para poder colocar os implantes de forma ideal e assim garantir em grande medida. Estabilidade de longa duração.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente que apresenta baixo volume ósseo e que necessita de elevação do seio maxilar e que pelas características tomográficas necessitou de enxerto ósseo misto, tanto autógeno quanto bovino.

Palavras-chave: implante dentário, seio maxilar, enxerto ósseo.

ABSTRACT

One of the tools to advance important things that the implantologist has to be able to rehabilitate the upper jaw is to lift the sinuses since it allows us to increase the bone volume necessary to be able to place the implants in an ideal way and thus can improve to a great extent. ensure stability. long term . This monograph reports the case of a patient who presented with a piece of bone volume and required sinus elevation. In this case, due to the tomographic characteristics, a mixed bone graft, both autogenous and bovine, was necessary. Finally, we can conclude that sinus elevation is the best alternative to increase vertical volume for installing dental implants.

Keywords: dental implant, maxillary sinus, bone graft.

SUMÁRIO

RESUMO.....4
ABSTRACT.....5
INTRODUÇÃO.....7
RELATO DO CASO.....9
DISCUSSÃO.....12
CONCLUSÃO.....13
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 14

INTRODUÇÃO

Um dos achados mais comuns que um cirurgião de implantes enfrenta ao tentar colocar implantes na parte médio-posterior da maxila é a falta de altura óssea adequada, devido à posição baixa do seio maxilar que pode ser causada por atrofia. do alvéolo após extração por perda da mesa vestibular ou pneumatização do seio maxilar. [1]

Com avanços e estudos contínuos na área de implantodontia, esses problemas têm sido resolvidos graças à técnica de elevação do seio maxilar, que consiste no aumento do osso vertical na cavidade do seio maxilar [2,3,4]

A elevação do seio maxilar pode ser realizada por duas técnicas: a técnica traumática ou direta, que é realizada por acesso lateral ao seio, seja com osso autógeno, sintético ou misto, e a técnica atraumática ou indireta, que é realizada no cornetos pela mesma área onde serão inseridos os implantes, é realizado com osteótomos, tem a grande vantagem de realizar o procedimento em fase única mas ao mesmo tempo apresenta maior risco de perfuração da membrana e também. limita o aumento vertical máximo a 4 mm [5,6]

A elevação do seio maxilar com técnica traumática sem implantação imediata é a técnica recomendada quando o remanescente ósseo alveolar é igual ou inferior a 3mm onde é colocado osso autógeno misturado com osso sintético, conseguindo resultados muito bons no aumento ósseo vertical. [7]

A elevação do assoalho do seio maxilar com janela aberta normalmente requer um período de 6 meses para sua osseointegração e formação com osso, seja com osso autógeno, biomaterial ou ambos, o que nos permite posicionar corretamente os implantes e consequentemente garantir uma reabilitação adequada, garantindo assim a sua estabilidade ao longo do tempo.

A importância do biomaterial utilizado na elevação do seio maxilar induz diferentes graus de osteogênese. O conhecimento de cada um deles é importante para realizar a reabilitação funcional e estética [8,9]

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de um paciente que apresenta baixo volume ósseo e que necessita de elevação do seio maxilar e que pelas

características tomográficas necessitou de enxerto ósseo misto, tanto autógeno quanto bovino.

RELATO DE CASO

Paciente MB, 58 anos, sexo feminino, compareceu à Clínica de Especialização em Implantodontia para consulta por falta de dentes na região superior e inferior. Durante a anamnese, o paciente não relatou nenhuma informação médica pertinente e encontrava-se em bom estado geral. A tomografia mostrou que não há altura óssea suficiente em relação ao seio maxilar na região dos dentes 25, 26 e 27.

