

PAPEL DA MANUTENÇÃO NO TRATAMENTO DA DOENÇA PERIODONTAL E PERIMPLANTAR.

THE ROLE OF MAINTENANCE IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL AND PERIMPLANT DISEASE.

Eliane Chávez Penha, Periodontista,
- Associação Brasileira de
Odontologia;
Implantodontista – Universidade
de Ribeirão Preto.

Keywords: maintenance; periodontal
disease; Perimplantite

Diogo Luz, Mestre em Clínica
Odontológica Universidade Federal
Fluminense

Eliane Porto Barboza, Mestre e
Doutora em Periodontia, Professor
Titular da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal Fluminense

Endereço para Correspondência:

Eliane Porto Barboza

Rua Mario Santos Braga 28, Centro,
Niterói, RJ

CEP- 24020-140

Palavras-chave: manutenção;
doença periodontal; Periimplantite

e-mail: elianeporto.uff@gmail.com

O Papel da Manutenção no tratamento da doença periodontal e perimplantar

Introdução

Estudos clínicos têm demonstrado que pacientes que aderem a um programa de manutenção supervisionado subsequente à terapia periodontal ativa podem diminuir a recorrência da doença e sua progressão contínua após terapia (AXELSSON e LINDHE, 1981c).

Os pacientes com dentes naturais e os pacientes reabilitados com implantes dentais experimentam a mesma relação de causa-efeito com a placa bacteriana, e podem desenvolver alterações inflamatórias, caso a placa não seja removida (PONTORIERO et al., 1994).

Atualmente, o termo utilizado para um programa de manutenção periódica com chamadas regulares é Manutenção Periodontal (COHEN, 2003) que abrange a manutenção de implantes dentários.

A Manutenção Periodontal (MP) inclui uma nova avaliação da história médica e dental, exame extra e intra oral dos tecidos moles, exame dos dentes, avaliação periodontal, avaliação dos implantes, revisão de radiografias, remoção de placa bacteriana e cálculo supra e subgingivais, alisamento radicular e debridamento dos implantes (se indicado), polimento, revisão do controle de placa do paciente e avaliação dos fatores de risco. A MP pode ser temporariamente descontinuada, dando lugar a novos tratamentos (COHEN, 2003).

O objetivo deste artigo é discutir a importância da manutenção no tratamento da doença periodontal e perimplantar.

Relevância da Manutenção Periodontal

A perda óssea em alguns pacientes periodontais é inversamente proporcional à frequência às consultas de MP (WILSON et al., 1987). Dez anos após o tratamento periodontal, pacientes que tinham recebido MP periódica exibiram melhores taxas de profundidade à sondagem e redução de perda dentária, comparados aos pacientes que não receberam MP. Muitos estudos mostram que a periodontite recorrente pode ser prevenida ou limitada por ótima higiene oral pessoal, além de consultas periódicas de MP (RAMFJORD et al., 1982). Outros estudos demonstram que pacientes que mantêm intervalos regulares de MP, experimentam menos perda óssea e menos perda de inserção clínica, se comparados aos pacientes que recebem menos ou nenhuma consulta de MP (WILSON et al., 1987; The AAP, 1989).

Além disso, pacientes tratados e que não retornam para manutenções regulares podem experimentar até 5,6 vezes maior risco de perda de dentes do que pacientes assíduos às consultas. A MP também permite um monitoramento dos implantes dentários, avaliando os aspectos biológicos do suporte dos implantes, além dos aspectos mecânicos das restaurações (COHEN, 2003).

Ocasionalmente, apesar dos melhores esforços do clínico e dos pacientes, além de consultas de MP regulares, alguns indivíduos ainda podem sofrer

progressiva perda de inserção ou do implante. (HIRSCHFELD e WASSERMAN, 1978).

