

Reabilitação oral em implantodontia após ressecção óssea

Oral rehabilitation in implantology after bone resection

RESUMO

Introdução: determinadas patologias ósseas provocam ressecções que interferem nas funções maxilo-mandibulares. Alguns procedimentos são importantes para a reabilitação desses pacientes, como enxerto ósseo autólogo e distração osteogênica. **Métodos:** o presente trabalho relata o caso da paciente E.S.S., 26 anos, que, após constatação de lesão óssea na região anterior da mandíbula, foi encaminhada ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, onde se diagnosticou fibroma ossificante. O tratamento foi realizado com ressecção parcial de mandíbula e posteriores cirurgias de reconstrução óssea da região, com enxerto autólogo e distração osteogênica. **Resultado:** após intervenções, conseguiu-se qualidade e volume ósseos suficientes para receber implantes, possibilitando-se a reabilitação oral com prótese. **Conclusão:** é importante a inter-relação entre as especialidades de cirurgia buco-maxilo-facial, implantodontia e prótese em pacientes que necessitam de reabilitação oral. **Palavras-Chave:** Fibroma; Enxerto de osso alveolar; Osteogênese por distração.

ABSTRACT

Introduction: Specifics bones pathologies lead to resections that interfere in the maxillo-mandibular functions. Some procedures such as autogenous bone grafting and distraction-osteogenesis technique are of importance to the rehabilitation of these patients. **Method:** This paper reports the 26 years old patient E.S.S.'s case, who had been referred to the caring of the João de Barros Barreto University Hospital after observation of a bone injury in the anterior mandibular. It was verified in the diagnosis an ossifying fibroma. The injury had been treated undertaking a partial jawbone resection followed by bone reconstruction surgeries with autogenesis graft and distraction osteogenesis in the region. **Results:** After these interventions, it was achieved enough bone volume and quality that allowed receiving implants, moreover, the oral rehabilitation with prosthesis. **Conclusion:** It is necessary an interrelationship between the expertises in Oral and Maxillofacial surgery, Implantology and Prosthesis in cases of patients that need oral rehabilitation. **Keywords:** Fibroma; Alveolar bone grafting; Distraction-Osteogenesis.

Ester Denyse da Silva Franco

Acadêmica do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará – UFPA.

Aladim Gomes Lameira

Doutor em Patologia Bucal
Professor Associado II do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará – UFPA.

Maria Elizabeth Gemaque Costa

Professora de Cirurgia Oral e Maxilo-Facial da Universidade Federal do Pará – UFPA.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal do Pará
Instituto Ciências da Saúde
Turma de especialização em
Implantodontia da UFPA
Passagem André Luís casa 9, Guanabara,
CEP: 670.10450 Ananindeua-Pa.
E-mail: ester.d.silva.franco@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os pacientes, submetidos à cirurgia de remoção de lesões extensas e que necessitam de ressecção, geralmente chegam ao final do tratamento mutilados e com grandes defeitos ósseos, que dificultam e comprometem as funções do sistema estomatognático, afetando, especialmente, a deglutição, a mastigação, a fonética, estética e abalo na saúde emocional do paciente. É necessário que seja feita a reabilitação orofacial por meio de procedimentos que exigem precisão e empenho de caráter multiprofissional, para que se potencializem os ganhos e resultados para a saúde e qualidade de vida do paciente¹.

Alterações ósseas após ressecção de lesão requerem adequadas reconstruções funcionais e estéticas, que tenham estrutura e capacidade suficientes para suportar as cargas mastigatórias, proporcionar retenção suficiente e correto posicionamento do implante². Esse tipo de alteração tem estimulado o desenvolvimento de várias técnicas de reconstrução que permitam a instalação de implantes osseointegrados, com a finalidade de receber a prótese implantossuportada. Além disso, as reconstruções dos rebordos podem ser realizadas por técnicas variadas, como enxertos ósseos autógenos, enxertos com biomateriais, plasma rico em plaquetas, e distração osteogênica³.

