



Cuidados periodontais mediatos e de longo prazo após reabilitações protéticas sobreimplantes

NA EDIÇÃO ANTERIOR, ESTA COLUNA FALOU SOBRE O MANUSEIO DOS TECIDOS MOLES NO PÓS-CIRÚRGICO. NESTA EDIÇÃO, ABORDAREMOS OS CUIDADOS PERIODONTAIS NECESSÁRIOS APÓS A COLOCAÇÃO DE PRÓTESES IMPLANTOSSUPOORTADAS.

Periodontia e Implantodontia devem caminhar sempre juntas, antes, durante e após os tratamentos de reabilitação oral. Assim, depois da colocação de próteses sobreimplantes é essencial que cirurgião-dentista e paciente atentem para os cuidados mediatos e em longo prazo para o total sucesso do tratamento, visando uma qualidade de vida melhor e mais saudável.

Logo após a reabilitação, “o paciente deve ser alertado para a absoluta necessidade de um programa de manutenção da saúde”, afirma Cassiano Kuchenbecker Rösing, doutor em Periodontia – Unesp/Araraquara e professor associado de Periodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. “O fato de ter colocado implantes não significa que ele esteja desobrigado de continuar fazendo visitas de manutenção periódica preventiva. Aliado a essa recomendação, o paciente também deve ser orientado a controlar biofilme nas áreas com dentes e na área com prótese (que sempre deve ter espaços para permitir o controle do biofilme interproximal – preferentemente para escovas interdentais)”, acrescenta.

Conforme Rösing, ainda, também devem ser ressaltados outros fatores de risco para o insucesso dos implantes, principalmente o fumo. “O portador de implantes deve ser orientado ao autodiagnóstico tanto de inflamação peri-implantar quanto de outras condições que julgue não compatíveis com sua reabilitação para, de pronto, procurar ajuda com o profissional da Odontologia”, complementa.

Para Marco Aurélio Bianchini, professor adjunto III das disciplinas de Periodontia e Implantodontia do Departamento

de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, as recomendações básicas após a colocação de uma prótese sobreimplantes são relativas à higiene. “Sabe-se que higiene oral é um fator de risco preponderante para o aparecimento da peri-implantite. Assim, a fisioterapia oral, através do uso de colutórios bucais e técnicas de higiene oral, deve ser recomendada aos pacientes portadores de próteses sobreimplantes. Aqueles com parafunção também devem receber uma atenção especial por meio da confecção de placas de proteção”, indica.

Ronaldo Barcellos de Santana, doutor e pós-doutorado em Periodontia – Boston University e professor adjunto de Periodontia da Universidade Federal Fluminense/RJ, lembra que os pacientes devem ser informados das causas que os levaram às perdas dentárias e sua substituição pelos implantes, assim como devem ser alertados que suas novas próteses implantossuportadas não são imunes aos fatores de risco que possam ter contribuído para a perda dos elementos dentários. “Deste modo, devem ser conscientizados da necessidade da participação em um programa de manutenção profissional regular, visando a manutenção, a longo prazo, da saúde bucal, da eficácia e do conforto da mastigação e da estética”, destaca.

Já Paulo Eduardo Pittas do Canto, especialista em Prótese Dentária, professor de Prótese Dentária da UniABORS e ITI Speaker – Seção Brasil, ressalta que primeiramente devemos lembrar ao paciente que implante não é dente. “Os dentes naturais podem desenvolver cáries o que não irá

ocorrer com os implantes, mas em contrapartida os dentes tem tecido pulpar que reage frente a estímulos agressivos (dor e sensibilidade) e funciona como indicador precoce para a presença de infecções. Além disso, possuem ligamento periodontal que permite mobilidade clínica importante tanto para a estimulação elástica do osso alveolar como para o amortecimento das forças dispendidas pelos dentes durante a mastigação”, esclarece.

Conforme Pittas do Canto, os implantes são considerados fixações rígidas, sem mobilidade clínica, e sem os propriorreceptores presentes nos dentes. “Entretanto, os pacientes reabilitados por implantes referem uma sensação tátil quando os implantes são estimulados mecanicamente, denominada osteopercepção. Esse fenômeno é diferente dos sinais transmitidos pelo periodonto, mas parece compensar parcialmente a ausência da propriocepção. Devido a este fato é muito importante o paciente ingerir alimentos de fácil mastigação e gradualmente ir adicionando à sua dieta alimentos mais consistentes e de difícil mastigação”, avalia.

