

FACSETE

LUCIO SLADE CICONI

PROSERVAÇÃO DAS PRÓTESES SOBRE IMPLANTE.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2020

LUCIO SLADE CICONI

PROSERVAÇÃO DAS PRÓTESES SOBRE IMPLANTE.

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

Área de concentração: Implantodontia.

Orientador: José Claudio Maçon

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

2020

Ciconi, Lucio Slade.
Preservação das Próteses sobre Implante / Lucio Slade
Ciconi - 2020.
17 f.

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

1. Implante dentário. 2. Higiene bucal 3. Saúde bucal.
- I. Título
 - II. José Claudio Maçon.

FACSETE

Monografia intitulada **"*Título: Proservação das Próteses sobre Implante.*"** de autoria do aluno Lucio Slade Ciconi.

Aprovada em 14/02/2020 pela banca constituída dos seguintes professores:

José Claudio Maçon
FACSETE – Orientador

Idelmo Rangel Garcia Júnior
FACSETE

Antônio Carlos Francisco
FACSETE

São José do Rio Preto, 14 de fevereiro de 2020

RESUMO

Na Odontologia, o termo “proservação” remete ao acompanhamento do paciente com o objetivo de promover a longevidade de todos os tratamentos odontológicos realizados em sua boca. Desta forma, no caso da preservação protética, o dentista poderá avaliar o estado da prótese realizada no paciente, seja fixa, unitária, do tipo protocolo ou overdenture. O sucesso de uma prótese implantossuportada, a longo prazo, não depende apenas da osseointegração ou das estruturas ósseas circundantes ao implante, mas também da saúde e integridade dos tecidos moles ao redor dos implantes, tal sucesso depende principalmente dos cuidados de manutenção e higienização destas próteses. Toda prótese deve seguir um rígido protocolo, desde seu planejamento até sua fase de controle ou manutenção após à sua instalação. Esta manutenção envolve responsabilidades inerentes aos profissionais e pacientes envolvidos na reabilitação. O controle periódico, além de manter a higiene bucal do paciente é importante porque pode ocorrer falhas biológicas e mecânicas, como: perda do implante, mucosites, perda do osso marginal, fratura do parafuso, periimplantite, afrouxamento do parafuso intermediário, fratura da base da resina acrílica e fratura da subestrutura. O paciente deve ser bem orientado para receber o tratamento implantológico, principalmente como deve manter sua higiene após receber os implantes, quais serão suas limitações funcionais e estéticas. Desde o planejamento até o monitoramento, sempre existirá a manutenção.

Palavras-chave: Implante dentário, Higiene bucal, Saúde bucal.

ABSTRACT

In dentistry, the term "proservação" refers to the follow-up of the patient with the objective of promoting the longevity of all dental treatments performed in his mouth. Thus, in the case of prosthetic prosthesis, the dentist can evaluate the state of the prosthesis performed on the patient, whether fixed, unitary, protocol type or overdenture. The success of a long-term implant-supported prosthesis depends not only on the osseointegration or bone structures surrounding the implant, but also on the health and integrity of the soft tissues around the implants, such success depends mainly on the maintenance and hygiene care of these prostheses. Every prosthesis must follow a strict protocol, from its planning to its control or maintenance phase after its installation. This maintenance involves responsibilities inherent to professionals and patients involved in rehabilitation. Periodic control, in addition to maintaining the patient's oral hygiene, is important because biological and mechanical failures can occur, such as: loss of the implant, mucositis, loss of marginal bone, screw fracture, periimplantitis, loosening of the intermediate screw, fracture of the acrylic resin base and fracture of the substructure. The patient should be well oriented to receive implantological treatment, especially how he/she should maintain his/her hygiene after receiving the implants, what will be its functional and aesthetic limitations. From planning to monitoring, there will always be maintenance. Keywords: Dental implant, Oral hygiene, Oral health.

