

Istvan Urban

Vertical 2

O PRÓXIMO NÍVEL

DE AUMENTO DE TECIDOS DUROS E MOLES





Conteúdo

Introdução		
Capítulo 1	A biologia do osso aumentado vertical e horizontalmente	1
Capítulo 2	Evidência científica de aumento ósseo vertical utilizando uma malha de politetrafluoretileno reforçada com titânio	17

O defeito vertical extremo da mandíbula posterior		
Capítulo 3	Reconstrução de defeito mandibular posterior extremo: princípios cirúrgicos e considerações anatômicas	41
Capítulo 4	Reconstrução de um defeito mandibular posterior avançado com tecido cicatricial	81
Capítulo 5	Reconstrução de um defeito mandibular posterior avançado com osso basal estreito	97
Capítulo 6	Reconstrução de um defeito mandibular posterior avançado com níveis ósseos periodontais incompletos: o ‘sacrifício do peão’	109
Capítulo 7	Reconstrução de um defeito mandibular posterior avançado com a “técnica de Lasanha” usando proteína morfogenética óssea de baixa dose tipo 2	129

Aumento vertical mandibular anterior		
Capítulo 8	Reconstrução do defeito mandibular anterior avançado: princípios cirúrgicos e considerações anatômicas	135
Capítulo 9	Reconstrução de defeito mandibular anterior avançado: considerações para reconstrução de tecidos moles e preservação do osso regenerado	149

Capítulo 10	Reconstrução do defeito mandibular anterior avançado: importância do ganho ósseo horizontal	159
-------------	---	-----

Maxila posterior

Capítulo 11	Resultados de longo prazo de implantes colocados em seios aumentados com osso alveolar remanescente mínimo e moderado	165
-------------	---	-----

Capítulo 12	Dificuldades e complicações relacionadas ao enxerto sinusal: hemorragia e septos sinusais	177
-------------	---	-----

Capítulo 13	Dificuldades no aumento do seio e reconstruções maxilares posteriores: deficiências da parede vestibular do seio e defeitos do rebordo	187
-------------	--	-----

Capítulo 14	Infecção do enxerto sinusal e sinusite pós-operatória	211
-------------	---	-----

Capítulo 15	A reconstrução de um defeito vertical extremo na maxila posterior	239
-------------	---	-----

Aumento vertical anterior da maxila

Capítulo 16	Introdução e diretrizes de tratamento clínico	263
-------------	---	-----

Capítulo 17	Reconstrução complexa de um defeito vertical anterior da maxila	311
-------------	---	-----

Defeito maxilar anterior

Capítulo 18	Aumento extremo de defeito na maxila anterior	321
-------------	---	-----



Reconstrução de tecidos moles em conjunto com enxerto ósseo

Capítulo 19	Reconstrução de uma arquitetura natural de tecidos moles após regeneração óssea	337
Capítulo 20	O enxerto gengival em faixa vestibular (<i>labial strip gingival graft</i>)	345
Capítulo 21	O enxerto de dupla faixa (<i>double strip graft</i>)	363
Capítulo 22	Enxerto grande de tecido conjuntivo com cicatrização aberta	391