Os enxertos ósseos autógenos para reconstrução de rebordos apresentam algumas vantagens sobre as demais técnicas, já que possuem excelentes propriedades osteogênicas⁴. Entretanto, podem apresentar algumas complicações, tais como infecção, morbidade do sítio doador e a reabsorção não controlável e não previsível⁵.

Em seu trabalho, Uckan et al. (2002) descrevem a técnica de distração osteogênica para aumentar a dimensão vertical do rebordo alveolar e reportam resultado de três casos interessantes, em que foram conseguidos 10mm de rebordo mediante essa técnica. Ele afirma ser ela bem previsível, obviamente, desde que bem avaliada e realizada de forma adequada⁶.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a importância da inter-relação entre as especialidades para solucionar grandes problemas de reabilitação orofacial, em que se utilizou a técnica de enxerto ósseo autógeno e distração osteogênica com o objetivo de instalar a prótese sobre implante do tipo protocolo.

RELATO DE CASO

Paciente E.S.S., gênero feminino, 26 anos, não fumante que, estando em tratamento ortodôntico, foi encaminhada aos serviços do Hospital Universitário João de Barros Barretos-HUJBB, após constatação de lesão óssea na região anterior da mandíbula, durante exame radiográfico de rotina (figura 1: aspecto inicial). Realizou-se, então, o exame clínico, a biópsia incisional e o exame de imagem. A análise revelou tratar-se de fibroma ossificante de tamanho considerável, que acometia a região anterior da mandíbula. A lesão foi tratada por meio de ressecção parcial de mandíbula via intrabucal.

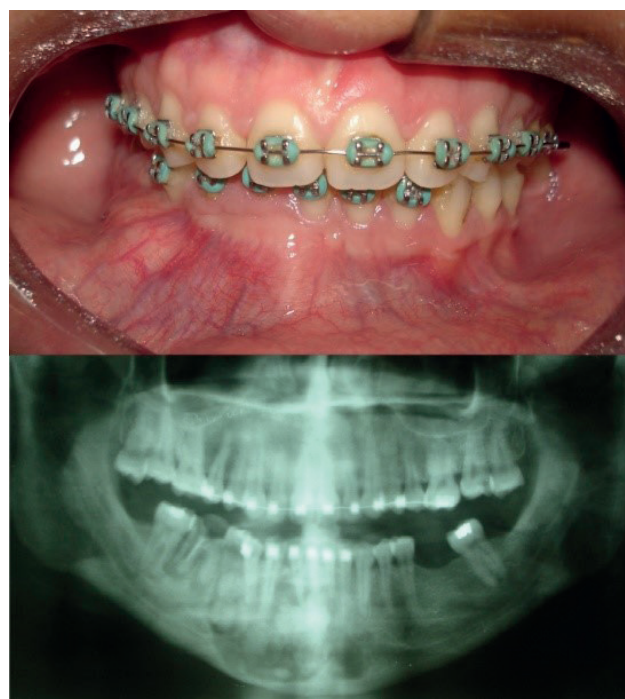


Figura 1 - Aspecto inicial

A paciente procurou a turma de especialização em Implantodontia da Universidade Federal do Pará, com queixas principais de dificuldade mastigatória e de deglutição, além dos problemas relacionados à fonação e à estética. Apresentou a história pregressa de, há 12 meses, ter sido submetida à cirurgia de ressecção de fibroma ossificante na região anterior de mandíbula, o que levou à mutilação e perda dos elementos dentários 31, 32, 33, 41, 42, 43, 44 e 45. Por meio dos exames de imagens, verificou-se a ausência de recidiva do processo patológico. Seguiu-se, então, o planejamento de reabilitação oral depois de a paciente assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Em casos como esse, o planejamento adequado exige uma avaliação que envolve um grande número de variáveis, dentre elas, expectativa e anseio do paciente, custos, tempo de espera até a confecção da prótese, entre outras. No planejamento realizou-se, primeiramente, o procedimento de reconstrução óssea da região mediante a técnica de enxerto autógeno retirado do ramo mandibular, com objetivo de ganho material e consequente aumento da espessura da área. Utilizou-se anestesia local, motor elétrico, caneta cirúrgica angulada 1:2 da Kavo e broca cirúrgica 701 carbide, e a fixação dos blocos ósseos foi feita com kit cirúrgico de Osteosíntese 1.5.