Key words: Dental implant, Oral hygiene, Oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. DESENVOLVIMENTO	9
2.1 Enfermidades Periimplantares.....	9
2.2 Importância dos conectores	9
2.3 Orientação ao paciente.....	10
2.4 Vantagens e desvantagens dos tipos de prótese	11
3. CONCLUSÃO	Erro! Indicador não definido.
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. INTRODUÇÃO

Na prática diária está cada vez mais clara a aceitação crescente de colocação de implantes como uma opção de tratamento normal para os pacientes, assim, naturalmente cirurgiões-dentistas estarão envolvidos nos cuidados e manutenção destes implantes. No entanto, um implante pode ocasionalmente falhar durante o processo de cicatrização inicial e os pacientes tendem a aceitar mais a falha de implante por ter conhecimento que a resposta tecidual é dependente de cada indivíduo. O paciente raramente pode avaliar as causas da falha cirúrgica do implante, mas por outro lado pode avaliar vários aspectos do resultado protético, tais como estética, oclusão, função, fonética e manutenção. Falhas tardias ocorrem em situações em que a osseointegração de um implante previamente estável e em função é perdida por sobrecarga e/ ou infecção. (CHEN, DARBY, 2003; FLEMMING, RENVERT, 1999; MISCH, 2000).

O sucesso de uma prótese implantossuportada, a longo prazo, não depende somente da osseointegração ou das estruturas ósseas circundantes ao implante, mas também da integridade e saúde dos tecidos moles ao redor dos implantes. Por conseguinte, tal sucesso depende principalmente dos cuidados de higienização e manutenção destas próteses. Toda prótese deve seguir um protocolo rígido, desde seu planejamento até a fase de manutenção ou controle posterior à sua instalação. Tal manutenção envolve responsabilidades inerentes aos pacientes e profissionais envolvidos na reabilitação. (TELLES, et al. 2003).

O objetivo das chamadas regulares para todos os pacientes com próteses sobre implantes é manter a saúde dos tecidos bucais, particularmente a dos perimplantares, e verificar a prótese em relação à estabilidade, adaptação e oclusão. A manutenção de um tratamento para impedir e ajudar a diagnosticar problemas potenciais tem provado ser vantajosa. (ZARBS, MERECSE-STEM, 2006).

O controle periódico, além de manter a higiene bucal do paciente é importante porque pode ocorrer falhas biológicas e mecânicas, tais como: perda do implante, perda do osso marginal, mucosites, periimplantites, afrouxamento do parafuso do intermediário, fratura do parafuso, fratura da base em resina acrílica e fratura da subestrutura. (GRAGEDA, THAMMASITHBOON, 2006).

2. DESENVOLVIMENTO

Três fases englobam os procedimentos de higiene bucal para paciente submetidos a colocação de implantes osseointegrados, pré-cirúrgica, cirúrgica e pós-cirúrgica, que será destacada neste estudo.

Na fase pós cirúrgica, a higiene é um fator crítico, porque a má higienização está relacionada com a perda óssea marginal. O controle de placa deve iniciar-se imediatamente após o segundo estágio cirúrgico, e o paciente deve compreender a importância e a necessidade desse aspecto do tratamento. (HOBBO, et al. 1997).

Nos implantes de maneira semelhante aos dentes naturais, os problemas com os tecidos moles estão associados aos agentes bacterianos e fatores de retenção. Quando o paciente não consegue controlar a placa bacteriana, uma inflamação, restrita aos tecidos moles pode se estabelecer. (FELLER, GORAB, 2000; HEUER et al. 2007).

2.1 Enfermidades Periimplantares:

Enfermidades periimplantares são definidas como um processo inflamatório que afeta os tecidos ao redor de um implante já osseointegrado e em função. Dentre estas enfermidades podemos destacar as mucosites e as periimplantites. As mucosites são caracterizadas por áreas inflamatórias limitadas a mucosa que com um tratamento adequado é um processo reversível. Já nas periimplantites existe uma perda de suporte ósseo do implante visível clinicamente e radiograficamente. (SANCHEZ-GARCES, 2004).

2.2 Importância dos conectores:

Os tecidos moles também podem sofrer modificações quando utilizado pilares de conexões impróprias, faltas de gengiva inserida, desadaptações nas infra-estruturas e perda da união com a mucosa. (GOODACRE, et al. 1999).

