

Claudio Nóia e Bruno Sá

AUMENTOS ÓSSEOS EM IMPLANTODONTIA

Protocolos de alta performance e previsibilidade para o sucesso clínico



NAPOLEÃO editora



QUINTESSENCE PUBLISHING
BRASIL

15

CASO CLÍNICO DE REABILITAÇÃO AVANÇADA DE DEFORMIDADE DENTOFACIAL ASSOCIADA À REABSORÇÃO SEVERA DE MAXILA

Claudio Nóia

Bruno Sá

Henrique Duque de M. Chaves Netto

Jaime Rodríguez Chessa

Frederico Felipe A. de O. Nascimento

Moacyr Tadeu Vicente Rodrigues

Fernando Duarte

1. INTRODUÇÃO

A filosofia de tratamento do nosso grupo é totalmente favorável à realização de reconstruções teciduais (tanto óssea quanto de tecido mole), para posterior reabilitação implantossuportada dos pacientes com atrofia severa nos maxilares. No entanto, entendemos que o implantodontista deve conhecer e estar apto a praticar (ou pelo menos a diagnosticar e encaminhar) alternativas de tratamento que também podem beneficiar o paciente.

Nesse sentido, a reabilitação de maxilares atróficos sem enxerto ósseo ganhou força nos últimos anos e pode ser indicada como uma forma de tratamento, devendo o profissional considerar situações como perfil do paciente, idade, condição econômica, estado geral de saúde, profissão, entre outras.

Considerar tudo isso requer que muitas vezes o profissional "pense fora da caixa" e encontre uma alternativa viável de tratamento para o paciente, de forma que a mesma "caiba no bolso do cliente", ao mesmo tempo em que satisfaça às necessidades funcionais e estéticas (tanto a estética dentária quanto a estética facial).

Nossa maior preocupação com as reabilitações sem enxerto ósseo está relacionada, principalmente, ao posicionamento de implantes excessivamente palatinizados, fazendo com que a prótese fique com grande excesso de acrílico, interferindo/prejudicando na dicção, fonação, movimentação/posicionamento da língua e, principalmente, dificultando/impossibilitando uma higiene adequada por parte do paciente no seu dia a dia.

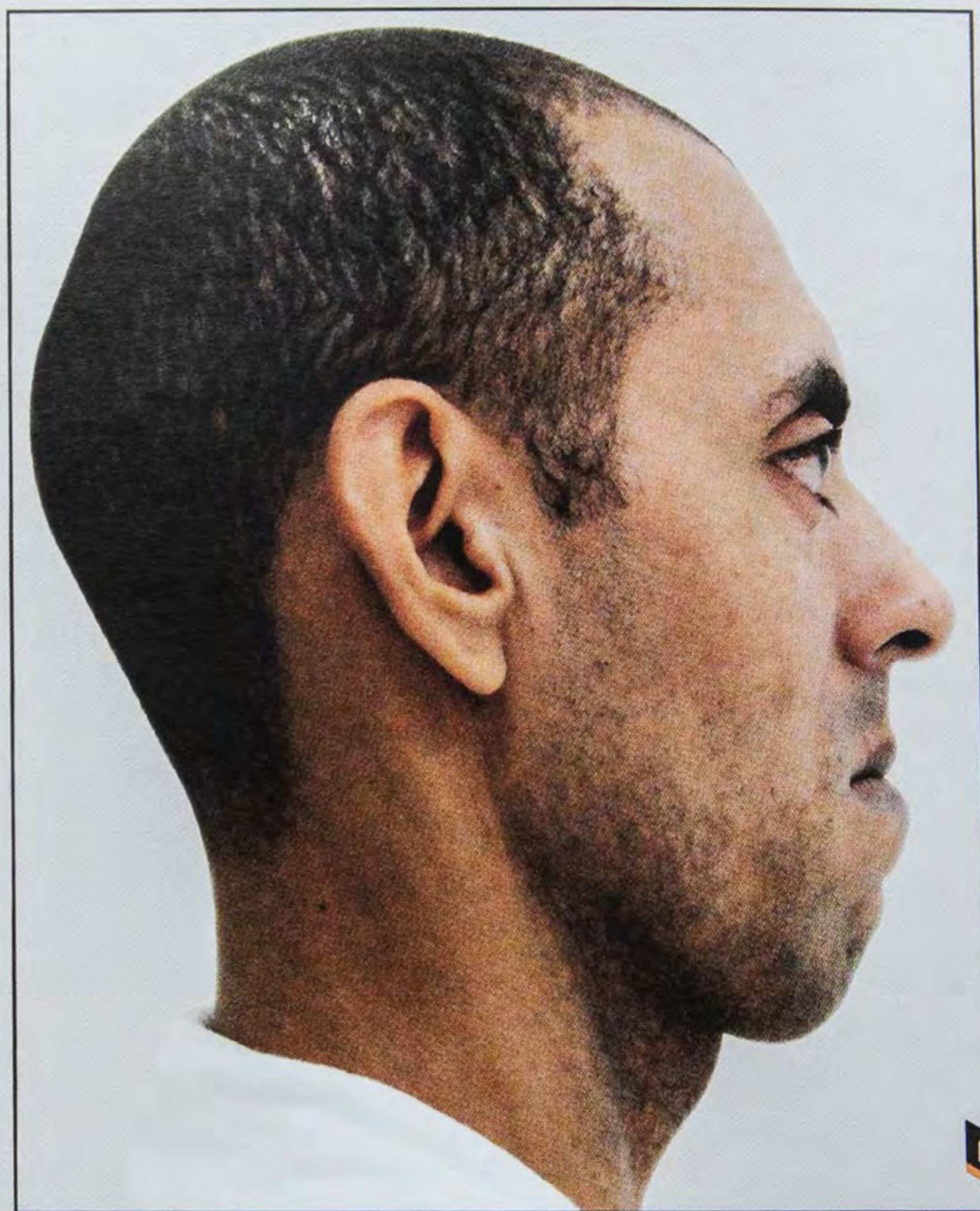
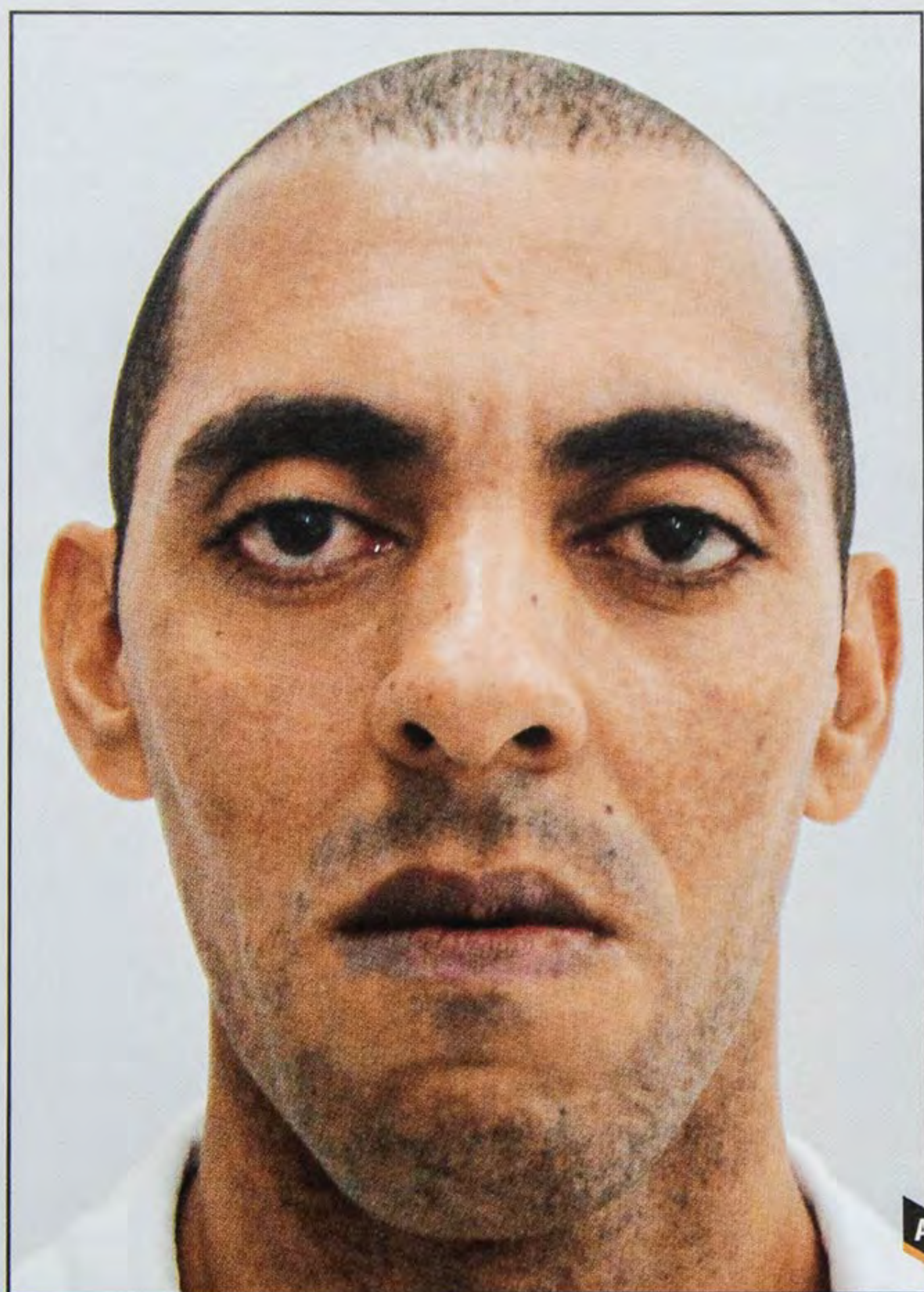
Em nossa visão, independente da realização de enxerto ósseo ou não, o mais importante é proporcionar ao paciente uma reabilitação implantossuportada com volume/quantidade adequada de acrílico, bem como com condições adequadas de higienização, visto que esse fator é fundamental para a manutenção da saúde oral e peri-implantar, principalmente quando se busca a estabilidade dos resultados a longo prazo.