“É necessário relembrar ao paciente – continua Pittas do Canto – a etiologia do edentulismo e os cuidados futuros de acordo com o potencial de risco para a saúde dos implantes. Pacientes que perderam os dentes por cárie tem um prognóstico melhor dos que perderam por doença periodontal, por exemplo. Os pacientes que possuem dentes ausentes por agenesia ou por acidente traumático tem o risco inferior aos que perderam por fraturas ocasionadas por bruxismo. Após, devemos minuciosamente instruir o paciente da maneira correta para uma perfeita higienização e certificarmos que o acesso ao implante, independente do tipo de prótese que possa ocorrer para a limpeza ser satisfatória e, por fim, salientar a importância das revisões para a manutenção preventiva de futuros problemas”, completa.

OCLUSÃO

Com relação a oclusão nas próteses sobreimplantes a longo prazo, Bianchini lembra que o sistema estomatognático é extremamente dinâmico e sofre adaptações constantes. “Com o uso contínuo, as próteses sofrem desgastes, alterando o padrão que foi previamente estabelecido. Assim sendo, a checagem oclusal deve ser feita periodicamente para identificar parafunções e prematuridades que interfiram no balanceamento das cargas oclusais”, garante.

Segundo Pittas do Canto, diferentemente dos dentes naturais, os implantes dentários foram concebidos biomecanicamente para receberem uma prótese dentária. “Entretanto, é fundamental para o sucesso do tratamento reabilitador que o equilíbrio entre as estruturas que compõem o sistema estomatognático seja atingido independentemente se for uma prótese unitária, parcial, protocolo fixo ou overdenture. De-



Cassiano Kuchenbecker Rösing

vido à ausência do ligamento periodontal, os implantes não sofrem resiliência quando o indivíduo oclue. Por esta razão, devem ser ajustados para evitar sobrecargas nos dentes antagonistas e no próprio implante. A sobrecarga oclusal é considerada por alguns autores como uma das principais causas para a perda de osso peri-implantar. As regras de equilíbrio oclusal para pacientes submetidos a tratamento com implantes são semelhantes para pacientes portadores de dentes naturais. Devemos restabelecer o princípio de oclusão mutuamente protegida, restauração com contornos adequados, redução da mesa oclusal. Contatos bilaterais em equilíbrio quando em oclusão cêntrica, guia canina, guia anterior com pequena desocclusão posterior e consequentemente cúspides mais baixas”, assinala.

Ainda de acordo com Pittas do Canto, quando os pacientes são reabilitados com próteses unitárias ou parciais pequenas, deve-se utilizar o padrão oclusal existente, tendo o cuidado para ajustar em RC para evitar introduzir novas interferências. “Em reabilitações mais extensas, em casos nos quais não há equilíbrio natural, devemos reabilitar o paciente em RC e permitir as liberdades em cêntrica sem interferências. A perda da propriocepção periodontal e a substituição por implantes modificam o comportamento do sistema estomatognático. Por esta razão, a estabilidade mecânica da oclusão por meio de ajustes oclusais buscando o equilíbrio deve ser um dos parâmetros a serem alcançados. Indicamos para os pacientes de reabilitações maiores que envolvem dentes e implantes e, principalmente, em protocolos fixos de porcelana a confecção de placas microrrelaxantes”, recomenda.

De acordo com Barcellos, as principais causas de perdas de implantes e respectivas complicações protéticas são derivadas da perda da osseointegração devido a infecção (peri-implantite) ou sobrecarga oclusal. “Estudos mecânicos utilizando métodos de elementos finitos bi e tridimensionais têm demonstrado a influência de diferentes modelos de magnitude e direção de forças oclusais sobre as tensões mecânicas geradas na prótese, no implante e no tecido ósseo. Estes estudos colaboraram para a compreensão da ação das forças mecâ-

Paulo Eduardo Pittas do Canto



nicas fisiológicas e/ou traumáticas sobre os constituintes das restaurações implantossuportadas e documentaram o desempenho de diferentes modelos oclusais, desenhos de implantes e componentes protéticos, posicionamento e distribuição dos implantes, além dos diferentes materiais utilizados na prótese. Estudos em animais observaram que o carregamento mecânico de implantes com forças traumáticas não fisiológicas pode resultar na perda total, parcial ou total da osseointegração. Clinicamente, em humanos, diferentes esquemas oclusais foram propostos, entretanto não foi documentada superioridade de qualquer destes esquemas oclusais. É importante frisar que não há, até o presente momento, evidências conclusivas derivadas de estudos clínicos controlados randomizados sobre a influência de fatores ou modelos oclusais na longevidade das próteses sobreimplantes”, assegura.

