FACULDADE SETE LAGOS

Pós graduação Lato Sensu em Implantodontia

JULIANA ZAMPOLLO DE OLIVEIRA CAMPOS

PERIIMPLANTITE: ETIOLOGIA E TRATAMENTO

São Paulo
2016

FACULDADE SETE LAGOS

Pós graduação Lato Sensu em Implantodontia

JULIANA ZAMPOLLO DE OLIVEIRA CAMPOS

PERIIMPLANTITE: ETIOLOGIA E TRATAMENTO

Monografia apresentada à Faculdade Sete Lagos para obtenção do Grau de Especialista em Odontologia. Área de concentração: Implantodontia. Orientador: Prof. Ms. Roberto Azevedo Silva.

São Paulo
2016

FACULDADE SETE LAGOS

Pós graduação Lato Sensu em Implantodontia

PERIIMPLANTITE: ETIOLOGIA E TRATAMENTO

Monografia apresentada ao Centro de Pós-Graduação da Faculdade Sete Lagos, como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em implantodontia.

Aprovado(a) em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____
Coordenador Prof. Dr. Jose Luis Barreira Filho

_____
Co-orientador Prof. Dr. Edson Brasil

_____
Prof. Dr. Carlos Monson

_____
Prof. Dr. Pedro Polimenni

São Paulo
2016

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 01

2. OBJETIVO 01

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 02

3.1- Mucisute e periimplantite 02

3.2- Etiologia 03

3.2.1 –Aspectos microbiológicos 04

3.2.2 – Aspectos biomecânicos 05

3.3 – Diagnosticos 06

3.3.1 – mobilidade do implante 06

3.3.2 – profundidade de sondagem 07

3.3.3 – sangramento à sondagem 07

3.3.4 – presença de supuração 07

3.3.5 – métodos radiográficos 07

3.3.6 – métodos microbiológicos 07

3.4 – Tratamento 07

3.4.1 – medidas preventivas 08

3.4.2 – medidas terapeuticas 08

3.4.2.1 – debridamento mecânico 08

3.4.2.2 – antissepsia local 09

3.4.2.3 – antibioticoterapia sistêmica 09

3.4.2.4 – intervenção cirúrgica 10

3.4.2.5 – explantação 11

4. DISCUÇÃO 12

5. CONCLUSÃO 13

REFERENCIA 14

PERIIMPLANTITE: ETIOLOGIA E TRATAMENTO.

INTRODUÇÃO.

Desde a descoberta do fenômeno da osseointegração por Branemark,na década de 60,é que os implantes passaram a ser utilizados em grande escala na odontologia para substituição de elementos dentários perdidos, buscando a obtenção de uma reabilitação oral permanente e conseqüentemente a melhoria da função mastigatória e satisfação estética.

Apesar de todos os aspectos positivos apresentados por essa terapia, alguns problemas podem ser encontrados, uma vez que a restituição de um elemento dental com implante não exime o paciente da suscetibilidade a doenças periodontais, neste caso passa a ser considerada a possibilidade da perda do implante através da periimplantite (termo proposto por Mombelli, 1987), que é um processo inflamatório que acomete os tecidos que circundam os implantes osseointegrados e que envolve, portanto,o tecido ósseo.

A etiologia dessas inflamações é atribuída a fatores bacterianos que se depositam ao redor do implante, levando ao comprometimento dos tecidos, e posteriormente a perda do mesmo, e ainda a fatores biomecânicos, onde cargas excessivas são direcionadas sobre o implante e o osso, podendo gerar mobilidade. Na maioria das vezes os sintomas são de surgimento lento e assintomático,é importante ressaltar que a perda óssea é de caráter multifatorial,e é preciso identificar a real causa para que o problema possa ser resolvido e tratado.

Quando diagnosticada prematuramente, essa patologia pode ser reversível, para isso o diagnóstico tem que ser preciso e correto. A terapia de manutenção e de tratamento deve se basear no protocolo proposto que se denomina Terapia de Suporte Cumulativo CIST,onde se propõe desde a higienização,terapias ressectivas,regenerativas e até mesmo a explantação do implante.