Se componentes ou próteses estão bem confeccionados e instalados, e permitem o adequado controle de placa, os esforços terapêuticos serão dirigidos para a educação, instrução e motivação do paciente quanto aos cuidados caseiros. Se, no entanto, as próteses e componentes funcionarem como retentores de placa, o profissional deve dirigir seus esforços para a identificação e correção dos fatores de retenção. (FELLER, GARAB, 2000).

Tradicionalmente as próteses implantossuportadas são confeccionadas com perfuração oclusal para retenção através de parafusamento. Estas próteses permitem a realização de protocolos de manutenção onde são executados procedimentos como reaperto de parafusos, remoção da prótese para limpeza e até mesmo troca de componentes intermediários e parafusos. Isso reduz os problemas originados pela fadiga natural dos componentes e facilita o controle da saúde dos tecidos periimplantares, proporcionando longevidade aos implantes. Pode ocorrer também fratura do revestimento estético se o espaço para este for reduzido. (NADIN et al. 2004; CARDOSO, GONÇALVES, 2002).

2.3 Orientação ao paciente:

O paciente deve ser orientado a retornar duas semanas após a instalação das próteses, onde foi feito um selamento temporário do orifício de entrada dos parafusos. Nesta consulta, verifica-se novamente a adaptação da peça e a oclusão, fator responsável por eventuais afrouxamentos dos parafusos. Se há uma higiene deficiente, o fechamento permanente do canal da prótese não é recomendado. Reveja os procedimentos de higienização com o paciente e reforce tanto quanto necessário. Pode-se instituir um esquema de consultas trimestrais para avaliação e instruções adicionais. Caso tudo esteja ocorrendo dentro do previsível o esquema de retorno do paciente deve ser de 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses. Depois do primeiro ano reveja o paciente anualmente para o monitoramento da integridade das próteses, controle de placa bacteriana e análise radiográfica. Nos retornos a prótese pode ser removida e limpa com ultra-som ou outros aparatos e colocada novamente na boca. Pastas profiláticas devem ser evitadas, pois estas contêm abrasivos que danificam o titânio. Não se deve ficar limitado a este esquema se houver algum problema. (TELLES et al. 2003; HOBO, et al. 1997).

Quanto aos cuidados caseiros, há uma grande variedade de escovas de dente, com vários tamanhos, formas e texturas. Uma escova de cerdas macias é de grande ajuda para limpar facilmente as áreas acessíveis dos transmucosos e da prótese. (TELLES et al. 2003; HOBO, et al. 1997).

Pode também ser usada uma escova unitufo. Este tipo de escova tem cabeça pequena e menos cerdas sendo ideal para o acesso as áreas menores e regiões interproximais. A principal precaução é com o arame da estrutura, que pode arranhar os transmucosos, sendo necessário, então, uma demonstração correta do seu uso.

O fio dental é um grande auxiliar da higienização, e é encontrado em várias texturas e sabores. Mas se o espaço interproximal a ser higienizado for grande podemos lançar mão de tiras de gaze como auxílio a higienização.

Alguns produtos que estão no mercado podem ser úteis como métodos auxiliares de higienização, como o Water-Pik, um jato de água pulsátil. (HOBÓ, et al. 1997).00,

Escovas elétricas também são um grande aliado na remoção de placas bacterianas das superfícies protéticas e dos intermediários. (TAWSE-SMITH, et al. 2002; TRUHLAR, et al. 2000).

O desafio também envolve o uso dos diversos instrumentos para higiene disponíveis. Não há necessidade de usar todo o aparato para higiene, e sim adequar os artigos às necessidades individuais, o que deve ser feito pelo profissional. (HOBÓ, et al. 1997).

2.4 Vantagens e desvantagens dos tipos de prótese:

A prótese implantossuportada cimentada oferece melhor estética, mas encontramos dificuldade em remover estas próteses caso seja necessário. Com isso, torna-se mais difícil o controle dos componentes protéticos intermediários periodicamente. O escoamento do cimento é inevitável para a área marginal do implante e muitas vezes a remoção completa deste é impossível. Sendo assim, pode ocorrer um acúmulo de placa bacteriana maior nesta região quando comparado com as próteses retidas por parafuso. (PAN, et al. 2007).

