



REGENERAÇÃO ÓSSEA GUIADA COM LÂMINA CORTICAL PARA AUMENTO DA CRISTA ÓSSEA ALVEOLAR EM PERI-IMPLANTITE: RELATO DE CASO CLÍNICO



Fig. 1. Vista intra-oral frontal inicial.



Fig. 2. Vista intra-oral oclusal inicial.



Fig. 3. Radiografia apical do segundo implante perdido.



Fig. 4. Incisão intra-sulcular e duas descargas verticais para descolamento de retalho de espessura total, expondo a totalidade do defeito ósseo. Observa-se um posicionamento vestibular dos dois implantes falhados.

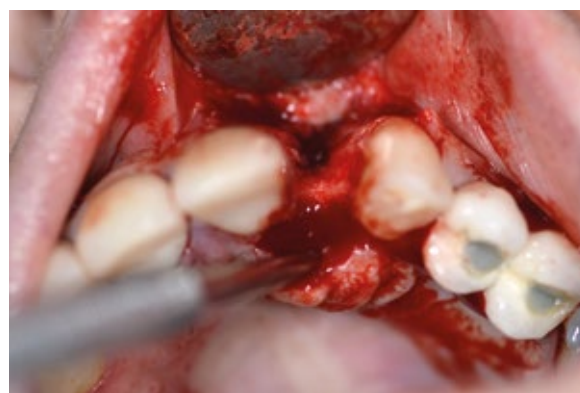


Fig. 5. Vista intra-oral oclusal do defeito ósseo.



Fig. 6. Preparação do leito implantar com protocolo de osseodensificação e palatal approach. Observa-se, através do paralelizador, a ausência de deiscências ósseas.

Introdução

Os implantes dentários são considerados uma opção de tratamento eficaz e previsível na reabilitação de pacientes edêntulos. Contudo, a reabsorção da crista alveolar devida a doença periodontal ou traumatismo pode interferir com o posicionamento tridimensional ideal do implante. Para colocar implantes na posição protética correta, são recomendadas técnicas de aumento de tecidos duros para providenciar uma dimensão óssea adequada. Neste contexto, tem sido proposto que pelo menos 2mm de estrutura óssea estejam presentes em torno do implante.

A eficácia da regeneração óssea guiada (ROG) no aumento de crista alveolar tem sido bem comprovada na literatura científica e vários biomateriais têm sido testados, com

sucesso variável. Têm sido apresentados ensaios clínicos relatando o uso de membranas de colagénio para ROG, uma vez que o colagénio apresenta propriedades interessantes como função quimiotática, hemostática e de adesão celular. No entanto, a grande desvantagem das membranas reabsorvíveis de colagénio é que os materiais degradáveis não conseguem fazer a manutenção de espaço adequado (efeito “tenda”) a menos que a morfologia do defeito seja favorável. Para o efeito, têm sido usadas membranas reforçadas com titânio, mas apresentam complicações no resultado final em virtude de encerramento secundário da ferida e deiscências.

A combinação de xenoenxerto ósseo e membranas de colagénio tem demonstrado taxas de sucesso elevadas, mas

também tem a desvantagem da preservação diminuta do espaço de regeneração, em particular em áreas com inserções musculares.

A técnica Lamina usa uma barreira de xenoenxerto ósseo cortical de origem porcina combinada com substitutos ósseos e membrana de colagénio, fixada com parafusos de osteossíntese, resultando num conceito biocompatível e mecanicamente estável para manutenção de espaço e proteção do coágulo sanguíneo. Estudos demonstram que a biodegradação inicia após 4-6 semanas e que a partir das 12 semanas não se consegue fazer diferenciação histológica entre a membrana e o colagénio do hospedeiro, o que confirma a sua biocompatibilidade. As vantagens desta técnica são evitar uma zona dadora de osso e criar um espaço



Fig. 7. Vista intra-oral oclusal do leito implantar.



