



Regeneração de defeito ósseo horizontal maxilar com enxerto de bloco autógeno mandibular

Vieira F*, Caleres A*, Canta J**, Francisco H**, Chen A**, Caramês J***
Departamento de Implantologia da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa

*Médico Dentista. Curso de Especialização em Implantologia da FMDUL 2010-2013

**Médico Dentista. Assistente convidado do Curso de Especialização em Implantologia da FMDUL

***Médico Dentista. Professor Catedrático da FMDUL. Coordenador do Curso de Especialização em Implantologia da FMDUL



Introdução: A emergência do conceito implante “proteticamente guiado” tornou a regeneração dos defeitos ósseos horizontais num desafio em Implantologia¹. Perante defeitos horizontais severos são vários os autores^{2,3,4} que defendem a realização de enxertos ósseos de bloco. A natureza da sua arquitectura rígida capaz de garantir volume e a sua propriedade osteocondutora parecem ser factores fundamentais. A morbilidade associada à sua colheita na crista ilíaca ou calvaria, determinou que em defeitos ósseos de menor extensão e mediante disponibilidade óssea do paciente pudessem ser consideradas zonas intra-orais como a sínfise e o ramo da mandíbula⁵. Menor morbilidade e natureza mais cortical, com menor reabsorção, tornam preferível a zona do ramo⁵.

Descrição do caso clínico:

Idade: 64 anos

Género: Feminino

Hábitos tabágicos: Não

Classificação de risco: ASA II

Motivo da consulta da Especialização em Implantologia da FMDUL: Reabilitação de zonas edêntulas múltiplas com implantes.

Plano de tratamento: Observou-se crista óssea com 2,5 mm de espessura na zona do 14. Confirmou-se disponibilidade óssea para colheita de enxerto a nível do ramo mandibular direito. Propôs-se a realização de enxerto ósseo de bloco do ramo mandibular na zona do 14 com a colocação de implantes após 6 meses na zona de 14 e 16 para ponte de 3 elementos.



Fig. 1 Vista oclusal maxilar.

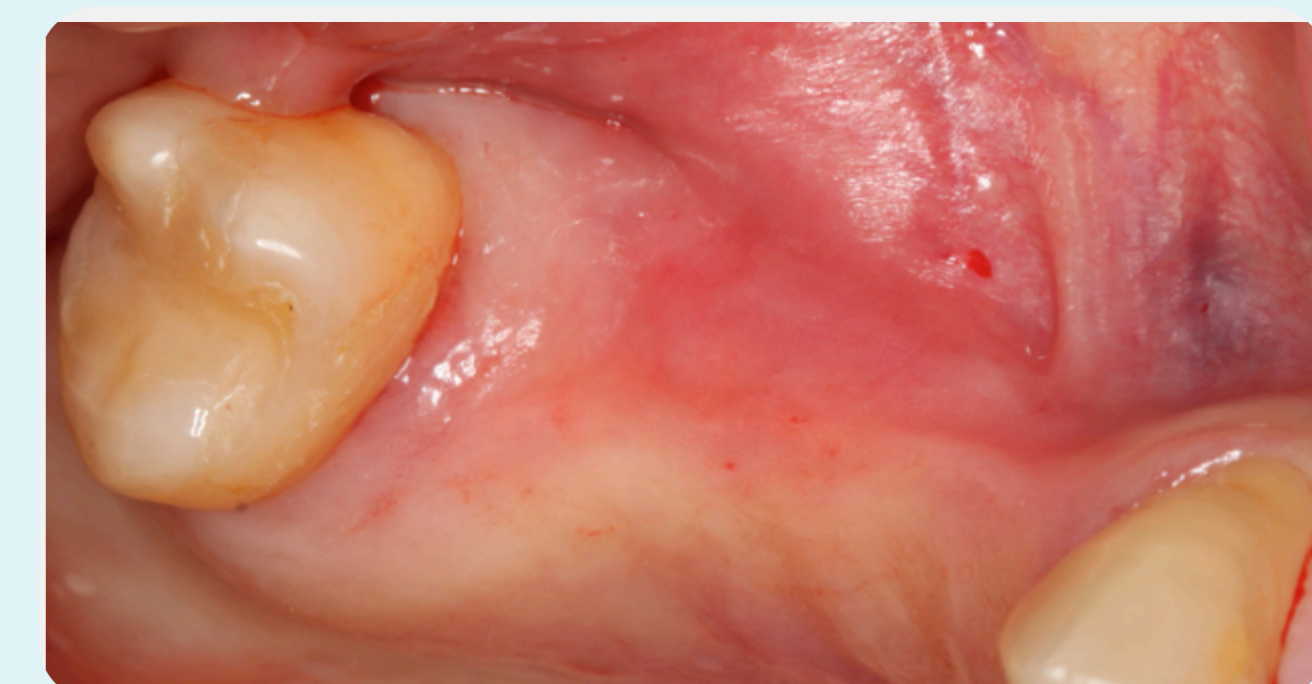


Fig. 2 Zona edêntula com destaque para o defeito ósseo na zona correspondente ao dente 14.