Após seis meses de cicatrização e neoformação óssea, obteve-se imagem radiográfica que permitia ver um novo osso saudável e de espessura aceitável para receber a próxima intervenção cirúrgica, na qual se utilizou a técnica de distração osteogênica⁵.

O procedimento foi realizado sob anestesia local, iniciando-se com uma incisão intraoral horizontal em mucosa vestibular e, cuidadosamente, efetivou-se o descolamento mucoperiostal para obtenção de uma adequada visibilidade do osso subjacente, preservando-se, ao máximo, os tecidos da região lingual, responsáveis pelo indispensável suprimento sanguíneo da região.

Com um instrumento rotatório (Kavo, Santa Catarina, Brasil) e uma fresa 701, sob irrigação constante com soro fisiológico, foram realizadas as osteotomias, 1 horizontal e 2 verticais, divergentes entre si, respeitando-se o espaço entre a crista do rebordo alveolar e o canal mandibular, finalizando-se o corte com serra no cortical vestibular e com uso de cinzéis na cortical lingual, para preservação do periósteo dessa região. Em seguida, o distrator intraósseo, marca Medart de 7.0mm (figura 2: distrator ósseo) já calibrado foi fixado ao osso basal e ao segmento osteotomizado, com parafusos de titânio de 1,5mm/6mm, e a mucosa foi suturada com vicryl 4-0 (Ethicon, Johnson Prod., São José dos Campos, Brasil).

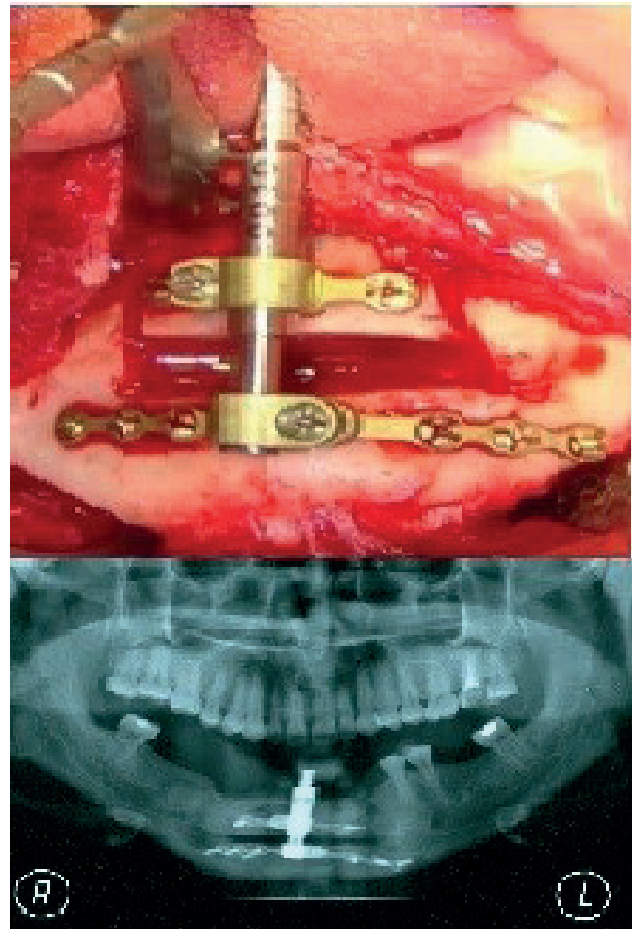


Figura 2 - Distrator ósseo

No pós-operatório imediato, foi prescrito à paciente antibiótico, anti-inflamatório não esteroide e analgésico. Além disso, recomendou-se uma dieta líquida/pastosa por um período de 2 semanas bem como higiene oral com bochechos de clorexidina a 0,12%, 4 vezes ao dia, após as refeições.

