



* André Ratão

RELAÇÃO ENTRE TECIDOS MOLES EM TORNO DE IMPLANTES E O SUCESSO E DURABILIDADE DOS MESMOS, BEM COMO, AUSÊNCIA DE DOENÇA GENGIVAL

Introdução

Quando falamos em implantes, o principal objetivo dos médicos dentistas e higienistas orais é a máxima durabilidade e sucesso dos mesmos e a promoção dos melhores cuidados de saúde oral.

A reabilitação oral de espaços edêntulos feita com implantes dentários veio reinventar a medicina dentária e, por isso, a preocupação sempre foi obter sucesso na osteointegração mas também a sua maior longevidade (Thoma D. et al., 2014).

Os tecidos moles em torno do implante, caracterizado por mucosa peri-implantar, tem se revelado cada vez mais fundamental para o sucesso e durabilidade dos mesmos. (Wang Y. et al., 2015)

O comportamento dos tecidos duros e moles em torno dos implantes após osteointegração é semelhante aos dentes naturais bem como os problemas que podem advir da falta de saúde periodontal (Valderrama P., 2016).

Ainda relativamente ao tema da peri-implantite, é defendida a tese que o risco de peri-implantite está associado a falhas tardias no implante, sendo mais presente em “tratamentos na zona posterior da mandíbula”, e diretamente relacionado com a experiência do médico dentista que realiza a cirurgia, número de implantes colocados, manipulação óssea na cirurgia e sobreaquecimento aquando da instrumentação e colocação dos mesmos. (Ajay Sharma, n.d.; Jemt, 2017; Smeets et al., 2014).

Desenvolvimento

A mucosa peri-implantar tem como função o impedimento de entrada de bactérias patogénicas, protegendo do aparecimento de doenças peri-implantares como a peri-implantite que leva ao comprometimento da osteointegração do implante. (Wang H. et al., 2018)

Diversos parâmetros clínicos e radiográficos são também importantes na avaliação e deteção de fatores de risco para os implantes dentários. Estes parâmetros passam por: largura biológica, altura da papila interdentária e o nível do tecido mole, quantidade de tecido queratinizado e o biótipo da mucosa peri-implantar. (Thoma D. et al., 2014)

Uma das descobertas que revolucionou a medicina dentária e ajudou a que fosse possível determinar protocolos eficazes no combate às doenças peri-implantares, foi a diferença entre as fibras gengivais em torno dos implantes comparativamente às fibras gengivais em torno dos dentes naturais. Esta sugestão levou a que se percebesse que as bactérias patogénicas conseguem penetrar mais facilmente os tecidos moles peri-implantares do que os tecidos moles em torno dos dentes.

Uma estrutura sobre implantes adequada que respeite os

tecidos moles e a saúde dos tecidos peri-implantares é um dos fatores imprescindíveis para o sucesso e durabilidade dos implantes. (Wang Y. et al., 2015)

A colocação do implante provoca uma destruição de tecido duro e tecido mole, podendo ser difícil a regeneração dos tecidos em torno dos implantes sendo que os tecidos moles são ainda mais sensíveis que a componente óssea.

É importante ter em conta que todos os procedimentos como: alteração de uma coroa, colocação de pilares, impressões, entre outros; podem ser favoráveis ao desenvolvimento de inflamações nos tecidos moles. (Wang Y. et al., 2015)

Posto isto, é fulcral um acompanhamento periódico do paciente por parte do médico dentista implantologista e do higienista oral.

As consultas periódicas permitem que sejam detetadas doenças peri-implantares precocemente e, portanto, seja efetuado um plano de tratamento adequado ao paciente. O devido acompanhamento periódico tem como resultado, saúde dos tecidos peri-implantares, um baixo índice de hemorragia gengival e um nível estável de osso marginal. (Thoma D. et al., 2018)

Histologia

A mucosa peri-implantar é constituída por epitélio queratinizado, epitélio sulcular e epitélio juncional peri-implantar (equivalente ao epitélio juncional presente em redor dos dentes) (Wang Y. et al., 2015).

