

Transferência autógena programada

Transfer Control System - clinical case report

Fabio B. C. Coppas*

Paulo C. Borges**

Leonardo J. Texeira***

André Rauttes****

Fernando Duque Lessa Bastos*****

RESUMO

O sistema de transferência programada se tornou um procedimento previsível e seguro, fornecendo uma alternativa integrada para a adaptação óssea. Neste caso clínico, uma paciente 36 anos, sexo feminino, caucasiana, apresentava grande defeito ósseo na região anterior da maxila. Incapaz de utilizar sua prótese parcial removível, procurou uma reabilitação anterior com implantes osseointegrados. Ela foi tratada com enxerto ósseo autógeno retirado da região posterior da mandibular, adaptado no leito receptor. A indicação para cirurgia de enxerto ósseo autógeno propiciou a utilização do sistema Transfer Control da Meisinger & Hager Ge. Os implantes foram planejados para colocação depois de cinco meses de cicatrização.

Unitermos - Reabilitação com osso autógeno; Adaptação óssea; Controle de transferência.

ABSTRACT

The transfer control system has become a safe and predictable procedure, providing integrated system for bone adaptation. In this clinical case, a 36-year old female Caucasian patient presented a large bone defect in the anterior maxillary region. She was unable to cope with her removal prosthesis, and asked for an implant-supported anterior rehabilitation. She was treated with autogenous bone grafted from posterior mandibular, adapted to the recipient site region. The indication for bone graft surgery allowed the use of the Transfer Control System (Meisinger & Hager Ge). The implants were planned for placement five months after healing.

Key Words - Autogenous bone graft rehabilitation; Bone accommodation; Transfer control system.

Recebido em: ???/???/???
Aprovado em: ???/???/???

* Especialista Implantodontia PUC/RJ; Diretor de Materiais Wilcos; Consultor científico ICC; Coordenador WOC - Wilcos Odonto Center/RJ.

** Mestre em Materiais Dentários UFRJ; Especialista prótese Unesa; Coordenador Prótese da PrevOdonto.

*** Especialista em Periodontia UGF; Coordenador de Implantodontia da PrevOdonto.

**** Especialista em Prótese pela Unesa; Professor de Prótese da PrevOdonto.

***** Mestre em CBMF/Bauru; Especialista em CBMF pela Uer; Coordenador em Cirurgia da PrevOdonto.

Introdução

A atrofia óssea gerada pela falta de estímulo devido a ausência de um elemento dentário gera um desconforto funcional e estético. A diminuição do volume ósseo residual promove alteração de dimensão vertical, distúrbios fonéticos e desconforto na utilização de próteses.

Desenvolvido pelos doutores Streckbein e Has-senpflug, o sistema de transferência óssea autóloga programada funciona com a utilização de brocas trefinas e ablativas de mesmo diâmetro, propiciando perfeita adaptação do enxerto autólogo em bloco. A estabilidade do bloco ósseo promovido pelo sistema Transfer Control influencia na menor reabsorção óssea e, conseqüentemente, melhor sucesso na reabilitação. O suprimento vascular sangüíneo depende dessa imobilidade do enxerto, caso contrário haverá aposição de tecido fibroso e conseqüentemente seqüestro ósseo subjacente¹.

O sistema Transfer Control faz parte do Bone Management System, sistema de preparo de leito ósseo para reabilitação com implantes, é originário da Meisinger & Hager da Alemanha.

O ramo mandibular como área doadora bucal possui limites que são determinados pelo acesso clínico, além do processo coronóide, molares, canal alveolar inferior, largura da região posterior da mandíbula²⁻⁴. Blocos menores de osso ou núcleos trefinos podem ser obtidos da região retromolar, entre as linhas oblíquas internas e externas⁵. Os autores do artigo visam o sucesso em cirurgia regenerativa óssea para reabilitação com implantes utilizando um sistema de transferência óssea autóloga programada.

