



REABILITAÇÃO TOTAL FIXA BIMAXILAR IMPLANTO-SUPORTADA EM PACIENTE COM DOENÇA PERIODONTAL



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Introdução

A doença periodontal é uma doença infecciosa crónica que acomete os tecidos de suporte do dente (gingiva, ligamento e osso alveolar) podendo culminar na perda das peças dentárias. Pode igualmente verificar-se a infeção dos tecidos moles e do osso em torno de implantes dentários, que neste caso se denomina por mucosite ou peri-implantite. A peri-implantite é essencialmente caracterizada pela perda óssea em torno dos implantes. Zangrando e colaboradores¹ realizaram uma revisão sistemática na qual verificaram que, em relação aos critérios de sucesso dos implantes, os pacientes com história de periodontite apresentavam valores mais altos de profundidade de sondagem e perda óssea marginal. Apresentavam ainda uma incidência superior de peri-implantite, quando comparados com os pacientes sem história de doença periodontal¹.

É amplamente aceite que um tratamento inapropriado da periodontite pode comprometer o sucesso dos implantes, aumentando o risco de ocorrência de complicações biológicas. Desta forma, um adequado controlo da doença periodontal antes da colocação dos implantes, bem como a implementação de um regime de manutenção periodontal para a vida, assumem grande relevância. A importância do controlo da periodontite é suportada por vários estudos experimentais que mostram que, quando presentes na cavidade oral, as bactérias responsáveis pela doença periodontal podem colonizar a superfície dos implantes e provocar peri-implantite².

Os resultados da revisão sistemática realizada por Zangrando e colaboradores¹ demonstraram que os pacientes periodontais apresentam resultados satisfatórios em termos do sucesso da terapia implantar, verificando-se uma taxa de sobrevivência dos implantes de 92% após 10 anos de *follow-up*. Desta forma conclui-se que a colocação de implantes em pacientes periodontais pode ser realizada com sucesso,

desde que a doença esteja controlada e que os pacientes frequentem assiduamente as consultas de manutenção periodontal¹. No que respeita à sobrevivência das supraestruturas protéticas, na revisão sistemática de Schou e colaboradores², não foi observada qualquer diferença significativa quando comparados pacientes periodontais ou não periodontais, considerando um período de 5 anos de *follow-up*.

A colocação imediata de implantes apresenta-se como uma opção terapêutica com vantagens notórias descritas na literatura científica, nomeadamente, redução da reabsorção do osso alveolar, redução do número de procedimentos cirúrgicos, e por norma, redução do tempo total de tratamento³. No que diz respeito ao protocolo de carga imediata, Esposito⁴ concluiu, numa revisão sistemática, que este procedimento constitui uma alternativa aceitável aos protocolos convencionais desde que se obtenha estabilidade primária suficiente. De facto, aquando da comparação entre colocação imediata ou convencional (3 meses ou mais após colocação do implante) da estrutura protética, os estudos revisitos não apresentaram evidência de um número diferente de falhas protéticas ou dos implantes entre os dois protocolos⁴.

Encontra-se descrito na literatura científica que implantes colocados em zonas de osso regenerado apresentam taxas altas de sobrevivência². O concentrado de fibrina rica em plaquetas (PRF) pode ser considerado um biomaterial natural favorável ao desenvolvimento da microvascularização e capaz de guiar a migração das células epiteliais. A utilização de membranas de PRF permite aumentar o volume de osso e de tecido gengival pela libertação lenta de fatores de crescimento e proteínas da matriz, ou seja através de um efeito essencialmente biológico. Permite ainda que o processo de cicatrização seja mais rápido e eficiente. Este tipo de regeneração baseia-se nas propriedades intrínsecas das membranas de PRF, particularmente o seu efeito na proliferação

e diferenciação das células osteogénicas e responsáveis pela formação do tecido gengival⁵. Por outro lado, no que diz respeito à regeneração óssea guiada, verifica-se um efeito essencialmente mecânico. Esta técnica baseia-se na utilização de membranas de colagénio (reabsorvíveis ou não-reabsorvíveis) que funcionam como uma barreira mecânica que exclui as células não osteogénicas provenientes dos tecidos moles. Desta forma permite que as células osteogénicas provenientes do tecido ósseo nas proximidades do defeito possam proliferar e criar novo osso⁶. Relativamente à utilização de enxertos ósseos, Esposito e colaboradores concluíram numa revisão sistemática, referindo-se particularmente a aumentos horizontais, que os xenoenxertos podem ser usados com sucesso combinados com a colocação de implantes. Uma grande vantagem da utilização deste tipo de enxertos é a mínima morbidade pós-operatória associada⁷.

