

A Implantodontia integrada à Periodontia



NA ODONTOLOGIA MODERNA, A INTEGRAÇÃO ENTRE AS VÁRIAS ESPECIALIDADES É FUNDAMENTAL PARA PROMOVER A SAÚDE BUCAL DO PACIENTE. ASSIM, A PERIONEWS DÁ INÍCIO, NESTE ANO, A UMA SÉRIE DE MATÉRIAS SOBRE O TRABALHO MULTIDISCIPLINAR ENTRE A PERIODONTIA E AS DEMAIS ÁREAS DA ODONTOLOGIA. NESTA PRIMEIRA EDIÇÃO, A PARCERIA ENTRE A PERIODONTIA E A IMPLANTODONTIA.

Por Cecilia Felipe Nery

Embora áreas distintas e com focos diferentes, a Periodontia - ciência que se ocupa em prevenir e tratar a perda de suporte causada por doenças periodontais - e a Implantodontia - especialidade que busca substituir funcional e esteticamente o dente quando a perda deste for inevitável ou já tiver ocorrido - podem e devem se integrar para a promoção da saúde bucal de forma mais ampla. Esta união se dá desde a prevenção de doenças iniciais até a reabilitação com implantes de última geração.

O ponto mais importante da integração, sem dúvida, é o benefício ao paciente. Aqueles que antes teriam reabilitações com próteses fixas e/ou removíveis - apoiadas sobre dentes com perda de inserção, com prognóstico ruim ou mobilidade - podem, com o uso dos implantes, poupar seus dentes remanescentes da tarefa de compensar e suportar a carga mastigatória dos dentes perdidos. Para que isso aconteça, o trabalho do periodontista contribui significativamente para promover a saúde das áreas que receberão implantes, áreas vizinhas e antagonistas.

Mas, para a perfeita união das áreas, é fundamental que os especialistas realizem, primeiramente, a

anamnese do paciente a ser submetido ao tratamento com implantes. "O tratamento implantológico requer que seja realizada uma anamnese detalhada nas sessões iniciais de planejamento. Exames complementares como hemograma completo, coagulograma, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, TGO, TGP etc derivam da suspeita de que algumas doenças ou alterações da normalidade possam estar presentes. Portanto, antes de se solicitar exames laboratoriais de forma indiscriminada, uma boa anamnese deve ser realizada no exame clínico inicial", informa Wilson Roberto Sendyk, especialista em Implantologia e Periodontia e coordenador do Mestrado e da Especialização em Implantologia da Universidade de Santo Amaro (Unisa). "Dentre os pontos mais importantes saliento a pesquisa de diabetes *mellitus* tipo 1 ou 2, anemias, coagulopatias, alergias e intolerâncias medicamentosas, alterações cardiovasculares, problemas psicológicos ou comportamentais, gravidez, medicamentos de uso frequente, alterações gastrintestinais e tratamentos radioterápicos para pacientes de oncologia", acrescenta.

De acordo com Wilson Trevisan Júnior, professor

associado da Periodontia da Universidade Estadual de Londrina, a anamnese tem pontos comuns a todo procedimento odontológico, com ênfase à história odontológica atual e pregressa (por exemplo, a presença de doença periodontal, motivo da perda do dente), e médica (existência de doenças sistêmicas, como diabetes e problemas cardíacos). “Segue-se um exame clínico minucioso, com atenção especial à existência de gengiva ceratinizada no local da colocação do implante”, indica.

Para Jorge Luis Saade, especialista e mestre em Periodontia, no exame extrabucal, os princípios estéticos como posição, forma e tamanho dos lábios e sorriso, bem como a simetria facial devem ser considerados. “Um outro fator importante é a avaliação da abertura bucal, pois uma abertura limitada pode comprometer a colocação de implantes”, esclarece, lembrando ainda o exame intrabucal: “o exame do status periodontal e oclusal são primordiais, além da avaliação do espaço a ser reabilitado, da prótese a ser instalada e da estética”, destaca Saade.