2. Objetivo

O objetivo do presente estudo foi discutir a etiologia e protocolos de tratamento mais indicados para periimplantite, através da revisão bibliográfica.

3. Revisão bibliográfica

3.1- Mucosite e periimplantite.

As doenças periimplantares são classificadas em mucosite periimplantar e periimplantite. O termo mucosite periimplantar foi proposto para inflamações reversíveis de tecidos moles ao redor de implantes em função ou não, sem a presença de perda óssea. Suas manifestações clínicas remetem à gengivite e incluem eritema,aumento de volume e da sensibilidade,sangramento espontâneo e à sondagem e,eventualmente ,a supuração.

A mucosite é causada por componentes protéticos soltos ou resíduos alimentares que penetram nos sulcos periimplantares. Em um estudo examinando a reação da gengiva e da mucosa periimplantar frente ao acúmulo de placa, os autores Zitzman ET AL (2002) encontraram um maior extravasamento de leucócitos na gengiva do que na mucosa periimplantar e sugestionam que isto ocorre porque a gengiva está a mais tempo exposta ao ambiente bucal, ou seja, a repetidas agressões da placa bacteriana.

A periimplantite,condição semelhante à periodontite,constitui a progressão clínica da mucosite não tratada.É definida como um processo inflamatório que resulta na perda do osso de sustentação e que pode comprometer parcialmente ou totalmente a osseointegração.A periimplantite representa uma infecção sítio específica com diversos padrões em comum com a periodontite crônica(Mombelli et al 1994,Lindhe et al 1992).Seus sinais clínicos incluem as manifestações da mucosite acrescidas da presença de bolsa periimplantar,fístula,evidência radiográfica de destruição da crista óssea e,em casos avançados,a mobilidade do implante;são comuns as hemorragias durante a sondagem com ou sem secreção purulenta.





A média de perda óssea vertical ao redor do implante não deve ser maior que 0,2 mm ao ano, no caso de periimplantite essa perda é progressiva, excedendo os limites de tolerância de reabsorção (Abrektsson ET AL 1996).

3.2- ETIOLOGIA

A etiologia da doença periimplantar assemelha-se a doença periodontal, uma vez que existe similaridade entre as estruturas de suporte. As doenças periimplantares têm sido correlacionadas ao acúmulo e à especificidade do biofilme bacteriano e à conseqüente perda óssea alveolar.Assim como a doença periodontal,a periimplantite é resultante,sobretudo,do desequilíbrio instaurado entre defesa do hospedeiro e agressão microbiana,dentre outros fatores.Desse modo,existe uma forte evidência de que higiene oral deficiente,histórico de periodontite,tabagismo e sobrecarga oclusal são fatores de risco e agravantes para doenças periimplantares.Além disso,diante do fato dos dentes remanescentes constituírem um reservatório de microorganismos patogênicos,verifica-se que pacientes parcialmente edentulos apresentam mairo susceptibilidade às doenças periimplantares(AAP 1999).

Outro fator muito importante, é que o tecido conjuntivo e o tecido epitelial ao redor do dente diferem tremendamente dos tecidos no espaço periimplantar. Nos tecidos periodontais as fibras do tecido conjuntivo se dispõem vertical e obliquamente e na região periimplantar a disposição das fibras é predominantemente horizontal com um pequeno número de fibras oblíquoas(fibras de Sharpey).Isto explica a razão pelo qual uma vez instalada uma periimplantite,a perda do elemento se faz rapidamente,assim,podemos considerar que a gengiva que circunda os implantes é mal aderida(Berglundh,1991).

