FACSETE

EDSON LUIS MOREIRA AMATO

PROSERVAÇÃO DA PRÓTESE SOBRE IMPLANTE

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
2020

EDSON LUIS MOREIRA AMATO

PROSERVAÇÃO DA PRÓTESE SOBRE IMPLANTE

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso de Implantodontia.

Área de concentração: Implante

Orientador: José Claudio Maçon

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
2020

Amato, Edson Luis Moreira
Proservação da prótese sobre implante / Edson Luis Moreira Amato, 2020
42f.

Orientador: José Claudio Maçon
Monografia (especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2020

1. Prótese 2. Profilaxia 3. Implante
I. Título
II. José Claudio Maçon

FACSETE

Monografia intitulada ***"Proservação da próteses sobre implante"*** de autoria do aluno Edson Luis Moreira Amato.

Aprovada em 07/02/2020 pela banca constituída dos seguintes professores:

_____

Prof. José Claudio Maçon
FACSETE – Orientador

_____

Prof. Idelmo Rangel Garcia Junior
FACSETE

_____

Prof. Antônio Carlos Francisco
FACSETE

São José do Rio Preto, 07 de fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença constante na minha vida, por me apoiar e orientar.

A minha família que mesmo nos momentos mais difíceis estiveram ao meu lado zelando por mim,

Aos meus amigos de turma nos quais foram de suma importância na execução de nossas tarefas,

E enfim aos professores que com muita competência e paciência me tornou capaz de mudar o sorriso e a vida de muitas pessoas.

RESUMO

A limpeza dentária profissional, ou profilaxia, como ainda é chamada, é uma fórmula para asseio da boca concretizado pelo dentista, que pode fortificar-se e abordar muitos problemas bucais, prevenindo, até mesmo, o dano dos dentes. Mesmo cultivando costumes apropriados de escovação, uso cotidiano de fio dental e uso frequente de enxaguantes bucais pode surgir placas bacterianas, tártaros, cáries e enfermidades periodontais que afetam seriamente a saúde da boca. A prótese sobre implante é uma extraordinária alternativa de tratamento reabilitador quando possui perda de um ou mais subsídios dentários A qualidade de vida das pessoas tem influências suscitadas pela saúde e inteireza bucal e que precisa de cuidado durante todas as faixas etárias. Com o acrescentamento da esperança de vida da população e com o atual modelo estético, os indivíduos portadores de prótese dental passaram a aspirar escolhas reabilitadoras adequadas para conservar as condições fisiológicas do indivíduo. O presente estudo tem por objetivo devolver ao paciente alívio, garantia função, estética e autoconfiança por meio de próteses implante. Teve por métodos revisão bibliográfica do tema por autores e publicações, com procedimentos descritivos e abordagem qualitativa e indutiva. Com isso, as próteses retidas por implantes vêm se concretizando como favoritas entre as opções viáveis para suplementação de deficiências dentárias. Finalmente, os acrescentes alusivos à estética, mastigação, fonação, retenção e equilíbrio protético são abundantes causando em melhoras significantes no aspecto ativo e psicológico do paciente, reavendo a autoestima e confiança.

Palavras-chave: Prótese. Profilaxia. Implante.

ABSTRACT

Professional dental cleaning, or prophylaxis, as it is still called, is a dentist formula for mouth cleansing that can strengthen and address many oral problems, even preventing tooth damage. Even cultivating proper brushing customs, daily flossing, and frequent mouth washing can result in plaque, tartar, tooth decay, and periodontal disease that seriously affect the health of the mouth. The implant prosthesis is an extraordinary alternative for rehabilitative treatment when you lose one or more dental benefits. The quality of life of people has influences caused by oral health and wholeness and that needs care during all age groups. With the addition of the life expectancy of the population and the current aesthetic model, individuals with dental prosthesis began to aspire to adequate rehabilitation choices to conserve the physiological conditions of the individual. The present study aims to return to the patient relief, warranty, function, aesthetics and self-confidence through implant prostheses. It had by methods bibliographic review of the theme by authors and publications, with descriptive procedures and qualitative and inductive approach. Thus, implant-retained prostheses have become a favorite among viable options for supplementing dental deficiencies. Finally, the allusive additions to aesthetics, chewing, phonation, retention and prosthetic balance are abundant causing significant improvements in the active and psychological aspect of the patient, regaining self-esteem and confidence.

Keywords: Prosthesis. Prophylaxis. Implant

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Coroas inteiramente atarraxadas à cabeça do implante.....16
Figura 2 - Coroas Cimentadas.....18
Figura 3 – Aspecto da região interior de uma prótese total inferior com falha no asseio.....20
Figura 4 – Aspecto de prótese total superior severamente abrasonada pelo emprego de escova de cerdas persiste e dentifrício áspero. **.....**21
Figura 5 - Visualização do implante e correto posicionamento da escova unitufo.....25
Figura 6 - Disposições amoldadas para higienização com escova dental: A) Maxila; B) Mandíbula – face vestibular; C) Mandíbula– face lingual; D) Mandíbula – inclinação de acesso lingual aos implantes distais. 26
Figura 7 – Processo de Bass demudada – Inclinação de 45º na Escova.....28
Figura 8 – Emprego de Passa-fio para auxiliar a higienização de uma prótese protocolo.....30
Figura 9 - Cureta plástica.....31
Figura 10- Taça de borracha.....32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....10
2 DESENVOLVIMENTO 12
2.1 Papel da profilaxia dental.....12
2.2 Profilaxia das próteses sobre implante.....14
2.3 Prótese sobre Implante Parafusada.....15
2.4 Prótese Cimentada.....17
2.5 O USO DE PRÓTESES DENTÁRIAS.....18
2.5.1 Método Mecânico.....20
2.5.2 Método Químico..... 22
2.5.3 Método Combinado.....23
2.6 TRATAMENTO DA MUCOSITE E PERI-IMPLANTITE.....23
2.6.1 Orientação de higiene.....25
2.6.2 Higiene Oral Geral.....27
2.6.3 Possibilidade de dispositivos, cremes e enxaguatórios.....28
2.6.4 Escovas.....28
2.6.5 Creme Dental.....29
2.6.6 Fio dental e Hidropropulsores.....30
2.6.7 Manutenção e Acompanhamento do Paciente.....31
3 CONCLUSÃO.....33
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 34

1 INTRODUÇÃO

Implantações dentárias compõem-se, necessariamente, na inclusão de pinos de titânio no interior ósseo da maxila ou mandíbula, através de procedimentos específicos de intervenção, objetivando a aposto de matriz óssea calcificada sobre esse material biocompativel. As inserções dentárias podem ser definidas, para a comunidade laica, como substitutos das raízes dentárias confusas por métodos traumáticos, enfermidade cárie e/ou periodontal.

O implante dental tem sido largamente empregado para se obter uma apropriada permuta dentária, buscando extinguir os inconvenientes e problemas favoráveis às reconstruções protética sendo uma escolha duradoura de clínica. Com isso, sobre o alicerce das inserções torna-se indispensável o emprego de próteses integrais, parciais e unitárias fixas, para que seja restabelecida ao paciente, propriedade mastigatória, estética e funcional (MISCH, 2010).

O estudo mostrou que os implantes dentários estão sendo a elementar escolha para a barganha dentária, pelo odontólogo como também por parte dos pacientes. Os benefícios oferecidos pelo tratamento de barganha dos dentes através de próteses feitas sobre implante são numerosos; contudo, faz jus ao especial realce três destas sugestões: a prevenção biológica dos dentes confinantes ao lugar protético, a prevenção do esqueleto óssea restante do rebordo alveolar e, é essencial, a estética.

Pensando nisso, como também pela grande veiculação de dados a propósito dos implantes dentários, estes são uma opção de clínica bem acolhida e buscada, não sendo para grande parte, uma inovação e sendo um acontecimento. Contudo, muitos profissionais acham certas imprecisões em se tratando do mais perfeito modo de como continuar com a clínica protética sobre a implantação, sobretudo ao que se aludem às conveniências e desvantagens da cimentação ou da retenção através de parafuso da coroa protética sobre a pilastra do implante (BARBOSA e FEDUMENTI, 2006).

Pode-se notar que a prótese dentária restaura forma, emprego e estética de pacientes que perderam muitos elementos (GOIATO, et al, 2005).

Contudo, a instalação de subsídios artificiais na cavidade bucal pode intervir ou contribuir para o crescimento clínico ou subclínico de procedimentos patológicos, resultantes da associação prótese e microrganismo. De tal modo esta associação intervém na estabilização do ecossistema microbiológico do alvéolo bucal, na qual os bacilos se acham em estabilização saprofítico na falta de aparelhamentos protéticos (FONSECA; AREIAS; FIGUEIRAL, 2007)

Observa-se que o asseio das próteses muitas vezes é descuidado por seus utentes. A ausência de direção adequada de limpeza bucal pelos profissionais do ramo, as barreiras pertinentes às propriedades das próteses e a fase adiantada dos pacientes intervêm no acesso desta limpeza. De tal modo a diminuição do treino manual pelos pacientes, a ausência de publicação e o preço alto de produtos especiais de asseio de próteses, pensam nesse panorama de vacilada ou descaso com o asseio das próteses dentárias (GONÇALVES, et al, 2011).

Os cirurgiões dentistas ainda têm dúvidas quanto aos materiais e processos mais recomendados para cada caso clínico, em utentes de prótese dentária.

Em virtude com o publicado nesta pesquisa propõe-se exibir protocolos de asseio de próteses sobre Implante com o intuito de colaborar e nortear os profissionais da Odontologia quanto à opção das práticas de asseio de próteses dentárias.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Papel da profilaxia dental

A promoção de saúde bucal tem como alicerce a motivação do paciente e sua essência familiar quanto à cautela das enfermidades orais em bebês, crianças e jovens. O programa de higiene bucal e a profilaxia dentária profissional, em agregação com a estimativa recorrente do asseio bucal, fazem parte deste assunto.

