

Aumento vertical em maxilas atróficas utilizando teflon denso

O defeito vertical severo do rebordo maxilar anterior representa um dos cenários clínicos mais desafiadores da regeneração óssea. Portanto, para obter resultados satisfatórios, é necessária uma abordagem precisa, por meio da combinação de aumento ósseo vertical e manipulação de tecidos moles. Aqui, será descrita uma técnica para tratar deficiências verticais severas na maxila atrófica anterior (Figura 1) usando membrana de politetrafluoroetileno denso (PTFE-d) e enxerto ósseo particulado heterógeno. A manipulação do tecido mole foi utilizada para superar as desvantagens do aumento vertical do osso (por exemplo, perda da profundidade vestibular e mucosa queratinizada).



Figuras 1 – A. Aspecto da prótese. B. Vista vestibular demonstrando um defeito vertical severo.



Jamil A. Shibli

Professor titular do Programa de pós-graduação em Odontologia, áreas de Implantodontia e Periodontia – Universidade Guarulhos (UnG); Livre-docente do Depto. de Cirurgia e Traumatologia BMF e Periodontia – Forp/USP; Doutor, mestre e especialista em Periodontia – FOAr-Unesp.

Colaboração:



Ulisses Dayube

Doutorando em Implantodontia – Universidade Guarulhos (UnG); Mestre em Implantodontia – SLMandic; Especialista em Implantodontia – ABD; Especialista em Prótese Dentária – Unigranrio; Coordenador das especializações em Implantodontia – Gapo/Funorte, Contagem (MG).



João Paulo Bortolli

Doutorando em Implantodontia – Universidade Guarulhos (UnG).

O aumento vertical do rebordo alveolar continua sendo um dos procedimentos clínicos mais difíceis e complicados atualmente. Ao lidar com a deficiência do rebordo vertical, a opção de tratamento regenerativo será baseada na extensão do defeito. Embora para atrofia vertical leve (≤ 3 mm) possam ser propostas abordagens mais conservadoras, para defeitos médios (4 mm a 6 mm) ou grandes (> 7 mm) a regeneração óssea guiada (ROG) pode ser mais indicada. Para alcançar sucesso no aumento ósseo, deve-se usar os princípios de fechamento primário da ferida, angiogênese, estabilidade do coágulo e manutenção do espaço. Assim, ao realizar o aumento vertical do rebordo, são essenciais a criação e a manutenção do espaço. As membranas de barreira não reabsorvíveis reforçadas com titânio preenchem os critérios acima mencionados e são sugeridas para grandes aumentos verticais do rebordo.



Figura 2 – Desenho do retalho invertido de base palatina.

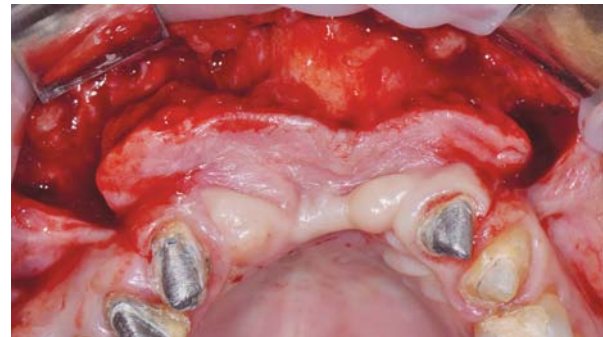


Figura 3 – Incisão labial a distância (vista oclusal), que vai produzir uma aba de base palatina. Esse cuidado deve ser tomado para evitar a incisão do ducto da parótida (papila parotídea).

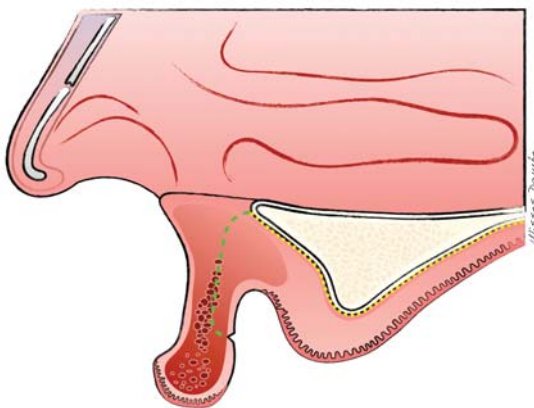


Figura 4 – Seção transversal da maxila exigindo aumento em altura (classe V e VI). Uma incisão labial a distância para o enxerto exigindo um grande aumento na altura sobre a crista vestibular e/ou na região palatina. Incisão labial interna de espessura parcial (linha pontilhada verde). Incisão do periosteio e da reflexão de um retalho de espessura total para expor a crista do rebordo (linha pontilhada amarela).

