

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

MARCO ANTÔNIO CUSTÓDIO

**ENXERTO AUTÓGENO EM REGIÃO DE PRÉ-MAXILA
ÁREA DOADORA – MENTO - RELATO DE CASO CLÍNICO**

São Paulo/SP

2022

ENXERTO AUTÓGENO EM REGIÃO DE PRÉ-MAXILA ÁREA DOADORA – MENTO - RELATO DE CASO CLÍNICO

Marco Antônio Custódio¹
Renato Martins Vaz de Almeida²

RESUMO

No Brasil, o edentulismo é uma realidade muito presente na população, associado a doenças morfológicas, neoplasias, traumas e demais possíveis intercorrências. E provoca no paciente, uma reabsorção óssea alveolar muito significativa, impedindo, na grande maioria dos casos, uma reabilitação adequada, por meio de implantes ósseo-integrados, em decorrência da deficiente estrutura óssea na região. Para que seja possível uma adequada reabilitação, faz-se necessário, um enxerto ósseo na região, para obtenção de uma estrutura para a mesma. Neste caso clínico, foi planejado, devido à escassez óssea vestibular anterior da maxila, um enxerto ósseo, sendo a área doadora a região do mento da própria paciente, para dar condições para uma futura prótese sobre implantes.

Palavras-chaves: Enxerto ósseo. Implante dentário. Reabsorção óssea. Prótese sobre implante. Enxerto autógeno.

ABSTRACT

The edentulism is a very frequent issue in Brazil, associated to morphological diseases, neoplasms, traumas, and any other possible complications, may lead the patient to an alveolar bone resorption very important and exploitative, avoiding in most of the cases, the adequate rehabilitation, through Osseo integrated implants, due to the lack of bone structure in the region. In order to have a satisfactory rehabilitation, it's needed a bone graft in the region, to obtain a structure for the implant's installation. In this clinical case, due to the scarcity of anterior buccal bone of the maxilla, a bone graft was planned, with the donor area

¹Especializando em Implantodontia pela Faculdade Sete Lagoas (FACSETE); Especialista em Endodontia pela Universidade São Francisco, 2002, Graduado em Odontologia pela Universidade São Francisco, 1981.

²Mestre e especialista em Implantodontia.

being the patient's chin region, to provide conditions for a future prosthesis on implants.

Keywords: Bone graft. Dental implant. Bone resorption. Implant prosthesis. Autogenous graft.

INTRODUÇÃO

Há várias alternativas para a realização de enxerto, entre elas estão os Autógenos (autólogos), obtidos do mesmo paciente, considerados o padrão ouro pela sua bio-compatibilidade alta, sem risco de rejeição e baixíssimo risco de infecção (2). Em contra-partida, fornecem uma quantidade óssea limitada e uma morbidade relativa, devido ao fato de serem necessárias 2 cirurgias ao mesmo tempo.

Há os enxertos Homógenos (alógenos), de elementos da mesma espécie, porem de indivíduos diferentes. Atualmente pouco utilizados, devido ao alto risco de transmissão de agentes infecciosos. São obtidos através de banco de ossos (3). Enxertos Xenógenos (heterógenos), obtidos através de espécies diferentes da humana, de origem animal (bovino, suíno e equino). Enxertos Aloplásticos (bio-materiais), sintéticos, muito utilizados, principalmente pela quantidade ilimitada e sem a necessidade de uma segunda cirurgia para obtenção do mesmo. Basicamente originados de hidroxiapatita, vidro bio-ativo e combinações (4).

As condições básicas e biológicas que o material de enxerto deve possuir são: Osteocondução, ou seja, o material serve como suporte (arcabouço) para o crescimento do osso néo-formado. Os osteoblastos da margem do defeito ósseo que está sendo enxertado, utilizam o material como suporte, onde será gerado um novo osso. No mínimo, um material de enxerto deve ter potencial osteocondutor (5) e Osteoindução, capacidade de estimular células mesenquimais para se diferenciarem em osteoblastos e dar início a formação de novo osso. Um material osteocondutor e osteoindutor, não apenas servirá como arcabouço para os osteoblastos existentes, como também, desencadeará a formação de novos osteoblastos, promovendo uma integração mais rápida e coesa no enxerto. Osteogenese, capacidade do enxerto em produzir osso saudável de maneira natural (autógeno) (5).