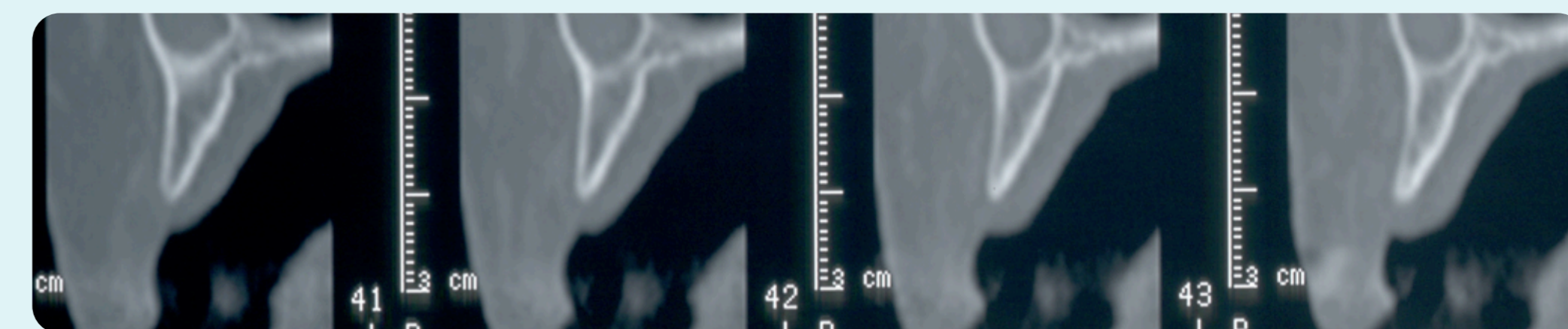


Fig. 3 Corte tomográfico correspondente à zona do defeito ósseo horizontal.