Reconstrução da papila interimplantar

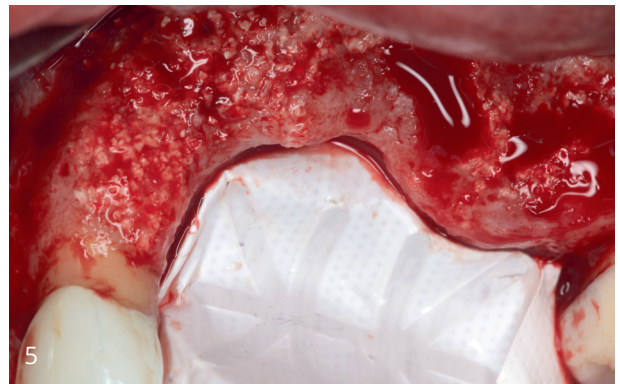
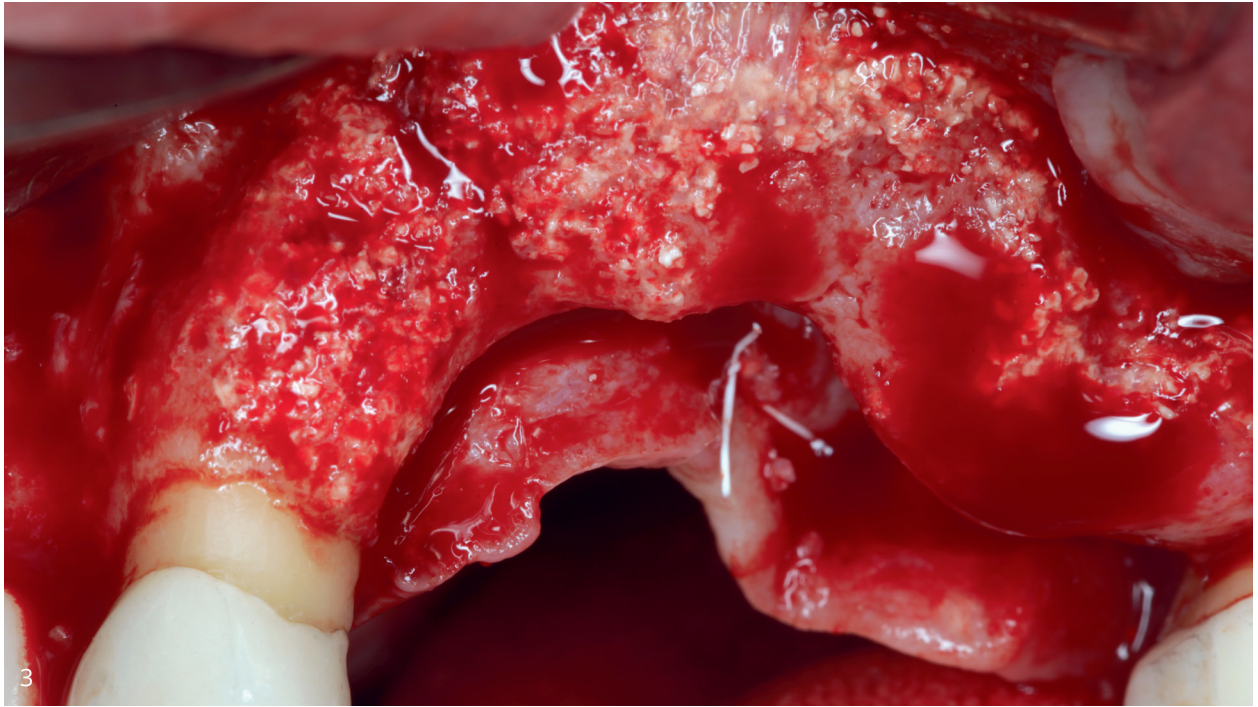
Capítulo 23	O enxerto duplo de tecido conjuntivo	407
Capítulo 24	O enxerto de tecido conjuntivo em cubo de gelo	423
Capítulo 25	O enxerto de tecido conjuntivo em iceberg	451

Regeneração óssea interproximal e de tecidos moles

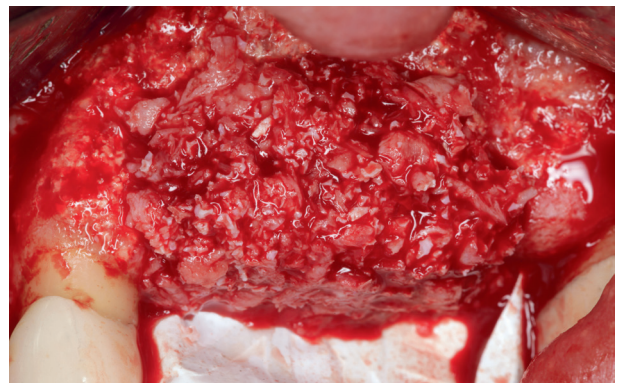
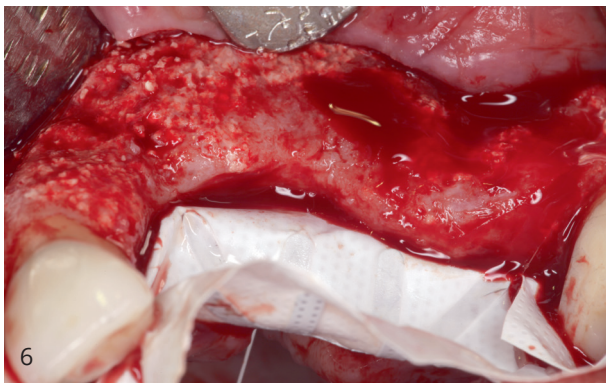
Capítulo 26	Regeneração periodontal vertical em combinação com aumento do rebordo	481
-------------	---	-----