Sem dúvida, o objetivo essencial da anamnese prévia à cirurgia de implantes é o conhecimento aprofundado da saúde sistêmica do paciente. Baseado nisso, Elcio Marcantonio Junior, professor titular da Faculdade de Odontologia de Araraquara (Unesp), reforça como pontos importantes da anamnese questões como:

- presença de doenças sistêmicas, como hipertensão, problemas cardíacos diversos e quando da ocorrência desses problemas, convulsões, diabetes *mellitus*, enfocando na sua compensação ou não, osteoporose e doenças autoimunes.
- risco do paciente apresentar endocardite bacteriana deve ser avaliado para que seja observada a necessidade do mesmo ser submetido a uma profilaxia antibiótica.
- alergias que o paciente apresenta, e se já teve algum problema com o uso de anestésicos.



Wilson Trevisan Júnior



Wilson Roberto Sendyk

- o fumo e o etilismo são essenciais, uma vez que tais vícios, principalmente o fumo são extremamente prejudiciais para a integração de implantes.
- medicamentos que o paciente toma regularmente, enfocando principalmente aqueles que reconhecidamente podem trazer problemas durante o trans ou pós-cirúrgico, como os anticoagulantes.

“Em suma, podemos dizer que os pontos importantes na anamnese são aqueles que permitem a classificação do paciente dentro da nomenclatura ASA, facilitando sua predisposição ou não à terapia com implantes”, afirma Marcantonio. “Em relação ao exame físico, a simetria facial, a presença de problemas de ATM ou de nódulos/gânglios enfiados, bem como a presença de lesões intrabucais sem diagnóstico são essenciais para avaliar se o paciente necessita de algum outro tratamento previamente à instalação de implantes”, complementa.

CUIDADOS ESSENCIAIS

De modo geral, pode-se considerar que o ser humano está apto a receber implantes osseointegrados em praticamente quaisquer condições, exceto naqueles envolvimento maiores ativos, como alterações circulatórias graves (leucemia, hemofilia, doença de Von Willebrand, púrpura trombocitopênica, anemias), envolvimento hepáticos avançados com repercussões no mecanismo de coagulação, alterações hormonais (hipo e hipertireoidismo, hiperparatiereoidismo, disfunção da córtex adrenal, causada ou não por medicamentos), pacientes com alterações mentais e motoras (incluindo parestesias de longa duração), comprometimentos renais e outras, que requerem avaliação extremamente rigorosa, em conjunção com o médico, para elaborar a viabilidade de execução e manutenção do implante.

“Entretanto, tais situações não se apresentam

com grande frequência nos consultórios, havendo outros envolvimento mais comuns que requerem cuidados especiais”, alerta Euloir Passanezi, professor titular, responsável pela Disciplina de Periodontia do Departamento de Prótese da FOB-USP. “Assim, o paciente portador de diabetes *mellitus* deve ser cuidadosamente monitorado, para que esteja devidamente compensado quando da realização do procedimento cirúrgico. Nestas condições, tem sido mostrado que o processo de osseointegração ocorre da mesma maneira que no paciente normal. Entretanto, além dos usuais cuidados especiais podem ser necessários, como por exemplo, procurar realizar a cirurgia com o mínimo de indução de ansiedade (anestesia cuidadosa para não causar dor) e manter disponível açúcar a ser ministrado durante a cirurgia em caso de hipoglicemia”, orienta.

Com relação ao paciente portador de osteoporose, de modo geral, não há contraindicação para a instalação de implantes osseointegrados. É relevante também identificar pacientes com envolvimento vasculares cardíacos com risco para eventos trombembólicos e pacientes que ingerem aspirina diariamente para prevenir a coagulação intravascular ou tomam medicamentos que especificamente alteram a agregação plaquetária, (como anti-inflamatórios não esteroides, heparina de baixo peso molecular). É importante ainda o controle médico do paciente, que deverá descontinuar o uso de medicamento cerca de uma semana antes e dois dias após a realização do procedimento cirúrgico.