Fig. 8. Radiografia apical de controlo da preparação do leito implantar.



Fig. 9. Colocação de implante dentário Neodent Drive CM 3.5x13, torque de instalação 35N.cm.



Fig. 10. Radiografia apical do implante instalado, 3mm infra-ósseo.



Fig. 11. Preenchimento do defeito ósseo com xenoxerto ósseo de origem bovina (Straumann Xenograft).



Fig. 12. Colocação da lâmina cortical (Osteobiol Lamina), previamente recortada para melhor adaptação ao defeito ósseo.



Fig. 13. Fixação da Lamina com dois parafusos de titânio de osteossíntese.



Figs. 14 e 15. Sutura da ferida operatória.



Vista intra-oral com 5 meses de controlo.



Reabertura cirúrgica para exposição do implante, verificando-se recuperação total da tábua óssea vestibular.



Retalho rodado para aumento da banda queratinizada vestibular e impressão ao implante.



Radiografia após 5 meses da intervenção cirúrgica com colocação de pilar CM.

estável para a manutenção dos biomateriais em defeitos ósseos. No momento da reabertura cirúrgica, verifica-se uma boa vascularização do enxerto e boa integração da Lamina, que não tem necessidade de ser removida.

Materiais e métodos

C.M., paciente sexo feminino, 38 anos.

Motivo da consulta: encaminhamento após falha simultânea de implante dentário na zona do dente 2.2.

Ao exame clínico, detetou-se defeito ósseo horizontal e vertical profundo na zona referida. Radiograficamente, observa-se, contudo, a manutenção dos picos ósseos proximais.

Foi proposta a regeneração óssea através da técnica Lamina e colocação simultânea de implante dentário. ■

*Médico Dentista, cédula profissional 8359; Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto; Diploma Universitário em Periodontologia, Madrid; Formação Avançada em Implantologia, Porto; Estágio tutelado em Reabilitação Oral sobre dentes e implantes, Lisboa; Membro da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes; Membro da Sociedade Portuguesa de Implantologia e Osteointegração; Formador de Implantologia em clínica privada; Autor de várias publicações científicas; Participação em vários cursos de formação e congressos Prática clínica privada dirigida para a Implantologia, Reabilitação Oral e Periodontologia.



MESOTERAPIA - O TEMPO AVANÇA E A CIÊNCIA TAMBÉM

RESUMO

Com o avançar do tempo, a ciência foi evoluindo com técnicas que nos permite atrasar o processo natural do envelhecimento. Existem diferentes procedimentos dependendo da necessidade da pele de cada pessoa, como por exemplo o Plasma Rico em Fatores de Crescimento, a Toxina Botulínica e o ácido Hialurónico. São técnicas indolores que permite melhorar o estado da pele. Para além da estética, a toxina Botulínica também pode ser usado como terapêutica em pacientes com problemas na Articulação Temporomandibular.

Introdução

O envelhecimento é uma consequência natural, como o aparecimento de bolsas ao redor dos olhos e excesso de pele das pálpebras, a queda do depósito de gordura malar, que diminui a projeção das maçãs do rosto e acentua a prega nasolabial, a perda de gordura facial, que atenua a crista mandibular e acentua as ranhuras do canto da boca, o aparecimento de rugas ao redor dos lábios, a atrofia do vermelhão dos lábios, o alargamento do nariz ou lóbulos das orelhas, o aumento da distância entre a parte inferior do nariz e o lábio superior (Shaw et al, 2012).

Existem pessoas com o envelhecimento celular mais acentuados devido a fatores como estilo de vida, hábito de fumar, dieta, medicamentos, drogas de qualquer tipo, álcool, tipos de pele e estado psicológico e físico de uma pessoa (Shaw et al, 2012).

O tratamento de manutenção médico-estética pode atrasar a evolução do envelhecimento. O envelhecimento é inevitável, é um processo natural que faz parte da evolução do ser humano, que está progredindo com o passar do tempo (Shaw et al, 2012).

