

- 1 - Enxerto Autógeno de Sínfise Mandibular
- 2 - Amiloidose Sistêmica com Envolvimento da Cavidade Oral
- 3 - Hipertrofia Hemi-Facial

### *Autogenous Mandibular Bone Grafts*

## ① Enxerto Autógeno de Sínfise Mandibular

### **INTRODUÇÃO**

Ao ser planejada uma reabilitação protética através de implantes osseointegrados, a disponibilidade óssea deve ser cautelosamente avaliada. A instalação dos mesmos requer um volume ósseo adequado aos locais desejados para o suporte protético.

Existindo um osso inadequado, várias técnicas cirúrgicas podem ser utilizadas para reconstruir o rebordo deficiente.

O uso de enxertos de osso autógeno visando à instalação de implantes, descritos por BRANEMARK<sup>1</sup> (1975), é um procedimento considerado como padrão ideal no reparo de atrofia alveolares parciais ou totais.

A razão que faz o enxerto ósseo autógeno ser considerado o substituto ideal, é o fato de apresentar características peculiares, como: trazer consigo células osteogênicas, aceitação biológica em função da superior compatibilidade tecidual, não apresentar risco de rejeição pelo paciente e mostrar resultados mais previsíveis.

Sítios doadores de enxertos intrabucais são facilmente acessíveis via cirurgias ambulatoriais com o uso de anestésias locais, podendo também ser assistidos com técnicas de sedação oral ou intravenosa, o que reduz o grau de ansiedade do paciente.

Entre estas áreas doadoras destacamos a região de sínfise mandibular, da qual iremos efetuar o relato de um caso.

### **RELATO DO CASO**

Paciente SV, gênero feminino, 35 anos, com a necessidade de uma reabilitação protética dos elementos 11, 12, 21 e 22. Era portadora de uma prótese parcial removível. Ao exame clínico detectou-se acentuada perda óssea na referida região, o que impedia a instalação de implantes.

Foi solicitada uma radiografia panorâmica para complementar o planejamento. Requereram-se exames laboratoriais para a avaliação sistêmica da paciente.

Mostrando-se a paciente em condições clínicas e sistêmicas de ser submetido à intervenção cirúrgica, optou-se pela técnica de enxerto ósseo removido da sínfise mandibular.

A medicação pré-cirúrgica prescrita foi: Na noite anterior à cirurgia, 1g de Cefalexina via oral, e Decadron de 4mg, ingerido uma hora antes da cirurgia.

Efetuiu-se a anestesia local na área receptora, com Articaina a 4% com 100.000UI de adrenalina. Em seguida, o local foi incisado, sendo concluído com duas relaxantes na distal dos caninos direito e esquerdo. O retalho foi descolado, e avaliou-se a quantidade óssea a ser removida da área doadora para cobrir o defeito existente.

Em seguida a área doadora (sínfise mandibular) foi anestesiada, o local incisado e o retalho rebatido. Complementou-se com duas incisões relaxantes na região de canino, sendo o local descolado até a borda inferior da mandíbula.

Com broca trefina número 10 removeu-se dois blocos de osso, nos lados direito

#### **- Anderson Müller**

Mestrando em Implantodontia do CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP

#### **- Antônio Carlos B.R. da Silva**

Professor de Implantodontia do CPO São Leopoldo Mandic, Campinas/SP

#### **- Liane T. Hoff Schmidt**

Mestranda em Implantodontia do CPO São Leopoldo Mandic/Campinas/SP

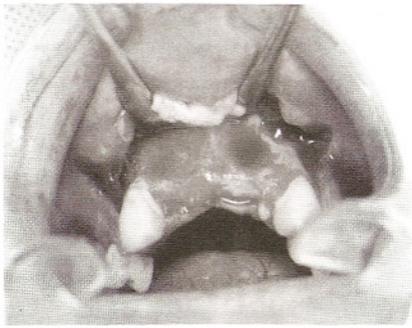


Fig. 1 - Área receptora exposta do caso clínico.

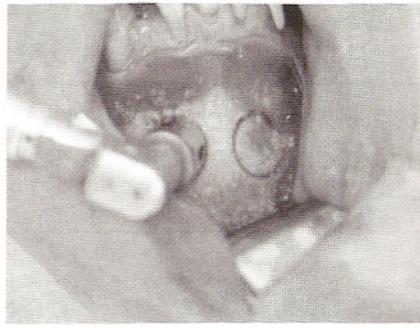


Fig. 2 - Delimitação dos blocos ósseos.



Fig. 3 - blocos sendo removidos.

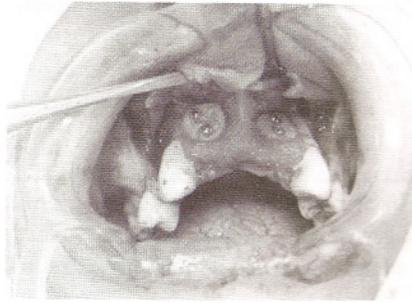


Fig. 4 - Blocos fixados.



