

FACHADA SETE LAGOAS – FACSETE

Juan De Dios Alva Cribillero

TÉCNICA CIRÚRGICA DE ENXERTO EM BLOCO

Río Branco

2023

FACHADA SETE LAGOAS – FACSETE

Juan De Dios Alva Cribillero

TÉCNICA CIRURGICA DE ENXERTO EM BLOCO

Artigo apresentado ao curso de especialização Lato Sensu da Facultad de Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Implantodontia.

Área de concentración: Implantodontia.

ORIENTADOR: Claudio Noia

CO-ORIENTADOR: Ricardo Lima

Río Branco

2023



Juan De Dios Alva Cribillero

TÉCNICA CIRÚRGICA DE ENXERTO EM BLOCO

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

Rio Branco- AC
2023

RESUMO

A implantologia atual tem demonstrado a importância da reabilitação em pacientes edêntulos totais e parciais com reabsorção óssea por perda de dentes anteriores ou pré-molares, molares com implantes dentários em quadrantes com pouco rebordo por perda óssea em altura e diâmetro, para colocação de implantes, por Para isso, a técnica de enxerto ósseo consegue o espessamento do alvéolo com o objetivo de integração óssea, estabilização do implante e boa adaptação do dente protético à gengiva. O objetivo deste estudo foi realizar um relato de caso da técnica de enxerto ósseo em bloco em paciente de 45 anos com perda do dente 1.4 com reabsorção óssea na região do leito receptor.

Palavras-chave: enxerto ósseo, cirurgia, reabsorção

ABSTRACT

Current implantology has shown the importance of rehabilitation in partially edentulous patients with bone resorption due to loss of anterior teeth or premolars with dental implants in quadrants with little ridge due to bone loss in the recipient bed, for which the bone graft technique achieves thickening of the alveolus with the purpose of osseous integration, stabilization of the implant and a good adaptation of the prosthetic tooth to the gum. The objective of this study was to carry out a case report of the block bone graft technique in a 36-year-old patient with loss of tooth 1.4 and alveolus resorbed in the recipient bed, the results of which demonstrate the effectiveness of the block graft technique plus the application of biomaterial, achieving elevation and thickening of the alveolar ridge, presenting an adequate alveolus for an upcoming rehabilitation with fixed dental implant and thus return the masticatory function, aesthetic phonetics with good functionality.

Key words: bone graft, surgery, bone resorption

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
RELATO DE CASO	Erro! Indicador não definido.
DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
CONCLUSÃO	5
BIBLIOGRAFIA.....	5

INTRODUÇÃO

O enxerto ósseo em bloco é uma técnica essencial na cirurgia de reconstrução óssea que desempenha um papel vital na restauração de estruturas ósseas danificadas ou perdidas por diversos motivos, como trauma, doença periodontal avançada, atrofia óssea e preparação do local para colocação de implantes dentários.

A utilização de enxertos ósseos é pertinente em casos de baixa quantidade ou qualidade óssea, o que prejudica a correta colocação de um implante dentário. Estes enxertos desempenham um papel significativo na criação de condições favoráveis que apoiam o sucesso a longo prazo da reabilitação protética através de implantes dentários.

Segundo Claudio N. & Bruno S. (2021, p199), a colocação de implantes dentários em posição tridimensional está dependente da quantidade e qualidade de osso que existe nas regiões a implantar, mas em muitos casos ocorrem defeitos ósseos que dificultam ou impossibilitam a instalação na posição 3D ideal e por isso é necessária a utilização de enxertos ósseos, desta forma o rebordo é adaptado e os implantes podem posteriormente ser instalados em posição adequada para reabilitação protética.

A colocação de enxerto ósseo autógeno representa uma técnica viável com vantagens como espessamento ósseo, elevação do rebordo alveolar e obtenção de ossificação do leito receptor com nova formação óssea que consegue manutenção da altura, largura do rebordo alveolar, regeneração de tecidos duros e um melhor resultado estético.

Segundo Claudio N. & Bruno S. (2021, p. 200), a principal indicação para o uso de enxertos autógenos em bloco é para reconstrução de defeitos de espessura, onde o remanescente ósseo do leito receptor não é capaz de fornecer células e nutrientes para a neoformação óssea (espessura menor que 3 mm). O enxerto em bloco serve para corrigir defeitos de altura, porém aqui essas atrofia verticais devem ser de até 3 a 4 mm, mas apesar disso o índice de complicações é alto, por isso seu uso hoje é raro nesses casos.