Após um período de latência de 7 dias, as suturas foram removidas, e iniciou-se a ativação do distrator, utilizando-se uma chave específica para o dispositivo. Foi realizado alongamento de 1mm ao dia, subdividido em 3 ativações diárias de 0,33mm, a cada 8 horas, até a obtenção da quantidade de ganho ósseo vertical desejado que, nesse caso, foi até atingir o nível de altura da crista óssea, nesse momento finalizou-se a distração e foram aguardados três meses relativos à formação do calo ósseo.

Mediante a consolidação do osso, procederam-se às fixações de seis implantes osseointegrados, de plataforma hexágono externo, de diâmetro 3.75 e 4.0mm por 10mm de comprimento (figura 3: fixação dos implantes). Passados outros 6 meses relativos à osseointegração dos implantes, confeccionou-se e instalou-se uma

prótese do tipo protocolo e, assim, efetivaram-se os almejados resultados finais de devolução da estética e das funções perdidas devido às sequelas pós-cirúrgicas, advindas da retirada do fibroma ossificante.



Figura 3 - Aspecto final da paciente reabilitada.

No caso da paciente E.S.S., não houve nenhuma intercorrência no trans ou pós-operatórios, considerou-se, portanto, uma recuperação tranquila, respeitando-se as limitações normais para a situação.

DISCUSSÃO

Uma vez realizada a intervenção cirúrgica com ressecção extensa de mandíbula, deve-se avaliar se houve alguma alteração ou perda de funções e quais foram elas, qual a extensão de área afetada na face, qual a intensidade da deformidade e quais os caminhos e soluções para se devolverem as funcionalidades perdidas e se corrigir a deformidade observada.

Nesse caso, observou-se que a paciente tivera sequelas consideráveis, com perda dos dentes anteriores inferiores e parte do processo dento-alveolar na região anterior da mandíbula, levando à nulidade de suporte do tecido mole e aparência facial alterada, diminuindo, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Situações assim representam um grande desafio técnico, e toda a equipe odontológica move-se em busca de uma adequada instalação de implantes e uma ótima previsibilidade de resultados⁷.

Casos complexos como esse, com grandes perdas ósseas, acabam fugindo às competências da reabilitação convencional, necessitando de intervenção multiprofissional, que englobe diversas especialidades odontológicas, como a cirurgia buco-maxilo-facial, para fazer a montagem de uma estratégia prévia à instalação dos implantes osseointegráveis, à implantodontia e à prótese, que irá, finalmente, devolver a relação maxilo-mandibular, garantindo a reabilitação oral satisfatória.

Decidiu-se realizar, nesse caso, a correção horizontal mediante enxerto autógeno. Enxertos de osso autógeno são considerados o “padrão-ouro” em termos de potencial osteogênico. As vantagens desse tipo de enxerto estão na possibilidade de transplantar células vivas com sucesso, na ausência de rejeição como também de transmissão de doenças infectocontagiosas. Mas a operação também apresenta desvantagens como limitada disponibilidade óssea, necessidade de abordar uma área doadora, maior morbidade cirúrgica, tendência à reabsorção parcial, desconforto pós-operatório, além de riscos de ocorrer parestesia pós-operatória².

A recuperação vertical óssea fez-se por meio da técnica de distração osteogênica, pois, ela é considerada uma das alternativas mais promissoras para o tratamento de deficiências verticais em rebordo alveolar atrófico, com o objetivo de possibilitar a fixação de implantes osseointegrados⁸. Destaca-se como principal vantagem dessa técnica o fato de que tanto o tecido ósseo quanto os tecidos moles adjacentes, acompanham o crescimento fomentado. Nesse sentido, a técnica tem sido apontada como a única capaz de corrigir, simultaneamente, defeitos ósseos e de partes moles, conferindo-lhes as dimensões e propriedades desejáveis e em tempo hábil^{7,9}.

Os estudos mostram que a distração osteogênica permite uma formação óssea rápida e natural entre o segmento distraído e o osso basal, o que elimina a necessidade de um segundo sítio cirúrgico e apresenta resultados satisfatórios, especialmente quando associada às técnicas reabilitadoras implantossuportadas⁵. Quanto ao desenvolvimento das forças de distração, o ideal é que o índice de distração seja de 1mm por dia, que pode ser aplicado em um único momento ou ser dividido em dois ou quatro eventos de distração ao dia.

