

Tratamento com implantes requer avaliação periodontal prévia

Por Cecilia Felipe Nery

A INTEGRAÇÃO DA PERIODONTIA COM A IMPLANTODONTIA É ESSENCIAL PARA INTERVIR NO MOMENTO CERTO, GARANTINDO ASSIM UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA AOS PACIENTES.

A Periodontia objetiva a manutenção dos elementos dentais com saúde e conforto, por meio da prevenção e do tratamento que se faz necessário. Mas quando não é mais possível preservar um ou mais dentes na cavidade bucal com o tratamento periodontal, a colocação de implantes é uma alternativa extremamente satisfatória. No entanto, antes de condenar ou não um dente, é imprescindível analisar os diversos fatores ligados à lesão ou aqueles que influenciam no seu estabelecimento e progressão.

Dessa forma, antes da extração do dente para a colocação de implantes, é fundamental fazer uma avaliação periodontal. E o primeiro passo começa com uma boa anamnese e exame clínico do paciente. “Independente da terapia que será adotada, a anamnese, o exame clínico completo e os exames complementares, principalmente o de imagem, são determinantes para um bom diagnóstico e plano de tratamen-



to adequados”, afirma Giuseppe Alexandre Romito, professor associado da disciplina de Periodontia da USP e presidente da Sociedade Brasileira de Periodontia (Sobrape).

“Muitos se esquecem que, por meio desses exames, podemos traçar um perfil inicial do nosso paciente. Se levarmos em consideração as duas principais patologias bucais – doença cárie e periodontal –, tais exames nos indicam a história bucal do indivíduo e nos levam a verificar qual a suscetibilidade do paciente àquela(s) doença(s)”, ressalta Romito. “No caso específico da Periodontia, é importante avaliar qual o histórico periodontal e qual o nível de perda clínica de inserção que o paciente apresenta, isto em razão da possibilidade do paciente doente periodontal apresentar a doença peri-implantar no futuro”, acrescenta.

Para Marcelo Bassani, especialista e mestre em Periodontia e coordenador de cursos de especialização em Periodontia, os exames permitem identificar a presença da doença periodontal (DP), classificando-a de acordo com o risco e o desenvolvimento dessa doença. “Para cada tipo de DP existe um prognóstico, baseado na avaliação dos riscos de cada paciente. Fatores genéticos, fatores modificadores, como agentes externos, hábitos parafuncionais, doenças sistêmicas podem alterar o curso e a evolução dessas DPs. Portanto, identificar o paciente que estamos tratando com implantes é muito importante para minimizar riscos futuros que possam comprometer os implantes e/ou um planejamento reabilitador”, informa.

A anamnese, confirma Luiz Alves de Lima, professor associado da disciplina de Periodontia da USP e coordenador do curso de Pós-graduação em Periodontia da Fousp, é previamente indispensável a qualquer procedimento odontológico. “Torna-se ainda mais importante nesse caso, em que é preciso coletar informações referentes às condições de saúde (como por exemplo, diabetes) e hábitos (como o fumo) que possam ter influência no futuro procedimento cirúrgico e/ou na resposta ao tratamento periodontal”, lembra Lima.

Conforme ele, ainda, além da influência no procedimento cirúrgico, a diabetes é considerada fator de risco para a doença periodontal e pode influenciar na resposta ao tratamento. “Assim, torna-se clara a importância do controle glicêmico do paciente. Apesar das publicações mostrarem uma tendência a maiores taxas de fracasso com implantes em diabéticos, o nível de evidência científica ainda é baixo, indicando que mais estudos e de melhor qualidade são necessários”, pondera.

“Do mesmo modo, além de influenciar no resultado do procedimento cirúrgico, o hábito de fumar é considerado fator de risco para a doença periodontal e pode influenciar na resposta ao tratamento. Assim, a interrupção do hábito, ou melhor ainda, sua cessação, é fundamental para o êxito do tratamento. O fumo é considerado fator de risco para o sucesso de implantes colocados em osso preexistente ou após elevação do assoalho do seio maxilar, e para a perda óssea ao redor dos implantes (*odds ratio* 2.2 a 10). Fumantes têm maior risco de desenvolverem peri-implantite do que não fumantes (*odds ratio* 3.6 a 4.6). As evidências sugerem que quanto mais cigarros o paciente aspira, maiores os efeitos deletérios do fumo”, completa Lima.

