

INSTALAÇÃO DE IMPLANTES EM PACIENTES COM HISTÓRICO DE DOENÇA PERIODONTAL

Robinson Silveira da Mata

Cirurgião dentista, Especialista em Implantodontia pela ABO-MG Regional de Alfenas, MG e Mestrando em Implantodontia pela Universidade de Santo Amaro-UNISA-SP

RESUMO

Já está consagrada. na rotina da clínica de reabilitação oral, a inclusão dos implantes osseointegrados . A procura por este tipo de tratamento vem se popularizando e com isso os problemas com a manutenção dos mesmos devem ser bem estudados e tratados por parte dos profissionais desta área.

É inevitável que muitos destes pacientes, candidatos ao tratamento com implantes, não tenham sido vítimas de algum tipo de doença periodontal.

Dentro do planejamento reabilitador, em algumas situações, podem ocorrer falhas logo após a instalação dos implantes ou posteriormente, quando o implante já está em função. Estas falhas estão muitas vezes relacionadas à contaminação bacteriana tanto no ato operatório, como na posterior colonização destes patógenos na região periimplantar, causando falhas tardias da osseointegração com conseqüente perda do implante.

Este estudo traz uma revisão de literatura relacionando doença periodontal com periimplantite .

INTRODUÇÃO

O uso de implantes osseointegrados com a finalidade de reabilitar pacientes edêntulos foi confirmado por inúmeros trabalhos científicos, comprovando a eficácia dos implantes nos procedimentos de reabilitação oral.⁶

O insucesso dos implantes é cada vez menor e quando ocorre está normalmente relacionado à infecção bacteriana,^{14 15 16}.

Lesões inflamatórias que ocorrem nos tecidos periimplantares geralmente são infecções oportunistas, que podem progredir intensamente e levar a perda do implante.^{17 18}

Portanto, a preservação em longo prazo dos implantes e das próteses depende exclusivamente do diagnóstico preciso e precoce das alterações dos tecidos moles e ósseos, e à prevenção do possível progresso destas alterações, procedendo-se ao controle e à manutenção do trabalho executado. Entende-se como manutenção, os procedimentos necessários à resolução dos problemas percebidos durante os exames efetuados no controle, para a conservação do estado de saúde desejado.¹⁹

Os parâmetros adotados nos exames periodontais, devem também ser aplicados nos exames periimplantares, tais como, sondagem de sulco, altura marginal, sangramento à sondagem, exudato, mobilidade, presença de biofilme, e inflamação gengival, e embora sejam muito importantes, seu significado clínico para prever a longevidade do implantes é muito questionada.¹⁹

I – REVISÃO DE LITERATURA

A terapia com implantes osseointegrados visa a substituição de dentes que não puderam ser mantidos na cavidade oral através do tratamento periodontal ou que foram perdidos por fracassos

protéticos, endodônticos, fraturas, doença cárie, traumatismos, agenesias e iatrogenias¹

Se considerar-se o aumento da utilização dos implantes dentais, um aumento em relação à prevalência e a incidência das doenças periimplantares também pode ser esperado²⁴.

Apesar de não contra indicados os tratamentos com implantes para indivíduos com histórico de periodontites, os mesmos devem ser alertados quanto ao maior risco de perdas, pois ainda existem maiores proporções em insucessos, assim como nos fumantes²³.

Foi observado que existe uma correlação positiva entre a condição periodontal e a condição dos tecidos ao redor de implantes após um ano de acompanhamento²⁰, evidência esta que confirma os entendimentos de outros estudos clínicos que observaram uma maior frequência de *Actinobacillus Actinimycetemcommitans* e *Porphyromanas Gingivalis* em indivíduos parcialmente edêntulos, reabilitados com implantes, quando comparados a pacientes edêntulos totais. Outros estudos relatam que aumento da profundidade de sondagem e da detecção de patógenos em sítios com três a quatro anos em função, quando comparados a sítios com um a dois anos demonstra a possibilidade de transmissão de patógenos dos sítios periodontais, que atuariam como reservatórios para a colonização bacteriana.²¹

Portanto, conclui-se que a microflora associada à periimplantite é similar àquela que está associada à doença periodontal.^{12 13}

