CDU 616.716.4 - 007

ENXERTO ÓSSEO PARA ATROFIA DE MANDÍBULA

Gilson Correa Beltrão *
Mauricio Zardo **
Rosane Raffin ***

*Professor de Traumatologia Buco - maxilo - facial - F.O. - PUCRGS
**Mestre em cirurgia buco - maxilo - facial
***Especialista em cirurgia plástica

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BELTRÃO, Gilson Correa et alii. . Enxerto ósseo para atrofia de mandíbula. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre 27:* 57-65, 1985.

DESCRITORES

— Mandíbula - Atrofia
— Enxerto - ósseo

RESUMO

A atrofia da mandíbula desdentada é, na verdade, um desafio para os protesistas. A dificuldade de copiar as nuanças do rebordo e de confeccionar um aparelho protético estável, nestes casos, é enorme.

No presente trabalho, procuramos demonstrar, através de descrição de um caso clínico, os recursos que a cirurgia, enxerto de crista ilíaca, proprociona como fim. Possibilitando um aumento de rebordo, bem como acidentes anatômicos mais nítidos. Desta forma, procura o protesista desenvolver o seu trabalho com adequada estabilidade.

ENXERTO ÓSSEO PARA ATROFIA DE MANDÍBULA

INTRODUÇÃO

A mandíbula atrófica desdentada tem sido, há longo tempo, um sério problema para os pacientes e cirurgiões dentistas. A dificuldade em controlar a prótese, dor e desconforto devido a pequena base da dentadura, pressão direta sobre o nervo alveolar inferior, dieta pobremente ingerida, mastigação dificultada e os problemas psicológicos e sociais associados são as alterações relacionadas à atrofia alveolar.

Os procedimentos pré-protéticos em tecidos moles, em muitos casos, rerolvem o problema.

Ocasionando, entretanto, a deficiência alveolar, excede o ponto onde a boa prática prostodôntica, a cirurgia pré-protética de tecidos moles e até a própria determinação do paciente, podem compensar as severas limitações funcionais determinadas pela atrofia alveolar. Nestes casos, está indicada a correção cirúrgica das cristas alveolares atróficas pela osteotomia horizontal, com enxertia óssea da crista ilíaca.

REVISÃO DA LITERATURA

Vários métodos têm sido usados para o aumento cirúrgico da mandíbula atrófica, tais como enxertos de osso e cartilagem, materiais aloplásticos.

Em 1966, Saint-Pasteur apresentou uma técnica para reconstruir a borda alveolar com enxerto bovino desproteinizado. Tal técnica consistia na mobilização da cortical alveolar, e, três semanas após, a colocação do enxerto.

Em 1970, o mesmo Saint-Pasteur relata uma modificação da técnica anterior, realizando, agora, a cirurgia em um só tempo.

Davis e colaboradores, em 1970, apresentaram o uso de enxerto autógeno sobreposto de costela na reconstrução da borda alveolar.

O maior problema encontrado era a reabsorção do enxerto sobreposto, que era de 30% a 50%.

Estudos de Boyne (1970) e Bertelsen & Hasner (1950), demonstraram que o osso autógeno é o mais compatível com os tecidos do hospedeiro.

A técnica de colocação sub-cortical do enxerto ósseo foi, então, desenvolvida por Lekkas (1977), e, aliada à vestibuloplastia, pode, então, produzir um significante aumento em altura da crista alveolar e profundidade do sulco bucolabial. Esta técnica tem a vantagem de deixar o enxerto ósseo entre superfícies ósseas viáveis superior e inferiormente, diminuindo substancialmente a reabsorção.

Canzona & Cols (1976) realizaram osteotomia horizontal com enxerto autógeno em cães, concluindo que a técnica produz um aumento em altura da crista alveolar, e o enxerto ósseo é incorporado à mandíbula.

Danielson & Nemarich (1976) realizaram a osteotomia horizontal em macacos e concluiram que a reabsorção é mínima durante o período experimental de 50 semanas, devido à colocação subcortical do enxerto.

Bell & Cols (1977) concluíram que há uma rápida consolidação do osso enxertado, mínima reabsorção dos segmentos ósseos reposicionados e uma manutenção da altura da crista alveolar,

quando usada a técnica da osteotomia horizontal, com interposição de enxerto de crista ilíaca.

