



PERI-IMPLANTITE: UM POSSÍVEL PROTOCOLO CIRÚRGICO DE TRATAMENTO

A peri-implantite define-se como um processo infeccioso capaz de afetar tanto os tecidos moles quanto os tecidos duros que rodeiam um implante em função¹.

À semelhança do que acontece na dentição natural, também nos implantes, numa fase mais inicial, os tecidos envolventes podem padecer de uma inflamação tecidual reversível e sem ocorrência de perda óssea a que se dá o nome de mucosite. No entanto, se tal patologia não for atempadamente controlada terá um curso de evolução no sentido da perda de estrutura óssea e de selamento epitelial, apresentando nessa altura uma profundidade de sondagem aumentada e, em alguns casos, presença de exsudado. É perante este quadro clínico que se entende estar estabelecida uma peri-implantite^{1,2}.

No que à etiologia diz respeito e, segundo a literatura científica, a infeção microbiana é o agente causal mais relevante nesta patologia. Estudos demonstram que os microrganismos responsáveis pela destruição periodontal são semelhantes em dentes e implantes³. Além do biofilme bacteriano, outros fatores têm sido indicados no desenvolvimento da peri-implantite, tais como a morfologia deficiente dos tecidos periimplantares, a estrutura do implante ou o stress biomecânico excessivo^{4,5}.

Dada a existência de um quadro evolutivo, o diagnóstico precoce desta patologia é essencial, podendo ser feito com base num detalhado exame clínico e radiográfico. Clinicamente, a inspeção inicial revela-nos a presença de biofilme, inflamação, supuração, sem mobilidade do implante. Além disso, verifica-se a existência de uma sondagem hemorrágica e com valores de profundidade aumentados. O exame radiográfico por sua vez, permite a avaliação da altura e densidade do osso circundante, que começa a mostrar sinais de reabsorção óssea marginal.

Uma vez diagnosticada a peri-implantite, é necessária a execução de um tratamento célere e adequado. O objetivo terapêutico pode passar não só pelo controlo da infeção e descontaminação da superfície do implante, mas também pela regeneração dos tecidos perdidos e pela re-osseointegração da superfície previamente exposta do implante. De acordo com Jovanovic e Spiekermann, (2002) e como representado na Figura 1, a perda óssea peri-implantar pode ser dividida em quatro classes de acordo com a extensão da destruição, sendo um fator importante no momento de decisão terapêutica. Assim, em classes 1 e 2 está indicado um tratamento não-cirúrgico ou cirúrgico ressetivo, enquanto que em classes 4 e 5, dada a perda óssea avançada, já será necessária uma abordagem cirúrgica regenerativa na tentativa de salvar o implante⁶.

Stuart J. et al., (2002) após tratamento e *follow-up* bem-sucedido de 51 implantes afetados por peri-implantite, propuseram no seu artigo um protocolo de abordagem regenerativa perante esta patologia⁷. No caso clínico que se segue,

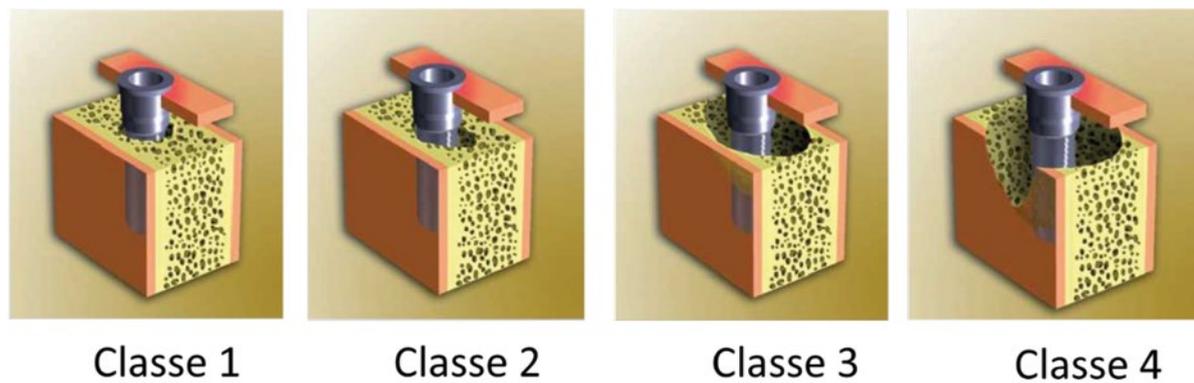


Fig. 1. Classificação da perda óssea peri-implantar.



Fig. 2. Ortopantomografia inicial.



Fig. 3. Fotografia inicial.



Fig. 4. Acesso cirúrgico ao implante.



Fig. 5. Aplicação de doxiciclina (Actidox®).

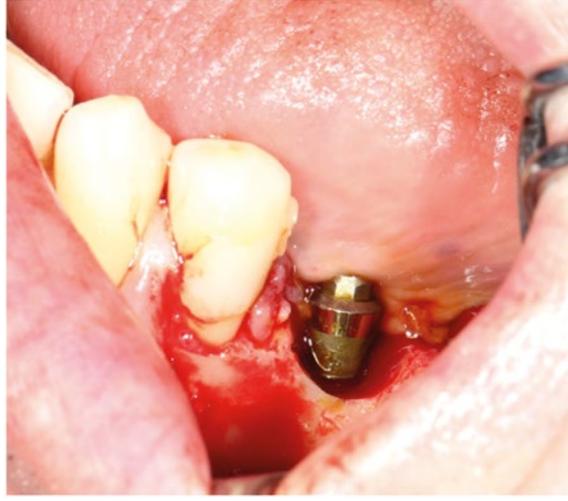


Fig. 6. Aplicação de iodopovidona.