Neste caso clínico, será utilizado, material autógeno, ou seja, o material do enxerto será obtido do próprio paciente, associado a bio material, como complemento. Temos como opções de áreas doadoras, regiões intra-orais e extra-orais, sabendo que, em relação a reabsorção é em torno de 25% quando usado material intra-oral e de, até 50%, da região extra-oral (6). A quantidade, óssea, obtidas das regiões extra-orais são consideravelmente mais abundantes, enquanto as obtidas das regiões intra-orais são mais limitadas. As regiões intra-orais mais utilizadas são as de sínfise mentoniana, ramo de mandíbula e tuberosidade da maxila, nas áreas extra-orais temos como opções a calota craniana, crista ilíaca mais utilizado), tibia e fíbula (6).

DESENVOLVIMENTO

Relato de caso clínico

Paciente M.J.S, 58a 9m, sexo feminino, procurou o curso de especialização em Implantodontia, FACSETE/CHEDID, em busca de uma solução para sua atual condição bucal. Maxila atrófica, pela perda precoce de quase todos os elementos dentais. E na mandíbula também uma ausência de vários elementos dentais, mas em número menor (Figs 1, 2 e 3).



Figura 1: Fotos iniciais,

Devido à escassez óssea na região de molares (Figs 1, 2 e 3), além da remoção dos elementos remanescentes, foi proposto uma cirurgia para elevação de seio maxilar (bilateral), e na região de pré-maxila, uma enxertia em bloco, retirado do mento da própria paciente. Tudo no intuito de se obter uma quantidade óssea suficiente para a inserção de implantes e adaptação futura de uma prótese implanto-suportada (protocolo).

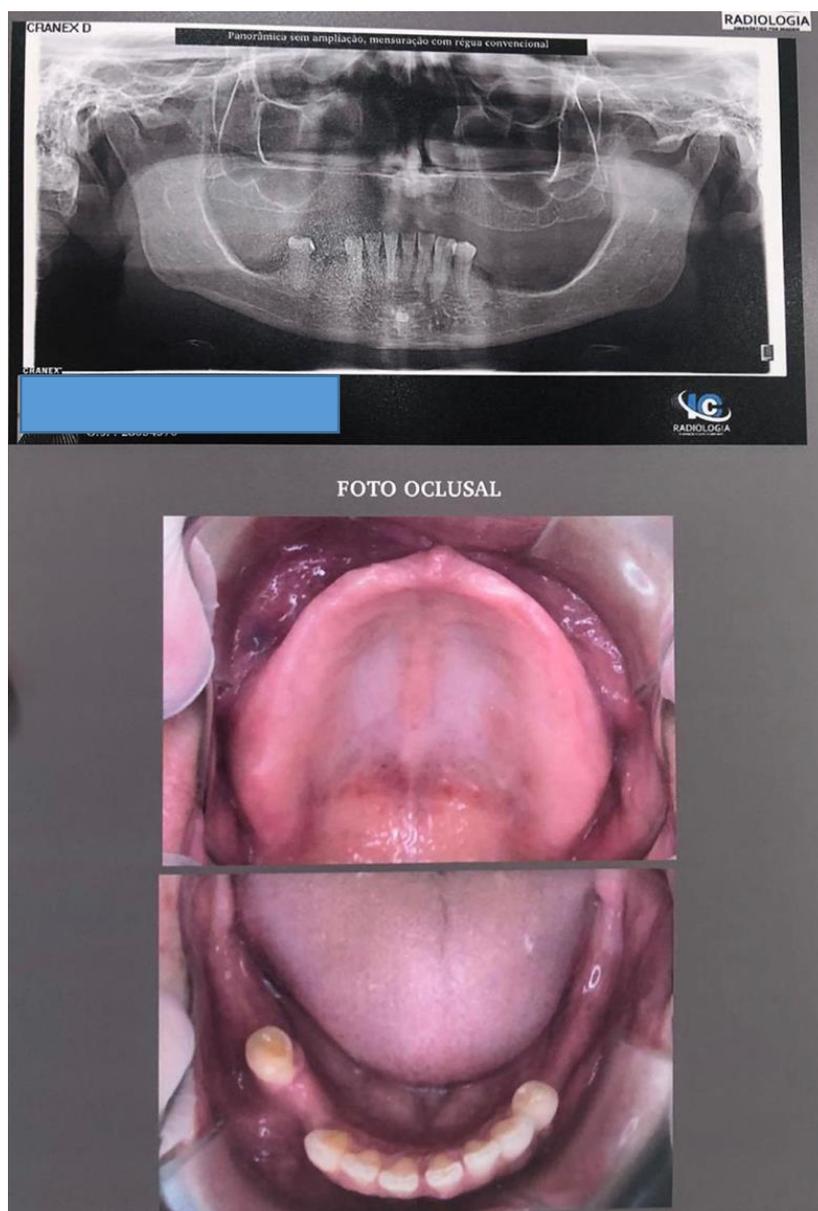


Figura 2: Foto rx panorâmica e intra-oral.

