

WILSON TREVISAN JUNIOR
MARCELA MOREIRA PENTEADO
& COLABORADORES

MANUAL DE USO CLÍNICO DO



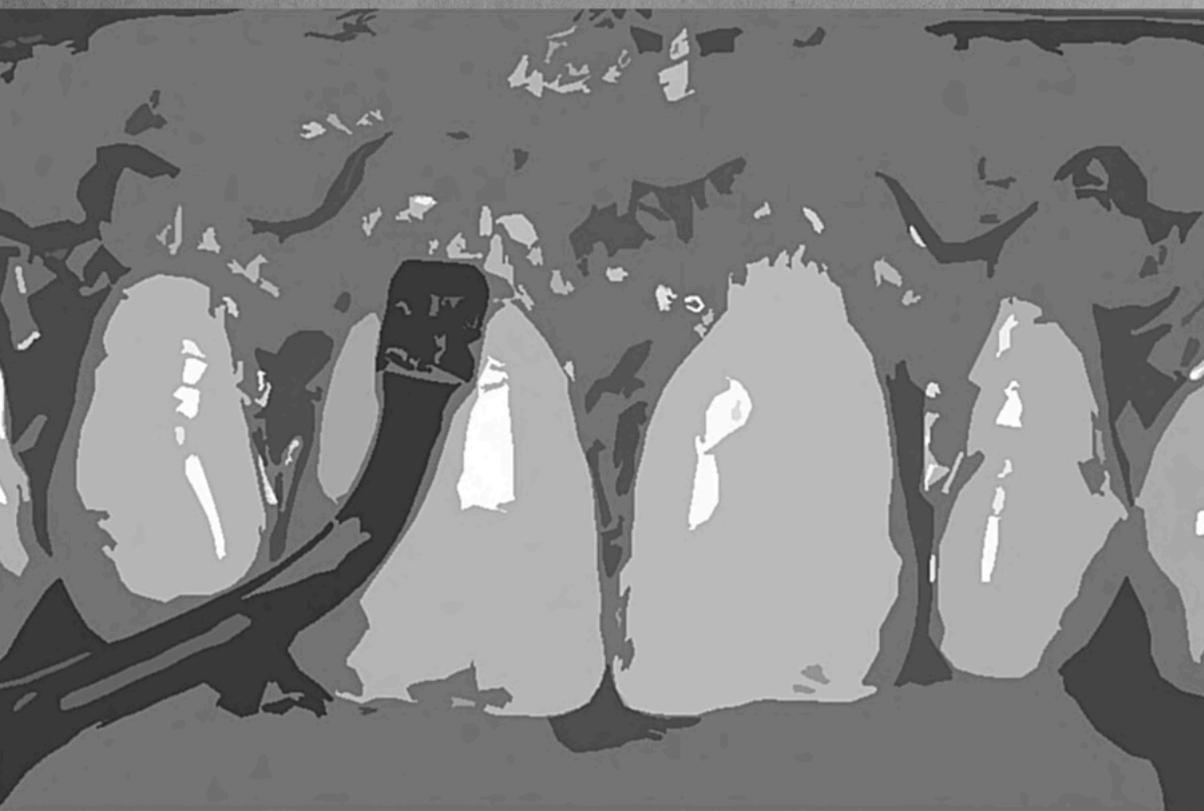
Ultrassom Piezoelétrico

Atena
Editora

Ano 2022

WILSON TREVISAN JUNIOR
MARCELA MOREIRA PENTEADO
& COLABORADORES

MANUAL DE USO CLÍNICO DO



Ultrassom Piezoeletrico

Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

Canva

Edição de arte

Marcela Moreira Penteadó

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Manual de uso clínico do ultrassom piezoelétrico

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadado

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M294 Manual de uso clínico do ultrassom piezoelétrico /
Organizadores Wilson Trevisan Junior, Marcela Moreira
Penteadado. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0337-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.371222906>

1. Ultrassom. I. Trevisan Junior, Wilson (Organizador). II.
Penteadado, Marcela Moreira (Organizadora). III. Título.

CDD 616.07543

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 13

EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadó
Roberta Gava Pratti
Guilherme Schmitt de Andrade
Marina Gullo Augusto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229061>

CAPÍTULO 2..... 21

EXODONTIA DE SUPRANUMERÁRIO

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadó
Rafaela Gheller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229062>

CAPÍTULO 3..... 28

REMOÇÃO DE CANINO IMPACTADO

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadó
Rafaela Gheller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229063>

CAPÍTULO 4..... 34

EXODONTIA DE DENTE INCLUSO

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadó
Rafaela Gheller
Marina Gullo Augusto
Guilherme Schmitt de Andrade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229064>

CAPÍTULO 5..... 43

RETIRADA DE EXOSTOSE

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteadó
Rafaela Gheller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229065>

CAPÍTULO 6	49
CIRURGIA PARENDODÔNTICA	
Wilson Trevisan Junior Marcela Moreira Penteadó Roberta Gava Pratti Bruno Shindi Hirata	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229066	
CAPÍTULO 7	56
REMOÇÃO DE LESÕES APICAIS	
Wilson Trevisan Junior Marcela Moreira Penteadó Roberta Gava Pratti	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229067	
CAPÍTULO 8	61
REMOÇÃO DE IMPLANTES OSSEOINTEGRADOS	
Wilson Trevisan Junior Bruna Gois Arruda Marcela Moreira Penteadó	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229068	
CAPÍTULO 9	73
LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR	
Wilson Trevisan Junior Marcela Moreira Penteadó	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.3712229069	
CAPÍTULO 10	78
OBTENÇÃO DE OSSO EM BLOCO (AUTÓGENO)	
Wilson Trevisan Junior Angelo Marcelo Tirado dos Santos Bruna Gois Arruda	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290610	
CAPÍTULO 11	85
DISTRAÇÃO CIRÚRGICA	
Wilson Trevisan Junior Angelo Marcelo Tirado dos Santos Roberta Gava Pratti	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290611	

CAPÍTULO 12..... 95

EXPANSÃO DE CRISTA ÓSSEA

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteado
Roberta Gava Pratti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290612>

CAPÍTULO 13..... 101

LATERALIZAÇÃO DO NERVO ALVEOLAR INFERIOR

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteado
Roberta Gava Pratti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290613>

CAPÍTULO 14..... 107

CORTICOTOMIA PARA MOVIMENTAÇÃO DENTÁRIA

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteado
Ricardo Takahashi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290614>

CAPÍTULO 15..... 116

CORREÇÃO DE MORDIDA ABERTA

Wilson Trevisan Junior
Marcela Moreira Penteado
Rafaela Gheller
Ricardo Takahashi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290615>

CAPÍTULO 16..... 124

OSTEOTOMIA E OSTEOPLASTIA

Wilson Trevisan Junior
Maria Beatriz Bergonse Pereira Pedriali
Jessyka Lorena Tsunouchi Fabbri
Angelo Marcelo Tirado dos Santos
Mariana Gabriel
Bruna Gois Arruda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290616>

CAPÍTULO 17..... 143

SORRISO GENGIVAL

Wilson Trevisan Junior
Rafaela Gheller

Marcela Moreira Penteado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290617>

CAPÍTULO 18..... 163

EXODONTIA E IMPLANTE

Wilson Trevisan Junior

Marcela Moreira Penteado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290618>

CAPÍTULO 19..... 166

CAS-KIT, ENXERTO E IMPLANTE

Wilson Trevisan Junior

Marcela Moreira Penteado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290619>

CAPÍTULO 20..... 173

LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR, ENXERTO E IMPLANTES

Wilson Trevisan Junior

João Paulo Menck Sangiorgio

Marcela Moreira Penteado

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.37122290620>

SOBRE OS AUTORES 184

INTRODUÇÃO

Os avanços na reabilitação oral e o maior acesso aos tratamentos com implantes dentários impulsiona novas técnicas na prática odontológica. Oferecer opções aos pacientes agrega valor e confiabilidade, além de contribuir para a busca de soluções rápidas, estéticas, funcionais e seguras à longo prazo.

