

A IMPORTÂNCIA DAS CONSULTAS DE CONTROLO DE HIGIENE ORAL NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS PERI-IMPLANTARES

RESUMO

Introdução: A implantologia é nos dias de hoje é uma prática clínica comum no âmbito da medicina dentária.

Cada vez mais ocorre o recurso à cirurgia de colocação de implantes para substituir peças dentárias perdidas, de forma a preservar o equilíbrio de todo o sistema estomatognático. Tal como qualquer procedimento realizado em saúde, obedece a protocolos e fatores de influência relacionados com o paciente e com as componentes ambientais onde este está inserido.

Materiais e métodos: Realizou-se uma pesquisa na base de dados medline, ebsco e lilacs, tendo como principais critérios de inclusão artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola e o conteúdo científico.

Dos cerca de 560 artigos foram selecionados para o estudo 28 artigos. Na escolha dos mesmos utilizaram-se as seguintes palavras chaves: *oral hygiene, peri implantitis e mucositis*.

Foi dada principal importância a revisões sistemáticas de

ensaios clínicos, revisões sistemáticas de estudos coortes e estudos coortes, revisões sistemáticas de casos controlo e estudos de caso controlo, séries de casos e opinião sem avaliação crítica explícita.

Discussão: A maioria dos estudos mostram que muitos casos de peri-implantite resultam de mucosites não tratadas, que têm a presença de placa bacteriana como principal factor de risco.

As consultas de controlo de higiene oral devem primar pela motivação constante para as técnicas de remoção de placa bacteriana e para a pesquisa de sinais e sintomas compatíveis com estados patológicos, assim como uma efetiva remoção de depósitos e cessação de fatores retentivos.

Conclusão: É fundamental informar e consciencializar o paciente portador de implantes para a necessidade de realizar uma higiene oral correta e adaptada para prevenir o aparecimento e desenvolvimento de patologias peri-implantares, assim como a realização de consultas de controlo profissionais.

O diagnóstico das patologias peri-implantares é obtido tendo em conta parâmetros como:

- profundidade de sondagem;
- presença de hemorragia;
- presença de supuração;
- análises microbiológicas;
- radiografias;
- mobilidade.

Considera-se a existência e progressão da doença, em implantes que são colocados, osteointegrados e colocados em carga^{1,6,7,8,9,10,11,12}.

Vários estudos apontam como fatores de risco para a peri-implantite: ^{2,6,7,11,12}

- a história passada de doenças periodontais;
- biofilme bacteriano;
- hábitos tabágicos;
- doenças sistémicas como diabetes, osteoporose, entre outras;
- consumo excessivo de álcool;
- fatores genéticos;
- superfície do implante;
- relação oclusal ou causa protética;
- condição da mucosa no que respeita a mucosa queratinizada;
- medicação;
- comprometimento ósseo.

É importante referir que a saúde dos tecidos peri-implantares deve ser descrita como uma situação em que a mucosa não apresenta inflamação nem perda de osso.

Não ocorre edema nem eritema dos tecidos, não há aumento da profundidade de sondagem, hemorragia, supuração ou perda de osso radiológica⁶.

Nesta revisão bibliográfica, incide-se na presença da placa bacteriana como fator principal no aparecimento e progressão das patologias peri-implantares.

Metodologia

Este artigo assenta numa revisão bibliográfica para a qual se realizou uma pesquisa na base de dados medline, ebsco e lilacs, tendo como principais critérios de inclusão artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola e o conteúdo científico.

Na escolha dos artigos considerados utilizaram-se as seguintes palavras chaves: *oral hygiene, peri-implantitis, mucositis*.

Dos cerca de 560 artigos e após leitura dos abstractos, foram selecionados para o estudo 28 artigos.

Foi dada principal importância a revisões sistemáticas de ensaios clínicos, revisões sistemáticas de estudos coortes e

Introdução

A implantologia é nos dias de hoje uma prática comum no âmbito da medicina dentária^{1,2,3}.

Cada vez mais ocorre o recurso à cirurgia de colocação de implantes para substituição de peças dentárias perdidas, de forma a preservar o equilíbrio de todo o sistema estomatognático^{1,3,4,5,6}.

Tal como qualquer procedimento realizado em saúde, tem limitações associadas e obedece a protocolos e fatores de influência relacionados com o paciente e com as componentes ambientais onde este está inserido^{1,3, 4,5,6,7}.

Torna-se cada vez mais evidente a presença de pato-

logias periodontais e peri-implantares em pacientes portadores de implantes dentários, o que leva os autores deste artigo a afirmar que a prevenção de patologias peri-implantares e a monitorização controlada de pacientes devem estar integradas no conceito de reabilitação fixa com implantes^{5,6,7,8}. O paciente deve estar informado dos fatores de risco para as doenças peri-implantares, garantindo a *compliance* necessária com o profissional de saúde para a prevenção das mesmas.