Na proposta de plano de tratamento foi indicado o levantamento do seio maxilar tanto do lado direito como esquerdo, complementando-o com enxerto em bloco no setor anterior superior para poder realizar uma prótese protocolo que nos permita reabilitar o paciente. Numa primeira elevação do seio maxilar do lado esquerdo será realizada uma mistura de osso autógeno e osso sintético devido ao estado de pneumatização do seio maxilar, que em seu maior defeito tem aproximadamente 1 mm de espessura. O levantamento foi realizado desde o nível da peça 2,5 até a peça 2,7, abrangendo o campo com aproximadamente 20mm de comprimento.

Primeiramente, o dente 2.8 foi extraído através de uma incisão intrasurcular para então deslocar e extrair a raiz remanescente.

Para levantamento do seio maxilar foi realizada anestesia na região anterossuperior do lado infraorbitário esquerdo, nos níveis médio superior, posterior superior, nasopalatino, palatino médio e posterior com articaína a 4% com epinefrina(articaína DFL-Brasil), seguida de incisão linear com bisturi lámina n°15 ligeiramente em direção ao palatino ao nível das peças 2,5 a 2,7 com duas descargas direcionadas vestibularmente no nível mesial da peça 2,5 e distalmente da peça 2,8. Em seguida, com o descolador de Molt (Supremo - Brasil) , certifica-se a incisão e em seguida é realizado o removedor mucoperiosteal , sempre realizando a remoção com o maior cuidado possível para evitar qualquer rasgo.

A seguir foi realizada uma antrostomia da parede lateral do seio , a qual foi realizada com broca diamantada esférica de 8 mm de diâmetro, deixando 0,2 a 0,3 mm de distância entre a cavidade sinusal e o desgaste causado pela remoção de toda a parede para fazer a janela lateral, esta técnica apresenta menor risco de danificar a membrana sinusal de Schneider foi levantada com

curetas específicas para levantamento do seio maxilar (Supremo - Brasil) que possuem ponta romba para evitar a perfuração da membrana, sempre colando o instrumento nas paredes da janela, partindo da parte mais anterior e destacando a membrana com muito cuidado à medida que entramos na cavidade do seio maxilar

Concluída a levantamento do seio maxilar, foi colocada uma gaze revestida com soro fisiológico é deixada no interior da cavidade sinusal para prosseguir com a retirada do osso doador.

O bloco doador foi extraído do ramo mandibular esquerdo, que fornece boa quantidade de osso autógeno, principalmente osso cortical. Para remoção do bloqueio, os nervos dentário inferior, bucal e masseter foram anestesiados. A incisão foi feita na linha oblíqua, sempre apoiada no osso, em seguida foi realizado o decolamento mucoperioste com um decolador Molt . Em seguida, com o auxílio do motor do implante, uma peça reta do micromotor e uma broca 701, foram feitas múltiplas perfurações que limitam o comprimento do enxerto. Foram unidas as perfurações e delimitações verticais, que deveriam ter aproximadamente 1 cm, em seguida, com auxílio de um elevador reto tipo Seltin T, o bloqueio foi retirado.

O osso autógeno é particularizado com um triturador de osso (supremo) e depois combinado na proporção de 50 e 50 com osso medular de origem bovina, poroso (Lumina Porous Large, Criteria, São Paulo, Brasil) que é levemente hidratado com solução salina, este enxerto foi colocado compactado em direção à parede posterior, nunca em direção à membrana para evitar sua ruptura, preenchendo assim a cavidade gerada.

A cavidade é então fechada com a colocação de uma camada de membrana de colágeno (Criteria São Paulo-Brasil) hidratando-o levemente com soro fisiológico no momento da instalação para evitar a reabsorção do osso enxertado.