Estética final

Capítulo 27	Reconstrução óssea e de tecidos moles em conjunto com a preservação da junção mucogengival	507
Capítulo 28	Complicações	523

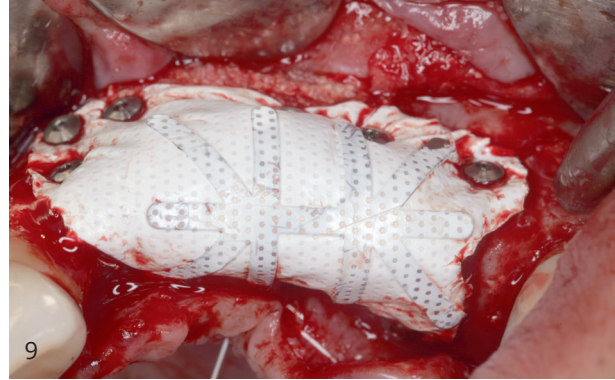
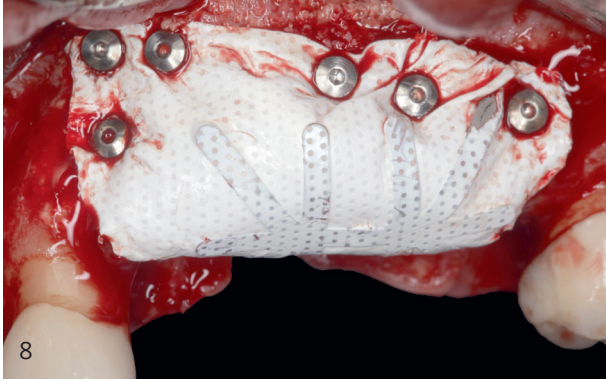


Figs 17-3 e 17-4 Vistas vestibulares do defeito. Observe os biomateriais incorporados das cirurgias prévias.



Figs 17-5 e 17-6 Vistas vestibular e oclusal do defeito após uma membrana de politetrafluoretileno denso (d-PTFE) ser fixada no palato.

Fig 17-7 Vista vestibular de uma mistura 60:40 de osso autógeno e mineral de osso bovino anorgânico (MOBA).



Figs 17-8 e 17-9 Vistas vestibular e oclusal da membrana fixada no lugar.

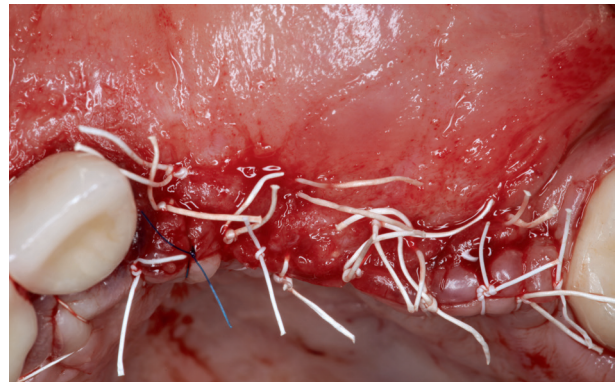
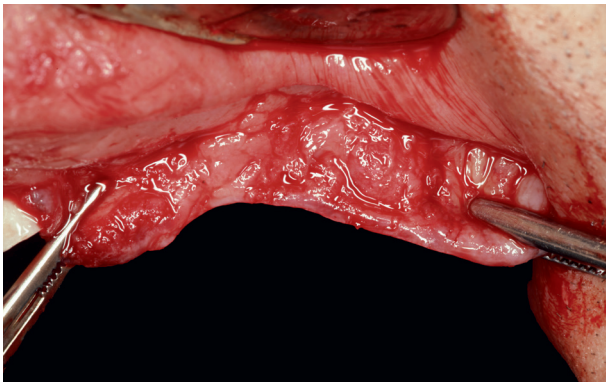