Para Rösing, diferentemente dos dentes, para os implantes a oclusão representa um problema mais significativo. “Nos dentes, o trauma oclusal não tem capacidade de causar ou aumentar a progressão da perda de inserção com significado clínico, o que tem sido demonstrado por diferentes estudos. Entretanto, pela ausência de ligamento periodontal, os implantes têm na oclusão uma causa de perda óssea peri-implantar, incluindo provável perda dos implantes. Nesse sentido, é importante que o profissional tenha cuidados no ajuste da oclusão da prótese sobreimplantes para garantir a ausência de interferências. Isso deve ser feito em sucessivas visitas de acompanhamento. Por outro lado, alguns profissionais, receosos dessa problemática, deixam a prótese sobreimplantes com leve infraocclusão. Isso é totalmente inadequado, pois se um implante foi colocado, é para permitir função, e dente em infraocclusão tem função limitada. É necessário fazer um ajuste para que a prótese sobreimplante tenha posicionamento compatível com a mordida do indivíduo”, orienta.

TEMPO DE RECHAMADA

Outro ponto a ser levado em conta é o tempo de chamada para avaliar os tecidos peri-implantares e a prótese. Mas, quando isso deve ser feito?

Pittas do Canto fala que o tempo de chamada varia

entre três e 12 meses. “A decisão é tomada de acordo com cada paciente, baseada no padrão de higiene, na classificação de risco etiológico, fatores sistêmicos, fumo, história de doença periodontal, tipo e extensão da prótese, e a presença de bruxismo”, enumera.

Da mesma forma, Rösing destaca que em manutenção periódica preventiva, não existe fórmula e tempo de chamada específico para todo indivíduo. “É importante que cada paciente seja avaliado por seu dentista em termos de presença de fatores de risco. Assim, frente aos diferentes componentes do processo etiopatogênico de desequilíbrio de saúde, o dentista deve diminuir ou aumentar os intervalos. Dentre esses, os mais comuns e relevantes são: fumo, diabetes, controle de placa, experiência anterior de doença, grau de reabilitação. Em saúde, frequentemente o maior fator de risco a uma doença é tê-la apresentado anteriormente. Isso não é diferente na Periodontia. A experiência anterior de doença periodontal é um dos fatores mais importantes para a recidiva desta ou o aparecimento das peri-implantites. Assim, o profissional precisa, por meio de uma análise sistemática das condições do indivíduo, estabelecer os prazos de manutenção. Não existe tempo padrão. A primeira análise após a colocação de uma prótese deve ser feita nos primeiros 30 dias, mas isso não se constitui manutenção, mas sim um acompanhamento da relação do paciente com esse novo elemento incluído em sua boca. Obviamente, isso também dá ao dentista noções de comportamento do mesmo com a presença da prótese”, especifica.

Por outro lado, Barcellos lembra que o tempo de chamada sugerido para a maioria dos pacientes é trimestral no primeiro ano, e anual a partir do segundo ano. “Entretanto, a chamada deve ser individualizada e prazos mais curtos podem ser estabelecidos para pacientes de risco para a ocorrência de complicações biológicas e mecânicas”, adverte.

Bianchini também acredita que tudo dependerá dos fatores de risco que cada paciente possui. “Pacientes com hábitos parafuncionais devem ser monitorados a cada três meses, assim como pacientes, fumantes, diabéticos e com doença periodontal progressa. Já pacientes fora destes grupos de risco podem ser monitorados anualmente. É importante que as chamadas sejam individualizadas, não se pode restabelecer um padrão idêntico para todos os pacientes”, aconselha.

Já Ricardo Guimarães Fischer, doutor em Periodontia pela Universidade de Lund, Suécia, e professor titular de Periodontia da Uerj, sustenta que os pacientes deveriam ser reavaliados anualmente para exame dos tecidos peri-implantares, além da realização de radiografias para verificar perda óssea. “O tratamento das peri-implantites é difícil, sem protocolos bem definidos. Sendo assim, a prevenção de seu aparecimento é fundamental para o sucesso do implante a longo prazo”, justifica.

