



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Programa de Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Residência/ Especialização

GABRIELA DOS SANTOS LOPES

**REABILITAÇÃO IMPLANTO SUPORTADA EM
REBORDO ATRÓFICO POSTERIOR DE MANDÍBULA:
SÉRIE DE 4 CASOS**

**IMPLANT SUPPORTED REHABILITATION IN
ATROPHIC POSTERIOR EDGE OF MANDIBULE:
SERIES OF 4 CASES**

SALVADOR

2016.1

GABRIELA DOS SANTOS LOPES

**REABILITAÇÃO IMPLANTO SUPORTADA EM
REBORDO ATRÓFICO POSTERIOR DE MANDÍBULA:
RELATO DE 4 SÉRIES**

**IMPLANT SUPPORTED REHABILITATION IN ATROPHIC
POSTERIOR EDGE OF MANDIBULE: SERIES OF 4
CASES**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Márcio
Teixeira Marchionni

SALVADOR

2016.1

AGRADECIMENTOS

A Deus, por dar-me força nesta conquista e que sempre estará em primeiro lugar na minha vida.

Aos meus pais, por sempre acreditarem e investirem no meu potencial. E ao meu noivo pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa.

Ao orientador, Prof. Dr. Antônio Márcio Teixeira Marchionni, pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

Aos professores da residência: Carlos Elias, Miguel Setúbal, Antônio Lucindo, Adriano Assis, Adriano Perez, Fernando Bastos, Lívia Prates por terem acrescentado na minha vida todos os conhecimentos necessários para que eu seja uma boa profissional.

Aos colegas de residência e em especial Thiago, Deyvid, Tila, Lucas, Thaise, Eduardo e Victor por esses 3 anos de convivência, pelo apoio e amizade.

Aos amigos e irmãos da igreja, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

Aos funcionários dos Hospitais Roberto Santos, Hospital Ernesto Simões e Hospital de Camaçari.

A todos os pacientes que tive a oportunidade de atender durante minha vida acadêmica por confiarem em mim.

SUMÁRIO

Página

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....7

2 RELATO DE CASO.....9

2.1 CASO 1.....9

2.2 CASO 2.....14

2.3 CASO 3.....16

2.4 CASO 4.....17

3 DISCUSSÃO.....19

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....24

REFERÊNCIAS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

A reabilitação com implantes em pacientes parcialmente edêntulos é uma possibilidade de tratamento que tem uma ampla aceitação. A reabilitação com implante pode ser limitada devido a ausência de volume ósseo, tanto pela pouca altura quanto espessura. O objetivo desse trabalho é relatar 4 casos de pacientes com atrofia do rebordo mandibular posterior, com menos de 7 mm de altura óssea reabilitados com implantes. Apesar da pequena altura óssea, foram utilizados implantes com 10 mm de altura, porém implantes estreitos que passaram lateralmente ao nervo, por lingual ou vestibular, a depender da espessura da mandíbula. Para a realização dessa técnica é necessário uma distância mínima de 4 mm da porção lateral do nervo alveolar inferior até a porção lateral da cortical óssea para possibilitar a instalação de um implante estreito de 3,3 mm. No pós-operatório nenhuma das pacientes apresentaram queixas álgicas ou de parestesia. Essa técnica eliminou a necessidade de enxerto ósseo, lateralização do nervo alveolar inferior e possibilitou a reabilitação com prótese após 3 meses. Além disto, não houve alteração da sensibilidade do nervo alveolar inferior demonstrando ser uma técnica viável e que possibilita uma pouca morbidade para estes casos.

Palavras-chave: Mandíbula, Implantes dentários, Nervo mandibular.

ABSTRACT

Rehabilitation with implants in patients partially edentulous is a possibility of treatment that has a wide acceptance. Rehabilitation with implant may be limited due to the absence of bone volume, both for low height as thick. The objective of this study is to report 4 cases of patients with atrophy of the mandibular posterior edge, with less than 7 mm of bone height rehabilitated with implant. Despite the small height, bone implants were used with 10 mm tall, but narrow implants that have passed through the side of the vestibular nerve or lingual, depending on the thickness of the jaw. For the realization of this technique requires a minimum distance of 4 mm from the side of the inferior alveolar nerve to the cortical bone lateral to allow installation of a narrow 3,3 mm implant. None of the patients exhibited Post-operative pain or paresthesia complaints. This technique eliminated the need for bone grafting, lateralization of the inferior alveolar nerve and made possible the rehabilitation with prosthesis after 3 months. Furthermore, there was no change in sensitivity of the inferior alveolar nerve proving to be a viable technique that enables low morbidity for these cases.

Key words: Mandible, Dental implants, Mandibular nerve.

1 INTRODUÇÃO

O edentulismo parcial ou total é uma condição que atinge uma grande parcela da população e que pode estar relacionada com a atrofia óssea(3). A reabilitação com implantes em pacientes parcialmente edêntulos é uma possibilidade de tratamento que tem uma ampla aceitação. Isto se deve ao fato de possibilitar a confecção de próteses implanto suportadas que possibilitam uma melhor qualidade de vida na medida em que devolve ao paciente uma adequada função mastigatória (1). Além disto, evita o uso de próteses removíveis que são desconfortáveis, apresentam muitas queixas pelos pacientes e devolve ao paciente apenas 30% de sua capacidade mastigatória (4).

O volume ósseo alveolar adequado é de fundamental importância para uma reabilitação com implantes osseointegrados (1). A ausência da unidade dentária resulta em reabsorção óssea, que ocasiona uma deficiência em altura ou espessura e dificulta a instalação dos implantes (2). As limitações anatômicas que podem ser encontradas no rebordo alveolar mandibular como a ausência de volume ósseo, com reduzida altura/espessura e consequente proximidade do canal mandibular torna-se o maior desafio à reabilitação com implantes nesta região anatômica (5).

Alguns métodos são descritos na literatura para a reabilitação em mandíbula posterior com implantes como: a instalação de implantes curtos (6),

lateralização do nervo alveolar inferior, enxertos ósseos para aumentar a altura e espessura óssea (7)

Além desses métodos, a distração osteogênica é uma técnica que tem trazido bons resultados com relação ao volume ósseo e tecidual neoformado (8). Esses métodos descritos na literatura para a reabilitação podem restabelecer a altura e a largura óssea necessária para a instalação de implantes. O tempo utilizado para a recuperação e instalação dos implantes com essas técnicas de distração osteogênica, enxerto ósseo e lateralização do nervo alveolar inferior podem ter uma difícil aceitação devido ao maior tempo de tratamento e maior morbidade cirúrgica (9). Outra possibilidade de tratamento seria a realização de um protocolo inferior, com a extração dos dentes hígidos anteriores. Entretanto tem pouca aceitação pela morbidade ocasionada por esta opção.

