



Do especialista para o clínico



O clínico Marcelo Traitel entrevista Dr. Rodrigo Pinheiro Ribeiro, mestre em Ciência dos Materiais, área de concentração Biomateriais, pelo IME, chefe da Clínica de Cirurgia da Odontoclínica Central da Polícia Militar, membro do Centro de Atenção Especializada em Cirurgia Craniomaxilofacial do INTO/MS, membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UFRJ.

1. Na atualidade, quais os biomateriais que podem ser utilizados para o levantamento de seios maxilares, objetivando a colocação de implantes em região posterior de maxila. Em sua opinião, qual o melhor destes métodos? Por quê?

Os biomateriais para enxerto possuem diversas formas de classificação, entre as mais utilizadas então a sua origem: autógeno, homogêneo, xenógeno ou aloplástico e o seu modo de ação: osteoindutores e osteocondutores.

Historicamente, o melhor material, aquele considerado “padrão ouro” é o osso autógeno, mas as suas excelentes propriedades são acompanhadas da morbidade na sua obtenção. Por isso, variados estudos estão sendo realizados com a utilização de osso originado de banco de ossos, com resultados promissores, assim como aloplásticos e xenógenos, estes com acompanhamento horizontal de longo prazo e resultados satisfatórios na osteointegração de implantes.

Atualmente, tenho utilizado uma associação de osso autógeno com material aloplástico, procurando as propriedades do primeiro com o volume disponível do segundo.

2. As cirurgias ortognáticas devem seguir qual planejamento? Quando um cirurgião-dentista clínico diagnostica o paciente com tal necessidade, como este deve proceder?

Tradicionalmente, inicia-se com o tratamento ortodôntico para adequação e harmonização dos arcos dentários, realiza-se a cirurgia e é retomada a ortodontia para finalização do caso.

Recentemente, uma nova abordagem vem sendo utilizada, em casos selecionados, onde se opera o paciente primeiro e posteriormente é realizado o tratamento ortodôntico. Chamamos de “benefício antecipado”.

Caso o colega detecte a necessidade em algum paciente de realizar a cirurgia ortognática ele pode encaminhá-lo tanto a um ortodontista quanto um cirurgião bucomaxilofacial. Ambos estão aptos a recebê-lo e o sucesso no trata-

mento só será obtido com um bom trabalho conjunto.

3. Materiais poliméricos biocompatíveis podem ser usados na enxertia óssea de lesões extensas de face? Como é o processo de escolha e fixação destes materiais. Podem estes materiais substituir o osso humano?

Sim, alguns materiais poliméricos podem ser utilizados na substituição ao osso humano, desde que não existam grandes exigências mecânicas na área a ser reparada.

A escolha do material está relacionada às características desta área: tamanho, região da face e exigências mecânicas. Com estes dados selecionamos aquele que possuir as melhores propriedades mecânicas e químicas.

A fixação normalmente é realizada com placas e parafusos ou somente com parafusos. Estes podem ser de titânio ou material polimérico.

4. Quando o paciente possui alguma fratura facial ele pode ser tratado com a utilização de placas e parafusos de titânio. Após a consolidação da fratura, este material deve ser retirado? Há algum risco de rejeição?

O titânio é um metal biocompatível, não havendo risco de rejeição do mesmo. Não há uma indicação rotineira de remoção do material de síntese óssea, apenas o fazemos no caso de alguma queixa do paciente. Estas ocorrem geralmente por um dos seguintes motivos: exposição das placas e parafusos, intra ou extrabucal; sensibilidade às mudanças de temperatura, normalmente ao frio; posicionamento dos parafusos impede a reabilitação com implantes osteointegrados.

5. De quais áreas doadoras podemos obter osso autógeno para enxertia mandibular, visando a fixação de implantes em região posterior de mandíbula? Qual destas áreas é a mais indicada atualmente e por quê?

As áreas doadoras podem ser intra ou extraorais, dependendo da quantidade óssea necessária. A fíbula, calota craniana e especialmente o ilíaco são as áreas de eleição quando precisamos de um maior volume.

Na região intraoral, a tuberosidade maxilar, o mento e a região retromolar são as escolhidas. A primeira origina um volume ósseo muito baixo, sendo indicada apenas em pequenos defeitos. O mento e a região retromolar são as mais usadas.

Particularmente prefiro a segunda, pois apesar do risco de lesão ao nervo alveolar inferior, minimizado com planejamento adequado e uso da técnica cirúrgica correta, apresenta um pós-operatório com menor morbidade.

6. Quando um cirurgião-dentista clínico deve encaminhar ao especialista em cirurgia um paciente que apresenta um elemento dentário indicado para exodontia? Existe algum procedimento cirúrgico que o clínico está habilitado a realizar?

Eu acredito que o bom senso deva sempre nortear as decisões profissionais. Sendo assim, caberá ao cirurgião-dentista clínico avaliar a sua capacidade técnica, conhecimento científico associado à experiência, para realizar cada procedimento.

O bem-estar do nosso paciente deve sempre ser colocado em primeiro lugar, então quando a sua avaliação mostrar que o paciente será melhor atendido por um especialista o mesmo deverá ser indicado.

Este conceito é válido para qualquer especialidade.

7. Quais os exames radiológicos pré-operatórios que devemos solicitar a um paciente que irá fazer implantes superiores em toda a maxila? Em quais implantes podemos utilizar somente o exame de raios X panorâmico? A tomografia computadorizada deve ser solicitada em quais situações?

Na região maxilar, em apenas alguns casos de colocação imediatamente após a extração dentária eu ousaria dizer que há a possibilidade de se realizar o procedimento apenas com imagens convencionais. O uso da tomografia do tipo cone beam é essencial quando se trabalha na região maxilar e hoje, obrigatoriamente, deve fazer parte do arsenal de diagnóstico do cirurgião.

8. Quando devemos optar por fazer o risco cirúrgico auxiliado pelo médico do paciente? Que medicamentos devemos prescrever ao paciente antes e após as exodontias dos terceiros molares?

O parecer deve ser pedido sempre que houver alguma dúvida sobre a condição sistêmica do paciente. Isto pode ocorrer em qualquer momento do tratamento como na anamnese ou em uma indicação cirúrgica. Não podemos esquecer que este parecer é consultivo e quem é o responsável pelo paciente no momento do procedimento é o cirurgião-dentista. Por isso, todos os cuidados devem ser tomados para segurança do paciente.

A prescrição medicamentosa deve ser individual, de acordo com a condição clínica do paciente e o porte da cirurgia. Geralmente prescrevo o uso de corticoides previamente à cirurgia e algumas vezes os mantenho após. No pós-operatório, a medicação objetiva o controle do edema e da dor, com o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides.

Eventualmente utilizo antibióticos, principalmente nos pacientes com histórico de pericoronarite ou com algum comprometimento sistêmico. 