A altura do epitélio juncional peri-implantar é de 2mm e o tecido conjuntivo subjacente a esse epitélio tem cerca de 1,0 a 1,5mm. Com estas medições a espessura biológica média, incluindo a profundidade do sulco pode ultrapassar os 3mm. A diminuição da espessura biológica provoca de forma inerente a reabsorção óssea marginal em torno do implante, podendo ter como responsáveis diversos fatores.

Todas as características implantares influenciam a espessura biológica, como por exemplo: o nível de tecido peri-implantar, implantes unitários vs. estruturas sobre implantes, carga imediata sobre os implantes, entre tantos outros fatores. (Wang Y. et al., 2015)

Em relação à constituição da mucosa peri-implantar, a localização e quantidade de colagénio, fibroblastos e vasos sanguíneos é claramente diferente nos tecidos em torno dos dentes naturais.

Existem em menor quantidade fibroblastos no tecido conjuntivo mole supra-crestal em torno dos implantes e uma maior quantidade de fibras de colagénio do que nos dentes naturais. Nos dentes naturais, as fibras de Sharpey existentes no tecido conjuntivo subjacente estendem-se até ao cimento da raiz numa rede tridimensional complexa enquanto que, nos implantes dentários as fibras de colagé-

nio da mucosa peri-implantar localizam-se paralelamente à superfície da parte transmucosa do implante (Thoma D. et al., 2014).

Na literatura científica, conseguimos chegar à conclusão de que o aporte sanguíneo fornecido pelo ligamento periodontal nos dentes naturais, é essencial na cicatrização de processos inflamatórios. Quando estudamos a histologia da mucosa peri-implantar, vemos que o tecido conjuntivo ao redor dos implantes tem apenas alguns vasos sanguíneos provindos dos vasos sanguíneos supra-periostais, suscitando uma preocupação acrescida no que toca às inflamações peri-implantares. (Thoma D. et al., 2014)

Resposta inflamatória

No que diz respeito às reações inflamatórias em torno de implantes, importa distinguir mucosite de peri-implantite. A primeira, e encontrada em 43% dos casos de reabilitação com implantes, caracteriza-se por hemorragia em resposta a estímulo, edema, rubor, supuração, mas uma profundidade de sondagem que não excede os 5mm. No caso da peri-implantite, além de todos os sinais clínicos da mucosite, encontramos uma profundidade de sondagem aumentada, concomitante a perda óssea progressiva. Esta segunda encontra-se em 22% dos casos de reabilitação com implantes (Renvert S. et al., 2018).

É essencial que sejam feitas consultas periódicas para que a mucosite não evolua para peri-implantite (Heitz-mayfield L. et al., 2018).

A mucosa peri-implantar apresenta-se saudável quando observamos um epitélio oral que se alonga até um epitélio de barreira não queratinizado com lâmina basal presente e hemidesmossomas voltados para a superfície do implante ou abutment. (Heitz-mayfield L. et al., 2018)

Após vários estudos, percebeu-se que a resposta inflamatória era desencadeada quando existia a presença de placa bacteriana e cálculo. Sendo estas bactérias responsáveis pela mucosite e peri-implantite (Wang H. et al., 2020).

Outras causas de resposta inflamatória passam pela própria conformação do implante, pelo tipo de plataforma utilizada, pela profundidade do implante em relação à mucosa e pelo platform shifting, bem como, pela localização da interface implante-abutment em relação à crista óssea (Thoma D. et al., 2014).

O volume de tecido mole peri-implantar é também importante quando pensamos em compromisso estético e consequentemente, perda óssea na face vestibular do implante (Thoma D. et al., 2014).

Segundo Linkvicius (2019), foi possível concluir que a reabsorção óssea ocorre se a espessura biológica for reduzida, ou seja, o tipo de implante utilizado não influencia o concei-

to de espessura biológica e a prevalência de tecido conjuntivo parece ser mais importante para prevenir a perda óssea que o próprio design do implante.

