

**Orientação para Manutenção dos Tratamentos de Implantodontia  
no Município de São Paulo**

Prefeito de São Paulo

RICARDO LUÍS REIS NUNES

Secretário Municipal de Saúde de São Paulo

LUIZ CARLOS ZAMARCO

Secretário Adjunto Municipal de Saúde de São Paulo

MAURICIO SERPA

Chefe de Gabinete da Saúde

ARMANDO LUIS PALMIERI

Secretaria-Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

SANDRA SABINO FONSECA

Coordenação da Atenção Básica

GISELLE CACHERIK

Assessoria de Saúde Bucal – SMS

MARTA LOPES DE PAULA CIPRIANO

ANA CAROLINA DO VALLE DE MOURA LEITE

JULIANE TURASSA CHAVES UYEDA

SAMANTA PEREIRA DE SOUZA

Interlocutores de Saúde Bucal – CRS

ANA ELISA AOKI

DANIELLE DE CASSIA SOUZA MACEDO

KAREN MULLER RAMALHO

LUIS ROBERTO SUMAN



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde  
Coordenadoria da Atenção Básica  
Assessoria Técnica de Saúde Bucal

MARCIO HENRIQUE SANCHES

REGINA SALDANHA GONÇALVES

SANDRO MARCELO RIBEIRO GARCIA

Grupo de Trabalho de Implantes

ANDREA ORLANDO ROSSI BERNAL

ANA CAROLINA DO VALLE DE MOURA LEITE

BRUNO NUNES DE FRANÇA

FÁBIO KUROGI ALVAREZ

FRANCIS HENRIQUE DO NASCIMENTO TSURUMAKI

LEANDRO MULFORD PEDROSO

RICARDO LUIZ PISCIOLARO



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde  
Coordenadoria da Atenção Básica  
Assessoria Técnica de Saúde Bucal

## **SUMÁRIO:**

Lista de abreviaturas	4
Objetivos	5
Introdução	5
Atendimento ao paciente na Rede de Atenção à Saúde Bucal do Município de São Paulo	7
Orientações para a manutenção em prótese implanto suportadas	10
Referências bibliográficas	19



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde**  
**Coordenadoria da Atenção Básica**  
**Assessoria Técnica de Saúde Bucal**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária em Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
eSB	Equipe de Saúde Bucal
mm	Milímetros
MS	Ministério da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PA	Pronto atendimento
PS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIGA	Sistema Integrado de Atendimento
SMS - SP	Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## **1. Objetivos:**

O objetivo deste protocolo e suas diretrizes é o de oferecer orientações aos profissionais da Rede de Saúde Bucal da Prefeitura do Município de São Paulo, promovendo a qualificação da atenção odontológica às pessoas submetidas a tratamentos reabilitadores com implantes dentários.

Serão propostas estratégias de cuidado de forma qualificada e segura de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas e dentro da organização da rede de atenção em saúde bucal disponível.

## **2. Introdução:**

O objetivo do implante é a reabilitação oral, substituindo dentes que não puderam ser mantidos na cavidade bucal por doença periodontal ou foram perdidos por fracassos protéticos, endodônticos, fraturas, cáries, traumatismos, agenesias e iatrogenias.

Os implantes dentários representam uma solução reabilitadora com índices expressivos de sucesso apoiados em resultados de acompanhamento clínico já reportados na literatura odontológica.

Apesar dos altos índices de sucesso das reabilitações orais utilizando implantes dentários, insucessos podem ocorrer os quais são representados principalmente pela perda dos mesmos.

O sucesso ou o fracasso de um implante depende basicamente da saúde geral e bucal do indivíduo, dos seus hábitos e da condição cirúrgica em que o procedimento foi executado. O fracasso de um implante consiste na falha total do implante em cumprir seu propósito funcional.

Na reabilitação oral com implantes dentários, a biocompatibilidade do material constituinte, o desenho, a forma e o tipo de superfície do implante irão interagir com os fatores relacionados ao hospedeiro (idade, hábitos, aspectos da saúde local e sistêmica) e com a equipe multidisciplinar (planejamento prévio, domínio da técnica cirúrgica e de reabilitação protética). Portanto o sucesso ou não da terapia tem um caráter multifatorial que precisa ser constantemente observado e cuidado.