MATERIAL E MÉTODO

Paciente do sexo feminino, 52 anos, encaminhado ao serviço de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Centro Hospitalar, cuja queixa principal era a dificuldade de reter uma prótese total inferior. Ao exame clínico de rotina, observou-se atrofia acentuada do processo alveolar inferior. Dentadura total superior firme, sem áreas de compressão. Dentro da anamnese propriamente dita, revelou ser a mesma edêntula a mais de 20 anos, não tendo dificuldade de usar as próteses até há pouco tempo. Porém de dois anos para trás, passou a ter dificuldades de usar a prótese inferior. (Fig. 1)

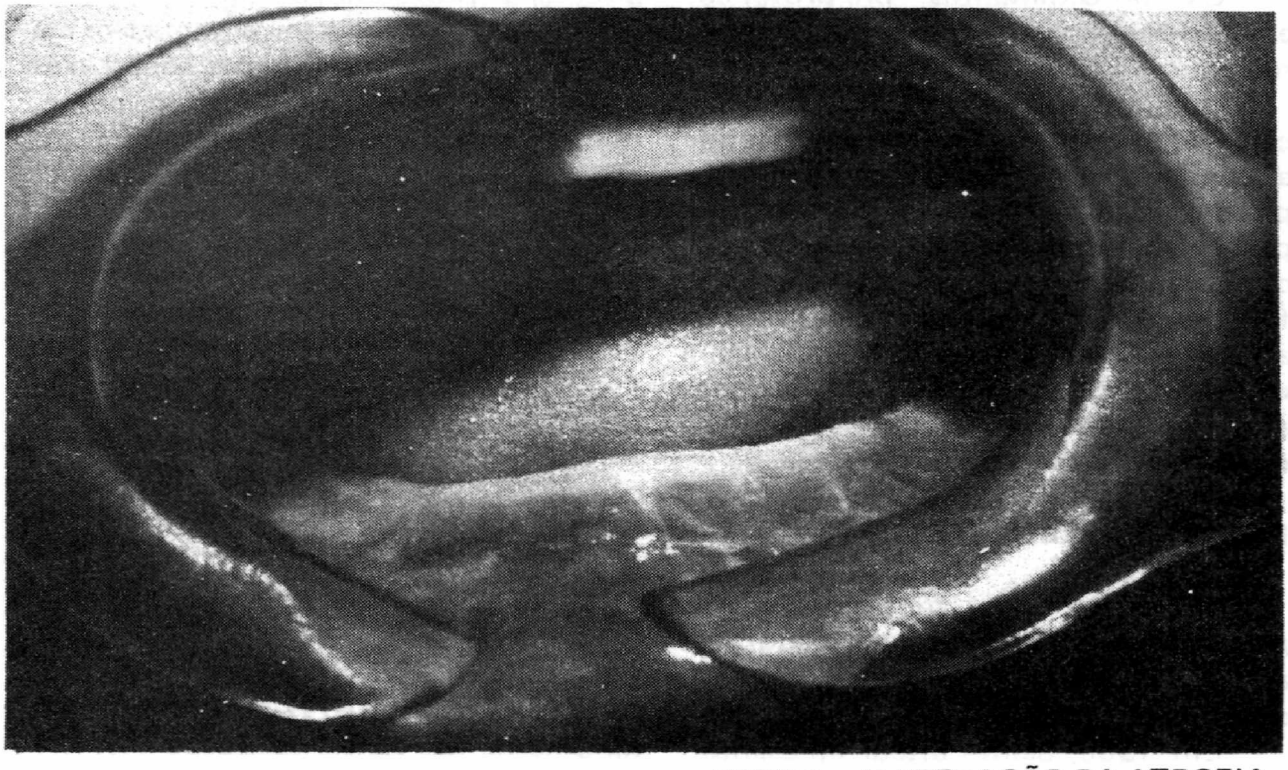

FOTO 1 — ILUSTRAÇÃO DA ATROFIA

Solicitou-se à paciente exames radiográficos, com a finalidade de avaliar o conteúdo ósseo que restava e sua forma, panorâmica e teleperfil com cefalostato. (Fig. 2)

