

OSSTEM HIOSSEN DAY 2019: A PREVISIBILIDADE E GESTÃO DE EXPECTATIVAS NA MEDICINA DENTÁRIA

No dia 14 de setembro, o Palácio Estoril Golf & Spa Hotel vai acolher um dia dedicado aos implantes Osstem Hiossen, distribuídos pela Biofisa. Vão conhecer-se as perspetivas de António Mano Azul, Cesaltino Remédios e Marcus Lastimado

Os principais objetivos do encontro são “acima de tudo, a partilha de experiências e conhecimentos entre os médicos dentistas”, refere a organização do Osstem Hiossen Day 2019. Espera-se que o evento seja valorizado “sobretudo pelos profissionais mais jovens, que estão a descobrir novos caminhos”.

“Este tipo de eventos faz todo o sentido, principalmente quando o objetivo principal é o de impulsionar o crescimento e contribuir mutuamente para o sucesso coletivo”. Assim, “não basta ter ideias, é preciso pô-las em prática e dar a conhecê-las” – o Osstem Hiossen Day procura ser palco dessa partilha coletiva.

Os organizadores esperam cerca de 150 participantes no dia 14 de setembro, no Estoril, para ouvirem os testemunhos dos três médicos dentistas convidados, cujas apresentações vão focar múltiplas abordagens de plano de tratamento para cada caso clínico.

António Mano Azul



Quais as indicações clínicas para elevação do seio maxilar? Outra corrente passa pela colocação de implantes curtos... qual a sua opinião?

A utilização de implantes como suporte de restaurações protéticas mais ou menos extensas tornou-se uma rotina, levando cada vez mais ao aumento do número de doentes que opta por esta solução e ao aumento do número de médicos dentistas, particularmente generalistas, que fazem cirurgia e reabilitação oral com implantes.

Há, no entanto, situações em que a disponibilidade óssea se torna pequena e que obrigam a procedimentos complementares e algumas vezes prévios, para que se obtenham alturas ou larguras de crista óssea suficientes

para a colocação dos tamanhos de implantes atualmente disponíveis.

Uma das localizações que pode trazer problemas é a região posterior da maxila, onde mesmo com uma largura suficiente de crista óssea, pode não existir altura vertical de osso.

Nesta localização, uma das opções é a utilização de implantes zigomáticos, e outra é a regeneração óssea, usando o espaço aéreo dos seios maxilares naquilo que se convencionou chamar de elevação do pavimento do seio maxilar ou “*sinus lift*”.

Esta cirurgia, se feita após uma cuidadosa seleção dos casos, é uma técnica relativamente simples e utiliza materiais de regeneração óssea já muito estudados, tornando possível em alguns meses a formação de novo osso dentro do espaço do seio maxilar, que permita colocar o número de implantes desejados nesta zona.

Os resultados são bastante previsíveis e a qualidade do osso regenerado excelente.

Quanto à utilização de implantes curtos, opção defendida por muitos colegas, vejamos: (a) São considerados implantes curtos geralmente implantes entre 4.5 mm e os 6 mm.

Na maioria dos casos, mesmo considerando os mais curtos (4.5mm), se quisermos respeitar os limites ósseos para os colocar necessitamos de 4.5 mm de altura óssea no maxilar superior.

Com exceção da zona da tuberosidade, onde o osso pode ser excessivamente “macio”, na zona onde o doente perdeu os seus molares superiores a densidade óssea associada a 4.5 mm de altura é geralmente suficiente para a colocação de implantes com estabilidade primária (qualquer que seja a discussão acerca do que é estabilidade primária).

(b) Se tivermos 4.5 mm de osso razoável e se este osso permitir estabilidade primária, podemos, usando osteótomos elevadores ou usando implantes de características morfológicas próprias (pontas arredondadas, não cortantes, inativas), elevar a membrana do seio através da crista óssea - chamada elevação atraumática (como se houvesse cirurgia atraumática!) - e colocar os implantes mais 4.5 mm dentro do seio, que é a altura que todos os estudos indicam que se consegue obter de osso adicional pelo efeito “tenda” do implante, sem qualquer material de regeneração.

Assim, com pelo menos 4.5 mm de osso remanescente na crista alveolar do maxilar superior e osso de qualidade

razoável, eu, pessoalmente, não uso implantes curtos. Uso implantes de 8 ou 10 mm, acreditando naquilo que está estudado e é credível, que é a biologia.

