

Explantação, reimplantação e regeneração tecidual guiada

Explantation, reimplantation and guide tecidual regeneration. Case report

Evelyn Juri Rezende Lacerda*
Hesio Magri de Lacerda*
Mauro Cruz**

RESUMO

Este trabalho descreve a sequência de procedimentos clínicos, desde explantação e reimplantação, coadjuvados pela regeneração tecidual guiada (RTG), utilizados em um caso no qual o implante encontrava-se instalado fora do envelope esquelético, com perda óssea e deiscência da mucosa na região vestibular, comprometendo a estética e a própria sobrevivência do implante. O resultado mostrou-se previsível e eficiente.

Unitermos - Implante dentário; Enxerto ósseo; Regeneração óssea.

ABSTRACT

This report describes a sequence of procedures, explantation, and GTR-assisted reimplantation, used in a case where the implant was installed outside of the alveolar bone envelope. The bone and soft tissue dehiscence in the buccal region compromised the aesthetics and even the implant survival.

Key Words - Bone graft; Dental implants; Bone regeneration.

*Mestres em Ciências Odontológicas e especialistas em Implantodontia – Implantodontia – CPO – São Leopoldo Mandic.

**Especialista em Cirurgia Maxilofacial e Ortodontia, mestre e doutor em Implantodontia – Clinest – Centro Clínico de Pesquisa em Estomatologia/Juiz de Fora.

Introdução

Nas reabilitações orais utilizando implantes dentais, a aparência dos tecidos moles e a estética são tão importantes para o resultado final quanto as condições fisiológicas da própria restauração implantossuportada. Por isso, a manutenção ou recuperação dos tecidos duros ou moles peri-implantares deve ser uma constante preocupação. Em seus primórdios, a Implantodontia ainda preocupada em alcançar a estabilidade biológica e a longevidade das raízes implantadas no osso alveolar, pouco se preocupava com o posicionamento dos implantes em relação à futura prótese. Constatou-se, então, com o passar do tempo, que esta conduta, muitas vezes, resultava em próteses não aceitáveis sob o ponto de vista estético¹. Atualmente, com a segurança biológica garantida por fortes evidências clínicas, pode-se enfatizar ainda mais a estética, buscando-a por diversos meios, mesmo refazendo-se situações clinicamente saudáveis, mas esteticamente pobres. Um dos objetivos atuais a ser alcançado na instalação dos implantes é, portanto, a confecção de próteses que, além de biologicamente saudáveis sejam estéticas, atendendo às aspirações do paciente. Assim, todo o processo terapêutico deverá estar direcionado para que a futura prótese possa ter uma condição natural e harmônica com os dentes e seus tecidos circunjacentes²⁻³. A prótese idealmente, por meio do planejamento reverso, dita a posição e a angulação do implante, respeitando os aspectos anatômicos dos tecidos peri-implantares⁴⁻⁵. Aspectos mucogengivais, como saúde dos tecidos peri-implantares, presença de papilas interproximais e quantidade de suporte ósseo vestibular são condições que devem estar em harmonia com implantes e dentes⁶. Da mesma maneira, problemas estéticos e de ordem biológica podem ocorrer quando questões anatômicas são desconsideradas ou subvalorizadas, quando da

instalação dos implantes.