O objetivo desse trabalho é relatar uma série de 4 casos de pacientes com atrofia do rebordo mandibular posterior sem altura óssea para a instalação de implantes, reabilitados com uma técnica menos mórbida ou mutiladora e com menor tempo de tratamento. Os pacientes foram tratados com implantes estreitos que passaram pela porção lateral do nervo alveolar, por lingual ou vestibular, a depender da espessura da mandíbula.

2 RELATO DE CASO

2.1 Caso 1

Paciente M.L.S., sexo feminino, 65 anos, compareceu a um consultório particular, apresentando ausência de múltiplas unidades dentárias. Havia edentulismo parcial superior e inferior e uso de prótese parcial removível em maxila e mandíbula. Havia a presença dos dentes anteriores inferiores, íntegros, que a paciente se negou a perdê-los para realizar um protocolo inferior. Devido a grande reabsorção alveolar em região posterior de mandíbula, o tratamento proposto foi a realização de enxerto pela técnica sanduíche, onde realizou-se a fratura do segmento ósseo e foi colocado biomaterial (Bio-Oss[®] - Geistlich, Pinheiros, São Paulo, Brasil) interposto entre fragmentos.

O procedimento para a instalação do enxerto foi realizado sob anestesia geral com uma incisão em rebordo alveolar em região de pré-molares, com extensão para a região de molares com uma incisão relaxante lateral e com descolamento mucoperiosteal para obtenção de uma adequada visibilidade do osso subjacente, preservando os tecidos da região lingual. Foram utilizadas duas placas do sistema 1.5(Sintec, Salvador, Bahia, Brasil) para a fixação do enxerto. Porém após 6 meses de acompanhamento o enxerto reabsorveu e a paciente apresentava uma altura óssea de 5.5 mm (Figura 1). A partir desse fato pensou-se na possibilidade de instalar os implantes pela porção lateral do nervo alveolar inferior, pois a paciente apresentava um volume ósseo em

espessura considerável, além de evitar outras técnicas cirúrgicas com maior morbidade para a paciente.

Para a realização dessa técnica é necessário uma distância mínima de 4 mm da lateral do nervo alveolar inferior até a lateral da cortical óssea para possibilitar a instalação de um implante estreito de 3,3 mm. A paciente apresentava uma altura óssea de 10 mm na lateral vestibular do feixe vaso-nervoso direito e 5.8 mm de distância da margem do canal mandibular até a lateral da mandíbula e no lado esquerdo a distância da margem do canal mandibular até a lateral da mandíbula era de 5.1 mm, região de pré-molares (Figura 1).

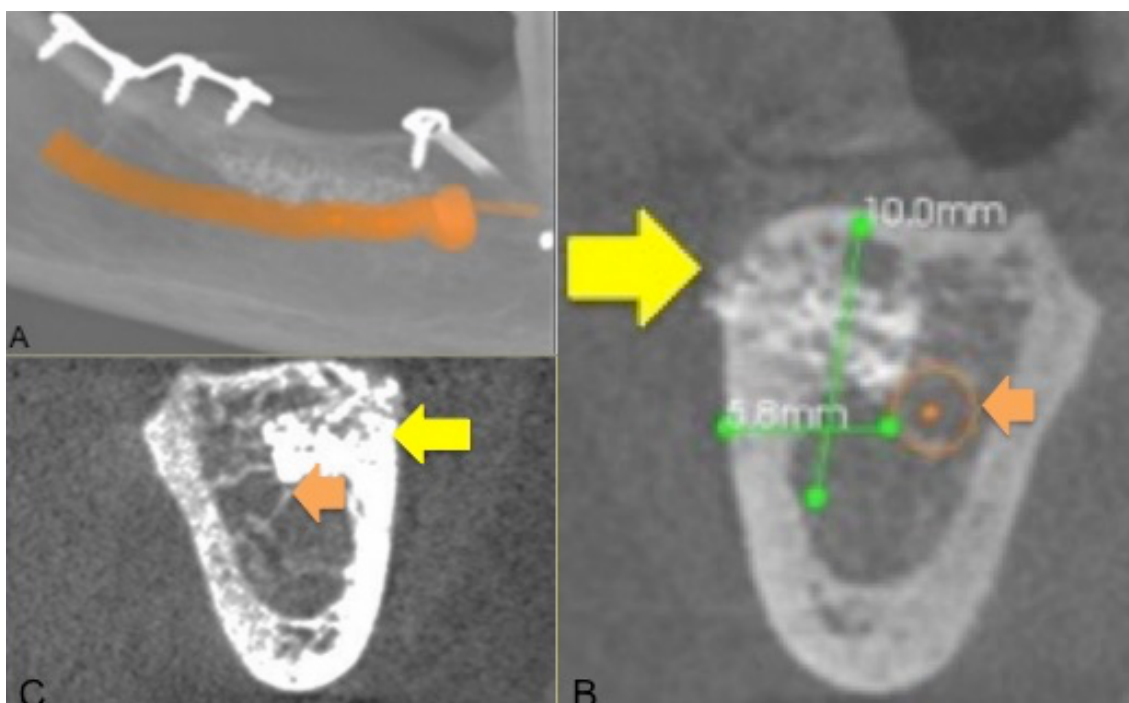


Figura 1- Remanescente ósseo após a instalação do enxerto ósseo, com a presença das placas do sistema 1.5 na região posterior de mandíbula lado direito (A). Corte tomográfico transversal mostrando a altura óssea e espessura da cortical vestibular mandibular até o canal mandibular do lado direito (B) e do lado esquerdo (C). Setas em amarelo indicam a presença do enxerto ósseo e em laranja o canal mandibular.

