

Regeneração óssea guiada com carga imediata em zona estética: relato de caso clínico

Guided bone regeneration with immediate loading in esthetic site: a clinical case report

Recebido em 25/03/2015
Aprovado em 20/04/2015

Francisco de Assis Oliveira Filho
Cirurgião-Dentista pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Hélder Lima Rebelo
Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC- FOP – UPE

Tasiana Guedes de Souza Dias
Professora de Clínica Integrada da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Jimmy Charles Melo Barbalho
Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Hécio Henrique Araújo de Moraes
Doutor em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial pela Universidade de Pernambuco – UPE e Professor de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hélder Lima Rebelo
Rua Dr. Rubens Loureiro, 22- Condomínio Jardim Petrópolis I.
E-mail: rebelo_al@hotmail.com

RESUMO

Os substitutos ósseos aloplásticos têm sido amplamente utilizados com o intuito de obterem da excelência nas reabilitações de zonas estéticas. O papel desses biomateriais é restituir a parede óssea vestibular e, assim, conferir a saúde e funcionalidade dos tecidos peri-implantares. A decisão do profissional pelo procedimento de colocação do implante imediato após a extração do dente é uma realidade, especialmente pela otimização do tempo, diminuição de intervenções cirúrgicas e preservação dos tecidos peri-implantares. O presente artigo relata o caso de uma paciente do sexo feminino, 36 anos de idade nele foi realizada a remoção do incisivo lateral superior do lado direito comprometido endodonticamente e instalado imediatamente um implante associado à regeneração óssea, guiada com osso bovino e membrana de barreira nos sítios com defeitos ósseos na região de colocação do implante, a qual se tratava de uma área com alta exigência estética. Após 12 meses de acompanhamento, a paciente apresenta excelente resultado estético e funcional.

Descritores: Implante; Regeneração Óssea Guiada; Zona Estética.

ABSTRACT

The alloplastic bone substitutes have been largely used with the aim of achieving excellence in the restoration of esthetic areas. The role of these biomaterials is to restore the buccal bone wall, and thus give the health and functionality of the peri-implant tissues. The professional's decision by the procedure of implant placement immediately after the tooth extraction is a reality, especially by the optimization of time, decreased surgical interventions and preservation of peri-implant tissues. This article reports a case of a female patient, 36 years old, in which the removal of the endodontically compromised right side upper lateral incisor was performed, and an implant was immediately installed, associated with guided bone regeneration using bovine bone and membrane barrier in sites with bone defects in the area of the implant placement, which was a site with high esthetic requirement. After 12 months of follow up the patient presents excellent functional and esthetic result.

Descriptors: Implant; Guided Bone Regeneration; Esthetic Zone.

INTRODUÇÃO

Fraturas radiculares, insucessos endodônticos, cáries extensas e dentes com doença periodontal severa são as razões mais comuns para a ausência de dentes anteriores. Fatores de risco que podem comprometer a previsibilidade dos resultados estéticos devem ser avaliados em detalhe antes de se iniciar o tratamento, razão por que são essenciais exames complementares, como as radiografias convencionais, periapical e panorâmica dos maxilares e, principalmente, a tomografia cone beam^{1,2,3}.

Na implantodontia contemporânea, é possível um tratamento a curto prazo e com menos intervenções cirúrgicas, o que contribui para a aceitação do paciente. Sabe-se que protocolos e diretrizes tradicionais recomendam aguardar um período de dois a três meses para remodelação óssea após a extração do dente visando a uma posterior colocação do implante e mais um período de três a seis meses de cicatrização sem carga oclusal, que é essencial para osseointegração^{2,3}.

Entretanto, as vantagens de um único procedimento cirúrgico, reduzindo o tempo total de tratamento têm incentivado os profissionais a instalarem imediatamente o implante após a extração dentária, associando à regeneração óssea guiada (ROG), através de enxertos ósseos e membranas de barreira, que geralmente se fazem necessárias para corrigir defeitos da região peri-implantar, alcançando resultados satisfatórios com boa previsibilidade e baixo risco de complicações, tanto do ponto de vista funcional quanto estético^{4,5}.

Regeneração óssea guiada (ROG) tem provado ser um procedimento previsível para aumento do rebordo alveolar. Uma membrana de barreira impede a formação de fibroblastos e proporciona um espaço para a osteogênese, mantendo um coágulo, que é necessário para a nova formação óssea. A membrana também exclui fatores inibidores e preserva os fatores de crescimento^{3, 5, 6}. Esse efeito de barreira pode ser alcançado com vários biomateriais.

