



\* Eduardo Anitua DDS, MD, PhD

# PERIODONTITE AGRESSIVA NUM PACIENTE JOVEM. ABORDAGEM REABILITATIVA CONSERVADORA MINIMAMENTE INVASIVA

## Introdução

A doença periodontal agressiva foi definida no consenso de periodontologia de 1999 como uma patologia periodontal que acomete jovens sem patologias associadas e com histórico familiar de doença periodontal. Esta patologia é caracterizada pela rápida perda de inserção dentária e elevada perda óssea num espaço de tempo relativamente curto<sup>1-3</sup>. Por afetar pacientes jovens e gerar grande destruição, produzem-se quadros de atrofia óssea muito grave em pacientes jovens, o que torna a resolução dos casos complexa do ponto de vista da obtenção da conformidade estética e funcional, além de serem pacientes que devem ser submetidos a *check-ups* regulares uma vez reabilitados, dado que a possibilidade de ocorrência de inflamação e peri-implantite é um facto<sup>4,5</sup>. Em defesa deste conceito, existem recomendações sobre a reabilitação de implantes coexistentes com dentes acometidos por periodontite, encontrando-se trabalhos que defendem que a manutenção dos dentes é possível sem colocar em risco a reabilitação do paciente e outros onde se recomenda evitar estes dentes pelo efeito potencialmente prejudicial nos implantes<sup>6-10</sup>. Neste tipo de pacientes, com doença periodontal agressiva, onde as nossas restaurações com implantes devem ser mantidas na boca, previsivelmente afetados por diferentes fatores que podem produzir perdas ósseas em torno dos implantes e tecidos moles peri-implantares variáveis, a manutenção de dentes-chave pode ser um benefício e não um ponto negativo. Conseguir manter os dentes, embora *à priori* tenham um prognóstico questionável nas restaurações com implantes, pode ser benéfico para manter o esquema oclusal, assim como a propriocepção, que com as restaurações com implantes é grandemente perdida quando não há dentes presentes<sup>11-14</sup>. Alcançar um bom esquema oclusal, baseado na propriocepção e na distribuição das tensões nas partes-chave da mordida, tanto na máxima intercuspidação quanto nos movimentos excursivos mandibulares, juntamente com a correta manutenção periodontal e peri-implantar, pode ser a chave para o sucesso no tratamento com implantes dentários em casos de periodontite agressiva em pacientes jovens, como o caso apresentado abaixo<sup>15-17</sup>.

## Caso clínico

Apresentamos o caso de um paciente de 35 anos, fumador, com doença periodontal agressiva avançada e má higiene oral, que veio ao nosso centro a solicitar tratamento restaurador com base em implantes dentários, pois havia feito vários tratamentos com próteses removíveis que falharam. No exame intraoral, podemos observar periodontite avançada, perda de inserção na maioria dos dentes, mau controlo da placa bacteriana e uma prótese removível não adaptada ancorada em dentes móveis (figuras 1 e 2). Na radiografia



Figuras 1 e 2. Imagens intraorais do caso em que podemos observar perda óssea e mau controlo da placa bacteriana por parte do paciente.

inicial, observámos a perda óssea horizontal que a maxila e a mandíbula apresentam, com áreas de acometimento em forma de cunha mais acentuadas e dentes sem suporte ósseo, além de cárie e restos radiculares (figura 3).

Procedemos à extração dos dentes com um prognóstico impossível, regenerando os alvéolos com PRGF-Endoret® e conservando peças dentárias chave em ambos os arcos, o que nos permitirá fazer provisórios suportados durante a primeira fase de cicatrização da exodontia, bem como manter a propriocepção. Para este efeito, são mantidos os caninos superiores e inferiores, os quais são esculpidos para aplicar sobre eles a prótese provisória, bem como dois molares inferiores com um bom prognóstico (37 e 46), sendo todos os dentes retidos submetidos a uma manutenção periodontal exaustiva (figuras 4-6).

