
**IMPLANTODONTIA: SAÚDE E QUALIDADE
DE VIDA NA TERCEIRA IDADE**

Luiz A. Formighieri¹
Carla Salvi²

RESUMO: Este trabalho visa promover a fundamentalização e difusão dos conhecimentos aos profissionais e acadêmicos participantes do Projeto de Implantodontia, através do atendimento aos indivíduos de terceira idade, portadores de deficiências orais por perdas de dentes e consequentes reabsorções ósseas severas. Isso gera a impossibilidade da correta utilização e funcionamento de próteses totais convencionais neste momento de suas vidas, por isso procurou-se reabilitar, por meio de implantes, os maxilares que não apresentam estabilidade, por falta de rebordo. Após exame clínico e exames complementares, obteve-se um diagnóstico. Na sequência, efetuou-se o planejamento, obedecendo os protocolos de procedimentos: cirúrgico e protético, através de um planejamento reverso. Assim, foram utilizadas técnicas adequadas a cada situação clínica, visando a reabilitação implanto-suportada e buscando a melhor reabilitação bucal aos portadores destas limitações. Houve uma evolução dos conhecimentos por parte de todos os envolvidos, aplicando-se técnicas já preconizadas e procurando a evolução da Implantodontia, além de promover qualidade de vida aos respectivos pacientes beneficiados.

PALAVRAS-CHAVE: odontologia, reabilitação, cirurgia/prótese.

ABSTRACT: This work aims to promote basis and diffusion of the knowledge to the professionals and participant academics of the Project of dental implant through service to third aged individuals, who bear oral deficiencies for losses of teeth and consequent severe bone resorption. That hinders the correct use and operation of conventional total prosthesis at this time of their lives, thence it was tried rehabilitation through implants of those maxillaries that didn't present stability, for edge lack. After clinical and complementary exams, it was obtained a diagnosis. In the sequence, the plan was made, obeying the proceeding's protocol: surgical and prosthetic, through a reverse planning. This way, appropriate techniques were used to each clinical situation, seeking

¹Cirurgião Dentista, prof. Adjunto, CCBS, Campus de Cascavel, Unioeste, Cascavel, PR, (OXX45) 3220-3000, CP 701 - CEP 85819-110 e-mail:formighierila@certto.com.br

²Nota de rodapé: acadêmica, CCBS, Campus de Cascavel, Unioeste, Cascavel-Paraná

the implant-supported and looking for the best oral rehabilitation to the bearers of these limitations. Everyone involved in the project felt evolution of the knowledge, being applied already extolled techniques and seeking the evolution of dental implants, besides promoting quality of life to the respective patients.

KEYWORDS: Dentistry; rehabilitation; surgery/prosthesis

INTRODUÇÃO

A osseointegração proporcionou uma grande evolução na maneira pela qual tratamos os pacientes edentados totais ou parcialmente edentados. O estudo da Implantologia iniciado nos anos 60 por BRANEMARK, pode ser considerada, neste momento, uma maneira tão positiva de reabilitação que passou a ser ensinada na graduação, não só como disciplina opcional, mas sim como parte do currículo acadêmico. Trata-se de mais uma especialidade dentro da Odontologia que busca promover a correta reabilitação das funções mastigatórias, prevenindo, assim, problemas como possíveis hiperplasias gengivais traumáticas, provocadas por próteses totais mal adaptadas ou sem estabilidade, que podem evoluir para processos cancerígenos e/ou não permitir uma alimentação adequada, devido ao desconforto ou dores bucais durante os atos mastigatórios, podendo promover o desestímulo para correta nutrição dos indivíduos.

Dentro da Implantodontia, temos como opção a utilização de próteses totais removíveis ou não, estas ficando fixadas sobre implantes, ou seja, próteses tipo protocolo fixo. Dentre as vantagens dessa técnica, podemos citar: interação biomecânica, manutenção do osso alveolar, estética e fonética mais favoráveis, oclusão correta, estabilidade das próteses, preservação dos tecidos gengivais, prevenção de lesões e funções mastigatórias e fisiológicas adequadas.

Este trabalho aplicou a técnica da carga imediata ao grupo de maior necessidade: a terceira idade. Essa demanda por métodos mais eficazes para restabelecer o sistema mastigatório surge pelo desgaste fisiológico e consequente falta de suporte ósseo, que evolui com o passar dos anos nesses indivíduos e traz uma série de complicações gastrintestinais, devido à sobrecarga de funções ocasionada pela mastigação incorreta. Muitas vezes, esta dificuldade de mastigação ainda está associada a dores provocadas por possíveis terminações nervosas expostas, devido a estas reabsorções, lesões gengivais ou de mucosa provocadas pela má adaptação das próteses totais convencionais existentes, as quais podem atingir potencial de malignidade.