Relato de Caso Clínico

Paciente CM, 36 anos, leucoderma, compareceu a clínica da PrevOdonto/RJ, Departamento de Implantodontia, apresentando instabilidade da prótese removível superior, alteração funcional e estética e procurando uma solução para reabilitação. Após avaliação clínica, tomográfica, radiográfica e planejamento adequado do caso, fez a opção por

enxerto anterior em região anterior de maxila utilizando osso autólogo da região posterior de mandíbula, previamente à reabilitação com fixação de implantes.

A paciente foi medicada previamente à cirurgia com profilaxia antibiótica de 2 g de amoxicilina e um corticóide 4 mg de Dexametasona e após a cirurgia foi indicado analgésico antiinflamatório à base de Ibuprofeno. Inicialmente optou-se pela anestesia da região receptora para expor o leito cirúrgico, em seguida foi realizado o bloqueio anterior de maxila com técnica infra-orbitária bilateral com complementação subperiosteais locais e infiltração palatina. A região retromolar para bloqueio regional do nervo alveolar inferior também foi utilizada para coleta óssea na área posterior de mandíbula. Realizou-se uma incisão relaxante na mesial do elemento 13 e outra na distal do elemento 23, incisão alveolar e exposição do retalho mucoperiósteo. Após visualização da região maxilar anterior determinou-se a espessura compreendida do rebordo alveolar no momento previa colocação do enxerto (Figura 1). Utilizou-se a broca ablativa de 6 mm para preparo do leito receptor e assentamento adequado do enxerto (Figura 2). A imobilidade absoluta do enxerto é essencial para sua união ao leito receptor⁶⁻⁷.

A partir da informação obtida pela medição do rebordo, utilizamos o sistema Transfer Control, que possui uma gama de diversos diâmetros de brocas trefinas para servir de opção para trabalhar em diferentes dimensões de defeitos ósseos. O sistema compreende duas brocas trefinas de diâmetro 5 mm e 6 mm respectivamente, duas brocas ablativas de 5 mm e 6 mm, uma broca global e um disco para osteotomia (Figura 3).

Ao definir-se qual diâmetro de broca utilizar, optou-se pelo calibre de 6 mm de diâmetro. Realizou-se a abertura da região posterior da mandíbula na altura da região retromolar para coleta de osso autólogo. A incisão foi realizada 3 mm abaixo da distal do segundo molar inferior direito, estendendo-se até o trígono retromolar. O descolamento periósteo é de fundamental importância para o sucesso do procedimento cirúrgico. Após exposição da área cirúrgica e devido ao descolamento do periósteo foi avaliada a angulação da broca trífina de calibre de 6 mm (Figura 4). Aplicou-se



Figura 1
Medição da reabsorção.



Figura 2
Broca ablativa para preparo do leito receptor.



Figura 3
Imagem da broca Trífina.



Figura 4
Remoção do bloco.



Figura 5
Aspecto da região doadora.

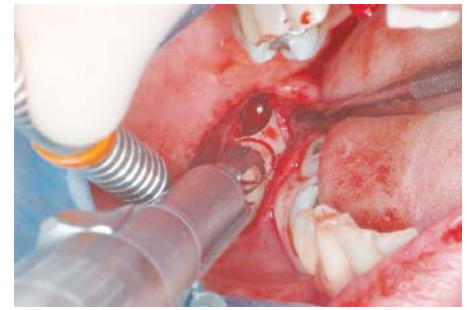


Figura 6
Peça reta Cirúrgica W&H para remoção do bloco autógeno.

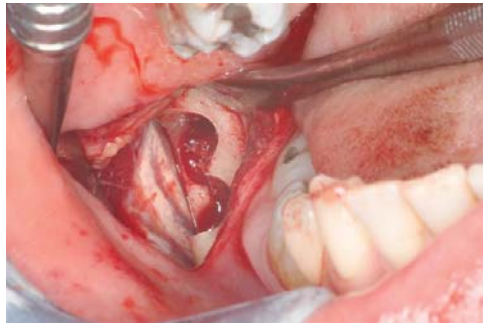


Figura 7
Aspecto do periosteio após remoção dos dois blocos.