As doenças peri-implantares (tais como as doenças periodontais) são patologias multifatoriais e subdividem-se em duas categorias:

1) Mucosite

Definida como a presença de inflamação na mucosa peri-implantar adjacente ao implante induzida por bactérias. Não existe perda óssea, caracteriza-se pela presença de edema gengival, hemorragia e aumento da profundidade à sondagem^{1,6,7,8}.

2) Peri-implantite

Definida como infecção induzida por bactérias, onde ocorre perda óssea em torno do implante. Pode existir também edema gengival, hemorragia e aumento da profundidade à sondagem, supuração e recessão dos tecidos adjacentes ao implante^{1,6,7,8,9,10,11,12}.

Em qualquer um dos processos pode ocorrer ou não sintomatologia dolorosa.



Dra. Silvana Guerra

Higienista Oral a exercer em clínica privada com licenciatura em Higiene oral pela FMDUL



Prof. Doutor Fernando Almeida

PhD FMDUP 2006; Administrador da Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e Labdent - Laboratório de Prótese Dentária e Centro de Formação FA; Orador convidado de várias conferências nacionais e internacionais; Autor de vários Artigos Científicos publicados em revistas Nacionais e Internacionais; Coordenador do Curso Privado em Implantologia, no Porto e Lisboa; Consultor Científico de vários produtos de Implantologia.



Fig. 1 – Escovilhões interproximais de diâmetros variados.



Fig. 2 e 3 – Superfloss.

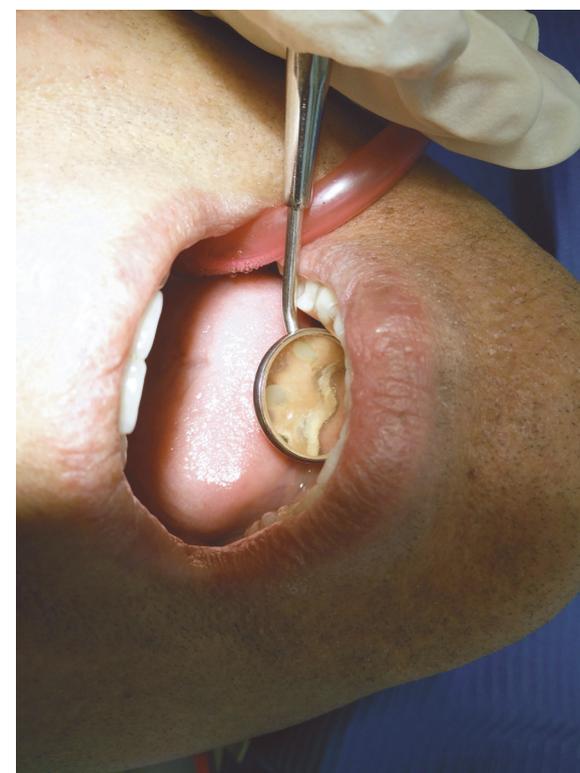


Fig. 4 e 5 – Depósitos agregados em prótese sobre implantes.

estudos coortes, revisões sistemáticas de casos controlo e estudos de caso controlo, séries de casos e opinião sem avaliação crítica explícita.

Discussão

A maioria dos estudos aponta para uma prevalência de mucosite e peri-implantite cada vez maior^{1,6,10,14,15}. Segundo grande parte dos autores, os microorganismos mais observados nas bolsas peri-implantares são gram negativos e espiroquetas, tais como *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythia* e *Fusobacterium*^{3,6,10,11,14}.

Salvi et. al. (2007)²⁷ afirma ainda quem além da peri-implantite ser maioritariamente uma infeção aeróbica polimi-

crobiana, existem microorganismos, como o *Staphylococcus aureus*, que têm um papel importante na dinâmica destas patologias devido à sua elevada afinidade com o titânio¹.

A maioria dos estudos mostram que não existe uma diferença microbiológica muito significativa entre os colonizadores na mucosite e peri-implantite, permitindo assim afirmar que muitos casos de peri-implantite resultam de mucosites^{2,3,6,10,13,14,16}.

Todos os estudos evidenciam a presença de placa bacteriana como um fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento das patologias periimplantares^{1-3,5-24}.