Dessa forma, é extremamente necessário realizar o exame clínico completo, uma vez que a partir dele é possível estabelecer diagnóstico preciso e executar planejamento adequado. Por isso, Lima lembra da necessidade de se estabelecer qual o tipo, a severidade e a extensão da doença periodontal. “De posse de informações detalhadas, poderemos definir o prognóstico de cada dente e dos arcos e, assim, estabelecer as melhores alternativas de tratamento. Pacientes com história de doença periodontal (HDP) tratada mostraram, na sua maioria, taxas de ‘sobrevivência’ de implantes > 90%. Apesar disso, as taxas de sucesso de implantes em pacientes com história de doença periodontal tratada são menores do que em pacientes sem histórico de doença periodontal (DP). Da mesma forma, pacientes com HDP apresentaram maior risco de desenvolverem peri-implantite do que pacientes sem histórico de DP (*odds ratio* 3.1 a 4.7)”, esclarece Lima.

Segundo Márcio Fernando de Moraes Grisi, professor associado e livre docente do Departamento de Cirurgia e TBMF e Periodontia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão



Marcelo Bassani

Preto da USP, também considera a anamnese de extrema importância para o profissional e para o paciente que deve ser submetido ao tratamento periodontal e de implantes. “As análises de sua condição sistêmica podem, muitas vezes, determinar modificações nas condutas terapêuticas e introduzir medidas e condutas para minimizar os chamados fatores de risco que influenciam diretamente o diagnóstico e o prognóstico do tratamento”, sugere.

De acordo com Wilson Trevisan Jr, professor associado da disciplina de Periodontia da Universidade Estadual de Londrina, a história clínica e médica pregressa do paciente é de vital importância para a proposta de tratamento. “Uma avaliação clínica criteriosa nessa fase é importante para evitar complicações futuras. Ademais, todo tratamento periodontal deve ter sido concluído antes de submeter o paciente à cirurgia de implantes osseointegráveis”, garante.

PROCEDIMENTOS PRÉVIOS

Além de realizar a anamnese do paciente, existem alguns cuidados que devem ser tomados durante o tratamento periodontal para a prévia colocação de implantes. “O primeiro passo” – recomenda Bassani –, “é identificar e diagnosticar a doença periodontal para podermos classificar os pacientes quanto ao risco e o desenvolvimento da DP. Todos os procedimentos básicos devem ser realizados previamente à instalação de implantes, como orientação, motivação dos procedimentos de higienização, procedimentos de raspagem e alisamento coronorradicular, polimentos e profilaxias, além de minimizar procedimentos cirúrgicos que possam gerar reabsorções e remodelações ósseas pelo processo de cicatrização”, enumera Bassani.

Grisi, da mesma forma, ressalta que primeiramente é preciso realizar um correto diagnóstico da doença periodontal que o paciente apresenta. “Quando falamos em diagnóstico, devemos lembrar que, além de um diagnóstico geral do tipo de doença: crônica ou agressiva, devemos estabelecer um diagnóstico dente a dente, baseados em critérios bem estabelecidos na literatura periodontal quanto ao grau de per-

da de inserção periodontal que o elemento dental apresenta. Em segundo lugar, todo o tratamento periodontal associado a causa deve ser realizado envolvendo uma motivação do paciente para o controle mecânico da placa bacteriana ou biofilme, por meio de meios convencionais (escovas e fio ou fita dental) e meios auxiliares, um minucioso procedimento de raspagem supra e principalmente subgingival, visando o controle e, se possível, a eliminação da infecção periodontal. Temos de levar em conta que para qualquer tratamento periodontal reconstrutivo e regenerativo, só podem ser instituídos após o completo controle e eliminação da infecção periodontal, e este fato se reveste de extrema importância, quando o paciente também vai ser submetido a terapia com implantes”, recomenda.

Romito considera obrigatório o tratamento periodontal prévio à cirurgia para a instalação de implantes. “Estudos que avaliaram a condição microbiológica de pacientes portadores de doença periodontal e que foram submetidos a cirurgia para instalação de implantes mostraram que a colonização por micro-organismos periodontopatogênicos ocorreu sobre a superfície dos implantes. Como não temos como identificar aqueles pacientes suscetíveis, aumenta o risco do paciente apresentar peri-implantite no futuro e, conseqüentemente, a perda do(s) implante(s)”, adverte.