Após todo o conhecimento das diferenças entre os dentes naturais e os implantes dentários, é indispensável a correta manutenção dos implantes para que a sua longevidade seja um sucesso.

Indicações de higiene oral para o paciente

Temos como exemplo, fatores de risco que não podemos deixar de parte; história de periodontite crónica, hábitos tabágicos, diabetes, maus hábitos de higiene oral, a ausência de consultas de controlo periódicas, entre outros (Ivanovski S. et al., 2017 & Heitz-mayfield L. et al., 2018)

Assim uma correta manutenção e controlo de higiene oral são coadjuvantes indispensáveis para uma boa previsibilidade e longevidade de todas as reabilitações sobre implantes.

Desta forma, importa distinguir:

• **Recomendações de higiene ao paciente:**

- **Remoção mecânica:**

- Escovar os dentes/próteses sobre implantes pelo menos 2x ao dia com uma escova elétrica ou manual dependendo da destreza manual do paciente.

- Higiene interdentária com recurso a escovilhões (tamanho aconselhado pelo médico dentista implantologista e/ou higienista oral), fio dentário ou passa-fio para espaços de difícil acesso da escova de dentes.

- **Componentes químicos auxiliares:**

- **Triclosan:** Segundo Wang, Y. et al (2015), a combinação de triclosan (0,3%) com o polímero de metilvinil éter-anidrido maleico (2,0%) numa pasta de dentes à base de sílica com fluoreto de sódio reduz a placa bacteriana e o aparecimento de inflamação gengival.

- **Flúor:** ajuda na redução de placa bacteriana bem como reduzem as moléculas pró-inflamatórias no fluido crevicular peri-implantar (Wang et al., 2015).

- **Clorhexidina (CHX):** é recomendada uma concentração de 0,12% em colutório para controlo de placa bacteriana e regeneração dos tecidos, tornando a cavidade oral o mais asséptica possível (Al-Sabbagh et al., 2019). Pode também ser utilizada em formato gel ajudando, assim, a que permaneça na zona mais inflamada.

• **Procedimentos clínicos:**

Um protocolo de manutenção em clinica é fundamental para prevenir e tratar atempadamente complicações peri-implantares. Assim, além de ser fundamental o ensinamento aos pacientes dos cuidados que devem ter, é também fundamental a consciencialização de que deverão manter-se as consultas regulares com a parceria médico dentista/higienista oral para protocolo de manutenção.



Fig. 1. Diferenças anatômicas entre o dente natural e o implante dentário.

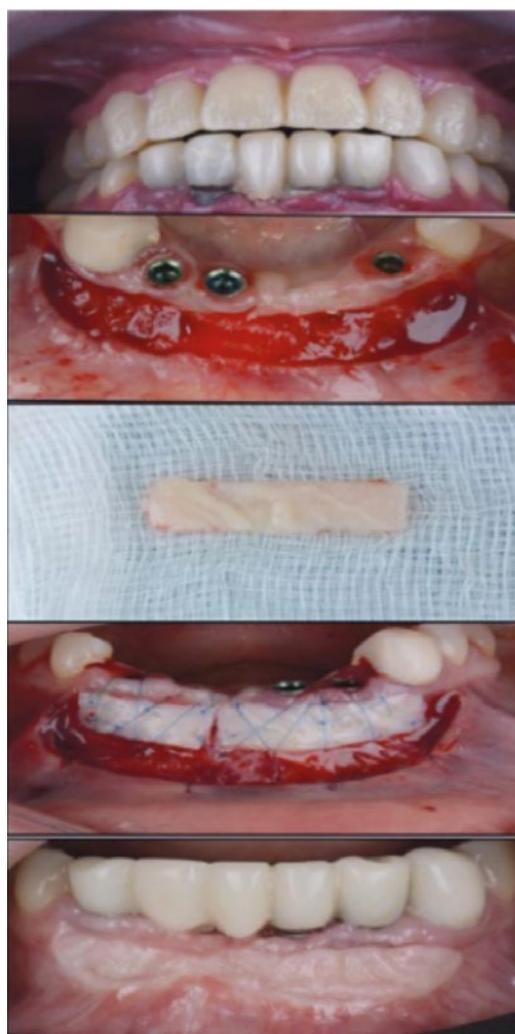


Fig. 2. aprofundamento de vestibulo mais enxerto gengival livre para recuperar banda de queratinizado.