Como a espessura e altura da cortical vestibular era maior que as medidas linguais, foi instalado implantes de 3.3 mm (Neodent[®], Curitiba, Paraná, Brasil) com um ápice cônico e uma discreta inclinação para a vestibular evitando o trajeto do nervo alveolar inferior. A instalação dos implantes ocorreu sob anestesia local com uma incisão em região de rebordo alveolar com a instalação de 4 implantes, dois HE, cônico de 3,3x10 mm nas regiões referentes as unidades 3.5 e 4.5 e dois HE, cônico de 3,3x11,5 mm nas regiões referentes as unidades 3.6 e 4.6, com uma boa estabilidade primária (Figura 2).

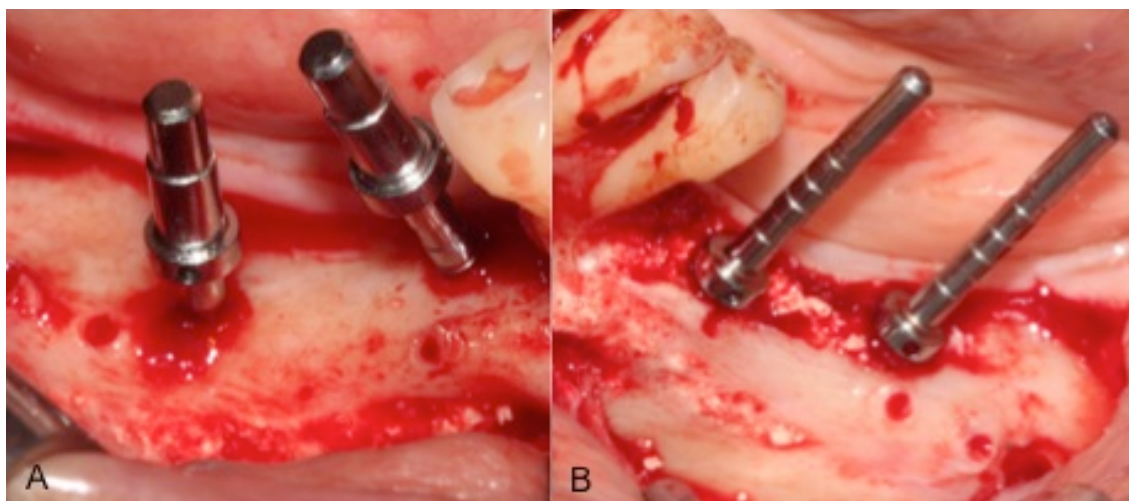


Figura 2- Presença dos paralerizadores demonstrando a inclinação dos implantes para a cortical vestibular mandibular no lado direito (A) e esquerdo (B).

Após o procedimento cirúrgico a paciente evoluiu sem queixas álgicas ou parestesia. A radiografia pós operatória mostrou um adequado posicionamento dos implantes e no momento a paciente está em confecção das próteses sobre implante e já reabilitada com a prótese provisória (Figura 3).

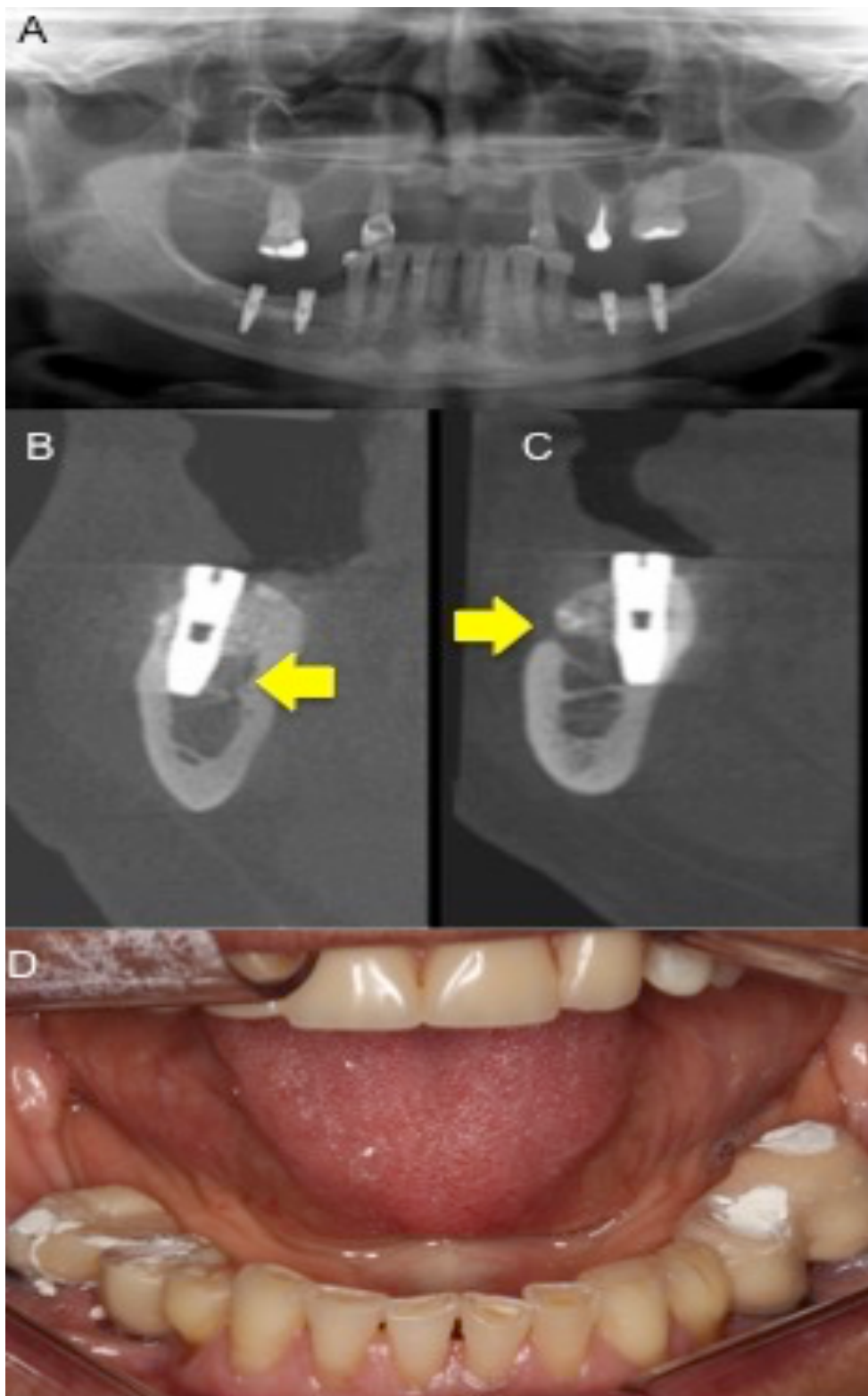


Figura 3- Radiografia panorâmica 01 mês após a instalação dos implantes (A). Corte tomográfico transversal dos implantes referentes as unidades 3.5 e 4.5

respectivamente. Observa-se que a instalação do implante referente a unidade 3.5 foi com uma inclinação para a cortical vestibular (B) e a instalação do implante referente a unidade 4.5 foi com uma inclinação para a cortical lingual (C). Setas em amarelo indicam o canal mandibular. Paciente com as próteses sobre implante provisórias instaladas (D).