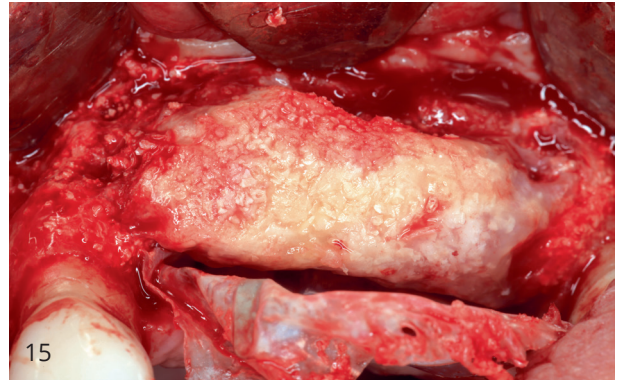
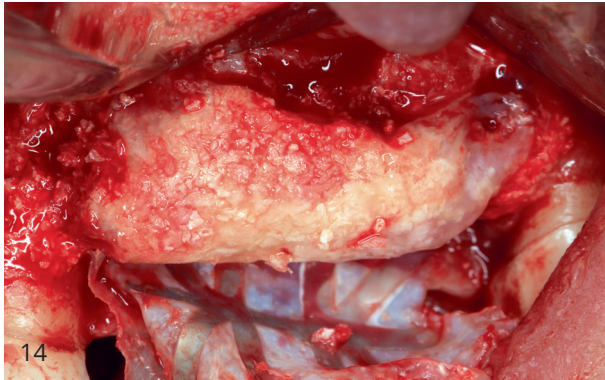
Fig 17-10 Vista vestibular da flexibilidade dos tecidos moles após o levantamento do retalho. Um retalho de segurança estendido, uma periosteoplastia e uma preparação suborbicular são utilizados.

Fig 17-11 Vista oclusal do retalho após fechamento em dupla camada usando suturas de PTFE.



Fig 17-12 Vista oclusal após 2 semanas de cicatrização sem intercorrências.

Fig 17-13 Vista oclusal após 9 meses de cicatrização sem intercorrências.



Figs 17-14 e 17-15 Vistas vestibular e oclusal do enxerto no momento da remoção da membrana.

Este foi um dos piores resultados em longo prazo na experiência do autor. Havia uma camada espessa de *smear layer* que não parecia estar completamente vascularizada. A razão para esta má cicatrização

pode ter sido ter sido micromovimentos da porção crestal do enxerto. Além disso, usar uma membrana perfurada teria sido uma escolha mais adequada que resultaria em melhor vascularização.

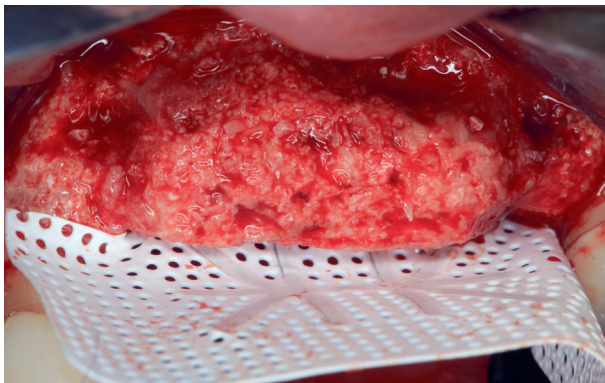


Fig 17-16 Uma broca helicoidal de pequeno diâmetro é usada para perfurar o osso recém-formado para verificar se sangra e também para reforçar a vitalidade.

