

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

JONAS ALBINO PANANA CANALES

ENXERTO EM BLOCO NA PRÉMAXILA

RIO BRANCO

2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

JONAS ALBINO PANANA CANALES

ENXERTO EM BLOCO NA PRÉMAXILA

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

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: CLAUDIO NOIA

RIO BRANCO

2023



Jonas albino panana canales

### ENXERTO EM BLOCO NA PREMAXILA

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 16/06/2023 pela bancada constituída pelos seguintes docentes:

Prof. Dr. Claudio Noia- FACSETE

Prof. Esp. Valdo Aires- FACSETE

Prof. Esp. Claudinei Noia- FACSETE

**Resumo:** A Implantodontia tem demonstrado atualmente grande importância na reabilitação de pacientes total e parcialmente edêntulos, bem como, nas suas fases cirúrgicas, o enxerto em bloco é uma alternativa bastante previsível para áreas anteriores com poucos rebordos devido à perda óssea no leito receptor. inferiores que foram acometidos em seus tratamentos de extração atraumática apresentando reabsorção óssea, o objetivo deste trabalho foi realizar um caso clínico de enxerto em bloco em paciente de 54 anos com perda de elementos na região anterior 1,1- 2,1.

Palavras-chave: enxerto, implantes, cirurgia.

Abstract: The implantology has currently shown much importance in the rehabilitation in patients edêntulos total as in partial in their surgical faces, the graft in block is a very predictable alternative for the previous areas with few ridges due to bone loss in the upper or lower recipient bed that have been affected in their treatments of atraumatic exodontia presenting a bone resorption. The objective of this work was a clinical case of bone graft en bloc he implantes dentes at 6 months after surgical treatment in a 54 -year-old patient. lost in the anterior area the elements 1.1,2.1.

Palavras-chave: block grafting, implants, surgery.

## Sumário

RESUMO EM PORTUGUES-----	4
RESUMO EM INGLÊS-----	5
INTRODUÇÃO-----	7
RELATO DE CASO-----	8
DISCUSSÃO-----	9
REFERÊNCIAS-----	11

## INTRODUÇÃO

Os dentes são órgãos que cumprem múltiplas funções na qualidade de vida do ser humano, como a fonação, a deglutição e a mastigação, a perda de um dente em pacientes seja por cáries, fraturas, tratamentos de canal ou doenças dentárias ou periodontais, em todos esses casos clínicos são o que vemos nas nossas consultas diárias.

Os tratamentos de implantes dentários no nosso consultório estão relacionados com a reabilitação oral, ainda mais na zona anterior da maxila é um desafio constante devido à presença de uma crista óssea absorvida pelos tratamentos de extracção traumática que geralmente ocorre em cirurgias com perdas. do osso que ocorre na cicatrização.

### 1. O enxerto em bloco.

É uma alternativa muito previsível juntamente com biomateriais combinados para a formação de novo osso em áreas onde existem deficiências. Baseia-se na utilização de enxertos ósseos e barreiras físicas ou membranas para evitar que as células do epitélio gengival e do tecido conjuntivo invadam as áreas que serão regeneradas. Desta forma, as células osteoprogenitoras podem proliferar para formar novo osso.

Nessa técnica, a membrana atua como um segundo retalho e confere proteção adicional ao enxerto, reduzindo o choque das forças que o atingem e garantindo a diferenciação das células mesenquimais em direção aos osteoblastos, ao invés dos fibroblastos.

### 2. Existem inúmeras técnicas cirúrgicas para regeneração de tecido ósseo em pacientes com maior reabsorção da mandíbula, sendo uma delas a utilização de enxertos em bloco obtidos do ramo mandibular, sínfise do mento, crista ilíaca, entre outros.

Para realizar esse tipo de procedimento é necessária uma análise pré-operatória por meio da tomografia computadorizada Cone Beam, que permite a visualização tridimensional da área e fornece dimensões anatômicas exatas às presentes nos pacientes

## **Relato de Caso**

Paciente I.V, sexo masculino, 54 anos, compareceu à Clínica de Especialização Grois Implantodontia para colocação de implantes na região dos elementos 1.1,2,1 Durante a anamnese o paciente não relatou nenhum estado médico relevante, bom estado geral de saúde favorável perda do fenótipo gengival de parte da tábua óssea vestibular.

Área Doadora: Foi colocada anestesia local (articaína 4%) no tronco, foi feita uma incisão supracrestal em espessura total e deflexão, expondo toda a área do ramo e ângulo mandibular, foram obtidos os 2 enxertos ósseos autólogos, por fim o área com fio de sutura reabsorvível, Ácido Poliglicólico. O enxerto ósseo foi perfurado na área central para colocação do parafuso de osteossíntese e os enxertos em bloco receberam formato adequado para posicionamento na área de ressecção. As medidas dos enxertos em bloco que serão coletados da área doadora também foram tomadas como referência.

### **ÁREA DE RECEPÇÃO.**

Após a obtenção e o condicionamento dos enxertos, a área óssea receptora da mandíbula foi perfurada com a broca Lindemann de alta velocidade para permitir maior irrigação sanguínea na área e assim melhorar a nutrição do enxerto.

Os enxertos foram colocados e fixados com parafuso de osteossíntese de 1,6mm de diâmetro por 13mm de comprimento. Verificou-se que o enxerto não apresentava mobilidade. Para complementar a regeneração óssea guiada foi utilizado enxerto ósseo particulado de origem bovina (Lumina Bone small pore) foi colocada de 0,5mm - Critério) e duas membranas de colágeno reabsorvíveis (Lumina Coat 2 x 20 x 30 mm - Critério) foram posicionadas como barreira que cobria toda a área.