Os distúrbios associados aos implantes osseointegrados envolvem uma grande variedade de condições, tanto de natureza mecânica como as de cunho biológico, que se não forem devidamente diagnosticadas e tratadas levam ao comprometimento do implante e até mesmo à sua perda.

Podemos classificar o insucesso do tratamento em perda primária ou precoce e tardia. Quando a osseointegração não é concretizada e é necessária a remoção do implante. Já a perda tardia ocorre quando os implantes sofrem alguma alteração após a osseointegração e reabilitação com prótese dental, sendo também necessária a remoção do implante.

A ausência de osseointegração, mucosite e periimplantite são condições biológicas.

A mucosite é definida como a inflamação dos tecidos moles que pode ocasionar leve sangramento após a sondagem e pode haver supuração da bolsa associada ou não há presença de dor. Já a periimplantite é a presença de sinais de inflamação dos tecidos, associadas a perda óssea de 3 mm ou mais apresentando características bem definidas de um defeito circunferencial em torno do implante. Portanto, a doença é um processo inflamatório que se desenvolve em resposta à colonização bacteriana que caminha no sentido corono-apical e, se não for tratada, resulta na mobilidade dos implantes que ocorrerá nos últimos estágios, quando a perda óssea progrediu e envolveu completamente a superfície do implante.

A microbiota do biofilme subgingival associado à periimplantite é complexa com predomínio de bastonetes Gram-negativos. Nas lesões ao redor de implantes, é semelhante a que se encontra em periodontite.

Portanto, a periimplantite é diagnosticada quando ocorre perda progressiva do osso periimplantar, excedendo os limites de tolerância de reabsorção do osso, após o sucesso da osseointegração do implante, ou seja, a média de perda óssea vertical ao redor do implante observada é maior que 0,2 mm anualmente.

Na condição de saúde, a sonda penetra na extensão apical do epitélio, e numa lesão de periimplantite, a sonda penetra no tecido conjuntivo. A sondagem em tecidos inflamados, tanto em áreas de dente quanto de implante, irá, no entanto,

resultar em maior penetração da sonda, com sua ponta podendo chegar mais perto da crista óssea.

O desequilíbrio biomecânico entre forças funcionais e parafuncionais, sobre uma prótese sobre implante compromete a osseointegração, podendo surgir mobilidade. Radiograficamente identifica-se imagem radiolúcida ao redor do implante.

As interferências oclusais têm sido apontadas como um importante fator associado a insucessos em prótese sobre implante, inicialmente estável.

A presença de inflamação nos implantes provocado por acúmulo de biofilme associada a distribuição inadequada de forças oclusais pode aumentar a reabsorção óssea ao redor de implantes.

Assim, a avaliação clínica periódica das relações oclusais em reabilitações sobre implantes é fundamental para assegurar o prognóstico de sucesso em longo prazo.

Uma relação oclusal balanceada com cargas adequadamente distribuídas pode reduzir complicações biológicas e biomecânicas em implantodontia.

A literatura sugere que a manutenção adequada é um passo importante que contribui para a longevidade dos implantes osseointegrados.

### **3. Atendimento ao paciente na Rede de Atenção à Saúde Bucal do Município de São Paulo**

Em 2004 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente que aborda o cuidado em saúde bucal através do estabelecimento de linhas de cuidado que devem ser organizadas numa rede de serviços de reabilitação que deve ser integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção.

O trabalho deve ser compartilhado em equipe envolvendo todos os níveis de atenção, com interface entre todas as políticas de saúde com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado.

A Atenção Primária em Saúde (APS) ocupa posição central na composição e implementação da rede assistencial. É a porta de entrada principal e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As ações ofertadas na APS devem seguir as seguintes diretrizes:

- Regionalização e hierarquização;
- Territorialização e população adscrita;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede;
- Participação da comunidade.