Descrição do caso

Paciente do sexo feminino de 70 anos apresentou-se na clínica White com uma queixa principal. “Sinto-me desconfortável com o aspeto dos meus dentes, quero ser capaz de sorrir”, referiu. O diagnóstico foi elaborado com recurso a fotografias intra e extra orais, radiografias peri-apicais, ortopantomografia, CBCT (*cone beam computed tomography*) e exame clínico (Fig.1-3). A paciente apresentava periodontite crónica severa generalizada, com perda óssea e mobilidade dentária acentuadas. O plano de tratamento incluiu uma fase cirúrgica e uma fase protética, esta última dividida em fase temporária e definitiva. Na fase cirúrgica procedeu-se, no maxilar inferior, à exodontia do dente 47 e colocação de implantes nas regiões posteriores edêntulas do 3º e 4º quadrantes (Fig.4). Adicionalmente, foram extraídos os quatro incisivos inferiores, preparou-se os alvéolos com um instrumento ultrassónico (Piezomed®) e procedeu-se à colocação imediata de implantes com concomitante regeneração óssea mediante utilização de xenoenxerto (Bio-Oss®)



Fig. 4.



Fig. 5.

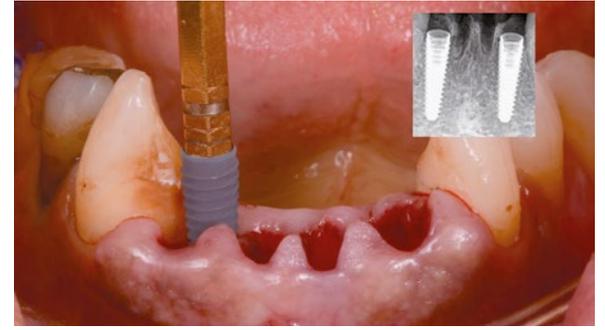


Fig. 6.



Fig. 7.

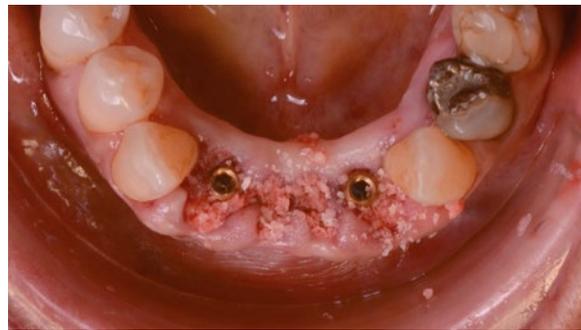


Fig. 8.

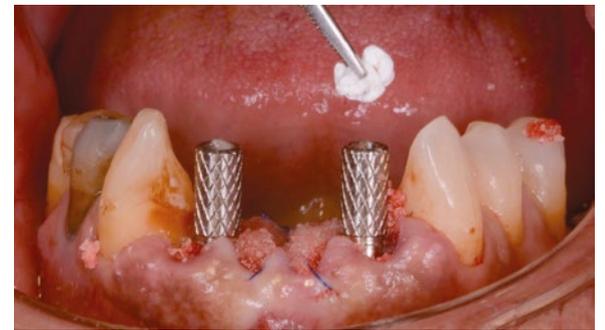


Fig. 9.



Fig. 10.

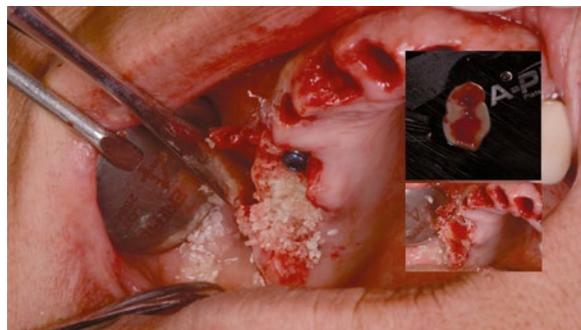


Fig. 11.

