



UM DILEMA NOS IMPLANTES

É indicado reabilitar com implantes perdas dentárias em pacientes com histórico de doença periodontal prévia?

Emerson Nakao
Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani
Caroline Teggi Schwartzkopf

Poucas são as contraindicações absolutas à instalação dos implantes dentários.¹ Todavia, antes da intervenção cirúrgica, deve-se avaliar minuciosamente o paciente e considerar seu estado de saúde bucal; suas condições médicas e psicológicas; a motivação e a habilidade do paciente em realizar adequadamente sua higiene oral; as expectativas que tem em relação ao tratamento; e fatores que possam levar ao aumento do risco de insucesso e ao declínio das condições da dentição remanescente e do estado periodontal.²

As contraindicações relativas incluem o declínio cognitivo, SAS IV ou categorias superiores – descrição do estado do paciente segundo classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (veja quadro na pág. 8) –, ou condições médicas que podem pôr em risco a vida ou o tempo de vida do paciente. As precauções para a colocação de implantes dentários devem ser vistas com relação às exposições baseadas em evidências que podem contribuir para o risco de falha, incluindo fatores locais, comportamentais e médicos, mas não se limitando. O risco de falha do implante dentário aumenta quando há histórico de doença periodontal, bruxismo, tabagismo e radioterapia.¹

Bolsas periodontais ativas funcionam como reservatórios de patógenos periodontais que abastecem o processo de colonização e estabelecimento de um microbioma incompatível com saúde peri-implantar.^{3,4}

A dinâmica da colonização bacteriana ao redor dos implantes, que inicia após sua instalação, é relatada em estudos como o de Gerber,⁵ Fürst,³ Salvi⁶ e Subramani.⁷ Os artigos sugerem a importância do controle infeccioso antes da instalação dos mesmos em pacientes parcialmente dentados,⁴ e, conseqüentemente, de um controle periódico após a finalização do tratamento restaurador. Assim como na doença periodontal, o microbioma na peri-implantite é predominantemente composto de anaeróbios.^{2,4,8,9} É preciso entender que o estado periodontal pode mudar ao longo do tempo e, por isso, deve ser acompanhado com certa periodicidade, de acordo com a necessidade individual de cada paciente.

Baseando-se na suscetibilidade ao desenvolvimento da periodontite e no potencial da transmissão de patógenos periodontais dos dentes para o implante, pode-se ressaltar o aumento de risco e incidência de peri-implantite nos pacientes com histórico de doença periodontal prévia^{4,9,10} e também em fumantes.^{1,4,10} Para Chrcanovic,¹¹ mesmo com um número limitado de evidências, seu estudo sugere que um aumento na suscetibilidade à periodontite também pode significar maior probabilidade de perda do implante, perda de osso de suporte e infecção após a instalação dos implantes.

Pacientes severamente comprometidos pela doença periodontal que apresentam múltiplas perdas dentárias podem ser reabilitados proteticamente, desde que cumpram um protocolo de cuidados antes e após a instalação dos implantes. Ele inclui controle da doença por meio de procedimentos básicos periodontais e

complementação cirúrgica quando necessário, além de análises periódicas ao longo da vida, conforme sugere um recente estudo que acompanhou pacientes com esse perfil por até 20 anos, seguindo esse protocolo.¹²

Não invalidando esse resultado, percebe-se conflito com a literatura sobre o assunto, que ressalta um prognóstico de curto prazo para os implantes instalados em pacientes tratados para periodontite agressiva,^{11,13-15} mas considerado aceitável para esses casos.¹³ Em comum, essas revisões sistemáticas trazem o alerta para as diferenças de

metodologia entre os estudos, motivo pelo qual muitos deles são excluídos, o que torna necessária a realização de estudos prospectivos bem delineados.^{11,13,14}

Há alguma evidência de que os pacientes tratados para periodontite podem sofrer mais perda de implantes e complicações, assim como maior perda óssea e peri-implantite do que pacientes periodontalmente saudáveis.¹¹ Mesmo com resultados conflitantes, conclui-se que a terapia periodontal realizada antes da instalação de implantes, com o intuito de reduzir os níveis de patógenos potencialmente prejudiciais, e conseqüentemente, as chances de colonização desses microrganismos anaeróbios na superfície de titânio, pode exercer importante papel na longevidade dos implantes a serem instalados.