“Outro problema comum é o do paciente fumante, principalmente o assíduo, pois tem sido aceito que o cigarro interfere não só na resposta defensiva do organismo humano, como também nos processos de cicatrização dos tecidos”, ressalta Passanezi. Dessa forma, a ação do fumo pode-se manifestar em decorrência do processo de instalação do implante em si, ou após a colocação do implante em função. “Antes de ser posto em



Elcio Marcantonio Junior



Jorge Luis Saade

função tem-se admitido um risco de perda do implante 2,6 vezes maior na mandíbula e na maxila em fumantes ativos, estando as diferenças maiores entre fumantes e não fumantes na maxila e, principalmente, na maxila anterior, na qual os índices de perda do implante em fumantes e não fumantes foram, respectivamente, 16,8% e 3,6%. Entretanto, estando o índice de sucesso dos implantes ao redor de 97% em não fumantes e 93% em fumantes ativos, é fácil deduzir que o fumo não representa contraindicação absoluta para a instalação de implantes, como querem alguns, pois ainda nesses casos o percentual de sucesso é bastante alto, principalmente na mandíbula. Fato interessante a ser mencionado é que 80% de pacientes fumantes ativos que receberam enxertos ósseos intrabucais e instalação imediata de implantes apresentaram perda óssea ou do implante, enquanto que apenas 10% de não fumantes tiveram cicatrização inibida”, assegura Passanezi.

Por outro lado, quando os implantes são postos em função, os fumantes ativos apresentam mais problemas com a saúde dos tecidos moles peri-implantares e maiores índices de sangramento do que os não fumantes, com preocupação quanto à instalação de peri-implantite progressiva. “De qualquer maneira, embora o protocolo mais rígido de ação recomende a suspensão do hábito de fumar por oito semanas após a instalação dos implantes, talvez seja de bom alvitre iniciar esse regime quatro a sete dias antes do procedimento, visando minimizar principalmente os efeitos sobre as adrenais. Nesta hipótese, o paciente ainda poderá fumar até cinco cigarros ao dia, para evitar estresse excessivo, que também é prejudicial. Dentro deste mesmo contexto do hábito de fumar, deve-se considerar o paciente que faz uso de álcool, principalmente por seus efeitos sobre a função hepática, que já foi mencionada”, acrescenta Passanezi.

Também parece interessante identificar o pa-

ciente que faz uso de drogas, pois o indivíduo está mais sujeito a vários envolvimento médicos, como hepatite, insuficiência hepática, Aids, doenças pulmonares, infecções de pele, doenças venéreas, diabetes *mellitus*, desordens gastrintestinais e doenças cardiovasculares. “Nos casos associados com hábitos têm sido recomendado aos cirurgiões-dentistas que tomem posições mais bem definidas, fazendo abordagens mais agressivas, que requerem atendimento em equipe, visando as cinco medidas principais do **a**: **arguir**: para identificar o usuário; **advertir**: para conscientizar e motivar o indivíduo a abandonar o hábito; **avaliar**: para determinar a vontade do indivíduo de deixar o hábito; **assistir**: para dar suporte adequado aos indivíduos que se propõem a deixar o hábito durante a fase de adaptação; e **acompanhar**: para que o indivíduo possa resistir à abstinência em longo prazo”, recomenda Passanezi.

PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Para que o tratamento alcance sucesso satisfatório, convém, ainda, realizar alguns procedimentos prévios à cirurgia de implantes, sobretudo nos casos de diagnóstico de alguma patologia periodontal. Isto porque, vários trabalhos mostram uma correlação entre peri-implantite e a presença de doença periodontal prévia. Outros demonstram também que pacientes com doença periodontal não tratada apresentam índice de insucessos de implantes.

“Portanto, o tratamento periodontal (em suas diversas fases) deve preceder à instalação dos implantes e mesmo as cirurgias de reconstrução óssea”, destaca Marcantonio. “Outro aspecto a ser considerado é que apenas após o tratamento periodontal é que vamos tomar a decisão de extrair ou não o dente, afinal dependemos da avaliação da resposta do paciente ao tratamento para ter o prognóstico e evitarmos extrair dentes que poderiam ser mantidos”, justifica.