A apreciação da saúde na visão periodontal e a cotação do ímpeto e/ou celeridade de cárie estabelecem pré-requisitos efetivos para a idealização apropriada da tática de ato do profissional na abordagem preventiva da enfermidade, cárie e das periodontopatias.

A placa bacteriana (biofilme dental) é uma ocorrência etiológica elementar destas duas enfermidades orais, Clerehugh (2001) e seu desenvolvimento não podem ser evitados em desvios de nível como nas aberturas oclusais, sinecuras gengivais ou proximais (CLEREHUGH, 2001).

As lesões de cárie se desenvolvem como consequência de acontecimentos metabólicos na placa bacteriana e, com isso, uma boa influência de placa precisa ser a matéria fundamental da clínica defensiva não invasiva. A instrução de limpeza oral deve ser privada e direcionada a partir do ultimato conduzido pelo profissional do modo como o paciente ou o seu responsável aborda a escovação e a limpeza interdental. O grande valor do sangramento gengival deve ser instruído ao paciente durante esta limpeza (LEAL; BEZERRA; TOLEDO, 2005) É indispensável a retirada regular da placa para conservar a normalidade gengival (GOODSON, et al, 2004).

Dentre os métodos mecânicos para higiene bucal, pode ser aconselhado para os dentes precedentes dos bebês o emprego de gaze ou fralda com oscilações delicadas de esfregação. De tal modo que os molares começarem a irupcionar, uma escova de dente manual ou elétrica, Grossman, et al, (2006) pode ser empregada, seguida pelo uso do fio dental em espaços especiais. Instrução específica deve ser direcionada durante a ocasião de incursão dos primeiros e segundos molares permanentes, que exibem maior sensibilidade à cárie devido à grande fixação de placa, devendo ser efetivada a escovação transversal, ou escova unitufo (MALTZ, et al, 2005).

Ainda que seja admissível extrair maior parte da placa empregando metodologias mecânicas de higiene bucal, muitos pacientes não têm determinação ou aptidão para nutrir-se em uma condição acessível de placa por ocasiões prolongadas de tempo. Estudos salutares mostraram que “programas de influência de placa autoaplicados, solitariamente, sem o apoio

profissional recorrente, são contraditórios em agenciar a inibição de gengivite em tempo determinado" (CARVALHO, 2001, p. 72).

Para ajudar no controle de placa em plano particular, a profilaxia dentária profissional estabelece em uma competente escolha. Para resolver o tipo e a periodicidade da profilaxia o clínico deve-se fundar-se na estimativa particular do ímpeto de cárie e enfermidade periodontal do paciente (CARVALHO, 2001, p. 25).

A profilaxia profissional pode dar cumprimento com gaze, escova dental, escova elétrica, taça de goma, escova rotativa e/ou aparelhos manuais, acompanhados pelo emprego do fio dental (RAMAGLIA, et al, 1999).

A profilaxia ainda pode ser efetivada com o procedimento do jato de bicarbonato de sódio, de maneira especial para amputação de nódoas extrínsecas e em pacientes ortodônticos, precisando, contudo, ser evitada sobre reparos de resina e ionômero de vidro (CARR, et al, 2002)

Ainda que tenha sido confirmado que a concretização de profilaxia com antecipação à *aplicação* tópica de flúor não seja estritamente indispensável, é ressaltante analisar que o comparecimento do biofilme tem impacto não somente na estabilização mineral das texturas dentário, mas ainda na saúde periodontal (TEN CATE; LOVEREN, 1999).

Também, na visão educacional, é extraordinário que maneiras prosaicas no sentido de produzir a conservação da higiene bucal sejam seguidas. Todavia, a decisão sobre a efetivação da profilaxia profissional deve ser respaldada nas suas recomendações e benfeitorias pertinentes abaixo, porque não obstante de ter sido comprovado que uma abundância diminuta da camada de esmalte rica em flúor é retirada com o uso da taça de borracha, a emprego de diferentes metodologias, como por exemplo, a pedra pomes em água aplicada com escova rotatória de Robinson procede em grande estrago do esmalte, quando conferida com o procedimento do jato de bicarbonato de sódio, tendo estes duas metodologias oferecidas maior estrago quando o esmalte foi antecipadamente desmineralizado (HONÓRIO, et al, 2006)

Na mesma direção, se uma profilaxia com taça de borracha será efetivada, uma pasta profilática com flúor e/ou a emprego de taça de borracha carregada com flúor são indicadas, sobretudo se isto não for acompanhado por uma aplicação tópica de flúor (ZIMMER, et al, 2002).

Com apoio nas recomendações e acrescimentos da profilaxia dental em agregação com a estimativa recorrente da saúde bucal, uma profilaxia profissional recorrente deve ser efetivada (CLEREHUGH, TUGNAIT, 2001).

2.2 Profilaxia das próteses sobre implante

A prótese sobre implante é uma extraordinária escolha de clínica reabilitadora quando há dano de um ou mais subsídios dentários. Consagrou-se como um fato na Odontologia atual pela sua previsibilidade e longevidade, adjuntas ao acréscimo da esperança de vida, ao custo acessível deste tipo de tratamento reabilitador e à cobrança estética e funcional dos pacientes (ALMEIDA *et al*., 2013).

A profilaxia dos dentes feita por um Cirurgião Dentista é sempre a mais completa, pois ele faz a limpeza de dente por dente de maneira distinta. Ela é feita com produtos, aparelhamentos e instrumentais especiais, de manipulação e acesso somente profissional. Com isso, ao mesmo tempo em que o Dentista realiza a limpeza, também verifica e diagnostica – com documentação radiográfica auxiliar – problemas de excessos de consertos, falhas, lesões de cáries, tecidos moles e todo o conjunto que compõe o sistema estomatognático.

Abrigados diretamente sobre o osso da maxila ou da mandíbula, os implantes osseointegrados trabalham como substitutos das raízes apropriadas dos dentes e toam como apoio para a prótese, que pode ser parafusada ou encaixada em cima deles. O emprego é aparelhado em duas etapas.

Inicialmente é a cirurgia, quando os implantes de titânio no aspecto de parafusos são ligados no osso do paciente. Na segunda etapa, denominada de fase protética, poderá ser alojada uma prótese fixa, parafusada nos implantes ou cimentada sobre uma armação de metal parafusada nas implantações, ou uma prótese removível, que precisa se adaptar sobre detentores parafusados aos implantes (ALMEIDA *et al*., 2013).

Embora seja a opção que mais se assemelha aos dentes naturais e dá mais garantia aos pacientes, quem sofre de enfermidades sistemáticas deve ter muito cuidado durante a clínica. Doenças como a diabetes, o HIV, a osteoporose e a hipertensão podem lesar procedimentos de coagulação e de cicatrização e deixam o corpo mais desvendado a contágios.

Próteses Fixas Unitárias, quando bem delineadas e bem ajustadas marginalmente, suportam como dentes apropriados na sua limpeza e exigem do paciente os mesmos cuidados, isto é, boa escovação na técnica e na ocasião exata, completada pelo emprego do fio ou fita interdental (REVISTA. APCD, 1995).

Os portadores de Pontes Fixas precisam de aparelhos específicos: passadores de fio dental, ou fios com o bico endurecido, para a limpeza dos ambientes protéticos. O mau desenho de uma Prótese Fixa, a má adequação, a má clínica dado a materiais e a limpeza escassa podem admitir a fixação de resquícios alimentares e germes, ocasionando inflamação gengival e mau hálito (REVISTA. APCD, 1995)

2.3 Prótese sobre Implante Parafusada

Vê-se aqui que as principais próteses sobre implantes osseointegrados empregados foram as de parafuso-retido, que apareceram após estudos proporcionados por Branemark (1977), porque sua reversibilidade era contraída com facilidade. Estabeleceu o emprego de 4 a 6 implantes, no local intermentoniana de arcada inferior edêntulo, com o desígnio de aguentar uma prótese fixa parafuso-retido, com expansão distal. Para a instalação dos implantes foi necessária ao aspecto da substância alveolar inferior e da deflexão intensa pela mandíbula, *durante* suas oscilações funcionais, que poderiam abordar a colocação de implantes distalmente ao forame mentoniano.

Pode-se dizer que a prótese, obtém de forma fácil a sua remoção em acontecimento de barganha de algum componente protético danificado.

Williamson (2000) propôs que o fato da prótese unitária retida por parafuso pode se adequar e, é atraída para a saúde Peri-implantar, da mesma forma para a resistência do implante, o parafuso e a prótese propriamente dita.

Davarpanah et al. (2003) citaram o aspecto de amostra física às vezes dificilmente praticável. Gomes et al. (2006) ressaltaram que as próteses parafusadas disfarçam abundantemente a oclusão porque a "loja" do parafuso utiliza pouco menos 50% da condição oclusal dos dentes posteriores, interferido deste modo com as relações axiais que precisariam ser sobre os implantes.

Delinearam muitas complicações e problemas protéticos expostos, sobretudo com a rachadura do parafuso de ouro, eles afirmam que este fato é devido a um registro não impassível da composição metalina ou devido à instalação além dos problemas de sobrecarga automática e/ou biomecânica que podem aparecer nas próteses implanto-suportadas, reprodução errôneo da prótese e/ou assentamento impróprio do componente.

Admitiram também que as admissíveis decorrências de uma sobrecarga física são: o afrouxamento do parafuso que conecta a prótese ou do parafuso que junta à base intermediária; a trinca de um destes parafusos e a rachadura da prótese. E citam como melhoramentos da prótese parafusada a probabilidade de retirada recorrente quando imprescindível; perspectivas de reintervenção cirúrgica; esperança de reparo ou modificação da prótese, depois o dano de um implante; e permite a avaliação da higiene bucal e a sondagem do tecido perimplantar. E como desvantagens um valor maior, se checado a cimentada, mais adiante da complicação de confeccionar (GOMES et al, 2006).