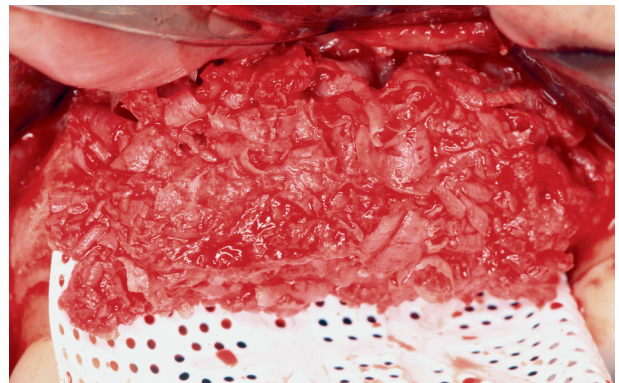
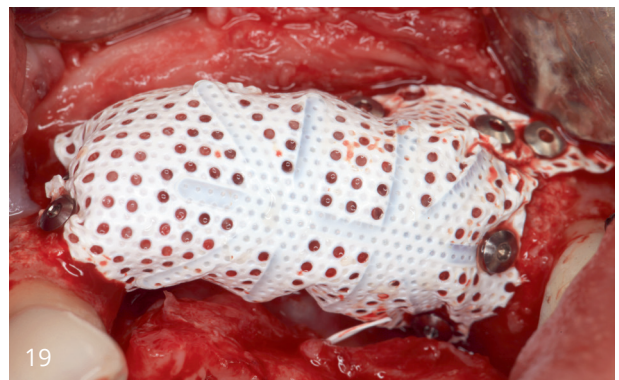
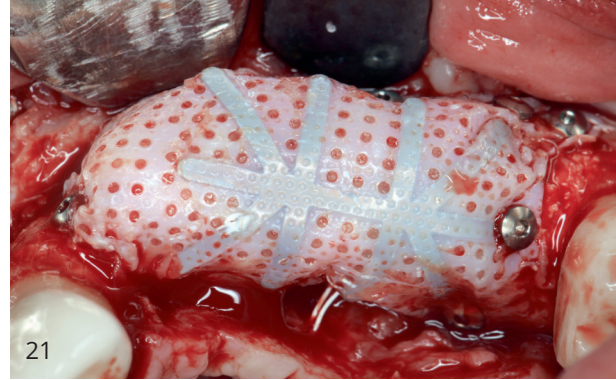
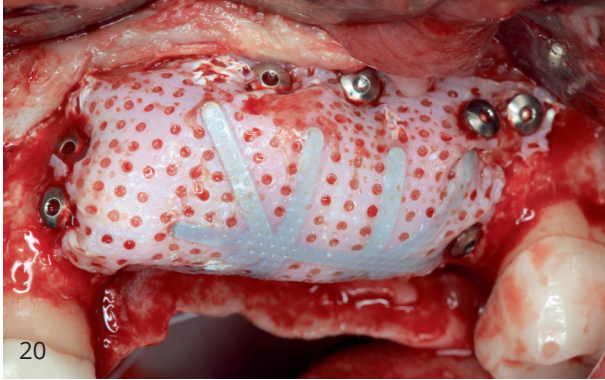