Atualmente os implantes osseointegrados são considerados eficazes na reabilitação oral de pacientes com edentulismo parcial ou total, com índices de sucesso de 98% que se traduzem em segurança para o profissional e paciente. O sucesso consagrado dos implantes gera um aumento no número de indivíduos que procuram esta alternativa de tratamento, com isso torna-se fundamental a necessidade por acompanhar e promover a manutenção destas reabilitações na RAS tendo em vista que além dos pacientes que serão reabilitados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) do município, as equipes de Saúde Bucal (eSB) atenderão cada vez mais pacientes submetidos a tratamentos com implantes osseointegrados.

Algumas das necessidades que a manutenção dos tratamentos das reabilitações implanto-suportadas requer podem ser oferecidas pelas eSB das UBSs.

Caso o encaminhamento para outro nível de atenção seja necessário, o cirurgião-dentista (CD) deverá registrar o Tratamento Concluído na Atenção Básica.

Devem ser encaminhados e atendidos no CEO pessoas que necessitem de recursos indisponíveis no serviço da UBS.



Nos casos de dúvida com relação à indicação de encaminhamento, recomenda-se o contato interprofissional, via telefone ou e-mail para discussão e orientação técnica do caso.

A referência para tratamento no CEO pode ser feita apenas pelos dentistas lotados nas UBSs, que coordenam o cuidado do usuário.

Os profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Pronto Socorro (PS) e Pronto Atendimento (PA) não podem referenciar o usuário ao CEO. Caso o usuário seja atendido em UPA ou AMA, a orientação que deve ser oferecida é a de comparecer à UBS de referência do usuário.

Os serviços do CEO são de caráter eletivo, portanto não deve ser utilizado para referência de urgência, a não ser em situações excepcionais que devem ser relatadas à equipe de implantodontia do CEO através de contato telefônico para a pactuação do atendimento que poderá ocorrer de forma imediata ou através de vaga regulada de manutenção.

O encaminhamento deve ser feito em duas vias na FICHA DE REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA, contendo obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Nome e carimbo do profissional solicitante;
- Nome, cartão SUS e telefone do paciente;
- **Data da consulta** em que o paciente foi encaminhado ao CEO;
- História clínica dos procedimentos realizados pela eSB na UBS, que sejam de relevância para a especialidade;

É imprescindível que a redação da FICHA DE REFERÊNCIA / CONTRARREFERÊNCIA seja realizada de forma legível e com os dados do paciente atualizados.

Após a conclusão do tratamento no CEO, é fundamental que o especialista realize a contrarreferência para a UBS. Desta forma, o usuário continuará sendo acompanhado pela eSB de acordo com a linha de cuidado integral preconizada.

Sempre que houver necessidade, o paciente poderá retornar futuramente para novos atendimentos no CEO, através de nova regulação a ser realizada pela UBS.

É importante ressaltar que é atribuição do CEO realizar matriciamento das equipes das UBSs, por isso, os profissionais dos CEOs devem estar sempre atualizados na especialidade de atuação.

O matriciamento aumenta a capacidade resolutive dos atendimentos de manutenção de reabilitações implanto-suportadas, ampliando a rede de atendimento e melhorando a qualidade dos serviços prestados.

As reabilitações com utilização de implantes osseointegrados envolve procedimentos cirúrgicos e protéticos com a utilização de componentes protéticos e implantes que obrigatoriamente precisam ser compatíveis entre si para que a adaptação da prótese ao implante seja o mais precisa possível, fator primordial para o sucesso do tratamento.

Sendo impossível garantir a compatibilidade entre sistemas, a substituição de componentes protéticos só ocorrerá para pacientes que realizaram a sua reabilitação em CEOs do município de São Paulo e que após avaliação criteriosa do especialista, tenham comprovada necessidade de substituir componentes utilizados em seus tratamentos.

Os procedimentos que exijam a remoção das próteses sobre implantes parafusadas ou cimentadas só poderão ser realizados no CEOs, local onde haverá os instrumentais e componentes protéticos necessários para a execução destes procedimentos com previsibilidade e segurança.

Da mesma forma que a substituição de componentes protéticos de overdentures ocorrerá nos CEOs.

#### **4. Orientações para a manutenção em próteses implanto suportadas:**

A manutenção em próteses implanto suportadas pode estar diretamente relacionada à longevidade do tratamento realizado.