Duas semanas após as extrações, com a cicatrização dos tecidos moles, iniciamos a inserção dos implantes mandibulares. Para o fazer, realizamos uma TAC de planeamento. Nela podemos observar que há uma reabsorção horizontal extrema na área correspondente aos incisivos inferiores, o que nos faz optar por implantes de plataforma e diâmetro reduzido (figura 7 e 8), sendo neste caso o implante selecionado para ambos os incisivos laterais a repor um implante de plataforma de 3,0 e 7,5 mm de comprimento. No resto dos implantes inferiores, são escolhidos os diâmetros maiores dependendo da altura e largura da crista óssea residual.

Os implantes inseridos na área de 32 e 42 são colocados com boa estabilidade inicial (35 Ncm), pelo que procedemos à realização de carga imediata desta área, colocando os transepiteliais multi-im no mesmo procedimento cirúrgico (figuras 9 e 10). O resto dos implantes inseridos são deixados em duas fases cirúrgicas.

Três meses após as extrações, inicia-se a abordagem do implante maxilar. Nos cortes da TAC de planeamento, podemos observar que há um défice de altura em toda a maxila,



Figura 3. Radiografia inicial. Podemos ver a perda óssea horizontal com áreas onde não há suporte ósseo para alguns dentes, além de cáries destrutivas e restos radiculares.

sendo mais acentuado no segundo quadrante, na área correspondente aos molares. Nesta zona existe apenas 1 mm de osso residual e por esta razão está planeado um levantamento do seio através de uma abordagem lateral em simultâneo com a inserção dos restantes implantes que, como podemos ver, são curtos e extracurtos para evitar técnicas acessórias mais complexas (figuras 11 e 12). Após a inserção dos implantes superiores, espera-se a consolidação do enxerto ósseo do seio esquerdo e cinco meses mais tarde procede-se à inserção dos implantes nesta área, deixando todos os implantes superiores no lugar. Neste momento, opta-se pela exodôncia dos caninos superiores e inferiores, uma vez que se deterioraram periodontalmente, e também são confeccionadas próteses de carga progressiva tanto para a arcada superior como para a inferior (figuras 13 e 14).

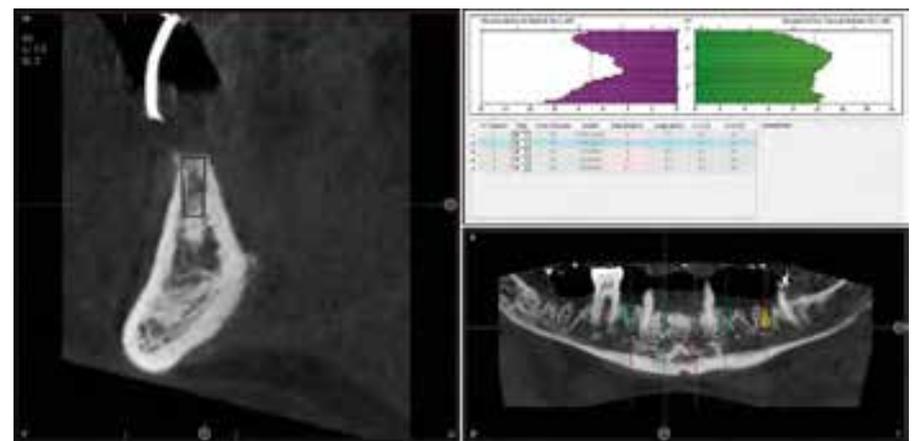
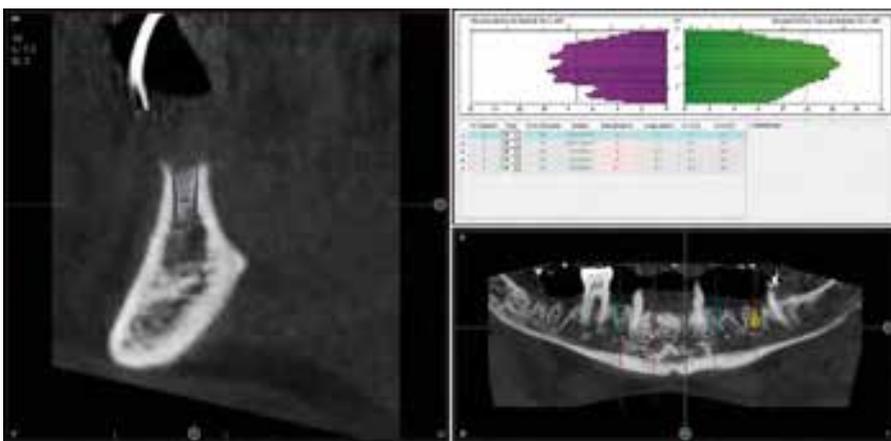
As próteses de carga progressiva são mantidas durante quatro meses, período durante o qual os tecidos gengivais amadureceram, com algumas áreas a apresentar leve recessão. A oclusão está estável neste momento e decide-se iniciar a confecção das próteses definitivas (figuras 15 e 16).



