

# Utilização de BondBone® em alvéolos pós-extracção com colocação imediata de implantes – a propósito de um caso clínico

O artigo do Dr. Miguel Costa e da Dra. Diana Henriques aborda o conjunto de técnicas regenerativas que permitem encurtar o tempo de tratamento.

## ABSTRACT

Placing implants in aesthetic areas sets very high challenges in the pursuit of perfection. The technical demands can lead to very long treatments which are very often disregarded by the patients. Bondbone is an innovative product that used alone or as composite with other biomaterials can significantly reduce the treatment time with foreseen results. The following describes a case study where several different regenerative techniques were used in a single surgery.

O tempo de tratamento é cada vez mais um parâmetro a ter em conta na reabilitação dos nossos pacientes. Se é verdade que não devemos ultrapassar a biologia, também o é que, cada vez mais, podemos utilizar técnicas que nos permitem, com previsibilidade, obter óptimos resultados num período de tempo mais curto. A colocação imediata de implantes em alvéolos pós-extracção é um procedimento de rotina já com bastantes anos, amplamente descrito e que traz bastantes vantagens quer a nível cirúrgico, quer de reabilitação protética.<sup>1,2,3</sup> Quer seja feita com restauração simultânea, ou não, apresenta como principais vantagens:

- preservação da forma e contorno dos tecidos moles;
- diminuição do período de edentulismo;
- previsibilidade;
- permitir restaurações mais estéticas;
- diminuir o número de cirurgias;
- diminuir a morbilidade do tratamento;
- diminuir o custo do tratamento.

Araújo<sup>4,5,6</sup> provou que a perda de osso era independente da colocação, ou não, de implantes imediatos e estava relacionada com o *bundle boné*; como tal, há que ter este factor também em consideração. A posição do osso em vestibular e a remodelação pós-extracção tem de ser tida em conta quer no correcto posicionamento dos implantes, quer na



Figura 1: Aspecto inicial do paciente com uma fratura infra-óssea do dente 21



Figura 2: Dente 21 com fratura horizontal no 1/3 médio e perfuração radicular no 1/3 apical

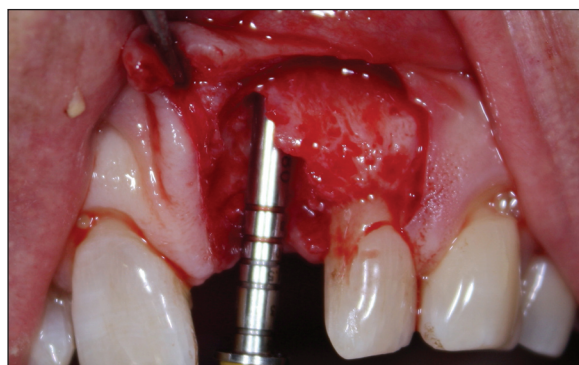


Figura 3: Defeito ósseo combinado vertical e horizontal e défice dos tecidos moles



Figura 4: Colocação imediata de implante 4.20x11.5 Seven® da MIS. Torque de inserção 35N



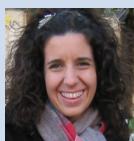
Figura 5: BondBone® (Sulfato de Cálcio Diidratado)



Figura 6: Aspecto do enxerto ósseo estabilizado apenas com BondBone®



**Dr. Miguel de Melo Costa.** Médico Dentista. Licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Clínica CG, Guarda.



**Dra. Diana Henriques.** Médica Dentista. Licenciada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Clínica Dentária Dr<sup>a</sup> Diana Henriques, Aveiro.





Figura 7: Vista frontal dos enxertos

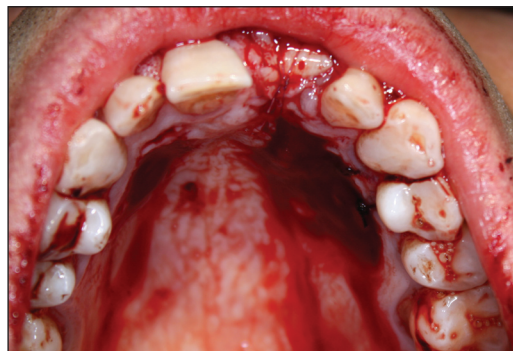


Figura 8: Vista oclusal dos enxertos



Figura 9: Provisionalização com o próprio dente extraído



Figura 10: Aspecto aos 15 dias quando se retiraram as suturas

utilização de enxertos ósseos, de forma a evitar insucessos estéticos.

Por vezes, a grande dificuldade clínica é decidir qual o tipo de procedimento que se irá adoptar. Neste caso, foi tida em consideração a classificação de Juodzbalys e Wang<sup>7</sup> que avalia parâmetros como os tecidos moles (quantidade, qualidade e biótipo), os tecidos duros (posição vertical e espessura da tábua vestibular e altura de osso interproximal), a distância interproximal entre dentes adjacentes e a necessidade de angulações nos implantes.