Fig. 5 - Sutura e finalização cirúrgica.

e esquerdo respectivamente. Em seguida, a área doadora foi suturada.

A área receptora foi então descorticalizada, os blocos ósseos adaptados ao local e fixados com parafusos de titânio de 1.5mm de diâmetro por 11mm de comprimento.

Depois de concluída a fixação, o retalho foi reposicionado, e o periosteio na base do retalho foi aprofundado delicadamente, a fim de permitir o alongamento da mucosa e a adaptação das margens da ferida sem tensão. Concluído o procedimento, a suturada foi realizada.

A paciente foi orientada quanto aos cuidados pós-operatórios, e a medicação prescrita foi: Cefalexina de 500mg de 6/6 horas por 6 dias, Decadron 0.75mg, de 4/4 horas por 3 dias e Tylenol de 750mg de 4/4 horas, em caso de dor.

A sutura será removida após sete dias. Decorridos seis meses, os implantes serão instalados.

## DISCUSSÃO

O sucesso em implantodontia envolve um correto diagnóstico e planejamento com referência aos defeitos alveolares existentes (BRAEMARK<sup>1</sup>, 1975).

O planejamento deve incluir tomadas radiográficas do tipo periapical, panorâmica e cefalometria lateral (MISCH<sup>7</sup>, 1993).

O osso autógeno forma o arcabouço rígido que suporta dentes e implantes e, é composto de estruturas orgânicas e inorgânicas. A resiliência e a resistência estão associadas com o colágeno, que é o componente orgânico. A dureza e a rigidez são características dos componentes inorgânicos, os quais são constituídos primariamente por hidroxiapatita (MISCH<sup>8</sup>, 1995).

Para reconstruir defeitos ósseos alveolares localizados, o enxerto ósseo de área doadora intra-oral oferece uma série de benefícios. Entre as vantagens em relação aos enxertos intra-orais, pode-se citar (MISCH<sup>8</sup>, 1995):

- Acesso cirúrgico facilitado;
- Proximidade entre a área doadora e a receptora;
- Redução do tempo de anestesia;
- Redução do tempo de cirurgia;
- Realização do procedimento em ambiente ambulatorial;
- Menos desconforto ao paciente;
- Recuperação mais rápida.

A quantidade de osso disponível dependerá muito da anatomia da região doadora e da experiência do cirurgião. A área doadora deve possuir força e rigidez, assim como permitir a fixação do enxerto com adaptação segura no local receptor (MOY<sup>9</sup>, 1993).

Na maioria dos casos, os enxertos ósseos de áreas doadoras intra-orais são suficientes para suprir as deficiências de largura que envolve uma extensão de até quatro dentes (MISCH<sup>9</sup>, 1996).

As dimensões de bloco obtidas são determinadas pelo tamanho do defeito existente. A osteotomia pode ser executada com uma broca de fissura, serra ou broca trefina (SHIROTA<sup>13</sup>, 1996).

Segundo MISCH<sup>7</sup>(1993), a sínfise fornece um bom acesso cirúrgico, uma mínima reabsorção do enxerto, a qualidade do osso cicatrizado é entre D1 e D2 e as complicações do local doador podem ser consideradas moderadas.

Os núcleos ósseos coletados com broca trefina variam de 4 a 10mm de diâmetro. A broca trefina prepara o núcleo de osso até o lado interno da lâmina cortical lingual. Após, o descolador de Molt é inserido na osteotomia, fraturando o núcleo ósseo. O bloco é então removido. É essencial que os núcleos sejam fixados e imobilizados para uma perfeita cicatrização. (BURHR<sup>2</sup>, 1996).

Na eventualidade de acontecer sangramento mais intenso no local doador, a cera óssea deve ser pressionada no local

(PAPAY<sup>11</sup>, 1996).

Nenhuma alteração no contorno do mento foi radiográfica ou clinicamente observada quando removido um enxerto da área (MISCH<sup>7</sup>, 1993).

A ptose do mento pós-cirurgia é difícil de ocorrer e pode ser prevenida, evitando-se o descolamento das regiões vestibulares e inferiores da mandíbula e da exposição da região lingual (RUBENS<sup>13</sup>, 1989).

A sensação alterada dos dentes anteriores inferiores é um sintoma pós-operatório relativamente comum nos pacientes submetidos a enxerto de sínfise mandibular; sendo que os mesmos relatam uma sensação de dormência nos incisivos, normalmente solucionada dentro de seis meses (MISCH<sup>9</sup>, 1996).

Outras complicações relatadas nesta área são hematomas e edemas, apicetomia e necrose dental; e dependendo da extensão da remoção, alteração no perfil facial. Para conter o edema, evitar o sangramento e ruptura da sutura em decorrência da movimentação labial, pode ser utilizada a bandagem do mento (FREITAS<sup>4</sup>, 2000).

## CONCLUSÃO

Enxerto de osso autógeno é indiscutivelmente o melhor padrão de qualidade para a reconstrução de defeitos ósseos.