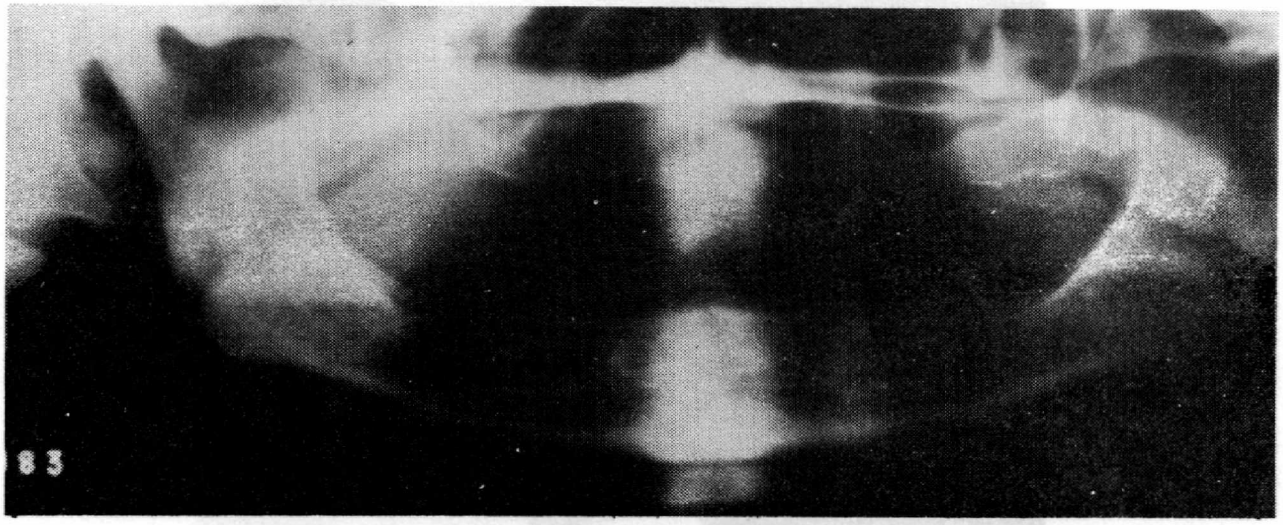

FOTO 2 — RADIOGRAFIA PANORÂMICA PRÉ-OPERATÓRIA

Uma vez de posse dos resultados radiológicos, passou-se ao planejamento cirúrgico.

1) Anamnese com fins cirúrgicos: nao apresentava antecedentes mórbidos, nem reações alérgicas.

2) Exames complementares: hemograma, uréia, creatinina, crase sangüínea. Resultados dentro dos padrões de normalidade.

3) Cirurgia.

Foi por nós escolhida a técnica preconizada por Bell et alii, com uma pequena variante quanto ao 2º tempo cirúrgico.

1º Tempo Cirúrgico

Incisão — realizada acima do fundo do sulco, logo abaixo da zona de transição entre o epitélio labial e mucosa. Divulsão dos tecidos até a capa muscular, nova incisão e divulsão até o periósteo. Junto a este tempo é reparado o ramo mentoniano, ramo do trigêmio, com a finalidade de preservá-lo.

Deslocamento — Após incidirmos o periósteo, fizemos um amplo deslocamento no sentido da borda da mandíbula, expondo a área óssea.

Osteotomia — Demarcamos com uma broca esférica nº 4 a linha de fratura a ser realizada, após unirmos com uma broca de Lindemann, com o cuidado de não lesarmos o tecido mucoso por lingual e o canal dentário, com seus respectivos feixos.

Fratura — Com cinzel e martelo, realizamos a fratura na região antes demarcada pela osteotomia.

Enxerto — preparamos o enxerto previamente, removido da crista do ilíaco, procurando descorticalizá-lo, antepondo as duas áreas cruentas, fixando-o por osteossíntese com fio de aço nº 00. (Fig. 3)

