

# Deslocamento de implante dentário para o seio maxilar. Relato de caso.

## Dental Implant Dislocation to Maxillary Sinus. Case Report

Rodolpho Valentini-Neto<sup>I</sup> | Luiz Marcelo Ribeiro Villa<sup>I</sup> | Walter betoni Junior<sup>I</sup> | Eduardo Piza Pellizzer<sup>II</sup> | Osvaldo Magro Filho<sup>III</sup>

### RESUMO

Os rebordos alveolares residuais podem ser desfavoráveis para a colocação de implantes. A região posterior de maxila edêntula muitas vezes é desafiadora para o cirurgião oral devido à falta de osso, como consequência da reabsorção do rebordo alveolar e/ou pneumatização do seio maxilar. Acidentes ou complicações podem ocorrer quando algumas destas questões não são respeitadas. Este artigo relata um caso de implante deslocado para o interior do seio maxilar, 27 dias após a cirurgia de levantamento de assoalho de seio com instalação concomitante de implante dentário, causando quadro de sinusopatia leve. O implante foi removido por acesso ao seio maxilar por via intrabucal. UNITERMOS: implantes dentários; complicações pós-operatórias; seio maxilar.

### ABSTRACT

The residual alveolar ridges may be unfavorable for implant placement. The edentulous maxilla is often challenging for the oral surgeon because of the lack of bone as a consequence of alveolar ridge resorption and/or maxillary sinus pneumatization. Accidents or complications may occur when some of these issues are not being known. This article reports one case of implant displaced into the maxillary sinus, 27 days after sinus bone augmentation with simultaneous dental implant installation, causing moderated sinusitis symptoms. The implant was removed through oral cavity access to maxillary sinus. KEYWORDS: dental implants; postoperative complications; maxillary sinus.

### INTRODUÇÃO

O advento dos implantes dentários osseointegráveis e a evolução da implantodontia vêm fornecendo, ao longo dos anos, soluções funcionais e estéticas para os diversos tipos de edentulismo. Este tipo de reabilitação tornou-se prática comum nas últimas décadas e vem demonstrando, apesar das taxas elevadas de sucesso, diversos tipos de complicações cirúrgicas e protéticas 1-8.

Os rebordos alveolares residuais podem ser desfavoráveis para a colocação de implantes. A maxila posterior edêntula muitas vezes é um desafio para o cirurgião oral devido à falta de osso, como consequência

da reabsorção do rebordo alveolar e/ou pneumatização do seio maxilar. Com o objetivo de suplantiar estas questões, algumas técnicas têm sido desenvolvidas, como a elevação do assoalho do seio maxilar e a utilização de implantes curtos 9-15. No entanto, não muito raramente, descuidos de planejamento ou inexperiência cirúrgica podem causar o deslocamento de implante dentário para o interior do seio maxilar. Descuidos na fresagem ou forças excessivas na instalação são exemplos que levam a esta complicação.

O deslocamento do implante para cavidade antral pode ou não ser acompanhado pelos sinais ou sintomas clássicos de sinusite. De toda forma, estes corpos

I DDS, MSc, PhD student . Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Araçatuba, São Paulo, Brasil

II DDS, MSc, PhD. Professor, Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Araçatuba, São Paulo, Brasil

III DDS, MSc, PhD. Professor, Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Araçatuba, São Paulo, Brasil

estranhos ao seio maxilar devem ser removidos o mais precocemente a fim de evitar complicações 16-23.

### RELATO DO CASO

Paciente K.Y., 64 anos, sexo masculino, foi encaminhado ao departamento de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, portando um implante dentário no interior do seio maxilar esquerdo. Segundo relato, o paciente foi submetido à cirurgia para levantamento de assoalho de seio maxilar com instalação concomitante de implante dentário há 27 dias. Referia dores espontâneas na face. À palpação, referia dores na região de parede anterior do seio maxilar esquerdo. Não foram observadas alterações inflamatórias ou fístula buco-sinusal (Fig 1). Ao exame ortopantomográfico (Fig 2), observou-se o implante deslocado para o interior do seio maxilar esquerdo, com ausência de radiopacidade no alvéolo artificial onde o implante foi instalado. A tomografia computadorizada (TC) mostrou o implante deslocado para a intimidade da cavidade antral (Fig 3 e 4). Foi possível observar também um defeito na parede lateral do seio maxilar, compatível com a história de cirurgia para levantamento de assoalho de seio. Verificou-se espessamento da mucosa sinusal.



Fig 2. Aspecto radiográfico.



Fig 3. Corte axial de TC de face apresentando corpo estranho em seio maxilar esquerdo com espessamento da mucosa sinusal.



Fig 1. Aspecto clínico intrabucal.



Fig 4. Corte coronal de TC de face apresentando corpo estranho em seio maxilar esquerdo.

Foi prescrita a associação de amoxicilina 500mg e clavulanato de potássio 125 mg durante 7 dias para melhora do quadro clínico. Para o tratamento cirúrgico, foi eleito o acesso intrabucal de Caldwell-Luc sob anestesia local. Foi realizada incisão triangular em rebordo maxilar com relaxante anterior em região de

dente 25 (Fig 5). Após o descolamento mucoperiosteal, realizou-se a ampliação da ostectomia prévia (Fig 6) com broca esférica diamantada no. 8 em peça reta à baixa rotação. O implante foi facilmente visualizado e removido (Fig 7, 8 e 9). Procedeu-se com a remoção de tecido inflamatório e sutura por pontos interrompidos com mononylon 5-0 (Fig 10 e 11). Como medicação pós-operatória, foram prescritos nimesulida 100mg e dipirona sódica 500mg, além da continuação do agente antibiótico utilizado previamente, por mais 7 dias.



Fig 5. Incisão.