Há evidências de que os pacientes tratados para periodontite podem sofrer mais perda de implantes e complicações, assim como apresentar maior perda óssea



Indivíduos edêntulos podem apresentar bactérias que se acreditava existirem somente enquanto houvesse dentes, como o *A. actinomycetemcomitans* e o *P. gingivalis*,^{16,17} embora a diversidade microbiana seja menor nesses indivíduos.¹⁷ Assim, reabilitar esse perfil de paciente também requer algum cuidado prévio à instalação de implantes. Portanto, segundo Rocuzzo,¹⁸ a abordagem para múltiplas extrações dentárias preventivas e colocação de implantes, com base na suposição de que os implantes têm melhor desempenho do que os dentes, deve ser seguida com extrema cautela. Van der Weijden¹⁹ conclui em seu estudo que seus dados, mesmo que limitados, permitem afirmar que o resultado da terapia com implante em pacientes periodontalmente comprometidos e com perda parcial de dentes não é exatamente igual (menos favorável) quando comparado com a feita em indivíduos saudáveis.

Como as filosofias de tratamento podem se alterar com o tempo, uma revisão periódica dos diferentes conceitos é necessária para refinar técnicas e eliminar procedimentos desnecessários. Isso formaria uma base para o tratamento ideal.¹¹ Pacientes com histórico de periodontite devem ser avisados de um risco potencialmente maior de desenvolver a peri-implantite¹⁹ e orientados a manter uma adequada higienização bucal no ambiente doméstico e a comparecer, em intervalos regulares, a consultas para controle clínico e radiográfico, quando este for necessário. Um estudo recente²¹ aponta para uma possível associação entre o edentulismo causado pela doença periodontal após os 50 anos e o comprometimento cognitivo em pacientes diagnosticados com demência grave, condição que compromete a manutenção de uma higiene bucal adequada. 🔄

SISTEMA ASAS

Classificação do estado físico do paciente segundo a Sociedade Americana de Anestesiologistas

CLASSIFICAÇÃO ASA	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
ASA I	Paciente com a saúde normal	Saudável, não fumante, que não bebe álcool ou tem consumo mínimo
ASA II	Paciente com doença sistêmica leve	Apenas doenças leves, sem limitações funcionais substanciais. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): fumante; quem bebe socialmente; grávidas; obesos (IMC entre 30 e 40); pessoas com diabetes e hipertensão controlados; doença pulmonar leve
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa	Com limitações funcionais substanciais; uma ou mais doenças moderadas ou severas. Os exemplos incluem: diabetes ou hipertensão não controlados; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); obesidade mórbida (IMC igual ou maior que 40); hepatite ativa; dependência ou abuso de álcool; marca-passo implantado; redução moderada da fração de ejeção; doentes renais em diálise; bebês prematuros com menos de 60 semanas; histórico (superior a três meses) de ataque cardíaco, derrame ou mini-AVC
ASA IV	Um paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida	Os exemplo incluem: pessoas com casos recentes (menos de três meses) de ataque cardíaco, derrame ou mini-AVC; isquemia cardíaca em curso ou com disfunção valvular grave; redução severa da fração de ejeção; sepse; coagulação intravascular disseminada; síndrome do desconforto respiratório agudo; insuficiência renal sem tratamento por diálise regular
ASA V	Um paciente cuja expectativa é que não sobreviva sem uma operação.	Entre os exemplos estão: aneurisma abdominal/torácico; trauma grave; sangramento intracraniano com efeito no cérebro; intestino isquêmico em função de patologia cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas
ASA VI	Um paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para doação	



REFERÊNCIAS:

1. Kullar AS, Miller CS. Are there contraindications for placing dental implants? *Dent Clin North Am.* 2019 Jul;63(3):345-62. Epub 2019 Apr 15. doi: 10.1016/j.cden.2019.02.004.
2. Mishler OP, Shiau HJ. Management of peri-implant disease: a current appraisal. *J Evid Based Dent Pract [Internet].* 2014 [acesso em 2019 Out 05];14(Suppl 6):53-9. Epub 2014 Apr 05. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.04.010>.
3. Fürst MM, Salvi GE, Lang NP, Persson GR. Bacterial colonization immediately after installation on oral titanium implants. *Clin Oral Impl Res [Internet].* 2007 [acesso em 2019 Out 05];18:501-08. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01381.x>.
4. Heitz-Mayfield LJ. Diagnosis and management of peri-implant diseases. *Aust Dent J.* 2008;53(Suppl 1):43-8.
5. Gerber J, Wenaweser D, Heitz-Mayfield L, Lang NP, Persson GR. Comparison of bacterial plaque samples from titanium implant and tooth surfaces by different methods. *Clin Oral Implants Res.* 2006 Feb;17(1):1-7. doi: 10.1111/j.1600-0501.2005.01197.x.
6. Salvi GE, Fürst MM, Lang NP, Persson GR. One-year bacterial colonization patterns of *Staphylococcus aureus* and other bacteria at implants and adjacent teeth. *Clin Oral Implants Res [Internet].* 2008 Mar [acesso em 2019 Out 05];19(3):242-8. Epub 2008 Jan 03. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0501.2007.01470.x>.
7. Subramani K, Jung RE, Molenberg A, Hammerle CH. Biofilm on dental implants: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2009 Jul-Aug;24(4):616-26. PubMed; PMID 19885401.
8. Greenstein G, Cavallaro Jr J, Tarnow D. Dental implants in the periodontal patient. *Dent Clin N Am.* 2010;54(1):113-28.
9. Keller W, Brägger U, Mombelli A. Peri-implant microflora of implants with cemented and screw retained suprastructures. *Clin Oral Implants Res.* 1998;9:209-17.
10. Quirynen M, Renvert S. Risk indicators for peri-implantitis. A narrative review. *Clin Oral Impl Res.* 2015;26(Suppl 11):15-44.
11. Chrcanovic BR, Albrektsson T, Wennerberg A. Periodontally compromised versus periodontally healthy patients and dental implants: a systematic review and meta-analysis. *J Dent.* 2014;42(12):1509-27.
12. Mengel R, Wendt J, Peleska B. Prosthodontic treatment outcomes in periodontally compromised patients: a 6- to 20-year long-term cohort study. *Int J Prosthodont.* 2019 Mar-Apr;32(2):153-61. PubMed; PMID 30856639.
13. Karoussis IK, Kotsovilis S, Fourmousis I. A comprehensive and critical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res [Internet].* 2007 Dec [acesso em 2019 Out 05];18(6):669-79. Epub 2007 Sep 13. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2007.01406.x>.
14. Safii SH, Palmer RM, Wilson RF. Risk of implant failure and marginal bone loss in subjects with a history of periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2010 Sep;12(3):165-74. Epub 2009 May 07. doi: 10.1111/j.1708-8208.2009.00162.x.
15. Sgolastra F, Petrucci A, Severino M, Gatto R, Monaco A. Periodontitis, implant loss and peri-implantitis. A meta-analysis. *Clin Oral Implants Res [Internet].* 2015 Apr [acesso em 2019 Out 05];26(4):e8-e16. Epub 2013 Dec 31. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/clr.12319>.
16. Sachdeo A, Haffajee AD, Socransky SS. Biofilms in the edentulous oral cavity. *J Prosthodont [Internet].* 2008 Jul [acesso em 2019 Out 05];17(5):348-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-849X.2008.00301.x>.
17. Gazdeck RK, Fruscione SR, Adami GR, Zhou Y, Cooper LF, Schwartz JL. Diversity of the oral microbiome between dentate and edentulous individuals. *Oral Dis [Internet].* 2019 Apr [acesso em 2019 Out 05];25(3):911-8. Epub 2019 Feb 10. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/odi.13039>.
18. Rocuzzo M, Bonino F, Aglietta M, Dalmasso P. Ten-year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 2: clinical results. *Clin Oral Implants Res [Internet].* 2012 Apr [acesso em 2019 Out 05];23(4):389-95. Epub 2011 Sep 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0501.2011.02309.x>.
19. Van der Weijden GA, van Bommel KM, Renvert S. Implant therapy in partially edentulous, periodontally compromised patients: a review. *J Clin Periodontol.* 2005 May;32(5):506-11. doi: 10.1111/j.1600-051x.2005.00708.x.
20. Ranjan R, Rout M, Mishra M, Kore SA. Tooth loss and dementia: an oro-neural connection. A cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol [Internet].* 2019 Mar-Apr [acesso em 2019 Out 05]; 23(2):158-62. Disponível em: https://doi.org/10.4103%2Fjisp.jisp_430_18.

**Prof. Emerson Nakao**

Mestre e Especialista em Prótese Dentária e professor da FFO-Fundectó, fundação conveniada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (Fousp)

**Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani**

Professor associado do Departamento de Odontologia Social e responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, ambos na Fousp

**Caroline Teggi Schwartzkopf**

Especialista em Periodontia e Prótese e mestranda em Periodontia pela Universidade Paris VII