A Odontologia disponibiliza várias estratégias para otimizar tempo e condições de trabalho. Em todas as áreas, há possibilidade de indicação de cirurgias para que haja ganho funcional e/ou estético.

Através da osteotomia é possível realizar cirurgias de levantamento de seio maxilar, expansão de rebordo alveolar, extração de raízes com anquilose alveolodentária, corticomias de precisão para movimentos dentários, segmentação de maxila, expansão rápida da maxila, lateralização do nervo alveolar inferior, cirurgias ortognáticas, distração osteogênica, obtenção de osso autógeno para enxerto e ainda reabilitação de implantes.

Na dentística restauradora por exemplo, correções de sorriso gengival são realizadas através de osteotomia e osteoplastia, devolvendo ao paciente estética harmônica. Na implantodontia, o sucesso da grande maioria dos casos dependem de levantamento de seio maxilar, lateralização do nervo alveolar inferior, expansão de crista óssea ou enxertos de biomateriais. Na ortodontia, dentes impactados ou supranumerários podem atrapalhar a movimentação dentária necessitando remoção, além e situações em que a corticotomia pode ser utilizada para favorecer movimentos ortodônticos ou ortopédicos.

Tratando-se de condições adversas, cirurgia parendodôntica, remoção de terceiro molar, raiz residual, implante mal posicionado ou lesões são casos que requerem tratamento cirúrgico para cessar o desconforto do paciente e eliminar os focos bacterianos, os quais o mantêm em condição sistêmica arriscada.

A utilização de instrumentos rotatórios na osteotomia é muito frequente por apresentar vantagens como maior agilidade no procedimento, menor trauma mecânico comparado ao cinzel e martelo, além de proporcionar maior regularidade de contorno. Entretanto é necessário que se aplique adequada força ou pressão para à obtenção do corte, caso contrário pode-se produzir sérios danos ao tecido ósseo, devido à osteonecrose marginal provocada por injúrias térmicas.

Estudos como o de Fedlli Jr (2015) mostram que a necrose óssea pode ocorrer severamente se durante 1 minuto a temperatura for maior que 47°C, portanto ao utilizar repetidamente os instrumentos rotatórios para o preparo de osteotomias pode ocorrer calor friccional com posterior necrose do osso adjacente à área operada, diminuindo a capacidade de reparação da loja cirúrgica.

A energia do corte utilizada durante as osteotomias dissipa-se na forma de calor. Por isso a importância da irrigação externa com água destilada, responsável por manter a

temperatura abaixo de 47°C.

Buscando otimizar tempo cirúrgico e reparação tecidual, um sistema utilizando ondas ultrassônicas foi desenvolvido pelo Dr. Tomaso Vercellotti em conjunto com a equipe de engenheiros da Mectron Medical Technology, em 2007 na Itália. Desde então, o ultrassom Piezoelétrico é utilizado nas mais diversas condições cirúrgicas. Utiliza micro-vibrações para cortar tecidos mineralizados e funciona pelo efeito da piezoelectricidade, ou seja, a capacidade de alguns cristais gerarem corrente elétrica em resposta à pressão mecânica, sendo três vezes mais potente que os ultrassons convencionais.

Com experiência nesse assunto, o objetivo desse exemplar é apresentar casos clínicos em que a piezocirurgia foi empregada, além de descrever os benefícios que foram observados com essa inovação.

ULTRASSOM PIEZOCIRÚRGICO

A piezoelectricidade é um fenômeno físico específico de certos cristais que sofrem oscilação mecânica, permitindo movimentos pendulares e vibratórios com variações de amplitude nanométrica. Foi descoberta por Pierre Curie em 1881 e posteriormente cirurgiões bucomaxilo faciais utilizaram essas ondas oscilatórias em um instrumento de ultrassom que era capaz de gerar cavitação, caracterizada por ruptura da coesão molecular de líquidos.

O ultrassom piezoelétrico tornou-se uma evolução dos instrumentos cortantes cirúrgicos, pois através de oscilamento ultrassônico em três dimensões (frequência modulada) possibilita corte seletivo e preciso, sem lesionar tecidos moles. Esta seletividade para tecidos específicos tem como base o conteúdo de água, a resistência à tração e a diferença de densidade dos tecidos.

Com leve pressão mecânica exercida, o efeito da piezoelectricidade é transformado em corrente elétrica. Essa corrente elétrica é convertida em ondas ultrasônicas através de uma peça de mão anexada a insertos especiais e ao atingir vasos, nervos e membranas o dispositivo cessa sua atividade preservando essas estruturas. Isso ocorre porque a cabeça de corte é inativada logo que perde o contato com os tecidos mineralizados, de modo que um escorregamento acidental do dispositivo em tecidos moles circundantes não causa nenhum dano, reduzindo o sangramento e conseqüentemente melhorando o pós-operatório. Além da vantagem de criar um campo cirúrgico com menor sangramento pela coagulação de pequenos vasos, os equipamentos de ultrassom pode também permitir um procedimento de corte do osso com maior precisão.

O padrão vibratório possui frequência de 24,7 a 29,5 kHz podendo atingir até 30 kHz com oscilação de 60 a 200 $\mu\text{m/s}$, ou seja, é três vezes mais potente que ultrassons convencionais mesmo utilizando frequência baixa, a qual corta tecido duro e não atinge tecido mole, já que este necessita de pelo menos 50 kHz para lesionar.

É classificado como um aparelho potencialmente utilizado para técnicas de dissecação seletiva de tecidos mineralizados. Essa seletividade tem como base o conteúdo de água, a resistência à tração e a diferença de densidade dos tecidos. Também a cabeça de corte é inativa, permitindo que a perda de contato com tecidos mineralizados, como por exemplo em um escorregamento acidental em tecido mole circundante, não cause nenhum dano.

Embora o aparelho tenha um corte seletivo somente em tecidos duros (dentes ou ossos), ele deve ser manuseado somente por especialistas ou pessoas que estejam habilitadas para seu manejo. Utilizando corretamente o equipamento, ele não oferece riscos, porém algumas limitações com pacientes e/ou operadores que possuem marcapassos ou outros aparelhos implantados precisam ser respeitadas, já que pode existir interferência no funcionamento e ocasionar sérios problemas. De qualquer forma, se uma força excessiva for aplicada o corte é interrompido, ou seja, quanto mais suave a pressão da

serra piezoelétrica sobre o tecido ósseo, mais linear será a vibração do instrumento e consequentemente melhor o corte.

O ultrassom Piezoelétrico veio para contribuir para as questões desfavoráveis das técnicas cirúrgicas clássicas, como o uso de maior pressão na osteotomia, o que gera efeitos biológicos negativos na reparação tecidual como por exemplo necrose ou maior tempo pós-operatório para completar o processo de reparo tecidual.

As cirurgias podem ser realizadas com baixa pressão manual e cortes micrométricos precisos limitando o dano tecidual especialmente aos osteócitos. O sítio cirúrgico é limpo devido à solução irrigadora de água destilada a 4°C em forma de aerossol, que contribui para melhor visualização e melhor acesso do campo operatório, além de menor trauma cirúrgico por refrigerar os tecidos e não ocasionar osteonecrose, preservar os osteócitos, melhorar a reparação tecidual e causar menor estresse tanto para o profissional quanto para o paciente, pelo fato de ser menos sonoro e vibrátil.

Por essas vantagens, muitos autores apontam a piezo-cirurgia como uma nova e revolucionária técnica de osteotomia ideal para regiões delicadas em que a comunicação de tecido duro com tecido mole é extremamente íntima, como ocorrem em cirurgias periodontais de: elevação da membrana do seio maxilar, osteotomia para obtenção de tecido ósseo, remoção de raspas ósseas, osteotomia para lateralização do nervo alveolar inferior, cirurgia de expansão rápida da maxila e cirurgias ortognáticas.