Estão disponíveis dois tipos de membranas de barreira, a não reabsorvível e as membranas reabsorvíveis. Embora a membrana reabsorvível tenha melhor propriedade de manutenção de espaço do que a membrana não reabsorvível, esta apresenta

como desvantagem a necessidade de um segundo tempo cirúrgico para remoção e maior risco de infecção^{7,8,9}.

A membrana ideal deve ser de fácil manuseio e oclusiva e possuir propriedades de manutenção do espaço. Além disso, ela deve ser preparada a partir de um material biocompatível sintético, capaz de reabsorver de forma favorável^{9,10}.

O objetivo deste artigo é apresentar um caso clínico, no qual foi colocado implante imediato associado à ROG para corrigir um defeito ósseo em região anterior e consequentemente estético.

RELATO DE CASO

Paciente de 36 anos, sexo feminino, feoderma, natural de Currais Novos-RN compareceu ao serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da Universidade Federal do Rio Grande Norte (UFRN) com queixa de supuração em região anterior de gengiva.

Ao exame clínico, observou-se uma fístula na região do incisivo lateral superior direito (Figura 1-A, 1-B), com drenagem de exsudato purulento e ausência álgica espontânea ou ao estímulo. Foi prescrito amoxicilina-clavulonato potássico - 500/125mg de 8 em 8 horas via oral, durante 7 dias, para tratamento da infecção e solicitados os seguintes exames de imagem: radiografia panorâmica dos maxilares, radiografia periapical e tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 1-C,1-D,1-E).

Os exames demonstraram uma extensa perfuração radicular no terço médio com extravasamento de material endodôntico obturador, causado pela inserção de um pino radicular para confecção de faceta de resina (Figura 1-C, 1-D, 1-E).

Diante do quadro citado e, principalmente, devido à grande fragilidade visualizada na estrutura do dente, foi planejada e realizada uma incisão relaxante na distal do canino superior direito para remover o incisivo lateral direito superior e visualizar o defeito ósseo, com imediata colocação de implante osseointegrável, do tipo hexágono externo, de 3,75/10, com travamento de 45 N e regeneração óssea guiada do defeito da tábua

óssea vestibular com o osso aloplástico Bioss® e membrana Biogide®. (Figura 2-A, 2-B, 2-C, 2-D)

Após três anos de proervação, observa-se o sucesso da reabilitação, com resultado estético

bastante satisfatório, principalmente se atentarmos ao fato de a paciente apresentar sorriso gengival, o qual não foi comprometido em nenhum momento. (Figura 3-A, 3-B, 3-C)



Figura 1. A) e B) Aspecto Intraoral, com presença de fístula na região de Incisivo lateral direito superior; C) Aspecto tomográfico; D) Perfuração radicular; E) Extravasamento do material endodôntico obturador.



Figura 2. A) Aspecto inicial após retalho e descolamento periosteal, mostrando defeito ósseo na região do Incisivo lateral superior direito; B) Alvéolo preparado para inserção do implante; C) Implante inserido, evidenciando o defeito ósseo da tábua vestibular; D) ROG, com Bio-Oss® e Bio-Gide®.



Figura 3. A) Pós-operatório de 7 dias; B) Pós-operatório de 1 ano; C) Radiografia periapical do incisivo lateral superior direito após 1 ano de cirurgia.

DISCUSSÃO

A reabilitação oral por meio de implantes osseointegráveis é hoje um dos métodos mais bem sucedidos na odontologia. No entanto, uma quantidade mínima de largura e altura de osso é um pré-requisito essencial para o sucesso e a longevidade do tratamento^{1,2,5}.

Algumas condições, como atrofia, trauma, e doença periodontal, podem influenciar na qualidade e quantidade do volume ósseo da região a ser reabilitada. Para esses casos, diferentes técnicas foram desenvolvidas a fim de reconstruir defeitos ósseos para a colocação de implantes dentários. Além disso, tem sido amplamente discutido na literatura o momento ideal para a colocação do implante dentário, se este será colocado imediatamente no ato da extração dentária ou em outra intervenção cirúrgica, após o tempo necessário para a reparação óssea^{4,7}.

Nos casos de defeitos ósseos nas regiões a serem reabilitadas, o momento da colocação do implante também continua a ser um tema controverso. Na verdade, os implantes podem ser posicionados em conjunto com os procedimentos de enxertia ou após um período de consolidação óssea. Embora seja difícil determinar uma indicação clara de implante imediato ou após o período de consolidação óssea, a literatura atual sugere a colocação de implante imediato após a exodontia, quando o osso alveolar residual apresenta qualidade e quantidade adequada, com tamanho, espessura e integridade das paredes satisfatória.

