

REGENERAÇÃO ÓSSEA PARA AUMENTO VERTICAL E HORIZONTAL- BLOCO DE OSSO

ABSTRACT

Nowadays the use of implants in dentistry is a safe and predictable method for fixed rehabilitation. This procedure requires bone availability for a correct tridimensional position of the implant to improve an ideal definitive restoration. When there's no bone availability we need to perform bone vertical/horizontal augmentation procedures in order to get the height and/or bone width required for successful implant placement.

O uso de implantes na Medicina Dentária é hoje em dia um método seguro e previsível para a reabilitação fixa de pacientes. Este procedimento requer uma determinada disponibilidade óssea para uma colocação 3D correta do implante, a fim de restabelecer uma restauração final funcional e estética. Quando estas condições não estão reunidas, é necessário realizar procedimentos de aumento ósseo vertical e/ou horizontal de forma a obter a altura e/ou largura óssea necessárias para uma correta colocação do implante.

Os procedimentos de aumento ósseo horizontal e vertical são denominados como Regeneração Óssea Guiada. Este método tem como princípio biológico o uso de membranas que servem de barreiras, impedindo a invasão das células epiteliais para o interior dos defeitos ósseos, permitindo o crescimento ósseo no local afetado. As técnicas de aumento ósseo vertical e horizontal são muito variadas, e venho por este meio dar um exemplo de como reabilitar uma paciente com uma ausência de um dente e com insuficiente quantidade óssea.

Este artigo descreve um caso clínico de uma paciente jovem, com 26 anos, que já tinha extraído há cerca de um ano um canino incluído, e que queria reabilitar o espaço edêntulo respetivo a este dente.

A história clínica, os exames de diagnóstico, modelos de estudo e enceramento são essenciais para a avaliação do paciente e estabelecimento de um correto plano de tratamento¹.



Fig. 1. Caso inicial.



Fig. 2. Zona dadora.



Fig. 3. Blocos de osso aparafusados.

de transplantar células vivas e a ausência de rejeição e de transmissão de doenças contagiosas. No entanto, as desvantagens devem-se à morbilidade relacionada com o local dador, apesar de ser reduzida neste caso, disponibilidade limitada e maior tempo cirúrgico.

Entre os vários materiais existentes, o enxerto ósseo autógeno é o que apresenta maior evidência científica (Albrektsson et al., 2002).

Os enxertos em bloco têm a vantagem de serem moldados, para se adaptarem ao local receptor, e de terem rigidez estrutural.

No caso clínico demonstrado foram aparafusados dois blocos de osso. Um bloco por vestibular e outro bloco sobre a crista óssea, sendo o primeiro responsável pelo crescimento horizontal e o segundo pelo crescimento vertical. Sobre os blocos colocou-se Bio-Oss® e cobriu-se toda esta zona com uma membrana reabsorvível.

A associação de blocos de osso com xenoenxertos, Bio Oss®, e membranas reabsorvíveis é um método previsível e bem-sucedido (Arx & Buser 2006). O facto de ser uma membrana reabsorvível torna o procedimento mais fácil, excluindo assim a remoção de uma membrana não reabsorvível.

Membranas reabsorvíveis, em combinação com enxertos de bloco, têm resultados previsíveis e de sucesso (Fontana et al, 2008; Urban et al. 2009; Felice et al., 2009)

Durante a fase de cicatrização houve exposição do parafuso, que aparafusava o bloco que estava sobre a crista óssea, bloco este responsável pelo crescimento vertical. Foi feito um follow-up regular, aplicação de clorhexidina e Raio X apicais para evitar complicações sobre os enxertos.

Após seis meses, foi realizada uma segunda fase cirúrgica, onde foram removidos os parafusos e colocado o implante.

Segundo a análise dos cortes da Tomografia Axial Computadorizada (TAC), verificou-se que a disponibilidade óssea era reduzida tanto a nível horizontal como a nível vertical.

Realizou-se uma cirurgia de regeneração óssea, a fim de restabelecer as dimensões ósseas corretas para uma adequada colocação 3D do implante, e após um tempo de espera de seis meses colocou-se o implante. Passados mais três meses, realizou-se molde à cabeça do implante e colocou-se uma coroa provisória aparafusada, a fim de remodelar os tecidos, e finalmente passados mais um a dois meses procedeu-se à colocação definitiva da coroa.

A zona dadora de eleição foi na mandíbula, na região retromolar, e na zona adjacente ao siso inferior, pois foi removida esta peça dentária no mesmo dia.