Para Trevisan, deve-se avaliar as áreas que irão receber implantes com bastante atenção: “se não houver tecido ceratinizado, torna-se necessário criar uma faixa funcional de mucosa inserida e ceratinizada, com espessura suficiente para permitir higienização do futuro sulco peri-implantar. Nas regiões dentadas, os procedimentos periodontais deverão restabelecer um tecido periodontal saudável, que deve ser mantido sob controle constante”, assinala.

Promover a cessação de hábitos como o fumo e controlar condições sistêmicas, como a diabetes, para estabelecer-se a oportunidade cirúrgica são procedimentos essenciais do ponto de vista de Lima: “extrair os dentes condenados e utilizar todos os recursos de tratamento periodontal necessários (cirúrgicos e não cirúrgicos) para restabelecer a saúde periodontal. Apenas após a recuperação da saúde periodontal deve-se passar a execução dos procedimentos cirúrgicos de colocação de implantes e de reconstrução alveolar. Lembrem-se que os patógenos periodontais que estão associados a doença periodontal são os mesmos associados a peri-implantite. Esses patógenos presentes nas bolsas periodontais são capazes de colonizar os sulcos peri-implantares rapidamente”, afirma.

ESPAÇO BIOLÓGICO

No tratamento periodontal, um outro item que deve ser



*Márcio Fernando
de Moraes Grisi*

visto com apuro é o espaço biológico em relação a função e a estética periodontal e a colocação de implantes. “O espaço biológico em dentes é definido como uma barreira biológica formada por tecido epitelial e conjuntivo que veda o segmento tecidual do meio bucal. Em implantes, esse espaço biológico apresenta características semelhantes em tamanho e composição tecidual. Fatores tais como biocompatibilidade dos componentes transmucosos, contaminação destes componentes e número de retiradas e recolocações podem interferir na integridade e na saúde do espaço biológico como barreira. Na cirurgia para instalação de implantes em áreas estéticas, não somente o correto planejamento, como por exemplo a correta escolha do implante – plataforma – levará a um melhor resultado estético, respeitando as dimensões do espaço biológico”, pondera Romito.

Segundo Lima, a invasão dos espaços biológicos ao redor de dentes (como por cárie ou bordos cervicais de restaurações), pode levar a perda de altura da crista óssea alveolar, resultando no aprofundamento do sulcogengival ou numa retração gengival, ambas situações ruins para a saúde e para a estética. “Ao redor de implantes, porém, a posição da crista óssea peri-implantar é definida no momento do procedimento cirúrgico. Sabemos também que é a posição dessa crista óssea que irá definir a presença da papila interproximal. Assim, além dos cuidados trans e pós-cirúrgicos, fundamentais para evitar-se perdas teciduais, devemos levar em consideração alguns parâmetros definidos pela literatura”, assinala.

“Os cuidados relacionados à cirurgia incluem a esterilização adequada dos instrumentos, incisões precisas, manuseio dos retalhos, irrigação, entre outros, pois deles depende a qualidade da reparação tecidual. Não menos importante é o cuidado pós-operatório com clorexedine a 0,12%, duas vezes ao dia, por quatro semanas e o controle profissional semanal, pois sabemos que o controle do biofilme no pós-operatório é fundamental na qualidade da reparação tecidual”, orienta Lima.

Conforme ele, ainda, a literatura mostra que o resultado estético da colocação de implante unitário entre dois dentes hígidos e com periodonto normal é bastante previsível. “Isto

acontece porque as papilas gengivais interproximais serão suportadas pelas cristas ósseas presentes junto aos dentes adjacentes, isto é, se soubermos preservá-las conseguiremos bom resultado. A superfície do corpo do implante deve estar, no mínimo, a 1,5 mm de distância da superfície radicular, pois há que se preservar o espaço do ligamento periodontal e mais 1 mm de osso alveolar ao redor do implante. A distância da crista óssea ao ponto de contato interproximal não deve ser maior que 5 mm. Deve ser preservado ao menos 1 mm de espessura em osso alveolar na face vestibular ao implante. Esta deve estar 3 mm apical a JEC dos dentes adjacentes. A plataforma do implante deve ser posicionada entre 1 mm e 3 mm apical a junção cimento-esmalte dos dentes adjacentes, dependendo do tipo de implante utilizado. A inclinação do eixo axial do implante deve estar entre a incisal e o singular. No caso de implantes adjacentes, o resultado estético ainda não apresenta o mesmo nível de previsibilidade, mas devemos respeitar a distância mínima de 3 mm entre as superfícies do corpo dos implantes para que a crista óssea entre os implantes seja preservada”, explica.

