

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM IMPLANTODONTIA

ENXERTO AUTÓGENO REMOVIDO DA REGIÃO RETROMOLAR – DESCRIÇÃO DA TÉCNICA



AUTORA: ANDRÉA LEONARDO DA SILVA

CO – AUTORES : - EQUIPE DE PROFESSORES DA CLIVO
PROF DR SERGIO MOTTA/ PROF DR FLAVIA RABELLO DE MATTOS/ PROF ROGÉRIO PACHECO DE MORAES
- RENATA TEBALDI
- JOSÉ FRANCISCO TRISTÃO
E-mail:dra.andrealeonardo@gmail.com



INTRODUÇÃO

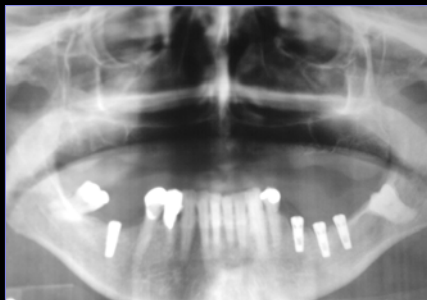
A perda prematura dos dentes acarreta uma série de mudanças, principalmente a perda de estrutura óssea. O sucesso da osseointegração tornou uma opção segura, viável e previsível para as diversas situações de edentulismo.

RESUMO

A perda de estrutura óssea é a maior causadora da instabilidade das próteses convencionais. Muitas vezes para a instalação de implantes dentários é necessário realizar enxertos ósseos para aumento em espessura e altura óssea. Este trabalho descreve uma destas técnicas, que consiste em remoção de um bloco ósseo da região retromolar, demonstrando 100% de sucesso em sua realização e em seus resultados.

PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem como objetivo a apresentação de um caso clínico com remoção de enxerto removido da região do ramo mandibular para confecção de uma prótese fixa superior



Radiografia panorâmica do caso inicial.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 63 anos, leucoderma, ASA II, apresentou-se na CLIVO com objetivo de colocar implantes dentários. Após planejamento, constatou-se a necessidade de enxertia óssea com finalidade de ganho em espessura em toda a maxila, havendo, porém altura óssea suficiente, conforme visualizamos através da radiografia panorâmica. Foi realizado o procedimento de enxerto ósseo, utilizando como área doadora a região retromolar bilateral e sínfise. Após seis meses foram instalados oito implantes do sistema SIN, utilizando-se um guia radiográfico para determinação da localização ideal dos implantes. Depois de seis meses os implantes foram reabertos e a prótese metalocerâmica fixa foi confeccionada.



Fig. 1: Visualização do acesso da área receptora.



Fig. 2: Área receptora-região retromolar.



Fig. 3: bloco removido da sínfise.



Fig. 4: Divisão do bloco para melhor adaptação.

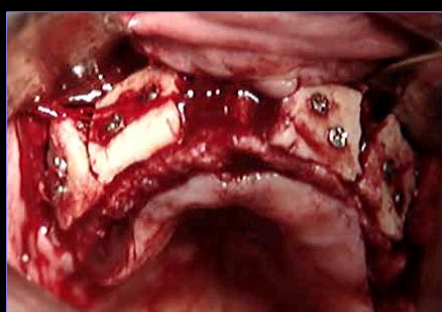


Fig. 5: Fixação dos blocos ósseos

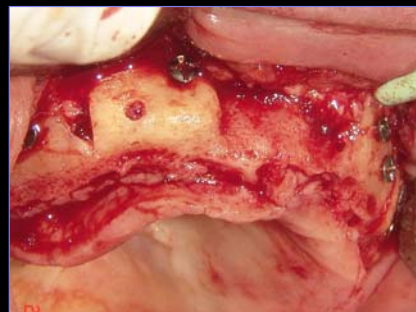


Fig. 6: Reabertura dos enxertos



Fig. 7: guia radiográfico.

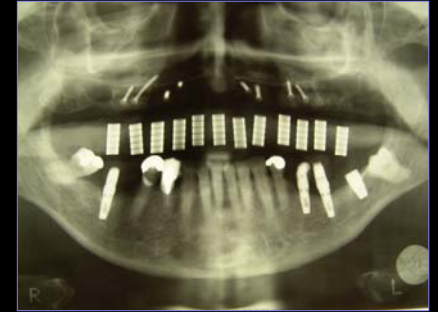


Fig. 8: Rx panorâmico com o guia

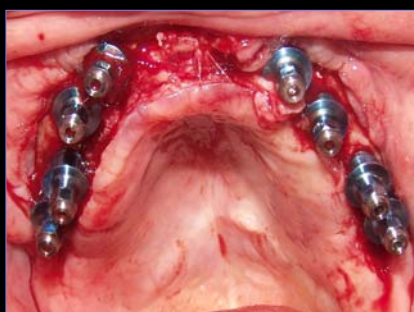


Fig. 9: Instalação dos implantes.



Fig. 10: Rx panorâmico com os implantes instalados.



Fig. 11: prova da estrutura metálica.



Fig. 12: Prótese final

CONCLUSÃO

Não foi observado reabsorção óssea após a realização da técnica e complicações em potencial devido ao uso de medidas preventivas, tais como profilaxia antibiótica e adequação do campo operacional. Consideramos, portanto, que a técnica de enxerto ósseo autólogo tem maior previsibilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANEMARK, P-I *et al.* Reconstruction of The Defective Mandible. *Scand J Plast Reconstr Surg.* v. 9, p. 116-128, 1975.
- Proussnefs P, Lozada J, Kleintman A, Rohrer MD, McMillan PJ. The use of titanium mesh in conjunction with autogenous bonegraft and inorganic bovine bone mineral (Bio-Oss) for localized alveolar ridge augmentation: a human study. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003;23(2):185-195.
- MISCH, C. E. Implantes Dentários Contemporâneos. In: "Considerações Sobre Implante na Pré-maxila: Plano de Tratamento e Cirurgia". 2ª Edição. 509-519. 2000.
- MISCH, C, M *et al.* Reconstruction of The Maxillary Alveolar Defects With Mandibular Symphysis Grafts for Dental Implants: A Preliminary Procedural Report. *Int J Oral Maxillofac Implants.* v. 7, p. 360-366, 1992.