Freitas et al. (2007) acrescentaram além das propriedades alegadas, a estética pela abertura de entrada do parafuso de fixação.

Oliveira et al. (2007) mencionaram alguns benefícios desta forma de prótese: reversibilidade, lugares interoclusais diminuídos, disponibilidade e mudança de elementos, implantes múltiplos, supraestruturas com cantiléver e melhor ajuste dos elementos pré-fabricados. Como inconveniência o problema de instalação insensível, estética, menor versatilidade, alcance pela posição dos implantes, menor resistência à rachadura da porcelana, maior valor de produção, comparecimento de *microgap*, maior probabilidade de alargamento dos parafusos. Finalizaram que os planos tensos das parafusadas é menor que as cimentadas.

As próteses presas sobre implantes "antigas" empregam um parafuso para juntar o pilar ao implante ("*abutment screw*"), e um segundo parafuso para juntar o pilar à prótese (parafuso protético). Todos os elementos são prontamente desconexos, e, de tal modo, recobráveis. Uma opção mais corriqueira e atualizada é o aparafusamento conduzido da prótese à cabeça do implante, com um apenas um parafuso, empregando pilares tipo "U C LA" parcial ou inteiramente calcinável (Fig. 1).

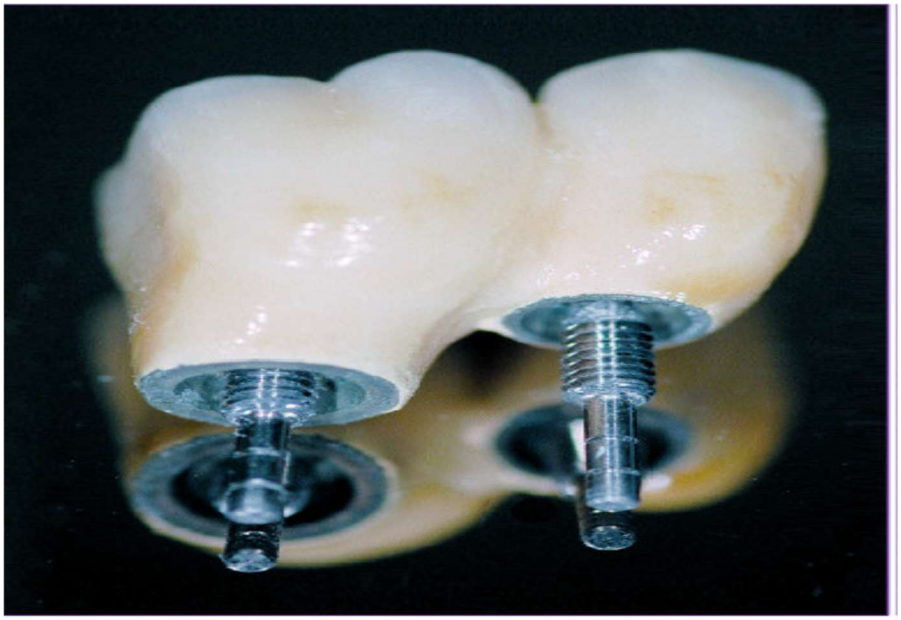


Figura 1 - Coroas inteiramente atarraxadas à cabeça do implante
Fonte: Stanley e Alho (2009).

Este método isenta o emprego de uma meso-estrutura (que improvisa a união entre a coroa e o implante), tornando a reabilitação mais bucólica e econômica, ficando reservada a coroa em metal cerâmica. Uma desvantagem destas reabilitações é o fato de um objeto da estrutura, a coroa, não ser forjada, tendo a probabilidade de precisas aversões marginais, minimizáveis com uma verdadeira conversação entre o implantodontista e o técnico de prótese

dentária, e com o emprego de materiais de arrebatadora propriedade (STANLEY e ALHO, 2009).

2.4 Próteses Cimentadas

Baseado nos trabalhos de Madallena e Madallena (1998) que aludiram o artifício da prótese cimentada como um dos procedimentos mais simples, mas pode ocasionar uma cumulação de armadura bacteriana devido à interconexão subgengival entre a implantação e o poste com cimento exagerado de difícil supressão e, por conseguinte ocasionando uma inflamação recorrente. Determinados fatores têm influência na retenção das próteses cimentadas, seja em dentes naturais ou em próteses sobre implantes. Dentre eles se sobressaem à convergência ou paralelismo, espaço da superfície e ascendência, polimento ou rugosidade do grau e o tipo de cimento (HELBEL e GAJJAR, 1999).

Considerando estas perspectivas, Gomes et al. (1999), descreveram como acrescimentos da prótese cimentada: o valor; a simplicidade de compor; e aprovar a posição da prótese sobre implante que estão desalinhadas, através de sobrefundições ou com o emprego de munhões angulares. Apesar disso, declaram como desvantagem a ocorrência de que, quando falhas nas cimentações ou trincas do pilar, será um problema sério a retirada do munhão do implante, sem afetar o próprio. Comentam que, essa prótese só poderá ser utilizada, quando existe uma analogia coroa/implante apropriada, aludiram que tem um desígnio em se aproveitar próteses cimentadas sobre implantes, em vez de prótese preservada a parafuso, devido as suas propriedades relacionadas com a oclusão, estética e desalinhamento dos implantes.

Na perspectiva de Neves et al. (2003), narraram que este tipo de prótese origina como melhoramento fundamental, a esperança de reportar a adjacência gengival no pilar, uniformizando o sulco gengival.

Oliveira et al. (2007), apartaram em inclusão às próteses cimentadas a estética, mais perfeito assentamento passivo, melhor direção de forças axiais, pequeno valor de produção, menor complicação em subsídios, maior retenção, maior resistência à trinca de porcelana, maior versatilidade na alinho de implantes mal dispostos, maior alusão para dentes anteriores e coroas unitárias e como contraindicação cavidades interoclusais atenuados e menor probabilidade de reversibilidade.

As próteses cimentadas têm do mesmo modo um parafuso de vinculação do pilar ao implante. Desta forma, a prótese é cimentada ao pilar, de configura idêntico à prostodontia fixa sobre dentes (Fig. 2).

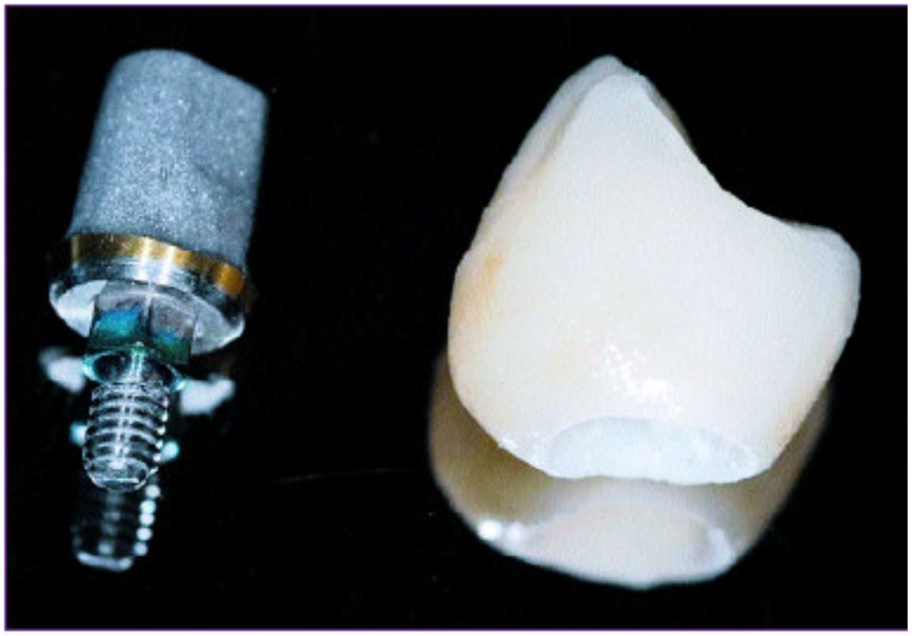


Figura 2 - Coroas Cimentadas
Fonte: Stanley e Alho (2009).

O principal benefício desta técnica é o acontecimento de se poderem usar coroas completamente cerâmicas sobre pilares dispostos em laboratório (metálicos ou em zircônia zircônio), e de admitir um mais simples alinho prostodôntica de implantes mal distribuídos (STANLEY e ALHO, 2009).

2.5 O uso de próteses dentárias

O emprego de próteses dentais (PPR, PT e transitórias) importuna uma corrosão na qualidade e na quantidade do biofilme no alvéolo bucal. Essa corrução acresce a predisposição dos resignados ao incremento de patologias como a cárie dental, as periodontopatias e os procedimentos inflamatórios da mucosa. A limpeza bucal e a asseio da prótese são eficazes para conservar o bem-estar das texturas, fortificando-se o incremento das patologias, e, portanto, acrescentando o alongamento de uma reabilitação bucal com próteses removíveis (FONSECA, AREIAS, FIGUEIRAL, 2007).

A deficiência do modo de limpeza, anormalidades atuais no nível das próteses, desempenho dos materiais ante a temperatura oral, e a compressão contraproducente vivente na interfacial resina acrílica – mucosa, induzem a acumulação de debris que provocam a concepção do biofilme no nível das próteses. Esse biofilme admite a atuação das bactérias na mucosa contígua, o que procede em outras patologias. Dentre as mais corriqueiras aparta-se a sapinhas protéticas (SILVA, SEIXAS, 2008).

A união de bactérias e debris são ainda beneficiadas pela topografia rugosa e desigual do nível de resina metacrilato. Estas anormalidades aprovisionam um acréscimo no campo de nível e na extensão da quantidade de sinecuras não asseados pelo ato da língua ou músculo da face. A despeito do aspecto plano do nível, essas resinas aparecem um nível acidentado, quando notadas na lupa. Isto deriva do desenvolvimento de empolas de monômeros não polimerizados ao processar a dentadura (CHENG *et al*., 2008).