De fato, a estabilidade primária do implante dentário é considerada a condição essencial para

a osseointegração. De acordo com os autores que apoiam a colocação de implante imediato, a razão se deve ao fato de a reabsorção do enxerto ósseo ao longo do tempo não ser contínua³. Aqueles, que defendem a colocação tardia, afirmam que implantes imediatos expõem o paciente a alguns riscos, tais como perda parcial ou total do enxerto em casos de deiscência da ferida, exposição do enxerto e implante ou infecção⁸.

Com base em estudos clínicos, após seis meses de extração do dente, o rebordo alveolar apresenta alterações dimensionais, com uma média de redução horizontal, na largura do rebordo de 3,8 milímetros e uma redução vertical da parede óssea de 1,24 milímetros⁸.

Para a preservação da região peri-implantar, é necessária a manutenção dos tecidos moles e duros para melhores resultados funcionais e estéticos. Isso é possível com a otimização do tratamento, diminuindo a quantidade de intervenções cirúrgicas^{3,4}.

A instalação de implantes imediatos, utilizando biomateriais para regeneração óssea guiada, é uma alternativa para otimização do tratamento, sendo benéfico ao paciente. Apenas em casos específicos, a inserção do implante imediato não será recomendada, como condição sistêmica do paciente, caso exista alguma comorbidade que contra indique o procedimento e quando a estabilidade primária não seja possível^{3,4,6}.

Um alto risco de retração da mucosa é relatado na literatura, e isso preocupa, principalmente, em região estética. Alguns fatores contribuem para que isso aconteça, tais como uma parede óssea ves-

tibular fina, ou seja, menor que 1 milímetro, tecido mole delgado, má posição do implante e pacientes não colaborativos, com higiene oral deficiente e usuários de tabaco ^{6,7}.

Colocação de implante imediato é primariamente recomendada em locais, como região de pré-molares, pois apresentam baixa importância estética e uma anatomia favorável. Entretanto, várias séries de casos publicadas, utilizando o protocolo de colocação do implante imediato em região estética com regeneração óssea guiada, relataram, a médio e longo prazo, excelentes resultados estéticos ⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, mediante técnicas minimamente traumáticas e eficazes, que reduzem o tempo da reabilitação, o implante imediato associado à regeneração óssea guiada, em região estética, mostrou-se um tratamento previsível e seguro, sendo uma alternativa viável para reabilitação oral.

REFERÊNCIAS

1. Buser D, Chen ST, Weber HP, Belser UC. Early implant placement following single-tooth extraction in the esthetic zone:biologic rationale and surgical procedures. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2008; 28:441-51.
2. Chen CL, Chang CL, Lin SJ. Immediate implant placement and provisionalization with simultaneous guided bone regeneration in the esthetic zone. *Journal of Dental Sciences* 2011; 6: 53-60.
3. Goran I, Christoph H. F. Horizontal bone augmentation by means of guided bone regeneration. *Periodontology* 2000;66:13-40.
4. Hämmerle CH, Araujo M, Simion M. Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets. *Clin. Oral Impl. Res.* 2012;23:80-82.
5. Fugazzotto PA. GBR Using Bovine Bone Matrix and Resorbable and Nonresorbable membranes. Part 2: Clinical results. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2003;23:599-605.
6. Araújo M, Linder E, Lindhe J. Effect of a xenograft on early boneformation in extraction sockets:an experimental study in dog. *Clin. Oral Impl. Res.*2009; 20:1-6.
7. Clementini M, Morlupi A, Agrestini C, Barlatani A. Immediate versus delayed positioning of dental implants in guided bone regeneration or onlay graft regenerated areas: a systematic review. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2013; 42: 643-650.
8. Ribeiro F. V, Suaid F. F, Ruiz K. G. S, Rodrigues T. L, Carvalho M. D, Nociti Jr F. H, Sallum E. A, Casati M.Z. Effect of autologous bone marrow-derived cells associated with guided bone regeneration or not in the treatment of peri-implant defects. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41: 121-127.
9. Van Leeuwen A.C, Huddleston Slater J.J.R, Giehlkens P.F.M, de Jong J.R, Grijpma D.W, Bos R.R.M. Guided bone regeneration in rat mandibular defects using resorbable poly (trimethylene carbonate) barrier membranes. *Acta Biomaterialia* 2012;8:1422-1429.
10. Hämmerle CH, Chen ST, Wilson GT. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(Suppl):26-28.