Com o aumento do número de indivíduos que procuram esta alternativa de tratamento há um incremento da demanda de pacientes que precisam ser

monitorados e por isto se faz necessário oferecer orientações para todos os profissionais da rede de atenção em saúde bucal para os cuidados ao paciente reabilitado por meio da utilização de implantes osseointegrados.

As visitas de manutenção para pacientes reabilitados com implantes dentários vão incluir avaliações das próteses, remoção de acúmulo de placa, reforço de orientações de higiene oral e, tomadas radiográficas, quando for necessário realizar alguma análise comparativa.

A etapa de manutenção é um momento indispensável pois algumas complicações biomecânicas e relativas à saúde oral podem ser observadas.

#### **4.1 Acompanhamento longitudinal:**

O programa de manutenção para implantes deve ser condicionado individualmente a depender da saúde periodontal do paciente, estado dos tecidos periimplantares, eficácia do controle de placa bacteriana pelo paciente, assim como pela quantidade dos depósitos de placa e cálculo, além do tipo de prótese (localização, angulação e proximidade dos pilares).

É indispensável que os pacientes sejam informados, desde o início do tratamento, sobre a importância da terapia de suporte na melhora dos resultados a longo prazo.

Boa parte das pessoas que se apresentam para colocação de implantes tem um histórico ruim de auto cuidado com a saúde bucal, são parciais ou totalmente edêntulos e possuem conhecimento precário sobre controle de biofilme dentário. Portanto, torna-se fundamental que se estabeleça um diálogo pleno com o paciente a fim de se analisar o conforto, uso e higiene adequados da prótese.

É fundamental que as orientações dadas aos pacientes sejam fornecidas por escrito para que ele possa consultá-las sempre que necessário.

#### **4.2 Exame clínico:**

Durante o exame clínico é fundamental a avaliação de:

- Aspecto da mucosa: inflamação, consistência, contorno, presença de hiperplasias;

- Controle do índice de placa, presença de cálculo e em qual quantidade;
- Sondagem e presença de exsudato ou sangramento a sondagem;
- Presença de pequenas fístulas;
- Fratura da infraestrutura da prótese ou do material estético;
- Afrouxamento de parafusos de fixação do pilar e da retenção protética;
- Fratura do parafuso ou do pilar;
- Descimentação da prótese;
- Perda de contatos oclusais adequados conforme cada tipo de oclusão;
- Exposição de passos de roscas;
- Perda da prótese ou intermediário;
- Presença de mobilidade do implante;

Os tecidos intraorais devem ser palpados digitalmente ou bidigitalmente a fim de se detectar aumento de volume, sensibilidade, exsudato ou supuração.

As avaliações de sangramento a sondagem, supuração e profundidade de sondagem devem ser realizadas nas quatro faces (mesial, vestibular, distal e lingual) de cada implante.

A presença de bolsas profundas durante a sondagem indica a presença de altos níveis de microrganismos.

É de vital importância que após o exame clínico o paciente seja consultado sobre sua satisfação quanto a função, conforto e estética da reabilitação.

#### **4.3 Análise radiográfica:**

A análise radiográfica é importante ferramenta no auxílio do diagnóstico dos tecidos periimplantares, principalmente nas consultas de manutenção para avaliar o nível e a integração óssea dos implantes.

Um intervalo recomendado para realização de radiografias de controle de um implante dentário é de 1, 3 e 5 anos e realizadas pela atenção básica. Mas

quando um sinal clínico sugere a presença de periimplantite, deve-se realizar uma radiografia local para confirmar o diagnóstico.

As radiografias devem ser adequadamente arquivadas em prontuário do paciente.

A radiografia periapical representa um método geralmente aceitável à longo prazo para a avaliação da crista óssea interproximal dos implantes osseointegrados, visto que evidências radiográficas mostrando destruição óssea vertical estão geralmente associadas a bolsas periimplantares.

Os métodos radiográficos são auxiliares de diagnóstico e devem ser considerados em conjunto com a avaliação de parâmetros clínicos, como por exemplo: profundidade e sangramento à sondagem e supuração.