O aparelho é composto por:

- Aparelho Ultrassônico Piezocirúrgico
- Bomba peristáltica
- Saca insertos
- Peça de mão acoplada com o cabo
- Pedal acionador
- Cabo de energia
- Haste metálica para suporte da peça de mão
- Haste metálica para suporte da água para injeção
- Bandeja cirúrgica para esterilização
- Pontas de corte diamantadas ou em titânio com inserções diamantadas

De modo geral, o equipamento ultrassônico a peça de mão possui transdutores de titânio de bário responsáveis por transmitirem seus movimentos para a ponta ativa proporcionando o corte. A ponta ativa, que pode ter ou não cobertura por diamante ou

nitrito de titânio, está disponível em vários formatos e são específicas para cada tipo de osso e corte a ser realizado. A peça de mão é conectada por um cabo a uma unidade central que fornece energia e que ainda contém alças para que líquidos de irrigação sejam acoplados ao sistema.

A montagem das partes deve seguir as instruções do fabricante lembrando sempre que não deve usar a bomba peristáltica aberta, já que pode ocasionar acidentes caso o cabo desprenda do aparelho.

Possui botão de liga e desliga, visor onde o profissional seleciona a função Endo ou Perio. A função Endo pode modificar a velocidade do corte e a vazão do líquido irrigante. Se modificar para a função Perio, o visor permite escolher o tipo de osso a ser cortado, a vazão do líquido irrigante e a velocidade do corte dos insertos.

Existe também a função *clean* que limpa o sistema hidráulico da máquina. Esta deve ser utilizada após a utilização do aparelho e antes da limpeza, desinfecção e esterilização das partes componentes.

VANTAGENS E DESVANTAGES

A precisão e a seletividade do aparelho tornam sua técnica superior às técnicas convencionais de osteotomias com instrumentos rotativos, pois com a utilização de brocas há a necessidade de um esforço maior na empunhadura e assim uma diminuição na sensibilidade cirúrgica. Desta forma os ultrassons cirúrgicos estão indicados principalmente em operações em que a área de interesse está adjacente aos vasos e nervos, tais como osteotomias para remoção de raízes residuais, processos inflamatórios apicais e terceiros molares localizados próximo ao nervo alveolar inferior e mentoniano. A vantagens da osteotomia com a piezoelectricidade também pode ser aplicado à cirurgia para peri-implantologia, por exemplo, remoção de implantes comprometidos, reposicionamento de implantes que apresentam uma posição não ideal no rebordo alveolar, elevação da membrana do seio maxilar com menor risco de perfuração ou de prejuízo para a membrana de Schneider, obtenção de tecido ósseo para enxertia de rebordos alveolares atróficos.

O aparelho ultrassônico é utilizado em diferentes procedimentos cirúrgicos craniofaciais, onde uma estreita relação de ossos, nervos e os vasos sanguíneos podem ser observados regularmente. Dentre as indicações encontra-se osteotomias Le Fort, enxertia óssea, osteotomias sagital mandibular e abordagem orbital ou na base do crânio. Assim, a aplicação de sua técnica tem vantagens sobre outros instrumentos mecânicos por causa da geometria de corte extremamente preciso e ablação óssea eficiente, minimizando a possibilidade de danos acidentais.

Outra aplicação está nas técnicas de expansão óssea alveolar que fazem uso da elasticidade da crista óssea e são recomendados na presença de qualidade óssea tipos

3 e 4, mas elas têm limites quando o osso residual é extremamente mineralizado porque a expansão mecânica pode produzir fraturas. Quando as paredes inelásticas da cortical são separadas, a eventual fratura de uma das paredes produz o descolamento total da cortical óssea vestibular e conseqüente interrupção do processo de vascularização no osso provocando necrose. A base da expansão da crista óssea com piezoelétrico é a utilização de frequência variável que é capaz de cortar osso sem traumas, permitindo uma expansão da crista óssea.

Landes et al. (2008) avaliaram a viabilidade de cirurgia piezoelétrica como um substituto para as cirurgias ortognáticas convencionais, avaliando quanto à *técnica operatória*, à quantidade de perda de sangue, à exigência de tempo operatório e à integridade de nervos e vasos. Notou-se que houve menor perda sanguínea na cirurgia com ultrassom, porém o tempo trans-operatório foi 13% maior na técnica ultrassônica. A sensibilidade do nervo alveolar inferior foi mantida em 95% dos casos operados com o ultrassom e 85% nos pacientes com osteotomia convencional.

Gruber et al. (2005) relatam algumas vantagens e desvantagens ao uso do ultrassom cirúrgico em cirurgia ortognática de mandíbula. Os autores evidenciam que as osteotomias foram fáceis de serem realizadas e com alta precisão de corte utilizando o aparelho em combinação com as duas pontas OT2 e OT7 (Mectron, Itália). Porém o procedimento com o piezo foi mais demorado comparando-se a osteotomia com serras e brocas. No entanto a grande vantagem foi a perfeita visibilidade com sangramento reduzido no local durante a osteotomia e os distúrbios neurossensoriais subjetivos diminuíram 57,1% por, não só, impedir um contato direto no nervo alveolar inferior, mas também prevenir complicações como danos causados aos tecidos periodontal, dentário ou ósseo.

Embora a cirurgia óssea com ultrassom apresente vantagem decisiva de um corte seletivo e preciso, discutem-se algumas desvantagens tais como: elevado aumento de temperatura, falta de conhecimento dos efeitos a médio e longo prazo e falha por fadiga das peças de corte do aparelho.

Para minimizar o aumento de temperatura gerada pelo ultrassom é fundamento que haja refrigeração eficaz. Por isso a indicação para uso de solução fisiológica a 4°C ou água de injeção precisa ser respeitada. Quanto ao desgaste das peças por fadiga exige-se maior atenção na manutenção e trocas freqüentes das mesmas. E sobre os efeitos a longo prazo, diversos casos clínicos e pesquisas estão sendo publicados no intuito de observar as características teciduais por tempo prolongado.

Estudos histológicos que compararam a taxa de cicatrização do osso alveolar sobre os efeitos de osteotomia com instrumento ultrassônico e convencional (brocas e cinzel) mostraram que a osteotomia com broca produziu uma superfície mais lisa. Nas amostras preparadas com o cinzel e instrumento ultrassônico apresentaram áreas de organização celular dentro do defeito e formação de osteóide em espaços adjacentes da medula. A

atividade dos osteoblastos foi mais pronunciada nas amostras preparadas com o cinzel que naqueles preparados com a broca. A taxa de cicatrização nos períodos posteriores parece ser melhor com o uso do cinzel, seguido de perto pelo uso do aparelho de ultra-sons e mais lento com a broca.

Vercellotti et al. (2005) avaliaram histologicamente e histometricamente as respostas cicatriciais ósseas após cirurgia de ostectomia e osteoplastia com piezo-cirurgia (PS) em relação as outras técnicas freqüentemente utilizadas como broca carbide (CB) e broca diamantada (DB). Observou-se que locais cirúrgicos tratados com CB ou DB houve perda óssea em comparação com as medições de referência inicial, enquanto os sítios cirúrgicos tratados com PS revelou um ganho no nível ósseo.

Camargo Filho et al. (2010) realizaram um estudo que utilizou a cirurgia ultrassônica para realização de enxerto ósseo autógeno para levantamento de seio maxilar. A análise histopatológica revelou osteoblastos organizados em uma única camada na periferia das trabéculas e osteócitos em uma distribuição homogênea, osteoclastos ocasionais foram vistos na periferia das trabéculas, apresentando lacunas Howship. Contudo, foi possível visualizar tecido conjuntivo fibroso em torno destas trabéculas, exibindo grandes quantidades de células osteoprogenitoras e outros com uma morfologia indicativa de diferenciação dos osteoblastos.