De acordo com Trevisan, a necessidade estética obriga a manutenção de sulcos peri-implantares profundos para obter adequado perfil de emergência e pseudopapila. “Porém, áreas posteriores, diferente das anteriores, podem e devem ser mantidas com sulcos peri-implantares rasos, facilitando a higiene. Independente da espessura da mucosa, esta deve ser sempre resiliente e ceratinizada”, destaca.

Para Bassani, o principal ponto a ser observado é o posicionamento tridimensional durante a colocação cirúrgica dos implantes. “O correto posicionamento, de acordo com o tipo e o desenho do implante, aguardando as devidas ou possíveis reabsorções ósseas naturais nos primeiros meses após sua instalação, são determinantes quanto aos resultados estéticos esperados, bem como sua manutenção e longevidade. Existem distâncias mínimas a serem observadas para que a arquitetura gengival ao redor desses implantes possa ser obtida o mais próximo comparativamente aos dentes naturais”, argumenta.

Ele acrescenta também ser necessário ficar claro que existem situações em que grandes perdas ósseas são observadas, limitando biologicamente os resultados estéticos e algumas situações e inviabilizando a colocação dos implantes. “As distâncias entre implantes e entre dente implante, são motivos de muitos estudos para que a configuração final seja harmônica entre coroas e dentes naturais e tecidos gengivais peri-implantares”, complementa.

Grisi lembra que as análises devem ser feitas após um minucioso exame clínico e radiográfico. “Radiografias periapicais, obtidas pela técnica de paralelismo, convencionais ou digitais, radiografias panorâmicas e tomografias. Deve se fazer um *check list* estético, analisando o biótipo periodontal, a forma e

o contorno dos tecidos periodontais, a presença ou ausência das papilas interdentais, a presença de *black space*. A forma e o tamanho dos dentes remanescentes, a proximidade das raízes entre si e com os espaços anodônticos. Estes são um dos inúmeros fatores que devem ser considerados para uma análise estética, envolvendo procedimentos periodontais e de implantes, associados ou não”, complementa.

CUIDADOS NECESSÁRIOS

E nos casos de pacientes que perderam 50% de suporte ósseo pela doença periodontal, podem ser submetidos a colocação de implantes? Quais os cuidados que devem ser tomados?



Wilson Trevisan Jr

Conforme Trevisan, o remanescente ósseo é importante para instalar as fixações, necessitando altura e espessura suficientes, porém pesquisas mostram ser perfeitamente possível reabilitar com implantes mais curtos. Ao se fazer o planejamento reverso, com enceramento diagnóstico, deve-se esculpir as coroas e as raízes em tamanho real, simulando recessões onde houver perda de tecido periodontal de suporte. Desta forma, pode-se avaliar as diferentes possibilidades de reabilitação nos aspectos relacionados à estética vermelha e à branca. É possível, assim, optar por diferentes tipos de prótese, evidenciando a realidade do tratamento com implantes e suas limitações, podendo lançar mão de artifícios como gengiva artificial (epítese) ou enxertos ósseos e/ou de tecido mole”, informa.

Para Grisi, este é um tema bastante discutido na literatura internacional: quando se deve indicar a extração de um dente e substituí-lo por um implante. “O grau de perda de suporte ósseo é somente um dos fatores. Precisamos avaliar todos os indicadores clínicos de doença, como presença ou ausência de sangramento a sondagem e exsudato, o grau de profundidade clínica de sondagem e de mobilidade, a presença e o grau de lesões de furca e o tipo de perda óssea que o paciente apresenta, se é do tipo horizontal, angular ou circunferencial. Além disto, devemos avaliar a importância estratégica do elemento dental, e a real possibilidade de

Luiz Antonio Alves de Lima



regeneração do elemento dental, isto inclui a análise do custo-benefício do procedimento regenerativo ou da colocação de implantes. Devemos nos lembrar que dentes com pouco suporte periodontal podem ser mantidos em condições de saúde e em função, desde que sejam adequadamente tratados e, principalmente, quando o paciente for submetido a um excelente programa de terapia periodontal de suporte. Outro fator que não pode ser esquecido é a opinião do paciente, a sua vontade e as suas necessidades. O bom senso tem de prevalecer e as decisões devem estar baseadas em fortes evidências científicas. Quando a extração for indicada, a análise da necessidade de procedimentos de regeneração óssea guiada precisa ser analisada, visando a manutenção adequada do osso alveolar, muitas vezes prevenindo uma seqüela maior e a necessidade de procedimentos mais complexos, para instalações de implantes”, pondera.