Para Saade, nesses casos, o tratamento com implantes deve ser interrompido. “Um diagnóstico periodontal preciso através de índices de placa, sangramento e sondagem periodontal, associados a uma documentação radiográfica completa devem ser realizados. Após o planejamento periodontal, um correto tratamento deve ser implementado, desde os procedimentos de preparo básico como o controle do biofilme e raspagens subgengivais, até o completo controle da doença. Somente após o rigoroso controle da doença periodontal, a terapia com implantes deve ser retomada”, adverte.



Euloir Passanezi

Em caso de diagnóstico de alguma patologia periodontal, Sendyk enfatiza que o tratamento periodontal antecede à terapêutica implantológica. “Isto significa que o paciente deve ser tratado através de controle de placa dentária, remoção dos fatores etiológicos desencadeantes (raspagem e polimento coronário/radicular), até se alcançar significativa redução da inflamação dos tecidos gengivais. Estando o periodonto de proteção “normalizado”, pode-se partir para a implantação das fixações, para posteriormente realizar-se a complementação cirúrgica do tratamento periodontal, se necessária for”, especifica.

Na verdade, a abordagem periodontal de pacientes que serão submetidos à instalação de implantes parece de natureza crítica quando se considera que, em um indivíduo saudável, a contagem bacteriana salivar é da ordem de 43×10^6 a 5500×10^6 por ml, enquanto em 1g de peso úmido de placa dentobacteriana tem-se cerca de $1,7$ a $2,0 \times 10^{11}$ micro-organismos. “Dessa forma, a redução bacteriana é altamente significativa nesses pacientes, diminuindo sobremaneira o risco de contaminação e perda dos implantes. Além disso, tanto pacientes periodontalmente saudáveis como doentes desenvolvem, ao redor dos implantes, microbiotas bacterianas semelhantes àquelas respectivamente encontradas nessas situações, ressaltando a importância de medidas de prevenção e controle do biofilme bacteriano”, declara Passanezi.

Conforme ele, o controle do biofilme pode ser realizado por terapia periodontal não cirúrgica, realizando os procedimentos necessários de raspagem e alisamento da superfície dental até que se obtenha a biocompatibilidade da estrutura dental com os tecidos gengivais. Assim, a verificação final da excelência do resultado não é medida ao término do procedimento clínico, por avaliação das características superficiais produzidas na superfície radicular (lisura e dureza, princi-

palmente), mas sim oito a dez dias após, pela resposta celular manifestada por expressão de restabelecimento de características gengivais saudáveis, sobretudo redução significativa ou total do sangramento gengival, fibrose gengival (volta do pontilhado típico), eliminação da retração gengival, contração do tecido e redução da profundidade de sondagem.

“Esse resultado, contudo, pode não ser o definitivo na terapêutica periodontal, mas preenche os requisitos para a instalação de implante em campo devidamente controlado quanto à presença de patógenos periodontais. Ressalte-se, todavia, a possibilidade de que os tecidos possam estar permeados por bactérias, formando um reservatório a partir do qual poderá ocorrer a recolonização bacteriana, o que parece ocorrer em períodos de até 60 dias. Considere-se que vários trabalhos têm periodontites prévias, inclusive com taxa maior de perda de implantes em pacientes que não receberam tratamento periodontal. A somatória dessas observações mostra que previamente à colocação de implantes é mandatório o controle da microbiota bacteriana periodontal e, conseqüentemente, oral, incluindo ou não a eliminação cirúrgica da bolsa periodontal nos dentes que não serão extraídos para colocação de implantes. Igualmente importante é a preservação dos resultados alcançados em longo prazo, exigindo participação efetiva do paciente nos cuidados a serem tomados, aliada à terapia de eliminação total das bolsas periodontais”, assinala Passanezi.