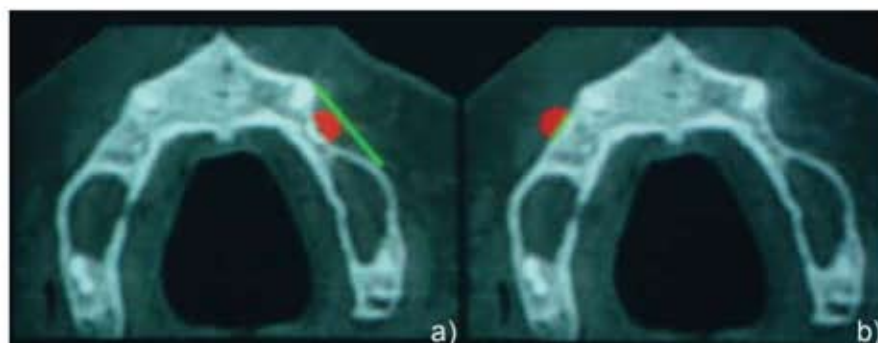
Este relato de caso descreve as condições de um implante instalado por vestibular do rebordo ósseo; isto é, fora de seus limites anatômicos, onde a harmonia com os tecidos moles não foi conseguida, comprometendo a estética e a própria sobrevivência do implante. A terapêutica incluiu procedimentos de explantação e reimplantação, coadjuvado pela RTG, que permitiram a reabilitação satisfatória do tecido ósseo e da mucosa peri-implantar.

Relato de Caso Clínico

Paciente sexo feminino, 22 anos, Asa I, apresentou-se à clínica com o seguinte relato: após finalização de tratamento ortodôntico, para distalização do pré-molar inferior e regularização do espaço do canino inferior direito, foi realizado um implante osseointegrado no elemento 43 onde, a seu ver, o contorno gengival estava insatisfatório e apresentava constantes dores aos procedimentos de escovação. Relatou também ter se submetido às interven-



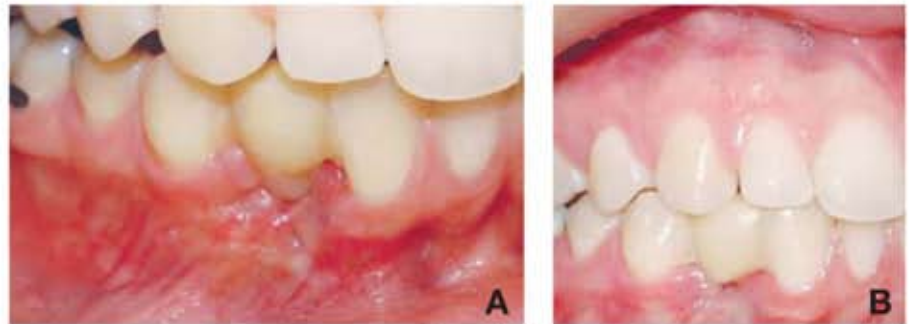
Figura 1
Recessão da mucosa na superfície vestibular de implante, na região de 44.



Figuras 2
Desenho esquemático sobre um corte tomográfico axial de maxila, ilustrando a RRR e evidenciando o que se concebe por envelope esquelético e sua importância nos procedimentos regenerativos. A. Apesar da perda óssea o implante (vermelho) situa-se dentro dos limites da estrutura óssea. B. Mesmo sem perda da espessura do rebordo, a instalação do implante fora do arco ósseo reduz muito a previsibilidade da regeneração para corrigir o problema.



Figura 3
Explantação realizada com trefina de 0,25 mm de diâmetro maior que o do implante.



Figuras 4

Reparação natural dos tecidos moles com duas e nove semanas da explantação. Observe perda da continuidade da linha mucogengival. A. Duas semanas. B. Nove semanas.



Figura 5

Implantação e regeneração óssea peri-implantar. Sonda periodontal apoiada na estrutura óssea remanescente, para a mensuração da membrana.

ções cirúrgicas de enxertos de gengiva na tentativa de solucionar a recessão da mucosa peri-implantar (Figura 1).

O exame intraoral revelou uma acentuada perda óssea, estando o implante vestibularizado, isto é, fora dos limites do rebordo ósseo. A instalação do implante fora do arcabouço ósseo reduz a previsibilidade da regeneração, por isso, a proposta foi de explantação (Figuras 2). A explantação foi realizada com trefina (Dentoflex – São Paulo, Brasil) preservando-se ao máximo o tecido ósseo adjacente (Figura 3). O retalho foi retornado sem tensões e deixado recuperar por seu livre curso. As Figuras 4 ilustram a regeneração da mucosa após duas e nove semanas da explantação.