Logo, é infrequente acharmos danos bucais decorrentes do modo de próteses iatrogênicas ou um não esclarecimento do paciente pelo profissional quanto ao jeito e asseio destas próteses. Entre estes danos notam-se hiperplasias, estomatite cremosa, ulcerações traumáticas, danos periodontais e as candidíases (GOIATO *et al*., 2005).

Em virtude de corruções patológicas, a acumulação de restos de alimentos e biofilme na altura da prótese ainda pode proceder em dificuldades como halitose, cálculo esputar e pigmentos (Figura 3). Com isso a limpeza das próteses e a amputação do biofilme são medidas extraordinárias para a conservação do bem-estar oral (ALMEIDA Jr *et al*., 2006).

O biofilme constante nas próteses é assisado por metodologias mecânicos, químicos e mecânicos químicos de limpeza. Aconselha-se o emprego contíguo dos processos mecânico e químico de asseio, com a finalidade de alcançar um mando apropriado do biofilme nos aparelhamentos protéticos (CATÃO *et al.*, 2007).

Diante deste processo nota-se o ajuste da escova e pasta dental acompanhado da imergência da prótese em solutos químicos. A metodologia mecânica funda-se no emprego da escova, pasta dental e sabão imparcial, assim, o resignado terá duas escovas, para cavidade bucal e para a prótese. O processo químico é concretizado através do mergulho da prótese em substâncias químicas que têm atuação solvente, detergente, fungicida e bactericida. No meio dos influentes químicos apartam-se os hipocloritos, peróxidos alcalinos, ácidos diluídos, enzimas e clorexidina (CATÃO *et al*., 2007).

De uma formal ideal os asseadores de prótese necessitam ser de simples manobro preços acessíveis para estimular seu emprego, apresentarem gosto aprazível depois de utilizados, não prejudicarem ao paciente, ser ajustado com os elementos da prótese, ativos na retirada de marcas, armazenamentos orgânicos e não orgânicos não somente dos níveis polidas, mas, sobretudo, dos níveis abrasivos que estão em relação com as contexturas. Com isso, precisam ter atuação bactericida e fungicida, ser compatível com a resina acrílica e não necessitam solicitar decomposição ao metal, quando constar, da prótese (JAGGER, HARRISON, 1995, SILVA, PARANHOS, ITO, 2002, KAZUO *et al*., 2008).



Figura 03 – Aspecto da região interior de uma prótese total inferior com falha no asseio. Observe a grande acumulação de cálculo.
Fonte: GONÇALVES et al, (2011).

Os procedimentos de ablução são desmembrados em três confrarias: os métodos mecânicos, químicos e o combinado.

2.5.1 Métodos Mecânicos

A limpeza das próteses dentárias pode incidir de uma adequada escovação convencional, elétrica ou com ultrassom. Uma das práticas, mas usados e de simples manejo na limpeza das próteses dentárias é a escovação com sabão e água ou pasta dental, já que a própria tem a benefício de ser uma prática simples, de ignóbil valor e com eficiência na retirada do biofilme. A escova precisará ser adequada, com cerdas coniformes e roliços, de dimensão compatibilizada, para ablução do espaço interior da prótese, havendo o cuidado de se utilizar um dentifrício pouco áspero, o que prevenirá a corrosão da resina acrílica (GONÇALVES, et al, 2011).

Objetos ásperos acham-se na formula das pastas dental tais como sais inorgânicos pouco solúveis que operam na retirada de sujeiras e do biofilme. O carbonato de cálcio, fosfato de cálcio e a sílica são os ásperos mais corriqueiros. O bicarbonato de sódio solúvel, dentre os ásperos, é o que gera menos corrosão que o carbonato de cálcio insolúvel, que é grandemente áspero (SILVA; SEIXAS, 2008).

Pode-se notar que com a escovação das próteses dentárias agregada a artigos ásperos com um procedimento impróprios poderá causar uma deterioração das próteses, fazendo com que a acumulação de biofilme consista em bem maior podendo desadaptar a mesma (Figura 04). (GONÇALVES, et al, 2011).



Figura 04 – Aspecto de prótese total superior severamente abrasonada pelo emprego de escova de cerdas persiste e dentifrício áspero. Observe a grande corrosão dos dentes artificiais.
Fonte: GONÇALVES et al, (2011).

A retirada mecânica do biofilme exibe como desvantagem a sua abrasividade sobre os materiais que compõem a prótese originando a estrago de material, de rugosidade, de brilhantismo e adequação da prótese (FREITAS-PONTES, et al, 2009).

Objeto de utilização do profissional, o ultrassom incide em uma metodologia mecânico rotativo, através de normas vibradoras sônicas e ultrassônicas aonde, o asseio mecânico é finalizado pelo agente de submersão. Sendo seu emprego pertinente à escovação para a purificação de próteses totais tem sido indicado como uma opção eficaz (SHAY, 2000).

Deve-se colocar a prótese mergulhada numa substância segundo o fabricante do aparelhamento de ultrassom, e a atuação do agente de submersão é então completada pela atuação mecânica do aparelhamento (DAVI, et al, 2010).

Indica-se este processo para resignados com habilidade motiva tolhida, simples e acelerada no asseio de próteses, contudo raramente usados, possivelmente devido ao altivo valor do aparelhamento (KAZUO, et al, 2008).

A desinfecção através de micro-ondas incide em submergir a prótese em água e botar o conjugado por seis minutos ao forno (SILVA; SEIXAS, 2008).

Esta metodologia só poderá ser empregada no caso das próteses parciais removíveis transitórias sem vista de grampos (KAZUO, et al, 2008).

Por meio de pesquisas a respeito da desinfecção de micro-ondas sobre a constância dimensional de alicerces de próteses sem e com reembasamento, notou-se um encurtamento destes alicerces (NIRALE, et al, 2012).

2.5.2 Métodos Químicos

Esta prática é efetivada por meio da submersão da prótese em substâncias químicas que têm atuação solvente, detergente, fungicida e bactericida. Confirmam-se os consequentes agentes químicos: hipocloritos, peróxidos alcalinos, ácidos diluídos, enzimas e a clorexidina (CATÃO, et al, 2007).

Os procedimentos químicos são os mais usados na limpeza das próteses dentárias, levando em apreço seu procedimento, e são distribuídos no comércio como pó ou tablet, aonde iremos diluir em água, decompondo em solutos alcalinas. O peróxido, empregado de forma regular sendo mais eficaz sobre o biofilme maculam e cálculos dentários, deve-se submergir a prótese durante muitas horas ou noite inteira, já que estes produtos não são ativos se usados durante 15 a 30 minutos. O peróxido alcalino embora dinâmico na retirada de sujeira, a escovação com sabão também é o mais competente. Se empregado com simetria o emprego destes produtos ocasionam o clareamento da resina acrílica. Se não bem asseados os peróxidos dos alcalinos deixa resquícios na prótese ocasionando danos nos tecidos da cavidade oral. A regalia desta substância não é danosa à resina ou metal da prótese (GONÇALVES, et al, 2011).

Os hipocloritos alcalinos são com frequência aproveitada para limpar próteses, tendo atuação adstringente, já que o mesmo dissolve mucinas e outros conteúdos orgânicos no biofilme, impede o desenvolvimento e reposição de cálculos, porém não os dilui, retiram maculas derivadas de nutrições, sangue e tabaco, sendo ainda bactericidas e fungicidas. Sua desvantagem fundamental é gerar o bronzeamento e desgaste da composição metálica das próteses parciais removíveis e o clareamento da resina acrílica do apoio das próteses (DAVI, et al, 2010).

A utilização da clorexidina no asseio das próteses contribui para redução da concepção do biofilme e melhora a qualidade da mucosa do paciente, combate o farfalho protético, mas seu modo amiudado pode originar manchas da resina da prótese. Aconselha-se encharcar um chumaço de algodão ou gaze no soluto de clorexidina e deixar no nível de apoio da prótese numa conservação de 15 minutos. Seu benefício é a diminuição do biofilme e evolui a mucosa do paciente (ABERE, 1979).

Comumente os ácidos são solutos de ácido hidro clorídrico, podendo surgir sozinhos ou convencionados com ácido fosfórico, sobretudo adequado na retirada de maculas persistente à atuação dos hipocloritos. Exibido no formato líquido é um dos mais empregados, precisa ser aplicado na prótese dentária com uma escova ou esponjeira, precisando de uma pequena oportunidade de analogia, pois, o seu desempenho de limpeza é preciso, contudo pode acarretar detrimentos aleatórios quando usado, dessa maneira deve ser manejado com extremo cuidado

mesmo em agrupamentos dissolvidos (3 a 5%). Atuam na prótese dentária diluindo artifícios inorgânicos dos depósitos (ABERE, 1979).

Como se sabe estes não é recomendado para a purificação das próteses parciais removíveis convencionais por ocasionarem atenuação ao objeto metálico (ABERE, 1979).

2.5.3 Método Combinado

Verifica-se que a metodologia combinada é uma agregação na combinação de escova e pasta dental especial para prótese e a submersão em solutos químicos. Apresentando como proveito harmonizar um meio eficaz de asseio, já que os agentes químicos têm celeridade antimicrobiana supina se checada ao procedimento de higiene prontuário. O emprego de escova e pasta áspera não requer retirado das bactérias constantes na resina da prótese devido à formação e espessura dessas depressões e anormalidades constantes na resina o que protege a propagação por micro-organismos e fermentos, tornando mais complexo a ablação automática das próprias, especialmente porque a microflora, ao entrar no material da prótese, torna-se totalmente resguardado de qualquer procedimento de limpeza exterior (GONÇALVES, et al, 2011). .