Figuras 4-5. Imagens após extrações, regeneração com PRGF-Endoret®, escultura de caninos para provisórios e manutenção periodontal inicial.



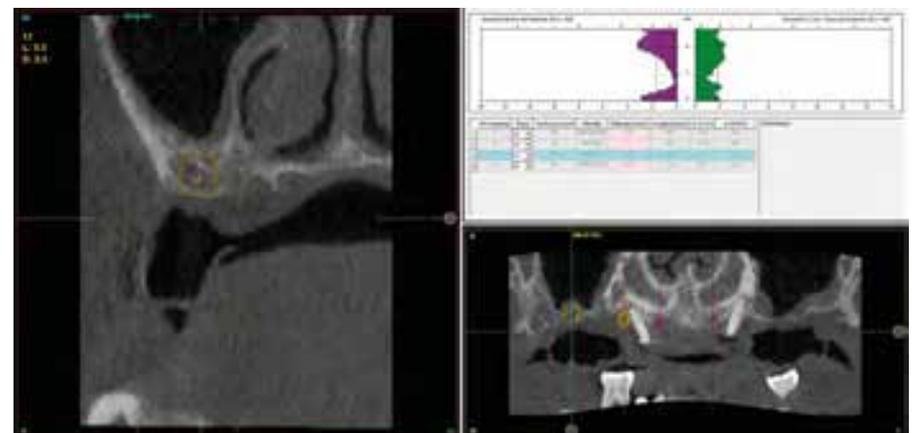
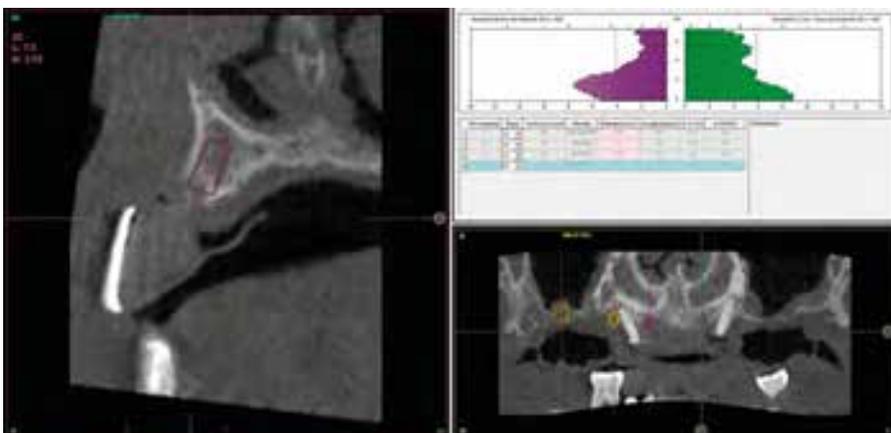
Figura 6. Radiografia após extrações e tratamento periodontal inicial.



Figuras 7 e 8. Imagens da TAC de planeamento correspondente à área dos incisivos inferiores. Nesta área existe um importante compromisso horizontal, razão pela qual optámos por implantes 3.0.