2.2 Caso 2

Paciente C.S.M., sexo feminino, 55 anos, compareceu a um consultório particular, apresentando atrofia do rebordo alveolar mandibular posterior, desejando a reabilitação com prótese implantossuportada. A paciente era edêntula total superior já reabilitada com prótese sobre implante, portadora de prótese parcial removível envolvendo as unidades 35, 36, 37, 45, 46 e 47.

Devido à atrofia do rebordo mandibular em região posterior o tratamento de escolha foi a instalação dos implantes com a inclinação dos mesmos para a cortical vestibular ou lingual. A cirurgia ocorreu sob anestesia local com uma incisão em região de rebordo alveolar. Foram instalados 04 implantes (Bionnovation[®], Bauru, São Paulo, Brasil), dois implantes HE, cônico na região das unidades 3.5 e 3.7 de 3,3x10 mm e dois implantes HE, cônico na região das unidades 4.4 de 3,75x13 mm e na unidade 4.7 de 3,5x10 mm, com inclinação para cortical lingual na região da unidade 3.5 e inclinação para cortical vestibular nas regiões das unidades 3.7 e 4.7 (Figura 4). No momento paciente sem queixas, com os implantes osseointegrados, aguardando a finalização da fase protética.

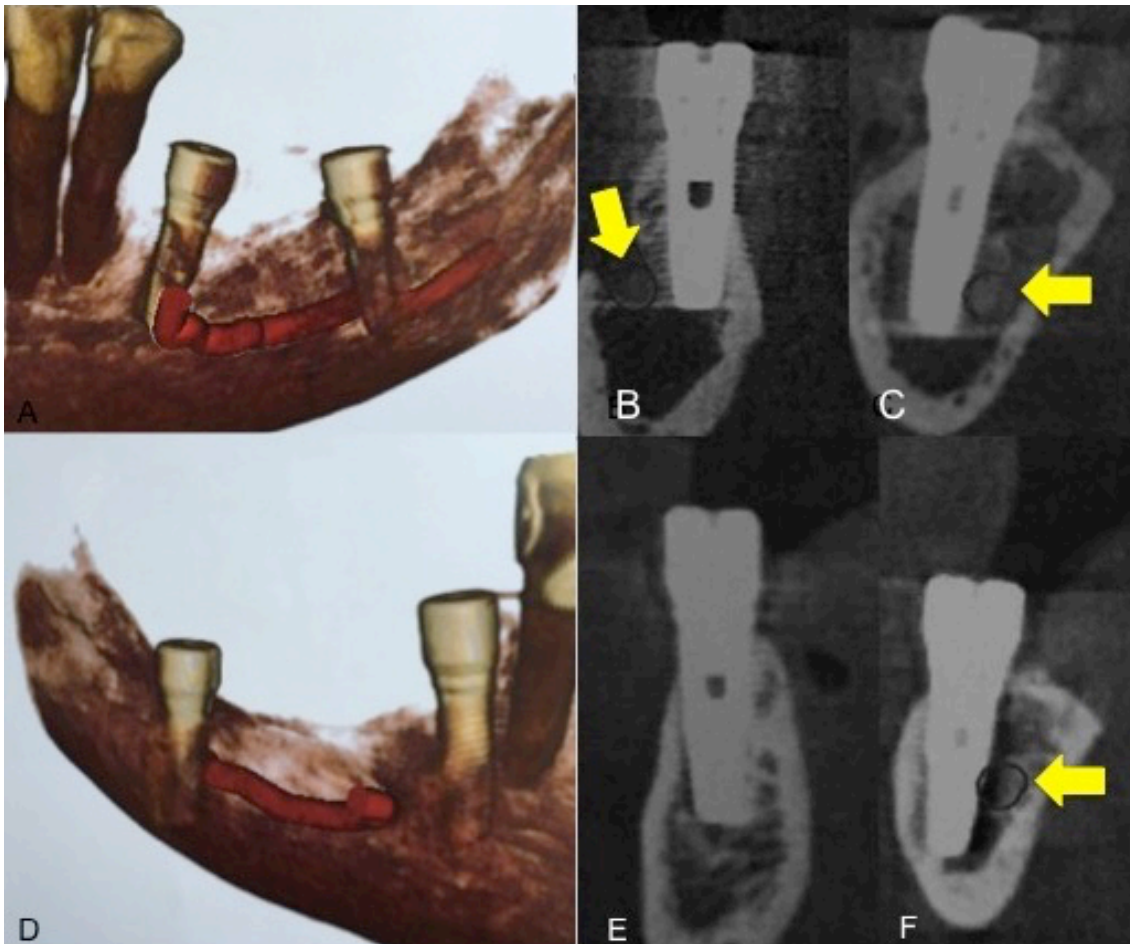


Figura 4- Corte tomográfico com reconstrução com o implante instalado na cortical lingual na unidade 35 (A) e na cortical vestibular nas unidades 37(A) e 47 (D). Corte tomográfico transversal 03 meses após a instalação dos implantes referente as unidades 35(B), 37(C), 44(E) e 47(F). Setas em amarelo indicam o canal mandibular.