Segundo a pesquisa de Smeets et. al. (2014)¹, a prevenção das patologias começam na explicação dos fatores de risco associados à placa bacteriana e na importância da responsabilidade do paciente como elemento ativo e soberano na manutenção da higiene oral. Assim, torna-se fundamental a existência de ensinamentos de remoção de placa bacteriana, realizados por profissionais de saúde oral, individualizados e adaptados a cada paciente ou a cada estrutura para garantir índices de depósitos baixos e compatíveis com a saúde periodontal^{1,6,24}.

Embora autores como Renverts et. al. (2009)²⁵ defendam a relação entre a presença de patologias peri-implantares e história passada de doença periodontal, é importante garan-

tir que nestes pacientes, além de um esquema de técnicas de higiene oral em ambulatório, existam consultas de controlo regulares com os profissionais de saúde oral especializados para garantir um protocolo de remoção de depósitos eficaz e um diagnóstico precoce de patologias^{11,14, 24,26}.

As consultas de controlo devem primar pela motivação constante para as técnicas de remoção de placa bacteriana e para a pesquisa de sinais e sintomas compatíveis com estados patológicos.

É importante que o paciente esteja elucidado para a existência e função dos meios de remoção de placa bacteriana em reabilitações fixas sobre implantes como escovilhões, escovas uniufo, fio dentário, superfloss, jacto de água, entre outros.

Muitos estudos defendem ainda a anatomia das estruturas sobre implantes, quer sejam coroas unitárias, pontes ou estruturas híbridas mais longas, como um factor crucial, tanto no aumento da retenção de placa bacteriana como na realização da própria higiene oral. Gosau et. al. (2010)¹⁹ menciona ainda que as superfícies implantares rugosas expostas são mais propícias à adesão bacteriana^{20,22,24}.

Na opinião de autores como Mombelli e Lang, os principais critérios de diagnóstico passam por avaliar sinais de infeção na mucosa, como alterações de cor ou volume, presença de exsudado ou hemorragia, presença de dor ou de alterações na relação tecidos-implantes. Salientam ainda a pesquisa de mobilidade ou falhas mecânicas associadas ao implante e a realização de exame radiográfico que deve ser feita com suporte adequado, garantindo o paralelismo e consequentemente imagens adequadas para *follow up*^{15,16,24}.

Todas estas técnicas visam a preservação da selagem biológica em redor dos implantes²³.

Como já foi referido, é fundamental em cada consulta instruir e motivar o doente, perceber as suas dificuldades, avaliar o padrão de higiene oral mantido (índices de depósitos) e instrumentos utilizados. Pacientes com dificuldades de destreza manual devem, com a ajuda do profissional, adaptar e recriar métodos e técnicas de higiene que facilitem e permitam a remoção máxima de depósitos.

A consulta de controlo e higiene oral inclui ainda a remoção de depósitos duros e moles com instrumentos específicos (pontas e curetas em plástico, teflon ou carbono, cúpulas e pasta não abrasiva, irrigações com anti-sépticos e controlo radiográfico). É relevante garantir que o desenho e anatomia da estrutura protética sobre o implante não potencia a empacotamento alimentar e dificulta a higiene.

Nestas situações, o contorno das estruturas deve ser alterado e realizado um polimento adequado, garantindo que todos os critérios correspondentes à manutenção da saúde dos implantes são garantidos. Na abordagem protética, deve ser feita ainda uma rigorosa avaliação dos contactos oclusais.

Aquando de manifestações de patologias peri-implanta-

res, torna-se fundamental a avaliação e realização de um plano de tratamento para evitar a progressão de doença e consequente perda precoce do implante. Neste âmbito, os estudos são unânimes em demonstrar que o tipo de abordagem a ter pode ser não cirúrgica ou o doente pode avançar para a fase de tratamento cirúrgico²⁵⁻²⁸.

Conclusão

Com esta revisão bibliográfica conclui-se que se torna imprescindível informar e consciencializar o paciente porta-

dor de implantes para a necessidade de realizar uma higiene oral correta e adaptada.

A existência de níveis de higiene oral deficientes e consequente acumulação de placa bacteriana em torno dos implantes mostra-se como um dos principais factores no desenvolvimento de doenças peri-implantares, o que nos leva a afirmar que as consultas de controlo profissional regulares são fundamentais e a principal forma de prevenção e deteção precoce de doenças. ■