Thomas et al. (2017) relatou que o uso do ultrassom piezoelétrico é uma inovação para a Odontologia muito pertinente para atuar exatamente nas limitações existentes com os instrumentos e as técnicas tradicionais. Além de ter ampla indicação e resultados benéficos em termos de cicatrização.

Outros efeitos colaterais do uso generalizado são: trombogênese ou deficiência de circulação sanguínea óssea. Uma área de especial preocupação é a pouca vascularização da mandíbula, onde a trombose dos seus vasos sanguíneos pode levar a óbvios problemas clínicos. Até o momento, não encontra-se complicações pós-operatórias, como dificuldades de cicatrização ou alveolite seca. Porém, em animais indicaram que a freqüência ultrassônica acima de 20 kHz pode induzir a formação de coágulos intravasculares.

Segundo alguns autores, a principal limitação do ultrassom cirúrgico é o fator tempo, entretanto os procedimentos de corte são muito superiores. Dependendo da estrutura óssea e espessura o tempo para osteotomia pode ser aumentado em até 5 vezes ou mais. É evidente que os ossos mais compactos, requerem o uso de equipamentos mais potentes e parâmetros adequados. Além disso, acredita-se que cada nova tecnologia exige treinamentos do operador, a fim de obter o máximo benefício dos recursos tecnológicos disponíveis.

A implantodontia, mantendo-se na linha das tendências de cirurgias minimamente invasivas, tem estudado o uso de ondas ultrassônicas para processamento de osteotomias,

com resultados surpreendentes como ausência de lesões visíveis de tecidos moles adjacentes. Entretanto incidentes não podem ser completamente excluídos de tais procedimentos de osteotomia. É de suma importância observar o funcionamento do aparelho nas determinações técnicas que deve ter micro-vibrações de 60 a 200 $\mu\text{m/s}$ a 24-29 kHz para cortar tecido mineralizado enquanto tecidos moles permanecem invioláveis, porém se tornariam ameaçados com frequências acima de 50 kHz. Além disso, o efeito do corte parece não prejudicar a viabilidade celular, mantendo-se nos mesmos padrões dos métodos convencionais.



Figura1: Aparelho de ultrassom piezoelétrico.

Fonte: PIEZOSURGERY® 3 - Mectron (Ligúria/Itália).

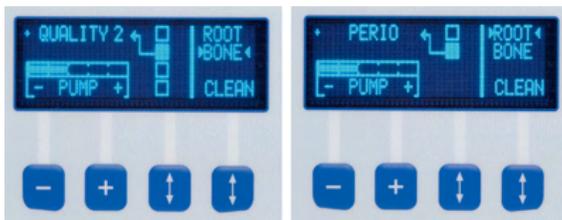


Figura 2: Painel mostrando as diversas funções e regulagens.

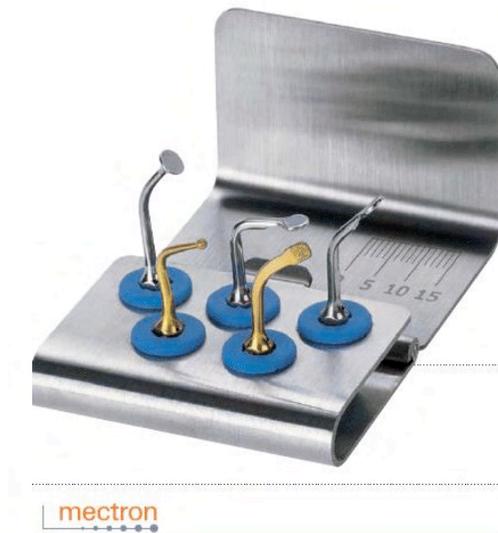


Figura 3: Pontas para serem utilizadas em ultrassom piezoelétrico. A ponta OT1 é indicada para osteotomia leves. A ponta OT5 é indicada para osteotomia de regiões delicadas, principalmente de acesso ao seio maxilar. A ponta EL1 é indicada para levantamento de seio. As pontas EL2 e EL3 são indicadas para descolamento da Membrana de Schneider.

Fonte: PIEZOSURGERY® 3 - Mectron (Ligúria/Itália).



Figura 4: Kit básico de pontas de ultrassom piezoelétrico. A ponta OT7 para osteotomia de grande eficiência em enxertos. A ponta OT2 tem função de descolador de tecidos moles. A ponta EX1 é um cinzel periótomo plano e afiado nos 3 lados para extração de dentes, principalmente inclusos. A ponta OP1 utilizada para osteotomia em regiões proximais. A ponta OP2 é utilizada para osteotomia leve em enxertos.

Fonte: PIEZOSURGERY® 3 - Mectron (Ligúria/Itália).

A piezo-cirurgia é uma revolucionária técnica para osteotomia ideal para o uso entre tecidos duros e tecidos moles. Funciona com baixa pressão, permite o fácil controle durante os cortes e consequentemente maior precisão.

REFERÊNCIAS

1. CAMARGO FILHO, G.P.; CORRÊA, L.; COSTA, C.; PANNUTI, C.M.; SCHMELZEISEN, R.; LUZ, J.G.C. Coparative study of two autogenous graft techniques using piezosurgery for sinus lifting. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.25, n.6, p.485-89, 2010.
2. CONSOLARO, M.F. et.al. Cirurgia Piezelétrica ou Piezocirurgia em Odontologia: o sonho de todo cirurgião. **Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.12, n.6, p.17-20, 2007.
3. EGGERS G. et.al. . Piezosurgery: an ultrasound device for cutting bone and its use and limitations in maxillofacial surgery. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.42, p.451-3, 2004.
4. GRUBER, R.M.; KRAMER, F.J.; MERTEN, H.A.; SCHLIEPHAKE, H. Ultrasonic surgery – an alternative way in orthognathic surgery of the mandible – a pilot study. **Int. J. Oral Maxillofac. Surg**, v.34, p.590-3, 2005.
5. KFOURI, F.A.; DUALBI, M.T.; BRETOS, J.L.G. et.al. Cirurgia piezoelétrica em implantodontia: aplicações clínicas. **RGO**, Porto Alegre, v. 57, n.1. p.121-26, jan/mar. 2009.
6. LABANCA M. et.al. Piezoelétric surgery: twenty years of use. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v.46, p. 265-9, 2008.
7. LANDES, C.A.; STUBINGER, S.; RIEGER, J.; WILLIGER, B.; LINH HA, T.K.; SADER, R. Critical evaluation of piezoelectric osteotomy in orthognathic surgery: operative technique, Blood Loss, Time Requirement, Nerve and Vessel Integrity. **J Oral Maxillofac Surg**, v.66, p.657-74, 2008.
8. MESQUITA, E.; KUNERT, I.R. O ultra-som na prática Odontológica. **ArtMed**, 2008.
9. PEDRIALI, M, B, B, P; TREVISAN JÚNIOR, W; DE ANDRADE, F, G; SANGIORGIO,J, P, M; PIRES, W, R; RAMOS, S, P. Bone regeneration in rat femoral defects after osteotomy with surgical ultrasound. **Minerva Stocatologica** 2016 Feb;65(1):1-10.
10. SCHLEE, M. et.al. Piezosurgery: basics and possibilities. **Implant Dentistry**, v. 15, n.4, p.334-339, 2006.
11. VERCELLOTTI T.; NEVINS ML.; KIM DM.; NEVINS, M.; WADA, K.; SCHENK, RK.; FIORELLINI, JP. Osseous response following resective therapy with piezosurgery. **Int J Periodontics Restorative Dent** 2005;25:543–549.
12. VERCELLOTTI, T. Piezoelectric Surgery in Implantology: A Case Report—A New Piezoelectric Ridge Expansion Technique. **Int J Periodontics Restorative Dent**. 2000;20:359-365.