Mensageiros de próteses devem concretizar perfeitamente e habitualmente o asseio automático e agregar durante quatro dias, o emprego de hipoclorito de sódio a 2,25% por meio da submersão da prótese em soluto de 15 ml de hipoclorito com 200 ml de água, por 10 minutos, compreende-se que a recolonização das próteses por S. *mutans* e C. *albicans*, começa depois desta temporada. Por meio deste processo, moveu-se 100% do biofilme em 37% da mostra, e de 80% do biofilme constante em 30% das próteses integrais não exibiu qualquer efeito de ineficácia (CATÃO, et al, 2007)

De uma maneira geral, a higiene mecânica afasta-se os debris e mostram-se as superfícies polidas e não polidas da prótese, os solutos químicos operam contra as bactérias não retiradas pela escovação e que estão estabelecidas mais densamente (SILVA; SEIXAS, 2008).

2.6 Tratamento da mucosite e peri-implantite

Protocolos sobre terapêutica de danos Peri-implantares não estão ainda bem constituídas e uma desigualdade de tratamentos não cirúrgicos e cirúrgicos são apresentadas na literatura. Em benefício disso, imprecisões quanto à adoção de um tratamento pela terapêutica são mesmo reiterados (ROOS, 2007)

O clínico será caracterizado dependendo da análise entre mucosite ou Peri implantite. Na mucosite a terapêutica se improvisa de maneira não cirúrgica por meio de guia de limpeza doméstica, retirada física de placa e cálculo com curetas plásticas, jato de bicarbonato e taça de borracha com pasta de baixa abrasividade, para não criar ranhuras na superfície dos elementos (HEITZ-MAYFIELD, 2008).

A Peri implantite pode ter envoltura ou não de roscas da implantação e a terapêutica tende a ajustar deformidades através de procedimentos cirúrgicos, não cirúrgicos e descontaminação, por meio da retirada de armadura bacteriana supragengival, ajuntamento cirúrgico adequado, retirada de contextura de granulação com desinfecção dos níveis expostos do implante, banimento do ecossistema anaeróbico através da retirada gengival Peri-implantar (gengivectomia ou reposição apical) da bolsa ou pela regeneração óssea e, afinal, a afirmação de um competente controle de placa (ROMEO, et al, 2004).

A terapêutica primitiva da Peri-implante precisa ser adotada do mesmo jeito que o bochecho e irrigação subgengival com Clorexidine 0,12% duas vezes ao dia num período de duas semanas. “De modo normal depois seis semanas é extraordinária a evolução, apenas sendo imprescindível a contribuição no protocolo de limpeza doméstica e sustentações profissionais” (SÁNCHEZ-GÁRCES; GAY, 2004, p. 9).

Quando as fórmulas prévias não deram efeitos, pode ser efetivado terapêutica com campo aberto, retirando contextura de granulação e uso combinante de antibióticos por 10 dias, sendo Metronidazol 250mg e Amoxicilina 500mg por cinco dias e prolongamento com terapia antibiótica por mais cinco dias; na superfície notória e contaminada do implante onde existiu a lesão óssea precisa friccionar alternadamente com Clorexidine 0,12% no período de uma semana. Depois a retirada da contextura de granulação a campo aberto precisa se tratar a superfície do implante com peróxido de hidrogênio a 3% e rechear as falhas com enxerto ósseo anexo ou não a membranas (ROOS-JANSÅKER, et al, 2006).

Certos autores, ao conduzirem a pomada de Metronidazol a 25% em bolsas Peri-implantares duas vezes ao dia por uma semana, conseguiram a redução da microbiota local em planos estimados naturais, finalizando que enfermidades periusado para mucosite, adicionando-se o Peri-implantares podem ser determinadas com o emprego deste antibiótico tópico (STELLINI, et al, 2000).

Observação administrada pela Escola de Odontologia de Barcelona comprovou perfeita efeito no tratamento da Peri-implantares quando usada à agregação da Amoxicilina e ácido clavulônico (SÁNCHEZ-GÁRCES; GAY, 2004)

O paciente precisa ser alertado que o osso confuso na Peri implante poderá não ser recobrado completamente podendo induzir à dano do implante, sendo indispensável uma nova arrumação (CHEN; DARBY, 2003).

2.6.1 Orientação de Higiene

O estímulo ao paciente sobre limpeza precisa ser concretizado desde a idealização da reabilitação implantossuportada conservando se depois a disposição dos implantes. Comumente os procedimentos não diferem das usuais em dentição natural. Diante disso, nas regiões interproximais precisa-se fazer uso de aparelhos específicos de modo regular. Adjacências interproximais entre dentes e implantes têm que ser edificados de jeito que acolham a arrumação do uso de aparelhos de asseio para impedir Peri implantes, já que a ausência deste ambiente é um fator de ímpeto para a longevidade do implante (KONKEWICZ; CASTRO, 2004).

Comumente as coroas protéticas sobre implantes habituam ter sobre contorno e volumes maiores que os clássicos, impedindo mais a higienização doméstica (NEVES, 2001).

Diversos são os produtos de limpeza achados no comércio, contudo o paciente preciso avaliá-los através do cirurgião dentista e se orientar de como emprega-los de preferência por escrito. Na época presente pode-se contar com os consequentes componentes: escova interdental, escovas unitufo, gazes, fio dental tipo Super floss, aparelhamento de jato de água (Water pick), escova dental com bico alongada e cerdas moles, passadores de fio (Figuras-5



Figura 5 – Visualização do implante e correto posicionamento da escova unitufo.

Como as escovas têm diversas formas e dimensões, é cargo do cirurgião dentista mostrar para o paciente como conseguir a higiene doméstica de modo certo (Figura-6), lembrando que a própria precisa ser feita em frente ao espelho com baixa abundância de creme dental, para melhor visualização dos campos a serem asseados e permitindo maior contato dos aparelhos de limpeza com os implantes (CUTLER, et al, 2000).



Figura 6 - Disposições amoldadas para higienização com escova dental: A) Maxila; B) Mandíbula – face vestibular; C) Mandíbula– face lingual; D) Mandíbula – inclinação de acesso lingual aos implantes distais.

Fazer a limpeza em frente ao espelho é extraordinário para avalizar que sejam contraídas todas as faces a serem cuidadas até que o paciente contraia treinamento manual. Pacientes precisam ser alertados quanto à estima do uso da breve abundância de creme dental, desta forma a retirada física de placa é promovida. Nestas condições, acontece um contato mais doméstico dos aparelhos de asseio com os implantes, consentindo maior efeito quando conferida em contíguo com produtos químicos.

Estudos com microscopia eletrônica têm indicado destaque de invalidação de interstícios bacterianos após a irrigação com água (BRADY; GRAY; BHASKAR, 1973).

A eficácia clínica da irrigação somente com água foi comparada com a irrigação com água e ácido acetil salicílico tamponado a 0,3% em um estudo realizado por alguns autores (ROOS-JANSÅKER, et al, 2006).

Os resultados mostraram que a irrigação supragengival somente com água ou com ácido acetil salicílico tamponado a 0,3% do mesmo modo aprimoraram sinais de periodontite moderada a severa.

Diversos autores como Heitz-Mayfield, (2008); Chaves, et al, (1994), recomendaram que o latejo produzido pela irrigação bucal produz modificação na placa subgengival atenuando sua patogenecidade. A aplicação do jato áspero formado de bicarbonato de sódio (Nahco3) em pó, água e ar pressurizado no nível das raízes pode proceder em uma ampla retirada de substâncias com raras aplicações, sobretudo nos pacientes periodontais (KOUTSONIKOS; FEREDICO; YUKNA, 1996).

2.6.2 Higiene Oral Total

O banimento habitual da placa bacteriana é eficaz para a durabilidade de implantes osseointegráveis, portanto, é extraordinário motivar do paciente. Assim, os pacientes precisam ser decididos pelo profissional a asseio regular (KEBIR, et al, 2007).

Portanto, esta sustentação pode ser analisada aborrecida e estabelece uma coragem abundante. Durante cada reflexão de regresso, avalia-se a implicação do paciente em analogia à asseio oral e, precisa doutriná-lo e incentivá-lo, se indispensável (BOTTINO, et al, 2006).

Hultin et al, (2007), em revisão metódica, conferiram a figura recomendada para higiene em distintos estudos randomizados de longo préstito; completando que também precisam documentos para um verdadeiro plano de terapêutica após disposição da prótese e, que a competência diminuída de treinamento manual de indivíduos mais idosos, explicaria a visitação mais amiudada destes pacientes ao profissional.

Nesta conjuntura, é muito ressaltante que exista um grupo habilitado junto com o Implantodontista para preocupar-se da higiene bucal do paciente (TRITTEN; ARMITAGE, 1996).

Aconselha-se também, após a assimilação do paciente para a implantodontia que este seja dirigido a um treino de higiene bucal, já que o fato da implantação depende da propriedade do ambiente e bem-estar bucal do paciente (SISON, 2003).

Bracher et al. (2010) descrevem que a sugestão de multíplices metodologias de asseio bucal para o paciente pode desmotivá-lo, contudo a inibição de placa bacteriana acontece com a ajuste de escovação apropriada e, por meio do emprego de bochechos. De tal maneira, habilitar o paciente para um emprego contíguo de desiguais metodologias é importante. Um conhecimento ressaltante, diz acatamento à promoção apropriada do banimento de cálculos, durante esta celeridade.

É importante que a face do implante não seja demudada; de tal modo um item da literatura aconselha-se que os aparelhamentos de ultrassom (Razzog et al, (2005), as curetas manuais em Titânio ou em aço precisem ser impedidos, uma vez que há a probabilidade de indicar regiões para acumulação de placa bacteriana.

Em virtude disso, para se efetivar-se a higiene de níveis de implantes aconselham-se curetas plásticas e, polimentos com taças de plástico e uma pasta pouco áspera (sem fluoretos ácidos), jato supragengival, irrigações subgengivais de clorexidina 0,12%, removedores de cálculo dentário do tipo ultrassônico com bicos em plástico podem ser empregados (KEBIR, et al, 2007).

