



Utilização de barreira Cytoplast™ reforçada com titânio para aumento vertical em região posterior de mandíbula

Use of Cytoplast barrier for vertical ridge augmentation in the mandible posterior

Bruno Costa Martins de Sá¹
Claudio Ferreira Nóia²
Felipe Germoglio Cardoso Macêdo³
Gabriel Albuquerque Guillen⁴

RESUMO

O uso de barreiras como forma de manutenção do espaço visando obter um aumento ósseo previsível sempre foi alvo de grande discussão dentro da Implantodontia. A maior dificuldade na execução do tratamento com barreiras está relacionado ao seu alto índice de exposição ao meio bucal e consequente infecção e perda do enxerto. Sendo assim, apresentamos neste trabalho um passo a passo de como executar o procedimento através do uso da barreira Cytoplast™ reforçada com titânio com previsibilidade clínica.

Descritores: Membrana cytoplast, mandíbula, enxerto ósseo.

ABSTRACT

The use of barriers as a way of maintaining space in order to obtain a predictable bone increase has always been the subject of great discussion within Implantology. The greatest difficulty in carrying out treatment with barriers is related to its high index of exposure to the oral environment and consequent infection and graft loss. Therefore, we present in this work a step-by-step on how to perform the procedure using the Cytoplast barrier reinforced with titanium with clinical predictability.

Descriptors: Cytoplast membrane, mandible, bone graft.

¹Coord. da Especialização em Implantodontia – SOEP/RO.

²Prof. da Área de CBMF – FOP/UNICAMP.

³Mestrando em CBMF – FOP/UNICAMP.

⁴Doutorando em CBMF – FOP/UNICAMP.

E-mail do autor: claudion@unicamp.br

Como citar este artigo:

de Sá BCM, Nóia CF, Macêdo FGC, Guillen GA. Utilização de barreira Cytoplast™ reforçada com titânio para aumento vertical em região posterior de mandíbula. Full Dent. Sci. 2020; 11(42):8-10.
DOI: 10.24077/2020;1142-CG810

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a realização de Regenerações Ósseas Guiadas (ROGs) tem ganhado cada vez mais espaço dentro do universo das reconstruções ósseas. Diversos autores têm proposto e modificado técnicas, sempre visando uma otimização dos resultados das mesmas. Nesse sentido, o uso de barreiras como forma de manutenção do espaço visando obter um aumento ósseo previsível tem sido alvo de grande discussão dentro da Implantodontia. A maior dificuldade na execução do tratamento com barreiras está relacionado ao seu alto índice de exposição ao meio bucal e consequente infecção e perda do enxerto.

Visando minimizar essas complicações, é essencial a confecção e liberação de um retalho adequado, de modo que ao final do procedimento cirúrgico, um fechamento por primeira intenção seja obtido de forma passiva. Para isso, a confecção e liberação do retalho lingual avançado, conforme proposto por Istvan Urban, é essencial para o sucesso. Esse retalho é responsável por uma grande quebra de paradigma dentro do cenário da exposição dos enxertos da região posterior de mandíbula: se executado de forma correta, o índice de exposição dos enxertos é próximo de zero.



Figura 1 – Vista clínica inicial evidenciando o defeito em altura. Nota-se a presença de um defeito característico da região posterior de mandíbula.

A técnica escolhida foi a realização de ROG utilizando membrana Cytoplast com reforço de titânio associando biomaterial + autógeno.

O procedimento iniciou-se com a realização de bloqueio anestésico do nervo alveolar inferior, lingual e bucal com solução de lidocaína 2% com vasoconstritor 1:100.000

Outro fator importante na reconstrução da região posterior de mandíbula é a utilização de uma barreira adequada, que seja de fácil manuseio, possibilite a manutenção do espaço sem colabar e apresente mínima resposta tecidual inflamatória. Nesse sentido, nos últimos anos, para os casos de ganho vertical, a utilização da barreira Cytoplast™ com reforço de titânio tem ganhando cada vez mais espaço, de modo a substituir o uso das malhas de titânio. Vale ressaltar que, para se obter bons resultados, a utilização da barreira Cytoplast™ depende de uma curva de aprendizado profissional, pois a mesma é totalmente dependente do conhecimento e habilidade manual do operador. A seguir apresentamos um caso clínico executado com esse produto na região posterior de mandíbula.

RELATO DE CASO

Paciente C.F., 46 anos, gênero masculino, leucoderma, procurou reabilitação com implantes devido à perda de elementos dentais. Ao realizar o exame clínico e tomográfico foi possível observar a ausência dos elementos 34, 35, 36, e 37, bem como grande defeito ósseo em altura (Figuras 1 e 2).



Figura 2 – Vista parcial de radiografia panorâmica mostrando a extensão do defeito vertical. Neste caso, independente da técnica a ser utilizada, a associação de osso autógeno é sempre recomendada.

(Dfl, Rio de Janeiro-Brasil), seguido de uma incisão na crista do rebordo em toda região edêntula. Inicialmente foi realizado o deslocamento mucoperiosteal expondo claramente o remanescente ósseo e o nervo mental. O preparo da cortical óssea foi realizado através de múltiplas perfurações que facilitam a nutrição do enxerto (Figura 3).



Figura 3 – Após descolamento mucoperiosteal é possível observar diretamente o defeito vertical. O preparo da região foi realizado através de múltiplas perfurações.

A membrana Cytoplast™ reforçada com titânio (Cytoplast 30x40mm, Implacil de Bortoli) foi então individualizada e fixada na região lingual e distal do defeito, proporcionando um arcabouço para inserção da mistura de osso



Figura 4 – Membrana Cytoplast™ fixada na região do defeito por parafusos e uma mistura de osso autólogo + biomaterial adicionada na região.

Os retalhos foram devidamente liberados e reposicionados por meio de suturas, proporcionando um fechamento passivo (Figura 6). Com 14 dias é possível ob-



Figura 6 – É fundamental um fechamento por primeira intenção com os tecidos moles posicionados de forma passiva.

CONCLUSÃO

A utilização de barreiras Cytoplast constitui importante alternativa para realização das reconstruções verticais. Importante ressaltar que uma curva de aprendizado é essencial para se obter bons resultados clínicos.

autólogo e biomaterial (Lumina-Porous, Critéria) (Figura 4). Na sequência, a membrana é adaptada na face vestibular do defeito e os parafusos (Linha Orth, Implacil de Bortoli) são adicionados para estabilização da mesma (Figura 5).



Figura 5 – Membrana estabilizada através de parafusos. Nota-se o arcabouço proporcionado pela mesma.

servar a completa cicatrização da região e o adequado fechamento dos tecidos moles (Figura 7).



Figura 7 – Aspecto da cicatrização após 14 dias do procedimento. Nota-se o excelente resultado e a ausência de exposição do enxerto/membrana.

BIBLIOGRAFIA

1. Fontana F, Maschera E, Rocchietta I, Simion M. Clinical classification of complications in guided bone regeneration procedures by means of a nonresorbable membrane. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2011;31:265–273.
2. Urban I, Monje A, Lozada J, Wang HL. Principles for vertical ridge augmentation in the atrophic posterior mandible: A technical review. *J Periodontics Restorative Dent* 2017;37:639–645.