13. THOMAS M.; AKULA U.; EALLA KKR.; GAJJADA N. Piezosurgery: a boon for modern periodontics. **J Int Soc Prev Community Dent** 2017;7(1):1-7.
14. RASHID, N.; SUBBIAH, V.; AGARWAL, P.; KUMAR, S.; BANSAL, A.; REDDY, S.G.; CHUG, A. Comparison of piezosurgery and conventional rotatory technique in transalveolar extraction of mandibular third molars: a pilot study. **J Oral Biol Craniofac Res** 2020;10(4):615-8.
15. RODRIGUES, M.F.B.; ROCHA, L.L.A.; ACIOLY, R.F.; ROCHA, C.C.L.; CARVALHO, D.C. Piezosurgery-assisted surgical treatment in impacted canine transmigration. **Case Rep Dent** 2020;29:2687827.
16. SILVA LF.; CARVALHO-REIS ENR.; BONARDI JP.; LIMA VN.; MOMESSO GAC.; GARCIA-JUNIOR IR.; FAVERANI LP. Comparison between piezoelectric surgery and conventional saw in sagittal split osteotomies: a systematic review. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2017 Aug;46(8):1000-6.
17. KOBAA.; TANOU R.; KIKUTA S.; HIRASHIMA S.; MIYAZONO Y.; KUSUKAWA J. The Usefulness of Piezoelectric Surgery in Sagittal Split Ramus Osteotomy. **Kurume Med J** 2018 Apr 27;64(3):57-63.
18. BERTOSSI D.; NOCINI R.; LUCIANO U.; GALZIGNATO PF.; RICCIARDI G.; LUCCHESI A.; TACCHINO U.; DONADELLO D.; LANARO L.; et al. Piezoelectric surgery inserts vs conventional burst: a clinical investigation. **J Biol Regul Homeost Agents** Mar-Apr 2018;32(2 Suppl. 2):15-19.
19. BUSSOLARO CT.; GALVÁN JG.; PEREIRA CP.; FLORES-MIR C. Maxillary osteotomy complications in piezoelectric surgery compared to conventional surgical techniques: a systematic review. **Int J Oral Maxillofac Surg** 2019 Jun;48(6):720-731.

LEVANTAMENTO DE SEIO MAXILAR, ENXERTO E IMPLANTES

Data de aceite: 03/01/2022

Wilson Trevisan Junior

João Paulo Menck Sangiorgio

Marcela Moreira Penteadó

A Implantodontia atual tem por objetivo restituir ao paciente a função mastigatória, conforto, estética e fonética; independente da existência de atrofia, doença ou lesão do sistema estomatognático. Nesse sentido, a reabilitação por meio de implantes é considerada uma opção viável para o tratamento de pacientes edêntulos. Contudo frequentemente são encontradas situações clínicas desfavoráveis a esse tipo de reabilitação, o que torna necessária a utilização de técnicas cirúrgicas mais complexas.

A presença de um osso alveolar adequado é um aspecto essencial para a realização de uma reabilitação com implantes. Após a perda de um elemento dentário devido a trauma, doença periodontal, patologias ou malformações, inicia-se um processo de reabsorção naquela região. Sabe-se que esta reabsorção é crônica, progressiva, irreversível e acumulativa, sendo mais rápida nos primeiros seis meses e contínua durante toda a vida do paciente.

A reabilitação protética através de implantes dentários pode ser considerada uma terapia de sucesso em pacientes parcialmente ou totalmente edêntulos. O primeiro passo no planejamento é o conhecimento das regiões anatômicas para avaliar a quantidade e a qualidade óssea da região que necessita de tratamento.

O seio maxilar é uma estrutura de forma piramidal que se encontra adjacente a parede nasal e acima do zigoma em íntimo contato com a região maxilar, estendendo-se anteriormente até a região de caninos e pré-molares e com a porção inferior na região de primeiro molar.

Em regiões de proximidade com raízes de dentes posteriores, o seio maxilar expande-se para a região alveolar perdida variando entre as pessoas e entre as hemi-arcadas, o que é conhecido como pneumatização. Nesses casos, a proximidade do seio maxilar com a região posterior de maxila representa uma limitação na instalação de implantes devido à pequena altura óssea remanescente, principalmente quando as extrações foram realizadas há muito tempo.

Para contornar essa questão, o levantamento de seio maxilar é um procedimento indicado para estabelecer a altura óssea suficiente para a instalação de implantes nas regiões próximas ao seio maxilar. Geralmente é considerado seguro, porém, a complicação mais comum é a perfuração da membrana sinusal

(membrana de Shneiderian) que pode ocorrer em 7 a 44% dos procedimentos.

Além da necessidade de uma altura óssea adequada, o remanescente ósseo deve possuir uma espessura suficiente para inserção do implante. Com base em experiências clínicas, a dimensão óssea mínima de rebordo para um implante de 3,75mm de diâmetro, é de 5 mm, permitindo ao implante paredes ósseas vestibular e lingual. Quando o volume ósseo é inadequado, várias técnicas podem ser utilizadas para reconstruir a parede óssea deficiente para a colocação do implante.

Procedimentos de aumento da parede óssea disponível para a colocação do implante incluem enxerto ósseo, regeneração óssea guiada, técnicas para expansão óssea, utilizando expansores ósseos ou osteótomos. No entanto, em todas as técnicas que requerem a osteotomia, normalmente é realizada com brocas ou serras. Estes instrumentos de corte do osso, apesar de eficazes, podem causar danos aos tecidos moles, como lacerações ou queimaduras durante a osteotomia. Também produzem ruídos e vibrações, responsáveis por gerar maior medo e estresse em pacientes quando a cirurgia é realizada com anestesia local. Por outro lado, o ultrassom cirúrgico piezoelétrico faz cortes seletivos nos tecidos ósseos, não atingindo tecidos moles. Por apresentarem maior sensibilidade tátil, são mais fáceis de operarem em região intra-oral quando comparado às técnicas que utilizam instrumentos rotatórios e serras.

A expansão da crista óssea foi descrita em capítulos anteriores. No caso clínico descrito a seguir, optou-se pela descrição de um caso de levantamento de seio maxilar e enxerto ósseo em bloco.

CASO CLÍNICO

Paciente, 52 anos, gênero feminino, buscou tratamento odontológico para reabilitação superior. Relatou não possuir problemas sistêmicos, fazer uso de qualquer medicamento, ou hábitos que poderiam influenciar no prognóstico do tratamento.

Durante o exame clínico inicial, observou pequena espessura no segundo quadrante, quantidade adequada de tecido queratinizado e presença dos primeiros pré-molares superiores. Quando observada a radiografia panorâmica com traçado para implante, foi observado altura de rebordo insuficiente para instalação de implantes no primeiro e terceiro quadrantes.

O tratamento proposto foi a reabilitação completa superior, buscando o ganho de 8 a 10mm de altura óssea, por meio do levantamento do seio maxilar com enxerto de biomaterial; ganho de espessura na região do segundo quadrante com enxerto em bloco homólogo, e instalação de implantes compatíveis.

Após abertura do campo cirúrgico na região do primeiro quadrante, observou-se espessura óssea adequada para instalação de dois implantes na região posterior. Prosseguiu-se com a osteotomia da janela lateral utilizando uma ponta esférica diamantada no ultrassom piezoelétrico (OT5). Após a finalização do acesso lateral, utilizou-se uma ponta EL2 para afastamento da cortical da maxila, seguido das curetas para afastamento da membrana do seio. Dois implantes (TitaniumFix 3,75 x 11,5mm) foram então posicionados e a região circundante preenchida com osso homólogo (Banco de Ossos da UFPR – Curitiba, PR).