Assim como os dentes, os implantes mesmo estabilizados pela osseointegração necessitam de um selamento biológico perimucosal que proteja a osseointegração do meio bucal, para a manutenção da saúde a longo prazo. A maior longevidade dos implantes ocorre naqueles indivíduos que possuem adaptação íntima de tecido mole firme e protetor com selamento marginal e mínima reabsorção óssea.A impermeabilidade concedida pela camada de ceratina e pelo elevado número de desmossomos e a imobilidade fornecida pelo elevado número de fibras colágenas são duas características de defesa importantes oferecidas pela presença desse tecido.No entanto,alguns estudos clínicos e experimentais não conseguem sustentar essa teoria,embora a esmagadora maioria dos casos com doença periimplantar tenha deficiência de mucosa ceratinizada(Bianchini,2008)

A perda do implante se dá por dois aspectos: 1. Microbiológicos

2. biomecânicos

3.2.1 Aspectos microbiológicos

Biofilme é a colonização estruturada de microorganismos que pode estar presente em local orgânico ou não; pode ser definido como uma comunidade complexa e estruturada de microorganismos envoltos por uma matriz extracelular de polissacarídeos entre si a uma superfície ou interface (Costernon ET col 1995).

Biofilmes são as únicas estruturas que permitem coexistência de organismos aeróbios e anaeróbios estritos à distância de poucas centenas de micrômeros um do outro, e o melhor caminho para controlar biofilmes baseia-se na prevenção de seu desenvolvimento. Microorganismos organizados em biofilmes são muito mais resistentes do que bactérias planctônicas,ou seja,de única espécie(Esper L.M.R,2011).

Quando ocorre uma lateração do biofilme, seja pelo aumento do número de determinadas cepas de germes ou por alteração do meio em que habitam ou por deficiência imunológica do hospedeiro, surge à doença periodontal e, no caso de implante, ocorre o comprometimento de sua viabilidade.



A macrobiótica associada à periimplantite apresenta altas concentrações de bactérias anaeróbias e gram negativas, semelhante à encontrada na periodontite crônica generalizada. No entanto Quiryen e Listgarten et al(1990) relataram aumento na proporção de bastonetes móveis e espiroquetas em pacientes parcialmente edentulos.O fluido gengival ao redor dos dentes possivelmente atua como reservatório de bactérias que podem colonizar os sítios dos implantes.

Outro fator importante é a superfície dos implantes dentais, que quando expostos ao meio bucal interferem no tipo e quantidade de microorganismos aderidos. A aderência de celulas bacterianas à superfície de implantes é diretamente proporcional à rugosidade de sua superfície.Com o aumento da rugosidade é notado um aumento exponencial de bactérias aderidas.

Entre as diversas bactérias que habitam a cavidade bucal, algumas são capazes de provocar a doença periodontal e entre elas há as que possuem maior virulência. As principais patógenas são: Porphyromonas gingivalis(alta virulência);Actinobacillus actinomycetenicomitans(anaeróbica);Prevotella intermédia;Tanerella forsythensis;Treponema dentícola(J.Haber,1994).

No caso da periimplantite, são encontradas as bactérias, Porphiromenas gingivalis; actynomicetomcemitaris; Prevotella intermedia; Tannerella fersythia; Fusobacterium SSP; Aggregacbacter; Capnocytophaga; Eibenella cornodans; Bacteroides pigmentados negros; Espiroquetas; Cândida albicans; Escherichia coti; Enecrobacter cloacar; Pseudemenas aeruginosa (Hultin ET AL, 2002)

Essa microbiota é responsável pela perda e falha na osseointegração, podendo lesar os tecidos periimplantares por:

A. Invasão e destruição direta;

B.liberação de enzimas e fatores de reabsorção óssea;

C. Indução de uma reação inflamatória mediada pelo sistema imune do hospedeiro;

D.A combinação dos fatores citados acima.