Sendo assim, neste capítulo apresentamos um caso clínico desafiador, onde o paciente apresentava uma deformidade dentofacial grande, associada com uma atrofia óssea horizontal severa na maxila. E, além disso, a condição econômica do mesmo impossibilitava a realização de múltiplas cirurgias hospitalares e/ou aumentos ósseos com materiais de maior custo (rhBMP-2, entre outros).

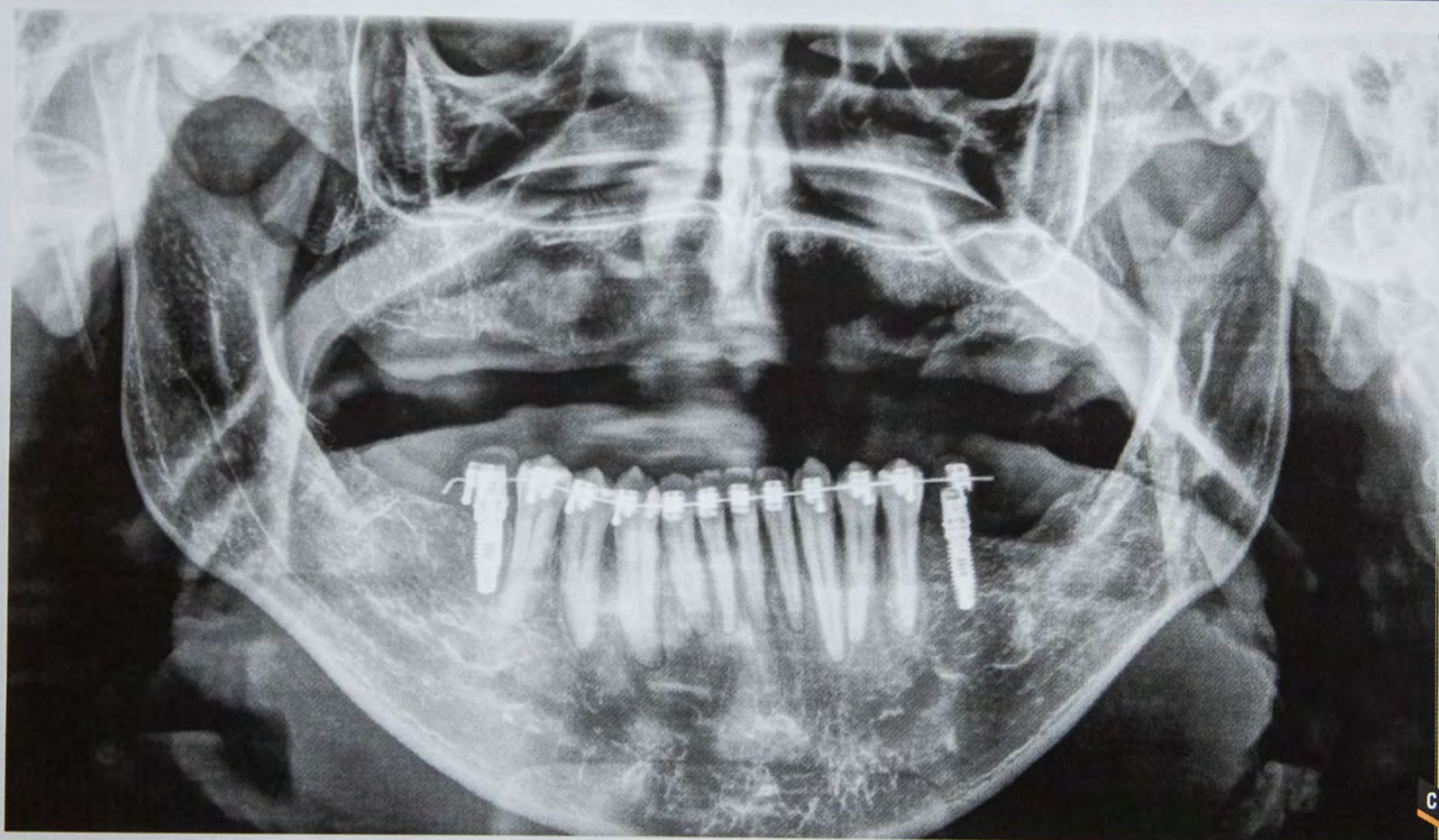
Para este caso, a alternativa proposta pelo nosso grupo foi um plano de tratamento multidisciplinar, iniciando pela ortodontia, passando pela reabilitação oral com fixações zigomáticas (instaladas sob anestesia local) e finalizando com a realização de cirurgia ortognática.

2. CASO CLÍNICO

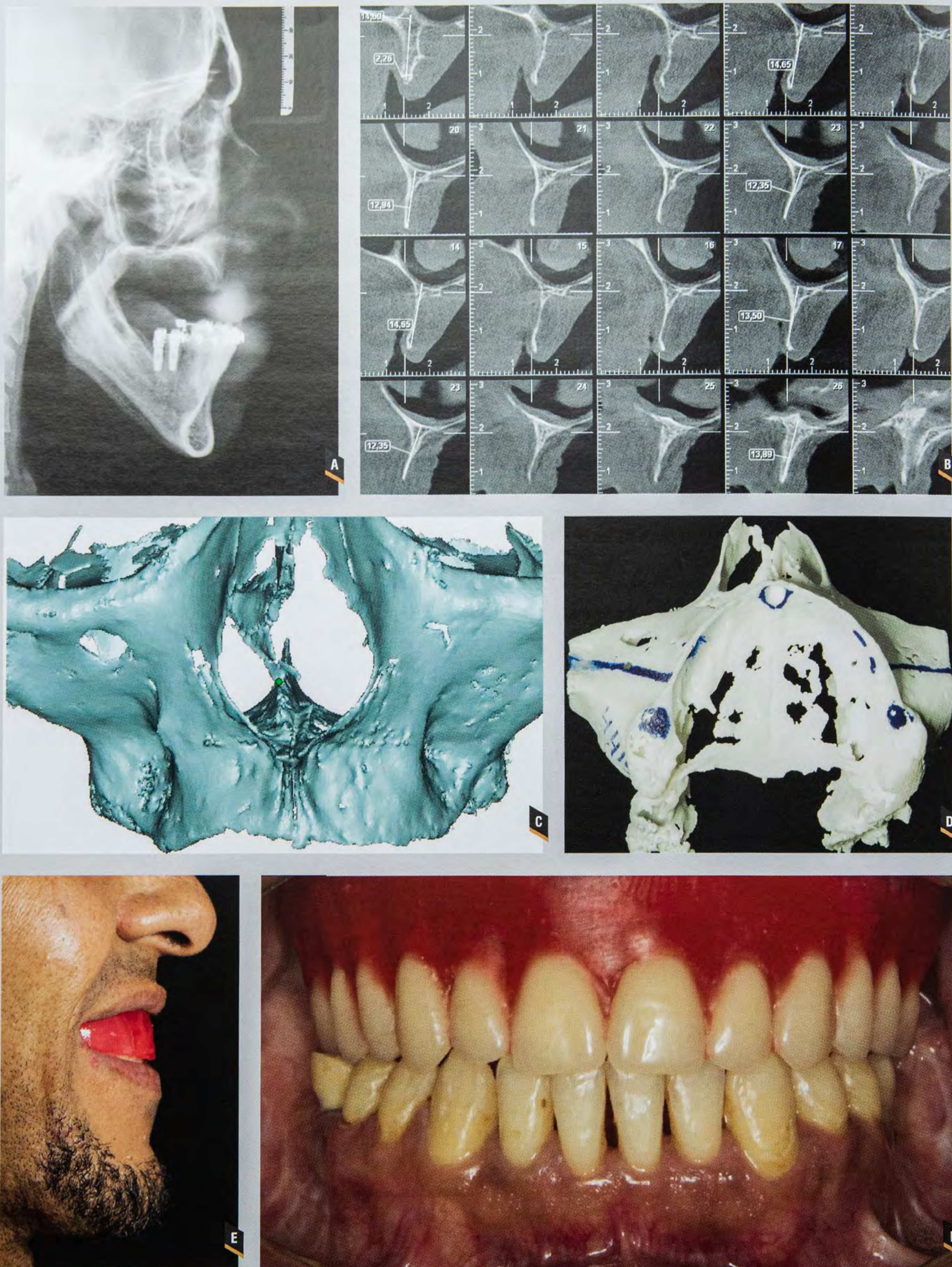
Paciente com perfil facial Classe III, com maxila edêntula apresentando atrofia severa, além de edentulismo parcial mandibular: Paciente A. E. S., sexo masculino, 45 anos, leucoderma, procurou tratamento visando à instalação de implantes dentários, sendo submetido à reabilitação multidisciplinar/interdisciplinar envolvendo ortodontia, fixações zigomáticas e cirurgia ortognática.