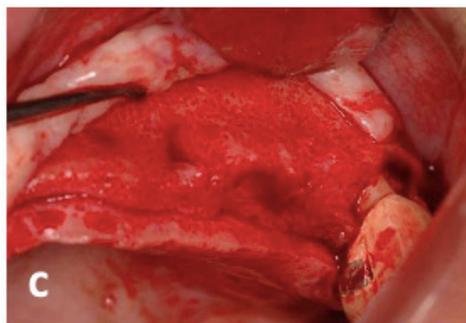


Figura 1: Exame clínico inicial (A). Radiografia panorâmica inicial (B). Incisão e rebatimento do retalho (C). Ultrassom piezoelétrico com ponta OT5 atuando na tábua óssea externa (D). Acesso na parede lateral do seio para realização da técnica de Caldwell Luck (E). Finalização do acesso lateral do seio maxilar (F).

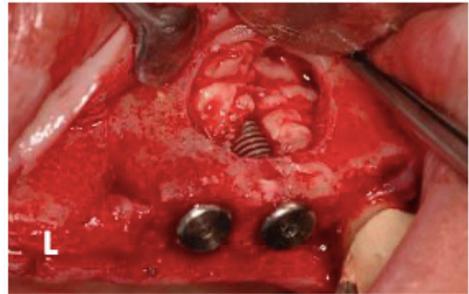
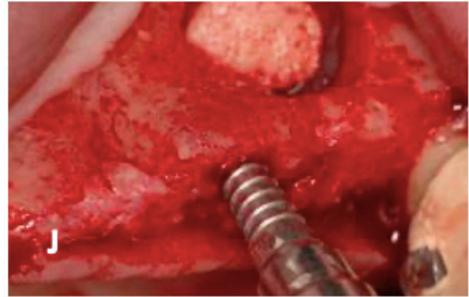
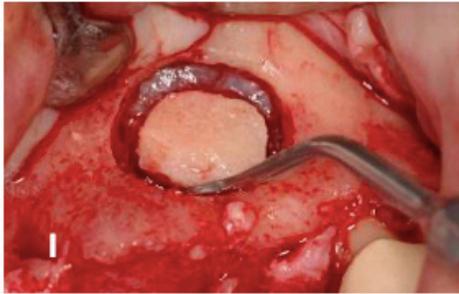


Figura 2: Aspecto final do acesso (G). Afastamento da membrana da cortical utilizando o piezoelétrico e ponta EL1 (H). Afastamento da membrana do seio com curetas específicas EL2 (I). Inserção da chave de expansão manual no rebordo (J). Instalação do primeiro implante (K). Instalação completa dos dois implantes (L).

Verificado a necessidade de expansão do rebordo na região do segundo quadrante esquerdo, realizou-se a osteotomia do rebordo com a ponta OT1 do piezo, expansão com brocas de expansão (kit de expansão óssea controlada de Meisinger) e por fim instalação do implante (TitaniumFix 3,3 x11,5mm).

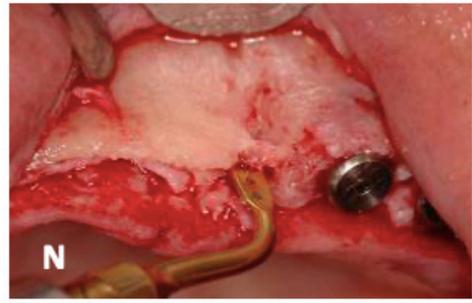


Figura 3: Preenchimento com enxerto homogêneo (M). Corticotomia com ponta OT1 do ultrassom piezoelétrico (N). Verificação do rebordo (O). Continuação da osteotomia com ponta OT1 (P). Inserção de parafuso expansor (Q). Inserção de parafuso expansor de maior calibre (R).

Frente a pequena espessura da cortical vestibular ao implante, optou-se pelo preenchimento da região com um bloco ósseo homogêneo (Banco de Ossos da UFPR – Curitiba, PR). Após preparo do bloco foi instalado na região e fixado com dois parafusos e sua periferia preenchida com osso particulado remanescente do bloco ósseo. Em seguida, uma membrana foi colocada sobre os implantes e o retalho reposicionado sobre os implantes, obtendo completo fechamento da ferida cirúrgica.

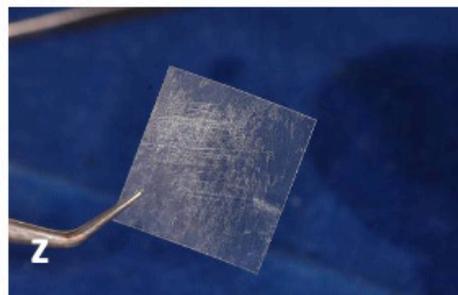
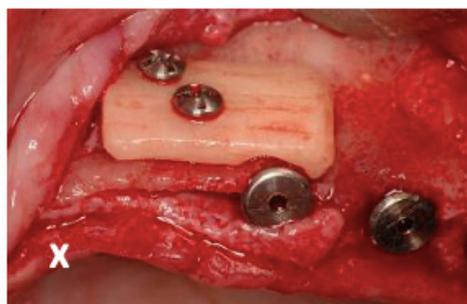
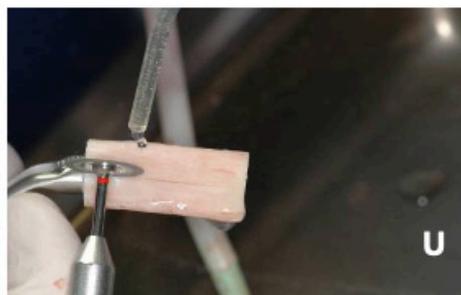


Figura 4: Verificação da perfuração com expansão (S). Instalação do implante (T). Preparo do bloco ósseo (U). Posicionamento do bloco ósseo (V). Fixação do bloco ósseo com dois parafusos (X). Preenchimento periférico com osso particulado. Preparo da membrana (Z).

Apesar da boa evolução clínica nos primeiros meses, com 150 dias após a cirurgia notou-se aspecto inflamado na região do enxerto em bloco. Duzentos dias após a cirurgia o enxerto já estava aparente e foi necessária a remoção. No entanto, não houve comprometimento da qualidade dos implantes.

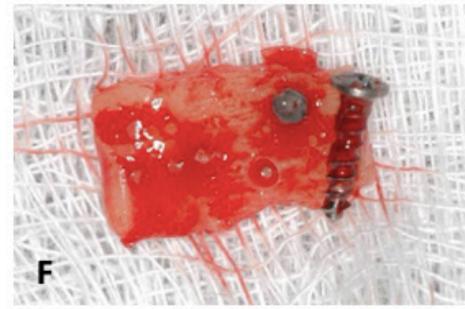
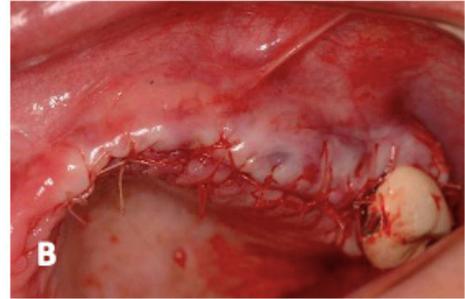
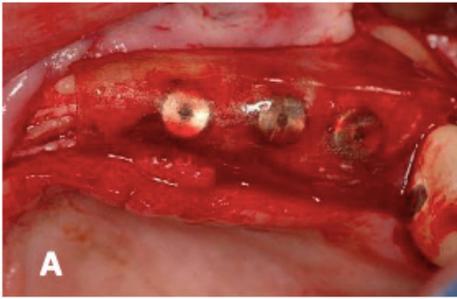


Figura 5: Posicionamento da membrana (A). Suturas e aspecto final imediato (B). Pós cirúrgico de 12 dias (C). Acompanhamento de 150 dias após a cirurgia (D). Observar a exposição do parafuso de fixação do bloco. Acompanhamento 200 dias. Parafuso e enxerto totalmente expostos (E). Aspecto do bloco ósseo após remoção do parafuso e do remanescente do enxerto em bloco (F).