Como se percebe pelo exposto acima, também podemos usar implantes de 8 mm com 3 mm de osso remanescente, desde que se obtenha estabilidade primária na colocação do implante.

Por isso, eu reservo implantes curtos para a mandíbula, onde os processos técnicos para regeneração em altura são diferentes, embora também possíveis de diversas formas.

Quais as vantagens e desvantagens da flapless technique? Como optar?

Há duas formas de colocar implantes sem levantar retalho mucoperióstico: (a) com uma cirurgia direta após estudo radiológico da forma e da largura óssea, sentindo manualmente e através de sondagem os limites ósseos durante a fase de preparação do leito implantar; e (b) através de cirurgia assistida (ou guiada) por computador.

Ambas as técnicas têm como vantagens uma menor reabsorção vertical do osso da crista óssea, quando comparado com o levantamento de retalho (os estudos indicam que esta “poupança” pós-colocação do implante pode ser entre 0.2 e 1.6 mm e um pós-operatório com muito menos morbidade e muito mais “fácil” para o doente).

A técnica *flapless* guiada por computador permite ainda o pré-fabrico da restauração a colocar imediatamente sobre os implantes (quando é esse o plano de tratamento), enquanto que a cirurgia *flapless* direta exige a tomada de impressões pós-operatórias e o tempo de espera para que o laboratório fabrique a reabilitação provisória em algumas horas.

Como desvantagem da técnica *flapless* assistida por computador (que eu não uso e por isso não consigo falar por experiência própria) estão descritos, por exemplo numa excelente revisão de Ackhurst e colaboradores num artigo publicado em 2017: “...diversos níveis de falta de precisão e erros cumulativos, desde o processo de aquisição das imagens até à cirurgia...”.

Estes erros transmitidos ao cirurgião pelas guias computadorizadas podem ir, segundo uma meta-análise recente, de 1.1 mm a 1.6 mm, o que pode levar a que um implante fique parcialmente fora dos limites ósseos previstos. Também Schneider, num trabalho recente, refere 9,1% de com-

plicações cirúrgicas precoces com a cirurgia *flapless* guiada e 18,8% de complicações prostodônticas precoces.

Em relação à cirurgia convencional de colocação de implantes com retalho, as desvantagens da colocação de implantes *flapless* são a necessidade de algum treino por parte de quem faz a cirurgia, além de um conhecimento profundo da anatomia óssea dos maxilares, das estruturas nervosas e vasculares anexas, etc... visto que é uma cirurgia "às cegas".

Este conhecimento e treino obtém-se, obviamente, fazendo muitas cirurgias com retalho antes de fazermos cirurgias *flapless*.

Há também uma limitação "absoluta" à cirurgia *flapless* que é a obrigatoriedade de uma boa disponibilidade óssea à partida.

Se pensamos que ao colocar o implante vamos necessitar de técnicas complementares intra cirúrgicas de regeneração óssea (colocação de substitutos ósseos, membranas, remodelação óssea do rebordo, etc...), então não há como fazer a cirurgia sem abrir um retalho.

Qual é a principal mensagem da sua apresentação?

A principal mensagem da minha apresentação é que todas as técnicas e opções cirúrgicas para a colocação de implantes, desde os mais "simples" aos que exigem soluções regeneradoras complementares, passando pela escolha do desenho dos implantes que sirvam a cirurgia que fazemos regularmente, são válidas.

E são válidas desde que se baseiem na biologia dos tecidos orais, no conhecimento da anatomia da região, nas indicações de cada procedimento, e no treino intensivo e formação contínua e permanente.

Tudo aquilo que fizemos bem feito e com sucesso clínico para os nossos doentes é correto.

As diferentes técnicas e materiais são todos aceitáveis se forem bem utilizados, embora seja interessante discutirmos, entre colegas, as diversas opções que usamos, de forma a podermos integrar ideias de outros nos nossos procedimentos habituais.

Cesaltino Remédios



Qual a principal mensagem da sua apresentação?

A minha apresentação baseia-se na gestão de expectativas. Perante cada caso clínico temos como principal objetivo oferecer ao nosso paciente o melhor resultado estético e funcional.

Irei descrever situações clínicas onde é permitido demonstrar com clareza as diferenças entre casos com resultados muito positivos e outros em que apenas foi permitido alcançar o melhor resultado possível.