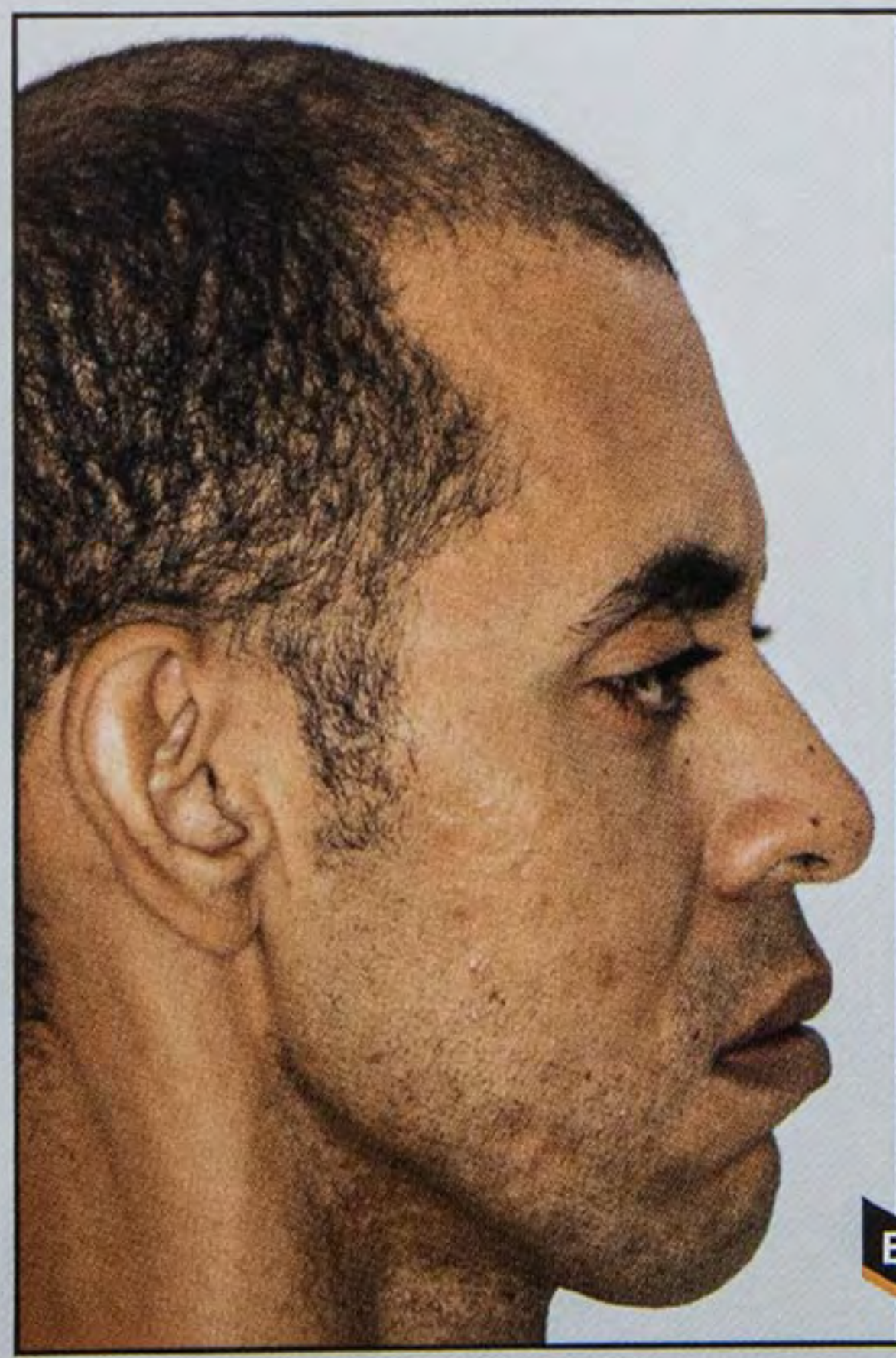
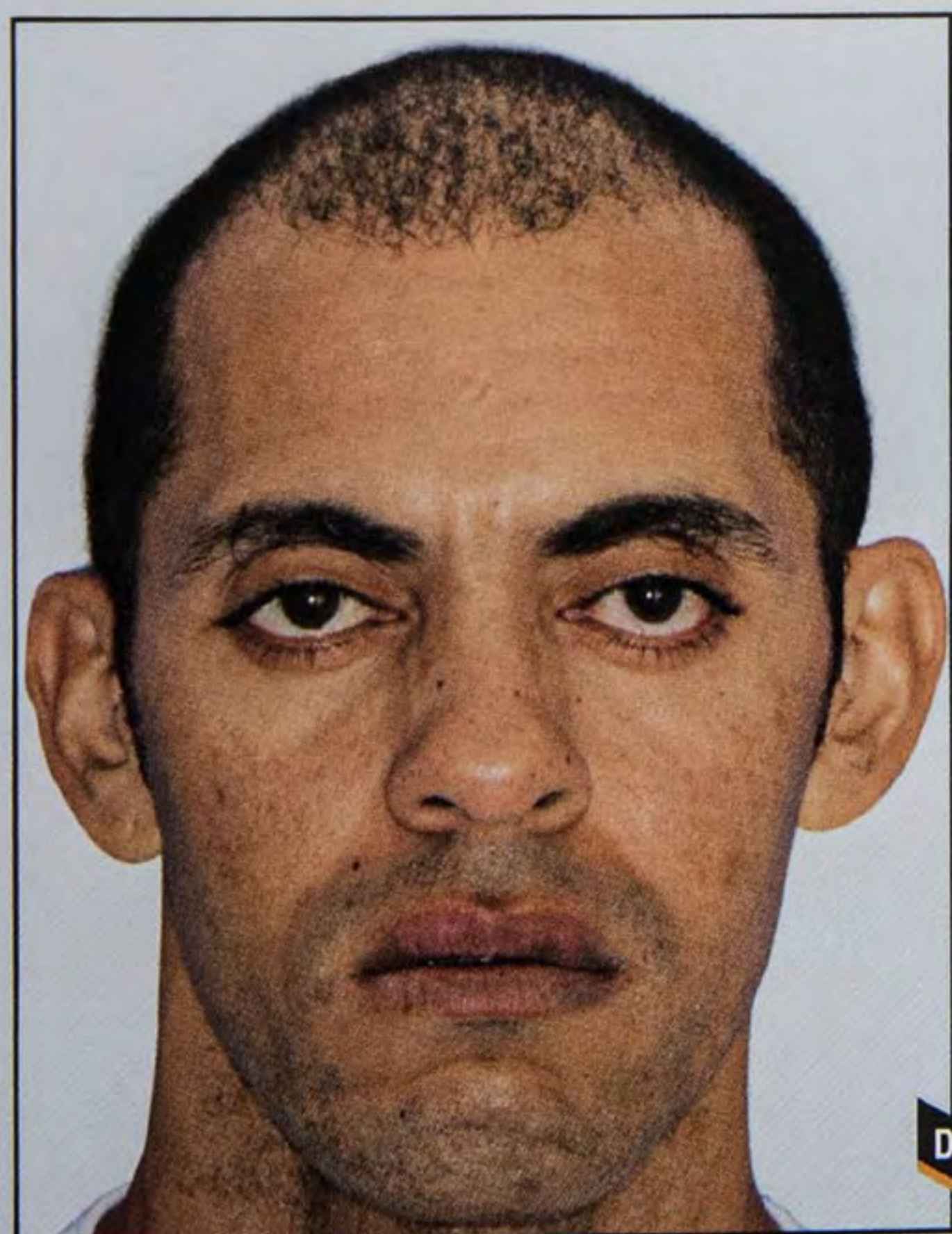
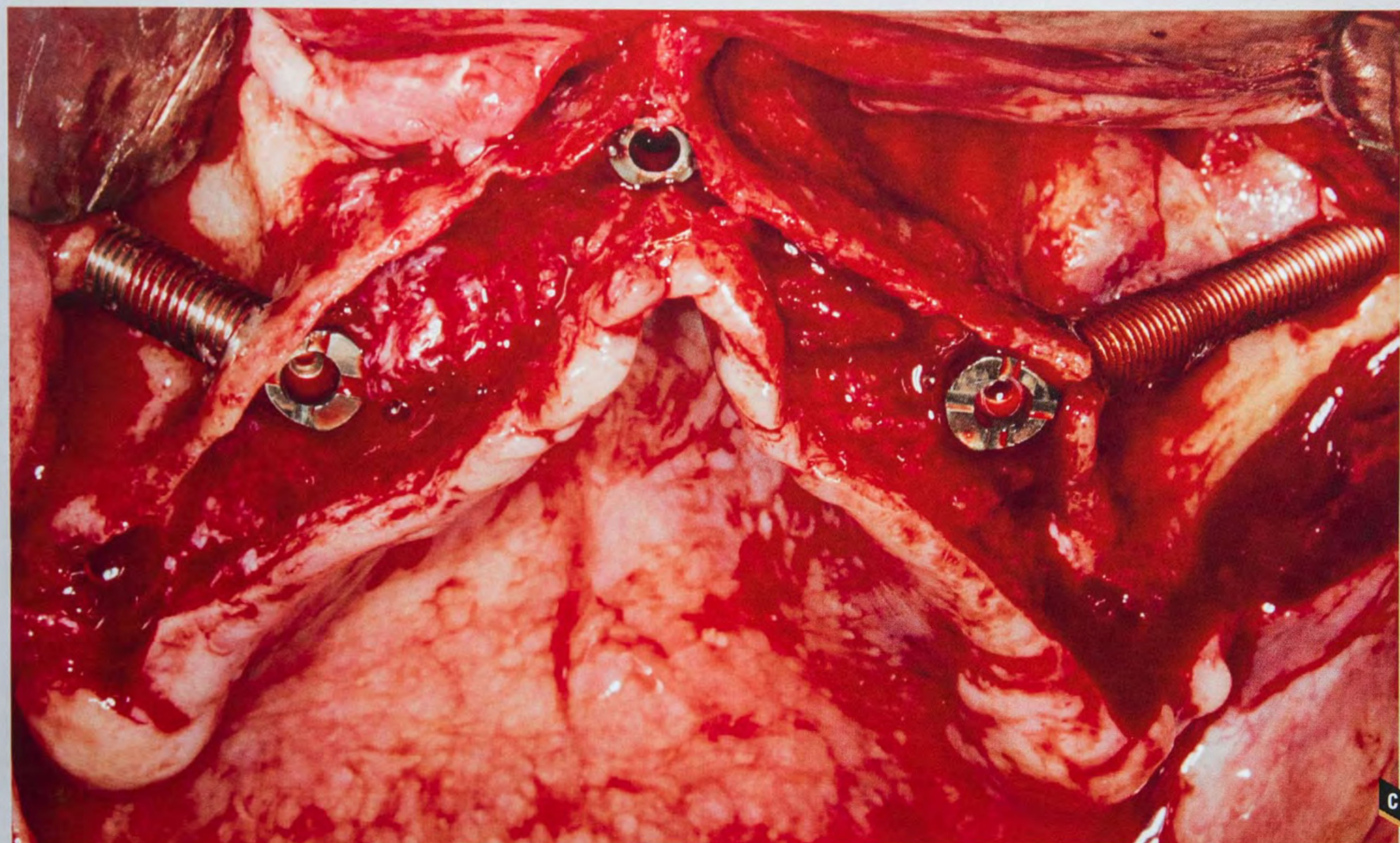
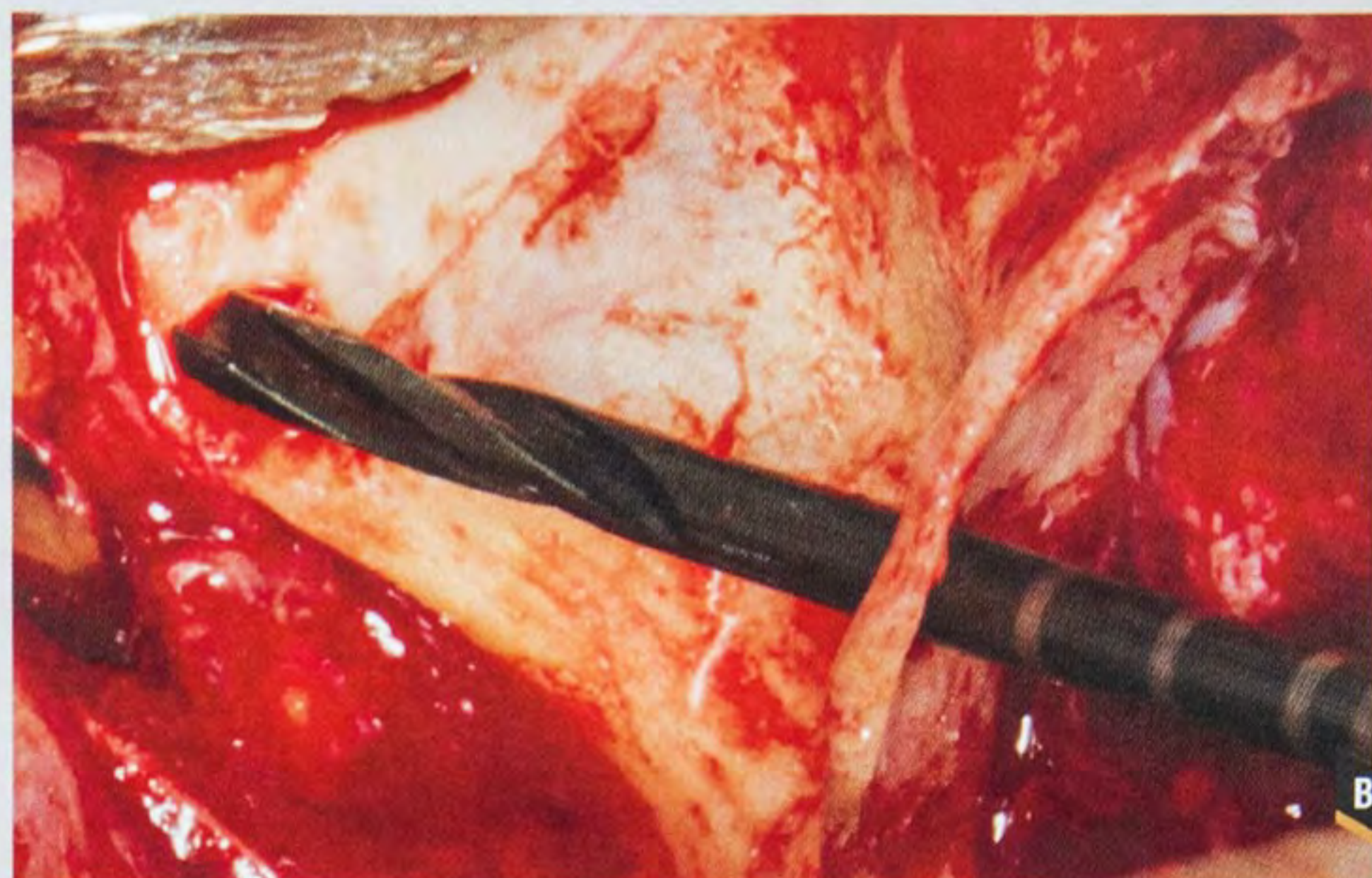
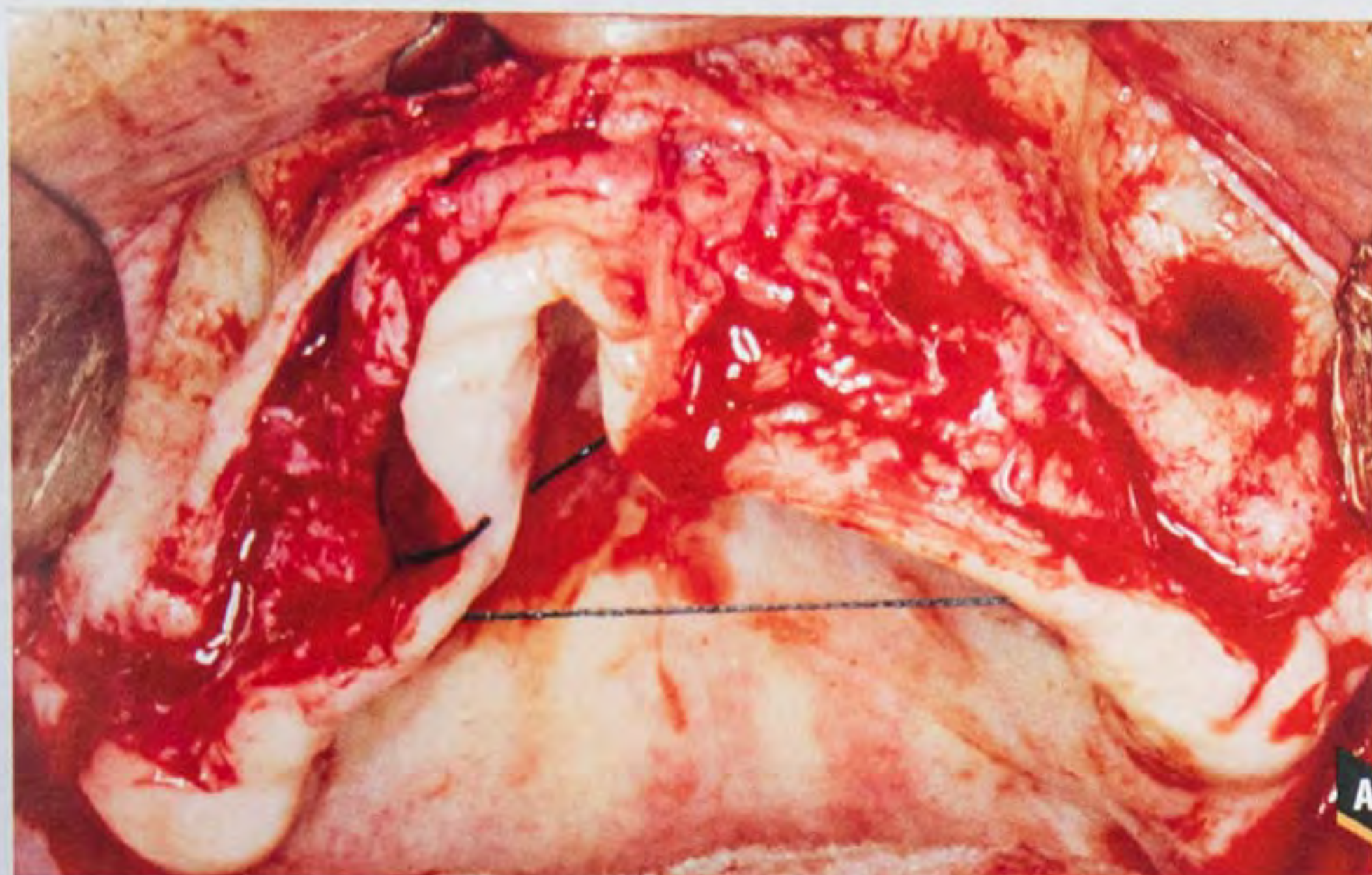
01. A-D > Fotografia extrabucal mostrando o padrão facial Classe III apresentado pelo paciente (deficiência anteroposterior da maxila, prognatismo mandibular, terço inferior da face aumentado, dificuldade de selamento labial) (A,B). Fotografia intraoral evidenciando o edentulismo total maxilar, bem como o uso de prótese total superior que tenta compensar a grande discrepância existente entre as arcadas dentárias (C,D).