O osso coletado da sínfise mandibular permite reconstruir falhas ósseas com resultados previsíveis.

Deve-se também evidenciar que este sítio doador é de fácil acesso, a cirurgia acontece a nível ambulatorial, é conveniente, há menor morbidade, mantém sua qualidade quanto ao volume e densidade reduzindo o grau de ansiedade do paciente.

## RESUMO

Implantes osseointegrados são uma opção de tratamento e restabelecem as funções mastigatória, estética e fonética, proporcionando bem estar ao paciente.

Em situações de reabsorção óssea, procedimentos cirúrgicos prévios de enxerto ósseo podem melhorar o resultado final.

Dependendo das condições do local receptor, o aumento substancial da forma desejada é algumas vezes, muito difícil, devido à absorção ou deformação do material enxertado. Daí a necessidade de se avaliar bem o material de escolha, para se realizar o enxerto. Dos substitutos ósseos atualmente disponíveis, o enxerto autógeno tem se mostrado como o mais efetivo.

O presente artigo relata uma técnica cirúrgica de enxerto ósseo autógeno em que a remoção do osso é feita da região da sínfise mandibular, e doado para a pré-maxila, com o objetivo de sanar a deficiência óssea local, permitindo a posterior instalação de implantes e confecção protética.

## SUMMARY

Osses integrated implants are a treatment option and they reestablish the functions: chewing, aesthetics and the phonetics, providing well to be the patient.

In situations of reabsorption bony previous surgical procedures of bony graft they can improve the final result.

Depending on the conditions of the receiving place, the

substantial increase in the wanted way is sometimes, very difficult, due to the absorption or deformation of the grafted material. Then the need to evaluate the choice material well, to take places the graft. Of the bony substitutes now a available, the autogenous graft has been showing if as the more cash.

The present larticle tells a surgical technique of autogenous bony graft in that the removal of the bone is made of the area of tlhe sínfise mandibular, and donated for the prejaawbone, with the objective of healing local bony deficiencie, allowing subsequent installation of you implant and prosthetic making.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANEMARK, P.I, LINDSTROM, J, HALLEM, O: Reconstructioin of the defective mandible.Scand J. Plast Reconstr. Surg.1975 , 9:116-128.
- BURHR, W, CONTON, J.P: Limits of the mandibular symphysis as a donor site for bone grafts in carly secondary eleft palate osteoplasty.Int. J. Oral Maxillofac,1996, 25:389-393.
- CARVALHO, P.S., VASCONCELOS, L.W.P.I.J., Influence of Bead Preparation in the Incorporationm of Autogenous Bone Grafts a Study in Dog. J. Oral Maxillofac Implants. 2000,15:565-70.
- FREITAS, R.R, Silva AAF, Borba M: A mandíbula como área doadora de enxertos em cirurgia buço-maxilo-facial.Rev Assoc Paul Cir Dent, 2000, São Paulo, v.54, 3:221-225.
- GRAY, J.C: Early osteogenesis in compact bonegrafts: a quantitative study of contributions of the different graft cells. Calcif Tissue Int, 1979, 29:225-237.
- JENSEN, J., SINDET-PEDERSEM, S., OLIVER, A.J: Warying treatment strategies for reconstruction of maxillary atrophy with implants: results int. 98 pacientes.J.Oral Maxillofac Surg,1994, 52:210-216.
- MISCH, C.M, MISCH, C.E: Autogenous mandibular bone grafts for reconstruction of ridge deficiens prior to implant placement. Int J Oral Maxillofac Impl, 1993, 8:17
- MISCH, C.E : Early crestal bone loss etiology and its effect on treatment planning for implants,Postgrad Dent, 1995, '2:3-16.
- MISCH, C.M: Ridge augumentation using mandibular ramus bonegrafts for the placement of dental implants: presentation of a technique.Prac. Periodont. Aesth Dent,1996, 8:127-135.
- MISCH, C.M : Comparison of intraoral donor sites for onlay grafting prior to implant placement, Int J Oral Maxillofac Impl 1997, 12:767-776.
- MOY, P.K, LUNDGREN, S., HOLMES, R.E: Maxillary sinus augumentatio: histomorphometric analysis of graft materials for maxillary sinus floor augumentation, J Oral Maxillofac Surg, 1993, 51:857-862
- PAPAY, F.A., MORALES, L., AHMED, O.F: Comparison of ossification of demineralized bone, hydroxiapatite , gelgoam and bone wan in cranial defect repair. J. Craniofac Surg. 1996 , 7:347-351.
- RUBENS, B.C., WEST, R.A: Ptosis of the chin and lip incompetence: consequences of lost mentalis muscle support.J. Oral Maxillofax,1989, 4:359-366.
- SCHIROTA, T., OHNO, K., MOTOHASHI, M: Histologic and microradiologic comparison of block and particulate cancellous bone and marrow grafts in reconstructed mandibles being considered for dental implant placements.J. Oral Maxillofac. Surg. 1996, 54:15-20.