Em trabalhos científicos clássicos, como o de Albrektsson et al., afirma-se que a perda óssea não deverá passar de 2 mm no primeiro ano e nos anos subsequentes 0,2 mm, sempre com ausência de dor, infecções, parestesias e outras neuropatias o que tornam esses implantes saudáveis.

#### **4.4 Avaliação oclusal e protética**

A estabilidade primária dos implantes é aquela conseguida imediatamente após a instalação do implante, desde que haja travamento. Como estabilidade secundária, temos a osseointegração que ocorre nos primeiros meses pós-cirúrgicos. A terceira estabilidade de um implante osseointegrado é a oclusão e a desolcusão harmoniosa. Por isso, a oclusão do implante e prótese deve ser examinada rotineiramente.

O contato oclusal padrão deve ser avaliado, assim como a mobilidade implante / componentes protéticos e os dentes antagonistas. Qualquer sinal de desarmonia oclusal, como contato prematuro ou interferências oclusais devem ser identificados e corrigidos para prevenir uma sobrecarga oclusal.

O contato interproximal adjacente a dente ou implante deve ser feito para acomodar dispositivos de higiene apropriados, visto que componentes protéticos não são susceptíveis a cáries, mas doenças periimplantares representam um

fator de risco a longevidade do implante e tem de ser prevenidas por um adequado controle de placa.

#### **4.5 Higiene oral:**

O sucesso do implante depende da qualidade do meio e saúde oral do paciente. Desta forma, a eliminação diária da placa bacteriana é essencial para a longevidade de implantes osseointegráveis.

O controle químico e mecânico do biofilme dental constitui a principal medida preventiva e depende da motivação do paciente para o auto cuidado com a saúde bucal, que deve ser despertada e reforçada por meio de orientações educativas.

Escovas dentais com perfil reto e cerdas macias, facilitando a higienização. A técnica indicada para a escovação é a de Bass modificada. As cerdas da escova devem ser colocadas na área do sulco gengival a um ângulo de 45°;

- Fio dental e, respectivos passa-fios (agulhas plásticas auxiliares);
- Escovinhas interdentais que possuem cabeças pequenas e menor número de cerdas, sendo indicado como uso complementar ao uso das escovas regulares para áreas de difícil acesso e regiões interproximais. Deve-se recomendar o tamanho e a forma mais adequada para cada espaço que será higienizado. Recomenda-se que a parte central, onde são fixadas as cerdas, seja revestida de plástico ou nylon para que não ocorram riscos na superfície do implante;
- Uso de escovas do tipo unitufos para facilitar a limpeza de regiões de difícil acesso nas próteses implanto suportadas;
- Uso de cremes dentais pouco abrasivos para prevenir o desgaste dos materiais protéticos e abrasão dos pilares sobre implantes. Devem ser evitados cremes dentais com potencial ácido (fluoretos ácidos) uma vez que apresentam a possibilidade de provocar corrosão na superfície dos implantes de titânio. Fluoretos neutros podem ser utilizados;
- Uso de antissépticos bucais que deve ser aplicado ao redor de intermediários com o auxílio de cotonete ou bola de algodão para

minimizar as concentrações do agente na interface tecido mole – intermediário. O uso deve ser recomendado por períodos curtos em áreas de difícil acesso e/ou em presença de inflamações;

- Hidropropulsadores (jatos de água) associados a agentes antiplacas ou antissépticos são aconselhados principalmente aos pacientes com destreza manual reduzida, em presença de bolsas periimplantares ou de implantes muito próximos. Esses aparelhos auxiliam a remoção de detritos e resíduos alimentares. Apesar de serem efetivos, há necessidade de orientar o uso adequado: o jato não deve ser direcionado ao sulco gengival e a pressão do jato deve ser baixa, uma vez que a pressão excessiva pode levar a danos no epitélio juncional e permitir uma disseminação de bactérias. A utilização destes aparelhos deve ser criteriosamente avaliada uma vez que seu custo elevado de aquisição pode se tornar um impeditivo para o paciente que deve receber alternativas para manutenção de sua higiene bucal na impossibilidade de adquirir este tipo de equipamento.