A mucosa periimplantar também é semelhante à periodontal e apresenta-se constituída de epitélio bucal queratinizado, epitélio sulcular, epitélio juncional e uma zona de tecido conjuntivo formada por fibras colágenas periimplantares ancoradas na crista óssea marginal e dispostas paralelas à superfície do implante. Mesmo sendo semelhantes, algumas diferenças na composição tecidual, na organização e na inserção entre as mucosas periodontal e periimplantar tornam as condições de sondagem e resistência a

infecções diferentes. A aferição da profundidade de sondagem demonstra que a resistência à sondagem da gengiva é superior ao da mucosa periimplantar. Do mesmo modo, a resistência à infecção é maior no tecido gengival.^{7 8 9 10}

Dentre as causas do avanço da doença periodontal e periimplantar, o fumo aparece como colaborador para formação de bolsas, inflamações, sangramentos e falhas dos implantes, segundo um estudo de quatorze anos realizado em pacientes com história progressiva de periodontites¹¹.

Em outro estudo, com pacientes desdentados parciais previamente tratados que apresentavam periodontite generalizada crônica e periodontite generalizada agressiva, o índice de sucesso no tratamento com implantes osseointegrados, tanto na maxila, como na mandíbula foi analisado. Concluiu-se que o tratamento com implantes é um tratamento de sucesso na reabilitação oral de pacientes com perda parcial da dentição tratados para ambos os tipos de periodontite.² Assim, como em outro estudo clínico prospectivo de três anos, analisando-se quarenta e três pacientes que perderam seus dentes devido a doença periodontal e foram reabilitados com próteses fixas sobre implantes, concluiu-se que esse tipo de tratamento é aceitável e previsível e válido na reabilitação, tanto nas perdas totais, como parciais³, embora se ressalte, que o grau de agressividade da doença periodontal, pode influenciar nas taxas de sucesso. Pacientes com diagnóstico prévio de periodontite agressiva podem apresentar taxas de sucesso 10% inferiores às aquelas apresentadas por pacientes com diagnóstico de periodontite crônica.²²

Segundo o autor, a presença de bactérias periodontopatogênicas é um fator de risco para peri-implantite, e em seu estudo examinou a transmissão dessas bactérias dos alvéolos periodontais para o tecido peri-implantar, chegando à conclusão de

que a eliminação desses patógenos da cavidade oral do paciente antes da instalação dos implantes, pode inibir a colonização por parte destes, reduzindo o risco de periimplantite.⁴

A detecção de DNA da espécie bacteriana estudada, em áreas aparentemente saudáveis em sítios periimplantares podem indicar risco de peri-implantites, fazendo com que o estabelecimento de um controle mais rigoroso de prevenção nos pacientes seja obrigatório, a fim de garantir o sucesso do tratamento. ⁶

CONCLUSÃO

As bactérias desempenham um papel importante na etiologia da mucosite periimplantar e da periimplantite. Dentes remanescentes com doença periodontal podem funcionar como um reservatório de patógenos periodontais oportunista para colonização nos implantes. O fumo colabora consideravelmente para o desenvolvimento de doenças periodontais e perimplantares. A saúde periodontal deve ser uma preocupação antes da terapia com implantes, pois o tratamento de infecção periimplantar visará à supressão das bactérias comuns em sítios periodontais e periimplantares e ao estabelecimento de um ambiente local e microflora compatíveis com a saúde periimplantar.

A prevenção de infecções ainda é uma arma importante para redução dos insucessos dos tratamentos reabilitadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . FRANCISCHONE, C. E. *et al.* **Osseointegration and esthetic.** Quintessence. 2000
2. MENGEL, R. *et al.* Osseointegrated implants in patients treated for generalized chronic periodontitis: 3 and 5-year results of a prospective long-term study. **J Periodontol**, v.72, n.8, p.977-989, 2001.
3. YI, S. W. *et al.* Implant-supported fixed prostheses for the rehabilitation of periodontally compromised dentitions: a 3-year prospective clinical study. **Clin Implant Dent Relat Res**, v.3, n.3, p.125-134, 2001.
4. SUMIDA, S. *et al.* Trasmision of periodontal disease-associated bacteria from teeth to osseointegrated implant regions. **Int J Oral Maxillofac Implants**, v.17, n.5, p.696-702. Sept-Oct. 2002
5. LEITÃO A. O. ; LORENZOJ.L.;CAMPOS M.J.A.; SENDYK W.R. **Braz. oral res.** v.19 n.1 São Paulo jan./mar. 2005
6. BAHAT O. Branemark system implants in the posterior maxilla: clinical study of 660 implants follow for 5 to 12 years. **Int J Oral Maxillofacial Implants**; v.15 n.15 p.646-532, 2000.
7. LINDHE J, KARRING T, LANG N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. ALVES MFR. Detecção de actinobacillus actinomycetemcomitans em sitio periimplatares. [**Dissertação de Mestrado**]. Taubaté: **Universidade de Taubaté**; 2006.
9. JEPSEN S, RUHLIN A, JEPSEN K, OHLENBUSCH B, ALBERS H-K. Progressive periimplantitis: incidence and. prediction of peri-implant attachment loss. **Clin Oral Impl Res** v.7 n.(2) p.133 - 42, 1996;