2.3 Caso 3

Paciente J.M.P.P., sexo feminino, 65 anos, compareceu a um consultório particular, com edentulismo parcial, com ausência das unidades dentárias 18, 15, 14, 28, 38, 37, 36, 35, 34, 46, 47, 48. Apresentando atrofia do rebordo alveolar mandibular posterior, portadora de prótese parcial removível inferior. O tratamento proposto foi a instalação de 04 implantes(Conexão[®], Arujá, São Paulo, Brasil) em região posterior da mandíbula, um implante HE, cônico de 3,75x13 mm na região da unidade 3.4, um implante HE, cônico de 3,3x10 mm na região da unidade 3.6, um implante HE, cônico de 3,75x8,5 mm na região da unidade 4.6 e um implante HE, cônico de 3,3x10 mm na região da unidade 4.7. A paciente apresentava uma altura óssea na cortical vestibular de 10 mm e uma distância de 4 mm do trajeto do nervo na cortical vestibular no lado esquerdo, onde optou-se pela a inclinação do implante na região. A paciente evoluiu sem queixas álgicas e negou parestesia. No momento os implantes encontram-se osseointegrados e a paciente aguarda finalização do procedimento protético (Figura 5).

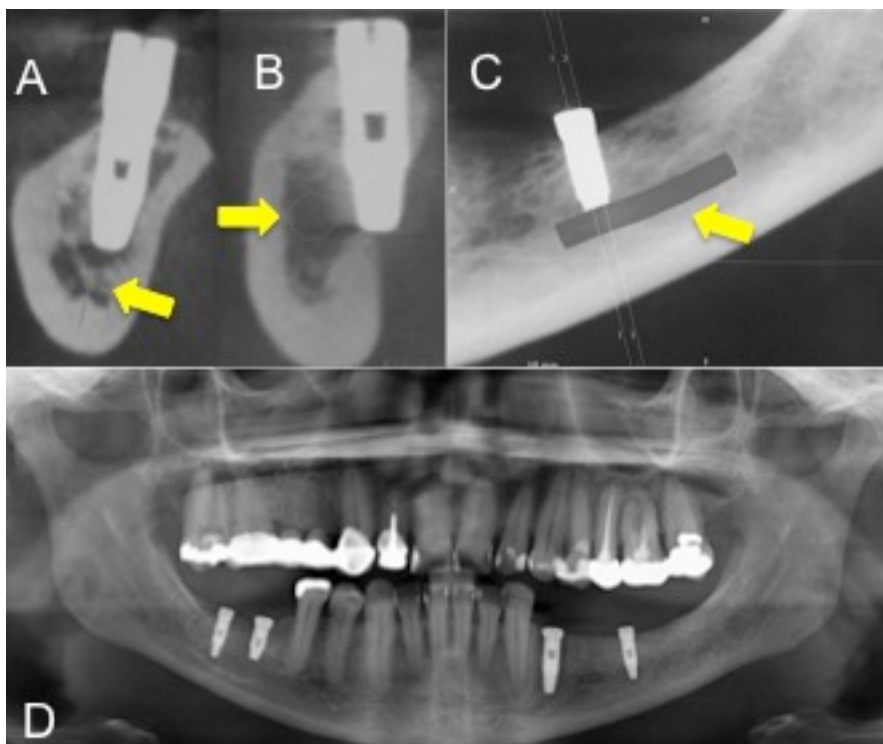


Figura 5- Corte tomográfico transversal mostrando o implante instalado na região da unidade 47 (A), na região da unidade 36 (B) e o trajeto do nervo mandibular (C). Raio x panorâmico dos implantes instalados (D). Setas em amarelo indicam o canal mandibular.

2.4 Caso 4

Paciente N.M.S., sexo feminino, 49 anos, compareceu a um consultório particular apresentando edentulismo parcial mandibular do lado direito com atrofia do rebordo alveolar mandibular posterior. O tratamento proposto foi a instalação de dois implantes (Conexão[®], Arujá, São Paulo, Brasil), um implante HE, cônico de 3,75x13 mm na região da unidade 4.4 e um implante HE, cônico inclinado para a cortical lingual na região da unidade 4.5 de 3,3x10 mm (Figura 6). No 7º dia pós operatório a paciente evoluiu sem complicações cirúrgicas e

sem queixas álgicas e parestesia. No momento a paciente aguarda a instalação das próteses definitivas.

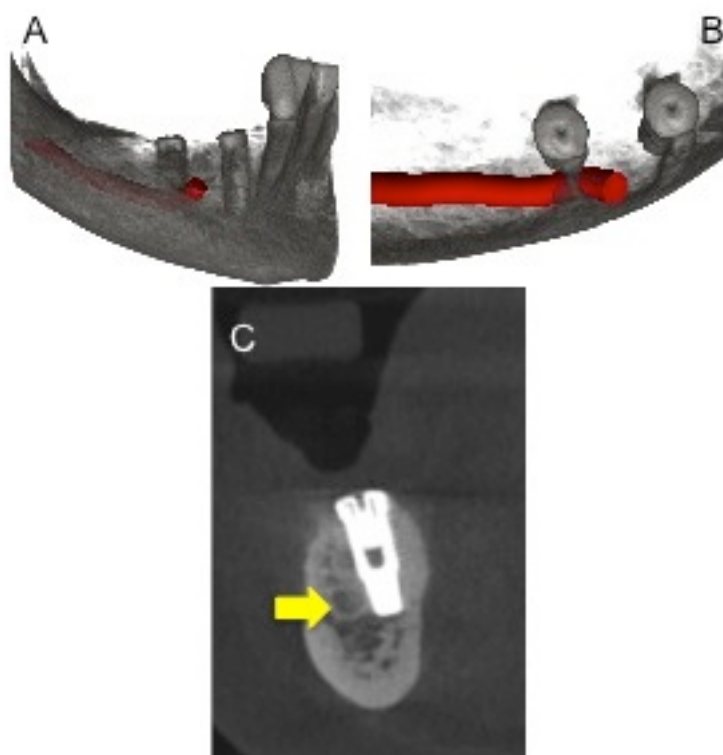


Figura 6- Corte tomográfico com reconstrução com o implante instalado nas unidades 44 e 45 (A) e (B). Corte tomográfico transversal com o implante instalado na cortical lingual na unidade 45 (C). Seta em amarelo indica o canal mandibular.

Nos casos relatados acima para todas as pacientes foram prescritos Amoxicilina 500mg, Nimesulida 100mg e Dipirona 500mg. Foi recomendado as pacientes uma dieta líquida e pastosa por 2 semanas e orientação de higiene oral rigorosa com escovação e bochechos de Gluconato de Clorexidina a 0,12%, 02 vezes ao dia. Após 3 meses da instalação dos implantes, as pacientes encontram-se no processo de instalação das próteses sob implantes definitivas finais.