3.2.2- Aspectos biomecânicos

Sobrecarga é o termo definido a um desequilíbrio biomecânico entre forças funcionais e parafuncionais atuando sobre uma prótese sobre implante e o osso alveolar. Essa disfunção pode causar a perda da osseointegração que ocorre pela substituição do tecido ósseo por uma cápsula fibrosa não funcional,ou seja, sobrecarga é uma carga funcional aplicada no implante que excede da capacidade do osso suportá-la.Atualmente,o maior número de perda de implantes,se dá pela sobrecarga oclusal.Inúmeros estudos estabeleceram que a oclusão traumática poderia ser o principal fator na etiologia das falhas dos implantes(Newman e Flemming,1988;Isidor,1997;el Askary et al,1999;O`Mahony eSpencer,1999).

Segundo Isidor(1996) e também Miyata et al(2002),múltiplos fatores podem contribuir para a perda dos implantes,sendo que as infecções bacterianas e a sobrecarga mecânica são usualmente consideradas como fatores eitológicos primários.

A falta de ligamento periodontal ao redor dos implantes implica na ausência de uma conexão resiliente entre o implante e o osso de suporte. Os implantes

osseointegrados não se movimentam e portanto não podem instruir ou migrar para compensar a presença de um contato oclusal prematuro.Dessa forma,qualquer desarmonia oclusal terá repercussão na conexão prótese-implante,osso-implante ou em ambas (Newman et al,2012).

O módulo de elasticidade do titânio é de 5 a 10 vezes maior do que o do osso cortical;quando dois materiais de diferentes módulos de elasticidade são posicionados juntos,sem nem material intermediário,e um deles recebe uma carga,o aumento do estresse vai ser observado no local onde os dois materiais entram em contato primeiro.Na interface implante-osso,o estresse de maior magnitude é observado na região da crista óssea.Além da diferença do módulo de elasticidade entre as superfícies,outros dois fatores mais prováveis para perda óssea são a quantidade de força aplicada na prótese e a qualidade do osso para resistir à estas forças e também o design do implante(Mish et al,2005).

A perda óssea fisiológica (saucerização) ocorre ao longo do tempo por volta de 2 mm e é aceitável até em valores maiores, desde que não haja componentes inflamatórios associados a ela, que seriam o sangramento à sondagem e a presença intensa de biofilme modificando o aspecto dos tecidos moles. Já a perda óssea patológica,geralmente é superior à esses 2mm.O problema é que a linha que separa estes dois tipos de reabsorção periimplantar é muito tênue,e em algumas situações clínicas do dia a dia,muito difíceis de diferenciar(Bianchini,2012).

Em pacientes que cuidam da higiene oral, ou seja, em uma cavidade oral saudável, os implantes perdidos por ação de trauma, apresentam morfotipos bacterianos semelhantes ao implantes saudáveis.

3.3- DIAGNÓSTICO.

Rotineiramente realizado por meio de exame clínico e radiográfico, Mombelli (2002) recomenda iniciar o diagnóstico testando a mobilidade, profundidade de sondagem e presença de sangramento e supuração. O exame radiográfico e os métodos imunológicos e microbiológicos devem ser analisados posteriormente.

3.3.1- Mobilidade do implante:

Quando há a presença de mobilidade deve-se realizar a remoção do implante. Pela ausência de ligamento periodontal(ausência de mobilidade) é uma condição para existência parcial ou total da osseointegração,já que a mesma se dá por anquilose.

3.3.2- Profundidade de sondagem:

A profundidade de sondagem consiste na mensuração clínica da distância entre a margem gengival e a base sondável do sulco periimplantar, com o objetivo de verificar a existência de bolsas; a profundidade saudável varia entre 2,2 a 3,7mm, entretanto medidas de profundidade de sondagem acima desta média não podem ser consideradas como sendo sinal de inflamação devido às diferentes configurações dos conectores protéticos.

3.3.3-Sangramento à sondagem:

Verifica a condição de saúde da mucosa sem avaliar o tecido ósseo

3.3.4- Presença de supuração:

A presença de supuração nos sulcos periimplantares evidencia a atividade da doença periimplantar e a destruição tecidual. Segundo Lang et al(2001),a detecção de supuração requer grande número de neutrófilos e sua presença e altamente sugestiva de lesão periimplantar avançada.