1. Preparação da zona receptora

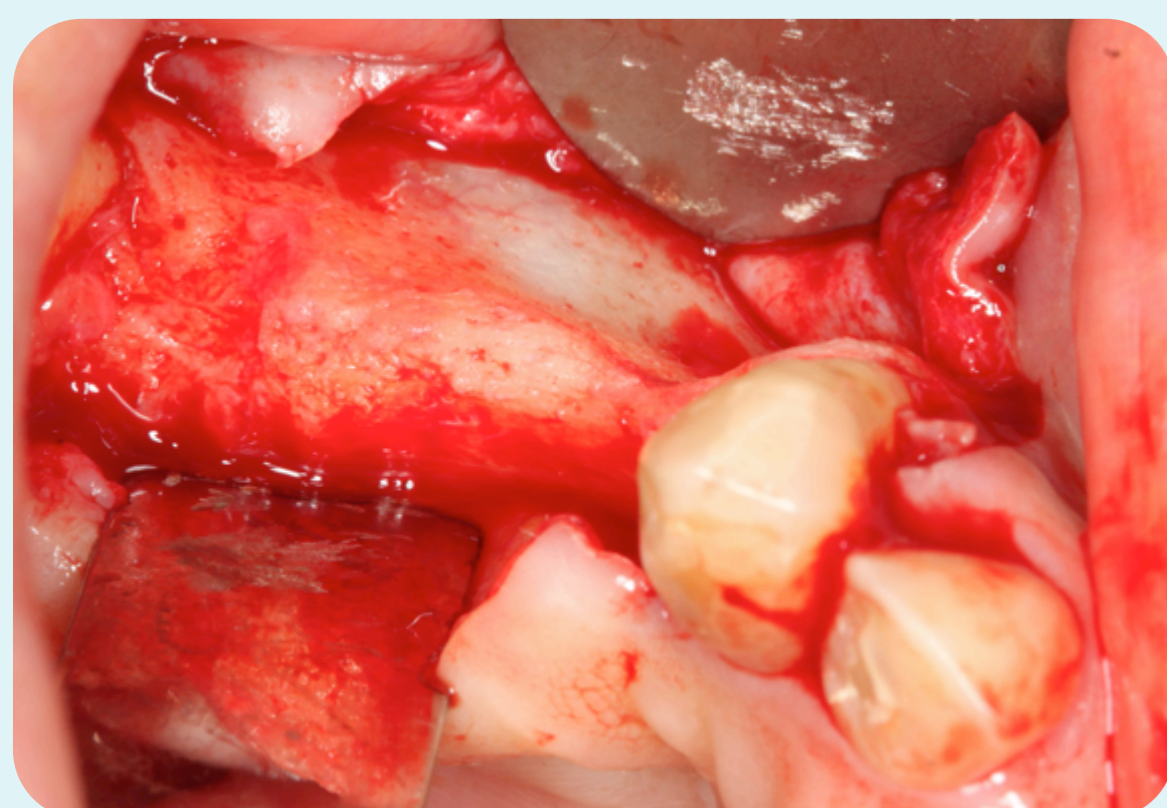


Fig. 4 Exposição do defeito ósseo após descolamento



Fig. 5 Avaliação do comprimento necessário de enxerto

2. Colheita na zona dadora



Fig. 7 Identificação com afastador Minnesota do bordo do ramo.

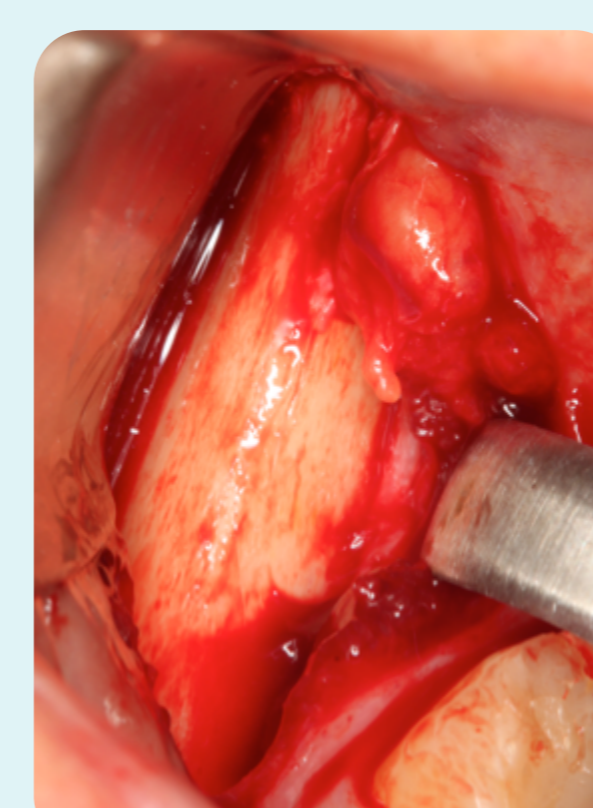


Fig. 8 Exposição do bordo do ramo.

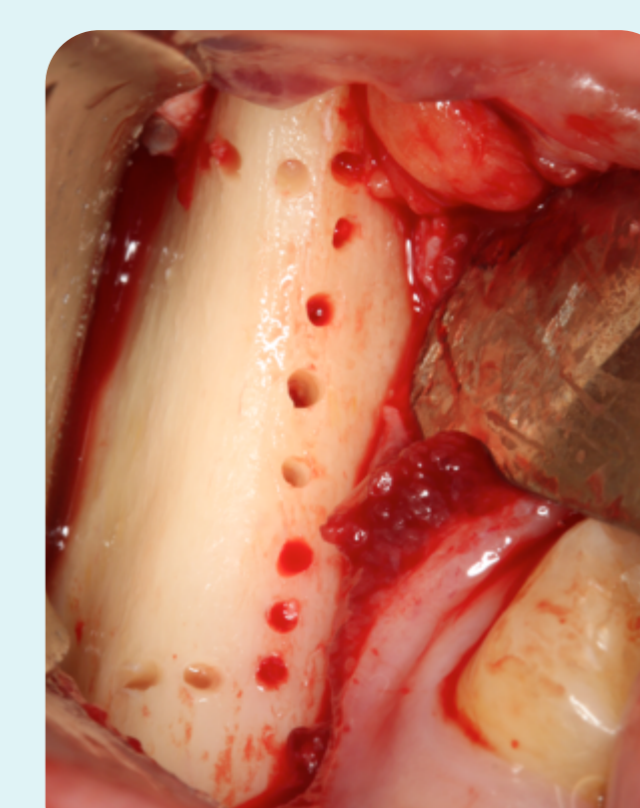


Fig. 9 Delimitação superior do enxerto.