As próteses cimentadas são ditas irreversíveis, porém podem ser recuperáveis quando um “cimento temporário” é usado como agente de vedação.

As causas mais comuns da falha das restaurações implantossuportadas e cimentadas incluem perda óssea, restaurações com perda de retenção, fratura dos materiais oclusais ou soltura dos componentes do implante. Portanto, fatores como tensão são responsáveis pela maioria das complicações mais comuns das próteses implantossuportadas. (MISCH, 2000).

Pacientes portadores de overdentures, normalmente são mais velhos e frequentemente possuem destreza manual limitada e uma capacidade visual reduzida. Eles provavelmente terão dificuldades em seguir as instruções de higiene e, assim, dependem dos dentistas e da sua assistência profissional. É preciso ensinar-lhes

procedimentos de higiene que melhor correspondam com suas habilidades. (ZARB, MERECSE-STEM, 2006).

Uma prótese do tipo overdenture é uma prótese total associada a um sistema de retenção. Assim além do aspecto biomecânico, várias observações podem ser feitas no momento da entrega das próteses e nos retornos periódicos, para preservar os tecidos bucais, tais como áreas de alívio e áreas de sobreextensão. (BONACHELA, ROSSETTI, 2002).

O programa de manutenção para pacientes portadores de overdentures também inclui consultas de verificação e ajuste. Esta última inclui checagem da adaptação da base da prótese para determinar a necessidade de reembasamento; uma verificação oclusal para estabelecer a necessidade de ajuste “sem remontagem”; uma checagem dos componentes fêmeas da prótese (frouxos, quebrados, perdidos ou com necessidade de ativação); e a perda de qualidade de quaisquer partes pilares ou dos elementos retentivos em contato com a base da prótese. (ZARB, MERECSE-STEM, 2006).

A higienização das overdentures segue o protocolo de próteses totais, lembrando que existem componentes muito delicados no interior da base; assim, proceder a higienização com instrumentos tipo “cotonetes” ou cerdas macias. Observa-se com grande frequência o acúmulo de cálculo sobre os abutments ou uniões protéticas decorrentes talvez de uma afinidade química das ligas metálicas ou do titânio aos sais de cálcio e fósforo presentes na saliva, sendo que a remoção deste deve ser efetuada de maneira cuidadosa para que não se danifiquem os componentes protéticos ou de titânio com ranhuras, o que promoveria, seguramente, uma superfície mais rugosa e mais ativa para o acúmulo de cálculo.

Pacientes com overdentures devem retornar após 48 horas da instalação das próteses para verificar a estabilidade, onde poderão ser verificadas as áreas de pressão e até mesmo tecidos ulcerados. Assim, verificar também a retenção, checar a oclusão e reforçar a técnicas de higienização bucal.

De maneira resumida, o cirurgião-dentista pode se deparar com as seguintes situações nos primeiros anos de uso das overdentures:

- sistemas tipo barra-clipe: reativação e substituição do clipe, fratura da resina em torno do clipe.
- sistemas encaixe tipo bola: fratura da matriz, desaparafusamento do transmucoso, troca do O’ring.

- sistemas tipo magneto: desaparafusamento do transmucoso, perda da magnetização.

Para evitar ranhuras no sistema de retenção das overdentures pode-se realizar a higienização com escovas de bebês do tipo dedal de borracha com projeções. (BONACHELA, ROSSETTI, 2002).

3. CONCLUSÃO

Para minimizar os riscos de falhas, o protesista tem que ter conhecimento que todos os procedimentos realizados durante a confecção da prótese suportada por implantes foram satisfatórios, para o bom assentamento, adaptação e oclusão, diminuindo riscos de falhas.