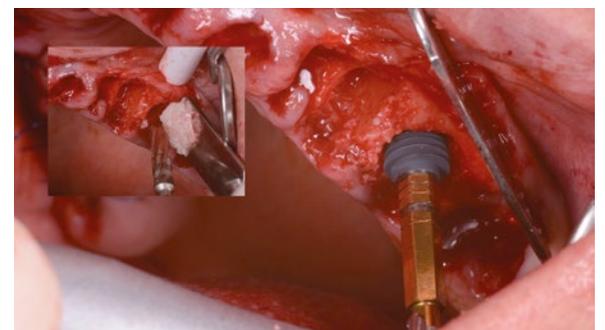


Fig. 12.



Fig. 13.

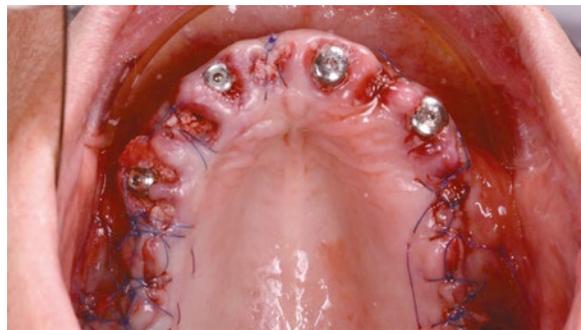


Fig. 14.

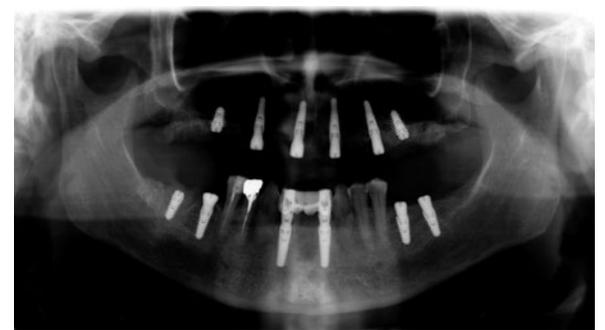


Fig. 15.



Fig. 16.



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.



Fig. 20.



Fig. 21.

(Fig.5-7). Posteriormente colocou-se uma estrutura intermédia (octa abutment) e um pilar metálico provisório (Fig.8-9). No maxilar superior, procedeu-se à exodontia atraumática de todos os dentes remanescentes e controlo da infeção periodontal (Fig.10). Posteriormente procedeu-se à colocação imediata dos implantes e regeneração óssea com uma mistura de osso autógeno e xenoenxerto e colocação de uma membrana de PRF (Fig.11-14). Toda a fase cirúrgica decorreu no mesmo dia (Fig.15). A fase protética temporária foi realizada 48 horas após a colocação dos implantes (Fig.16). As estruturas provisórias foram confeccionadas pelo laboratório em PMMA (acrílico). Observou-se uma modulação dos tecidos moles durante a fase protética provisória que permitiu otimizar a arquitetura dos tecidos moles (Fig.17). As estruturas definitivas em cerâmica foram cimentadas 3 meses após a cirurgia na mandíbula e 6 meses após a cirurgia na maxila (Fig.18-21).

Discussão

A terapia implantar apresenta bons resultados em pacientes com história de doença periodontal, sendo um dos fatores-chave para o sucesso dos implantes nestes pacientes a existência de um apropriado programa de manutenção periodontal¹. A perda óssea e o conseqüente colapso dos tecidos moles são um dos grandes fatores de risco para a terapia implantar. Preconiza-se a colocação imediata de implantes como estratégia de preservação da arquitetura óssea e a colocação imediata da estrutura protética provisória com o objetivo de manter a arquitetura dos tecidos moles³.

Hoje em dia, a osteointegração do implante e apropriada função do mesmo na arcada deixaram de ser encarados como os únicos parâmetros que permitem determinar o sucesso de um implante. Assumindo cada vez maior importância, a arquitetura harmoniosa dos tecidos moles e duros que devem complementar restaurações fixas fabricadas por forma a mimetizar o aspeto das peças dentárias naturais. Com o objetivo de otimizar o resultado final em termos de estética mucogengival, devem fabricar-se as estruturas protéticas provisórias com um apropriado perfil de emergência. Este procedimento constitui a melhor ferramenta para modelar os tecidos moles peri-implantares. No entanto, a capacidade para manipular estes tecidos difere consoante

a posição do implante em relação ao osso e o biótipo gengival. Sendo que um implante infraósseo em indivíduos com biótipo espesso constitui a situação ideal para obter um bom perfil de emergência através da modulação dos tecidos moles. Finalizada a fase provisória, a estrutura protética definitiva deve ser fabricada seguindo o contorno ideal dos tecidos moles, previamente estabelecido com as estruturas provisórias^{8,9}.