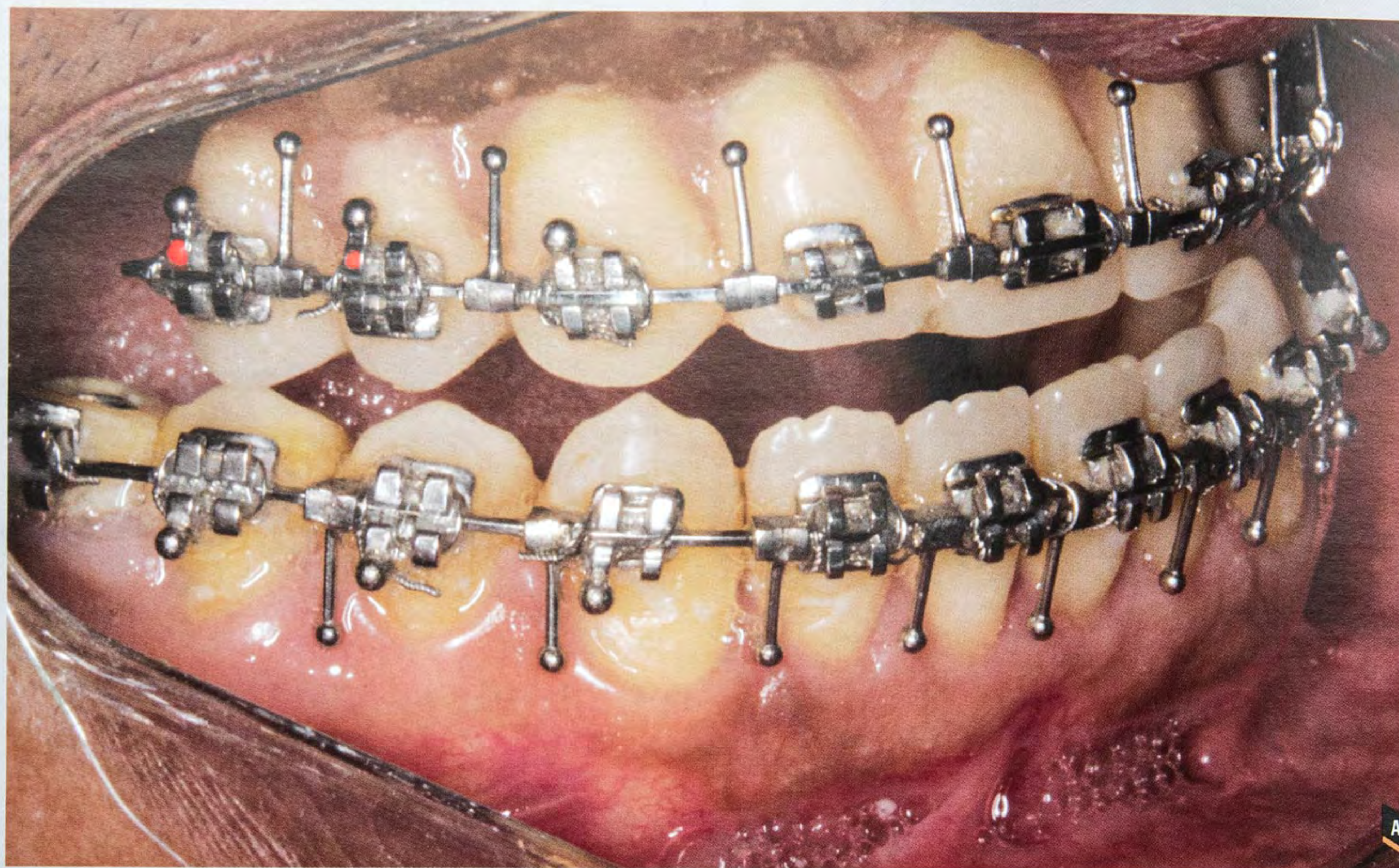
02. A-E › Exames radiográficos mostrando o edentulismo total superior e a ausência de molares inferiores. Na telerradiografia de perfil nota-se a vestibularização importante apresentada pelos dentes naturais inferiores (**A,B**). Radiografia panorâmica evidenciando o posicionamento dos implantes dentários (região de 36 e 46) utilizados como ancoragem absoluta para o tratamento ortodôntico (**C**). Aparelho ortodôntico instalado visando o posicionamento dos dentes na base óssea. Note que um provisório foi confeccionado sobre os implantes dentários posicionados na região do 36 e 46, servindo de ancoragem absoluta para otimizar o tratamento ortodôntico (**D,E**).