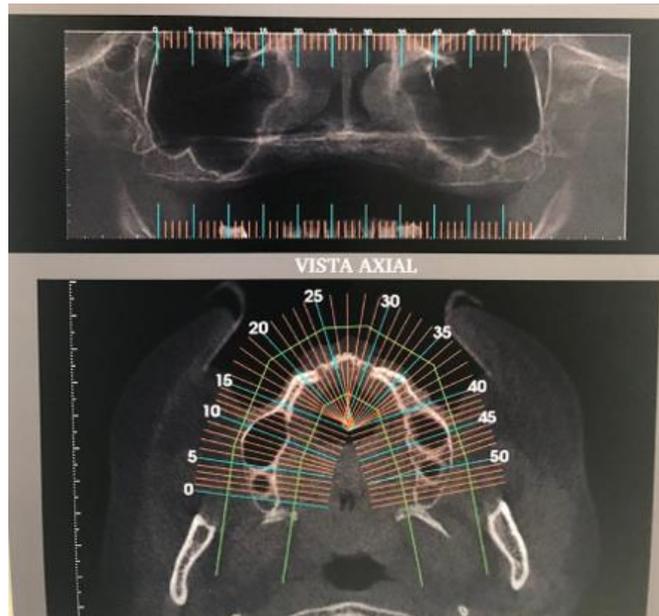


Figura 3: Foto Tomografia.

O planejamento cirúrgico foi dividido em 2 etapas.

Fase um: após a anestesia aplicada na região infra-orbitaria, bi-lateral, complementando a região vestibular, garantindo um silencio operatório favorável na região.

Com algumas aplicações na região de mucosa vestibular, e também, na região palatina, acompanhando o tamanho do retalho para a posterior sutura do mesmo, foi feita a incisão na região anterior superior, seguido da abertura de um retalho, obedecendo criteriosamente a forma do mesmo, para que haja um suprimento sanguíneo adequado, deixando a região óssea, que irá receber o material do enxerto preparado para tal (Figs 4 e 5).



Figura 4: Incisão região anterior superior.



- Figura 5 -

Após a primeira etapa finalizada, a região de mandíbula será anestesiada, iniciando com aplicações nos forâmenes mentoais (bilateral), e infiltrativas na região lingual, seguindo a extensão do retalho realizado posteriormente. Na região do mento, zona doadora do enxerto, uma incisão horizontal, abaixo da linha dos dentes incisivos, deixando um espaço em torno de 5mm, das raízes dos mesmos, para preservação da vitalidade após a cirurgia (Fig. 6).



Figura 6: Incisão região mentoniana.

Com uma peça de mão e broca esférica metálica (59), foi 'desenhado' a forma (retangular) do bloco que será extraído do local. Feito este esboço, com uma broca cilíndrica de metal (700), estes pontos pré-marcados, serão usados para o corte e remoção do modelo do bloco ósseo desejado (Fig. 7).

Apenas a tábua cortical vestibular e trabeculado foram utilizados, preservando a tábua lingual do mento.



Figura 7: Remoção dos blocos ósseos.

Os blocos serão armazenados em soro fisiológico, e cada um será esculpido e suas arestas eliminadas, para serem posteriormente adaptados à região receptora.

Antes da fase de fixação dos blocos, os mesmos, com uma broca tipo lança, são perfurados, e os parafusos são inseridos, prontos para serem fixados. A região receptora, é devidamente preparada (perfurações) com broca esférica de aço (59), então o bloco, que já estará com 2 parafusos cirúrgicos pré-instalados, tomando o cuidado de deixar a parte medular em contato com a superfície receptora.



Figura 8: Fixação do bloco esquerdo.



Figura 9: Fixação do bloco direito.

Estabilizados os blocos, será utilizado um Bio-Material (osso liofilizado) nas bordas dos mesmos, para que fiquem uniformes, facilitando o recobrimento deles, primeiramente com uma membrana de colágeno, e em seguida, com tecido gengival cobrindo toda a área cirúrgica.