Fig. 10 Fractura em “galho verde” no limite inferior do enxerto.

3. Estabilização do bloco na zona da receptora

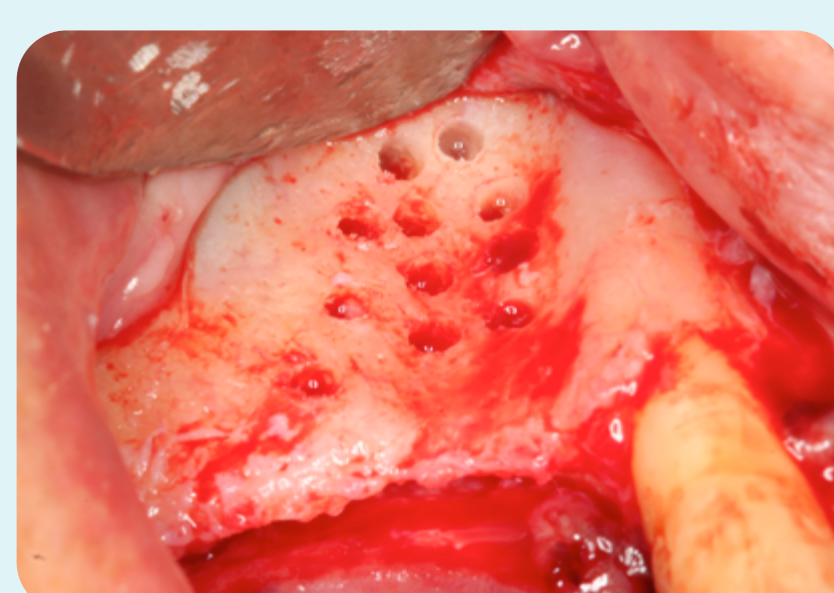


Fig. 11 Descorticalização para aumentar aporte vascular.

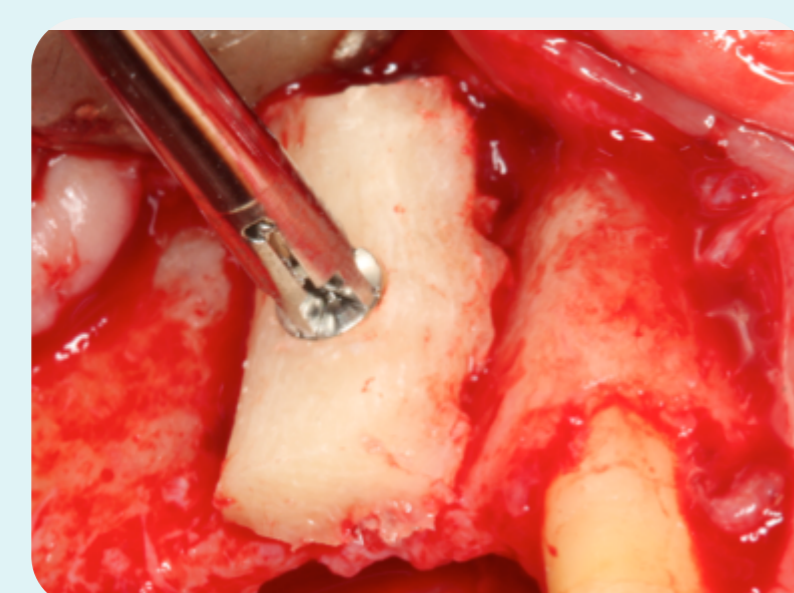


Fig. 12 Adaptação do bloco e fixação com parafuso.