10. ATAUGLU H, ALPTEKINI NO, HALILOGLU S, GURSEL M, ATAUGLU T, SERPEK B, DURMUS E. Interleukin-1 α , tumor necrosis factor- α levels and neutrophil elastase activity in peri-implant crevicular fluid: Correlation with clinical parameters and effect of smoking. **Clin Oral Implants**; v.13 n.5 p.470-6 Res 2002.
11. BAELUM V. and ELLEGAARD B. Implant Survival in Periodontally Compromised Patients **J Periodontol** ; v.75 n.10 p.404-1412 October 2004.
12. VAN WINKELHOFF, A.J., GOENE, R.J., BENSCHOP, C & FOLMER, T. **Clinical Oral Implants Research** 11, p. 511-520 , 2000.
13. VAN WINKELHOFF, A.J. & WOLF, J.W. Actinobacillus actinomycetemcomitans-associated periimplantitis in edentulous patient. A case report. **Journal of Clinical Periodontology** 27, p. 531-535, 2000.
14. FRANCH F, LUENGO F, BASCONES A. Evidencia microbiana de la periimplantitis, factores de riesgo coadyuvantes, diagnóstico y tratamiento según los protocolos científicos. **Avances en Periodoncia**; v.16 n.3, p.143-56, 2004.
15. ROMEO E, GHISOLFI M, MURGOLO N, CHIAPASCO M, LOPS D, GIORGIO V. Therapy of peri-implantitis with resective surgery. A 3-year clinical trial on rough screw-shaped oral implants. Part I: clinical outcome. **Clin. Oral Impl.**; v16 n.1p. 9-18, 2005.
16. TILLMANNNS HWS, HERMANN JS, BURGES AV. Evaluation of three different dental implants in ligature- induced peri-implantitis in the beagle dog. PartII. Histology andmicrobiology. **Int J Oral Maxillofac Implants**; 13, p.59- 68,1998.
17. LINDHE J, KARRING T, LANG N. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
18. ALVES MFR. Detecção de actinobacillus actinomycetemcomitans em sítio periimplatares. **[Dissertação de Mestrado]**. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2006.

19. SENDYK C.L., SENDYK W.R., GROMATZKY Manutenção de implantes em longo prazo. **Periodontia e Implantodontia-A atuação clínica baseada em evidências científicas** São Paulo Artes Médicas divisão odontológica; v.2 p.114-115, 2005.
20. BRAGGER U, BURGIN WB, HAMMERLE CH, LANG NP. Associations between clinical parameters assessed around implants and teeth. **Clin Oral Implants Res.**; v.8n.5, p.412-21, 1997
21. KAROUSSIS IK, SALVI GE, HEITZ-MAYFIELD LJ, BRAGGER U, HAMMERLE CH, LANG NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. **Clin Oral Implants Res.** v.14n.3 p.329-39 2003
22. WONG K. Immediate implantation of endosseous dental implants in the posterior maxilla and anatomic advantages for this region: a case report. **Int J Oral Maxillofac Implants.** 11: 529-33, 1996.
23. HEITZ MAYFIELD Dayfield. History of treated periodontitis and smoking as risks for implant therapy **Int J Oral Maxillofac Implants.** 2009 ago;v. 24 p. 39-68.
24. ROOS-JANSKER A-M, RENVERT S, EGELBERG J. Treatment of peri-implant infections: a literature review **J Clin Periodontol**; 30: 467-485, 2003.