2.6.3 Possibilidade de dispositivos, cremes e enxaguatórios.

Na visão da literatura Kebir, et al, 2007, p. 258), articulam que os básicos processos para higienizar são:

> - Escovas dentais com aspecto alinhado, promovendo a higiene.
> - Fio dental e, atinentes passa-fios (agulhas plásticas acessórias).
> - Escovinhas interdentais que têm caudilhos pequenos e menor apontador de cerdas, sendo aconselhado como uso integrante ao emprego das escovas regulares para campos de complexo acesso e regiões interproximais.
> - O emprego de creme dental pouco áspero, que não contenha fluoretos ácidos. Isto poderia acautelar a corrosão excessiva de materiais como resinas acrílicas, impedindo a possível abrasão de colunas sobre implantes.
> - E o emprego de antissépticos orais.

Os hidropropulsores (jorros de água) adjuntos a agentes antiplacas ou antissépticos são circunspectos, sobretudo aos pacientes com treinamento manual amortizado, em apresentação de bolsas Peri-implantares ou de implantes muito achegados.

2.6.4 Escovas

Com analogia a procedimento, a escolha mudada de Bass pode ser empregada para asseio. As cerdas da escova precisam estar alocação no campo do sulco gengival a um ângulo de 45 graus (KRACHER; SMITH, 2010).

Segundo pode ser visualizada em Figura 7.

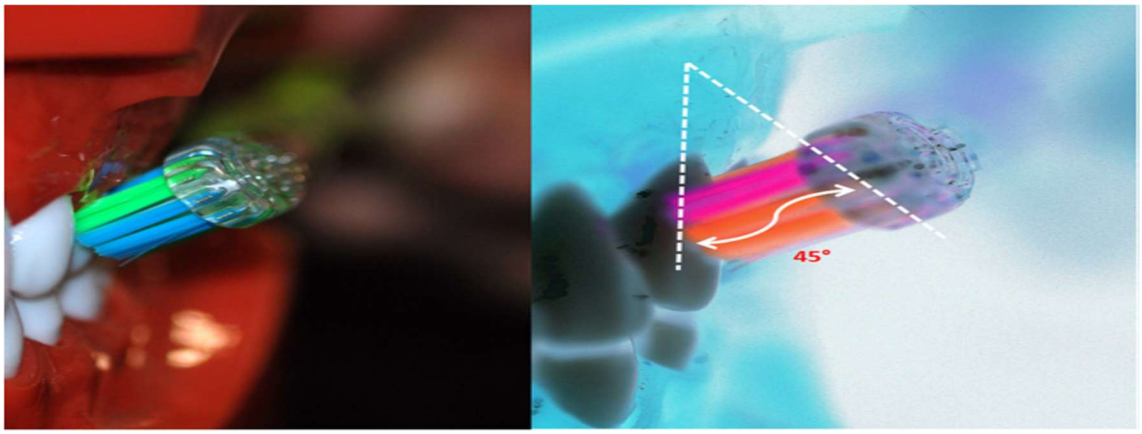


Figura 7 – Processo de Bass demudado – Inclinação de 45º na Escova

Uma escova suave com elevação sulcular é um aparelho atraente para a retirada da placa da coluna supra do implante, a literatura recomenda para aqueles pacientes com problema de limpeza, as escovas elétricas com diversos pinceis para admitir um integral acesso as colunas protéticas (SISON, 2003).

Sob essa ótica, Costa et al, (2007) em um estudo literário randomizados assinalaram que as escovas elétricas mostram-se eficazes na propriedade de limpeza, quando conferidas com a escovação portuária.

Vandekerckhove et al. (2004), assinalaram um efeito análogo com uma alíquota de 95% de aceitação na escovação elétrica, estando empunha e aconchegada para pacientes com próteses implantossuportadas.

Os autores recomendam ainda que este tipo de escova estaria aconselhado para pacientes com próteses implantossuportadas, uma vez que estas próteses exibem adjacências aleatórias que podem tornar a retirada da placa mais difícil. Concordam com estes efeitos diferentes autores, Rasperini, et al (2008); Wolff et al.(1998), realizando um estudo de acompanhamento de 6 meses de limpeza bucal com escovas elétricas em pacientes que auferiram próteses implantossuportadas apontaram que, este tipo de escova admitiu a diminuição oportuna no apontador de placa, inflamação gengival e sangramento.

No mesmo contexto, Tawse-Smith et al. (2002) por meio de um estudo com 40 pacientes que auferiram próteses do tipo overdenture não distinguiram altercações significantes entre ao emprego de escovas elétricas e escovas manuais para a higiene. Adiciona a isto ao caso de que os estudos assinalam breve casuístas e momentos de acompanhamento concisos, de tal modo têm inquietações também com analogia o emprego de escovas elétricas achegadas ao tecido gengival, visto que alguns estudos assinalaram recessão gengival, abrasão gengival (TRITTEN ARMITAGE, 1996).

Receita-se também que tiras de gaze podem ser empregadas para o controle de higiene em lugares maiores (SISON, 2003).

O emprego de um pavio de gaze para ajuda da limpeza, sendo aberta numa dimensão apropriada, pode-se passar nos campos interproximais, de vestibular, para lingual, asseando o nível gengival da prótese, bem como aos níveis dos abutments (BALSHI, 1986).

2.6.5 Creme Dental

Os cremes dentais com potencialidade ácida (fluoretos ácidos) não precisam ser aproveitados, uma vez que exibem probabilidade de provocar desgaste no nível dos implantes de Titânio. Diante disso, o emprego de Fluoretos de Sódio ou os imparciais pode ser efetivado (KEBIR, et al, 2007).

Como alternativa de pasta para ser empregada a literatura disponibiliza determinadas probabilidades sem materiais ásperos que possam sujeitar níveis do implante. E, pasta de dentes contendo fluoreto estenosa (Crest Pro-Health – Oral B) ou Triclosan (Colgate Total, NY, EUA)

que beneficiam antiplaca e antigengivite, ao adverso dos produtos de fluoreto de sódio. Com isso, a literatura descreve que o fluoreto de estanho pode resguardar contra excitabilidade que é mais trivial entre os pacientes com indisposição periodontal (KRACHER; SMITH, 2010).

Contudo, também não existem estudos em longevidade marcando admissíveis efeitos de decomposição em implantações.

2.6.6 Fio dental e Hidropropulsores

O fio dental precisa ser empregado para higiene sempre, adentrado para a face lingual do implante e acasala-se então, recuando para a face vestibular, invadindo totalmente o pilar protético, pode-se empregar uma passa fio para ajuda. É admissível também, transporta-lo ensopado de Clorexidina 0. 12% (Enxaguante) para o apoio do pilar protético.

A Figura 8 confirma o uso do fio dental e passa fio.



Figura 8 – Emprego de Passa-fio para auxiliar a higienização de uma prótese protocolo

No quesito escovação interdental, diferente material que pode ser usado é o Super Floss (Oral-B, P & G, Ohio, EUA), um passo fio com uma amostra de ligamentos esponjosas que asseiam os níveis interproximais, este tipo de linha, assim como análogos tem resultado benfeitor na diminuição de placa bacteriana em próteses fixas convencionais, assim como afixas implantossuportadas (BOTTINO, et al, 2006).

O uso de aparelhamentos de irrigação é uma boa alternativa, como por modelo, o aparelhamento Water Pik (Teledyne Water Pik, CO, EUA) que protege no banimento e retirada de resquícios e restos alimentares. Estes aparelhamentos são eficazes, mas o jato não precisa ser direcionado para o sulco gengival. (BOTTINO, et al, 2006).

O emprego de irrigação sofisticada é um favorável elemento de retirada de placa supragengival ao redor do implante. Apesar disso, precisam-se ter cuidados em seu uso, o imperfeito jeito e excessiva compressão da água pode comprometer o epitélio juncional e deixar

uma dispersão de micro-organismos, recomendando-se que seja empregada com baixa compressão (BROUGH MUZZIN, et al, 1988).

2.6.7 Manutenção e Procissão do Paciente

A sustentação profissional dos implantes precisa ser desmembrada em quatro etapas: análises de reavaliação e vistoria clínica; motivação de asseio; terapêutica de lugares contaminados e polimento (CHONGCHAROEN, et al, 2012).

No evento de próteses parafusadas é recomendada a retirada, permitindo uma higiene mais apropriada. O evento em longo prazo também dependerá dos alentos oclusais tranquilos os das próteses sobre os implantes. A não observância destas percepções, ou melhor, higiene bucal deficiente somada ao trauma oclusal tem sido relacionada à perda óssea marginal (KRACHER; SMITH, 2010).

Os espaços para conservação dos implantes, compreendendo estimativa clínica e radiográfica, alteram conforme a ocasião de alojamento dos implantes, do asseio do paciente, presença de qualidade sistemática, nível cultural e fase (BALSHI, 1986).

Diferente atendimento extraordinário é o emprego de instrumentais apropriados pelo profissional durante os exames de sustento. As curetas plásticas (Figura 9) são as mais aconselhadas para intervir na retirada de placa e cálculo, já que as curetas de aço e instrumentais ultrassônicos demudam os níveis dos implantes e abutments tornando-os ásperos (MOMBELLI, et al, 1997).



Figura 9 - Cureta plástica

As superfícies intraoral e intrassucular precisam ser sustentadas de maneira mais lisas imagináveis para diminuição de propagação de patógenos periodontais e Peri-implantares (RAZZOG, et al, 2005)

Um procedimento simples apropriado de nutrir o plano Peri-implantar mais plano do (Fig. 10). que diversos instrumentais especiais também é o emprego da taça de borracha com pasta de polimento não áspera (RASPERINI, et al, 2008).