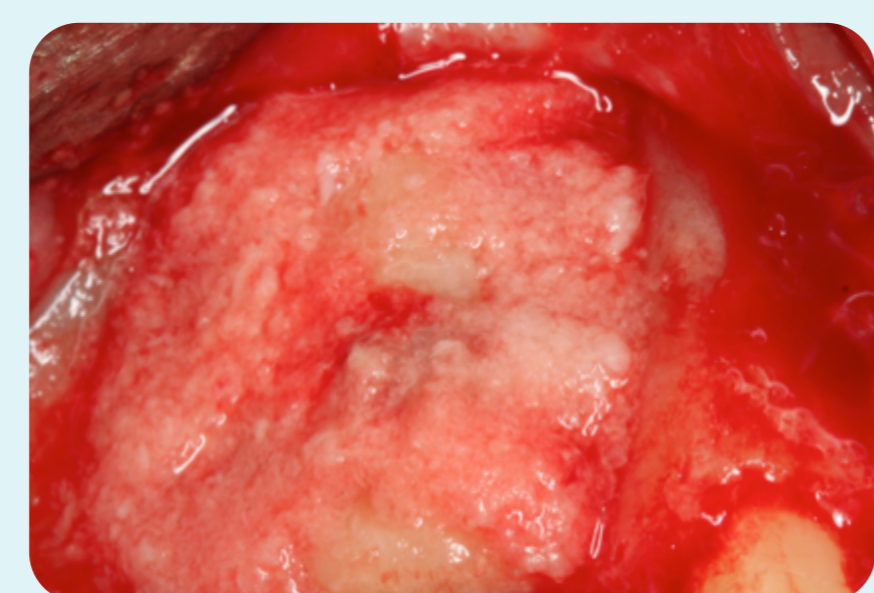


Fig. 13 Osso particulado autógeno colhido com coletor de osso a preencher espaços livres.

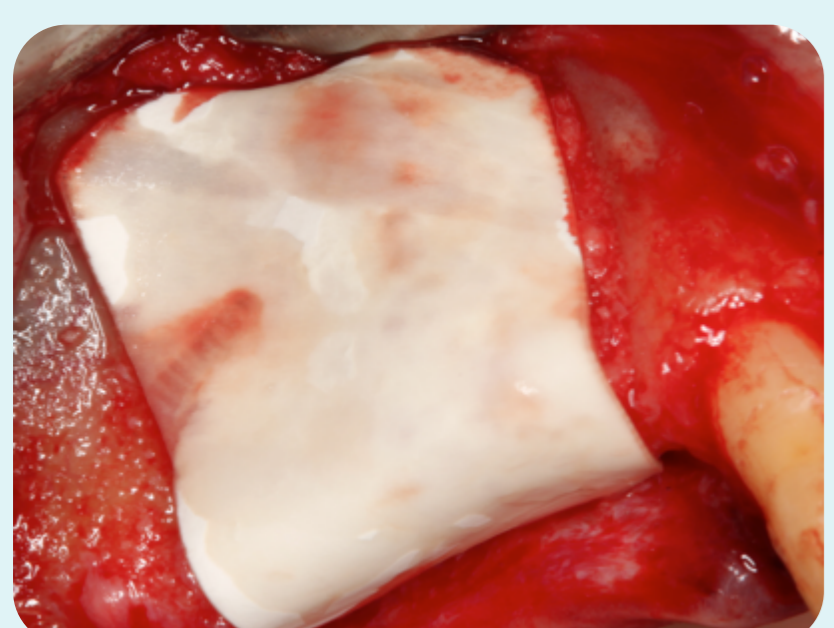


Fig. 14 Colocação de membrana reabsorvível Collagen®.

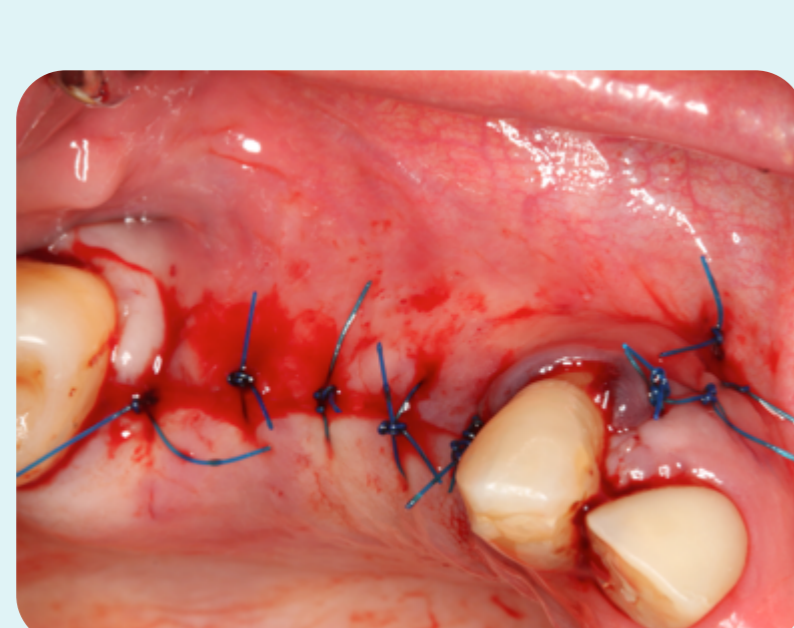


Fig. 15 Sutura Daiflon® 4.0.