Na nona semana pós-explantação, quando o tecido gengival encontrava-se totalmente curado, procedeu-se nova cirurgia para a instalação de novo implante e regeneração dos tecidos, ósseo e mole, circunjacentes. Após os procedimentos protocolares de assepsia, a operação foi realizada, com anestesia local (mepivacaína 2% - 1:50.000 epinefrina (DFL – Rio de Janeiro, Brasil)). Procedeu-se uma incisão supracrístal prolongando-se para distal, intrassulcular até o dente 45 e para mesial até o 41, onde foi realizada uma incisão vertical (relaxante) de aproximadamente 8 mm. O retalho mucoperiosteó foi elevado, expondo toda a área e evidenciando a perda óssea. A instalação do implante foi realizada, segundo o protocolo recomendado pelo fabricante e centralizando-o no rebordo. Após

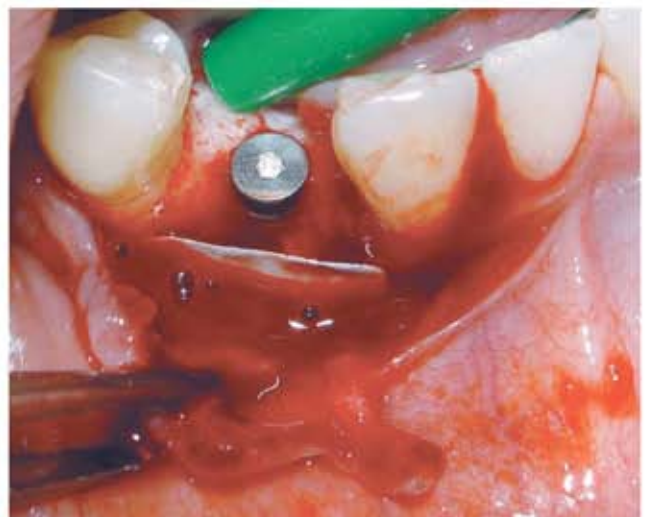


Figura 6

Membrana posicionada, apoiada no osso dos dentes vizinhos. Importante espaço compreendido entre o implante e a membrana com a presença do coágulo.



Figura 7

Após três meses da implantação o contorno vestibular encontrava-se já em condições satisfatórias para os procedimentos de reabertura e confecção da prótese.



Figura 8

Prótese final em metalocerâmica, tipo cimentada.

Comparativamente com outras soluções descritas na literatura, para casos semelhantes, como enxertos em bloco ou mesmo particulado, o diferencial apresentado nesse caso foi a baixa morbidade e previsibilidade da técnica empregada⁷⁻⁹. Ela permitiu alcançar, com os princípios da natureza, resultados satisfatórios, revertendo uma situação de regressão e de degeneração⁹.

a instalação, o tecido ósseo foi preparado para se induzir a regeneração do local via regeneração tecidual guiada, utilizando-se uma membrana totalmente oclusiva (Allumina - Maxtron, Juiz de Fora, MG, Brasil). Com uma sonda periodontal T6 (Hu-Friedy - RJ, Brasil), apoiada na estrutura óssea remanescente na mesial do segundo pré e distal do canino (Figura 5), mensurou-se o tamanho da membrana, para que ela encontrasse apoio nas duas extremidades do defeito ósseo e mantivesse o arcabouço como referencial para a regeneração da área desejada⁷⁻⁸ (Figura 6). Após três meses, procedeu-se a reabertura (Figura 7) e a instalação da prótese final (Figura 8).

Resultados e Discussão

Comparativamente com outras soluções descritas na literatura, para casos semelhantes, como enxertos em bloco ou mesmo particulado, o diferencial apresentado nesse caso foi a baixa morbidade e previsibilidade da técnica empregada⁷⁻⁹. Ela permitiu alcançar, com os princípios da natureza, resultados satisfatórios, revertendo uma situação de regressão e de degeneração⁹. Visto que o implante se encontrava em um leito que não permitia bom contorno gengival, a explantação foi o primeiro passo, permitindo que o tecido mole se regenerasse naturalmente e, em seguida, se procedesse a regeneração óssea juntamente com o reimplante, o que foi realizado nove semanas após.