3.3.5- Métodos radiográficos:

Os métodos radiográficos são utilizados para monitorização dos implantes após as próteses terem sido instaladas. Avaliações longitudinais usando parâmetros radiográficos mostram que,em média,a progressão da perda óssea varia entre 0,9mm a 1,6mm em um ano sob função,enquanto essa taxa diminui para 0,5mm a 0,13mm após o segundo ano.A taxa de perda óssea anual em implantes acometidos pela periimplantite varia entre 0,8 a 1,01 mm anuais.Quirymen et al(1993),sugerem como protocolo de acompanhamento dos implantes,durante a fase de manutenção,que as radiografias devem ser realizadas a intervalos de 3 anos ou quando complicações ocorrem.

3.3.6- Métodos microbiológicos:

A identificação do agente etiológico é importante na seleção de antimicrobianos eficazes. No entanto,a realização de testes microbiológicos muitas vezes esbarra na indisponibilidade comercial,no alto custo e na complexidade da técnica(Barreto et al 2013).

3.4- TRATAMENTO

O tratamento da periimplantite engloba basicamente duas medidas, a preventiva

e a terapêutica.

3.4.1- Medidas preventivas:

Para diminuir o número de vítimas da periimplantite, a prevenção será sempre o melhor remédio; a principal medida preventiva é a instrução de higiene oral, que não difere daquela recomendada para dentição natural. O controle da placa antes de qualquer implante a ser instalado é muito importante,bem como o controle da doença periodontal antes e após a instalação do implante.

Para o sucesso da osseointegração, deve-se evitar a ausência de mucosa queratinizada, proximidade entre os implantes, próteses cimentadas, margens subgengivais, o guia cirúrgico deve ser bem planejado; e após instalação das próteses, os componentes devem removidos periodicamente para limpeza e a prótese deve dar acesso à higiene pelo próprio paciente.

Podemos considerar o ajuste oclusal como uma terapia preventiva;quando contatos prematuros cêntricos ou laterais são detectados ,é necessário o ajuste oclusal em próteses sobre implantes.Na suspeita de atividade parafuncional,terapia com placa oclusal tem sido sugerida.Avaliação clínica em intervalos de tempos regulares é necessário para verificar se a oclusão está bem balanceada e se cargas estão adequadamente sendo bem distribuídas nos implantes.

3.4.2- Medidas terapeuticas:

Quando complicações do tecido mole estão presentes ao redor de implantes, o objetivo do tratamento é tornar este tecido saudável para aumentar o prognóstico dos implantes em longo prazo. Essas medidas incluem: debridamento mecânico,antissepsia local,antibióticoterapia sistêmica e intervenção cirúrgica.

3.4.2.1- Debridamento mecânico:

Implantes com acúmulo de biofilme ou calculo,com tecido periimplantar levemente inflamado,mas sem supuração e com profundidade de sondagem inferior a 3mm,podem ser submetidos ao debridamento.Nesse caso os implantes devem ser mecanicamente limpos com instrumentos rotatórios adequados,como taça de borracha e pasta de polimento de granulação fina,curetas de plástico,teflon,titânio ou banhadas à ouro produzem alterações insignificantes na superfície de titânio do implante,enquanto

instrumentos de metal e com alteram significantemente a superfície do implante.O jato de bicarbonato tem efeito mínimo sobre a superfície dos implantes e pode ser utilizado em intervalos de 30 em 30 dias(Revent el al 2008).

3.4.2.2- Antissepsia local:

Na presença de sinais de destruição de tecido periimplantar(bolsas de 4 a 5mm),leve perda óssea e presença de supuração,devem ser combinadas a terapia A com a aplicação de antissépticos e antibióticos sobre a superfície do implante,entre eles ,clorexidina,iodo,tetraciclina,metronidazol e ácido hialurônico.