TECIDOS MOLES

No transoperatório de colocação de implantes, para obter melhor estética dos tecidos moles, o especialista deve tomar alguns cuidados e precauções. Conforme Trevisan, em primeiro lugar, deve-se avaliar a existência e a quantidade de gengiva ceratinizada. “Para tanto, analisa-se os limites da gengiva ceratinizada e mucosa, por meio da tração dos tecidos e utilização da solução de Schiller. Nos dentes posteriores, onde a estética não é primordial, procura-se deixar uma espessura mínima de tecido ceratinizado para que não se tenha sulco peri-implantar profundo. Outro aspecto a ser considerado é a distância entre implantes, que deve permitir a formação das pseudopapilas, principalmente em regiões de comprometimento estético”, avalia.

É importante ressaltar que, em uma época onde os resultados estéticos são mandatórios, os cuidados com os tecidos moles, durante a cirurgia de implantes,

devem ser redobrados. “A presença de incisões relaxantes, os cuidados em não se lesionar o periósteo, a questão de incluir-se ou não a papila gengival no retalho cirúrgico, são exemplos de questões importantes a serem levadas em conta durante o planejamento e execução da cirurgia implantológica. Um outro fator, nem sempre enfatizado, é o fato de a presença da papila interdentária guardar uma estreita relação com a distância proximal entre os implantes ou entre implante e dente. Isto significa que existe uma correlação importante entre número de implantes colocados e a estética final”, assinala Sendyk.

Ainda no transoperatório, cuidados com incisões e retalhos conservadores para manipulação e preservação dos tecidos moles devem ser preferidos. Possíveis necessidades de enxertos de tecido conjuntivo subepitelial são avaliadas previamente e, se necessário, realizados com a finalidade de melhorar o resultado estético.

Para Saade, o planejamento estético se inicia na primeira consulta, avaliando as condições locais, as expectativas do paciente e as reais possibilidades técnicas e biológicas. “Uma avaliação prévia da condição óssea e dos tecidos moles deve ser considerada. A avaliação do tipo de periodonto, conforme Maynard & Wilson, precisa ser estabelecida para que a previsibilidade dos resultados estéticos seja real”, explica.

Marcantonio também assinala a necessidade de ser feito um diagnóstico preciso das condições dos tecidos ósseo e gengival (ou mucosa) “Cirurgias minimamente invasivas tendem a apresentar melhores resultados em relação a manutenção dos tecidos moles. Assim, devemos considerar a possibilidade de trabalhar sem abertura de retalhos (principalmente quando da instalação de implantes imediatos, com provisionalização imediata). Quando for necessária a reconstrução e/ou aumento da disponibilidade óssea ou da mucosa, o retalho deve ser desenhado de forma a garantir a preservação de papilas (quando existentes), uma boa irrigação, a preservação do periósteo, evitando rompimentos do tecido”, aconselha.

O posicionamento correto do implante é talvez o fator mais importante para a estética, devendo-se respeitar as distâncias mínimas entre dente/implante (1,5 mm a 2 mm), implantes/implantes (3 mm). Erros de inclinação, principalmente vestibulolingual são os que mais prejudicam a estética dos tecidos moles, já que os núcleos angulados os pressionam e levam a sua retração. “Em relação à linha cimento/esmalte, os implantes devem

ficar de 2 a 3 mm apical, de acordo com a espessura do tecido mole. Nos casos de recessão gengival, a posição é de 2 mm apical em relação margem à gengival dos dentes vizinhos. Também deve-se considerar o perfil gengival dos pacientes. Mucosa espessa geralmente favorece a estética gengival, enquanto mucosa fina pode predispor a recessão e transparência do tecido mole. É importante ressaltar que estes princípios são aplicáveis à maioria dos sistemas de implantes, embora possam variar de acordo com o desenho dos mesmos”, esclarece Marcantonio.

Já Passanezi, explica que embora inicialmente as incisões tenham sido propostas na altura do vestibulo e posteriormente sobre o rebordo e deslocada mais para lingual, hoje as recomendações devem ser outras, principalmente procurando não só preservar o máximo possível de tecido ceratinizado e manter a profundidade do vestibulo, como ao mesmo tempo efetuar a sutura nesse tipo de tecido.