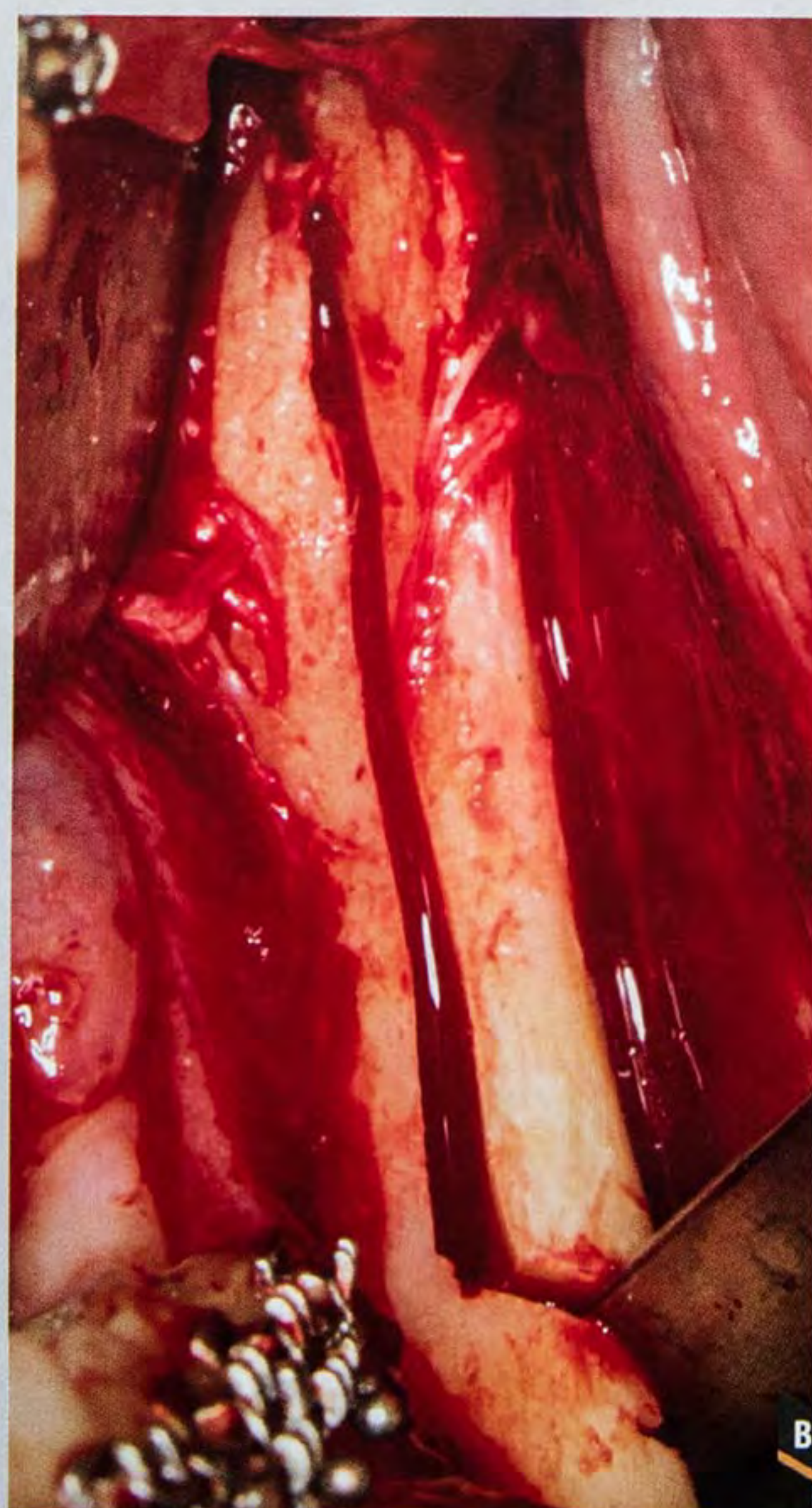
03. A-F > Note o adequado posicionamento dos dentes inferiores nas bases ósseas ao final do tratamento ortodôntico que durou apenas 6 meses (**A**). Exame tomográfico evidenciando uma atrofia severa da maxila em espessura (**B,C**). Protótipo obtido a partir da tomografia computadorizada evidenciando o planejamento dos implantes a serem instalados (**D**). Planejamento protético prévio sendo realizado. Note o ajuste do rolete de cera e a prova dos dentes para posterior confecção do guia multifuncional (**E,F**).



04. A-E > Vista oclusal da atrofia severa da maxila. Note a existência de boa espessura óssea na região de tuberosidade maxilar (A). Fresagem para instalação dos implantes zigomáticos sendo realizada (B). Implantes zigomáticos e convencionais instalados na maxila. Note que a anatomia do caso proporcionou a instalação dos implantes sem passar pelo interior dos seios maxilares (C). Aspecto facial do paciente após a colocação dos implantes zigomáticos e confecção da carga imediata com prótese protocolo reduzida do tipo provisória. Note a melhora da harmonia facial, melhora no posicionamento labial e ângulo nasolabial (D,E).