Apesar das limitações e perdas, alguns fatores do local e do material utilizado devem ser considerados como positivos, favorecendo o sucesso do caso. Das condições locais ressalta-se como positiva a presença de osso nas proximais dos dentes vizinhos, garantindo a manutenção da papila durante todo o procedimento. Da membrana

utilizada ressaltam-se características de biocompatibilidade, resistência, estabilidade, capacidade de selamento periférico⁸ prevenindo a migração e a ação de células não osteogênicas, excluindo fatores inibidores e permitindo a concentração de fatores favoráveis no local¹⁰. De maneira especial, sua resistência permitiu a manutenção do arcabouço ou referência para o crescimento do tecido ósseo, no espaço compreendido entre a membrana e o implante.

As complicações relatadas na literatura com a utilização de membrana oclusiva são deiscências da ferida cirúrgica, acúmulo de placa e infecção¹¹. Visto que o tecido gengival estava íntegro, a membrana foi posicionada apicalmente, não se interpondo nos bordos do retalho, o que evitou a deiscência e a exposição.

Os índices de previsibilidade destes procedimentos – desde a explantação, reimplantação, RTG, uso de membrana totalmente oclusiva e ganho de tecido ósseo e tecidos moles – estão hoje baseados em fortes evidências científicas, garantindo sua utilização segura na clínica.

Conclusão

Os procedimentos utilizados foram eficientes para se atingir os objetivos propostos do caso, com baixos índices de morbidade e índices satisfatórios de previsibilidade.

Recebido em: ago/2010

Aprovado em: out/2010

Endereço de correspondência

Evelyn Juri Rezende Lacerda

Rua Santa Cruz, 39/103

36500-000 - Ubá - MG

Tel.: (32) 3541-0798

evelynlacerda@uol.com.br

Referências

1. Mecal RA, Rosenfeld AL. Influence of residual ridge resorption patterns on implant fixture placement and tooth position.1. Int J Periodontics Restorative Dent 1991;11(1):8-23.
2. Touati B, Guez G. Immediate implantation with provisionalization: from literature to clinical implications. Pract Proced Aesthet Dent 2002;14(9):699-707.
3. Rosenquist B, Grenthe B. Immediate placement of implants into extraction sockets: Implant survival. Int J Oral Maxillofac Implants 1996;11(2):205-9.
4. Touati B. The double guidance concept. Pract Periodontics Aesthet Dent 1997;9(9):1089-94.
5. Saadoun AP, Landsberg CJ. Treatment classifications and sequencing for postextraction implant therapy: a review. Pract Periodontics Aesthet Dent 1997;9(8):933-42.
6. Nemcovsky CE, Serfaty V. Alveolar ridge preservation following extraction of maxillary anterior teeth. Report on 23 consecutive cases. J Periodontol 1996;67(4):390-5.
7. Lacerda EJR, Lacerda HM. Regeneração óssea guiada por meio de membrana não absorvível pós-exodontia. ImplantNews 2010;7(1):87-91.
8. Nyman S, Lang NP, Buser D, Bragger U. Bone regeneration adjacent to titanium dental implants using guided tissue regeneration: a report of two cases. Int J Oral Maxillofac Implants 1990;(1):9-14.
9. Cruz M. Regeneração Guiada Tecidual. São Paulo: Santos; 2006.
10. Tinti C, Parma-Benfenati S. Vertical ridge augmentation: surgical protocol and retrospective evaluation of 48 consecutively inserted implants. Int J Periodontics Restorative Dent 1998;18(5):434-43.
11. Becker W, Dahlin C, Becker BE, Lekholm U, van Steenberghe D, Higuchi K et al. The use of e-PTFE barrier membranes for bone promotion around titanium implants placed into extraction sockets: A prospective multicenter study. Int J Oral Maxillofac Implants 1994;9(1):31-40.