3 DISCUSSÃO

A reabilitação da mandíbula desdentada posterior quando comparada com a maxila apresenta limitações anatômicas devido à dificuldade de reconstrução com enxerto ósseo. O seio maxilar é uma estrutura que possibilita esta reconstrução enquanto que na mandíbula os resultados são insatisfatórios devido a grande reabsorção normalmente observada (10).

Uma alternativa para a reabilitação destes casos é a remoção dos dentes hígidos anteriores e realização de protocolo inferior. Nestes casos os implantes mais distais são instalados próximos ao nervo mentual e por isto podem ser angulados para região distal a fim de diminuir o "cantilever" posterior (11). Esta angulação pode ser de até 30° e permite uma maior superfície de contato ósseo (12). Nos casos descritos, não houve uma inclinação do implante distal pois nenhum dos casos relatados foi realizado protocolo inferior, porém foram realizadas pequenas inclinações na instalações dos implantes a fim de desviar do alveolar inferior, mas não ocasionou problemas na confecção da prótese provisória.

Os implantes curtos são uma alternativa viáveis, pois diminuem a necessidade de enxerto ósseo em altura, proporciona menor tempo cirúrgico, menor custo do tratamento, menor desconforto para o paciente, além de menor risco cirúrgico como parestesia ou lesão do dente adjacente (13). Os implantes

curtos podem ser usados para casos de grande reabsorção óssea, e são considerados implantes com um comprimento inferior a 10 mm (6), porém possuem uma menor resistência as forças oclusais e necessitam de 6 mm de altura, no mínimo. No presente trabalho não foram utilizados os implantes curtos porque as mandíbulas apresentavam uma reabsorção acentuada e inferior a 7 mm, como os implantes foram instalados lateralmente à passagem do nervo mandibular, possibilitou a instalação de implantes maiores que 10 mm porém de menor diâmetro.

A lateralização do nervo alveolar inferior é uma técnica utilizada para reabilitar pacientes com atrofia mandibular. Essa técnica permite a instalação dos implantes sem a necessidade de enxerto ósseo além de proporcionar uma boa estabilidade primária (7). Segundo Assis 2015 (14), a lateralização do nervo alveolar inferior proporciona a instalação de implantes longos e com um travamento bicortical que promove uma estabilidade primária e um suporte biomecânico. A técnica de lateralização do nervo alveolar inferior tem como principal complicação o distúrbio neurosensorial como: anestesia, hipoestesia ou neuralgia que podem ser transitórias ou permanentes (7). No presente trabalho não optou-se por essa técnica devido a grande possibilidade de dano neurosensorial e a maior morbidade cirúrgica. Como foi avaliado nos 4 casos descritos, apesar dos implantes serem instalados lateralmente ao nervo alveolar inferior, não houve nenhum distúrbio neurosensorial relatado pelas pacientes, o que torna uma técnica menos mórbida.

Para o aumento do volume alveolar alguns enxertos ósseos podem ser

utilizados como os enxertos autógenos, xenógenos, homogêneos e os materiais aloplásticos. Porém os enxertos ósseos podem estar associados com algumas complicações como infecção, morbidade do sítio doador e reabsorção não controlável e não previsível (15). Em comparação com esse trabalho a eliminação da etapa cirúrgica dos enxertos ósseos possibilita minimizar o tempo cirúrgico, menor morbidade para o paciente e diminuição do custo do tratamento. A dificuldade de obter um bom prognóstico para o enxerto ósseo na região posterior da mandíbula é a grande reabsorção que pode ser observada. E este evento provavelmente ocorre devido ao fato do tecido mucoso ser friável e um perióstio espesso o que dificulta o recobrimento do enxerto sem tensões. Assim, mesmo nas técnicas com realização de fratura em galho verde da cortical mandibular para fazer um enxerto interposto entre fragmentos ósseos do próprio paciente, há grande reabsorção. Este fato foi observado com a paciente M.L.S. O enxerto reabsorveu e foi a partir deste caso que surgiu a opção de instalar os implantes lateralmente ao nervo alveolar inferior, uma vez que a paciente apresentava bastante volume ósseo em espessura.

Para a correção de atrofia do complexo maxilo-mandibular a distração osteogênica está indicada, pois permite uma neoformação entre a superfície dos segmentos ósseos. A técnica é utilizada através de osteotomias verticais e horizontais no rebordo alveolar e a instalação de um aparelho distrator que após a sua ativação promove a movimentação do bloco ósseo e neoformação do tecido (4). Esta técnica possibilita a neoformação de osso vital na área da

distração, ganho de tecido mole e elimina a necessidade de uma área doadora (1). Porém, quando comparado com a técnica sugerida neste trabalho, necessita de mais de uma etapa cirúrgica, além da presença da haste de ativação do distrator na cavidade bucal, o que a torna desconfortável para o paciente e proporciona um prolongamento do tratamento reabilitador. Além disto, o custo do distrator é muito mais elevado do que a simples instalação dos implantes.

Foi observado que a técnica descrita nos quatro casos apresentados tem diversas vantagens sobre as demais citadas. Não há a necessidade de enxerto ósseo e por isto a morbidade cirúrgica é menor. Assim, o tempo cirúrgico foi apenas o necessário para a instalação dos implantes. Como não está previsto por esta técnica a manipulação do nervo alveolar inferior, também não ocorreu nenhuma hipoestesia ou anestesia deste nervo. Com esta técnica os custos financeiros também são menores por não necessitar de materiais de enxerto, entretanto o pré-requisito para realiza-la é que exista pelo menos 4 mm da margem do canal mandibular observado pela tomografia até a lateral da mandíbula. Isto porque realiza-se a instalação de um implante de 3,3 mm de espessura e ele deve passar entre estas margens. Além disto, os implantes utilizados foram implantes híbridos com o ápice cônico para aumentar a margem de segurança com relação aos espaços. Casos em que não tenham essa espessura mínima, não se aplica esta técnica.

Assim, as possíveis desvantagens são o fato do implante ser de menor diâmetro 3.3 mm, a possível necessidade de pequenas inclinações e a

experiência e destreza manual do cirurgião. Entretanto, nos casos relatados as próteses foram confeccionadas sem grande "cantilever" em suas estruturas metálicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos implantes inclinados para lingual ou vestibular, mostrou-se uma possibilidade para a reabilitação da região posterior de mandíbula atrófica. Nos casos relatados houve uma mínima morbidade cirúrgica, tempo de reabilitação reduzido e ausência de sequelas neurológicas.