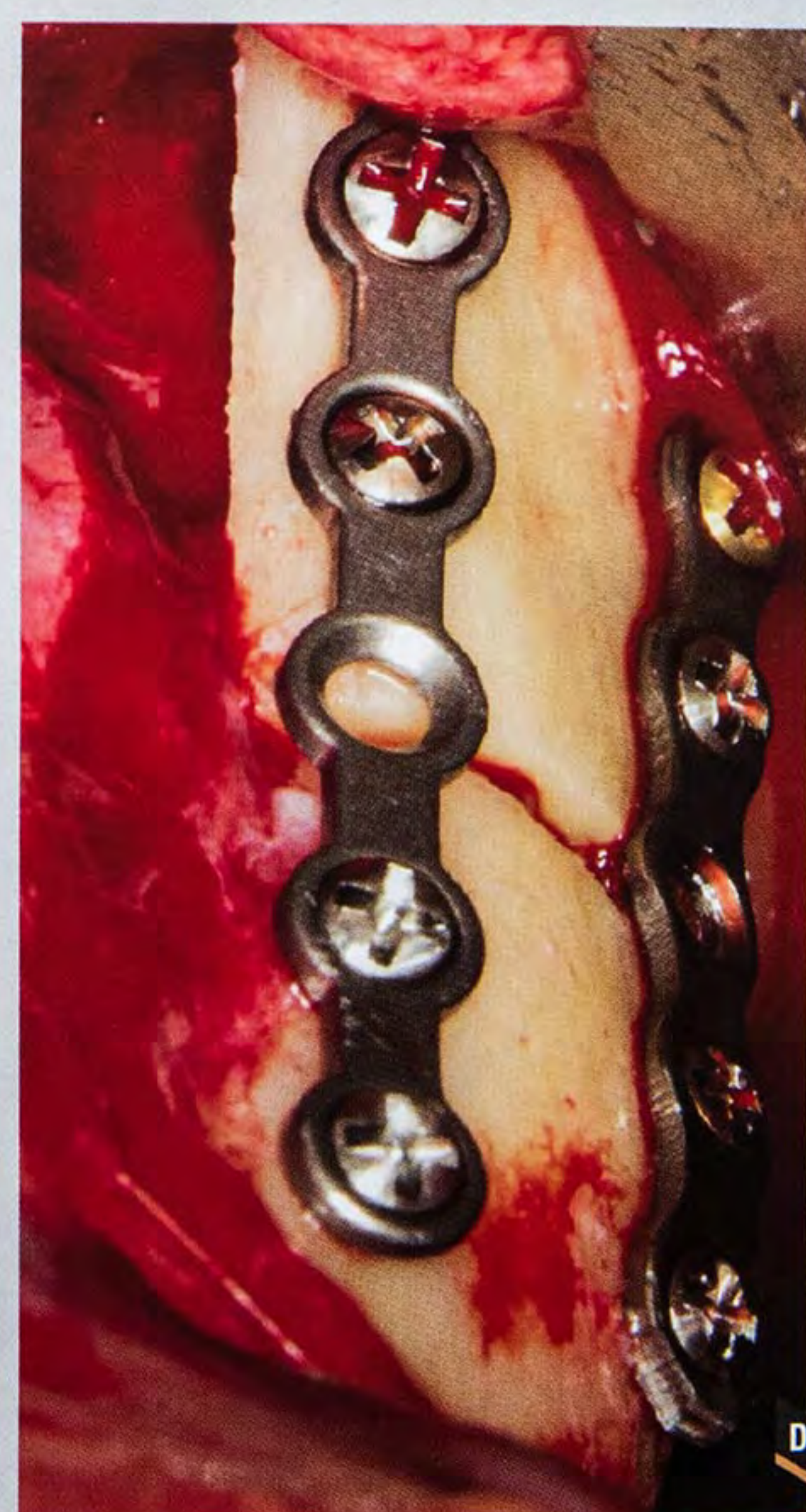
A



B

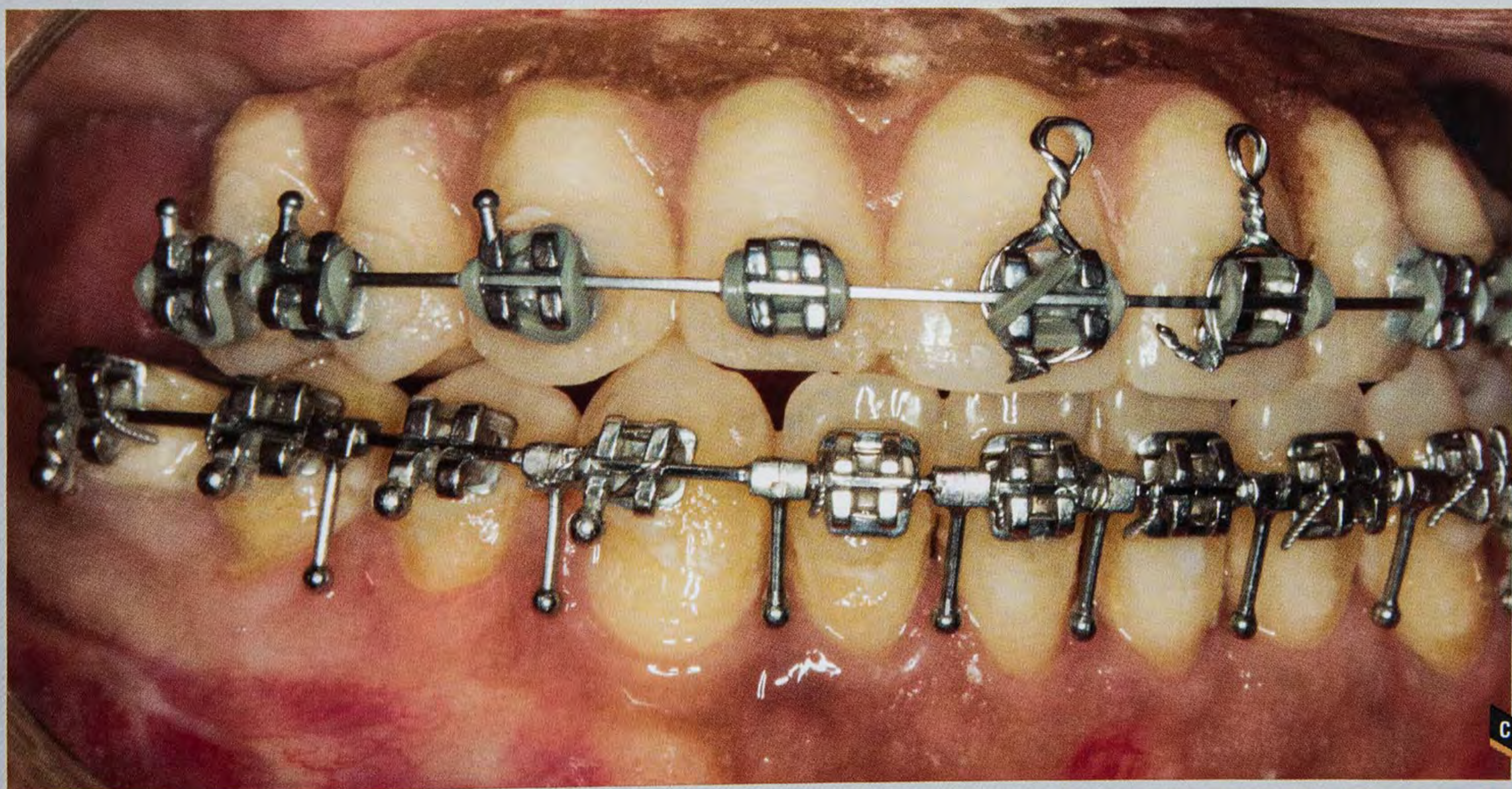
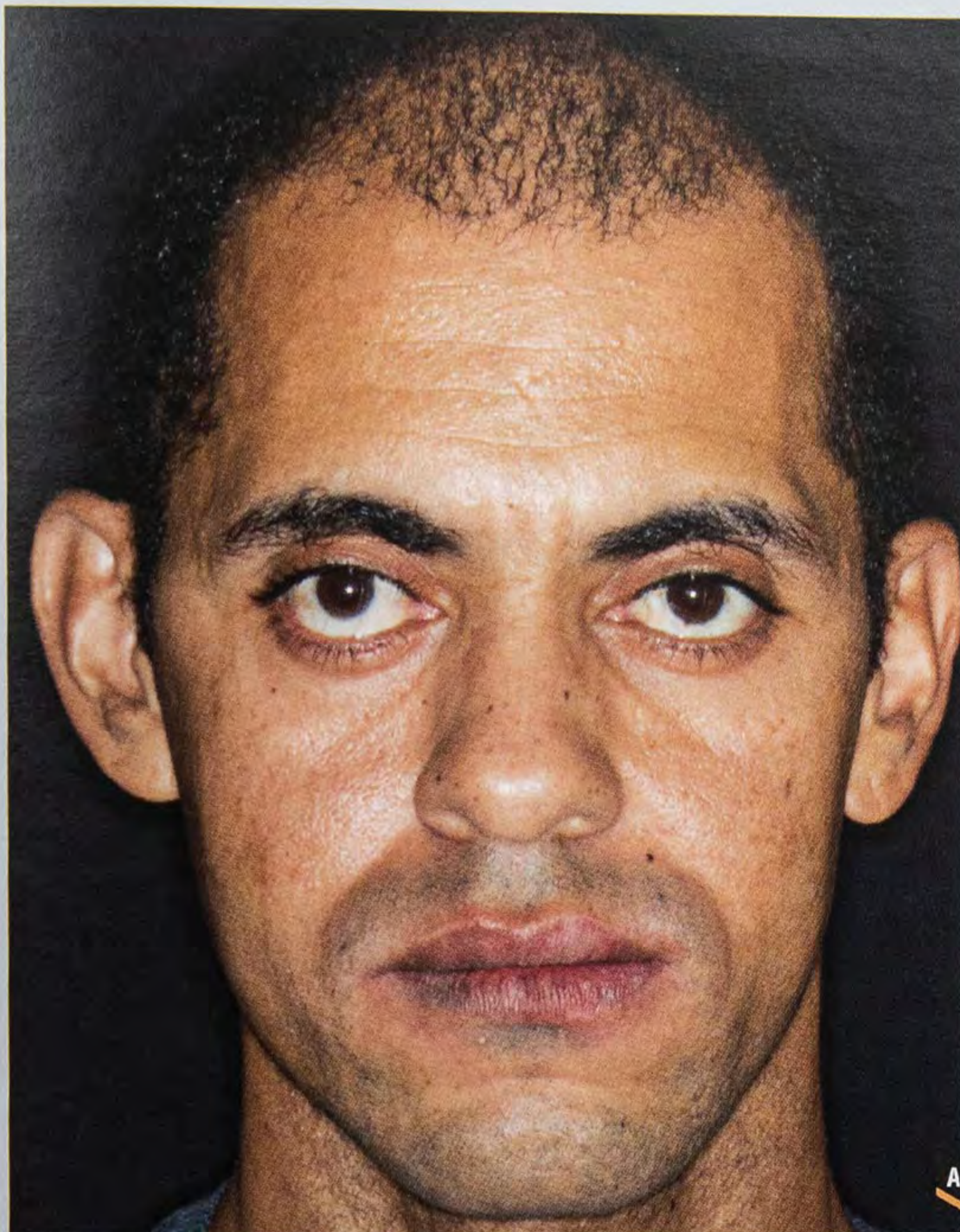