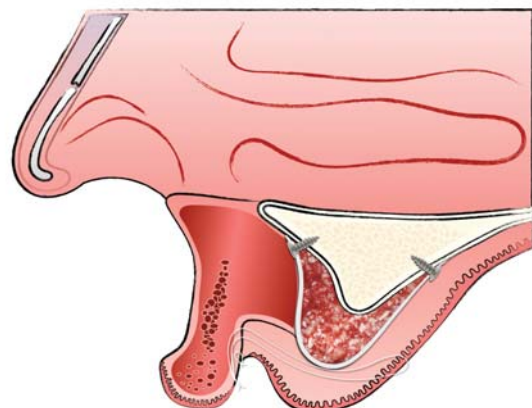


Figura 5 – Sutura dos tecidos moles na incisão de um grande enxerto ósseo. A ferida é fechada com suturas de colchoeiro horizontais internas e externas, com redução substancial em profundidade do sulco.

liberada amplamente, o que pode resultar em translocação coronal severa da linha mucogengival e perda do véstíbulo e da mucosa queratinizada. Quando o véstíbulo se torna superficial, muitas vezes, leva a um desafio estético, bem como a um problema fonético. Além disso, muitos estudos mostraram que áreas com pouca mucosa ceratinizada frequentemente apresentam maior acúmulo de placa peri-implantar, inflamação e perda de inserção.

Foi utilizada uma membrana de politetrafluoretileno denso (PTFE-d) reforçada com titânio (Cytoplast Ti-250, Osteogenics Biomedical) e osso heterógeno bovino (Lumina Porous, Criteria Biomateriais). O desenho do retalho invertido de base palatina (descrito anteriormente) foi escolhido para garantir fechamento após o procedimento de enxerto ósseo, apesar da dimensão aumentada da crista. Após o acesso ósseo, a membrana foi fixada com parafusos na região palatina (Figura 6) e o leito receptor foi preparado com penetrações múltiplas na cortical, usando uma pequena fresa (Figura 7).

O enxerto ósseo heterógeno foi acomodado no leito receptor e coberto com a membrana Cytoplast reforçada com titânio (Figura 8), que foi estabilizada com parafusos de fixação (Kit GBR, NeoBiotech), Figura 9.

Uma vez que a membrana foi completamente fixada, o retalho foi mobilizado para permitir o fechamento primário livre de tensão. O retalho foi suturado em duas camadas: primeiro, as suturas horizontais em colchoeiro e, depois, as suturas simples para fechar as bordas do retalho (Figura 10). As suturas simples foram removidas entre dez e 14 dias após a cirurgia e as suturas em colchoeiro horizontais foram removidas de duas a três semanas mais tarde. A membrana foi então removida após 25 semanas de cicatrização usando um retalho crestal de espessura total (Figuras 11 a 15).

Combinando o aumento vertical do rebordo com a incisão "invertida" observa-se maior previsibilidade nas regenerações ósseas guiadas. No entanto, normalmente ocorre a translocação coronal severa da linha mucogengival e a perda do véstíbulo e mucosa ceratinizada, que precisam ser resolvidos com um novo procedimento cirúrgico de aprofundamento de véstíbulo e ganho de mucosa ceratinizada. Portanto, no próximo caso de regeneração, por que não tentar o retalho invertido? Até a próxima. ■

REFERÊNCIA

1. Ponzoni D, Jardim EC, de Carvalho PS. Vestibuloplasty by modified Kazanjian technique in treatment with dental implants. *J Craniofac Surg* 2013;24(4):1373-5.

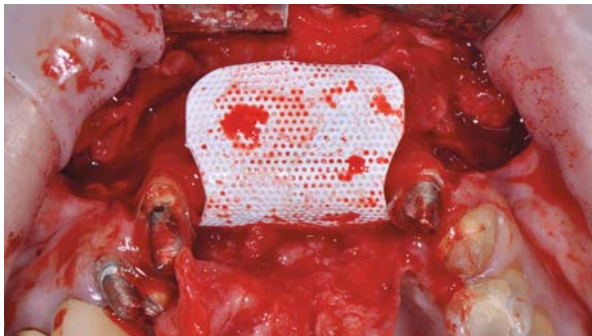


Figura 6 – Membrana Cytoplast fixada na região palatina.