PARÂMETROS CLÍNICOS

Nas consultas de re chamadas existem alguns parâmetros clínicos que deverão ser avaliados. Pittas do Canto acentua que do ponto de vista periodontal deverão ser avaliados “a presença de placa visível, sangramento a sondagem (quando negativa confirma saúde), profundidade de sondagem em todas as superfícies, supuração (quando positivo, indica presença de disfunção tecidual e necessidade de tratamento). Do ponto de vista protético, reavaliação dos contatos oclusais, contatos proximais, ausência de mobilidade e sensibilidade peri-implantar. Soltura, afrouxamento de parafusos oclusais, desgaste oclusal, fraturas de dentes acrílicos em protocolos sobreimplantes, verificação dos componentes protéticos das fixações de próteses totais móveis e, por fim, verificar o uso e se necessário algum ajuste nos pacientes que utilizam placas microrrelaxantes”, declara.

Fischer ressalta que o exame clínico será semelhante a um exame periodontal realizado em consultas de manutenção. “E deverão incluir avaliação da higiene oral, sangramento da mucosa peri-implantar, mobilidade, medição de profundidade de sondagem e sangramento a sondagem”, confirma.

Da mesma forma, Bianchini destaca a quantidade de placa bacteriana presente, sangramento a sondagem peri-implantar, desgaste das estruturas oclusais, afrouxamento de componentes protéticos e satisfação do paciente quanto aos resultados do trabalho realizado. “Sem falar nos exames radiográficos, que são de extrema importância na observação de perdas ósseas peri-implantares”, frisa.

Para Rösing, em primeiro lugar, deve ser feita uma entrevista aprofundada com o paciente, buscando informações de satisfação com a prótese, queixas etc. “Após, a verificação da situação sistêmica é recomendada. Seguindo-se, uma revisão dos comportamentos como hábito de fumar, controle de placa etc. compõem a primeira parte da consulta de manutenção”, explica.

Em um segundo momento, Rösing lembra a análise da presença e distribuição da placa na boca e seu reflexo em termos de sangramento marginal como medida a serem realizadas. “Em seguida, a observação de profundidade de sondagem nos dentes e implantes, assim como a presença de inflamação no fundo da bolsa (sangramento e/ou supuração). A análise de lesões de furca também é fundamental. Esses parâmetros supracitados conferem uma análise do grau de inflamação. Entretanto, em termos de significado clínico ao longo do tempo, somente medidas sequenciais e perda de inserção e perda óssea têm significado. Elas que determinam a estabilidade ou a continuidade de doença periodontal/peri-implantar”, alega.

Barcellos ratifica que as consultas de controle visam garantir a estabilidade da saúde peri-implantar, o conforto e



Ronaldo Barcellos de Santana

a eficácia da mastigação e a estética do paciente, devendo, para este fim, serem avaliados os tecidos moles e duros peri-implantares, os implantes e a prótese. “Com relação à saúde dos tecidos peri-implantares são documentadas a qualidade da higiene oral, a presença ou ausência de sangramento a sondagem, a estabilidade da margem da mucosa peri-implantar (ausência de recessões gengivais) e profundidade de sondagem da mucosa peri-implantar. Radiograficamente, observa-se o nível do contato osso/implante mais coronário e ausência de radiolucidez peri-implantar. Avalia-se a imobilidade clínica do implante. Recentemente, o coeficiente de estabilidade do implante medido por frequência de ressonância tem demonstrado resultados encorajadores na avaliação longitudinal não-invasiva de implantes osseointegráveis. Com relação a restauração, avalia-se a estabilidade oclusal estática e dinâmica, a presença de trincas ou fraturas do material restaurador, a integridade da infraestrutura protética, a estabilidade dos pilares e parafusos protéticos, assim como a eficácia da higiene doméstica da superfície gengival da prótese”, explana.

DURABILIDADE E ESTABILIDADE

Com relação à durabilidade e à estabilidade das próteses, Rösing relata que estas dependem de uma conjunção de fatores, mas essencialmente a união de um profissional qualificado (que coloca prótese em paciente já tratado das doenças) e um paciente cuidadoso em termos de saúde (que inclui componentes gerais e locais) são os maiores responsáveis pelo sucesso das próteses ao longo do tempo. “O dentista, muitas vezes, por sua formação procedimentalista, coloca muitos dos atributos de sucesso e insucesso a parte de material, mas esse é um engano e uma tentativa de fugir de sua responsabilidade. Bom dentista coloca prótese em paciente tratado, consegue estimular o paciente para autocuidados e para comparecer às visitas de manutenção da saúde”, considera.