REFERÊNCIAS

1 Alvarenga RL, Akaki E, Souza ACRA, Souza LN. Reabilitação de mandíbula atrófica com implantes curtos e placa de titânio: apresentação de um caso clínico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2013; 54 (4): 217-221.

2 Pereira-Filho VA, Hochuli-Vieira E, Gabrielli MAC, Queiroz TP, Chávez OFM. Distração osteogênica mandibular para instalação de implantes: relato de caso. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-fac. 2007; 7 (1): 51-58.

3 Bezerra, J. Histórias de evolução da implantodontia. Odontol mod. 1985; 12(5): 6-14.

4 Noia CF, Noia CF, Ortega-Lopes R, Mazzonetto R. Distração Osteogênica Alveolar e Osteotomia Segmentar com Enxerto Interposicional: Revisão de Literatura e Considerações Clínicas Alveolar. Revista Eletrônica da Facimed. 2011; 3 (3): 322-331.

5 Santiago Junior JF, Verri FR, Pellizzer EP, Moraes SLD, Carvalho BM. Implantes dentais curtos: alternativa conservadora na reabilitação bucal. Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofac. 2010; 10 (2): 67-76.

6 Degidi M, Piatelli A, Iezzi G, Carinci F. Immediately loaded short implants: analysis of a case series of 133 implants. Quintessence Int. 2007; 38: 193-201.

7 Del-Castillo-Pardo-de-Vera JL, Chamorro-Pons M, Cebrián-Carretero JL. Repositioning of the inferior alveolar nerve Repositioning of the inferior alveolar nerve in cases of severe mandibular atrophy: A clinical case. *Med Oral P Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13 (12): E778-82.

8 Oda T; Sawaki Y; Ueda M. Experimental alveolar ridge augmentation by distraction osteogenesis using a simple device that permits secondary implant placement. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2000; 15 (1): 95-102.

9 Monnazzi MS, Vieira EH, Gabrielli MAC, Gabrielli MFR, Florian F, Pereira Filho VA. Avaliação clínica e radiográfica de implantes: estudo retrospectivo. *J Braz Coll Oral Maxillofac Surg*. 2015; 1 (3): 21-6.

10 Walker DA. Mandibular distraction osteogenesis for endosseous dental implants. *J Can Dent Assoc*. 2005; 71 (3): 171-175.

11 Krekmanov L. Placement of posterior mandibular and maxillary implants in patients with severe bone deficiency: A clinical report of procedure. *Int J Oral Max Impl*. 2000; 15: 722-730.

12 Block MS, Haggerty CJ, Fisher GR. Nongrafting Implant Options for Restoration of the Maxilla. 2009; 67: 872-881.

13 Grant B, Pancko F, Kraut R. Outcomes of placing short dental implants in the posterior mandible: a retrospective study of 124 cases. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Journal of Oral Maxillofacial Surgery. 2009; 67: 713-717.

14 Assis M, Novaes MM, Santos VDB, Rodrigues RR, Cardoso IML, Dantas WRM, et al. Lateralização do nervo alveolar inferior, visando a reabilitação mandibular. J Braz Coll Oral Maxillofac Surg. 2015; 1 (2): 44-9.

15 Cricchio G, Lundgren S. Donor site morbidity in two different approaches to anterior iliac crest bone harvesting. Clin Implant Dent Relat Res. 2003; 5 (3): 161-169.

ANEXO 1

1/10/2013 14:01:47
L - PACI067

CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos legais, que eu

MARIA DE LOURDES DA SILVA

Profissão - APOSENTADA Portador(a) do R.G. 0116064102 SSP - BA

CPF - 13615629515

Residente e domiciliado à CJ COLINAS DO PITUACU, APTO 001

Bairro - SAO MARCOS na cidade de SALVADOR

Estado - BAHIA, concordo com absoluta consciência dos procedimentos a que vou me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em particular do referido tratamento a qualquer momento;
2. Esclareço também, que amplamente informado(a) por um aluno, monitor ou professor, que pode ou não ser envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios e riscos que estou me submetendo durante este tratamento, tomando conhecimento de que o meu consentimento não exime a responsabilidade do aluno que está executando e do professor que está orientando este tratamento;
3. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagem, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aulas, congressos, apresentações científicas e publicações;
4. Me comprometo a retornar periodicamente após o término do tratamento, para manutenção a cada 6 meses, ou conforme determinação da equipe, podendo inclusive ser designado um outro profissional apto para realizar as consultas de manutenção;
5. Todas estas normas estão de acordo com o Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 179/93;
6. Estou ciente que duas faltas não justificadas resultará na minha exclusão do tratamento bem como qualquer conduta inadequada ou inconveniente em relação ao ambiente institucional e ou profissionais envolvidos;
7. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório de Procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me foi prestado, nas consultas a que compareci ao Ambulatório.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Salvador - BA, 01 de outubro de 2013

Maria de Lourdes da Silva

Assinatura do Paciente

Assinatura do Aluno

Assinatura do Responsável pelo Paciente

Assinatura do Assistente



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para a EQUIPE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA BAHIANA, que atua no Hospital General Roberto Santos, e/ou qualquer cirurgião BucoMaxiloFacial que esteja trabalhando nesta equipe a realizar a CIRURGIA de

outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada. Eu concordo também em me submeter a anestesia local e/ou geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião BucoMaxiloFacial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de ao qual eu disse ser alérgico.

Eu fui informado e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão e dificuldade na articulação temporomandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz; há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários;
- Perda de osso e dentes;
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informado que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 7 horas antes da cirurgia.

Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações desta equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer alta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr(a) _____ minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOUVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE. EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

TESTEMUNHA

Cremilda P. da M. Martins
PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Preceptor:

DATA: 11/11/2015



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para a EQUIPE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA BAHIANA, que atua no Hospital General Roberto Santos, e/ou qualquer cirurgião BucoMaxiloFacial que esteja trabalhando nesta equipe a realizar a CIRURGIA de

outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada. Eu concordo também em me submeter a anestesia local e/ou geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião BucoMaxiloFacial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de ao qual eu disse ser alérgico.