Fig. 7. Aplicação de hidroxiapatite de origem bovina.



Fig. 8. Aplicação de membrana de colagénio reabsorvível.



Fig. 9. Sutura.



Fig. 10. Controlo radiográfico pós-operatório.

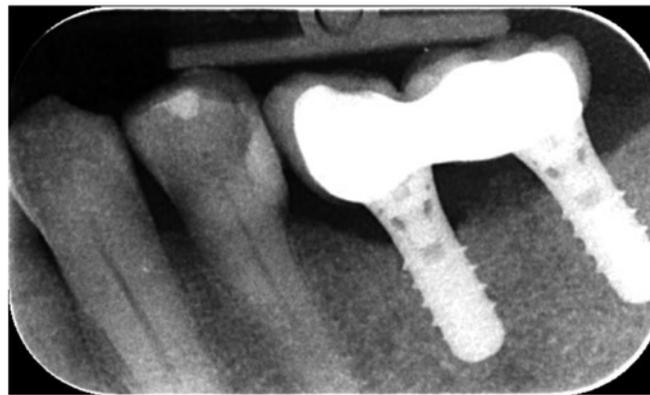


Fig. 11. Controlo radiográfico aos doze meses.

o protocolo utilizado baseou-se nas diretrizes propostas pelos autores supracitados, tendo sido realizado um protocolo dividido em seis etapas.

O paciente surgiu em consulta apresentando sinais clínicos indicativos de peri-implantite na zona do 45 e a ortopantomografia, por sua vez, corroborou esse diagnóstico. Foi então estabelecido um plano de tratamento que visava a abordagem regenerativa da lesão (Figuras 2 e 3).

Em primeiro lugar, foi realizado o acesso cirúrgico ao implante e removido o tecido de granulação adjacente (Figura 4). Após exposição, efetuou-se o polimento da superfície implantar recorrendo ao jato de bicarbonato durante um

minuto. Em seguida, aplicou-se sobre a superfície ácido cítrico a 30% durante um minuto e doxiciclina (Actidox®) durante dois minutos (Figura 5). Lavou-se a superfície com soro fisiológico e aplicou-se iodopovidona durante um minuto (Figura 6). Uma vez descontaminada a superfície, foi iniciada a fase de regeneração do tecido ósseo perdido recorrendo a um gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (Emdogain®), hidroxiapatite de origem bovina (Bio-oss®) e uma membrana de colagénio porcino reabsorvível (Bio-Gide®) (Figuras 7 e 8). Posto isto, efetuou-se o encerramento primário do retalho e efetuou-se novo controlo radiográfico pós-operatório (Figuras 9 e 10).

As consultas de controlo pós-operatório foram realizadas aos três, seis e dozes meses. A Figura 11 é representativa do controlo radiográfico um ano pós-cirurgia.

Apesar da eficácia promissora deste protocolo, existem determinados fatores a ter em conta, uma vez que podem ser uma barreira ao sucesso. Assim, a acessibilidade, micro e macroestrutura do implante, condições do tecido mole, tipo de defeito ósseo peri-implantar, quantidade de osso perdido e os materiais de regeneração utilizados devem ser encarados como potenciais limitações na aplicação desta técnica.

Uma vez alcançada a estabilidade peri-implantar, entra-se então numa fase de extrema importância, denominada de terapia periodontal de suporte. Nesta etapa deve reavaliar-se o paciente, motivá-lo para a continuação de uma higienização cuidada, tratar e instrumentar eventuais locais infetados e polir todas as superfícies dentárias. Desta forma, o sucesso terapêutico da peri-implantite a longo prazo depende não só de uma abordagem adequada da lesão, mas depende também diretamente de um tratamento periodontal de suporte eficaz. ■

¹Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP (2000); Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP; Doutorada pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Periodontologia pela OMD; Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins-Boston-USA; Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA; Professora Auxiliar Convidada de Periodontologia na Universidade Católica -Viseu; Diretora clínica da CLINICCA

²Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUCS (2017)

Referências bibliográficas

1. Albrektsson T, Isidor F. Consensus report of session IV. In: Lang NP, Karring T (eds). Proceedings of the First European Workshop on Periodontology. London Quintessence, 1994:365-369.
2. Linde J, Myle J. Peri-implant diseases: Consensus report of the Sixth European Workshop on Periodontology. J Clin Periodontol 2008; 35(suppl):282-285.
3. Listgarten, Chem-Hsiung. Comparative Microbiological Characteristics of Failing Implants and Periodontally Diseased Teeth. J Periodontol 1999; 70:431-437.
4. Subramani K, Jung RE, et al. Biofilm on dental implants: a review of the literature. J Oral Maxillofac Implants. 2009 Jul-Aug;24(4):616-26.
5. Mombelli A, Mericske-sterm R. Microbiological features of stable osseointegrated implants used as abutments for over denture. Clin Imp Res 1990; 1: 1-7
6. Jovanovic S. Diagnosis and treatment of peri-implant disease. I. A systematic review of the effect of anti-infective therapy in the treatment of periimplantitis. J Clin Periodontol 2002; 29(3): 213- 25. 33.
7. Stuart J, Scott H, Paul S. Successful Management of Peri-Implantitis with a Regenerative Approach: A Consecutive Series of 51 Treated Implants with 3- to 7.5-Year Follow-up. J Periodontics Restorative Dent 2012;32:11-20