Fig 6. Retalho rebatido apresentando os defeitos ósseos.



Fig 7. Acesso cirúrgico ampliado permitindo a visualização do implante dentário.



Fig 8. Remoção do implante do interior do seio maxilar.



Fig 9. Aspecto da cavidade após a remoção do implante.



Fig 10. Aspecto da sutura.

## DISCUSSÃO

Devido às características ósseas da região posterior de maxila, como cortical delgada e baixa densidade, existe possibilidade de falhas na instalação de implantes nesta área. A presença do seio maxilar e/ou patologias a ele relacionadas podem incrementar esta possibilidade e levar a complicações como sinusite maxilar aguda, fístula buco-sinusal e deslocamento do implante 17, 20.

O deslocamento do implante dentário pode ser causado por fatores anatômicos, cirúrgicos ou mastigatórios. Uma avaliação pré-operatória completa dos aspectos anatômicos e patológicos da maxila, considerando uma situação anatômica desfavorável ou uma patologia paranasal assintomática preexistente, pode excluir o risco de acidentes e complicações e melhorar o prognóstico da reabilitação oral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Green NT, EE Machtei, J Horwitz, M Peled: Fracture of Dental Implants: Literature Review and Report of a Case, *Implant Dent*. 2002; 11(2):137-43.
- 2.Levine RA, Clem DS, Wilson TG, et al. Multicenter retrospective analysis of the ITI implant system used for single-tooth replacements: Results of loading for two or more years. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1999; 14:516–520.
- 3.Lekholm U, Van Steenberghe D, Herrmann I, et al. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous jaws: A prospective 5-year multicenter study.

- Int J Oral Maxillofac Implants*. 1994; 9:627–635.
- 4.Buser D, Mericske Stern R, Bernard JP, et al. Long-term evaluation of nonsubmerged ITI implants. Part 1: 8-year life table analysis of a prospective multi-center study with 2359 implants. *Clin Oral Implants Res*. 1997;8:161–172.
- 5.Tolman DE, Laney WR. Tissueintegrated prosthesis complications. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1992; 7:477–484.
- 6.Balshi TJ. An analysis and management of fractured implants: A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1996; 11:660–666.
- 7.Ragnar A, Eriksson B, Lekholm U, et al. A long-term follow up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1990;5:347–359.
- 8.Grunder U, Polizzi G, Goene R, et al. A 3-year prospective multicenter follow-up report on the immediate and delayed immediate placement of implants. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1999;14:210–216.
- 9.Chiapasco M, Zaniboni M, Boisco M. Augmentation procedures for the rehabilitation of deficient edentulous ridges with oral implants. *Clin Oral Implants Res* 2006; 17: 136–159.
- 10.Chiapasco M, Zaniboni M, Rimondini L. Dental implants placed in grafted maxillary sinuses. A retrospective analysis of clinical outcome according to the initial clinical situation and a proposal of defect classification. *Clin Oral Implants Res* 2008; 19: 416–428.
- 11.Del Fabbro M, Testori T, Francetti L, Weinstein R. Systematic review of survival rates for implants placed in the grafted maxillary sinus. *Int J Periodont Rest Dent* 2004; 24: 565–577.
- 12.Goene´ R, Bianchesi C, Huerzeler M, Del Lupo R, Testori T, Davarpanah M, Jalbout Z. Performance of short implants in partial restorations: 3-year follow-up of Osseotite implants. *Implant Dent* 2005; 14: 274–280.
- 13.Romeo E, Ghisolfi M, Rozza R, Chiapasco M, Lops D. Short (8 mm) dental implants in the rehabilitation of partial and complete edentulism: a 3-year to 14-year longitudinal study. *Int J Prosthodont* 2006; 19: 586–592.
- 14.Ten Bruggenkate CM, Asikainen P, Foitzik C, Krekeler

G, Sutter F. Short (6-mm) nonsubmerged dental implants: results of a multicenter clinical trial of 1 to 7 years. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1998; 13: 791–798.

15. Chiapasco M, Felisati G, Maccari A, Borloni R, Gatti F, Di Leo F. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2009; 38: 1273–1278

16. Quiney RE, Brimble E, Hodge M. Maxillary sinusitis from dental osseointegrated implants. *J Laryngol Otol* 1990; 104: 333-4.

17. Regev E, Smith RA, Perrott DH, Pogrel MA. Maxillary sinus complications related to endosseous implants. *Int J Oral Maxillofac Impl* 1995; 10: 451-61.

18. Ueda M, Kaneda T. Maxillary sinusitis caused by dental implant: report of two cases. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50:285-7.

19. Galindo P, Sa ´nchez-Ferna ´ndez E, Avila G, Cutando A, Fernandez JE. Migration of implants into the maxillary sinus: two clinical cases. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005; 20: 291–295.

20. Iida S, Tanaka N, Kogo M, Matsuya T. Migration of a dental implant into the maxillary sinus. A case report. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2000; 29: 358–359

21. Kitamura A. Removal of a migrated dental implant from a maxillary sinus by transnasal endoscopy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007; 45: 410–411.

22. Nakamura N, Mitsuyasu T, Ohishi M. Endoscopic removal of a dental implant displaced into the maxillary sinus: technical note. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 195–197.

23. Raghoobar GM, Vissink A. Treatment for an endosseous implant migrated into the maxillary sinus not causing maxillary sinusitis: case report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 745–749.

#### **CORRESPONDÊNCIAS PARA:**

Rodolpho Valentini Neto

Avenida do Estado, 246, apto.5, Jardim Paulista, Araçatuba, São Paulo, Brasil, CEP: 16.015-080.

Fone: 55 18 9134.3108 Fax: 55 18 3636.3237

E-mail: valentinineto@hotmail.com