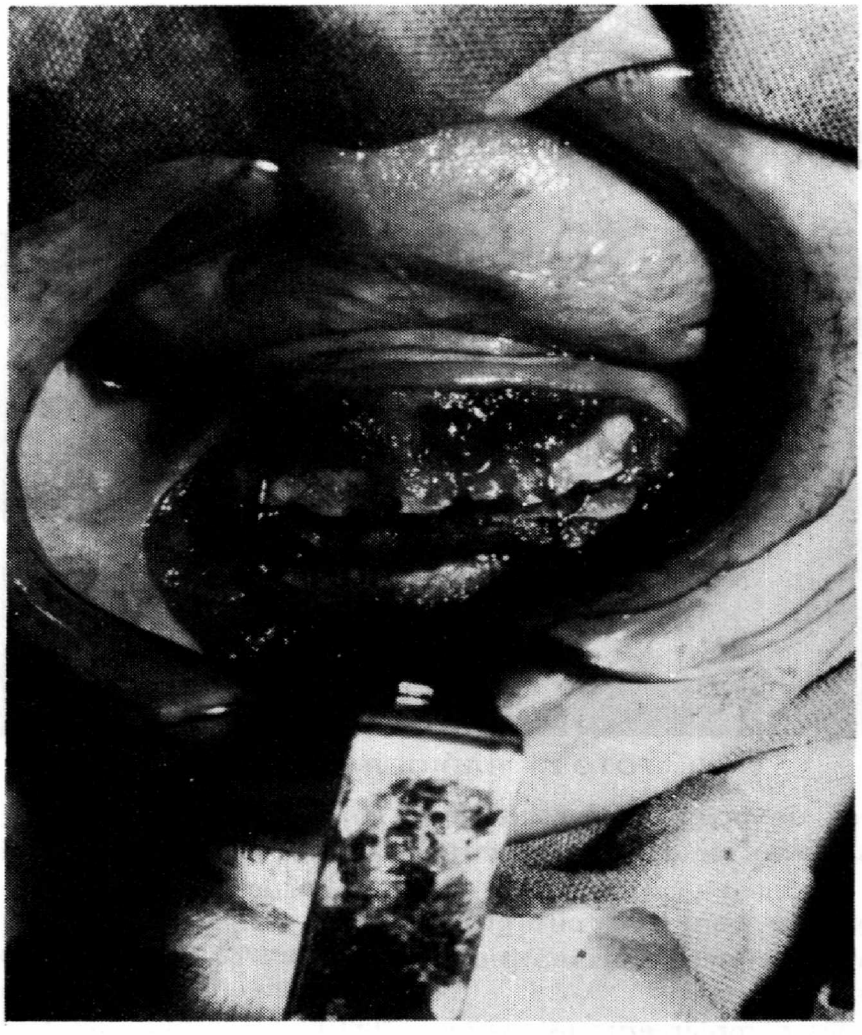

FOTO 3 – PÓS–OPERATÓRIO IMEDIATO

Sutura – Através de fio Categut 4-0, suturamos os planos mais internos, com fio de seda 4-0 suturamos a mucosa.

Pós-operatório – Segue-se medidas de rotina, com administração de antibioticoterapia. Após sete dias, remove-se os pontos intrabucais.

2º Tempo Cirúrgico

Passados 60 dias do enxerto ósseo, solicitamos ao paciente um Raio-X panorâmico, para fins de controle. Atualmente, está sendo desenvolvida a técnica do uso de cintilografia para determinar o grau de integração do enxerto. (Fig. 4)

FOTO 4 — RADIOGRAFIA PANORÂMICA PRÉ-OPERATÓRIA, SETAS INDICAM A LOCALIZAÇÃO DO ENXERTO

O segundo tempo cirúrgico refere-se à vestibuloplastia (aprofundamento do sulco), momento em que lançamos como variante a técnica sem enxerto epitelial.

Incisão — Realizamos a incisão no fundo do sulco na mucosa e tecido conjuntivo adjacente, desde a região do primeiro molar até o outro lado.

Divulsão — Fizemos uma ampla divulsão destes tecidos em direção à borda da mandíbula.

Incisão — Uma vez divulsionado, incidimos novamente o tecido muscular. Com instrumento rombo, fizemos outra divulsão. Neste momento, encontramos o periósteo extremamente denso. Incidimos fazendo uma divulsão ampla, tanto no sentido oclusal, como apical. Removemos as osteossínteses, se necessário.

Sutura — Com Categut 4-0, suturamos a mucosa no periósteo inferior. Colocamos um apósito na área cruenta por 72 horas.

Pós-operatório — Toma-se medidas de analgesia e antibioticoterapia. Após 72 horas removemos o apósito, se necessário colocamos outro. (Fig. 5)