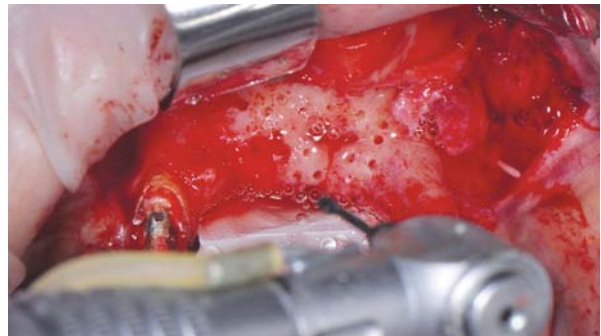


Figura 7 – Descorticalização.



Figura 8 – Inserção do enxerto heterógeno.

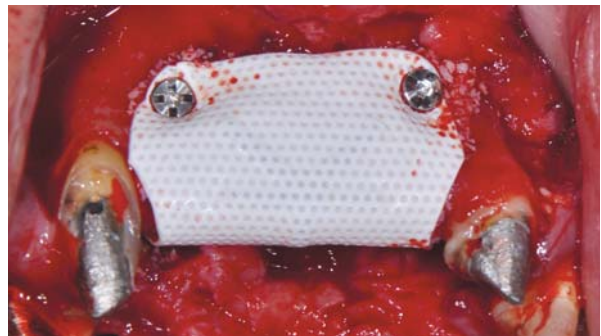


Figura 9 – Fixação da membrana com parafusos.

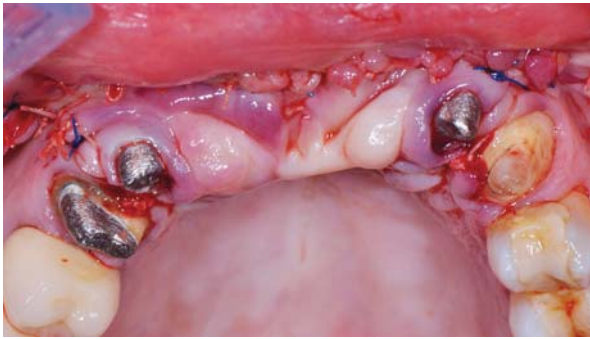


Figura 10 – Retalho invertido suturado em duas camadas.



Figura 11 – Vista vestibular do aspecto clínico após 25 semanas.



Figura 12 – Vista oclusal do aspecto clínico após 25 semanas.



Figura 13 – Remoção da membrana após 25 semanas.

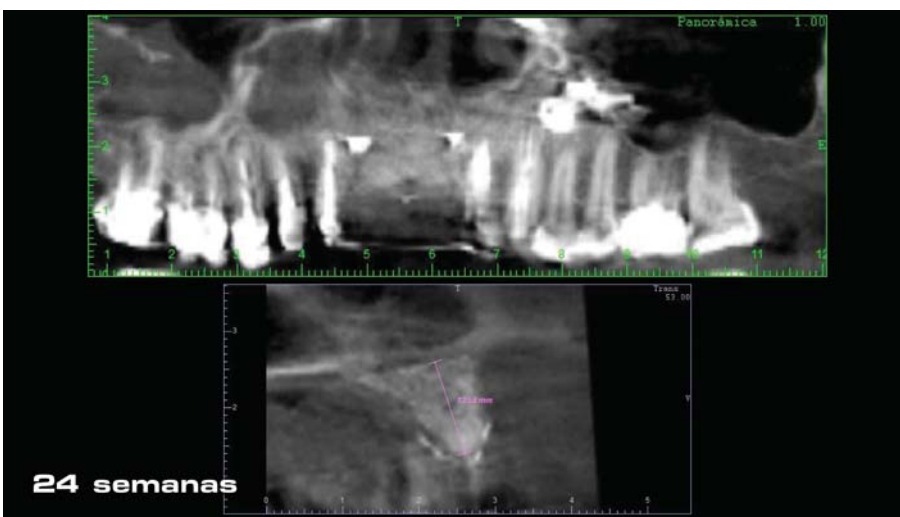


Figura 14 – Tomografia computadorizada verificando a formação óssea adequada.