O sucesso de uma reabilitação protética complexa com implantes depende, entre outros, do design da estrutura protética colocada sobre os implantes, que deve ser estético mas também favorecer a manutenção da saúde periodontal. O objetivo é criar uma estrutura protética com um perfil de emergência que provoque um deslocamento mínimo dos tecidos e que permita o acesso aos instrumentos de higiene oral, de forma a que seja possível manter um adequado controlo de placa bacteriana pelo paciente e pelo médico dentista ou higienista oral. Uma das formas de melhorar o perfil de emergência é através da utilização de pilares personalizados que conferem maior flexibilidade na determinação e obtenção do apropriado perfil de emergência¹⁰. Sub e sobrecontornos (utilização de abas, por exemplo) das estruturas protéticas colocadas sobre os implantes têm o potencial de provocar retenção de placa bacteriana e tártaro, o que pode levar ao desenvolvimento de mucosite e peri-implantite. Um acesso apropriado à região subgengival da prótese, a

fim de ser possível higienizá-la, principalmente por parte do paciente, é determinante para a longevidade quer dos implantes, quer da estrutura protética¹⁰.

Conclusão

Um paciente periodontal pode ser reabilitado de forma bem-sucedida com implantes dentários desde que o design da estrutura protética favoreça o controlo de placa bacteriana pelo paciente e pelo clínico e que a terapia de manutenção periodontal seja cumprida. O protocolo de carga imediata não só diminui o tempo total de tratamento como também evita um período extenso de edentulismo, com as conseqüências funcionais e estéticas que lhe estão associadas. A regeneração óssea permite a colocação de implantes em situações que de outra forma não seriam uma opção terapêutica possível para os pacientes. ■

*Médico Dentista, Departamento Reabilitação Oral, Clínica White, Lisboa.

** Médica Dentista, Departamento Reabilitação Oral, Clínica White, Lisboa

*** Médica Dentista; Departamento Reabilitação Oral, Clínica White, Lisboa

**** Médica Dentista, Departamento Reabilitação Oral, Clínica White, Lisboa

Referências Bibliográficas

- 1.Zangrando M, Damante C, Sant'Ana A et al. Long-Term Evaluation of Periodontal Parameters and Implant Outcomes in Periodontally Compromised Patients. A Systematic Review. *Journal of Periodontology*. 2014; 86: 201-21.
- 2.Schou S, Holmstrup P, Worthington H, Esposito M. Outcome of implant therapy in patients with previous tooth loss due to periodontitis. *Clin. Oral Impl. Res.* 2006; 17: 104-123.
- 3.Rojo R, Prados-Frutos J, Manchón A et al. Soft Tissue Augmentation Techniques in Implants Placed and Provisionalized Immediately: A Systematic Review. *BioMed Research International*. 2016; 2016: 1-12.
- 4.Esposito M, Grusovin MG, Maghahah H, Worthington HV. Interventions for replacing missing teeth: different times for loading dental implants (Review). *The Cochrane Library*. 2013; 3: 1-93.
- 5.Choukroun J, Diss A, Simonpieri A, et al. Platelet-rich fibrin (PRF): A second-generation platelet concentrate. Part IV: Clinical effects on tissue healing. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;101: 56-60.
- 6.Simonpieri A, Del Corso M, Vervelle A, et al. Current Knowledge and Perspectives for the Use of Platelet-Rich Plasma (PRP) and Platelet-Rich Fibrin (PRF) in Oral and Maxillofacial Surgery Part 2: Bone Graft, Implant and Reconstructive Surgery. *Current Pharmaceutical Biotechnology*. 2012; 13: 1231-1256.
- 7.Interventions for replacing missing teeth: horizontal and vertical bone augmentation techniques for dental implant treatment (Review). Esposito M, Grusovin MG, Felice P, et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 4.
- 8.Alani A & Corson M. Soft tissue manipulation for single implant restorations. *British Dental Journal*. 2011; 211: 411-416.
- 9.Tsai B. A Method for Obtaining Peri-Implant Soft-Tissue Contours by Using Screw-Retained Provisional Restorations as Impression Copings: A clinical report. *Journal of Oral Implantology*. 2011; 37: 605-609.
- 10.Branam S & Mora G. How implant prosthesis design influences implant maintenance access. *Hygiene C.E. Magazine*. 2013; 1: 21-22.