“Enquanto na maxila pode-se realizar a incisão acompanhando o rebordo mesiodistalmente, porém mais para lingual do rebordo, na mandíbula a incisão mesiodistal deve dividir a mucosa ceratinizada do rebordo ao meio. Essas incisões devem ser únicas, pois parece pouquíssimo provável que o profissional, por mais capacitado que seja, consiga realizar duas incisões exatamente no mesmo lugar. Portanto, sendo única, a incisão deve ser firme contra o osso, permitindo o rebatimento dos retalhos de forma o menos traumática possível”, diz Passanezi.

PERI-IMPLANTITES

Uma das grandes questões nos procedimentos implantodônticos é a prevenção de peri-implantites e como proceder caso aconteçam. O primeiro fator, sem dúvida, é o tratamento periodontal prévio e o estabelecimento de um programa de prevenção de acordo com cada caso. “Obviamente, problemas de adaptação de próteses e componentes podem favorecer o acúmulo do biofilme (fator etiológico principal das peri-implantites) e, sendo assim, a avaliação de sua adaptação deve ser feita no momento da instalação e durante as consultas de controle. Os fatores de risco ao aparecimento e desenvolvimento de periodontites (tabagismo, grau de higiene etc) são os mesmos relacionados à peri-implantite, portanto devem ser controlados”, garante Marcantonio.

Ele lembra ainda a importância de se combater a ideia de muitos pacientes, e mesmo de alguns profissio-

nais, que a substituição dos dentes com doença periodontal por implantes irá fazer com que eles ficarão livres das visitas de manutenção. “Devemos ressaltar a estes pacientes que os tecidos peri-implantares possuem fisiopatologia muito semelhante aos tecidos periodontais, conseqüentemente os cuidados serão os mesmos, já que as condições locais e gerais permanecerão baixamente as mesmas”, adverte.

Conforme Sendyk, as medidas de prevenção para evitar-se o aparecimento das peri-implantites são: técnica cirúrgica adequada, uso de implantes de qualidade excepcional, manter um paciente em saúde periodontal, bom controle de placa dentária e controle da oclusão. “Acho importante seguir técnicas que estejam sacramentadas na literatura e na prática odontológica, evitando `queimar etapas` e modismos, situações tão frequentes na Implantodontia”, pondera.

Para Trevisan, o problema deve ser solucionado com controles clínico e radiográfico dos implantes e das próteses, terapia periodontal de suporte, principalmente em relação ao uso de agentes auxiliares de higiene, como por exemplo passa fio, super floss, escovas interdentais e unitufos, entre outros. “É importante observar o perfil de emergência da prótese, bem como remover todos os nichos de retenção que possam acumular resíduos e biofilme. Em caso de ausência de gengiva ceratinizada, deve-se fazer um enxerto de tecido ceratinizado, propiciando uma escovação mais confortável ou isenta de dor”, declara.

Convém destacar mais uma vez que o controle do biofilme periodontal deve ser estabelecido previamente a terapia com os implantes. Entretanto, após a instalação e a ativação dos implantes, um rigoroso programa de manutenção periodontal deve ser implementado para que a saúde seja mantida. “Instruções de medidas de controle do biofilme mecânicas, por meio do uso de fio dental e escovas especiais devem ser estabelecidas. Quando necessário, requerer um controle químico como coadjuvante aos procedimentos mecânicos para manutenção da saúde peri-implantar”, acrescenta Saade.

Segundo Passanezi, uma medida de alto valor para prevenir a instalação de peri-implantites é o controle rigoroso de placa dentobacteriana pelo profissional e mais precisamente ainda pelo paciente. “Portanto, há que se esmerar na capacitação do paciente quanto ao domínio da higiene bucal, além de conscientizá-lo e motivá-lo dos benefícios, riscos e conseqüências das

peri-implantites. Portanto, a relação paciente/profissional deve manter-se estreita no período de terapia assistencial de suporte profissional, durante a qual será estabelecido o cronograma preciso de necessidade de atendimento individual”.