Fig. 16 Pós-operatório aos 7 dias.

4. Colocação dos implantes aos 6 meses



Fig. 17 Rebordo cicatrizado aos 6 meses.

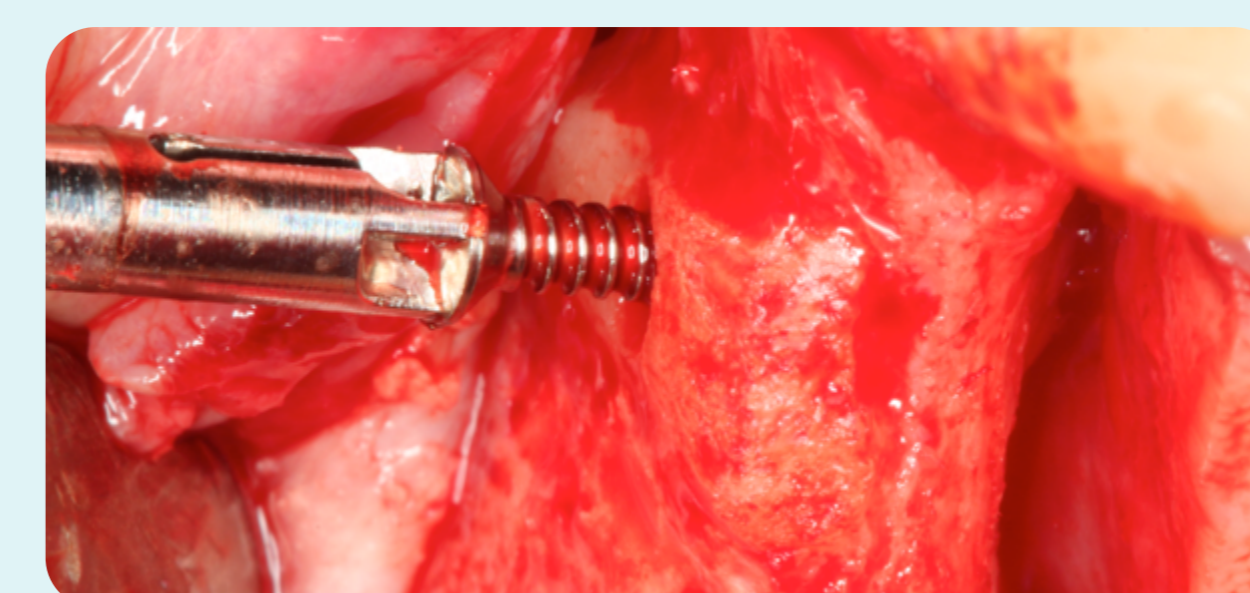


Fig. 18 Remoção do parafuso de fixação.