## **Discussão**

No presente trabalho acadêmico a avaliação do resultado da regeneração óssea foi realizada por meio da Tomografia Computadorizada Cone Beam. Apresenta-se que enxertos ósseos autólogos em bloco foram vitais para viabilizar o tratamento com implantes dentários no rebordo ósseo atrofico após 6 meses de



cicatrização. Devido à limitação da quantidade de enxerto autólogo a ser obtido, a regeneração óssea guiada foi complementada com enxerto ósseo particulado de origem bovina, permitindo assim a regeneração em toda a extensão da crista óssea atrófica. Os resultados obtidos foram semelhantes aos diversos estudos experimentais como Perri de Carvalho et al. 2000, Von Arx et al. 2001, Araujo et al. 2002, Donos et al. 2002, Faria et al. 2008, Yeo et al. 2012 e De Santis et al. 2014 e experimentais como Buser et al 1996, Raghoobar et al. 1996, Chiapasco et al. 1996, Cordaro et al. 2002, Zerbo et al. 2003, Spin-Neto et al 2014.

O preparo do leito receptor é de vital importância para conseguir nutrição adequada do tecido enxertado e assim evitar sua necrose, em estudos experimentais em cães de Perri de Carvalho et al. 2000 mostrou que o preparo do leito receptor foi muito importante para permitir a integração do enxerto ao osso alveolar. Em seu estudo realizou perfurações nos leitos receptores, decorticalização (grupo experimental) e no outro grupo não realizou preparos (grupo controle) e os resultados que obteve foram que no grupo experimental o enxerto ósseo apresentou melhor integração e menor reabsorção em comparação com as áreas não tratadas. Isso se deveu à rápida vascularização que ocorreu quando a camada óssea cortical do leito receptor foi perfurada, resultando em processo acelerado de remodelação óssea e aumento da aposição óssea (Faria et al. 2008).

A obtenção de enxertos de ramo mandibular proporciona diversas vantagens tanto para o paciente quanto para o operador, dentre elas temos: Quantidade de tecido disponível, menor taxa de morbidade, menor reabsorção do enxerto, menor possibilidade de parestesia, menor tempo cirúrgico para obtenção do enxerto, melhor pós-operatório para o paciente (Buser 2009, Goran 2014, Khoury 2015, Hanser 2018).

A taxa de reabsorção horizontal do enxerto retirado no caso clínico apresentado foi de 20% (1,8mm) do enxerto total após reavaliação 6 meses depois. Existem estudos que relatam maior reabsorção (30 a 45%), uma série de estudos clínicos estudos realizados por Buser et al. 1996, Chiapasco et al. 1999, Von Arx & Buser 2006, Cordaro et al. 2002, porém, atribuiu essa quantidade de reabsorção à falta do uso de membranas nesses estudos. Finalmente, Raghoobar observou maior

reabsorção nos enxertos obtidos da tuberosidade em comparação aos obtidos do ramo mandibular (Raghoobar et al 1996).

A regeneração óssea em bloco é uma técnica cirúrgica muito sensível que exige o respeito por vários princípios cirúrgicos que garantem um tratamento eficaz e previsível, como Wang et al 2006 referem na sua investigação, princípios como: Fechamento primário do retalho, angiogénese, criação de espaço , estabilidade primária da ferida. Princípios seguidos no caso clínico apresentado neste trabalho académico.

### **Conclusão:**

A reconstrução da premaxila através do método proposto mostrou-se uma excelente alternativa de tratamento no presente paciente. Tal forma de tratamento possui excelente respaldo da literatura.

### **Referencias bibliográficas**

1. Hom-lay Wang y Lakshmi Boyapat "Pass" principles for predictable bone regeneration Implant dent 2006 15(1):8- 17. doi: 10.1097/01.id.0000204762.39826.0f. 2. Buser, D., Dula, K., Hirt, H.E. & Schenk, R.K.
2. Lateral ridge augmentation using autografts and barrier membranes. A clinical study in 40 partially edentulous patients.
3. The International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 1996 54(4): 420– 432. DOI: 10.1016/s0278-2391(96)90113-5. 3. Santis E. Lang N. Favero G. Beolchini M. Morelli F. Botticelli D. Healing at mandibular block-grafted sites.
4. An experimental study in dogs. Clin Oral Implants Res 2015 May;26(5): 516-22. DOI: 10.1111/clr.12434 4. Schiegnitz E. and Al-Nawas B. Narrow-

- diameter implants: A systematic review and metanalysis Clin Oral Implants Res 2018; 16:21-40. DOI: 10.1111/clr.13272
5. Khoury F y Hanser T. Mandibular bone block harvesting from the retromolar region: a 10-year prospective clinical study. Int J Oral Maxillofac implants 2015; 30 (3): 688-697. DOI: 10.11607/jomi.4117.
  6. Wessing B. Lettner S. Zechner W. Guide bone regeneration with collagen membranes and particulate graft materials: A systematic review and meta-analysis. Int J Oral Maxillofac implants 2018; 33(1):87-100. DOI: 10.11607/jomi.5461
  7. Benic G. and Hammerle C. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. Periodontology 2000 2014 Vol. 66(1), 13 – 40. DOI: 10.1111/prd.12039.
  8. Park J. Biomateriales: An introduction. 3<sup>o</sup> edición. Suiza: Editorial Quintessence Books. 2011
  9. Perri de Carvalho, P.S., Vasconcellos, L.W. & Pi, J. Influence of bed preparation on the incorporation of autogenous bone grafts: a study in dogs. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 2000 15(4): 565–570. PMID:10