

OSTEOTOMIA SEGMENTAR POSTERIOR DA MAXILA COM FINALIDADE PROTÉTICA: RELATO DE CASO

Kelvin Saldanha Lopes¹; Adricia Kelly Marques Bento¹; Nathally Nadia Moura de Lima¹;
Assis Filipe Medeiros Albuquerque²

¹Discente do Curso de Odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá.

E-mail: kel-vin-saldanha@outlook.com

²Docente do curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza.

E-mail: assis_filipe@hotmail.com

RESUMO

A osteotomia segmentar posterior da maxila é um procedimento cirúrgico que tem por objetivo reestabelecer um espaço protético adequado entre maxila e mandíbula. Este tratamento geralmente é de caráter interdisciplinar, envolvendo duas áreas da Odontologia, a cirurgia bucomaxilofacial, e a prótese. O presente estudo tem como objetivo apresentar a condução de um tratamento cirúrgico de levantamento de segmento maxilar posterior com finalidade protética. Para a condução do tratamento foi realizada confecção, prévia a cirurgia, de um guia cirúrgico montado em articulador semi-ajustável com posterior cirurgia do modelo, para estudo e simulação com mais exatidão possível do procedimento a ser realizado. Foi realizada incisão em fundo de vestibulo da região anteriormente descrita, seguida da realização da osteotomia, reposicionamento fixando o segmento com placas de titânio e parafuso, e sutura final. Após evolução do estado pós-operatório, o paciente em questão foi submetido ao uso de uma prótese parcial removível para conclusão da reabilitação oral. A perda prematura dos pré-molares e molares pode levar a uma extrusão nos dentes superiores posteriores por falta de contato antagonista. A osteotomia segmentar posterior da maxila é indicada em casos nos quais se deseja obter o restabelecimento da dimensão vertical posterior. A técnica possibilita uma adequada reabilitação protética, seja por implantes, prótese fixa ou removível. A osteotomia segmentar posterior é uma técnica segura, que quando bem aplicada proporciona boa aceitabilidade ao paciente, rápida resolução e taxas elevadas de sucesso.

Palavras-chave: Cirurgia ortognática. Cirurgia pré-protética. Odontologia.

INTRODUÇÃO

A ausência de elementos dentários pode acarretar vários prejuízos a um indivíduo. Ao decorrer dos anos essa perda normalmente gera a extrusão dentária, ou até mesmo de todo um arco antagonista além da perda óssea maxilar ou mandibular. A extrusão de um segmento ósseo faz com que haja uma diminuição do espaço interoclusal, impossibilitando muitas vezes um tratamento protético mesmo com o uso de fixação por implantes osseointegrados (BLAT et al. 2007).

Nos casos em que não é possível tratar essa perda dentária através de próteses, havendo extrusões severas é que está indicada a cirurgia de osteotomia segmentar. Este procedimento cirúrgico foi descrito pela primeira vez por Stoker e Epker (1974), e consiste em realizar o levantamento de um segmento maxilar através de osteotomia, seguida da fixação com parafusos e placas de titânio da peça anatômica para restabelecimento de um espaço interoclusal adequados entre mandíbula e maxila, que precede a confecção de uma prótese a fim de ajustar a oclusão (FILHO et al. 2006).

Esse procedimento é um dos mais relatados na literatura quando se trata de cirurgias de finalidade protética, envolvendo um trabalho interdisciplinar (prótese e cirurgia bucomaxilofacial) sendo amplamente utilizado quando se deseja recuperar a dimensão vertical de oclusão. Apresenta vantagens por em apenas uma sessão cirúrgica já realizar o reposicionamento correto dos dentes (CHA et al. 2015).

Tendo isso em vista, o objetivo do presente estudo é apresentar a condução de um tratamento cirúrgico de levantamento de segmento posterior da maxila (osteotomia) com finalidade protética em um paciente com região edêntula.

METODOLOGIA

Paciente do sexo feminino, 55 procurou o serviço de cirurgia afim de uma reabilitação protética na região mandibular que se apresentava edêntula há mais de 20 anos. Na anamnese não foi relatado nenhum tipo de comprometimento sistêmico ou de história médica relevante. Ao exame intra-oral observou-se a ausência dos elementos dentários 35, 36 e 37, com conseqüente desajuste de oclusão e defeito estético.

Para a realização do tratamento, foi feito um preparo cirúrgico prévio através de um guia cirúrgico montado em articulador semi-ajustável para estudo e cirurgia do modelo, afim de simular com maior exatidão o procedimento a ser realizado.

A paciente em questão foi submetida a anestesia local (mepvacaína com epinefrina 1:100.000) e o procedimento pré-operatório padrão para área de cirurgia buco-maxilo-facial foi seguido (amoxicilina 1g 1 hora antes e dexametasona 4mg meia hora antes do procedimento). A cirurgia foi realizada com incisão em fundo de vestibulo, seguida de osteotomia vertical da região posterior da maxila, estendendo-se do 1º pré-molar a 1º molar superior direito (elementos dentários 25, 26 e 27). E seguida foi feito o reposicionamento do segmento com fixação através de placas de titânio e parafuso e realização da sutura final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma perda prematura dos molares e pré-molares inferiores gera com o passar dos anos uma grave extrusão dos dentes superiores posteriores pela falta de contato antagonista, além disso o rebordo alveolar superior posterior passa a ser exposto por mais forças mastigatórias havendo hipertrofia dos mesmos e diminuição do espaço inter-oclusal (CHOI et al. 2016).