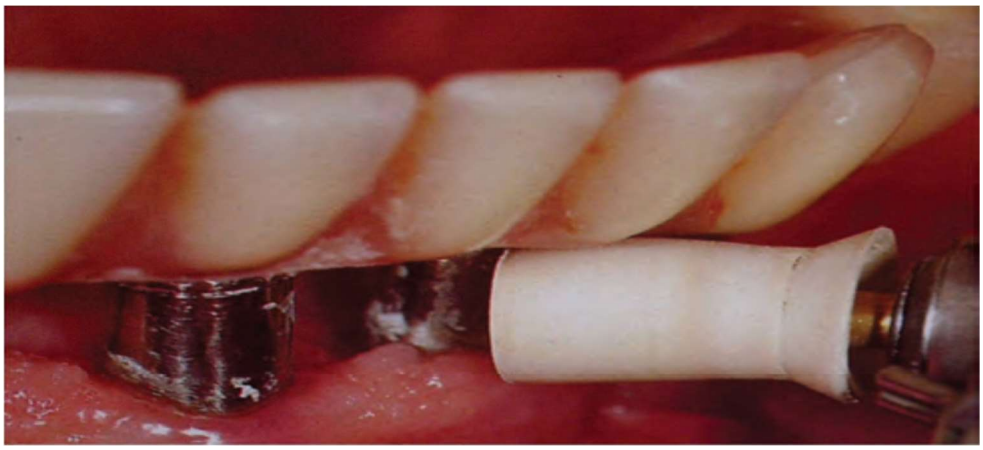


Figura 10- Taça de borracha

3 CONCLUSÃO

O asseio de próteses dentárias removíveis visa adiar a vida benéfica dos aparelhamentos protéticos e a custeamento da saúde bucal dos pacientes. O emprego da metodologia ajustada, ou melhor, métodos mecânicos e químicos exibem-se como a alternativa de asseio de escolha para as próteses, por ser de simples cumprimento, duradoura e pouco onerosa, operando na retirada do biofilme e na prevenção do material de composição própria.

As próteses sobre implante são uma excelente opção de clínica reabilitadora para o paciente quando há detrimento absoluto de um ou mais subsídios dentários. As próteses sobre implante restituem ao paciente função, estética, comodidade, garantia e autoconfiança sem que exista a precisão de desgaste ou algum tipo de clínica nos dentes adjacentes.

Tanto a prótese cimentada quanto à parafusada podem ser perfeitamente empregadas segundo a ocasião clínica oferecida. Não existem realces que beneficiem, de forma geral, um mecanismo de retenção em dano do outro.

A sustentação constante das próteses implanta suportada é eficaz para a durabilidade da terapêutica; orientações sobre higiene orais e, por anotação precisam ser concretizadas pelo profissional aos pacientes; é imprescindível à vistoria regular ao cirurgião dentista dos pacientes que auferiram próteses implanto suportadas.

O cirurgião-dentista deve estar consecutivamente com analogia dos materiais e fórmulas, sugestões e desvantagens das metodologias, para guiar e motivar o paciente quanto à limpeza e dos tecidos da cavidade oral, garantindo o bem-estar e durabilidade da prótese.

Por fim, a meta do cirurgião-dentista durante as consultas de conservação precisa estar enfocada em diagnosticar precocemente enfermidades Peri-implantares para conter-se e/ou precaver a progresso da enfermidade.

4 REFERÊNCIAS BI2BLIOGRÁFICAS

ABERE, DJ**. Cuidados pós-colocação de dentaduras parciais completas e removíveis.** Dentclin North AM. Janeiro de 1979; 23 (1): 143-51.

ALMEIDA, J. R. S. et al. **Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento**. Ciênc. Saúde Coletiva Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 817-826, 2013.

ALMEIDA JR AA, NEVES ACC, ARAÚJO CCN, RIBEIRO CF, OLIVEIRA JLG, RODE SM. Avaliação de hábitos de higiene bucal em portadores de próteses removíveis da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. **Comun Ciênc Saúde.** 17(4):283-289, 2006.

BALSHI TJ. **Hygiene maintenance procedures for patients treated with the tissue integrated prosthesis (osseointegration)**. Quintessence Int. 1986; 17(2): 95-102.

BARBOSA, G. F.; FEDUMENTI, R. A. Prótese parcial fixa sobre implante, cimentada ou parafusada? In:**Medcenter Odontologia**, mai. 2006. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=499> Acesso em: 01 nov. 2019.

BOTTINO MA, VASCONCELLOS DK, FARIA R, BENFATTI CAM**. Manutenção de Próteses implantossuportadas e avaliação do sucesso do tratamento com implantes osseointegrados.** In: Carvalho PSP. Gerenciando os riscos e complicações em implantodontia. São Paulo: Ed. Santos; 2006. p. 205-21.

BRADY JM, GRAY WA, BHASKAR SN. **Electron microscopic study of the effect of water jet lavage devices on dental plaque**. J Dent Res. 1973; 52(6):1310-3. 24.

BRANEMARK, P. I. et al. Osseo-integrated implants in the treatment of edentulous jaw: experienced from a 10-year period. Scand. **J. Plats. Reconst. Surg**., v.16, p. 1-127, jun. 1977.

BROUGH MUZZIN KM, JOHNSON R, CARR P, DAFFRON P. **Tlie Dental Hygienists Role in the Maintenance of Osseointegrated Dental Implants.** J Dent Hyg. 1988; 62(9):448-53.

CARR, A. B.; MCGIVNEY, G. P.; BROWN, D. T. McCracken's **Removable partial prosthodontics**. 11ª ed. St Louis, Missouri: Elsevier Mosby, 2002.

CATÃO, C D S; RAMOS, I NC; SILVA Neto, JM; DUARTE, SMO; BATISTA, AUD; DIAS, AH M. **Eficiência de substâncias químicas na remoção do biofilme em próteses totais.** Revista de Odontologia da UNESP, São Paulo, v.36, n.1, p.53-60, 2007.

CARVALHO, **A. C. P.** Ensino de **odontologia** em tempos da L. D. B. Canoas: Caderno de Pesquisas em Administração, v. 8, n. 1, p. 69-82, jan./mar. **2001**.

CHAVES ES, KORNMAN KS, MANWELL MA, JONES AA, NEWBOLD DA, WOOD RC. **Mechanism of irrigation effects on gingivitis**. J Periodontol. 1994; 65(11):1016-21.

CHEN S, DARBY I. **Dental implants**: maintenance, care and treatment of per implant infection. Aust Dent J. 2003;48(4):212- 20.

CHENG Y, SAKAI T, MOROI R, NAKAGAWA M, SAKAI H, OGATA T, TERADA Y. **Capacidade de auto-limpeza de uma material base de prótese contendo foto-catalisador**. Dent Mater J. Mar; 27 (2): 179-86, 2008.

CHONGCHAROEN N, LULIC M, LANG NP. **Effectiveness of different interdentally brushes on cleaning the interproximal surfaces of teeth and implants: a randomized controlled, double-blind cross-over study**. Clin Oral Implants Res. 2012; 23(5):635- 40.

CLEREHUGH V, TUGNAIT A. **Diagnóstico e tratamento de doenças periodontais em crianças e adolescentes.** Periodontol 2000 2001; 26: 146-168.

COSTA MR, MARCANTONIO RA, CIRELLI JA. **Comparison of manual versus sonic and ultrasonic toothbrushes: a review.** Int J Dent Hyg. 2007; 5(2):75-81. 14.

CUTLER CW, STANFORD TW, ABRAHAM C, CEDERBERG RA, BOARDMAN TJ, ROSS C**. Clinical benefits of oral irrigation for periodontitis are related to reduction of pro-inflammatory cytokine levels and plaque**. J Clin Periodontol. 2000; 27(2):134-43.

DAVARPANAH, H.; et al. **Manual de implantodontia clínica**, São Paulo: Artmed, cap. 8, p. 147-169, 2003.

DAVI LR, PERACINI A, RIBEIRO NDE Q, SOARES RB, DA SILVA CH, PARANHOS HDE F, DE SOUZA RF**. Efeito das propriedades físicas da resina de imersão durante a noite em Hipossocial de sódio -** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre 2007. Solução de cloritos. Gerodontologia. 2010 Dez; 27 (4): 297-302.

FONSECA P, AREIAS C, FIGUEIRAL MH. **Higiene de próteses removíveis**. Rev. port. estomatol. cir. maxilofac. 2007; 48(3): 141-146.

FREITAS, et al. **Parafusar ou cimentar**: qual a melhor opção para as próteses implanto-suportadas? Rev. Implante News, v. 4, n. 3, p. 255-260, 2007.

FREITAS-PONTES KM, SILVA-LOVATO CH, PARANHOS HF. O MASS LOSSOF Quatrocrílicas de calor polimerizadas disponíveis comercialmente após a escovação com os três fatores diferentes. **J Appl Oral Sci**. Mar-abr, 17 (2): 116-21 2009.

GOIATO MC, CASTELLEONI L, SANTOS DM, GENNARI FILHO H, ASSUNÇÃO WG. **Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis**. Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr; 5(1): 85-90, jan.-abr. 2005.

GOMES, M. G. N. et al. **Prótese sobre implantes**: cimentada versus aparafusada. **Rev. Bras. Implant.**, p. 5-8, jan./mar. 1999.

GOMES, E. A., et al. Moldagem de transferência de prótese sobre implante ao alcance do clínico-geral. **Pesq. Bras. Odontoped, Clin. Integr**. João Pessoa, v. 6, n. 3, p. 281-288, set./dez. 2006.

GOODSON, P. et al. **Maintaining prevention in practice**. American Journal of Preventive Medicine, New York, v. 20, n. 3, p. 184-189, 2004

GOIATO MC, CASTELLEONI L, SANTOS DM DOS, GENARO FILHO H, ASSUNÇÃO WG. **Lesões orais provocadas pelo uso de próteses removíveis**. Pesq. bras. odontoped. Clin. Integr. 2005; 5(1): 85-90.

GONÇALVES LFF, SILVA NETO DR, BONAN RF, CARLO HL, BATISTA AUD. **Higienização de próteses totais e parciais removíveis**. Rev. bras. ciênc. saúde. 2011; 15(1): 87-94.

GROSSMANN G, et al, **Compartimento de membrana à base de jangada lipídica de uma proteína de transporte de plantas expressa em Saccharomyces cerevisiae**. *Eucariota Cell* 5 (6):2006 945-53.