O procedimento cirúrgico de implante utilizando enxerto ósseo autógeno inicia-se com o acesso cirúrgico e preparo do leito receptor do enxerto, posteriormente deve-se

acessar a área doadora e retirar um bloco ósseo, para finalizar deve ser adaptado e fixado na área receptora previamente preparada .

Dependendo da magnitude do defeito e da quantidade de osso necessária, blocos ósseos podem ser extraídos de diversas áreas, considerando as vantagens e desvantagens de cada caso. A mandíbula superior, a mandíbula e o trígono retromolar são locais típicos para a colheita de osso cortical. (Prósper, 2015, pág. 47)

As complicações relacionadas à cirurgia de aumento ósseo que ocorrem na área receptora envolvem principalmente tecidos moles, como fechamento insuficiente da ferida, necrose do retalho e deiscência da sutura com exposição da membrana e/ou exposição do enxerto ósseo. A exposição do enxerto pode reduzir o ganho ósseo obtido e levar à perda do enxerto, condicionando o sucesso do procedimento de aumento. A deiscência da ferida levará ao contato do enxerto com o meio bucal, com posterior invasão de microrganismos, levando à infecção da área alargada e possível perda do enxerto.

Portanto, a escolha dos pacientes adequados e a realização de um exame clínico completo são passos iniciais cruciais para antecipar o sucesso nos procedimentos de enxerto ósseo em bloco. Da mesma forma, avaliar o biótipo tecidual e a densidade óssea oral também são elementos essenciais a serem considerados.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem antecedentes relevantes para o caso e consultada por desconforto funcional e estético. O exame clínico revelou ausência da peça (1,4) e depressão na região.

Neste sentido, foi estabelecido o seguinte plano de tratamento: cirurgia para colocação de implantes para reabilitar (1.4); Porém, devido à insuficiência óssea, foi previamente proposto enxerto em bloco, tendo como doador o bloco mandibular e como leito receptor o maxilar superior, pelo que o paciente aceitou o plano de tratamento, seus riscos e possíveis complicações, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimento cirúrgico:

Para o elemento (1.4), foi aplicada a técnica cirúrgica utilizando blocos ósseos autógenos para obtenção de elevação do alvéolo e espessamento do alvéolo, realizando o preparo do leito receptor e conformação tecidual de enxerto ósseo cortical autógeno em bloco da osteotomia unindo-se através do coágulo com migração de leucócitos e vasos do leito receptor, conseguindo osteólise e manutenção de osteócitos vivos, além de revascularização do enxerto ósseo. Para isso, utilizou-se sonda periodontal e régua de mensuração para obter maior precisão, estabilizando com uma parafuso de titânio para fixação do enxerto. Além disso, o gap foi preenchido com biomaterial osteocondutor e foi realizada tração do retalho de tecido epitelial gengival com sutura provisória com náilon 5/0. Após sete dias, as suturas foram retiradas. Seis meses depois, o titânio foi colocado implante cone morse 3,5 x 9 mm a 32 N e obtido torque de apenas 32 N.

A carga imediata não foi recomendada e deve-se aguardar a incorporação do enxerto ósseo medular autógeno em bloco.

Após 2 meses, os parafusos de fixação foram retirados e a saúde dos tecidos ósseos envolvidos pôde ser observada com evolução favorável.

Seis meses após a operação, o paciente foi submetido à reabertura do implante com retirada da tampa de fechamento, onde foi colocado Pilar Universal 4,5 x 4 x 2,5 (Brasil -implacil) e realizado provisoriamente sobre o implante.

DISCUSSÃO

Estudos clínicos demonstraram que a colocação de enxertos ósseos autógenos em bloco pode melhorar significativamente o rebordo alveolar, tanto em altura como em espessura. Esta técnica também pode aumentar a dimensão vertical e horizontal do osso, tornando-se uma abordagem valiosa para melhorar a previsibilidade dos implantes dentários em pacientes que apresentam reabsorção óssea significativa nos alvéolos.

Um exemplo relevante dessa técnica é encontrado no estudo de (Amini H, 2018, p. 2645), no qual foi avaliada a eficácia da colocação de enxertos ósseos autógenos em bloco com colocação tardia de implantes em pacientes que sofriam de reabsorção óssea grave em a maxila. Os resultados deste estudo demonstraram que a técnica foi altamente eficaz, pois conseguiu aumentar as dimensões verticais e horizontais do osso na área tratada. Além disso, observou-se que os implantes colocados no osso enxertado tiveram uma taxa de sobrevivência de 100% durante o acompanhamento de 12 meses.