Procedimentos de Manutenção

A tabela 1 mostra as etapas da consulta de MP (COHEN, 2003)

Etapas	Descrição
A) Revisão e Atualização da história médica e dental	Verificar mudanças no estado de saúde e novos medicamentos em uso.
B) Exame clínico (comparar com registros anteriores)	<p>Exame extra-oral e registro dos dados.</p> <p>Exame intra-oral e registro dos dados</p> <p>a) Avaliação intra-oral dos tecidos moles</p> <p>b) Avaliação de câncer oral</p> <p>Exame dental e registro dos dados</p> <p>a) Mobilidade, frêmito e fatores oclusais</p> <p>b) Avaliação de cáries coronais e radiculares</p> <p>c) Restaurações e próteses defeituosas</p> <p>d) Outros problemas dentais, como ausência de contatos dentários ou dentes mal posicionados</p> <p>Exame periodontal e registro dos resultados</p> <p>a) Profundidade de sondagem</p> <p>b) Sangramento à sondagem</p> <p>c) Índices de placa e cálculo</p> <p>d) Avaliação de furca</p> <p>e) Exsudato</p> <p>f) Qualquer sinal de progressão da doença</p> <p>g) Testes microbianos, se indicado</p> <p>h) Recessão gengival</p> <p>i) Níveis de inserção, se indicados</p> <p>Exame de implantes dentais e tecidos perimplantares e registro de dados</p> <p>a) Profundidade de sondagem</p> <p>b) Sangramento à sondagem</p> <p>c) Exame dos componentes protéticos/pilares</p> <p>d) Avaliação da estabilidade do implante</p> <p>e) Exame oclusal</p>

f) Qualquer sinal ou sintoma de atividade de doença (ex: dor, supuração)

C) Exame Radiográfico

Radiografias atuais baseadas nas necessidades do paciente.
Anormalidades nas radiografias devem ser observadas.

avaliação do Estado da doença ou mudanças ao revisar os achados clínicos e radiográficos, comparados com dados anteriores

E) Avaliação da Higiene Oral

F) Tratamento

Remoção da placa e do cálculo supragengival e subgengival.
Modificação de comportamento
a) Reinstrução da higiene oral
b) Adesão à sugestão de intervalos da MP
c) Aconselhamento sobre o controle de fatores de risco (ex: fumo, dieta, estresse)
Raspagem e Alisamento radicular seletivo, se indicado
Ajuste Oclusal, se indicado
Uso de antibióticos sistêmicos, agentes antimicrobianos locais, ou procedimentos irrigatórios, se necessário.
Dessensibilização radicular, se indicado.
Terapia Cirúrgica (ou descontinuidade da manutenção periodontal e tratamento da recorrência da doença, se indicado).

G) Comunicação

Informar ao paciente seu atual estado e a necessidade de tratamento adicional, se indicado.
Contactar outros profissionais de saúde, se indicado.

H) Planejamento

Para pacientes com história de gengivite, visitas de 6 meses de intervalo são indicadas.

Baseada na avaliação dos achados clínicos e no estado da doença a frequência da MP pode permanecer a mesma, ser modificada, ou a paciente pode retornar a tratamento mecânico, químico, cirúrgico e/ou não-cirúrgico. Para pacientes com história de periodontite visitas com 3 meses de intervalo, podem ser necessárias inicialmente. No entanto, os intervalos para MP devem ser individualizados.

Tais procedimentos serão executados de acordo com o julgamento do profissional, embasado na história pregressa do paciente.

Em 2008, a Academia Americana de Periodontia publicou uma declaração de avaliação do risco para a doença periodontal. O documento descreve que a avaliação do risco é muito importante no planejamento do tratamento periodontal, e deve fazer parte de toda e qualquer avaliação dental ou periodontal. Os fatores de risco estão relacionados ao hospedeiro e podem influenciar no aparecimento, apresentação clínica e progressão das doenças periodontais e perimplantares e, portanto, devem ser eliminados ou controlados. Tais fatores incluem, mas não são limitados, ao hábito de fumar, diabetes não controlada e doenças sistêmicas crônicas. No entanto, para as doenças perimplantares, o principal fator de risco é a doença periodontal prévia. O principal fator de risco para as doenças periodontais é o hábito de fumar. Alguns dos fatores de risco locais incluem controle de placa precário, extensão e severidade da perda óssea alveolar, história familiar positiva, profundidade de sondagem > 6mm, sangramento gengival, cimento residual em prótese sobre implante (AAP, 2008).