A regeneração óssea baseia-se nos princípios biológicos de osteogénese, osteoindução e osteocondição. Os enxertos autógenos são removidos de uma área dadora do próprio paciente. Estes enxertos têm um enorme potencial osteogénico, este mecanismo representa a formação de novo osso, e ocorre quando osteoblastos e as células precursoras de osteoblastos viáveis são transplantadas no enxerto. As grandes vantagens deste enxerto são a possibilidade



Dra. Manuela Ricardo

Licenciada pela FMDUP; Pós graduação em Periodontologia pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; Curso de Especialização em Dentisteria Restauradora e Estética pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Evidence-Based Clinical Concepts in Implant Dentistry, ITI Education Week Berna, Suíça; Advanced Bone Regeneration Techniques in Implant Therapy, Urban Institute, Budapeste, Hungria; Formadora dos Cursos de Implantes e Reabilitação Oral do Centro de Formação FA



Prof. Doutor Fernando Almeida

Phd 2006 FMDUP - Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent - Laboratório de Prótese Dentária; Orador Convidado de várias Conferências Nacionais e Internacionais, entre as quais: World Conference

Nobel Biocare, Las Vegas, Nevada, USA 2007; World Tour Nobel Biocare, Lisboa, Portugal 2008; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais.; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.

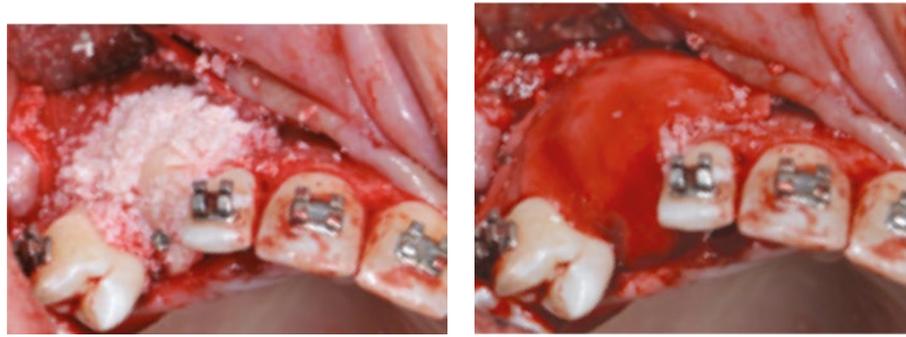


Fig. 4 e 5. Colocação do xenoenerto e membrana reabsorvível.



Fig. 6, 7 e 8. Exposição e remoção dos parafusos.

Fig. 9 e 10. Colocação implante, xenoenxerto e membrana reabsorvível.



Fig. 11. Prótese fixa provisória aparafusada sobre o implante.



Fig. 12 e 13. Prótese fixa definitiva aparafusada sobre o implante; vista frontal e palatina.



Fig. 14 e 15. Inicial e final.



Na zona onde houve exposição do parafuso do bloco inferior o crescimento ósseo não foi tão previsível, tendo sido o crescimento ósseo menor do que o expectável, e não houve um grande ganho em crescimento vertical.

No caso do bloco responsável pelo crescimento horizontal, o resultado foi muito significativo e previsível.

A fim de regularizar o osso, foi colocado um implante e xenoenxerto de forma a obter um melhor perfil de emergência sobre a restauração final.

Após três meses, foi realizado um molde sobre o implante e colocada um prótese fixa provisória aparafusada, com o intuito de fazer a remodelação tecidual, de forma a obter-se uma boa arquitetura gengival. Foi proposto também um

branqueamento, para tornar o sorriso mais agradável.

Ao fim de dois meses foi realizado o molde definitivo e construção da coroa aparafusada sobre o implante. De acordo com estudo de Buser et al. (1995), o osso regenerado responde à inserção dos implantes tal como o osso nativo e suposta carga funcional de forma estável, após seis meses em carga, tendo estes uma elevada taxa de sucesso.

A correta colocação tridimensional do implante é uma das

chaves de sucesso², pois permite a estabilidade e o suporte dos tecidos moles e duros em torno do implante.

A ROG, com a utilização de blocos de osso autogéneo, é um método previsível e tem uma boa taxa de sucesso.

Apesar de ter havido exposição de um parafuso de um dos blocos, conseguiu-se um bom resultado final, o que leva a crer que esta técnica é fiável e benéfica para o tratamento dos pacientes, sendo o risco relativamente baixo. ■

Referências Bibliográficas

1. BelserUC. Esthetics check list for the fixed prosthesis. Part2: Biscuit bake try-in. In: Schärer P, Rinn LA., Esthetic Guidelines for Restorative Dentistry. Chicago: Quintessence, 1982:188-192.

2. Buser. Optimizing Esthetics for implant Restorations in the Anterior Maxilla: Anatomic and Surgical Considerations, Int J Oral Maxillofac Imp. 2004; 19 (SUPPL):43-61