### Caso clínico

O caso clínico que se apresenta é de um paciente do sexo masculino, com 55 anos, que sofreu um traumatismo no dente 21. O dente tinha uma fratura horizontal infra-óssea e apresentava bastante mobilidade da parte coronal à fratura. Tinha uma pequena lesão periapical assintomática.

Foi proposta a extração do dente e a colocação de uma coroa implanto-suportada. O paciente não apresentava qualquer problema de saúde relevante e não era fumador. Tinha bons hábitos de higiene oral.

Após a extração assintomática do dente verificou-se que este tinha uma perfuração no 1/3 apical.

Seguiu-se uma curetagem criteriosa e com sonda cirúrgica foi avaliado o alvéolo pós-extração de forma a classificar o defeito com o qual nos deparávamos. Além da óbvia falta de tecidos moles, verificámos que havia também perda da tábua óssea vestibular. Estávamos perante um defeito ósseo combinado, horizontal e vertical, com comprometimento de tecidos moles.

O acesso foi feito através de um retalho de espessura total com descarga em distal do dente 22. Utilizou-se uma incisão oblíqua até à concavidade entre o dente 22 e 23 de forma a evitar futuros defeitos gengivais. Em mesial do dente 11 fez-se um túnel<sup>8</sup> (retalho de espessura parcial) para receber um enxerto de tecido conjuntivo do palato que recobrisse a recessão gengival.

Uma vez que existia uma altura de osso em apical suficiente para se estabilizar um implante optou-se pela colocação imediata. Utilizou-se um implante Seven® 4.20 x 11.5 da MIS que ficou com torque de inserção de 35N. No protocolo cirúrgico não foi utilizada a última broca de forma a obter-se uma maior estabilidade inicial. O implante foi colocado ao nível da junção amelo-cementária dos dentes adjacentes para evitar a reabsorção óssea a nível interproximal.<sup>9</sup>

Após a colocação do implante procedeu-se à colocação do enxerto ósseo para tentar corrigir o defeito dos tecidos duros e evitar quer a diminuição da crista óssea<sup>10</sup>, quer o colapso dos tecidos gengivais. Para tal, utilizou-se uma mistura de BondBone® (Sulfato de Cálcio Diidratado) e Gen-Os® (osso esponjoso e cortical de origem porcina).

O BondBone® apresenta uma grande mais-valia nestes casos porque ao formar um composto com o osso particulado permite:

- não usar membrana;
- ter uma estabilidade dimensional óptima durante e após a cirurgia;
- não interferir com o enxerto de tecidos moles que foi utilizado conjuntamente;
- encurtar o tempo de cirurgia;

## Novo Implantmed da W&H

A evolução do líder em implantologia

NOVIDADE

OFERTA DE LANÇAMENTO

IMPLANTMED

2.295€

P.V.P. 2.590€



O IMPLANTMED  
INCLUI PEDAL S-N1  
E MICROMOTOR ESTERILIZÁVEL

Solicite o folheto de ofertas ao seu distribuidor W&H  
Pode descarregar no seu smartphone,  
digitalizando este código QR



implantmed

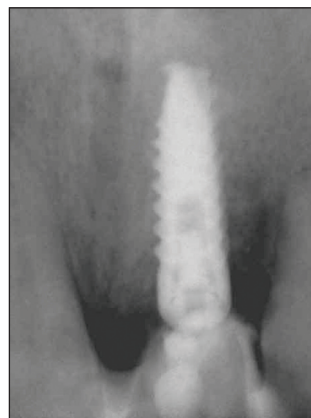
MAIOR TORQUE 5 - 70 NCM  
NOVA FUNÇÃO ESPECIAL DE PASSO DE ROSCA  
MICROMOTOR COMPATÍVEL COM ANTERIOR IMPLANTMED SI-923  
PEDAL MULTIFUNÇÃO COM REGULAÇÃO DE VELOCIDADE  
USO SIMPLES E INTUITIVO

W&H Ibérica  
46017 Valencia  
t +34 96 353 20 20  
e oficinas.es@wh.com  
wh.com





Figura 11: Adaptação da coroa provisória de forma a modelar os tecidos moles e melhorar a estética da coroa definitiva



Raio-X 1: Aspecto radiológico à 7 semanas



Figura 12: Escolha do pilar de zircônio para a coroa definitiva



Figura 13: Prova de cor



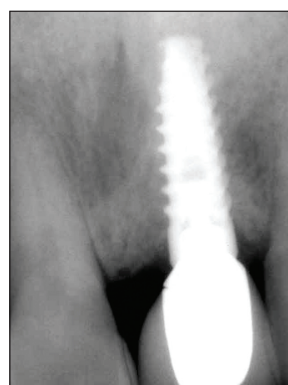
Figura 14: Vista oclusal no dia da cimentação



Figura 15: Cimentação da coroa em zircônio Zirconzahn® com cimento de resina RelyX Unicem2®



Figura 16: Aspecto às seis semanas após a cimentação da coroa



Raio-X 2: Aspecto radiológico às seis semanas após a cimentação da coroa

- aumentar o conforto do operador durante a cirurgia;
- excelente previsibilidade.