A profundidade de sondagem ainda é considerada como um dos principais métodos de diagnóstico das doenças periodontais. Portanto, uma profundidade de sondagem acima de 4mm requer tratamento. (MÜHLEMANN e SON, 1971). O sangramento à sondagem deve ser analisado após uma sondagem delicada, pois pode representar um parâmetro inflamatório objetivo que tem sido incorporado aos sistemas de índices para avaliação das condições periodontais, refletindo a adesão do paciente aos padrões de higiene oral. A ausência de sangramento à sondagem está fortemente associada à estabilidade periodontal (MÜHLEMANN e SON, 1971). O uso de testes microbianos de rotina ainda é limitado devido à incapacidade de identificar doenças específicas ou prever a progressão da doença (MÜHLEMANN e SON, 1971).

O exame dos implantes dentários e tecidos perimplantares devem também ser analisados na consulta de manutenção. O profissional deve ter um pleno conhecimento dos critérios de sucesso dos implantes. A MP inclui uma avaliação da profundidade de sondagem, sangramento à sondagem, avaliação das próteses e seus componentes, avaliação da estabilidade do implante, exame oclusal, e outros fatores e sintomas da atividade da doença, como dor e supuração (MISCH et al. 2008).

Em 2007, uma escala de saúde dos implantes foi proposta e aceita pelo Congresso Internacional dos Implantodontistas (ICOI), durante a conferência de Pisa, para substituir os critérios de sucesso propostos anteriormente, o quadro 1 relaciona os grupos com suas respectivas condições clínicas, comparando características de sucesso, sobrevivida ou insucesso dos implantes.

Grupo I - Sucesso (saúde ótima)	Grupo II - Sobrevida (saúde satisfatória)	Grupo III - Sobrevida (saúde comprometida)	Grupo IV - Perda (perda clínica ou absoluta)
<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dor • Mobilidade 0 • Perda óssea radiográfica < 2mm em relação à cirurgia inicial • Profundidade à sondagem < 5mm • Sem história de exsudato 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dor • Mobilidade 0 • Perda óssea radiográfica de 2 a 4 mm • Profundidade à sondagem de 5 a 7 mm • Sem história de exsudato 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de dor à função • Mobilidade 0 • Perda óssea radiográfica > 4mm • Profundidade à sondagem > 7 mm • Pode haver história de exsudato 	<ul style="list-style-type: none"> • Quaisquer dos itens abaixo: • Dor à função • Mobilidade • Perda óssea radiográfica > 1/3 do comprimento do implante • Exsudato não controlado • Implante ausente na boca

O grupo I representa o sucesso do implante com ótimas condições de saúde. Os implantes deste grupo seguem um programa de manutenção normal. O prognóstico é muito bom a excelente.

Os implantes do grupo II exibem saúde satisfatória e são estáveis, mas mostram uma história com potencial para problemas clínicos. O tratamento indicado para os implantes do grupo II consiste em um protocolo de redução de estresse do sistema de implante, intervalos mais curtos entre as consultas de higienização, reforço das instruções de higiene oral, radiografias anuais até a estabilização da crista óssea e gengivoplastia ou procedimento de redução do sulco perimplantar, quando indicados. O prognóstico é bom a muito bom, dependendo da profundidade do sulco ao redor dos implantes.

Implantes do grupo III são também classificados como sobreviventes, mas exibem uma perimplantite de leve a moderada e um estado de saúde comprometido. Perimplantite é definida como um processo inflamatório que afeta o tecido ao redor do implante e que resulta na perda de suporte ósseo. Esses implantes podem receber intervenção cirúrgica e protética.

O grupo IV de qualidade de saúde do implante é considerado perda clínica. O implante deve ser removido se existir qualquer uma das condições citadas. Independentemente de se o paciente irá retornar para a remoção, o implante é considerado perdido para os dados estatísticos. Em alguns casos, o paciente apresenta a ausência do implante na boca (MISCH et al. 2008).

O controle de placa é um fator determinante tanto para a manutenção dos implantes como para a manutenção dos dentes naturais. Por isso, técnicas de higiene oral dos implantes devem ser adotadas. A higiene oral pessoal dos pacientes deve ser avaliada, reforçada e motivada. No entanto, parece que os pacientes não são assíduos no controle de placa bacteriana caseiro. Isso ficou

comprovado no estudo de HEASMAN et al. (1989), que acompanharam 100 pacientes tratados de periodontite de moderada a grave que foram instruídos a usar um ou mais dispositivos de limpeza interdental. Após seis meses, somente 20% executavam os procedimentos corretamente.