Segundo Bianchini, os trabalhos protéticos são dependentes de uma série de fatores. “O sucesso de uma reabilitação oral é uma equação que envolve uma série de variáveis (materiais, habilidade do operador, planejamento multidisciplinar, equipe, estrutura etc.). Entretanto, a variável mais impor-

tante é o paciente. Como falei anteriormente, os indivíduos são diferentes entre si e reagem diferentemente aos mais diversos estímulos. Assim, a padronização exagerada acaba por tratar os pacientes de uma mesma maneira, o que acarreta insucessos mais frequentes”, atesta.

Para Fischer, com relação aos profissionais, seria importante avaliar a real necessidade de colocação de implantes. “Hoje em dia se extrai muitos dentes desnecessariamente. Dentes não são menos confiáveis que implantes para confecção de próteses. Seria importante discutir com o paciente alternativas tradicionais de prótese. O paciente deve saber que existem outras alternativas além do implante. O profissional também deverá mostrar ao paciente a importância da manutenção para o sucesso do implante a longo prazo. Com relação aos materiais seria interessante que os implantes colocados tivessem suporte científico, ou seja, publicações com avaliações longitudinais demonstrando sucesso. Com relação aos pacientes, alguns fatores de risco deverão ser considerados na indicação para colocação dos implantes, principalmente história prévia de doença periodontal e fumo”, frisa.

Barcellos informa que a durabilidade das próteses implantossuportadas depende da capacidade de se manter a estabilidade oclusal dentro dos limites de tolerância clínica, mecânica e biológica, assim como na prevenção e no controle da ocorrência de infecção peri-implantar. “Neste sentido, a identificação e controle de fatores de risco para o sucesso



Marco Aurélio Bianchini

longitudinal dos implantes devem ser empregados para todos os pacientes. Consideração importante deve ser dada ao reconhecimento dos fatores de risco sistêmicos (tais como doenças e/ou medicamentos com influência no metabolismo ósseo, gengival e imunossupressoras), locais (quantidade e qualidade dos tecidos duros e moles, ausência de infecção local) e comportamentais (ausência de hábitos deletérios, tabagismo, parafunção oclusal). A equipe multidisciplinar envolvida em reabilitações orais implantossuportadas deve zelar pela erradicação e controle da infecção nos sítios implantares e adjacentes e pelo estabelecimento e manutenção de um ambiente oral saudável. A passividade de assentamento e justeza de adaptação da prótese, além do controle da estabilidade



Ricardo Guimarães Fischer

oclusal são importantes elementos a serem obtidos. Um programa de controle e manutenção periódica, cuidadosamente planejados e executados, é essencial para o sucesso longitudinal das restaurações implantossuportadas”, relata.

Conforme Pittas do Canto, é fundamental que o profissional faça o diagnóstico, o planejamento e a execução do trabalho a ser realizado. “O conhecimento dos materiais, o tipo de implante, superfície do implante, tipo de conexão que irá ser utilizada, tipo de fixação (aparafusada ou cimentada) e a escolha de um laboratório experiente e de qualidade para a confecção das próteses são imperiosos para a execução com excelência e, conseqüentemente, influenciam a durabilidade clínica. Da mesma forma, ajuste oclusal, placas microrrelaxantes, quando indicadas, e revisões sistemáticas melhoram os prognósticos de sucesso a longo prazo. Em relação principalmente aos implantes, cabe salientar que é importante o profissional selecionar um sistema que permite ter conexões protéticas de qualidade, pois é comum o afrouxamento e “espanar” a cabeça do parafuso onde a chave deve dar o torque de aperto. Apesar de serem hoje geralmente a primeira escolha para a solução dos espaços edêntulos na cavidade oral, os implantes podem ter complicações. É muito importante que o paciente tenha consciência deste fato. Algumas complicações são de tratamento mais difíceis que em dentes naturais, como por exemplo a peri-implantite. Desta forma, os cuidados com a higiene oral e o engajamento do paciente no programa de revisões e a manutenção do equilíbrio adquirido devem ser prioridades para que novos problemas sejam prevenidos ou evitados no futuro”, insiste.

Finalizando, Rösing relata que próteses, sejam elas sobredentes ou sobreimplantes, são uma excelente solução para quando a Odontologia falhou ou, em raríssimas exceções, quando houve trauma ou outros problemas como agenesias. “Dentista competente normalmente não precisa que pacientes sob seu acompanhamento necessitem de novas próteses. Entretanto, quando essa necessidade existir, é importante executá-la de forma cuidadosa, detalhada, especialmente lembrando que esta deve ter durabilidade e quem é o maior responsável por isso é a ausência de doença, portanto, a manutenção é absolutamente crucial”, conclui.