Por fim, os retalhos do maxilar superior e do maxilar inferior são suturados com hilo Nylon 4-0 (Technofio – Brasil)

No pós-operatório imediato, recomenda-se a aplicação de compressas de gelo na área operada durante as primeiras 24 horas para reduzir a inflamação, juntamente com a prescrição de analgésicos e antibióticos. O paciente também é orientado a enxaguar com clorexidina a 0,12% (Vic Pharma,

taquaritinga – Brasil) e evitar alimentos sólidos ou quentes na primeira semana. Além disso, uma boa higiene bucal deve ser mantida, evitando escovar diretamente na área operada e abster-se de fumar para promover a cicatrização. Um check-up de sete dias para avaliar a cicatrização inicial e remover as suturas também está incluído, seguido por check-ups mensais nos primeiros três meses para monitorar a integração do enxerto ósseo. Radiografias de acompanhamento serão feitas em seis meses para avaliar as cicatrizes ósseas antes da colocação do implante dentário.

DISCUSSÃO

A ocorrência de complicações na cirurgia do seio maxilar costuma ter prevalência relativamente baixa. Em um estudo com 355 pacientes, foram realizadas 434 elevações de seios da face pela técnica lateral e a perfuração da membrana de Schneider ocorreu em 94 pacientes (26,5%)[10] . Em outro estudo com 121 pacientes, com 137 elevações laterais realizadas e seguimento de 5 anos, houve 19 pacientes (13,4%) que sofreram perfuração do seio maxilar [11] .

Vários estudos e revisões sistemáticas foram realizados e constatou-se que não há diferença significativa se a discrepância vertical for de 3mm ou mais se for realizada a elevação do seio maxilar ou se for colocado um implante invadindo o espaço do seio maxilar, pois pode gerar. osso ao redor do implante após 6 meses [12]

Outros estudos falam sobre a comparação entre enxertos ósseos autógenos, osso autógeno com hidroxiapatita e osso autógeno com fatores de crescimento (PRP) que não apresentaram diferenças significativas na formação óssea ao redor do implante após 5 meses, após um ano a taxa de sobrevivência do implante também aumentou. eles não mostram diferenças significativas. [13]

Existem múltiplos fatores que podem aumentar a probabilidade de perfuração da membrana Schneideriana, como a presença de septos intrasinusais , uma membrana Schneideriana fina (<1mm), um biótipo fino ou a partir de uma crista residual fina [14]

Por fim, existem estudos comparativos relacionados ao grau de sobrevivência de implantes imediatos ao levantar o seio maxilar com perfuração da membrana de Schneider e sem perfuração da membrana, não encontrando diferença significativa na osseointegração apenas se houver técnica adequada para fechar a membrana de Schneider membrana. membrana e dependendo do diâmetro da perfuração, o manejo desse fechamento era normalmente realizado com membrana de colágeno.

CONCLUSÃO

Considerando o relato e a discussão, pode-se concluir que a elevação do seio maxilar é uma técnica pré-protética com alta taxa de sucesso para o aumento da maxila posterior edêntula ; conseguindo aumento do volume ósseo, sendo uma das melhores alternativas a técnica da janela lateral, apresentando bons resultados seja com osso autógeno, bovino ou misto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Gallego Medina 1,Sánchez Garcés M"A, Berini Aytés L, Gay Escoda C Desplazamiento de un implante dental dentro del seno maxilar durante la segunda fase quirúrgica. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699658520020002000 06

2.- Seyed Amir Danesh - Sani , Peter M Loomer , Stephen S Wallace. Uma revisão clínica abrangente da elevação do assoalho do seio maxilar : anatomia, técnicas, biomateriais e complicações. Maio de 2016. http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2016.05.008

3.-Neugebauer J, Ritter L, Mischkowski RA, et al. Avaliação de maxilar seio anatomia por TC de feixe cônico antes de seio chão elevação . Int J Oral Maxilofac Implantes . 2010;25(2):258-265.