O profissional, já no planejamento, precisa mostrar ao paciente os cuidados que ele precisa ter com suas próteses, esclarecendo sobre higienização, alimentação, diferença entre dente natural e prótese suportada sobre implantes e verificar a aceitação deste paciente as novas condições, assim, o cirurgião dentista pode transferir responsabilidades sobre a longevidade do trabalho protético também para o paciente. Para tanto, o profissional pode, no ato da instalação das próteses, reforçar os cuidados de higiene oral e a importância dos controles periódicos.

Segundo Taylor (1990) pessoas com experiências negativas de estresse psicológico podem não estar motivada ao tratamento e não seguir as instruções de higiene bucal, mas quando estas convivem com pessoas que estão passando pelo mesmo tipo de tratamento se sentem mais seguras e motivadas a colaborar com o tratamento. Com isso, sugere-se que o paciente com este tipo de distúrbio permaneça pouco tempo na recepção da clínica do cirurgião dentista, mas se possível marque pacientes com procedimentos semelhantes para um possível diálogo antes do atendimento entre eles e isso pode ajudar como terapia de suporte, mas não podemos ignorar a necessidade de um atendimento multidisciplinar para estes pacientes a fim de um resultado melhor para o tratamento com as próteses sobre implantes.

Ropley (1990) avaliou a influência de diversas maneiras de profilaxia utilizadas em consultórios e pacientes, tais como taças de borracha associadas a pastas profiláticas, escovas interdentaes, curetas plásticas, ultra-som e curetas metálicas, o ultra-som e curetas metálicas tornaram as superfícies altamente asperizadas.

Quando avaliado a necessidade de ajustes em dois diferentes sistemas de retenção para overdentures, sistema bola ou barra-clipe, MacEntee et al. (2005) puderam observar que a maioria dos ajustes aconteceram no primeiro ano de uso e estes ajustes totalizaram 81% dos ajustes feitos em três anos de acompanhamento e o sistema bola requer mais reparos. Sadowsky (2001) e Chaffe et al. (2002) concluíram que a manutenção das overdentures tem a maior ocorrência de

desarranjos no primeiro ano de uso. Isso pode acontecer devido à adaptação dos pacientes com novos hábitos de alimentação com as novas próteses.

Segundo Misch (2000) o perfil de emergência da prótese implantossuportada cimentada favorece uma melhor higienização porque não requer uma aba de porcelana na crista vestibular devido ao implante ser inserido sob a borda incisal e não no cíngulo. O mesmo autor afirma que uma vez que o diagnóstico e o plano de tratamento são corretamente estabelecidos, a causa mais comum das tensões excessivas sobre as próteses implantossuportadas e cimentadas pode ser o carregamento ósseo muito prematuro, plano oclusal defeituoso e negligência das restaurações parcialmente descimentadas. A combinação do suporte com dentes naturais e implantes dentro da mesma prótese complica também as condições biomecânicas.

Quando avaliado a efetividade da remoção da placa bacteriana com escovas manuais ou elétricas, por portadores de próteses suportadas por implantes, Tawse-Smith et al. (2002) observaram que a remoção da placa foi mais efetiva com as escovas elétricas, mas não sendo estatisticamente significativa. Porém, Truhlar et al. (2000) acharam que as escovas elétricas são mais eficientes, mas isso pode variar dependendo do tamanho da cabeça da escova. Os mesmos autores afirmam que os implantes escovados com escovas elétricas observados após 24 meses tiveram uma sobrevida melhor do que os implantes escovados com métodos manuais, mas este resultado precisa de estudos clínicos adicionais independentes para validação.

Com base na literatura estudada podemos concluir que os implantodontistas tem por obrigação fornece toda a orientação sobre o tratamento, implantológico desde o planejamento até o monitoramento, bem como manutenção, custo, higiene, limitações e estéticas.

Estruturas desadaptadas podem induzir tensões cumulativas e adversas nos implantes, com o risco de mudanças ósseas adversas. Assim, uma adaptação passiva e precisa das bases das próteses, barras e dos intermediários e um pré-requisito para a saúde duradoura do osso que circunda e suporta os implantes.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bonachela CW, Rossetti PHO. **Overdentures das raízes aos implantes osseointegrados – Planejamentos, tendências e inovações.** 1ªed.; São Paulo, Santos, 2002.