HEBEL, K. S.; GAJJAR, R. C. **Restaurações implantossuportadas retidas por parafusos VS cimentadas**: obtenção da oclusão ótima e estética em implantodontia. **J Clin Odontol.**, v. 1, n. 2, p. 184-192, set./out. 1999.

HEITZ-MAYFIELD LJ. **Diagnosis and management of peri-implant diseases**. Aust Dent J 2008;53 Supple 1: S43-8. 7.

HONÓRIO, K.M.; ARROIO, A.; SILVA, A.B.F. **Aspectos terapêuticos de compostos da planta cannabis sativa**. Quim. Nova, Vol. 29, No. 2, 318-325, 2006.

JAGGER DC, HARRISON A. **Denture cleansing—the best approach**. *Br Dent J.* Jun 10;178(11):413-7, 1995.

JOHNSON BD, MCINNES C. **Clinical evaluation of the efficacy and safety of a new sonic toothbrush**. J Periodontol 1994; 65(7): 692–7.

KANAO M, NAKAMOTO T, KAJIWARA N, KONDO Y, MASAKI C, HOSOKAWA R. **Comparison of plaque accumulation and soft-tissue blood flow with the use of full-arch implant-supported fixed prostheses with mucosal surfaces of different materials**: a randomized clinical study. Clin Oral Implants Res. 2012 Jul 18. doi: 10. 1111/j. 1600- 0501. 2012. 02523. X

KAZUO SD, FERREIRA UCS, JUSTO KD, RYE OE, SHIGUEYUKI UE**. Higienização em prótese parcial removível.** *Rev de Odont da Univ Cid de São Paulo*. 20 (2) :168-174, 2008.

KEBIR M, DAVARPANAH M, MATTOUT P, MATTOUT C. **Manutenção em Implantodontia. In: Darvapanah M. Manual de implantodontia clínica**. Porto Alegre: Armed; 2007. p. 258-65.

KONKEWICZ N, CASTRO JH. **Controle e manutenção dos implantes**. In: Dinato JC, Polido WD, coordenadores. Implantes osseointegrados: cirurgia e prótese. São Paulo: Artes Médicas, 2004. p.515–529

KOUTSONIKOS A, FEREDICO J, YUKNA R: **Implant maintenance**. J Pract Hyg 1996; 1(1):11-5.

KRACHER CM, SMITH WS. **Oral health maintenance dental implants**. Dent Assist. 2010; 79(2):27-35; quiz 36.

LEAL, SC, BEZERRA, A.C., TOLEDO, O.A. **Orientações terapêuticas utilizadas pelos cursos de especialização em Odontopediatria no Brasil para a cárie severa na infância**. Rev. ABENO. 20035; 04 57-62.

LEWGOY, Alzira. **Pensar a Supervisão de Estágio em Serviço Social:** ser ou não ser, eis a questão! Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre 2007.

MADALLENA, A.; MADALLENA, L. **Prótese fixa e implantes**-prática clínica. São Paulo: Santos, cap. 10, p. 321-347, 1998.

MALTZ M, OLIVEIRA EF, FONTANELLA V, CARMINATTI G**. Deep caries lesions after incomplete dentine caries removal:** 40-month follow-up study caries research. 2005 Out;41(6):493-6

MOMBELLI A, MÜHLE T, BRÄGGER U, LANG NP, BÜRGIN WB. **Comparison of periodontal and perimplantit probing by depth-force pattern analysis.** Clin Oral Implant Res. 1997; 8(6):448.

NEVES JB. I**mplantologia oral: otimização da estética em tecidos moles e duros, uma abordagem clínica**. Belo Horizonte: Rona, 2001:383-389.

NIRALE, RM, MDS, THOMBRE R, KUBASAD, G. **Avaliação comparativa do hipoclorito de sódio e infecção por radiação dinâmica na estabilidade dimensional das bases dentárias**. J Advprosthodont. 2012 fev; 4 (1): 24-29.

MISCH C.R. **Prótese sobre implantes**. São Paulo: Ed. Santos; 2010. p.252-64.

_____. **Implantología Contemporánea**. Madrid: Mosby/Doyma Libros, 1995. Implante dentário contemporâneo. 2 ed. São Paulo: Santos, 2000. 22.

MOK J, EMAMI E, KOBAYASHI T, FEINE JS. **An oral hygiene brochure for your implant over denture patients.** J Can Dent Assoc. 2007; 73(8):713.

MOURA, A. F. L. **Prótese parafusada e cimentada:** vantagens e desvantagens ciodonto-Clínica integrada de odontologia, Sete Lagoas – Minas Gerais, 2008.

NEVES, F. D.; et al. Sugestões de sequência de avaliação para seleção do pilar em próteses fixas sobre implantes/cimentados e parafusados. **Revista Brasileira de Prótese Clinica & Laboratorial**, v. 2, n. 27, p. 535-48, mai. 2003.

OLIVEIRA, C. A.; et al. Prótese parafusada versus prótese cimentada. **Revista Implantes**. Caderno científico. v. 4, n. 2, p. 193 -197, mar./abr. 2007.

PARANHOS HFO, SILVA-LOVATO CH, SOUZA RF, CRUZ PC, FREITAS KM, PERACINI A**. Effects of mechanical and chemical methods on denture biofilm accumulation**. J Oral Rehabil 2007;34: 606-612

RAMAGLIA, G., ROMEO, A., VIRI, M., LODI, M., SACCHI, S., & CIOFFI, G. **Impact of idiopathic epilepsy on mothers and fathers:** Strain, burden of care, worries and perception of vulnerability. Epilepsia 48(9), 1999, 1810-1813.

RASPERINI G, PELLEGRINI G, CORTELLA A, ROCCHIETTA I, CONSONNI D, SIMION M. **The safety and acceptability of an electric toothbrush on per implant mucosa in patients with oral implants in aesthetic areas: a prospective cohort study**. Eur J Oral Implantol. 2008; 1(3):221-8.

RAZZOG ME, HOLLENDER LG. MANUTENÇÃO. IN: WORTHINGTON P, LANG BR, RUBENSTEIN JE. **Osseointegração na odontologia**: uma visão geral. São Paulo: Quintessência; 2005. p. 137-44.

REVISTA DA **APCD** V. 49, Nº 4, JUL./AGO. São Paulo: 1995.

ROMEO E, GHISOLFI M, CARMAGNOLA D. **Per implant diseases: a systematic review of the literature.** Minerva Stomatol. 2004; 53(5):215- 30.

ROOS-JANSÅKER AM, LINDAHL C, RENVERT H, RENVERT S. **Nine- to fourteen-year follow-up of implant treatment.** Part II: presence of peri-implant lesions. J Clin Periodontol. 2006; 33(4):290-5.

ROOS-JANSÅKER AM. **Long time follow up of implant therapy and treatment of periimplantitis.** Swed Dent J. Suppl 2007 ;(188):7- 66.

SÁNCHEZ-GÁRCES MA, GAY-ESCODA C. **Periimplantitis**. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9 Suppl:69-74;63-9.

SHAY, K. **Denture Higiene**: **Uma revisão e atualização**. O Journal of Contemporary Dental Practice, v.1, n.2, Winterissue, 2000.

SESMA, N, LAGANÁ DC, GIL C, MORIMOTO, S. Capacidade de remoção do biofilme por meio de um produto enzimático para higienização de bases protéticas. RPG **rev. pos-grad;** 12(4): 417-422 out.- dez. 2005.

SILVA, RJ; SEIXAS, ZA. **Materiais e métodos de higienização para próteses removíveis.** Int. J Dent, Recife, v. 7, n.2, p.125-132, abr./jun., 2008.

SILVA, CHL, PARANHOS, HFO, ITO, IY Evidenciadores de biofilme em prótese total: avaliação clínica e antimicrobiana. **Pesqui Odontol. Bras.** 16(3):270-275, Jul./set. 2002.

SISON, SG. **Implant maintenance and the dental hygienist**. Supplement to accessmay-june AIT Dental, Hu-Friedy Manufacturing Co., and Oral-B Laboratories. 2003.

STANLEY, M.; ALHO, R. V. **Prótese fixa sobre implantes: cimentar ou parafusar?** MAXILLARIS: Lisboa, p. 43-50, jul. 2009.

STELLINI E, MIGLIORATO A, MAZZOLENI S, MOTTOLA A, LOMBARDI L, FAVERO GA. **Topical treatment of peri-implantitis with Metronidazol dental gel 25%:** clinical analysis and microbiological control. Minerva Stomatol 2000; 49(1-2):59-67.

TAWSE-SMITH A, DUNCAN WJ, PAYNE AG, THOMSON WM, WENNSTRÖM JL. **Relative effectiveness of powered and manual toothbrushes in elderly patients with implant-supported mandible over dentures**. J Clin Periodontol. 2002; 29(4):275-80.

TEN CATE AR. **Oral Histology. Development, structure and function**. 6ª ed; Mosby's. 139-274. 1999.

TRITTEN CB, ARMITAGE GC. **Comparison of a sonic and a manual toothbrush for efficacy** in supragingival plaque removal and reduction of gingivitis. J Clin Periodontol 1996; 23(7): 641–8.

VANDEKERCKHOVE B, QUIRYNEN M, WARREN PR, STRATE J, VAN STEENBERGHE D. **The safety and efficacy of a powered toothbrush on soft tissues in patients with implant-supported fixed prostheses.** Clin Oral Investing. 2004; 8(4):206-10.

ZIMMER, "**Trabécula Metal Technology**". (2002) Disponível em:http://www.com>. Acesso em: 25 ago.2019.

WILLIAMSON, R.; **Instalação de prótese unitária parafusada sobre implante**. JADA-Brasil, v. 3, p. 249, set./out. 2000.

WOLFF L, KIM A, NUNN M, BAKDASH B, HINRICHS J. **Effectiveness of a sonic toothbrush in maintenance of dental implants. a prospective study.** J Clin Periodontal. 1998; 25(10):821-8.