Romito não vê nenhuma contraindicação no planejamento cirúrgico para pacientes que foram portadores de doença periodontal e perderam mais de 50% de suporte ósseo. “Coloco o verbo no passado, foram portadores de doença periodontal. Como colocado anteriormente, não vejo a possibilidade de se instalar implantes em pacientes portadores de doença periodontal ‘ativa’. A perda óssea faz parte do processo da doença, o que vai determinar se há possibilidade de se instalar o implante é a quantidade e a qualidade de rebordo ósseo remanescente e o correto planejamento da complementação protética. Além de um correto exame clínico, é fundamental a realização de um bom exame de imagem para se verificar a condição dos tecidos duros. Caso este seja insuficiente, existem várias técnicas de enxertia óssea que tem como objetivo criar condições favoráveis para a instalação de implantes”, assegura.

De acordo com Lima, pacientes podem e devem se beneficiar da reabilitação com implantes. “Os recursos disponíveis para esses casos incluem, dependendo da disponibilidade óssea, próteses fixas implantossuportadas (tipo protocolo), sobredentaduras implantossuportadas, uso de técnicas de reconstrução alveolar prévias ou associadas a colocação de implantes, uso de implantes curtos com super-

fície tratada”, indica. “Os implantes não devem ser colocados na presença de doença periodontal. As extrações devem ser feitas previamente, junto a colocação de prótese imediata. Alternativamente, deve-se realizar o tratamento periodontal básico prévio à extração e colocação imediata de implantes, de modo a reduzir a contagem bacteriana total e dos patógenos periodontais presentes”, acrescenta.

Bassani também acredita ser possível a colocação de implantes nessa situação, desde que haja uma avaliação quantitativa do tecido ósseo, além do ápice dos dentes que tiveram essa perda óssea em relação as estruturas anatômicas adjacentes a esses dentes como fossa nasal, seio maxilar, nervo alveolar inferior, *forâmen* mentoniano. “Devemos também levar em conta um aspecto muito importante quanto ao tipo de periodonto que tem sua classificação baseada nas espessuras ósseas e gengivais. Quanto maior e espessura entre as corticais vestibulares e lingual, assim como quanto maior a espessura de tecido conjuntivo gengival, menor será a reabsorção e a remodelação nos processos de cicatrização dos alvéolos. Os pacientes com periodonto do tipo I e II (Wilson & Maynard, 1979) apresentam pouca remodelação no processo alveolar após extrações ou frente a progressão da DP”, destaca.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Para o não aparecimento das doenças periodontais e peri-implantares durante e após o tratamento periodontal e a colocação de implantes, existem algumas medidas de prevenção que devem ser seguidas.

Segundo Lima, o controle profissional periódico (controle e manutenção) e o diagnóstico precoce são fundamentais. “O paciente deve ser inserido num programa de controle e manutenção periódicos, devendo retornar ao consultório num intervalo entre dois e quatro meses, dependendo da sua situação periodontal. Evidente que o controle doméstico do biofilme é parte imprescindível da prevenção, tanto da doença periodontal quanto da peri-implantite”, afirma.

Para o diagnóstico das peri-implantites, Lima aponta dois requisitos fundamentais:

1. Sulcos ≤ 4 mm, sangramento a sondagem (+), presença de cálculo e biofilme, sem perda óssea marginal. Realizar reorientação de higiene bucal, raspagem nos implantes usando instrumentos plásticos com reforço em fibra de carbono e polimento.
2. Sulcos ≥ 5 mm, sangramento a sondagem (+), supuração (+), presença de cálculo e biofilme, perda óssea (+++). “Nesta situação o paciente já tem peri-implantite e necessita tratamento especializado”, pondera.

De acordo com Trevisan, o paciente portador ou não de implantes deve receber tratamento periodontal, avalia-

ção clínica/radiográfica e manutenção periódica, realizada de forma efetiva pelos meios e métodos convencionais. “A doença peri-implantar pode ser prevenida com a instalação das fixações em áreas de tecido mucoso ceratinizado com sulcos peri-implantares rasos, permitindo a utilização efetiva de escovas. Áreas estéticas que necessitem de maior espessura de mucosa e de sulco peri-implantar mais profundo merecem atenção redobrada para a higiene. A distância entre os implantes, o desenho das próteses, a textura do material, o perfil de emergência, o acesso para a higiene e outros nichos de retenção também devem ser considerados”, observa.