Neste caso, não foi utilizado o BondBone® isoladamente porque necessitávamos de um material que nos garantisse um *turn over* mais lento, de forma a garantirmos a regeneração óssea, já que o BondBone® reabsorve demasiado depressa e podia levar a um colapso em vestibular. O Gen-Os® tem uma granulometria que varia de 250µm a 1000µm, o que permite uma óptima estabilidade a longo prazo que é essencial neste tipo de defeitos que não estão limitados por paredes em toda a sua extensão.

Como se tratava de um defeito combinado de tecidos duros e moles fez-se também um enxerto de tecidos moles. Fizemos dois tipos de enxerto:

- um enxerto de tecido conjuntivo do palato para aumentar o volume no local do dente 21 e recobrir a recessão do dente 11;
- e um enxerto gengival livre para se obter encerramento do alvéolo.

No enxerto de tecido conjuntivo utilizámos o hemi-palato esquerdo como dador e através da técnica de túnel colocou-se o enxerto no local desejado. Foi estabilizado com sutura reabsorvível PGA 6-0 nos locais onde seria impossível

retirar os pontos de sutura, e nylon 6-0 nos locais onde seria possível remover a sutura. A zona dadora no palato foi suturada com seda 3-0.

No enxerto gengival livre utilizou-se como região dadora o hemi-palato direito. O enxerto foi suturado apenas com nylon 6-0. Na zona dadora apenas foi feita compressão digital e após a hemostase cicatrizou por segunda intenção. A coroa provisória foi feita a partir do próprio dente que foi extraído. Adaptou-se a raiz com broca diamantada, selou-se com resina composta fluida e poliu-se de forma a não haver retenções e diminuir a acumulação de biofilme bacteriano. A coroa foi ferulizada aos dentes adjacentes com resina composta. Tentou-se colocar a coroa de forma a evitar o colapso dos tecidos existentes<sup>11</sup>, mas também a não comprimir os nossos enxertos para não comprometer a vascularização dos mesmos.

O paciente foi instruído para não escovar os dentes 12 a 22 durante o período de cicatrização e a fazer desinfecção com clorhexidina a 0.12% durante um período de 15 dias. Foi medicado com Amoxicilina e Ácido Clavulânico (875/125mg), de 12/12 horas, durante 8 dias, Ibuprofeno 600mg, de 8/8 horas, durante 2 a 3 dias e Deflazacorte 30mg, uma vez por dia, durante quatro dias e posterior desmame. O Deflazacorte como diminui muito o edema pós-

operatório evita a deiscência das suturas.

O pós-operatório decorreu sem qualquer ocorrência não tendo havido hemorragia nem dor. O edema foi mínimo.

A sutura foi retirada aos 15 dias onde já era possível observar uma vascularização do enxerto de tecidos moles.

Às 7 semanas acrescentou-se à coroa provisória resina composta de forma a comprimir os tecidos moles e começar a modelar o local da coroa definitiva.

Às 12 semanas, depois de várias adaptações sucessivas da coroa provisória, escolheu-se o pilar definitivo e fez-se uma primeira impressão de forma a fazer-se a prova da subestrutura de zircônio.

Fez-se uma impressão de moldeira aberta com poliéster Impregnum® Penta Soft. A coroa provisória, que até então estava ferulizada nos dentes adjacentes, foi substituída por uma nova coroa provisória em acrílico já suportada no implante.

Às 13 semanas foi feita prova de cor e ajustes oclusais.

Às 15 semanas cimentou-se a coroa com cimento de resina RelyX® Unicem2<sup>12</sup>. A coroa de zircônio Zirconzahn® foi caracterizada com cerâmica Cercon® Kiss pelo ceramista Oleksiy Sklyarov do laboratório Cella Dental Design (Cedlab).

## Conclusão

A utilização deste conjunto de técnicas permitiu encurtar em vários meses o tempo de tratamento com uma elevada previsibilidade. Permitiu que se realizassem todos os procedimentos regenerativos em apenas um tempo cirúrgico diminuindo a morbidade e todo o desconforto inerente a uma cirurgia. ■

## Referências bibliográficas

Pedido de referências para isabel.pereira@editorialbolina.com