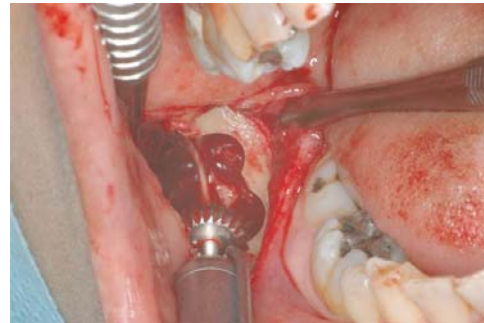


Figura 8
Broca global realizando a osteotomia de reparo da área doadora.

então uma peça de mão reta para remoção de bloco ósseo a uma velocidade de 25.000 Rpm sob soro fisiológico constante (Figura 5). Dois blocos foram removidos e conduzidos para reabilitar a maxila atrofada. Após a remoção dos blocos utilizou-se a broca global (Figura 6) para arredondar a região doadora e evitar desconforto pós-operatório nessa região. Conduziu-se os blocos ósseos para região anterior de maxila (Figura 7), estabilizando-os e os adaptando na posição onde

foi feita o preparo do leito ósseo para receber os blocos de mesmo diâmetro de acoplamento entre a maxila e o bloco de osso autógeno, que então são fixados com parafusos de 1,2 mm do sistema Screw System Meisinger & Hager GE (Figura 8). Promoveu-se o acabamento das pontas do enxerto para devida acomodação nos tecidos gengivais durante a cicatrização. Sutura com nylon 4.0 e seda 4.0 e orientações pós-operatórias e medicação indicada de acordo com o planejamento do caso.

O sistema Transfer Control possui diversas variações para diferentes tipos de procedimentos em cirurgia avançada. Um sistema que trabalha com interação dos diâmetros associados a materiais de qualidade e durabilidade.

Após término da cirurgia, houve um período de cinco meses de cicatrização e planejamento para fixação de dois implantes.

Discussão

A busca pela adaptação do enxerto e a importância da falta de mobilidade durante o período de cicatrização são fatores imprescindíveis para sucesso da reabilitação da maxila atrofada. O sistema Transfer Control possui diversas variações para diferentes tipos de procedimentos em cirurgia avançada. Um sistema que trabalha com interação dos diâmetros das brocas associados a materiais de qualidade e durabilidade que permitem maior controle durante a manipulação dos procedimentos exigidos em cirurgia regenerativa.

A paciente foi medicada previamente à cirurgia com profilaxia antibiótica de 2 g de amoxicilina e um corticóide 4 mg de Dexametasona e após a cirurgia foi indicado analgésico antiinflamatório à base de Ibuprofeno. Inicialmente optou-se pela anestesia da região receptora para expor o leito cirúrgico, em seguida foi realizado o bloqueio anterior de maxila com técnica infra-orbitária bilateral com complementação subperiosteais locais e infiltração palatina.

De acordo com o planejamento determinado estabeleceu-se o procedimento de transferência de osso autógeno programado, pela utilização do sistema Transfer Control para reabilitação do espaço compreendido pela região anterior da maxila. A reabilitação com implantes foi planejada para a fixação, cinco meses após a cirurgia regenerativa. O corpo mandibular ou a saliência bucal é a área doadora mais anterior. Começa na região distal do segundo molar e termina na região mesial do primeiro molar.

A abordagem de técnicas cirúrgicas avançadas tem sido relatada na literatura; e nesse artigo discutimos a importância da adaptação e da imobilidade do enxerto como função imprescindível para o alcance do sucesso na recomposição do espaço a ser reabilitado com implantes.