Figura 10: Acomodação da membrana.

Após o termino da região superior, a área doadora será reestabelecida, com a sutura, recobrindo toda a região operada.

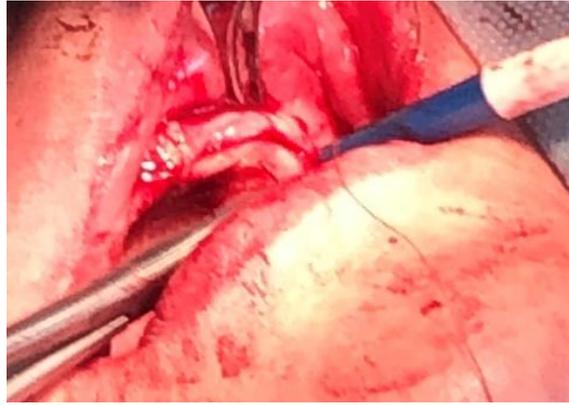


Figura 11: Preparação do tecido para sutura.

Finalizada a cirurgia completamente, a paciente, devidamente medicada, foi orientada a não usar nenhum tipo de prótese superior, para evitar o deslocamento e posterior perda do material ósseo enxertado na região.

Uma consulta será marcada num prazo de 7 a 10 dias para acompanhamento do caso, remoção das suturas, orientações de higienização e cuidados necessários.

O prazo, em média, para a colocação dos implantes é de 6 meses.

Para isso, a paciente tem que fazer uma tomografia para avaliação de todo o processo de regeneração óssea atual.

DISCUSSÃO

A quantidade e a qualidade do osso a ser removido e enxertado são fundamentais para o sucesso da reabilitação da área receptora, permitindo, sobremaneira, a inserção de implantes e conseqüentemente, uma prótese tipo protocolo, devolvendo ao paciente uma capacidade mastigatória adequada assim como uma estética agradável.

A opção de recolher o material ósseo da região do mento, apesar de fornecer uma quantidade limitada, e de uma possível parestesia na região, é indicada pela facilidade e, principalmente, pela qualidade óssea ofertada. Pelo fato de ser feito simultaneamente, facilita a recuperação de ambas as aberturas.

Em média, 6 meses são fundamentais para que ocorra um segundo tempo cirúrgico, com a remoção dos parafusos de fixação dos blocos e instalação dos implantes.

CONCLUSÃO

A região anterior de mandíbula (mento), como área doadora, fornece enxertos autógenos com qualidade excelente e quantidade suficiente para reabilitações de pequeno e médio porte.

A literatura assegura que as áreas enxertadas com esta zona doadora, obtiveram ganho em largura e altura com alto índice de sucesso, demonstrando que este tipo de enxerto é, certamente, uma alternativa previsível e viável para a reconstrução de defeitos ósseos onde serão instalados os implantes osseointegrados

Osso autógeno, padrão ouro, apesar da desvantagem da morbidade.

REFERENCIAS

1. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n1, p. 591-603, Janeiro 2021.
2. Revista Odontológica de Araçatuba, v.30, n.2, p.24-28, julho/dezembro 2009.
3. DEL VALLE, R.A.et al. Estudo do Comportamento de Enxerto Ósseo com material obtido dos bancos de tecidos musculoesqueléticos. Rev. Fac. Odontol. Univ. São Paulo. São Paulo, v.18, n2, p. 189-194, 2006.
4. Ver. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v.17, n.1, p. 102-107, jan/abr.2018.
5. DANTA, T. S. et al. Materiais de Enxerto Ósseo e suas Aplicações na Odontologia. UNOPAR. CIENC. BIOL. SAÚDE, V.13, N.2 ,P.131-135, 2011
6. Dental Press Implantol.2014 oct/Dez .8(4); 50-9
7. Implantologia (Coleção Atlas Coloridos de Odontologia/Thieme), Hubertus Spiekermann, Editora Artemed, 2005.



Marco Antônio Custódio

**ENXERTO AUTÓGENO EM REGIÃO DE PRÉ-MAXILA
ÁREA DOADORA – MENTO - RELATO DE CASO CLÍNICO**

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.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Renato Martins Vaz de Almeida - Orientador

Prof(a) Dr(a) _____

Prof(a) Dr(a) _____

São Paulo, ___ de _____ de 2022.