Figuras 9 e 10. Imagem intraoral dos implantes inseridos em 32 e 42, bem como a radiografia pós-operatória. É confeccionada uma prótese de resina aparafusada sobre os transepteliais.



Figuras 11 e 12. Imagens do planeamento dos implantes superiores. Podemos ver como há uma perda horizontal generalizada que nos faz planear a inserção de implantes curtos e extracurtos e uma elevação sinusal convencional para o segundo quadrante.

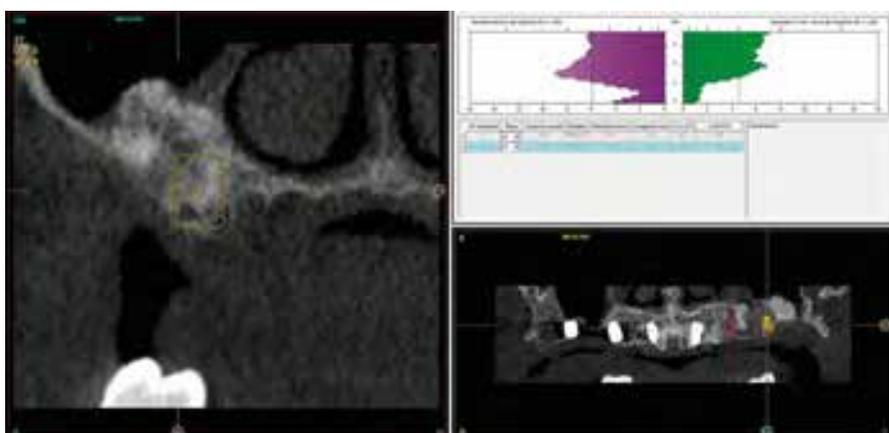


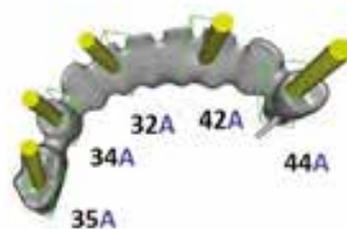
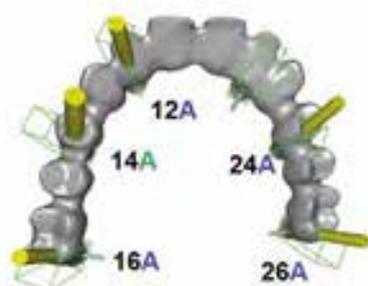
Figura 13. Planeamento do implante inserido na zona de elevação do seio.



Figura 14. Prótese de carga progressiva superior e inferior utilizando barras articuladas. Com este tipo de elemento confecionamos próteses de forma simples e cómoda, para podermos adaptar a oclusão em diferentes momentos do tratamento.



Figuras 15 e 16. Imagens das próteses provisórias antes do início a confecção das próteses definitivas.



Figuras 17 e 18. Criação das estruturas por Cad-Cam após digitalizar os parâmetros oclusais obtidos com as próteses provisórias.



Figuras 19 e 20. Molde montado sobre a estrutura para ser testado no paciente e fazer as correções estéticas e oclusais necessárias.

Estas são feitas com estruturas Cad-Cam fresadas (figuras 17 e 18), tendo a prótese de transição do paciente como ponto de partida o molde virtual. Uma vez obtida a estrutura, é montado sobre ela um molde, para que possa ser testado no paciente. Desta forma podemos corrigir os parâmetros estéticos que necessitamos no próprio paciente antes de avançar e finalizar a prótese (figuras 19 e 20). Finalmente, a prótese aparafusada é terminada em metal-cerâmica transepitelial, alcançando os parâmetros estéticos e funcionais desejados e preservando os molares inferiores para garantir a propriocepção do paciente (figuras 21 e 22). Desta forma passámos de uma situação inicial com uma doença periodontal agressiva e descontrolada para uma cavidade oral reabilitada com implantes dentários saudáveis e com manutenção correta do ponto de vista da doença periodontal e peri-implantar, como podemos ver nas imagens iniciais e finais e na radiografia final aos 3 anos de acompanhamento (figuras 23-26).