C

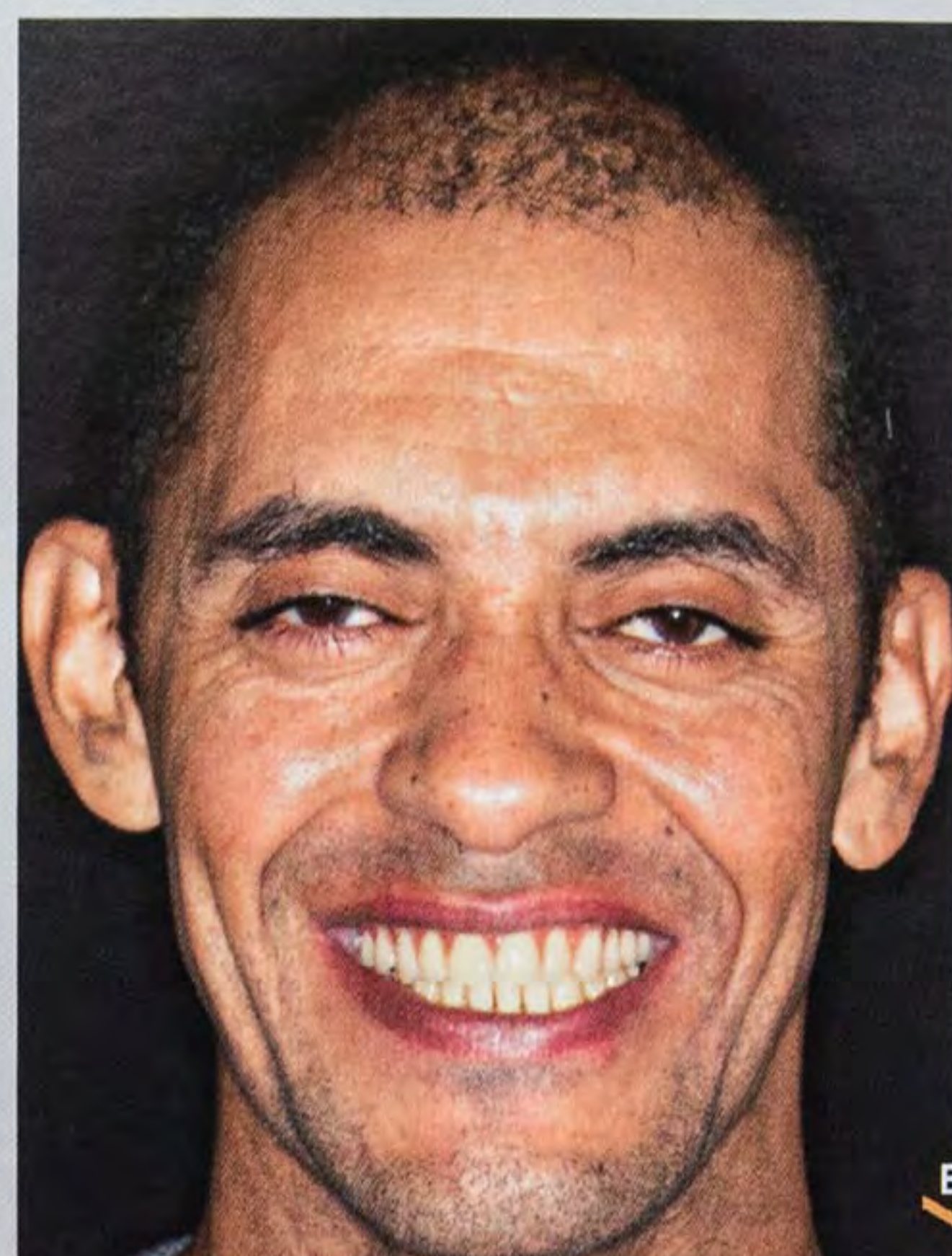
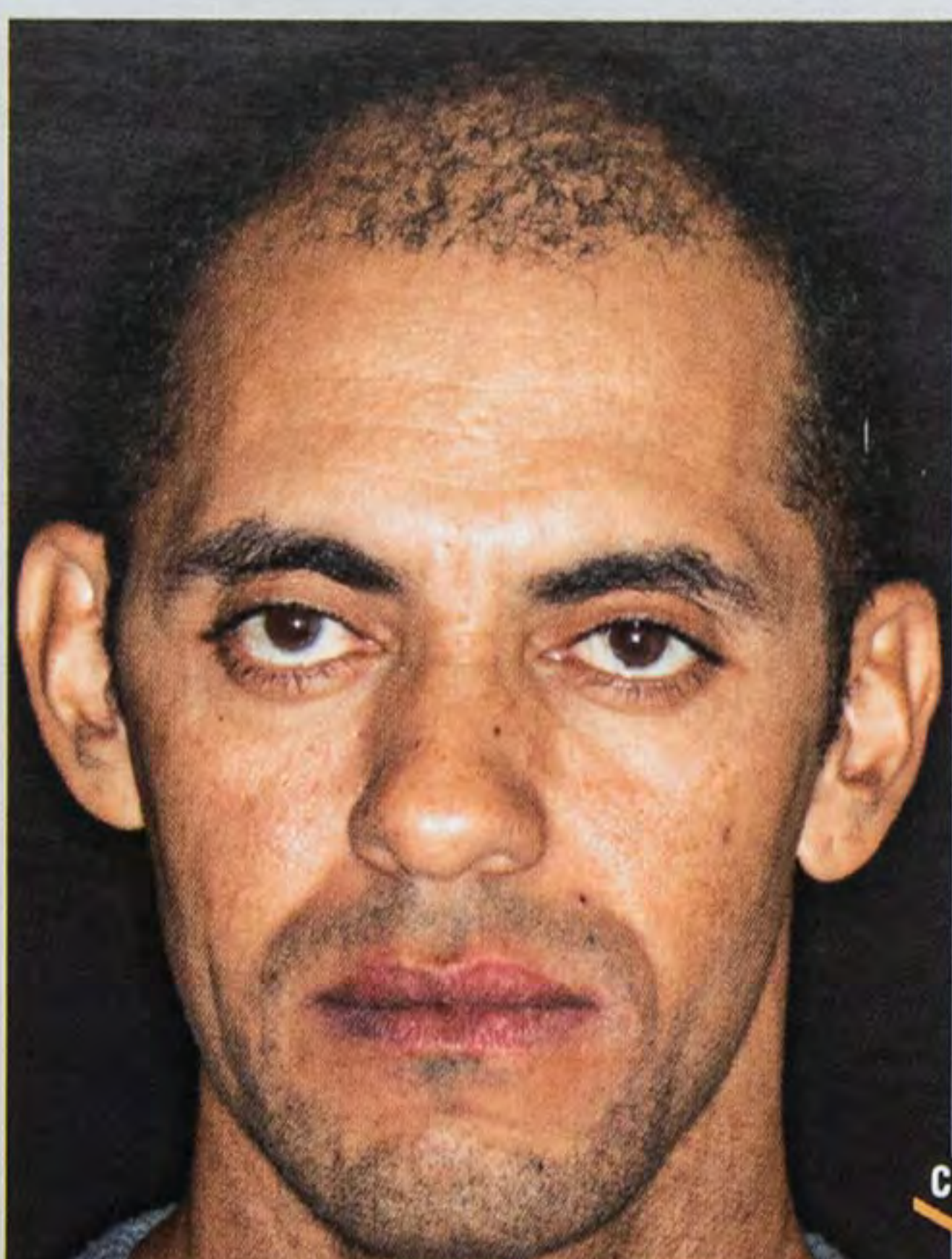
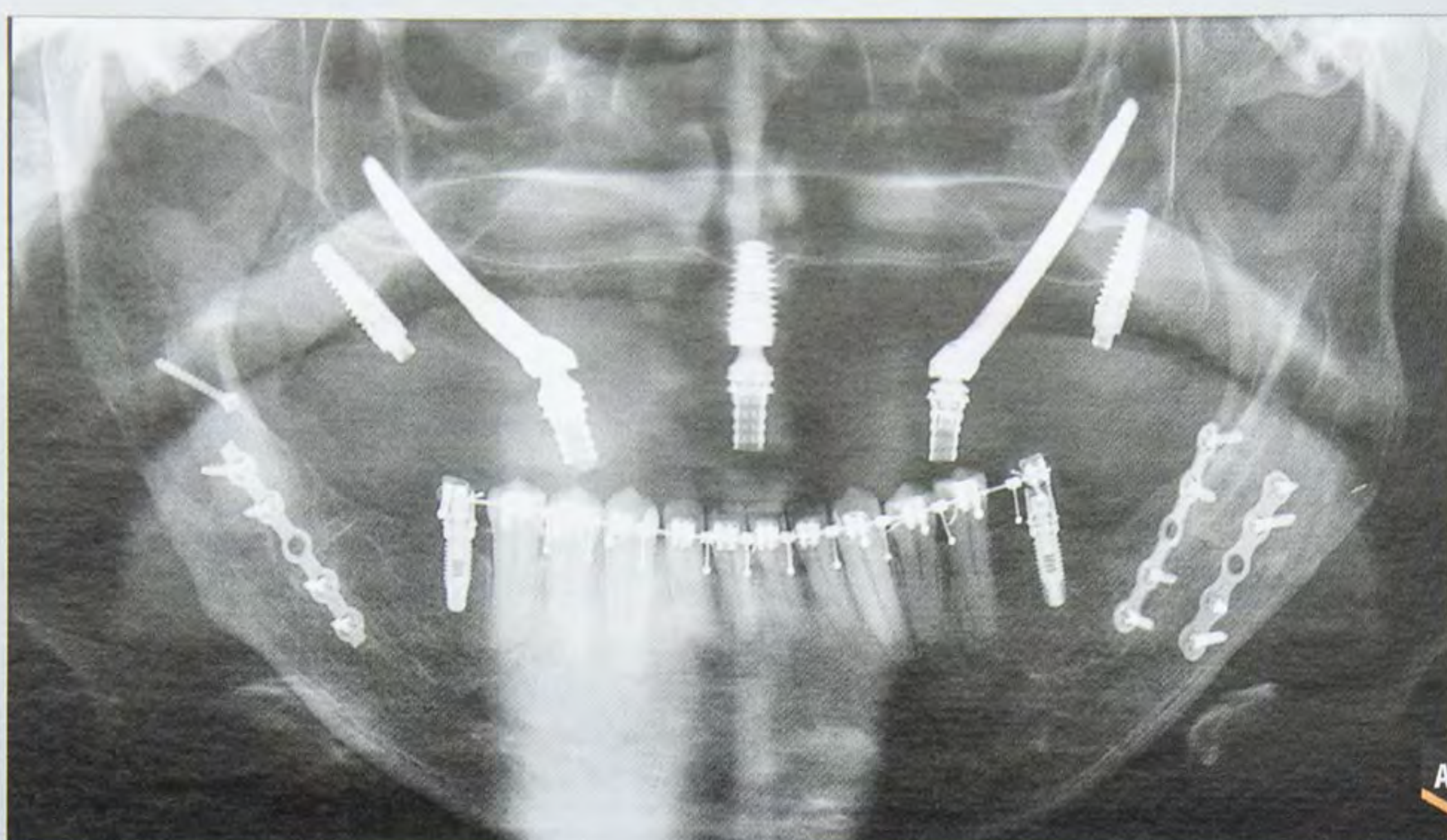