Desenvolvimento / Revisão de Literatura

Plasma Rico em Fatores de Crescimento (PRGF)

A preparação de plasma rico em plaquetas é um dos mais recentes tratamentos para a beleza e rejuvenescimento que surgiram. É um procedimento indolor e não requer descanso. Basicamente, uma parte do sangue é tirada da pessoa para fazer a preparação. Um dos efeitos mais visíveis é a regeneração dos tecidos, o que resulta em um rejuvenescimento de dentro para fora (Scalafani, 2010).

A bioestimulação com plasma rico em plaquetas permite retardar o processo de envelhecimento e restaurar o funcionamento normal da pele, promovendo a regeneração celular. Isto traduz-se numa pele mais jovem, mais leve e mais clara, com textura melhorada, diminuição da flacidez e atenuação das rugas finas. Regenera todos os sinais de envelhecimento da pele na área facial, pescoço, corpo e mãos (Sommeling et al, 2013).

Esse tratamento é recomendado após os 30 anos, idade em que a pele começa a perder o seu poder regenerativo ou simplesmente quando os sinais de envelhecimento são visíveis. A melhoria é apreciável desde os primeiros dias e é máxima aos 20 ou 30 dias, permanecendo estável por muitos meses. O resultado da última sessão com plasma rico em plaquetas dura aproximadamente 1 ano, momento em que será necessária uma sessão de reforço (Sommeling et al, 2013).

Toxina Botulínica (botox)

Para além do plasma rico em fatores de crescimento, existe também a toxina botulínica e o ácido hialurónico.

A toxina botulínica está indicada no tratamento de bruxismo: ranger de dentes, apertamento dentário anormal, problemas na articulação temporomandibular: dores junto ao ouvido, problemas musculares e articulares, espasmos/trismos: diminui a dor associada à tensão muscular, reduz os espasmos musculares., sorriso gengival: a excessiva exposição da gengiva ao sorrir pode ser corrigida ao limitar a ação dos músculos que elevam o lábio superior, nevralgia do trigémeo, reabilitação com implantes: o relaxamento muscular favorece a adaptação às novas próteses dentárias e pode ser empregada nos tratamentos preventivos, como em casos de implantes de carga imediata, assimetria facial: normalização gradual da harmonia da face e do sorriso (Carvalho et al, 2014).

A Toxina Botulínica embora associada à Estética Facial, deve ser entendida como mais um recurso terapêutico que a Medicina Dentária dispõe para solucionar problemas, atuando através da paralisia temporária do músculo que está em hiperfunção, devolvendo-lhe o estado de normalidade. O procedimento é seguro e não existindo nenhum comprometimento motor da boca (Carvalho et al, 2014).

Ácido Hialurónico

O ácido hialurónico é uma substância inócua produzida pelo nosso organismo, altamente solúvel em água. Este ácido encontra-se no corpo humano, preenchendo as lacunas entre as células. É um componente de importantes líquidos corporais tais como o líquido sinovial que tem a função de lubrificar as articulações. A maior parte do ácido hialurónico do organismo está situado na pele, o que confere ao órgão volume, sustentação, hidratação e elasticidade (Garcia, J, 2018).

Na Medicina Dentária é aplicado com a finalidade de diminuir sulcos nasogenianos (Sulcos que se formam ao lado do nariz) e devolver volume e contorno aos lábios, por exemplo em pacientes que tenham passado por um período em que tenham estado edentulos (desdentados) e naturalmente a pele tenha perdido tónus e contorno (Garcia, J, 2018).