4.- Simşek Kaya G, Daltaban Ö, Kaya M, Kocabalkan B, Sindel A, Akdağ M. O potencial clínico relevância de anatômico estruturas e variações de o maxilar seio para planejado seio chão elevação BIBLIOGRAFIA 139 procedimentos : Uma retrospectiva com e feixe computado tomografia estudar . Implante Clin Dente Relação Res. 2019; 21(1):114-121. doi:10.1111/cid.12703

5 .- Marcelo Parra, DDS, Claudia Atala - Acevedo, DDS, Rodrigo Fariña, DDS, MS e Sergio Olate DDS. sem enxerto Elevação do seio maxilar Usando a abordagem da janela lateral : uma revisão sistemática. DOI 2017: 10.1097/ID.0000000000000695

6. EL- principe ON, Khalil AF, EL- sabbagh AM, Fahmy MH. Palatino versus bucal Antral abordagem para Maxilar Levantamento e implante de seio nasal Colocação . Alexandria Dent J. 2018; 43(2):39-45. doi:10.21608/adjalexu.2018.57621

7.- D. Rickert, JJR Huddleston Slater , H.J.A. Meijer, A. Vissink , G.M. Elevação do seio maxilar apenas com capa autógena em comparação com uma combinação de capa autógena e fatores de crescimento ou (sozinhos) substitutos ósseos. Uma revisão sistemática, outubro de 2011. doi:10.1016/j.ijom .2011.10.

8.- Joe Iwanaga , Tsuyoshi Tanaka, Soichiro Ibaragi , Tatsuo Okui , Junya Hamaguchi , Seiko Min, R. Shane Tubbs . Revisando os principais fatores de

risco anatômicos da elevação do seio maxilar e colheita de enxerto de tecido mole para cirurgiões de implantes dentários Março. https://doi.org/10.1007/s00276-020-02468-

9.- Tiziano Testori , Tommaso Weinstein, Silvio Taschieri , Stephen S. Wallace. Fatores de risco na janela lateral. cirurgia de elevação dos seios . 2019 DOI: 10.1111/prd.12286.

10.- Krennmair S, Malek M, Forstner T, Krennmair G, Weinländer M, Hunger S. Análise de Fatores de Risco Afetando Seio Membrana Perfuração Durante a janela lateral Maxilar Seio Elevação BIBLIOGRAFIA 135 Cirurgia . Int J Oral Maxilofac Implantes . 2020;35(4):789-798. doi:10.11607/jomi.7916

11.- Marin S, Kirnbauer B, Rugani P, Payer M, Jakse N. Potencial riscos fatores para maxilar seio membrana perfuração e tratamento resultado análise . Implante Clin Dente Relat Res. 2019;21(1):66-72. doi:10.1111/cid.12699

onze.- Andrés-García, R., Ríos-Santos, JV, Herrero-Climent, M., Bullón, P., Fernández- Farhall , J., Gómez- Menchero , A., … Ríos-Carrasco, B. (2021). Seio Chão Elevação através da um Osteótomo Técnica sem Biomateriais . Revista Internacional de Ambiental Pesquisa e Público Saúde , 18(3), 1103. doi:10.3390/ijerph18031103

12.- Akif M. Relacionamento entre Schneideriano Membrana , Septos de Underwood e o Maxilar Seio . :83-88. doi:10.1111/j.1708-8208.2011.00336.x

13.- Rodrigo Andrés-García, José Vicente Ríos-Santos, Mariano Herrero-Clment, Pedro Bullón, Javier Fernández- Farhall , Alberto Gómez- Menchero , Ana Fernández- Palacín e Blanca Ríos Carrasco. Elevação do assoalho sinusal com técnica de osteótomo sem biomateriais. 2021 https://doi.org/10.3390/ijerph18031103

14.- P. Carosi , C. Lorenzi, F. Lio, M. Laureti , N. Ferrigno , C. Arcuri . Timmenga N, Raghoebar GM, van Weissenbruch R, Vissink A. Implantes curtos (6 mm) como opção alternativa de tratamento Estou com elevação do seio maxilar.

15.- Natasha Bhalla , Harry Dym . Atualização sobre aumento do seio maxilar 2020. https://doi.org/10.1016/j.cden.2020.09.013