## Discussão

A abordagem de casos com doença periodontal agressiva é um desafio, principalmente devido à idade dos pacientes e às possíveis exigências estéticas, deparando-nos, em muitos casos, com perda óssea generalizada inicial. O primeiro dos desafios que devemos enfrentar é a extração dos dentes em mau estado e a regeneração do alvéolo residual para atingir o volume ósseo inicial máximo, o que nestes casos é ainda mais importante<sup>16,17</sup>. O uso do PRGF-Endoret® na regeneração do alvéolo pós-extração traz-nos vantagens como a redução da inflamação pós-operatória, melhor epitelização (mais rápida e com maior espessura gengival), maior regeneração óssea na área tratada e osso regenerado de maior qualidade e densidade. Portanto, trata-se de uma técnica autóloga, previsível e sem complicações decorrentes do seu uso, pelo que podemos considerá-la uma técnica segura<sup>18-22</sup>. Uma vez regenerados os defeitos e realizadas as extrações, o segundo ponto de vital importância é a reposição dos dentes perdidos por meio de implantes dentários. Nestes casos com perda óssea complexa derivada da doença periodontal, o ponto de partida para a colocação do implante geralmente não é o melhor. Portanto, devemos recorrer a técnicas minimamente invasivas, como implantes curtos e/ou estreitos, para obter resultados previsíveis mesmo nessas circunstâncias<sup>23,24</sup>. Implantes separados curtos e estreitos mostraram taxas de sobrevivência semelhantes a implantes



Figuras 21 e 22. Imagens das próteses finalizadas, colocadas no paciente.



Figuras 23-26. Imagens comparativas da situação inicial e final do paciente. Na radiografia final passados três anos podemos observar a estabilidade do tratamento realizado com manutenção periodontal e peri-implantar sem perda óssea.

de diâmetro e comprimento convencionais. A maior dúvida poderia advir da combinação de ambas as características, como neste caso clínico em que, em alguns dos implantes, ocorrem ambas as circunstâncias. Recentemente, houve estudos que fizeram um apanhado do uso de implantes curtos com menor diâmetro, gerando uma revisão publicada em 2018, de acordo com a qual os implantes com menos de 7 mm de comprimento e menos de 3,5 mm de diâmetro têm uma sobrevivência semelhante aos implantes de comprimento convencional, com perda óssea após três anos de acompanhamento de 0,5 mm<sup>23</sup>. A procura de soluções pouco invasivas com alta previsibilidade e a preservação do maior volume ósseo intacto possível para o futuro, principalmente

em pacientes jovens como o caso que nos preocupa, deve ser a nossa linha orientadora.

## Conclusões

A regeneração dos alvéolos em pacientes com doença periodontal, principalmente em casos agressivos e pacientes jovens, pode ser abordada com PRGF-Endoret® de forma segura e previsível. No caso de pacientes periodontais com doença grave, a coexistência das peças dentárias que possam ser preservadas com os implantes inseridos é uma alternativa segura, desde que o paciente esteja comprometido com a manutenção periodontal e o planeamento do caso seja cuidadoso.

Poder evitar próteses removíveis e colocar provisórios sobre os implantes desde o primeiro momento melhora significativamente a qualidade de vida do paciente. ■

\*Private practice in oral implantology, Eduardo Anitua Institute, Vitoria, Spain. Clinical researcher, Eduardo Anitua Foundation, Vitoria, Spain. University Institute for Regenerative Medicine and Oral Implantology - UIRMI (UPV/EHU-Fundación Eduardo Anitua), Vitoria, Spain.