Lang eBrecx,1986 propõem para a terapia antisséptica local o uso de digluconato de clorexidina a 0,1% e 0,2%,na forma de bochechos e a aplicação de gel de clorexidina a 0,2% ou irrigação com clorexidina na mesma porcentagem.

Outros protocolos propostos para a terapia antisséptica é o jato de bicarbonato associado o antibiótico local como a tetraciclina a (50mg/ml) e o uso de metronidazol gel a 25% em duas aplicações, uma vez por semana. Todos os protocolos demonstram eficácia na descontaminação local da superfície do implante.

Um estudo avaliou a eficácia de tetraciclina local, e 92% dos pacientes demonstraram redução do sangramento e da profundidade de sondagem. Resultados semelhantes foram obtidos associando minociclina ao debridamento mecânico(Barreto et al 2013).

3.4.2.3- Antibióticoterapia sistêmica.

Quando se diagnostica uma bolsa periimplantar maior que 5 mm, evidência de perda óssea radiográfica e de uma flora anaeróbia, será proposta a terapia antibiótica sistêmica, depois de realizadas as terapias A e B.

O uso de antibióticos vem sendo empregado como coadjuvante no tratamento de infecções periimplantares; estes demonstram resultados satisfatórios na redução do sangramento do sangramento e da profundidade de sondagem e estão indicados, principalmente, em casos de bolsas profundas.

Na evidência de uma flora anaeróbia estrita, foi estabelecido um protocolo para terapia antibiótica recomendando metronidazol 1000mg por 10 dias. Outro protocolo foi proposto recomendando a associação de metronidazol 250mg a amoxicilina 375mg,três vezes ao dia,por dez dias.A susceptibilidade de microorganismos de

infecções periimplantares a diversos tipos de antibióticos foi avaliada in vitro;os resultados mostraram maior efetividade da clindamicina,do metronidazol e dos macrolídeos(Mombelli e Lang,1998).

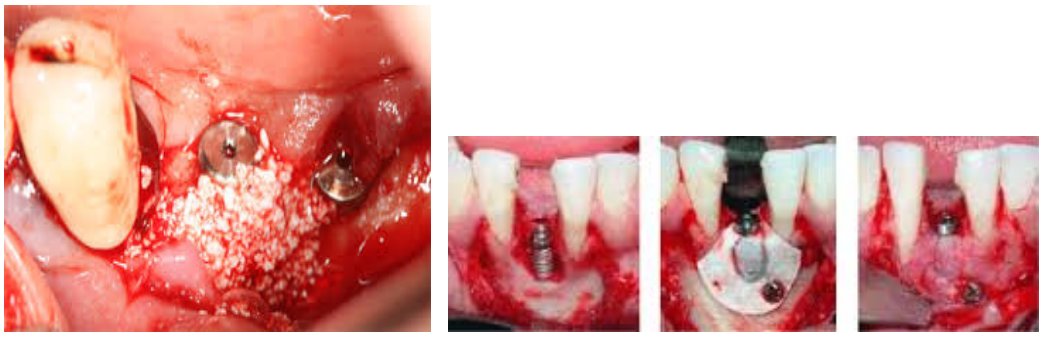
3.4.2.4- Intervenção cirúrgica –Ressectivas-Regenerativas

Procedimentos cirúrgicos são propostos na terapia de suporte interceptiva cumulativa, no intuito de corrigir os defeitos nos tecidos periimplantares causados pela doença, sendo realizados somente como complemento e após as terapias A, B e C. Dentre os procedimentos cirúrgicos recomendados estão, além do acesso cirúrgico para raspagem, cirurgias ressectivas e regenerativas. A cirúrgia ressectiva é indicada para remoção de excesso de tecido hiperplásico,porém,expõe a área cervial do implante,deixando as roscas expostas na cavidade bucal,facilitando acúmulo de bactérias.