Este protocolo deve prever as seguintes fases:

• **Monitorização clínica** – em casos que não apresentem sintomatologia, deve ser feita consulta de higiene oral regular e controlo radiográfico.

• **Abordagem clínica** – aquando da consulta de monitorização podemos encontrar dois cenários de ausência de saúde peri-implantar:

- **Mucosite** – importa identificar causas (alterações sistémicas, má higiene, má oclusão, trauma, desadaptação protética, impactação alimentar), reforçar ensinamentos de con-

controlo de placa bacteriana e contrariar outras causas através de desmontagem e reformulação da prótese e eventual correção de morfologia de tecidos moles.

- **Peri-implantite** – em função do grau de perda óssea podemos ter abordagens distintas, seguindo apenas o protocolo usado na mucosite ou complementando o mesmo com aumento da regularidade da consulta de higiene oral, administração de antibioterapia, aumento da concentração e dosagem de CHX, abordagem mecânica aos implantes (implantoplastia) ou no limite de não ser controlável a infeção, explantação cirúrgica do implante.

Discussão

Os principais fatores de risco a ter em conta na manutenção de todos os casos de implantes são a presença de biofilme bacteriano, a história de doença periodontal e a predisposição genética, e por fim, a oclusão do paciente.

Uma análise cuidada da anamnese que nos permita identificar fatores sistémicos (demências, diabetes, osteoporose, deficit de Vitamina D, xerostomia etc.) que podem por si só representar aumento do grau de risco, associando ainda medicação, consumo de álcool, drogas e hábitos tabágicos e a falta de hábitos de higiene (Crespi et al., 2010; Moldovan & Jivraj, 2018; Nobre et al., 2014).

Em casos de ausência prolongada ou falta de manutenção e cuidados de higiene por parte do paciente surge, tal como nos dentes, doença periodontal em torno dos implantes. Esta pode ser abordada tanto do ponto de vista não cirúrgico, em casos mais simples com recurso a irrigação e curetagem em torno dos implantes, ou em casos mais complexos com necessidade de implantoplastia e reformulação do bordo gengival subtraíndo flaps de gengiva e tecido granuloso ou recobrimento das zonas expostas com recurso a enxerto de tecido conjuntivo (dAlva et al., 2014; Pilar Valderrama, 2016; Shahetal., n.d.).

Conclusão

Tendo em conta que a colocação de implantes nos dias de hoje é cada vez mais uma prática corrente, há que consciencializar tanto a comunidade médica como os pacientes para os cuidados a ter antes, durante e após a colocação.

É fundamental a instrução para o correto manuseamento ósseo e tecidual aquando da colocação dos implantes, assim como nos procedimentos de manutenção e recuperação de áreas afetadas.

A correta e periódica manutenção dos implantes é tão ou mais importante que a técnica e os cuidados aquando da colocação dos mesmos, para garantir a previsibilidade de sucesso dos casos de reabilitados.

Em casos mais danosos de peri-implantite, a intervenção cirúrgica para implantoplastia, assim como, para enxerto a fim de recuperar banda de gengiva queratinizada em torno dos implantes, pode revelar-se vital para a manutenção e aumento de longevidade dos implantes. ■

* Mestrado em Medicina Dentária pela Faculdade Egas Moniz em 2015; Pós graduado pelo CFFA em Reabilitação Oral e Prose Fixa em 2016; Pós graduado pelo CFFA em Implantologia em 2017; Formador no curso de pós graduação de Reabilitação Oral e Prose Fixa; Congressista em vários congressos da especialidade nacionais e internacionais.

Referências Bibliográficas

Pedido de referências bibliográficas para herminia.guimaraes@jornaldentistry.pt