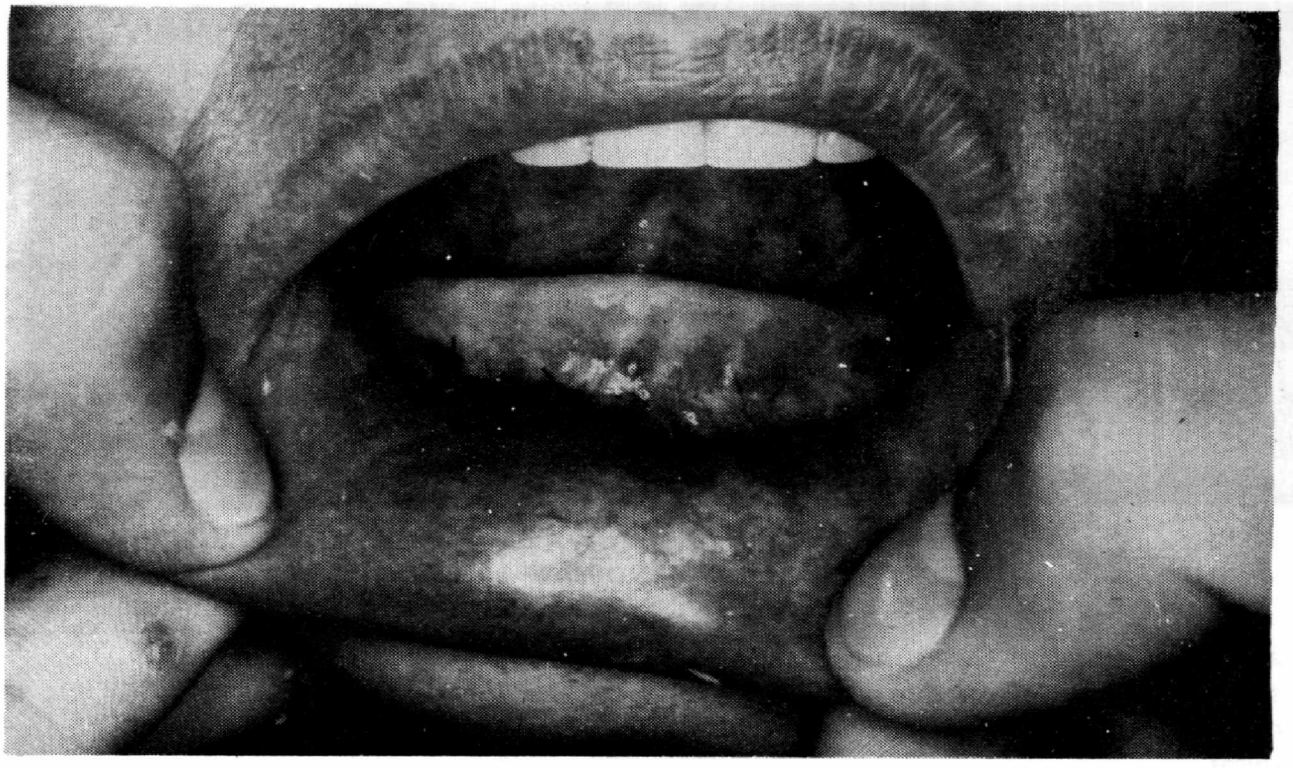

FOTO 5 — PÓS-OPERATÓRIO DA VESTIBULOPLASTIA

CONCLUSÃO

As técnicas de aumento de rebordo alveolar com fins protéticos realizadas, trouxeram um aumento significativo da área chapeável.

Ambos os tempos cirúrgicos devem ser realizados com a indicação da técnica mais correta. O enxerto ósseo pela técnica de "Sandwich", trás resultados positivos, porém o 2º tempo (aprofundamento) deve ser feito de modo a permitir um aumento apreciável do rebordo.

SUMMARY

The edentulous mandubular atrophy es truly a challenge for orthodontists, the difficulty to copy the border's peculiarities and the execution of stable prothetic devices is enourmous.

In the present study, we attempted to show through the description of a clinical case, the resources that surgery with iliac ridge graft, as an aim. Making possible a border augment, as well as more clear anatomic accidents. This way, the orthodontist looks for development of his work with adequate estability.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS SAINT-PASTEUR, J. Plastia restauradora de la cresta alveolar de la mandibula. *Acta Odontol. Venez., 4:* 3-21, 1966.
2. _____. Plastia reconstrutif de lareborde alveolar. Nuestra investigación clínico-cirurgica. *Acta Odontol Venez., 8:* 168-82, 1970.
3. BELL, W.H. et alli. Surgical Correction of the atrophic alveolar. *Oral Surg. 43*(4): 485-93, 1977.
4. CANZONA, J.E. et alli. Autogenous bone grafts in augmentation of the edentulous canine mandible. *J. Oral Surg. , 34:* 879-86, Oct. 1976.
5. DANIELSON, P.A. & NEMARICH, A.N. Subcortical bone grafting for ridge augmentation. *J. Oral Surg. , 34:* 887-9, Oct. 1976.
6. DAVIS, W.H. et alli. Transoral bone graft for atrophy of the mandible. *J. Oral Surg. , 28:* 760-5, Oct. 1970.
7. LEKKAS, K. Absolute augmentation of the mandible. *Int. J. Oral Surg. , 6:* 147-52, 1977.