É de relevante importância que as eSB promovam orientações de higiene oral ao paciente portador de próteses implanto suportadas de forma individualizada e que sejam de fácil compreensão e realização. Durante as consultas de retorno e/ou manutenção deve ser avaliado o grau de envolvimento do paciente em relação à higiene bucal, reforçando a motivação e instruções.

#### **4.6 Tratamento:**

Quando se identificam alterações dos tecidos periimplantares devem se adotar medidas terapêuticas que possam melhorar o prognóstico dos implantes a longo prazo buscando tornar saudáveis os tecidos periimplantares, apesar de o tratamento da periimplantite ser difícil e pouco previsível.

A mucosa ao redor do implante apresenta uma resposta inflamatória à formação da placa bacteriana semelhante com a observada na gengiva ao redor de um dente natural. Entretanto, a progressão dessa inflamação tem padrão diferente com exacerbação da resposta se estendendo apicalmente, apresentando uma



menor resistência a infecção devido a ausência de um tecido conjuntivo fibroso e redução do suprimento vascular ao redor do implante.

O aspecto clínico dos tecidos periimplantares deve ser avaliado durante a consulta de manutenção e/ou retornos do paciente. Os sinais e sintomas clínicos de doença periimplantar incluem alterações de cor, como vermelhidão, alteração de contorno e consistência dos tecidos marginais, com tecido edemaciado e sangramento à sondagem e potencial supuração. A dor não é um sintoma típico de periimplantite e, se presente, usualmente está associado com infecção aguda.

O espaço biológico é um dos muitos fatores a serem considerados durante o monitoramento do progresso da osseointegração e saúde dos tecidos periimplantares durante o primeiro ano após a instalação do implante, o mais crítico, e durante as consultas de manutenção.

A sondagem periimplantar deve ser feita rotineiramente nas consultas de revisão e deve ser feita com sondas de plástico evitando causar danos no implante.

Na condição de saúde, a sonda penetra na extensão apical do epitélio, e numa lesão de periimplantite, a sonda penetra no tecido conjuntivo. Quando uma força de sondagem “normal”, ou seja, de 0,25 a 0,45 N, é aplicada em tecidos saudáveis, a sonda parece alcançar níveis similares em áreas de implante e dente. A sondagem em tecidos inflamados, tanto em áreas de dente quanto de implante, irá, no entanto, resultar em uma maior penetração da sonda, com a sua ponta podendo chegar mais perto da crista óssea.

Deve ser observado que o perfil do implante e o contorno da prótese podem dificultar a sondagem de quatro faces por implante. Nesse caso, no mínimo uma face deve ser identificada, onde uma sondagem adequada possa ser feita.

A sondagem periimplantar deve ser evitada nos primeiros 3 meses depois da colocação do cicatrizador, para que não ocorra distúrbios no processo de cicatrização até que se estabeleça um selamento do tecido mole adequado.

A profundidade do sulco / bolsa periimplantar à sondagem deve ser considerada para seleção do tratamento da periimplantite. Implantes de sucesso geralmente



tem uma profundidade de sondagem de 3 mm, enquanto bolsas de 5 mm ou mais servem de ambiente propício para bactérias e podem exibir sinais de periimplantite. Um aumento na profundidade de sondagem no acompanhamento de longo prazo é associado com perda de inserção e suporte ósseo.

A periimplantite é diagnosticada quando ocorre perda progressiva do osso periimplantar, excedendo os limites de tolerância de reabsorção do osso, após sucesso da osseointegração do implante, ou seja, a média de perda óssea vertical ao redor do implante observada será maior que a 0,2 mm anualmente. Portanto, é de suma importância que sejam feitos registros em prontuário das profundidades de sondagem que foram realizadas para que o responsável pelo atendimento ao paciente possa controlar a evolução do caso.

A profundidade do sulco/bolsa periimplantar deve ser considerada para seleção do tratamento da periimplantite que pode incluir a eliminação da placa bacteriana supra gengival, debridamento cirúrgico da superfície do implante, eliminação de tecido de granulação e eliminação cirúrgica da bolsa ou regeneração de tecido duro periimplantar. Em todas as situações das doenças periimplantares, é obrigatório que esteja incluído no plano de tratamento um rigoroso regime de controle de placa.