CIMENTADA OU PARAFUSADA

Na manutenção da saúde dos tecidos peri-implantares, uma das grandes questões é a utilização de prótese cimentada ou de prótese parafusada. Conforme Sendyk, a possibilidade de desmontar a peça protética para se fazer a manutenção dos tecidos peri-implantares traz grande vantagem na opção pelo uso das próteses parafusadas. “É muito mais fácil e eficiente para o periodontista, remover a coroa protética e ter total possibilidade de alcance aos tecidos peri-implantares. Além disto, a remoção da prótese possibilita o acesso à conexão pilar/implante, cuja estabilidade pode ser avaliada de tempos em tempos”, explica.

De fato, a prótese parafusada pode ter algumas vantagens da manutenção da saúde peri-implantar. “Pode-se destacar a ausência da utilização de cimento, o qual o excesso subgingival pode causar inflamação nos tecidos peri-implantares. A desmontagem fácil da peça facilita a manutenção e o controle do biofilme peri-implantar. Nas próteses cimentadas, o excesso de cimento subgingival é considerado de maior risco aos tecidos peri-implantares. Por isso este tipo de prótese seja preterido por um grande número de profissionais”, reitera Saade.

Passanezi afirma também ter preferência pelas próteses parafusadas, principalmente porque em casos de necessidade de remoção por soltura dos parafusos de fixação dos intermediários protéticos de quaisquer tipos aos implantes, não se corre nenhum risco de perder a prótese. “Entretanto, quanto à manutenção da saúde dos tecidos peri-implantares, vale uma reflexão mais profunda e complexa, principalmente com base no que sucede relativamente à localização subgingival das margens cervicais de coroas protéticas convencionais”, justifica-se.

Para Trevisan, mais importante que o fato da prótese ser cimentada ou parafusada são os critérios que devem ser usados na confecção de uma perfeita adaptação da interface implante intermediário, sem se esquecer do perfil de emergência. “Salientando-se aqui a vantagem em se utilizar implantes de diâmetros adequados à espessura óssea e às coroas dentárias (di-

minuição do perfil de emergência e nichos de retenção)”, frisa.

IMPLANTODONTIA RESPONSÁVEL

A reabilitação com implantes é, sem dúvida, uma revolução na Odontologia moderna, conforme Saade. “Nos últimos anos os efetivos avanços na qualidade funcional e estética vêm caminhando para uma relação ideal e previsível em relação aos tratamentos propostos e executados. Entretanto, cuidados nas condições de saúde desses pacientes com diagnósticos e planejamentos criteriosos são necessários para que nossos trabalhos tenham longevidade funcional e estética. Para que isso ocorra, o respeito aos tecidos periodontais e peri-implantares deve ser primordial. Além, é claro, da implantação de um sério programa de manutenção da saúde”, declara.

Passanezi acredita na possibilidade de que perdas ósseas marginais, com conseqüente formação posterior de bolsas peri-implantares, podem ocorrer em função da transmissão de forças traumatogênicas, caracterizando quadros semelhantes, senão idênticos, aos das peri-implantites. “Assim, a análise cuidadosa da oclusão e, particularmente, da presença de neuroses oclusais do tipo bruxismo cêntrico ou excêntrico deve ser realizada precoce e continuamente para não se ter que amargar a perda do implante”, aconselha.

“De qualquer maneira, a despeito de quaisquer implicações de natureza tecnológica ou biológica, a colocação de implantes seguindo os princípios hoje estabelecidos parece ser o tratamento de maior previsibilidade e durabilidade dentro das reconstruções odontológicas que se conhece, de modo que sua indicação é plenamente segura em minha concepção”, acrescenta.

Para Sendyk, a Implantodontia é uma especialidade fascinante da Odontologia. Se bem praticada, ela permite que o cirurgião-dentista possa alcançar resultados muito satisfatórios em seus pacientes. “Mais importante ainda: a Implantodontia tem o potencial de realizar o sonho de alguns pacientes; a reposição de dentes perdidos com reabilitação funcional e estética. É importante enfatizar, todavia, que a Implantodontia segue regras biológicas definidas, que se traduzem por todo um conhecimento que foi obtido no estudo de suas especialidades irmãs, a Periodontia, a Cirurgia e a Prótese Dentária. É impossível alcançar todo o potencial da Implantodontia, sem se praticar uma boa Odontologia”, conclui.