As medidas mais eficazes para a prevenção da doença periodontal, conforme Romito, são: “bom controle mecânico (escova e fio dental), compatível com saúde, do biofilme por parte dos pacientes; terapia periodontal/implantar de suporte profissional em intervalos regulares, estes determinados pelo profissional baseado na história periodontal e perfil do paciente; e uso de meios coadjuvantes, quando necessário, à manutenção da saúde dos tecidos periodontais – enxaguatórios bucais e antibióticos locais e/ou sistêmicos.”

Já Bassani ressalta a importância das manutenções periódicas de acordo com o risco de cada paciente frente à DP. “Quanto maior o risco à DP, menor deve ser o intervalo das manutenções do tratamento das DPs e dos implantes. Observação deve ser feita, pois, a qualidade e a quantidade da placa bacteriana diferem em sítios de implantes e dentes naturais e sítios doentes. Ênfase deve ser dada quanto à limpeza mecânica interdental, quando a anatomia interproximal foi alterada frente a DP”, avalia.

Segundo Grisi, as medidas preventivas devem ser a espinha dorsal de qualquer tratamento odontológico. “A conscientização do paciente da necessidade de mudanças comportamentais para a manutenção de sua saúde devem ser uma constante em todas as etapas de um tratamento periodontal e de implantes. Medidas de controle mecânico e químico do biofilme ou placa bacteriana tem de ser enfatizadas, tanto nos casos de pacientes que foram submetidos a tratamento periodontal quanto de implantes. O mais importante é a conscientização do paciente e também dos profissionais da necessidade de estabelecimento de um programa de manutenção periodontal ou terapia periodontal de suporte. Evidências científicas fortes na literatura periodontal demonstraram claramente os efeitos benéficos, a longo prazo, desses programas com relação a manutenção da saúde oral dos pacientes. Estes resultados e estes programas podem e devem ser extrapolados para os pacientes submetidos a implantes que, sem dúvida nenhuma, são medidas preventivas essenciais para controle das doenças periodontais e peri-implantares”, explica.



Giuseppe Alexandre Romito

BOM SENSO E PROFISSIONALISMO

Quando se trata da saúde bucal e da qualidade de vida das pessoas, é fundamental que tanto periodontistas quanto implantodontistas atuem com profissionalismo visando o bem-estar de seus pacientes. As duas especialidades, Periodontia e Implantodontia podem e devem caminhar juntas.

“Infelizmente, muitos profissionais têm causado mutilações em pacientes portadores de doença periodontal somente por ‘acreditarem’ que o implante osteointegrado é melhor do que um dente que perdeu inserção clínica. Isto é balela!”, indigna-se Romito. “Não devemos esquecer que a Periodontia está baseada em mais de 40 anos de pesquisa científica e a Implantodontia ainda está no início. O profissional atento não deve perder a oportunidade de avaliar o seu paciente do ponto de vista periodontal e entender biologicamente o que ocorreu não somente na cavidade bucal, como também sistemicamente. Com tais informações ele pode, com certeza, traçar um melhor perfil do indivíduo. A utilização de implantes deve ser mais uma ferramenta à disposição dos cirurgiões-dentistas para recuperar a função e a estética, mas não deve ser utilizada como alternativa à permanência de dentes passíveis de recuperação. Não podemos esquecer que muitas vezes a utilização de implantes é mais ‘fácil’ para o profissional, mas não necessariamente um benefício para os pacientes”, adverte.

Da mesma forma, Lima lembra ainda que as doenças periodontais podem ser tratadas e seu tratamento permite a manutenção de mais de 90% dos dentes, mesmo com envoltimentos de furca por mais de 10 anos, taxa de sucesso semelhante a dos implantes. “As próteses fixas dentossuportadas e as implantossuportadas apresentam taxas de sucesso muito próximas após 10 anos, 89% e 86% respectivamente, sendo que as complicações técnicas são mais frequentes nas últimas. Deve-se evitar decisões simplistas pela extração exagerada e, por vezes, generalizada de dentes com envolvimento periodontal em favor da colocação de implantes. A reabilitação com implantes é um recurso extraordinário e devolve ao nosso paciente qualidade de vida, mas deve ser usada com base científica”, conclui. ■