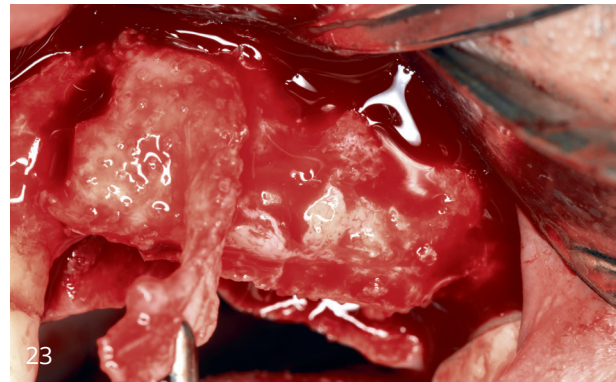
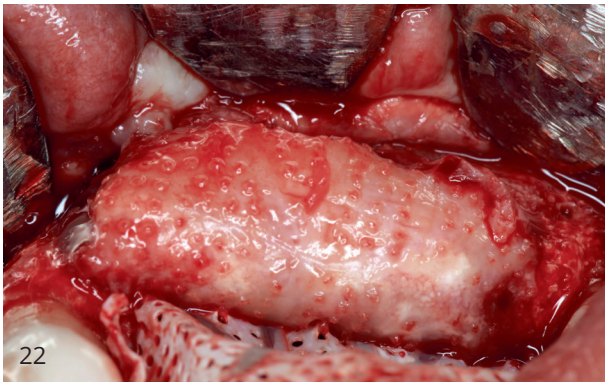
Fig 17-17 Subsequentemente, uma camada de auto-enxerto é aplicada na superfície para reforçar este osso crestal mal regenerado.



Figs 17-18 e 17-19 Vistas vestibular e oclusal da membrana de d-PTFE perfurada fixada.



Figs 17-20 e 17-21 Vistas vestibular e oclusal da membrana no momento da remoção dela.



Figs 17-22 e 17-23 Vistas oclusal e vestibular do osso regenerado coberto com uma fina camada de pseudo-periosteio.

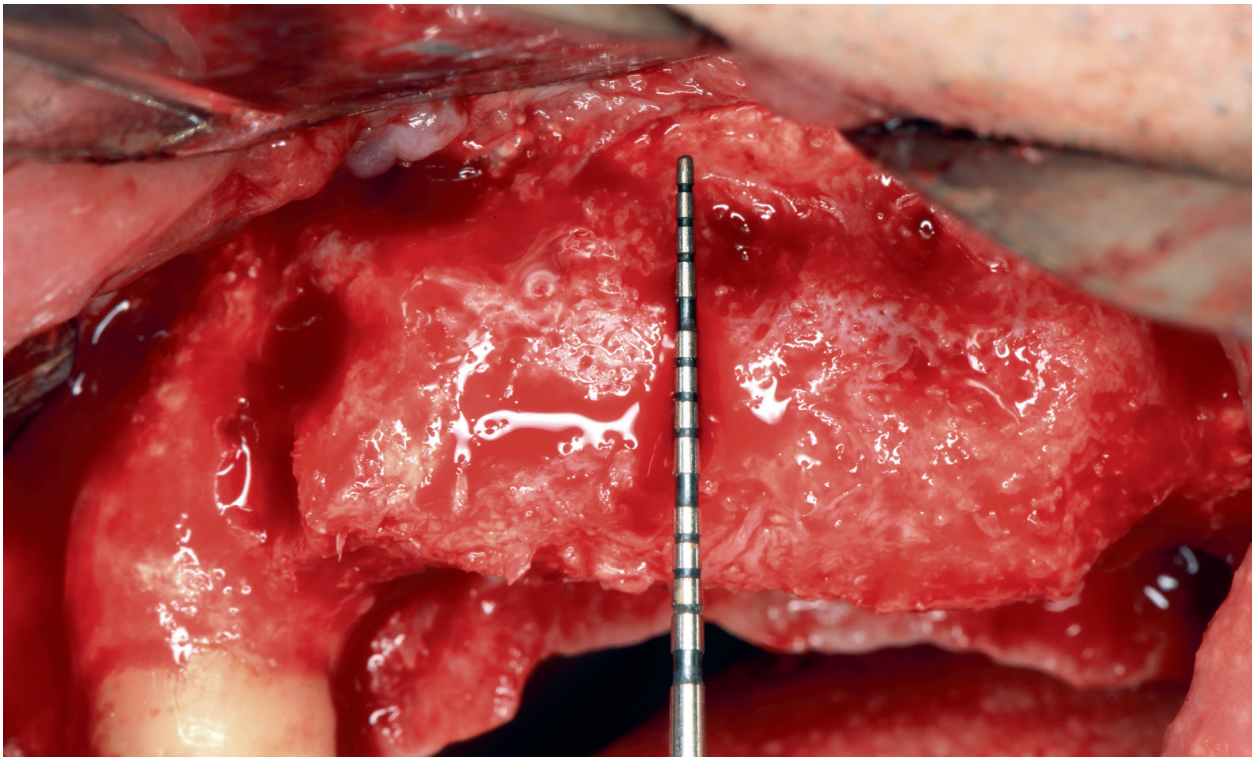


Fig 17-24 Vista vestibular do osso regenerado bem vascularizado após a remoção da camada de tecido mole.