A cirúrgia regenerativa consiste na regeneração tecidual guiada,onde os componentes celulares no tecido têm variados graus de migração dentro da área ferida,durante a cicatrização;consiste na colocação de uma barreira física,onde fibroblastos e outras células teciduais são prevenidas de entrar no defeito ósseo,possibilitando assim a migração de células mais lentas,com potencial osteogênico, que poderão atingir o defeito.A barreira também tem a finalidade de deter o material particulado e induzir à um maior reparo ósseo(Peterson et al,1996).

Em um artigo de revisão, foi avaliada a eficiência do tratamento cirúrgico na doença periimplantar. Concluíram que o debridamento à céu aberto(com retalho) e a descontaminação da superfície do implante promovem a formação óssea e a reosseointegração.O uso de procedimentos regenerativos,com ou sem membranas,tem sido relatado na literatura e apresenta variados graus de sucesso.No entanto,as evidências científicas atuais não possibilitam identificar superioridade entre as técnicas disponíveis.

No caso de enxerto ósseo, ele pode ser associado ou não à membrana (Claffey ET AL, 2008).



3.4.2.5- Explantação.

Na presença de mobilidade do implante, a única medida a ser tomada é a explantação, que consiste na remoção do mesmo, seguida de curetagem do osso onde estava alojado.

Com o objetivo de escolher o tratamento mais adequado para a periimplantite, foi proposta uma classificação para os defeitos ósseos periimplantares, estabelecendo a existência de dois grupos básicos: defeitos intra ósseos(classe I) e defeitos supra alveolares(classe II).Segundo o autor,a seleção da mobilidade terapêutica depende,entre outros fatores,da morfologia do defeito e da influência dessa sobre o resultado clínico após a cirurgia regenerativa(SchwarsF. et al 2010).

Intervenção cirúrgica:

Cirurgias ressectivas	Cirurgias regenerativas
-gengivectomia	-R.O.G + enxerto ósseo
-gengivoplastia	-enxerto ósseo
-reposição apical do retalho	
-osteotomia	

4. Discussão.

Várias incertezas permanecem em relação à doença periimplantar, acompanhamentos a longo prazo conduzidos corretamente de casos tratados consecutivamente parece ser um caminho realístico para o acumulo de mais informação. Isso pode ser útil no estabelecimento da previsibilidade,magnitude e estabilidade nas melhorias que podem ser realizadas.

Existe um consenso de que a higiene oral correta deve ser estabelecida e que as forças oclusais devem ser avaliadas e corrigidas pelo ajuste oclusal, quando profundamente traumáticas. Segundo Mish et al, a perda óssea é mais severa em caso de contato prematuro em implantes,em comparação com os dentes,devido ao módulo de elasticidade do titânio e do osso.Já,Newman et al ,atribuem essa perda óssea principalmente pela falta de ligamento periodontal ao redor dos implantes.

Segundo os estudos, não há dúvidas de que a higiene oral é o melhor método de tratamento, sendo um tratamento preventivo, mas Mombelli ET AL sugerem que um plano diagnóstico bem elaborado pode evitar a perda do implante por causa microbiológica ou biomecânica.

5. Conclusão.

As doenças periimplantares são possíveis complicações do tratamento com implantes, mas podem ser temporárias e passíveis de tratamento.

O tratamento deve ser realizado a partir de um diagnóstico bem realizado e iniciado o mais breve possível. Sendo que o melhor tratamento para se evitar a periimplantite ainda é a prevenção.

O paciente com implantes deve ser instruído quanto à higiene oral, e deve ser colocado em um programa de manutenção preventiva, eficaz, para a manutenção da saúde dos tecidos periimplantares.

Em relação às próteses sobre implantes, a literatura relata que o sucesso clínico e a longevidade dos implantes dentários podem ser alcançados pela oclusão controlada biomecanicamente. No entanto,alguns cuidados,principalmente em relação ao planejamento,são imprescindíveis para uma resolução estética e funcional satisfatória a curto e longo prazos

REFERÊNCIA:

Albrektsyson , T et al , the long term efficacy of currently used dental implants. Int. F. Oral & Maxillofac Implants , v.1, p 11-25, 1996.