D

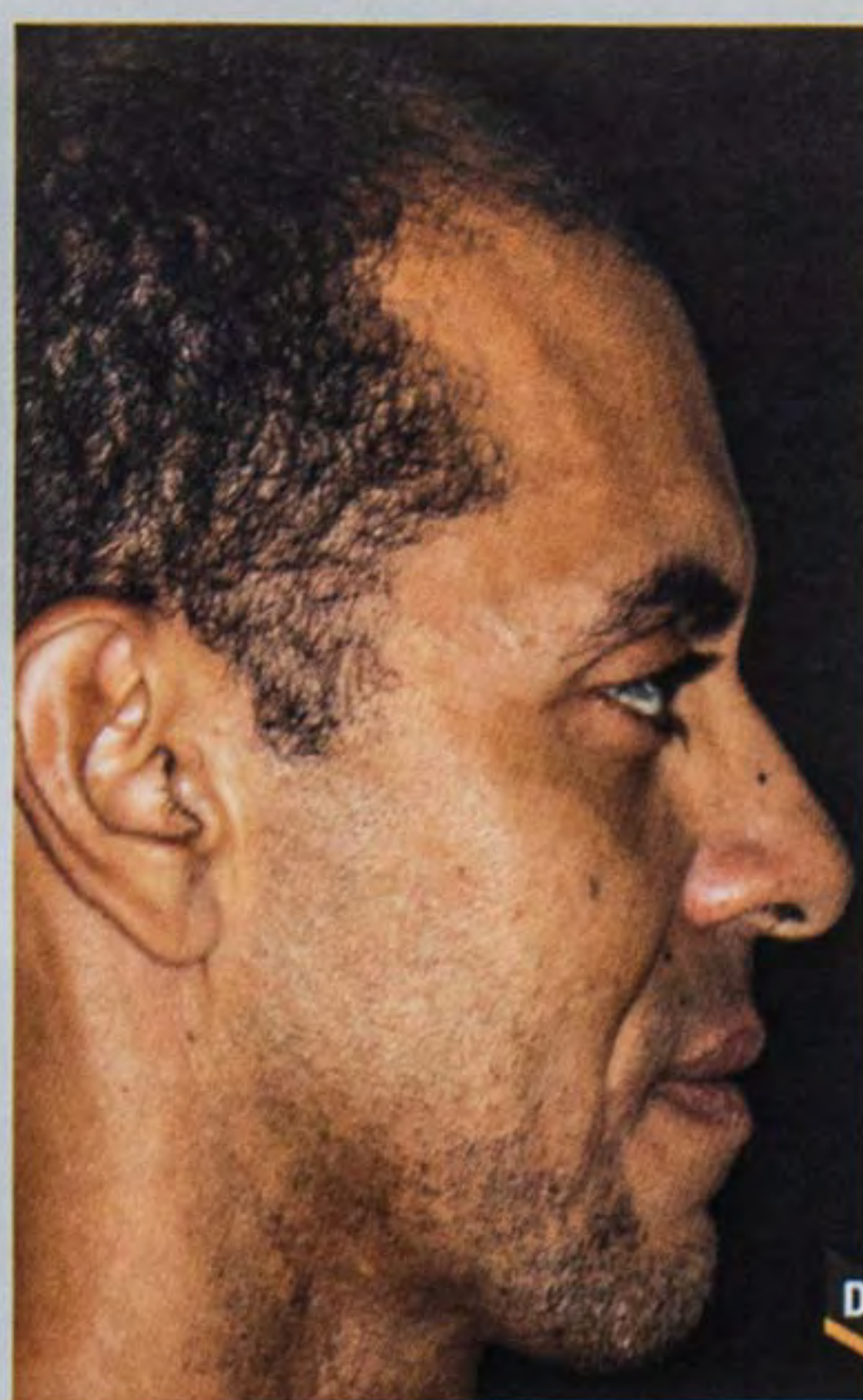
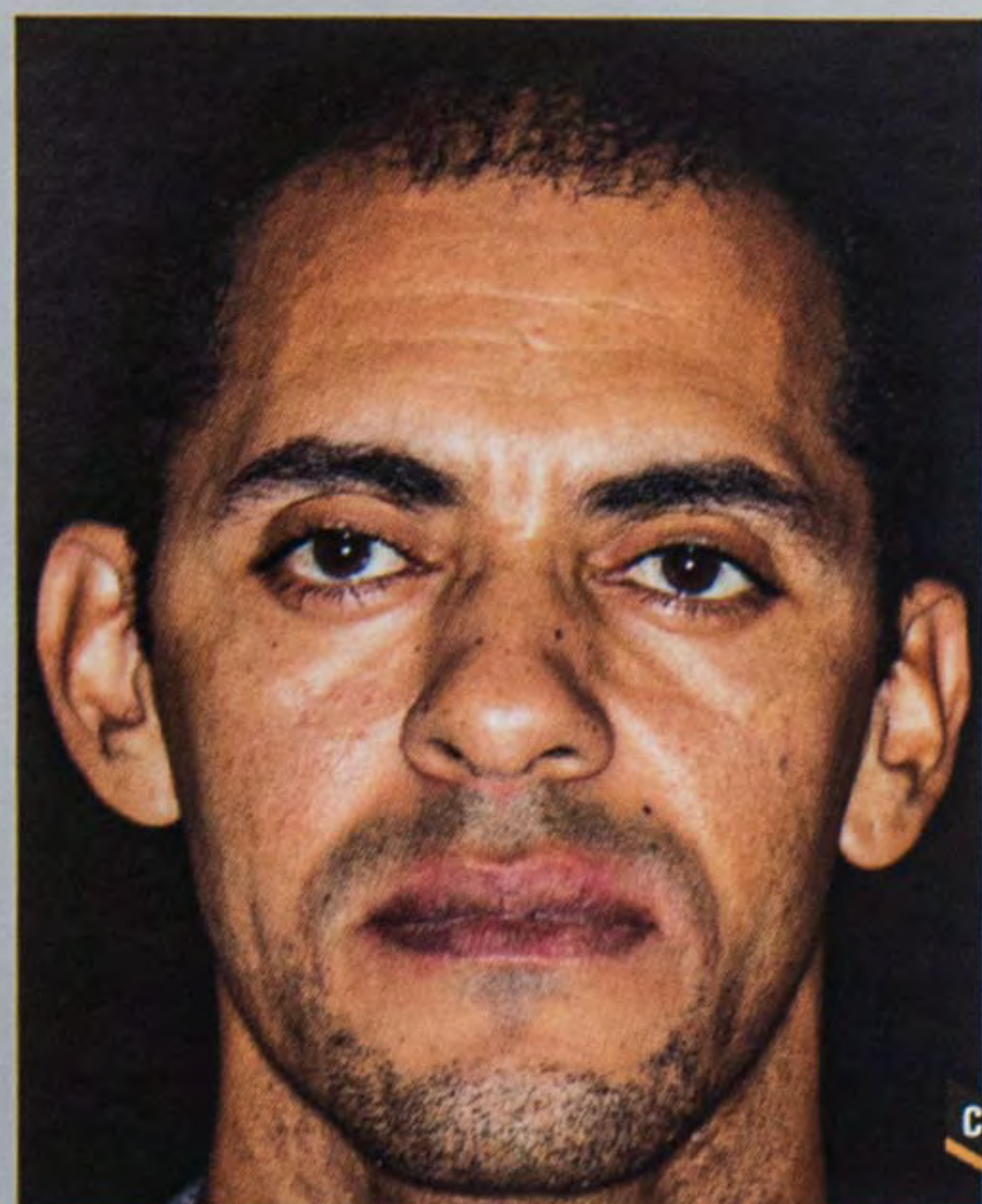
05. A-D Vista intraoral do protocolo reduzido que foi confeccionado sem compensar a discrepância existente entre os ossos maxilares. Para realização da cirurgia ortognática de recuo mandibular um aparelho dentário foi colado na prótese do paciente visando facilitar o bloqueio intermaxilar no transoperatório da cirurgia (A). Cirurgia ortognática de recuo mandibular sendo realizada. Note a osteotomia, separação dos segmentos ósseos, bem como a fixação com placas e parafusos (B-D).



06. A-C > Aspecto facial 30 dias após a realização da cirurgia ortognática. Apesar do edema facial considerável, já é possível notar o restabelecimento de uma adequada harmonia facial ao paciente (**A,B**). Aspecto intraoral com 30 dias de pós-operatório. Nesta fase o paciente ainda continua utilizando o aparelho ortodôntico e também faz uso de elásticos para guiar a mordida e estabelecer uma oclusão adequada (**C**).



07. A-F › Exames radiográficos 60 dias após a cirurgia ortognática. Observe as fixações com placas e parafusos, bem como a adequada relação anteroposterior entre os maxilares. Também é possível observar os implantes zigomáticos e convencionais instalados na maxila (**A,B**). Aspecto facial após término da reabilitação sobre os implantes dentários. Note o excelente resultado alcançado (**C-E**). Vista frontal da reabilitação do paciente em sorriso (**F**).



08. A-F - Vista frontal de toda a reabilitação. Note o adequado engrenamento dentário obtido (A). Note a compensação protética necessária para atingir a oclusão adequada para o paciente (B). Aspecto facial do paciente 12 meses após o término da reabilitação (C-E). Vista frontal evidenciando a manutenção dos resultados alcançados 12 meses após sua finalização (F).

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparicio C, Manresa C, Francisco K, Claros P, Alánde J, González-Martín O, Albrektsson T. Zygomatic implants: indications, techniques and outcomes, and the zygomatic success code. *Periodontol* 2000. 2014 Oct;66(1):41-58.
2. Araújo RT, Sverzut AT, Trivellato AE, Sverzut CE. Retrospective Analysis of 129 Consecutive Zygomatic Implants Used to Rehabilitate Severely Resorbed Maxillae in a Two-Stage Protocol. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2017 Mar/Apr;32(2):377-384.
3. Guillen GA, Sá BCM, Sverzut AT, Moraes M, Asprino L, Nóia CF. Planejamento multidisciplinar usando implantes dentários convencionais e zigomáticos, carga imediata e cirurgia ortognática: Relato de caso com acompanhamento de 12 meses. *InPerio* 2019; 4(2): 323-35.
4. Moraes PH, Olate S, Nóbilo MA, Asprino L, de Moraes M, Barbosa JA. Maxillary "All-On-Four" treatment using zygomatic implants. A mechanical analysis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2016 Apr;117(2):67-71.
5. Neugarten J, Tuminelli FJ, Walter L. Two Bilateral Zygomatic Implants Placed and Immediately Loaded: A Retrospective Chart Review with Up-to-54-Month Follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2017 Nov/Dec;32(6):1399-1403.
6. Nóia CF, Ortega-Lopes R, Rodríguez-Chessa JG, Chaves-Netto HDM, Nascimento FFAO, Mazzonetto R. Complicações em fixações zigomáticas: revisão da literatura e análise retrospectiva de 16 casos. *Rev Implantnews* 2010 7(3): 381-5.
7. Olate S, Chaves-Netto HDM, Nóia CF, Ortega-Lopes R, Mazzonetto R. Considerações sobre a utilização de fixações zigomáticas. *Rev Implantnews* 2010; 7(5): 671-676.
8. Tuminelli FJ, Walter LR, Neugarten J, Bedrossian E. Immediate loading of zygomatic implants: A systematic review of implant survival, prosthesis survival and potential complications. *Eur J Oral Implantol*. 2017;10 Suppl 1:79-87.