Um mês após a finalização da primeira cirurgia do lado esquerdo, realizaram-se os mesmos procedimentos no primeiro quadrante, com instalação de dois implantes na região posterior e um implante na região mais anterior.

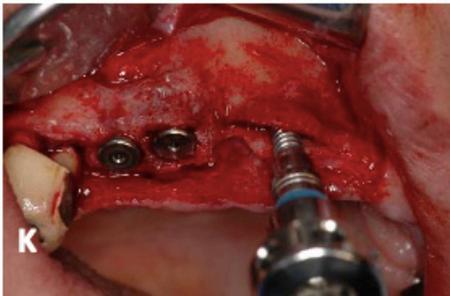
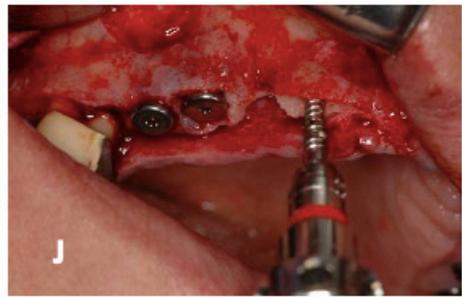
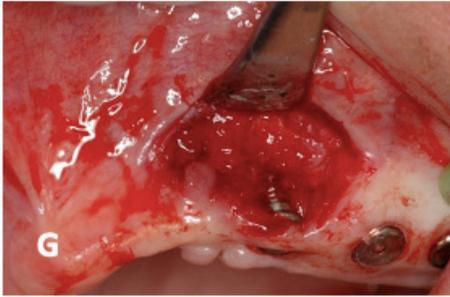


Figura 6: Aspecto clínico após remoção do bloco ósseo (G). Sutura da região e aspecto imediato após a cirurgia (H). Aspecto do tecido mole 240 dias da cirurgia em bloco e 40 dias da retirada do bloco (I). Início da expansão da crista óssea (J). Expansões subsequentes, observando o diâmetro do alvéolo (K). Instalação do implante (L).

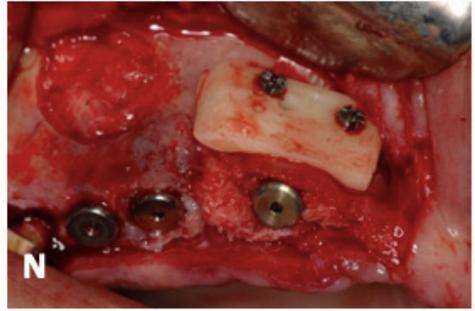


Figura 7: Preparo do bloco ósseo (M). Fixação do bloco ósseo com dois parafusos (N). Preenchimento periférico com osso particulado (O). Colocação de membrana (P). Aspecto vestibular após sutura (Q). Aspecto oclusal após sutura (R).

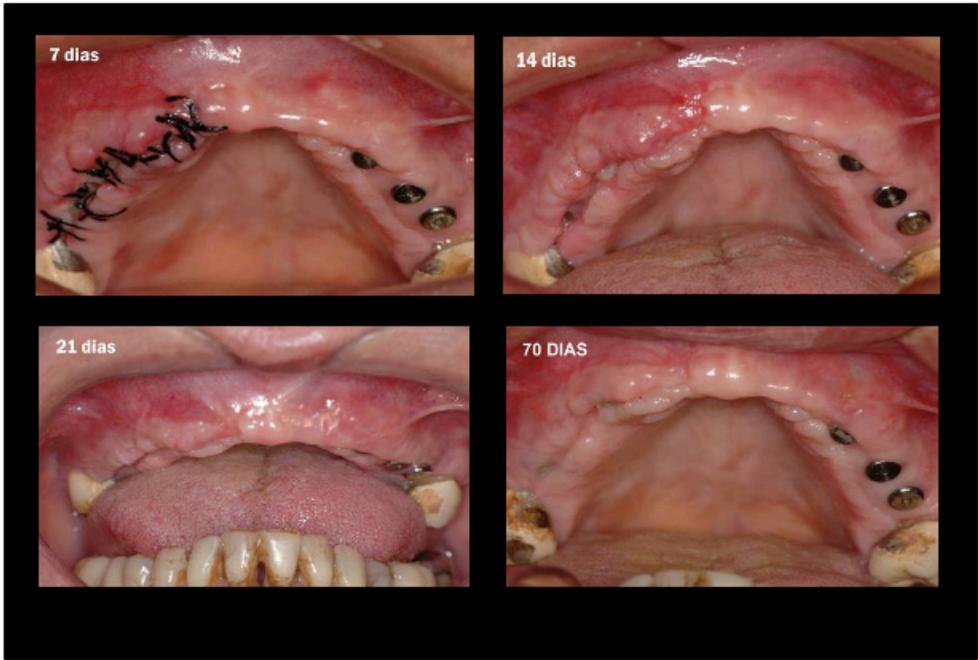


Figura 8: Acompanhamento pós cirúrgico de 7, 14, 21 e 70 dias.

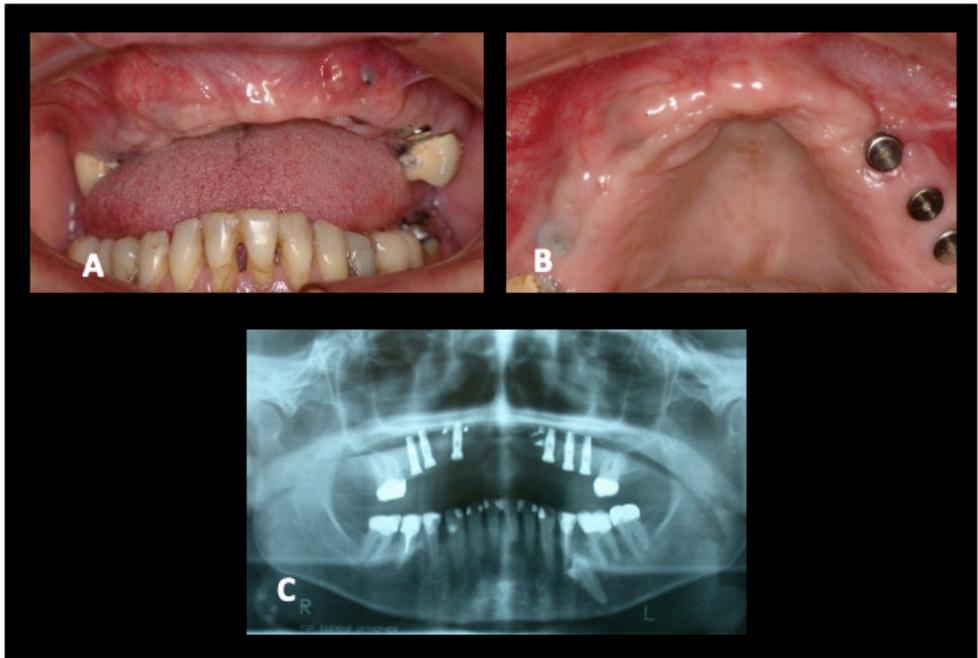


Figura 9: Controle após 150 dias do lado esquerdo e 120 dias lado direito (A). Acompanhamento de 200 dias do lado direito e 230 do lado esquerdo (B). Avaliação radiográfica após 4 meses do lado direito e 5 meses do lado esquerdo (C).



Figura 10: Prótese provisória com resina soft para reembasamento imediato (A). Reabertura dos implantes do primeiro quadrante (B). Colocação dos pilares estéticos (C). Aspecto final dos pilares estéticos (D). Prótese provisória imediata (E). Prótese provisória instalada (F).

SOBRE OS AUTORES

WILSON TREVISAN JUNIOR - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Periodontia pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Dentística pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Doutor em Dentística Restauradora pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho. Atualmente é Professor Associado da Universidade Estadual de Londrina e Membro do corpo editorial da revista PerioNews.