Outras alternativas para a diminuição ou ausência do espaço inter-oclusal, com exodontia seguida de alveoloplastia e endodontia profilática para encurtamento da coroa seguida de prótese fixa. Porém a osteotomia é preferível por proporcionar um espaço mais adequado entre os arcos com menor tempo de tratamento e de baixo custo.

O procedimento de osteotomia deve ter criteriosa avaliação como no caso acima descrito onde não havia possibilidade de proporcionar correta oclusão por outros meios. Mas em desajustes oclusais menores, a reabilitação apenas protética é mais indicada. A detalhada seleção da opção terapêutica cirúrgica deve passar por avaliações em modelos de estudo, cirurgias de modelo, radiografias panorâmicas e periapicais ou tomografias, além do planejamento com protesista, ortodontista e o cirurgião (ESTEVES et al. 2016; CHANG et al. 2015).

A osteotomia segmentar posterior da maxila tem sua principal indicação no restabelecimento da dimensão vertical de oclusão, possibilitando reabilitação protética através de implantes, próteses fixas e removíveis, sendo a última a opção mais indicada. Para esse tipo de procedimento, é mais recomendada a anestesia local do que a sedação sob a anestesia geral, pois torna o procedimento de custo baixo e menor morbidade. Porém a experiência do cirurgião tem grande importância na decisão (SANT'ANNA et al 2015).

Em relação fixação dos segmentos osteotomizados podem ser feitas com fio de aço associadas ou não a suspensões zigomáticas, porém com inconveniente bloqueio maxilo-mandibular por no mínimo 30 dias, o que geralmente traz desconforto ao paciente. Outra técnica utilizada que traz menos desconforto é através de uma goteira fixada à maxila por 6 semanas para manter o segmento em posição com confecção imediata de uma prótese provisória para evitar a recidiva (FILHO et al 2006).

No estudo pioneiro de Bell e Levy (1971), o mesmo discutiu sobre a revascularização e cicatrização óssea em segmentos osteotomizados da maxila. Concluindo que há cicatrização óssea por união primária por volta da sexta semana pós-operatória. A revascularização do segmento acontece devido a manutenção do pedículo lateral e da integridade dos tecidos do palato mole, que recebem irrigação das anastomoses das artérias faríngea ascendente e palatina menor, mesmo quando a descendente for lesionada.

A reinervação dos elementos dentários envolvidos foi estudada por Robinson (1986), onde concluiu que ocorre com ou sem enxerto após seis semanas de pós-operatório pela reinervação colateral e facilitada por formação de coágulo entre os segmentos.

Em relação as complicações, as mais frequentes são a perda da vitalidade dos dentes envolvidos, (com necessidade de terapia endodôntica) defeitos periodontais e processos infecciosos envolvendo o seio maxilar (principalmente a sinusite). Ocasionalmente pode ocorrer a necrose tecidual, mas pode ser evitada com técnica adequada através de um correto retalho e descolamento tecidual (BLAT et al. 2007).

CONCLUSÃO

A osteotomia segmentar posterior consiste em uma técnica segura, que quando bem aplicada proporciona boa aceitabilidade ao paciente, baixo custo, rápida resolução e taxas elevadas de sucesso.

REFERÊNCIAS

CHOI, S.H et al. Stability of Pre-Orthodontic Orthognathic Surgery Using Intraoral Vertical Ramus Osteotomy Versus Conventional Treatment. **J. Oral Maxilloac Surg**, Seul, v.74, n.3, p. 610-619, mar 2016.

FILHO, F.W.V.F et al. Restabelecimento do espaço entre arcos – uma abordagem multidisciplinar. **R. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**, Camaragibe, v.6, n.4, p.49-56, dez 2006.

BLAT, M et al. Impactação do segmento posterior da maxila através de osteotomia para reabilitação protética - relato de caso. **R. Innovations implant**, São Paulo, v.2, n.4, p. 15-19, dez 2007.

CHA, J.Y et al. Intraoral Vertical Ramus Osteotomy Results in Good Long-Term Mandibular Stability in Patients With Mandibular Prognathism and Anterior Open Bite. **J. Oral Maxilloac Surg**, Seul, v.70, n.8, p. 804-811, set 2015.

ESTEVES, L.S et al. Why segment the maxilla between laterals and canines? **R. Dental Press J. Orthod**, Maringá, v.21, n.1, p.110-125, fev 2016.

CHANG, A. H et al. Correlation of Airway Volume With Orthognathic Surgical Movement Using Cone-Beam Computed Tomography. **J. Oral Maxillofac Surg**, Seul, v.73, n.12, p.67-76, dez. 2015.

SANT'ANNA E.F et al. Combined maxillary and mandibular distraction osteogenesis in patients with hemifacial microsomia. **J. Orthod Dntofacial Orthop**, Rio de Janeiro, v.147, n.5, p.566-577, mai 2015.

BELL, W.H.; LEVY, B.M. Revascularization and bone healing after posterior maxillary osteotomy. **J Oral Surg**, Chicago, v.29, p.313-320, may, 1971.

ROBINSON, P. P. Reinnervation of teeth after segmental osteotomy in cat. The effect of segment repositioning and bone grafting. **J. Oral Maxillofac Surg**, Copenhagen, v.15, p.152-59, 1986.