Tanto a abordagem cirúrgica como a protética dependem de variados fatores, tais como a saúde do paciente, perfil socioeconómico, etc... a condição socioeconómica do nosso paciente acaba por ser um fator taxativo na escolha do plano de tratamento.

Todos nós, médicos dentistas, temos que estar à partida capacitados para lidar com estas realidades externas que condicionam muitas vezes o resultado final.

Que fatores podem contribuir para um resultado estético e funcional mais "perfeito" do que "possível"?

O alcance do melhor resultado encontra-se inteiramente dependente de um conjunto de fatores, tais como anatomia do paciente, disponibilidade óssea remanescente, distâncias a determinados acidentes anatómicos, etc...

Em zonas estéticas, nomeadamente na pré maxila, os centros nevrálgicos são os principais condicionantes. Para além disso, muitas vezes deparamo-nos com gengiva menos estável (dependendo do biotipo gengival), bem como uma anatomia óssea pouco desejável, dificultando a colocação dos implantes.

Tendo em consideração tudo isto, cada vez mais defendo a utilização de um planeamento 3D, com utilização de guias cirúrgicas que nos permitem uma aproximação da posição ideal da colocação dos implantes.

Outro fator muito importante é optarmos pela colocação de provisórios fixos, pois permite-nos a modelação dos tecidos moles, fator este que nos irá condicionar a estética final do caso clínico.

Isto é mais significativo em casos de pacientes com sorrisos altos e elevada exposição gengival.

Marcus Lastimado

Pode a cirurgia guiada contribuir para maior sucesso na implantologia? A que nível?

A cirurgia guiada contribui, dependendo do caso clínico, para resultados cirúrgicos e protéticos mais previsíveis. Especificamente, quando se utiliza cirurgia guiada, o cirurgião pode navegar por casos extremos que podem prevenir cirurgias não guiadas e colocação de implantes dentários.

Além disso, a cirurgia guiada permite uma segunda fase de cirurgia previsível, bem como a previsibilidade na terapia de reabilitação de arco completo previsível.

A utilização de cirurgia guiada também aumenta o sucesso da prótese, permitindo que o médico dentista crie um plano cirúrgico voltado para a restauração digital.

Este plano cirúrgico reabilitador permite ao cirurgião evitar muitas complicações comuns induzidas pela prótese devido a má angulação, posição e profundidade; que é comumente associado à colocação de implantes dentários sem auxílio da cirurgia guiada.



Como se previne e trata a peri-implantite? Tendo em conta a expansão da crista óssea atrofica com o SmartBuilder e o Esset kit, descreva-nos o processo.

A regeneração óssea guiada tem sido utilizada desde que Melcheret e colaboradores (1976) demonstraram que, excluindo tecido celular indesejado, um cirurgião pode regenerar o osso.

Com dados recentes de meta-análises de revisões sistemáticas, a regeneração óssea guiada tem uma taxa de sucesso de 95,5% para a regeneração e produção de osso vital.

Embora o GBR já esteja presente há algum tempo, a dificuldade tem sido enfrentar com previsibilidade e sucesso os problemas ósseos de parede 3 não contidos.

A solução previsível foi alcançada com o advento do sistema SmartBuilder e a técnica de A.R.S.T (Alveolar Ridge Split-ExpansionTechnique), utilizando o ESSET kit.

Essencialmente, a malha de titânio 3D pré-formada encontrada no sistema SmartBuilder permite a colocação de implantes dentários e a fixação rígida e imobilização simultânea do material de enxerto GBR.

O design exclusivo da malha de titânio rígido permite tanto a fixação do enxerto como a revascularização do enxerto e a exclusão de tecidos moles.

Esses três aspetos-chave permitem a colocação imediata do implante e, simultaneamente, tornam os enxertos de grandes defeitos peri-implantares previsíveis.

O A.R.S.T, com o ESSET kit, permite aos médicos dentistas abordarem as cristas atroficas através de uma técnica que divide e expande a crista alveolar, de forma a que o implante dentário seja colocado apenas no osso nativo vital.

Ao fazer com que o implante dentário resida no osso nativo do paciente, a disponibilidade de sangue vascular necessário para a osteointegração aumenta, em comparação com outros procedimentos, como o GBR tradicional com enxerto de partículas e/ou enxertos em bloco.

Isto permite alta estabilidade primária, menor necessidade de materiais de enxerto adicionais e osteointegração previsível. ■