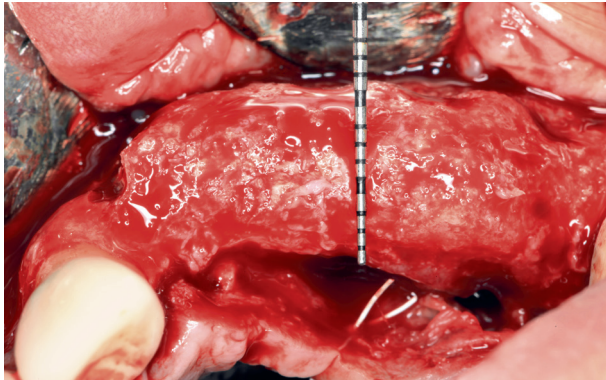
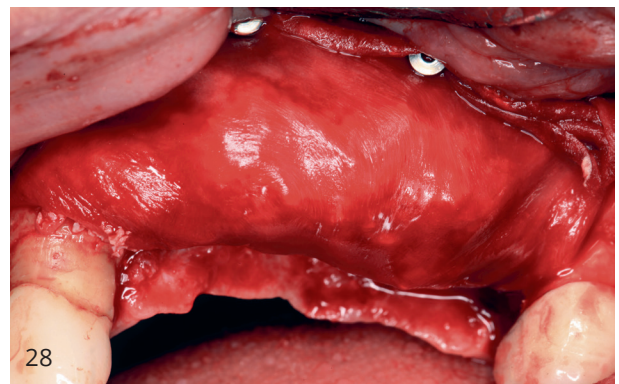
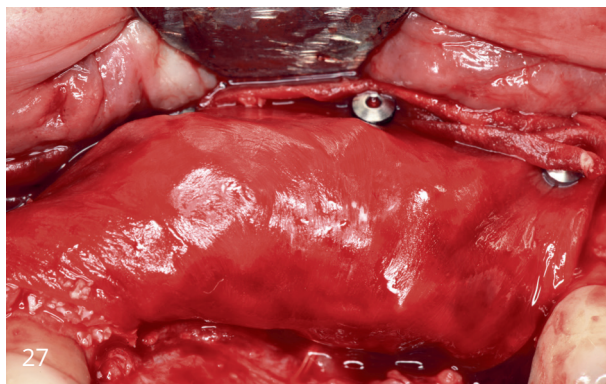


Fig 17-25 Vista oclusal do osso regenerado bem vascularizado após remoção da camada de tecido mole.



Fig 17-26 Vista oclusal dos três implantes colocados no osso regenerado.



Figs 17-27 e 17-28 Coloca-se uma mini salsicha com autoenxerto 30% e MOBA 70%, que é fixada com uma membrana de colágeno nativa sobre a crista.

A reabilitação mucogengival foi planejada para 2 meses após a mini salsicha. Como o paciente morava longe, ele preferiu fazer uma cirurgia para cuidar do problema dos tecidos moles. A 'alternativa rápida' foi descartada porque a realização de um enxer-

to de tecido conjuntivo (ETC) ao mesmo tempo que a mini salsicha com a história deste paciente teria sido muito arriscado. Por isso, a 'alternativa técnica' foi escolhida.