MARCELA MOREIRA PENTEADO - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Dentística pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina. Doutora em Odontologia Restauradora, especialidade Prótese Dentária, pelo Instituto de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Atualmente é Professora nas Disciplinas de Próteses Removíveis e Oclusão; Prótese Fixa; na Faculdade Santo Antônio – Campus Caçapava.

ANGELO MARCELO TIRADO DOS SANTOS - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Educação no Ensino Superior pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Estatística pela Universidade Estadual de Londrina. Especialista em Implantodontia pela AONP. Doutor em Odontologia pela Universidade Norte do Paraná. Foi professor do Departamento de Odontologia Restauradora da Universidade Estadual de Londrina.

BRUNA GOIS ARRUDA - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Foi professora no programa PSS (Processo Seletivo Simplificado) do Governo do Estado, na cidade de Ibiporã no Curso técnico de saúde bucal na instituição Colégio Estadual Antônio Iglesias. Especialista em ortodontia pela Integralle - Universidade Cruzeiro do Sul.

BRUNO SHINDI HIRATA - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Endodontia pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Odontologia - Clínica Integrada pela Universidade Estadual de Londrina. Doutor em Odontologia - Dentística pela Universidade Norte do Paraná. Atualmente ministra cursos nas áreas de Dentística, Clareamento e Endodontia na região norte do Brasil.

GUILHERME SCHIMITT DE ANDRADE - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Mestre e Doutor em Odontologia Restauradora, Especialidade de Prótese Dentária, pelo Instituto de Ciência e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Atualmente é professor Adjunto das Disciplinas de Clínica Integrada do Adulto e Implantodontia na Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

JESSYKA LORENA TSUNOUCHI FABBRI - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

JOÃO PAULO MENCK SANGIORGIO - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Especialista em Implantodontia pela Associação Odontológica Norte do Paraná. Especialista em Periodontia pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina. Doutor em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas. Atualmente é professor do curso de Odontologia da Universidade Positivo/Londrina/PR.

MARIA BEATRIZ BERGONSE PEREIRA PEDRIALI - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Especialista em Periodontia pela Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina. Doutora em Odontologia pela Universidade Norte do Paraná.

MARIANA GABRIEL - Possui graduação em Odontologia na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina. Doutora em Ciências Odontológicas pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Pós-Doutora em Odontologia Social pela FOUSP. Vice-coordenadora do Núcleo de Evidência em Saúde Bucal (NEV-SB). Pesquisadora do Observatório de Recursos Humanos em Odontologia sediado na FOUSP. Pesquisadora do grupo Pesquisa de Saúde Bucal Coletiva (CNPq). Coordenadora do estado de São Paulo na avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO). Professora colaboradora na FOUSP. Professora na Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) no curso de odontologia; de medicina; de pós-graduação stricto sensu do mestrado em Políticas Públicas.

MARINA GULLO AUGUSTO - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp – Campus São José dos Campos/SP). Mestre e Doutor em Odontologia Restauradora, Especialidade de Dentística, Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista. Atualmente é Professora Adjunta de Dentística Restauradora, Universidade Estadual do Oeste do Paraná

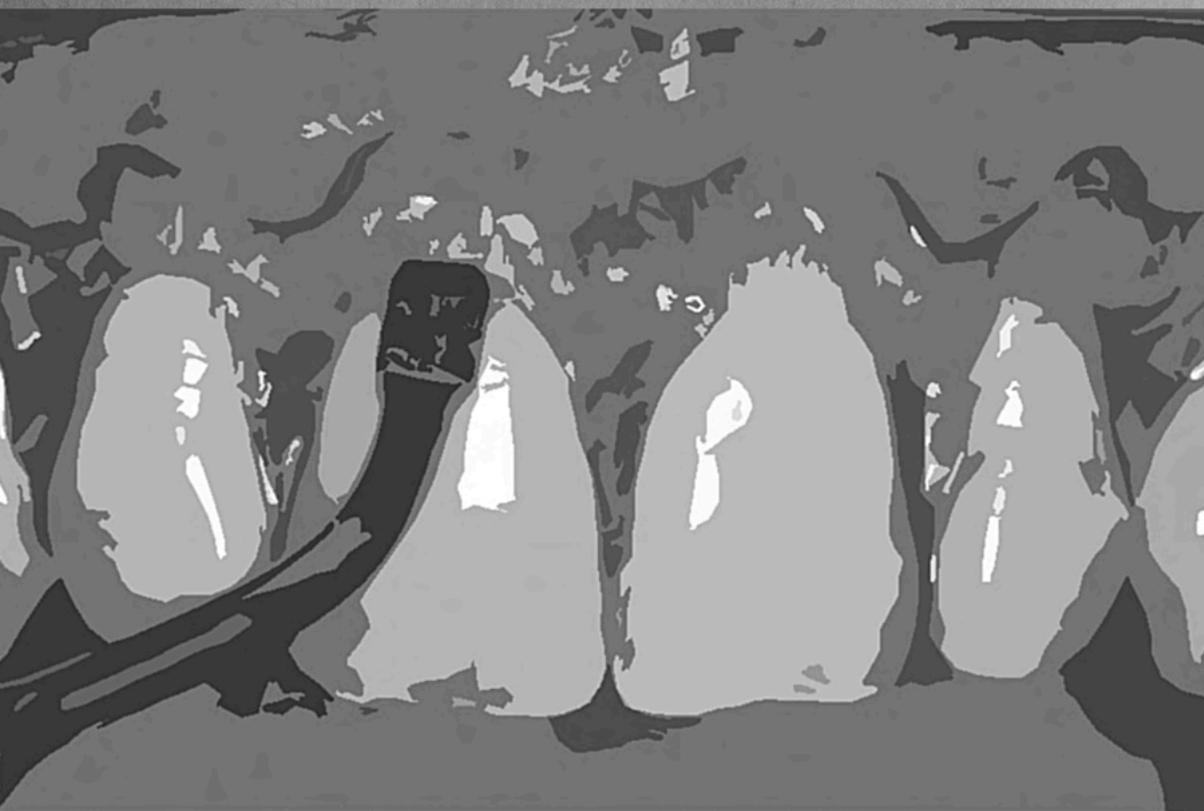
RAFAELA GHELLER - Possui graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Aperfeiçoamento em Cirurgia Oral Menor pela Integralle - Universidade Cruzeiro do Sul. Mestre pelo programa de pós-graduação em Clínica Integrada pela Universidade Estadual de Londrina, com ênfase na área de Dentística Restauradora e Materiais Dentários. Especialista em Ortodontia e Ortopedia facial pela Faculdade Herrero. Experiência profissional com atuação em saúde pública, nas áreas de saúde indígena e sócio educação pelo Governo do Estado do Paraná.

RICARDO TAKAHASHI - Possui graduação em Odontologia pela Universidade do Oeste Paulista. Mestre em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Doutor em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professor adjunto da Universidade Estadual de Londrina, professor do curso de especialização em Ortodontia da Associação Odontológica do Norte do Paraná e professor do curso de especialização em Ortodontia da Universidade Paranaense.

ROBERTA GAVA PRATTI - Possui graduação em Odontologia pela Faculdades Integradas São Pedro. Mestrado em Odontologia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) com enfoque em Periodontia. Especialista em Implantodontia pela Faculdade Odontológica de Piracicaba-UNICAMP. Doutora pela Faculdade Odontológica de Piracicaba-UNICAMP e Especialista em Harmonização Orofacial pela Uningá. Parte do corpo clínico na área de implantodontia e clínico-geral do Hospital Militar de área de São Paulo.

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

MANUAL DE USO CLÍNICO DO



Ultrassom Piezoelétrico

Atena
Editora
Ano 2022

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

MANUAL DE USO CLÍNICO DO



Ultrassom Piezoelétrico

Atena
Editora
Ano 2022