Cuidados devem ser tomados para não instrumentar os locais normais com sulcos rasos (1 a 3mm de profundidade), pois estudos mostraram que raspagem subgingival e alisamento radicular repetidos em lugares periodontalmente normais resultam em significativa perda de inserção. Nas áreas com bolsas residuais maiores do que 4mm, há necessidade de retratamento. Uma omissão do retratamento dos sítios reinfetados ou uma execução incompleta durante a consulta de manutenção periodontal podem resultar em uma perda contínua de inserção. Pacientes que não respondem a terapia convencional devem ter seu microbioma investigado (COHEN, 2003).

Em relação à manutenção em implantes ainda há a discussão que instrumentação rotineira pode arranhar ou escavar as áreas das superfícies expostas de implantes, resultando em acúmulo de placa. Embora haja um grande número de estudos avaliando o efeito de vários instrumentos de raspagem e abrasivos nas superfícies de implantes, não há dados clínicos que suportem a hipótese entre técnica de manutenção e fracasso de implantes (FOX, et al. 1990). Além disso, o efeito de crescimento celular e inserção tecidual em superfícies de implantes alteradas por instrumentos para remoção de placa bacteriana, ainda não está elucidado (DENNISON, et al. 1994).

Os métodos mais utilizados para remoção e prevenção de depósitos bacterianos na superfície dos implantes dentários são escovas interdentais, fio, cordão e fita dental, assim como os agentes quimioterápicos tópicos. A manutenção profissional com instrumentos plásticos ou com instrumentos metálicos usados de forma prudente, também pode ser indicada, assim como polimento com taças de borracha, abrasão moderada e pó abrasivo em jato de ar (AAP, 2000).

Frequência da Manutenção Periodontal

Muitos pacientes que apresentam gengivite recorrente podem ser mantidos com MP de 6 em 6 meses (RAMFJORD, 1982). No entanto, para a maioria dos pacientes com história de periodontite, vários estudos recomendam que a MP deve ser executada de 2 a 3 meses (AXELSSON e LINDHE, 1981c), a cada 3 meses, de 3 a 4 meses, de 3 a 6 meses (LINDHE e NYMAN, 1984) e de 4 a 6 meses (HIRSCHFELD e WASSERMAN, 1978). Contudo, a maioria dos estudos sugere que para os pacientes com história prévia de periodontite, a manutenção deve ser feita 4 vezes ao ano. Esse intervalo resultou em menor progressão da doença, se comparado a pacientes que receberam manutenção menos freqüente. Quanto ao intervalo de consultas de manutenção dos tecidos periimplantares, a maioria dos estudos sugere que seja anual (HULTIN et al, 2007). Entretanto, os intervalos de manutenção periodontal, tanto em dentes naturais como implantes, devem ser individualizados, adequando às necessidades de cada paciente.

Apesar do debridamento da bolsa eliminar componentes da microbiota subgingival, associada com periodontite, os patógenos periodontais podem retornar ao nível do início do tratamento em dias (9 a 11 semanas) ou meses, podendo variar, dramaticamente, entre pacientes (GREENSTEIN, 1992). Portanto, o intervalo requerido para as consultas de manutenção deve ser ditado por fatores como número de dentes ou implantes, cooperação do paciente, saúde sistêmica, o acesso à instrumentação, história da doença ou complicações, distribuição e profundidade do sulco e eficácia da higiene oral e compromisso com as consultas de manutenção (AXELSSON e LINDHE, 1981c). Estudos têm sugerido que o grau de compromisso do paciente com a MP tem sido muito pobre. Uma pesquisa reportou que 28% dos pacientes não compareciam à primeira visita de manutenção (OJIMA et al., 2001). Outro estudo mostrou que em um período de 10 anos, o comprometimento dos pacientes eram apenas de 45.8%. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes não são comprometidos com as consultas de manutenção (NOVAES e NOVAES, 2001). Os pacientes tratados de periodontite que se comprometem com os intervalos de manutenção sugeridos, experimentam menos perda de inserção e perda dentária, se comparados com pacientes que não se comprometem com a MP (WILSON et al., 1987; GREENSTEIN, 1992; OJIMA et al., 2001; NOVAES e NOVAES, 2001).