Referências Bibliográficas

1. Smeets, R. et al.; Definition, etiology, prevention and treatment of peri-implantitis – a review; *Head & Face Medicine*; 2014; 10-34.
2. Shah, R.; Peri-implantitis, treatment protocols; *Dentistry today*; 2011; Vol. V; Issue II; 25-26.
3. Becker S et. al. A pilot study: microbiological conditions of the oral cavity in minipigs for peri-implantitis models. *Laboratory animals* 2011; 45: 179-183.
4. Froum, S; Dental hygienists play a critical role in preventing and recognizing implant complications; *Dimensions of dental hygiene*; 2012; 10 (2): 19-21.
5. Dvorak, G et. al. Peri-implantitis and late failures in postmenopausal woman: a cross-sectional study; *Journal Clin Periodontology*; 2011.
6. Hernandez A; Arce, B; Magallón C; Chamorro, J. Prevalência, diagnóstico y tratamiento de la peri-implantitis; *Gaceta Dental*; 2011; 58-82.
7. Schwarz, F; Becker, J.; Peri-implant infection: etiology, diagnosis and treatment; 1ª edição; Quintessence publishing; Novembro de 2009.
8. Ata-ali J et. al. Peri-implantitis: associated microbiota and treatment. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*; 2011; 16: 937-943.
9. Schwarz et. al. Impact of defect configuration on the clinical outcome following surgical regenerative therapy of peri-implantitis. *Journal of Clinical Periodontology* 2010; 37: 449-455.
10. Melo L, Vitussi T, Andrade J. Microbiology of peri-implant diseases: literature review. *Revista de Odontologia da UNESP* 2007; 36 (1): 61-69.
11. Renvert S, Persson GR. Periodontitis as a potential risk factor for peri-implantitis. *Journal Clinical Periodontology* 2009; 36 (10): 9-14.
12. Lang NP et. Al. Monitoring disease around dental implants during supportive periodontal treatment; *Periodontology*; 2000; Vol. 12: 60-68.
13. Salvi, G. et al.; Local antimicrobial therapy after initial periodontal treatment – A randomized clinical trial comparing three biodegradable sustained release polymers; *Journal Clinical periodontal*; 2002; 29: 540-550.
14. Heinz-Maayfield L et. al. Comparative biology of chronic and aggressive periodontitis vs. peri-implantitis. *Periodontology* 2000; Vol. 53: 167-181;
15. Sakka S; Coulthard P. Implant failure: Etiology and complications. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*; 2011; 16 (1): 42-44.
16. Fransson C et. al. Severity and pattern of peri-implantitis-associated bone loss; *Journal of Clinical Periodontology*; 2010; 37: 442-448.
17. Schwarz F et. al. Impact of the method of surface debridement and descontamination on the clinical outcome following combined surgical therapy of peri-implantitis: a randomized controlled clinical study. *Journal of Clinical Periodontology* 2011; 8: 276-284.
18. Serino G et. al. Outcome of surgical treatment of peri-implantitis: results from a 2-year prospective clinical study in humans. *Clinical Oral Implants Research* 2011: 1-7.
19. Gosau M et. al. Effect of six different peri-implantitis disinfection methods on in vivo human oral biofilm. *Clinical Oral Implants Research*.2010; 866-872.
20. Heitz-Mayfield, L. et al.; anti-infective treatment of peri-implant mucositis: a randomized controlled clinical trial; *Clinical Oral Implant Res*; 2011; 237-241.
21. Real-Osuna J et. al. Prevalence of complications after the oral rehabilitation with implant-supported hybrid prostheses. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*; 2012; 17 (1).
22. Charalampakis G et. al. A follow-up study of peri-implantitis cases after treatment. *Journal of Clinical Periodontology* 2011; 38: 864-871.
23. Neves, J. et al; Manutenção em implantes dentários; *Revista Gaucha de Odontologia*; 2008Vol. 56: 437-443.
24. Dhir, S.; Maesh, L.; The peri-implant zone: a review of literature; *International Journal of Oral Implantology and Clinical Research*, 2011; 61-66.
25. Renvert, S.; Samuelsson, C.; Gosta, R.; Mechanical non-surgical treatment of peri-implantitis: a double-blind randomized longitudinal clinical study; *Journal clinical Periodontology*; 2009; 36: 604-609.
26. Sahm N et. al. Non-surgical treatment of peri-implantitis using an air-abrasive device or mechanical debridement and local application of chlorohexidine: a prospective, randomized, controlled clinical study. *Journal of Clinical Periodontology* 2011; 38: 872-878.
27. Salvi G et. al. Adjunctive local antibiotic therapy in the treatment of peri-implantitis II: clinical and radiographic outcomes. *Clinical Oral Implants Research* 2007; Vol. 18: 281-285.
28. Park J B. Treatment of peri-implantitis with deproteinised bovine bone and tetracycline: a case report. *Gerodontology* ; 2012; 29(2): 145-149.
29. Bobia, F.; Pop, R. V.; Periimplantitis. Aetology, diagnosis, treatment. A review from literature; *Current Health Sciences Journal*; 2010; Vol. 36.