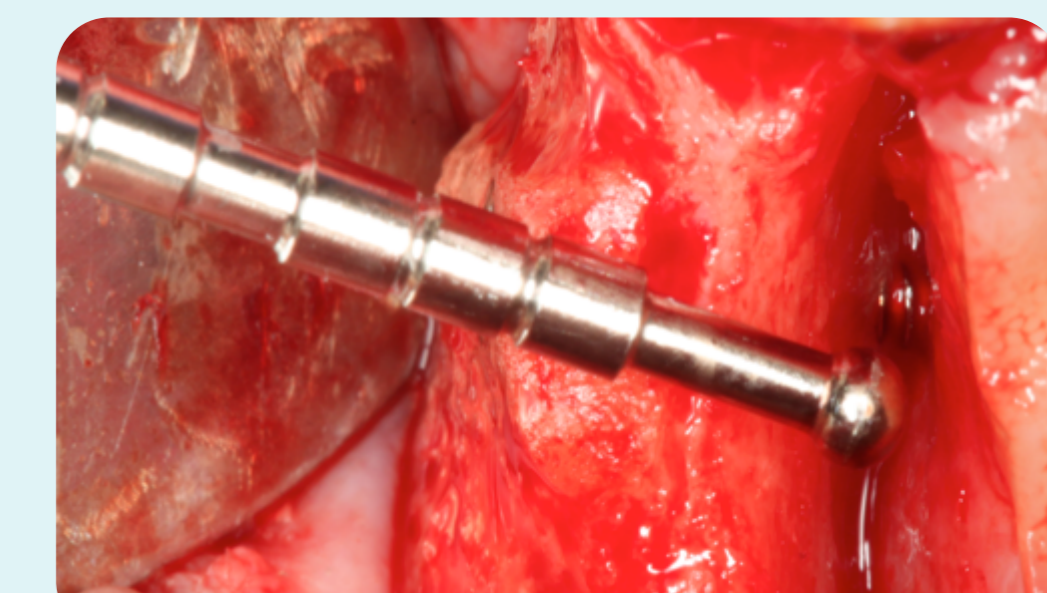


Fig. 19 Ganho de 3mm em espessura.

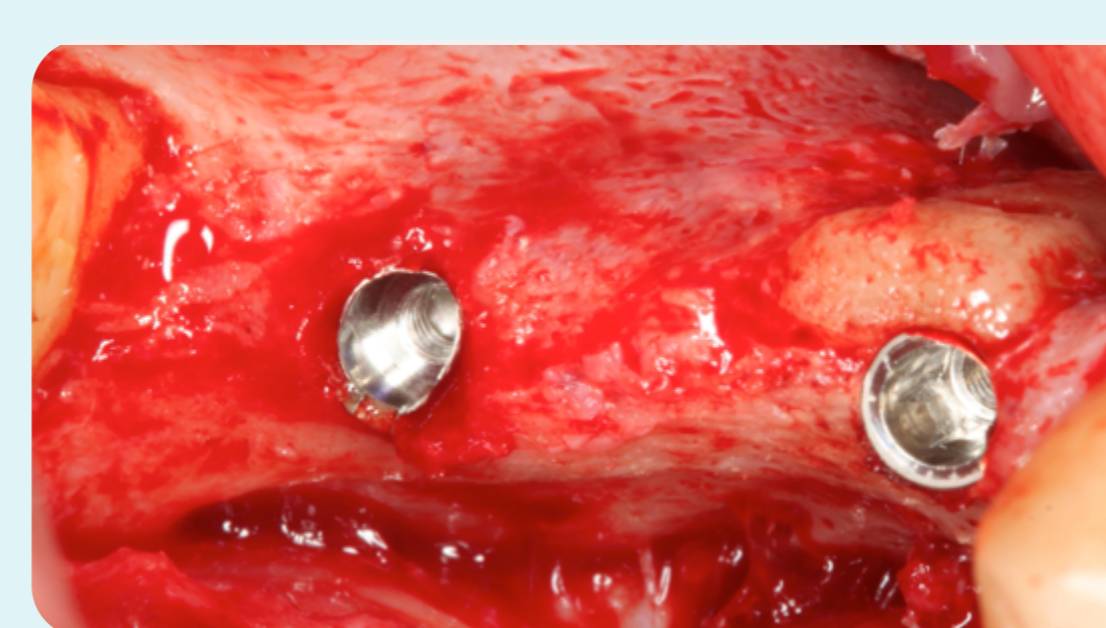


Fig. 21 Implantes Neodent® Drive CM 3,5x11,5 na zona de 14 e WS CM 4,0x6mm na zona de 16.