American Academy of periodontology- The patógenas of periodontal diseases. J. periodontal . v.70, p.457 – 470- 1990.

Beiglumdh T, Et al. The soft tissue banier at implants and heth. Clin.Oral. Implant Res. 2: 81-9-, 1991.

Bianchini M, et al . O passo a passo cirurgico na Implantodontia, da instalação a prótese. P.333 – 352- 2008.

Claffey N . Clarke E, Polyzois I, Renvert S, Surgical Treatment of peri implantitis, J Clin Periodontal 2008; 35 (suppl. 8): 316 -332.

Cluirynen M, Tenghels W, Microbiologically Compromised Patients and impact on oral implants Periodontology 2000- 2003; 33;119-128.

Fonte:Dental Implants: The art and séance second ed. Baluch et al Elsevier, 2011.

Hultin, M, et al Microliogical findings and hoste response in [patitients with peri-implantitis. Clinical oral implantes research.v.13 p.341- 358- 2002.

J. Haber, Somowing us a major risk factor for periodontitis, em Curent Opnion in periodontology (1994, PP 12-18. J. S lots &M. A Taulman, contemporany. Oral Microbiology and Immunology (3a ed. St Louis : Mosly, 1992) pp 425-443.

Lang NP, Wilson T G, Corbet E F. Biological Complicantions with dental implants: Theer prevention, diagnosis and treatment Clin Oral Impl Res 2000; 11 (suppl) ; 146-155.

Lindhe J, et al Experimental Brecuc down of peri implant and periodontal times. A study in beagle dog. Clinical Oral implants research v.3 p. 9-16, 1992.

Mombelli A & Lang, N P. The diagnosis and treatment of periimplantitis periodontology 200. V.17, p. 63- 76- 1998.

Mombelli, A et al Microbial aspects of implant dentisty Periodontology 2000. V.4, p 74-80, 1994.

Mauricio Andrade Beneto, Luiz Rogerio Duarte: Evidencias cientificas em esteticas e osseointegração, 2013, p.524-557. Editora Napolene.

Newman M, Takei H, Klovkevold P, Carranza F 11a ed. São Paulo: Eliseu : 2012 p. 159-169.

Quirynen M, Tissue response to loading amd microbiota Londres, p.917-920, 1993.

Ref. Myata T, Kobayashi Y, Arakilt, Ohto T, Shink. The influence of controlled overload on peri implant tissue Par 3, a histologic study in monkeys. Int. J. Oral Maxillofae Implants, 2007.

Revert S. Roos - Jansaker AM, Claffily N. Non – Surgical treatment of peri implant nucositis and perio implantitis. A literature review J. Clin Periodontal 2008; 35 (suppl 8): 305 – 315.

Schuars F et al Impacto of defect configuration on the clinical outcome following surgical regenerative therapy of periimplantitis. Journal of clinical periodontology, 2010, 37:499 – 455.

Zitz mann, N.V et al expression of endothelial adhescon molecules in the alveolar rige mucosa, gengiva and peri implant mucosa, J.Clin. Periodontal . v. 29 p. 429-495, 2002.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de monografia a minha família por me dar apoio com todo o sacrifício e luta durante o meu aprendizado.

Dedico aos mestres por toda atenção e profissionalismo a qual dedicaram ao nosso estudo e formação.

À todas as pessoas que foram essenciais para que eu obtivesse êxito e sucesso nesta especialização.

A conclusão deste trabalho de monografia para obtenção do titulo de especialista em implantodontia, é uma grande conquista para todos nós.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter concedido força e saúde para eu conquistar esse objetivo.

Aos meus pais, eternamente grata pelos meus estudos.

Aos professores queridos, pelo aprendizado e experiência . Que tanto me ajudaram nessa etapa da minha carreira.

Aos colegas, que me tornaram verdadeiros amigos, nesses anos de caminhada.