Tratamento mecânico, químico, não cirúrgico e/ou cirúrgico podem ser necessários em alguns pacientes, caso haja novos casos ou progressão da doença, particularmente nas áreas associadas com perda de inserção prévia (GRBIC et al., 2001).

Conclusão

O papel das consultas de manutenção é prevenir o aparecimento de novas doenças e/ou minimizar a recorrência da progressão da doença em pacientes que foram previamente tratados de gengivite, mucosite, periodontite ou perimplantite. Além disso, a MP visa reduzir a incidência de perda dentária ou de implantes dentários, através do monitoramento da dentição e da reposição de dentes naturais perdidos, com o uso de próteses dentárias. O controle bem sucedido da doença periodontal e perimplantar, a longo prazo, depende de um programa de manutenção ativo e terapia adicional apropriada. Os intervalos de manutenção periodontal devem ser adaptados às necessidades de cada paciente para a manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1981 c; 8: 281-294.

2. Pontoriero R, Tonelli MP, Carnevale G, Mombelli A, Nyman SR, Lang NP. Experimentally induced peri-implant mucositis. A clinical study in humans. *Clin Oral Implant Res* 1994; 5: 254-259.
3. Cohen RE. American Academy of Periodontology. Position Paper: periodontal maintenance. *J Periodontol* 2003; 74: 1395-1401.
4. Wilson TG, Glover ME, Malik AK, Schoen JA, Dorsett D. Tooth loss in maintenance patients in a private periodontal practice. *J Periodontol* 1987; 58: 231-235.
5. Ramfjord SP, Morrison EC, Burgett FG, et al. Oral hygiene and maintenance of periodontal support. *J Periodontol* 1982; 53: 26-30.
6. The American Academy of Periodontology. Supportive treatment, In: *Proceedings of the World Workshop in Periodontics*. Chicago: American Academy of Periodontology, 1989: IX-24.
7. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978; 49: 225-237.
8. American Academy of Periodontology. Statement on risk assessment 2008; 79: 202.
9. Mühlmann HR, e Son S. Gingival sulcus bleeding – a leading symptom in initial gingivitis. *Helvetica Odontologica Acta* 1971; 15:107-113. *Annals of Periodontology*, 1996; p 219.
10. Misch CE, Parel ML, Wang HL, Sammartino G, Galindo-Moreno P, Trisi P. Implant success, survival, and failure: The International Congress of Oral Implantologists (ICOI) Pisa Consensus Reference. *Implant Dent*. 2008; 17: 5-15.
11. Heasman PA, Jacobs DJ, Chapple IL. An evaluation of the effectiveness and patient compliance with plaque control methods in the prevention of periodontal. *Clin Prev Dent* 1989; 11(2): 24-8.
12. Fox SC, Moriarty JD, Kusy RP. The effects of scaling a titanium implant surface with metal and plastic instruments: an in vitro study. *J Periodontol* 1990; 61: 485-490.
13. Dennison DK, Juerzeler MB, Quinones C, Caffesse RG. Contaminated implant surfaces: An in vitro comparison of implant surface coating and treatment modalities for decontamination. *J Periodontol* 1994; 65:942-948.

14. American Academy of Periodontology. Dental implants in periodontal therapy (position paper). *J Periodontol* 2000; 71: 1934-1942.
15. Lindhe J e Nyman S. Long-term maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 1984; 11 (8): 504-14.
16. Hultin M, Komiyama A, Klinge B. Supportive therapy and the longevity of dental implants: a systematic review of literature, *Clin Oral Implants Res* 2007; 18 (suppl 3): 50-62.
17. Greenstein G. Periodontal response to mechanical non-surgical therapy: A review. *J Periodontol* 1992; 63:118-130.
18. Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 2001; 28: 1091-1095.
19. Novaes AB Jr., Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part II: Risk of non-compliance in a 10-year period. *Braz Dent J* 2001; 12: 47-50.
20. Grbic JT, Lamster IB, Celenti RS, Fine JB. Risk indicators for future clinical attachment loss in adult periodontitis. Patient variables. *J Periodontol* 2001; 62: 322-329.