## Referências Bibliográficas

- Bäumer A, Weber D, Staufer S, Pretzl B, Körner G, Wang Y. Tooth loss in aggressive periodontitis: Results 25 years after active periodontal therapy in a private practice. *J Clin Periodontol*. 2020 Feb;47(2):223-232.
- Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for peri-odontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4, 1-6.
- Lang, N, Bartold, P M, Cullinan, M, Jeffcoat, M, Mombelli, A, Murakami, S, Van Dyke, T. (1999). Consensus report: Aggressive periodontitis. *Annals of Periodontology*, 4, 53-53.
- Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Gatto R, Monaco A. Periodontitis, implant loss and peri-implantitis. A meta-analysis. *Clin Oral Implants Res*. 2015 Abr;26(4):e8-e16.
- Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Periodontally compromised vs. periodontally healthy patients and dental implants: a systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2014 Dez;42(12):1509-27.
- Ivanovski S, Lee R. Comparison of peri-implant and periodontal marginal soft tissues in health and disease. *Periodontol* 2000. 2018 Feb;76(1):116-130.
- Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. *Periodontol* 2000. 2017 Out;75(1):7-23.
- Amerio E, Mainas G, Petrova D, Giner Tarrida L, Nart J, Monje A. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: A systematic review. *J Clin Periodontol*. 2020 Jan;47(1):81-100.
- Clark D, Levin L. In the dental implant era, why do we still bother saving teeth? *Dental Traumatology*. 2019;35:368-375.
- Greenstein G, Cavallaro J Jr, Tarnow D. Dental implants in the periodontal patient. *Dent Clin North Am*. 2010 Jan;54(1):113-28.
- Curtis DA, Sharma A, Finzen FC, Kao RT. Occlusal considerations for implant restorations in the partially edentulous patient. *J Calif Dent Assoc*. 2000 Out;28(10):771-9.
- Taylor TD, Wiens J, Carr A. Evidence-based considerations for removable prosthodontic and dental implant occlusion: a literature review. *J Prosthet Dent*. 2005 Dez;94(6):555-60.
- Meyer G, Fanghänel J, Proff P. Morphofunctional aspects of dental implants. *Ann Anat*. 2012 Mar 20;194(2):190-4.
- Hsieh WW, Luke A, Alster J, Weiner S. Sensory discrimination of teeth and implant-supported restorations. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2010 Jan-Feb;25(1):146-52.
- Meyer-Bäumer A, Pritsch M, Cosgarea R, El Sayed N, Kim TS, Eickholz P, Pretzl B. Prognostic value of the periodontal risk assessment in patients with aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2012 Jul;39(7):651-8.
- Hazan-Molina H, Zigdon H, Einy S, Aizenbud D. Periodontal and space maintenance considerations for primary teeth presenting with aggressive periodontitis: a case report. *Pediatr Dent*. 2012 Mai-Jun;34(3):254-8.
- Kim KK, Sung HM. Outcomes of dental implant treatment in patients with generalized aggressive periodontitis: a systematic review. *J Adv Prosthodont*. 2012 Nov;4(4):210-7.
- Anitua E, Andia I, Ardanza B, Nurden P, Nudern AT. Autologous platelets as a source of proteins for healing and tissue regeneration. *Thromb Haemost* 2004;91:4-15.
- Anitua E. Plasma rich in growth factors: preliminary results of the use in the preparation of future sites for implants. In *J Oral Maxillofacial Implants* 1999;14:57-63.
- Anitua E, Orive G. Tratamiento dei difetti post-estrattivi mediante la tecnologia PRGF: casi clinici. *Italian Oral Surgery* 2010;9:115-129.
- Anitua E, Murias-Freijo A, Alkhraisat MH, Orive G. Clinical, radiographical, and histological outcomes of plasma rich in growth factors in extraction socket: a randomized controlled clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2015 Abr;19(3):589-600.
- Anitua E, Pino A. The Management of Postsurgical Wound Complications with Plasma Rich in Growth Factors: A Preliminary Series. *Adv Skin Wound Care*. 2020 Abr;33(4):202-208.
- Pommer B, Mailath-Pokorny G, Haas R, Busenichner D, Millesi W, Fürhauser R. Extra-short (< 7 mm) and extra-narrow diameter (< 3.5 mm) implants: a meta-analytic literature review. *Eur J Oral Implantol*. 2018;11 Supl 1:S137-S146.