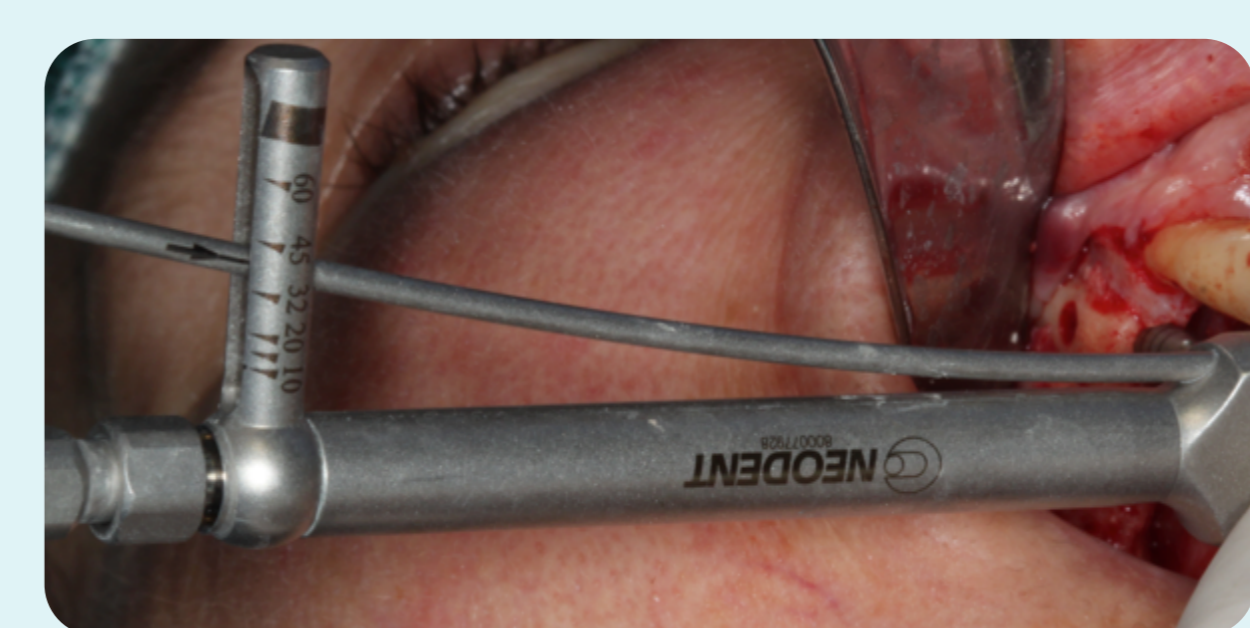


Fig. 22. Torque máximo ao implante ao redor do enxerto de 35 N.cm.



Fig. 23. Pós operatório aos 7 dias.

Discussão: A interrupção temporária da vascularização do enxerto é responsável pela reduzida percentagem de osteócitos vitais, importantes na remodelação óssea⁶. Apesar da maior actividade osteoclástica observada nas fases iniciais da cicatrização alguns estudos defendem que o osso não vital reabsorvido vai sendo substituído por osso vital. O tempo necessário para esta remodelação é lento acompanhando a neo vascularização com origem no perióstio e no osso medular da zona receptora⁷. Alguns estudos com maior *follow-up* vêm pôr em causa estes princípios biológicos assumindo a perda quase total do volume ósseo ganho⁸. Será necessário um tempo de *follow-up* mais prolongado para confirmar a estabilidade dimensional do aumento ósseo conseguido neste caso.

Conclusão: O sucesso desta regeneração é sensível à técnica do operador. Ambas as cirurgias ocorreram sem complicações cirúrgicas tendo o pós-operatório decorrido sem a morbilidade da paciente. Após 6 meses verificou-se a incorporação do enxerto com um aumento de 3 mm em espessura em relação ao osso nativo. Na segunda cirurgia foi possível a colocação do implante na zona do 14 numa posição protodenticamente correcta.

Bibliografia:

1 - Pieri F, Aldini N et al, Esthetic Outcome and Tissue Stability of Maxillary Anterior Single-Tooth Implants Following Reconstruction with Mandibular Block Grafts: A 5-Year Prospective Study, Int J Oral Maxillofac Implants 2013; 28:270-282
2 - Arx T, Buser D, Horizontal ridge augmentation using autogenous block grafts and the guided bone regeneration technique with collagen membranes: a clinical study with 42 patients; Clin Oral Implants Res 2006; 17: 359-366
3 - Cordaro L et al, Inlay-onlay grafting for three-dimensional reconstruction of the posterior atrophic maxilla with mandibular bone; Int J Oral Maxillofac Implants 2010; 39:350-357
4 - Levin L et al, Success of Dental Implants Placed in Intraoral Block Bone Grafts J Clin Periodontol 2007; 78:18-215
5 - Acocella A et al, Clinical, histological and histomorphometric evaluation of the healing of mandibular ramus bone block grafts for alveolar ridge augmentation before implant placement; Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 2010; 38:222-230
6 - Zerbo J et al, Fate of monocortical bone blocks grafted in the human maxilla: a histological and histomorphometric study, Clin Oral Implants Res 2003; 14: 759-766
7 - Mordenfeld A et al, A randomized and controlled clinical trial of two different compositions of deproteinized bovine bone and autogenous bone used for lateral ridge augmentation, Clin Oral Implants Res 2013; 00 : 1-11
8 - Sbordone C et al, Volume Changes of Iliac Crest Autogenous Bone Grafts After Vertical and Horizontal Alveolar Ridge Augmentation of Atrophic Maxillas and Mandibles: A 6-Year Computerized Tomographic Follow-Up, J Oral Maxillofac Surg 2012; 70:2559-2565