Quando o ácido hialurónico é aplicado na hipoderme, o resultado do levantamento da rugosidade ou do entalhe é mínimo e são necessárias quantidades maiores de produto, uma vez que o material do preenchimento é direcionado para a profundidade e não para a superfície. Além disso, este plano contém menos água, então o Ácido Hialurónico é reabsorvido mais rapidamente e, portanto, a técnica falha. Quando este é aplicado muito superficialmente, pode produzir irregularidades ou necrose da epiderme com extrusão do material. Acreditamos que isso só pode acontecer quando o profissional não está familiarizado com as técnicas de inclusão dérmica, pois é muito mais fácil fazer uma inclusão no subcutâneo, que não produz resistência, ao contrário da derme, onde há maior resistência a injetar. As irregularidades produzidas pelas inclusões muito superficiais da HA podem

ser corrigidas massageando a área durante as primeiras 2 semanas (Erazo et al., 2009).

A maioria das complicações atribuídas está relacionada à má técnica de injeção. Ao preencher os materiais, o médico deve ter segurança na indicação e na quantidade de produto a ser administrado, pois o custo final do tratamento pode não estar dentro das possibilidades económicas do paciente (Erazo et al., 2009).

Conclusão

Existem factores que aceleram o envelhecimento, como o tabaco, álcool, estado físico e psicológico, por exemplo. O envelhecimento pode ser atrasado através de procedimentos médico-estéticos.

Existem várias formas de retardar esse processo com técnicas especializadas por profissionais como Plasma Rico em Fatores de Crescimento, Toxina Botulínica e Ácido hialurónico.

O PRGF é considerado um rejuvenescimento que acontece de dentro para fora, e é aconselhável a partir dos 30 anos de idade e tem uma durabilidade de aproximadamente 1 ano.

A toxina Botulínica, conhecida também por Botox, pode ser usada para tratamentos de estética facial, como também na medicina dentária para casos relacionados com problemas de Oclusão.

O ácido hialurónico é usado como preenchedor, usado para atenuar rugas, mas também para devolver contorno e volume aos lábios.

Existem problemas associados a estes procedimentos, por isso mesmo as técnicas devem ser realizadas por profissionais especializados. ■

* Mestre em medicina dentária pela Universidade Fernando Pessoa; Autora do poster "Carcinoma mioepitelial da Glândula Parótida- exposição histológica"; participou em vários congressos da OMD; Participou na organização do 1º Endoacademy Summit no Porto; Hands-On de instrumentação em endodontia com Recipro Blue com o Dr. Ghassan Yared, no Endoacademy Summit no Porto; SPED rookies 2017; curso fim de dia "Tratamento com implantes na região Estética" do centro de formação continua da OMD; participação nas Jornadas de Medicina Dentária UFP; Hands-On de Dentisteria "Técnicas de Manuseamento de Resinas Compostas"; Curso Teórico-Prático de Endodontia- Mastering Endodontics, com a duração de 62 horas; Curso básico de Periodontologia Clínica com a Drª Cátia Iris Gonçalves; Curso de estética facial com a Drª Sónia Gonçalves; Palestra sobre Plano de tratamento- um roteiro para o sucesso com o Dr. Hugo Nascimento; Congresso internacional de Implantologia em Oviedo; Curso de estética facial com o Dr Gabriel Garcia

Bibliografia

- Erazo, PJ; de Carvalho, AC.; Alexander, T; Ramos, M; Vianna, P. (2009) Facial filling with hyaluronic acid: pillars technique and supporting mesh. Basic principles to obtain a facial remodelling
- Shaw RB, Katzel EB, Koltz PF, Kahn DM, Puzas EJ, Langstein H.N. Facial bone density: effects of aging and impact on facial rejuvenation. Aesthet Surg J. 2012 Nov;32(8):937-42.
- Scalafani A.P. Platelet-rich fibrin matrix for improvement of deep nasolabial folds. J Cosmet Der-matol. 2010 Mar;9(1):66-71.
- Sommeling CE, Heyneman A, Hoeksema H, Verbelen J, Stillaert F.B, Monstrey S. The use of platelet-rich plasma in plastic surgery: a systematic review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013 Mar;66(3):301-11.
- RCR de Carvalho, AM Shimaoka, AP. de Andrade. - 2014 - revialima.com.br