A reabilitação com implantes faz parte do planejamento proposto após a cirurgia regenerativa óssea. Após definição da arquitetura óssea posterior a colocação de enxerto, o procedimento cirúrgico deve ser avaliado criteriosamente para planejamento das fixações.

Conclusão

Os enxertos intrabuciais foram usados no reparo alveolar para permitir a inserção do implante com resultados

extremamente favoráveis⁸⁻¹¹. Pesquisas sugerem que os benefícios biológicos gerados pelo osso coletado da região maxilofacial são atribuídos a origem embriológica do osso doador¹²⁻¹³.

Para se alcançar a reabilitação do espaço perdido pela reabsorção alveolar progressiva, a opção por osso autógeno ainda é um método bastante utilizado e disponível por diversas técnicas cirúrgicas¹⁴. Neste caso optou-se pela utilização de um sistema de brocas que se relacionam quanto ao diâmetro, possibilitando vantagens quanto a estabilidade e imobilidade do enxerto durante o período de cicatrização.

A técnica de enxerto ósseo possui diversas variações quanto ao grau de morbidade cirúrgica e de um prognóstico adequado para cada situação. A utilização de um sistema que facilite a execução do procedimento, correlacionando os aspectos de adaptação e imobilidade do enxerto promovem maiores benefícios para os resultados esperados na reabilitação.

Endereço para correspondência:

Fábio Coppo

Rua Nossa Senhora de Copacabana, 542 - Sala 1.002

22020-000 - Rio de Janeiro - RJ

Tel.: (21) 2255-8922

www.wilcos.com.br

Referências

1. Schenk RK. Bone Regeneration: biologic basis. In: Guided bone regeneration in implant dentistry. St Louis: Quintessence; 1994. p.49-89.
2. Misch CM, Misch CE. Autogenous mandibular bone grafts for reconstruction of ridge deficiencies prior to implant placement, Int J Oral Maxillofac Implants 1993;8:117.
3. Misch CE, Diestsh F. Bone grafting materials in Implant dentistry, Implant Dent 1993;2:158-67.
4. Misch CM, Misch CE. The repair of localized severe ridge defects for implant placement using mandibular bone grafts. Implant Dent 1995;4:2617.
5. Jensen J, Sindet-Pedersen S. Autogenous mandibular bone grafts and osseointegrated implants for reconstruction of the severely atrophied maxilla: a preliminary report, J Oral Maxillofac Surg 1991;49:1277-87.
6. Misch CM: Ridge augmentation using mandibular ramus bone graft for the placement of dental implants: presentation of a technique. Prac Periodont Aesth Dent 1996;8:127-35.
7. von Arx T, Hardt N, Wallkamm B. The time technique: a new method for located alveolar ridge augmentation prior to placement of dental implants, Int J Oral Maxillofac Implants 1996;11:387-94.
8. Becker W, Becker BE, Polizzi G et al. Autogenous bone grafting of bone defects adjacent to implants placed into immediate extraction sockets in patients: a prospective study, Int. J Oral Maxillofac Implants 1994;9:389-96.
9. Buser D, Dula K, Belser UC. Localized ridge augmentation guide using bone regeneration. II. Surgical procedure in the mandible, Int J Periodont Rest Dent 1995;15:11-29.
10. Buser D, Bragger U, Lang NP. Regeneration and enlargement of jaw bone guided tissue regeneration, Clin Oral Implant Res 1990;1:22-31.
11. Buser D et al. Regeneração óssea guiada em implantodontia. São Paulo: Quintessence; 1998.
12. Rabie ABM, Dan Z, Samman N. Ultrastructural identification of cells involved in the healing of intramembranous and endochondral bones, Int J Oral Maxillofac Surg 1996;25:383-8.
13. Smith JD, Abramson M. Membranous vs. endochondral bone autografts. Arch Otolaryngol 1974;99:203.
14. Brånemark P-I, Lindstrom J, Hallen O. Reconstruction of defective mandible. Scand J Plast Reconstr Surg 1975;116-28.