Observa-se, na literatura, que os melhores resultados de alongamento dos tecidos relacionam-se à maior frequência de eventos de ativação do distrator⁹. Há um consenso de que a distração osteogênica pode ser realizada com segurança na mandíbula, com período de latência de cinco a sete dias, com distração de 0,5 a 1mm por dia, durante período de ativação e se observar um período para consolidação de resultados de 56 a 112 dias¹⁰.

No caso em estudo, realizou-se a distração osteogênica com período de latência de 7 dias e período de ativação de 6 dias, exercitando-se a distração de 1mm por dia e período de consolidação de 90 dias em concordância com a literatura². No devido tempo, constatou-se o deslocamento de tecidos moles e tecido ósseo na área submetida à distração, corroborando Filho et. al³.

Após essas intervenções, conseguiu-se qualidade e volume ósseos suficientes para receber os implantes, agora com melhor previsibilidade dos resultados. Em seguida passou-se para as etapas subsequentes de reabilitação, com melhores expectativas de prognóstico da resolução desse caso. O ganho ósseo adquirido permitiu a instalação dos 6 implantes ósseo integráveis, em um menor prazo, levando, conseqüentemente, à diminuição do tempo de reabilitação da paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o resultado do nosso trabalho, concluímos que é importante a inter-relação entre as especialidades de cirurgia buco-maxilo-facial, implantodontia e prótese, em pacientes que necessitam de reabilitação oral após sequelas ósseas, com o intuito de devolver a estes uma adequada função mastigatória, fonética e estética, garantindo-lhe saúde, conforto e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LML, Mendonça SMS de, Marinho ROM, Pereira GM. Oral rehabilitation with osteogenic bone distraction and dental implants on iliac crest bone graft inserted following surgical resection of a solid mandibular ameloblastoma - report of a clinical case. Rev. odontol. Univ. 2014 Jan; 26(1): 81-95.

2. Dinato JC, Nunes LS, & Smidt R. Técnicas cirúrgicas para regeneração óssea viabilizando a instalação de implantes. Periodontologia: Integração e resultados. Artes Médicas. 2007; 183-226.
3. Filho ADMB, Dias ECLDC, Chiarelli FM, Rós LD. Distração osteogênica na região anterior da mandíbula: relato de caso clínico. UFES rev. Odontol. 2007 set/dez; 5(3): 39-45.
4. Faverani LP, Ramalho FG, Santos PHD, Rocha EP, Garcia JIR, Pastori CM et al. Técnicas cirúrgicas para a enxertia óssea dos maxilares - revisão da literatura. Rev. Col. Bras. Cir. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010069912014000100061&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912014000100012>.
5. Filho VAP, Vieira EH, Gabrielli MAC, Queiroz TP, Chávez OFM. Osteogenic distraction for the placement of tooth implants: a case report. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2007 jan/mar; 7(1): 51-58.
6. Uckan S, Dolanmaz D, Kalayci A, Cilasun U. Distraction osteogenesis of basal mandibular bone for reconstruction of the alveolar ridge. Br J Oral Maxillofac Surg. 2002 Out; 40(5): 393-6.
7. Chiapasco MV, Romeo E, Vogel G. Vertical distraction osteogenesis of edentulous ridges for improvement of oral implant positioning: a clinical report of preliminary results. Int. J. Oral Maxillofac. Implants. 2001 Jan/fev; 16(1): 43-51.
8. Maurette, R.M. Reconstrução do rebordo alveolar atrófico na região anterior de maxila por meio de distração osteogênica. Relato de caso clínico. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2005, 5(2): 33-40.
9. Zandoná RL, Fogaça CL, Eidt SV. Reduction of maxillary bone defect by horizontal distraction osteogenesis. Full Dent. Sci. 2011; 2(8): 364-371.

10. Ilizarov G.A. The tension-stress effect on the genesis and growth of tissues: Part 2, The influence of the rate and frequency of the distraction. Clin Orthop, Philadelphia, 1989 Jan; 239 (b): 263 – 285.