

# FRACASSOS EM IMPLANTOLOGIA

## **Introdução:**

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na Medicina Dentária, há factores que interferem e influenciam nos êxitos e fracassos na Implantologia.

Como ciência, a Implantologia evoluiu consideravelmente nos últimos 40 anos. Inicialmente utilizavam-se modelos de implantes, agora obsoletos, sob forma de agulhas e lâminas. Actualmente e após anos de investigação concluiu-se que o Implante Dentário deverá ter a forma e a semelhança da raiz dentária, respeitando e imitando aquilo que a Natureza nos oferece.

Os fracassos e as Cirurgias altamente devastadoras na colocação de implantes pertence ao passado.

Na actualidade, poderemos afirmar que os fracassos na Implantologia **praticados por profissionais competentes**, poderá cifrar-se na ordem de 0 – 3%, o que no Universo da quantidade de implantes colocados diariamente são valores aceitáveis dados alguns condicionalismos relacionados mais com o receptor do que da técnica praticada.

Assim e tentando esclarecer algumas situações, se descrevem alguns factores somáticos que poderão levar à perda de implantes e próteses implanto-suportadas prematuramente.

### **1. Doenças Sistémicas:**

a) Dentro das doenças sistémicas que mais afectam as condições na Implantologia, destacam-se as doenças que interferem no metabolismo do cálcio.

A diabetes com a sua condicionante no campo das defesas orgânicas, poderá interferir no complexo gengivo-ósseo-periodonto, levando à presença mais frequente de mucosites, peri-implantites e reabsorção óssea e conseqüente perda de implantes.

A profilaxia com uma higiene cuidada pode perfeitamente prevenir esta situação, entre outras doenças que interferem nas doenças periodontais, destacam-se: a Leucemia, a Sida, a Diabetes *Mellitus* e o Tabagismo.

### **2. Estabilidade Primária:**

a) No acto cirúrgico da instalação do implante, o cirurgião deverá instalar o implante num tecido ósseo, ou zona de recepção, com uma dureza onde a estabilidade primária atinja o mínimo de 32 a 40 N de torque.

Para a carga imediata, a estabilidade primária deverá atingir no mínimo 40 N de torque.

### **3. Preparação do Seio Maxilar:**

a) Não constitui problema de fracasso se o cirurgião tomar as medidas que respeitem as condições biológicas do organismo antes da preparação intempestiva do seio maxilar com todos os cuidados que a técnica exige elevando a mucosa-membrana que recobre o seio maxilar, colocando um indutor ósseo por forma a dar protecção ao implante e condições de bio-integração ao implante.

Há casos onde a colocação de uma membrana de recobrimento é imprescindível para o êxito da cirurgia.

### **4. Estrutura óssea ou leito de colocação do Implante:**

a) Na odontologia existe uma classificação convencional na classificação da qualidade do osso:

Classe I: osso de 1ª qualidade para recepção de implante;

Classe II: osso excelente para colocação de implante;

Classe III: osso bom para colocação de implante;

Classe IV: osso que requer mais cuidado na colocação de implantes.

Em todas as qualidades de osso poderão levar carga imediata desde que a estabilidade primária seja a recomendada para o caso a tratar, nomeadamente se forem mais do que um unitário.

A Deiscência óssea ou Fenestração no acto cirúrgico sem a reparação conveniente constitui um dos factores mais graves na perda e fracasso dos implantes.

#### **5. Condições de higiene:**

a) Todo e qualquer trabalho de implantes pode falir se a higiene não for excelente. O implantologista tem obrigação de informar o paciente receptor dos cuidados a ter após cirurgia de implantes.

A utilização de escovas, escovilhões, fio dentário, aparelhos de jacto de água, etc, tudo servirá para que a higiene seja perfeita.

Alertar o paciente para os riscos que ocorrem com a perda prematura dos implantes e a possível impossibilidade de recolocação de novos implantes leva o paciente a ser fiel aos princípios dos cuidados de higiene que deverá manter.

#### **6. Traumatismos:**

a) Entenda-se por traumatismo todos os traumas provocados por contactos permaturos, movimentos parafuncionais, como o bruxismo, tiques de língua, tiques de pressão num só dente, tique do tipo ruminante, etc.

Nos traumatismos de acidente serão tão graves como a afectação óssea sofrer perdas ou fracturas.

Havendo condições de regeneração óssea, não haverá perda de implantes.

Estes factores poderemos inclui-los nos riscos mais frequentes nos fracassos em implantologia.

#### **7. Factores iatrogénicos:**

a) Consideram-se factores iatrogénicos as alterações patológicas provocadas involuntariamente no paciente durante qualquer tipo de tratamento efectuado.

A colocação de um implante numa zona onde não há condições pode ser considerado um factor iatrogénico consciente.

#### **8. Oclusão e prematuridade:**

a) O êxito e longevidade de um tratamento com implantes depende de uma boa oclusão.

O acerto oclusal leva ao conforto do paciente e à estabilidade da articulação temporo-mandibular.

Qualquer interferência provocada por uma prematuridade, se não for corrigida, pode levar ao fracasso do tratamento.

Concomitantemente ao fracasso da perda prematura dos implantes poderá instalar-se no paciente um processo de desequilíbrio postural com consequências inevitáveis, a patologia na coluna vertebral, articulação temporo-mandibular (A.T.M.) e a instalação de dores de cabeça – enxaquecas – pela compressão dos nervos que inervão a A.T.M. ou dores de coluna por discopatias causadas pela deficiente postura do paciente.

#### **Conclusão:**

Os fracassos em Implantologia são multifactoriais, o planeamento do caso a tratar e o carácter multidisciplinar dos tratamentos de implantes.