Para mucosite e situações em que a profundidade de sondagem é de até 5,5 mm recomenda-se o tratamento não cirúrgico, com:

- Rigoroso controle mecânico do biofilme microbiano, por meio de higiene bucal seguindo as orientações da eSB;
- Tratamento local com debridamento mecânico e polimento das superfícies, realizado pelo periodontista do CEO;
- Polimento da superfície dos implantes e próteses com utilização de taças de borracha e pasta profilática ou pedra pomes, assim como nos dentes naturais, são recomendados e podem ser realizados pelos profissionais da APS;
- Pode haver, de acordo com critério clínico, a associação do tratamento mecânico com controle químico, por meio de bochechos por um minuto

com clorexidina 0,12%, sem diluição do produto, duas vezes ao dia, de 7 a 15 dias consecutivos.

Para o debridamento mecânico é primordial que instrumentais de plástico, fibra de carbono ou nylon sejam utilizados para a raspagem de superfícies de implantes de titânio.

Instrumentais metálicos e ultrassônicos não devem ser utilizados por que causam mudanças intensas na superfície dos implantes as quais propiciam maior acúmulo de placa bacteriana.

Recomenda-se cobertura com antimicrobianos sistêmicos como metronidazol associado a amoxicilina, de acordo com critério clínico.

Em profundidade de sulco / bolsa maiores que 5,5 mm, o ambiente é propício para a proliferação de bactérias anaeróbicas. Nestes casos é recomendado o tratamento cirúrgico desde que a região afetada ainda tenha adequado osso residual para suporte.

Independente da técnica cirúrgica empregada, a instrumentação deve ser realizada com o retalho aberto para a remoção de biofilme bacteriano, polimento, descontaminação da superfície do implante com agentes químicos e todo o tecido de granulação deve ser removido.

Quando um implante está condenado pode se observar a presença constante de supuração, sangramento exacerbado a sondagem, profundidade de sondagem severa, normalmente acima de 8 mm, podendo eventualmente atingir as perfurações ou aberturas do corpo do implante. O paciente pode relatar dor na região do implante em questão. Radiograficamente, a perda óssea abrange o terço apical do implante.

Se ao exame clínico é notada a mobilidade de um implante dentário, sua remoção é obrigatória pois a infecção já avançou para um estágio em que não se pode controlar com os procedimentos terapêuticos acima listados.

Importante orientar que quando houver a necessidade de tratamento especializado para as mucosites e periimplantites o encaminhamento deverá



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde  
Coordenadoria da Atenção Básica  
Assessoria Técnica de Saúde Bucal**