No presente caso, um enxerto em bloco mandibular foi colocado como doador e o maxilar superior como leito receptor para melhorar o rebordo alveolar. Para tanto, foi realizada a remodelação do bloco ósseo parafusado com broca maxicut, obtendo-se um tamanho adequado. estrutura óssea para implante e boa adaptação do retalho, o implante foi colocado dois meses após a extração dos parafusos de fixação do bloco ósseo, pois nos proporcionou torque de estabilidade primária suficiente para a carga (>30N).

Segundo M. Esposito (2010, p. 410), ele sustenta que implantes imediatos que apresentam boa estabilidade primária podem ser carregados em um período de 8 a 12 semanas, enquanto, para aqueles com baixa estabilidade, seria necessário um período de cicatrização superior a 16 semanas (4 meses) antes de receber carga. Porém, a carga imediata está indicada e deve ser realizada quando se atinge uma estabilidade primária de pelo menos 30 N, pois esta é a melhor forma de preservar a estrutura e arquitetura gengival e óssea, bem como a preservação da saúde periodontal.

Esta perspectiva destaca a importância de uma avaliação precisa da estabilidade primária para tomar decisões informadas sobre o momento apropriado para carregar

os implantes, garantindo assim resultados bem-sucedidos e duradouros na reabilitação protética com implantes dentários.

“Um fator importante a ser abordado é preencher a lacuna com material osteocondutor. Esse preenchimento realizado no caso relatado é importante para permitir uma vedação adequada, pois se sabe que essa região tende ao colapso.” Gonzales D. (2016, p.377).

CONCLUSÃO

O procedimento cirúrgico envolveu a aplicação de técnica cirúrgica com blocos ósseos autógenos, buscando elevação e espessamento do alvéolo. Destacou-se a importância do preparo cuidadoso do leito receptor, adaptação do enxerto ósseo autógeno em bloco cortical, estabilização com parafuso de titânio e preenchimento do espaço com biomaterial osteocondutor. Foi seguido um protocolo de cuidados pós-operatórios, evitando carga imediata e permitindo a incorporação do enxerto ósseo antes da colocação do implante.

A evolução do caso mostrou resultados favoráveis, com boa saúde dos tecidos ósseos observada após seis meses. O implante foi colocado dois meses após a retirada dos parafusos de fixação, obtendo-se torque de estabilidade primária adequado à carga. Foi enfatizada a importância de avaliar a estabilidade primária do implante antes de considerar a carga imediata.

Destaca-se o sucesso do tratamento com enxertos ósseos em bloco para reconstrução óssea, proporcionando uma abordagem valiosa para melhorar a previsibilidade dos implantes dentários em casos de baixa quantidade ou qualidade óssea. A atenção aos detalhes cirúrgicos, a adaptação adequada do enxerto e o acompanhamento cuidadoso são fundamentais para o sucesso desses procedimentos em longo prazo.

Os enxertos ósseos autógenos em áreas da maxila com rebordo reabsorvido são uma alternativa viável que permite otimizar a melhoria do osso receptor para um implante dentário, conferindo um resultado clínico com maior previsibilidade do implante e reabilitação com prótese fixa para fusão ou cimentada, retornando a função mastigatória.

BIBLIOGRAFÍA

Amini H, I. A.-F. (2018). Management of severe maxillary atrophy using block autogenous bone grafts and delayed implant placement: a retrospective study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2644-2652.

M. Esposito, M. G. (2010). The effect of primary stability on the survival of immediate implants: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Implantology*, 409-418.

Noía, C., & Sá, B. (2021). *Aumentos óseos en implantología: Protocolos de alta performance y previsibilidad para el éxito clínico* (1 ed.). (Q. p. Brasil, Ed.) Sao Paulo, Brasil: Napoleao Ltda. Recuperado el 2023

Prósper, A. A. (2015). *Injertos óseo en bloque intraorales, tipo onlay estudio de los tejidos duros*. Tesis doctoral, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA, España. Obtenido de <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50581/Tesis%20Amparo%20Aloy%20Pr%C3%B3sper%20roderic.pdf?sequence=1&isAllowed=y>