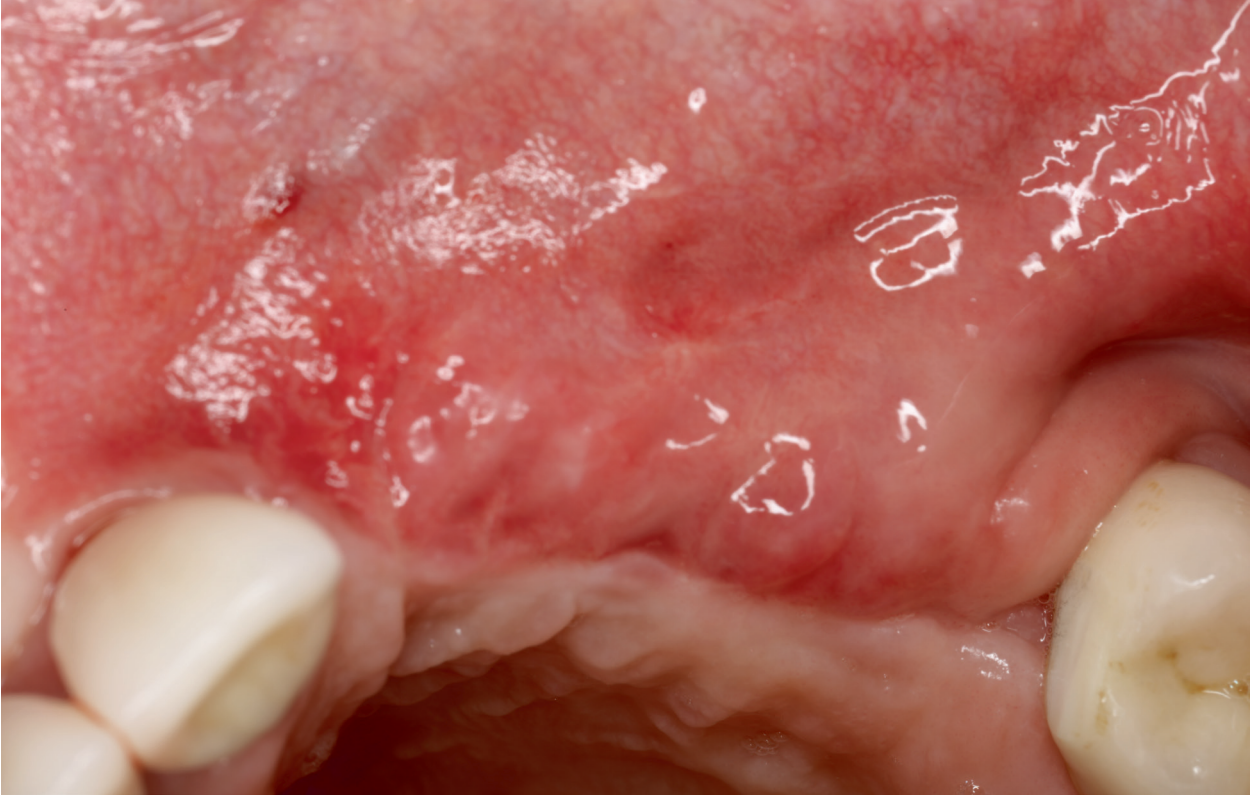
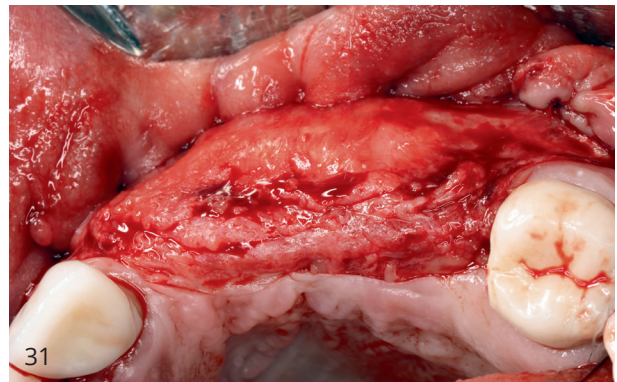


Fig 17-29 Vista oclusal da cicatrização após a mini salsicha.



Figs 17-30 e 17-31 Vistas vestibular e oclusal do retalho modificado posicionado apicalmente. Por favor, reveja os Capítulos 16 e 17 do primeiro livro do autor. Observe que a Zona I é espessa e a Zona II está próxima ao periósteo.