Eu fui informado e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão e dificuldade na articulação temporomandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura ósseas, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz; há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários;
- Perda de osso e dentes;
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informado que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 7 horas antes da cirurgia.

Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações desta equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer alta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr(a) _____ minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
 Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucó-Maxilo-Facial
 Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOUVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE. EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

TESTEMUNHA

Jandira Mardalena Pereira
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Preceptor:

DATA: 26/05/2015

PÓS
 GRADUAÇÃO
 Pesquisa e Extensão
BAHIANA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
 pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

Esta é minha autorização para a EQUIPE DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA BAHIANA, que atua no Hospital Ger. Roberto Santo, e/ou qualquer cirurgião Bucal-Maxilo-Facial que esteja trabalhando nesta equipe a realizar a CIRURGIA de

outros procedimentos que sejam necessários ou aconselháveis para concluir a cirurgia planejada. Eu concordo também em me submeter a anestesia local e/ou geral, sedação e analgesia, confiando no julgamento do cirurgião Bucal-Maxilo-Facial e do anestesista envolvido no meu caso, com exceção de _____ ao qual eu disse ser alérgico.

Eu fui informado e entendi que ocasionalmente há complicações provenientes da cirurgia, de drogas e da anestesia incluindo:

- Dor, infecção, edema, sangramento prolongado;
- Descoloração, insensibilidade e formigamento do lábio, língua, queixo, gengiva, bochecha e dentes que podem ser temporários ou permanentes;
- Dor, insensibilidade e flebite (inflamação de uma veia) provenientes de injeção intravenosa ou intramuscular; lesão e enrijecimento dos músculos do pescoço e face;
- A possibilidade que os músculos adjacentes da face não funcionem imediatamente após o procedimento cirúrgico por um período indefinido de tempo, que pode variar de 1 a 3 semanas;
- Restrição da abertura de boca por vários dias ou semanas;
- Mudança na oclusão e dificuldade na articulação temporomandibular;
- Injúria aos dentes adjacentes, próteses e restaurações;
- Lesão a tecidos moles adjacentes e/ou dor referente a ouvido, pescoço e cabeça;
- Outras complicações podem incluir náusea, vômitos, reação alérgica, fratura óssea, escoriações, cicatrização retardada, problemas de seio maxilar, comunicações buco-sinusais, mudanças na aparência facial;
- Mudança no nariz; há possibilidade de procedimentos cirúrgicos secundários;
- Perda de osso e dentes;
- Deformidades ósseas e/ou dos tecidos moles da face;
- A não cicatrização de segmentos ósseos;
- Desvitalização de dentes (lesão a polpa dental que pode necessitar tratamento de canal);
- Reabsorção condilar idiopática;
- Lesão da inervação motora da face em casos de acesso cirúrgico realizado externamente a cavidade oral;
- Tromboembolia;
- Recidiva.

Fui informado que após a cirurgia de maxila há a possibilidade de alterações na forma do nariz que pode haver a necessidade de cirurgias corretivas no futuro. Além de que com o uso de fixação interna rígida, algumas vezes, há a necessidade de retornar à cirurgia após o procedimento inicial para reposicionar os parafusos ou placas, após avaliação radiográfica pós-operatória.

Concordo em não utilizar bebidas alcoólicas e drogas não prescritas. Fui avisado para evitar atividade de contato com pessoas que apresentem doenças conhecidas, como as transmissíveis, e esportes aquáticos por dez (10) semanas.

Concordo e entendo que não devo comer ou beber nada por 7 horas antes da cirurgia. Os medicamentos, drogas, anestésicos e as manipulações feitas podem causar sonolência, falta de atenção e coordenação que podem aumentar pelo uso de álcool e outras drogas; sendo assim, fui aconselhado a não dirigir qualquer veículo e manipular qualquer aparelho que promova algum risco, ou trabalhar enquanto estiver tomando estes medicamentos e/ou drogas; ou até estar completamente recuperado dos efeitos dos mesmos.

Entendo e concordo em não dirigir ou manipular qualquer aparelho que promova algum risco por pelo menos 24 (vinte e quatro) horas após minha saída da cirurgia; ou até a recuperação posterior dos efeitos da medicação anestésica e drogas que podem ter sido dadas a mim no consultório ou hospital para meu cuidado. Concordo em não ir dirigindo para casa, após a cirurgia, e que terei um adulto responsável que me leve ou acompanhe para casa após ter alta hospitalar.

Concordo em colaborar com as recomendações desta equipe enquanto estiver sob seus cuidados. Havendo qualquer alta desta colaboração pode levar a um resultado não satisfatório.

Tive a oportunidade de discutir com Dr(a) _____ minha história médica e de saúde incluindo qualquer problema sério e/ou lesões.

Entendo que existem certos riscos provindos da anestesia geral que podem envolver lesões corporais sérias e que estes riscos são inerentes a qualquer procedimento que requer este tipo de anestesia.

Fui informado que qualquer procedimento cirúrgico apresenta riscos para o local operado e mesmo risco à vida.

PÓS
GRADUAÇÃO
Pesquisa e Extensão
BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
pos.bahiana.edu.br - extensao@bahiana.edu.br



Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
 Pós-Graduação em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
 Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



Concordo que o meu tratamento possa ser utilizado como material didático e/ou pesquisa sem a ocorrência de danos pessoais e sem revelar a minha identidade.

CERTIFICO QUE TIVE A OPORTUNIDADE DE LER E ENTENDER COMPLETAMENTE OS TERMOS E PALAVRAS NA AUTORIZAÇÃO ACIMA PARA A CIRURGIA E A EXPLICAÇÃO REALIZADA E QUE TODOS OS ESPAÇOS EM BRANCO OU AFIRMAÇÕES QUE REQUERIAM A INSERÇÃO OU COMPLEMENTAÇÕES FORAM PREENCHIDOS E OS PARÁGRAFOS QUE NÃO SE APLICAVAM AO MEU CASO, SE HOVER ALGUM, FORAM RISCADOS ANTES QUE EU ASSINASSE. EU TAMBÉM AFIRMO QUE SEI LER E ESCREVER EM PORTUGUÊS.

TESTEMUNHA

Nilzele Mascarenhas Souza
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Preceptor:

DATA: 04/03/2019

PÓS
 GRADUAÇÃO
 Pesquisa e Extensão
 BAHIANA

Secretaria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
 pos.bahiana.edu.br – extensao@bahiana.edu.br