ocorrer para os periodontistas dos CEOs que realizarão o atendimento com o apoio das equipes de implantodontia.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. ALBREKTSSON T, BRÅNEMARK P-I, HANSSON H-A, et al. The interface zone of inorganic implants in bone. *Ann Biomed Eng.* 1983.
2. ALVES, E.C.B.C.C et. al. Manutenção em prótese implanto-suportadas: uma revisão de literatura. *Revista Fluminense de Odontologia*, n. 46, 2016.
3. ALMEIDA, L.S.B. Profilaxia antibiótica para prevenção da perda de implantes: revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialista Da Faculdade de Sete Lagoas, 2019.
4. AMERIO E, MAINAS G, PETROVA D, GINER TARRIDA L, NART J, MONJE A. Compliance with supportive periodontal/peri-implant therapy: a systematic review. *J Clin Periodontol* ;v. 47, p. 81–100, 2020.
5. ANDRADE, N.N. Peri-implantite: Diagnóstico e Tratamento. Trabalho de conclusão de curso de especialização da Faculdade de Sete Lagoas, 2017.
6. NA DO, T, et. al. Risk factors related to late failure of dental implant – a systematic review of recent studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 17, 2020.
7. BORNSTEIN, MM, et al. Performance of dental implants after staged sinus floor elevation procedures: 5-year results of a prospective study in partially edentulous patients. *Clin. Oral Implants Res.* 19 (10):1034-43, 2008.
8. CARVALHO, T.C. et. al. Manutenção de implantes dentários: revisão da literatura. *Revista Uningá*, v.55, n. S3, p.59-66, 2018.
9. CECERO LL. Infecciones relacionadas con los implantes dentarios. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2008; 26 (9): 589- 592.
10. DE BRUYN H, et. al. Radiographic evaluation of modern oral implants with emphasis on crestal bone level and relevance to peri-implant health. *Periodontology* 2000 62 (1):256-70, 2013.
11. DERKS J, ICHIOKA Y, DIONIGI C, et al. Prevention and management of peri-implant mucositis and peri-implantitis: a systematic review of outcome measures used in clinical studies in the last 10 years. *J Clin*
12. ESPOSITO M, GRUSOVIN MG, WORTHINGTON HV. Treatment of peri-implantitis: what interventions are effective? A Cochrane systematic review. *Eur J Oral Implantol*;5 Suppl:S21–S41, 2012.
13. FERLA, D. et al. Avaliação do comportamento de higiene bucal de pacientes periodontais reabilitados com implantes dentários. *Braz. J. of Develop.*, v.6, n.10, p. 78434 – 78451, 2020.
14. HEITZ-MAYFIELD LJ, MOMBELLI A. The therapy of peri-implantitis: a systematic review. *Int J Oral Maxillofac Implants* ;29 Suppl:325–345, 2014.
15. HUMPHREY S. Implant Maintenance. *Dent Clin N Am.* 2006
16. LAGERVALL M, JANSSON LE. Treatment outcome in patients with peri-implantitis in a periodontal clinic: a retrospective study. *J Periodontol* 2013;84:1365–1373.
17. LANG NP, WILSON T G, CORBET E F. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. *Clin Oral Implants Res.*, 11 (Suppl.) 2000.



**PREFEITURA DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde  
Coordenadoria da Atenção Básica  
Assessoria Técnica de Saúde Bucal**

18. LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P. Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral. Rio de Janeiro, 2004.

19. LOPES, C.F.F.L. Prevalência de complicações periimplantares: mucosite e periimplantite em pacientes tratados em ambiente acadêmico e privado. Trabalho de conclusão de curso de Mestrado Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021. Mahato N, Wu X, Wang L. Management of peri-implantitis: a systematic review, 2010-2015. Springerplus v. 5, 2016.
20. MALAVAZI, D.C. F. Avaliação clínica de implantes dentários com e sem manutenção anual. Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado, Universidade Santo Amaro, 2015
21. MANSUR, M.E.C. Presença de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* em sulco periimplantar e saliva de pacientes portadores de prótese sobre implante saudáveis com e sem a presença de dentes naturais. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2008.
22. NEVES, J. B. et. al. Manutenção em implantes dentários. RGO, v. 56, n.4, p. 437-443, 2008.
23. OUANOUNOU, A. et. al. The influence of systemic medications on osseointegration of dental implants. J. Can. Dent. Assoc., v. 82, 2016.
24. PARAGUASE, E.C. O manejo da doença periodontal e peri-implantar. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v.2, n. 8, p. 26-36, 2020.
25. PENHA, E.C. et. al. Papel da manutenção no tratamento da doença periodontal e periimplantar. Revista Fluminense de Odontologia, 2018. <https://doi.org/10.22409/ijosd.v1i49.409>
26. ROMITO, G.A. et. al. Diagnóstico clínico e complementar das doenças periimplantares. R. Periodontia, v. 18, n.04, 2008.
27. SERENA GÓMEZ, Eduardo. Análise retrospectiva de 5 anos dos fatores que influenciam a perda tardia de implantes dentais. / Eduardo Serena Gómez. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2008.
28. SERRA, L.L. Controle do biofilme bacteriano em pacientes periodontais com implantes dentários. Trabalho de conclusão de curso de especialização. Faculdade de Sete Lagoas, 2019.
29. SOLDNER, A. et. al. Removal of failed dental implants revisited: questions and answers. Clin. Exp. Dent. Res., v. 5, p. 712-724, 2019.