Cardoso RJA, Gonçalves EAN. **Oclusão/ATM, prótese sobre implantes e prótese bucomaxilofacial.** São Paulo, Artes Médicas, 2002.

Chaffee NR, Felton DA, Cooper LF, Palmqvist U, Smith R. **Prosthetic complications in an implant-retained mandibular overdenture population: Initial analysis of a prospective study.** J Prosthet Dent, 2002. 8p.

Chen S, Darby I. **Dental implants maintenance, care and treatment of periimplant infeccion.** Aust Dent J. 2003. 48:(4), 212-20p.

Feller C, Gorab PR. **Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização.** vol.1; São Paulo, Artes Médicas, 2000.

Flemming T, Renvert S. **Consensus report: Maintenance and complications.** In:Lang NP, Karring T & Lindhe J, ends. Proceeding of the third European Workshop on Periodontology. Berlin: Quintessence; 1999,347-51p.

Grageda E, Thammasithiboon P. **Fabrication of a maintenance template for fixed complete denture.** J Prosthet Dent 2006; (95): 84-5p.

Goodacre CJ, Kan JYK, Rungcharassang K. **Clinical complications of osseointegrated implants.** J Prosthet Dent 1999; (81): 537-52p.

Heuer W, Elter C, Demling A, Neumann A, Suerbaum S, Hannig M, et al. **Analysis of early biofilm formation on oral implants in man.** J Oral Rehabil 2007; (34): 377–82p.

Hobo S, Ichida E, Garcia LT. **Osseointegração e Reabilitação Oclusal**. 1ªed. São Paulo, Santos, 1997.

MacEntee MI, Walton JN, Glick N. **A clinical trial of patient satisfaction and prosthodontic needs with ball and bar attachments for implant-retained complete overdentures: Three-year results**. J Prosthet Dent 2005; (93): 28-37p.

Misch CE. **Implantes dentários contemporâneos**. 2ªed.; São Paulo, Santos, 2000.

Nadin MA, Moro AL, Gali JP, Nadin OS. **Prótese parafusada lateralmente: a evolução no mecanismo de retenção da prótese fixa sobre implante**. Revista Odontológica de Araçatuba 2004; 25(1): 49-52p.

Pan YH, Lin CK, Liu PR. **Retention and leakage of implant-supported restorations luted with provisional cement: a pilot study**. J Oral Rehabil 2007; (34): 206-12p.

Rapley JW. **The surface characteristics produced by various oral hygiene instruments and materials on titanium implant abutments**. Int J Oral Maxillofac Implants 1990; 5(1): 47-52p.

Sánchez-Garcés MÁ, Gay-Escoda C. **Periimplantitis**. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; (9): 63-74p.

Sadowsky SJ. **Mandibular implant-retained overdentures: A literature review**. J Prosthet Dent 2001; (86): 468-73p.

Taylor TD. **Dental implants: are they for me? E.U.A.**; Ed. Quintessence books, 1990.

Tawse-Smith A, Duncan W, Payne AGT, Thomson WM, Wennström JL. **Relative effectiveness of powered and manual toothbrushes in elderly patients with implantsupported mandibular overdentures**. J Clin Periodontol 2002; (29): 275–80p.

Truhlar RS, Morris HF, Ochi S. **The efficacy of a counter-rotational powered toothbrush in the maintenance of endosseous dental implants.** JADA 2000; (131): 101-7p.

Telles D, Hollweg H, Castellucci L. **Prótese Total – Convencional e sobre Implantes.** São Paulo, Santos, 2003.

Zarb GA, Mericske-Stern R. Protocolo clinico de tratamento com overdentures implantossuportadas. In: Zarb GA, Bolender CL, Eckert SE, Jacob RF, Fenton AH, Mericske-Stern R. **Tratamento protético para os pacientes edêntulos – próteses totais convencionais e implantossuportadas.** 12^aed.; São Paulo, Santos, 2006.