Ao mesmo tempo que procurou-se melhorar a qualidade de vida desses pacientes com idade mais avançada e anteriormente edêntulos, este projeto de extensão abrange o campo da pesquisa e do ensino, trazendo maior conhecimento e segurança profissional a todos os participantes, como docentes, acadêmicos e colaboradores, através do uso e associação de técnicas e materiais já preconizados, buscando a evolução da Implantodontia, por meio de pesquisas com base nos procedimentos realizados: cirúrgicos e protéticos reabilitadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Os materiais utilizados foram adquiridos através da Pró Reitoria de Extensão da UNIOESTE (Proext) no convênio MEC/SESU 091/2007, sendo utilizados quatro diferentes tipos de implantes no mesmo indivíduo, possibilitando análises futuras para pesquisas.

Os pacientes pertencentes à terceira idade, edêntulos totais, os quais apresentam maiores dificuldades em relação ao complexo mastigatório, com reabsorções ósseas severas por diversos fatores e os quais não apresentam condições econômicas para tal procedimento, que consistiu em colocação de prótese total sobre os quatro implantes na região de mandíbula e prótese total convencional na região de maxila. As escolhas dos pacientes foram feitas de acordo com requisitos predeterminados, tendo o levantamento sido feito junto ao setor de triagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), preferencialmente indivíduos carentes que frequentavam as clínicas da faculdade ou indicados por outros serviços. Realizava-se a triagem dos candidatos, para posterior seleção clínica dos pacientes, sendo que aqueles com necessidade de avaliação médica eram encaminhados junto ao posto de saúde municipal ou ao hospital universitário, realizando exames necessários para o determinado tipo de procedimento (relatórios de risco cirúrgico). Dentre as desordens ou patologias apresentadas pelos pacientes, constavam: doenças cardiovasculares, hipertensão, discrasias sanguíneas, submissão a tratamento oncológico, problemas gástricos, artrite reumatóide, alcançando-se o controle de todas para os procedimentos cirúrgicos. Por fim, foram selecionados 12 pacientes para as reabilitações bucais.

Na sequência, solicitou-se radiografias panorâmicas para análise e diagnóstico, assim como modelos clínicos de estudo, buscando reabilitar através da Implantodontia os maxilares onde próteses totais convencionais não apresentam estabilidade por falta de rebordo – mandíbulas edêntulas. Após a anamnese, questionários, exame físico e análise dos exames complementares dos envolvidos, obteve-se os diagnósticos, sendo possível iniciar o planejamento específico de cada um dos pacientes selecionados para receber as próteses tipo carga

imediate fixadas por implantes, através de um planejamento reverso, tendo os passos pré-cirúrgicos e etapas laboratoriais prévias concluídas para que então fossem realizados os procedimentos cirúrgicos e protéticos necessários. Ao final, deu-se a orientação de higienização oral e manutenção das reabilitações.

PROCEDIMENTOS E ENVOLVIDOS

Ao todo, estiveram envolvidos nessas atividades aproximadamente trinta pessoas, sendo três docentes, dois profissionais e doze acadêmicos, além de funcionários da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, os quais auxiliaram na manutenção da clínica de Odontologia, e profissionais de laboratório de prótese, para confecção das próteses e guia multifuncional.

As reabilitações ocorreram no período entre 03/12/2008 a 29/04/2009, sendo que todo o procedimento era dividido em pré-cirúrgico, cirúrgico propriamente dito e pós-cirúrgico, concluindo o processo com a fixação das próteses. Para iniciar a etapa pré-cirúrgica, cada um dos 12 casos, depois de ter suas condições sistêmicas estabelecidas, respondia a um questionário socioeconômico, o Índice GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Oral Geriátrica), uma escala de Depressão Geriátrica, anamnese, além do exame físico e ficha específica para prótese sobre implantes. Analisava-se a radiografia panorâmica inicial para verificar a anatomia envolvida e possíveis lesões, para então realização de modelos de estudo. Assim, foi possível desenvolver um planejamento inicial, observados os protocolos de procedimento: laboratorial, cirúrgico e protético. Através de um planejamento reverso desenvolvido, produziu-se a prótese total superior convencional devidamente acrilizada e a prótese total inferior, ainda em cera, foi duplicada em acrílico auto polimerizável incolor para obtenção do guia multifuncional utilizado quando do ato cirúrgico/protético. Todos os pacientes também receberam antes do tratamento um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declarando estarem cientes do proposto pelo projeto de extensão/ pesquisa.

Quanto à aquisição de materiais, principalmente os implantes, foi possível através de uma licitação. A norma a ser seguida exigia sempre componentes da mesma empresa, garantindo que houvesse perfeito encaixe e adaptação dos produtos, não necessitando de ajustes.

Para realização do planejamento reverso, as próteses seguiram os protocolos tradicionais de próteses totais, ou seja, era feita a moldagem anatômica, depois confecção de moldeira individual, selamento periférico, moldagem funcional, base de prova, rolete de cera e planos de orientação, sendo estes, através do suporte labial,

altura incisal, linha do sorriso, corredor bucal e linha média. Ajustava-se na dimensão vertical fisiológica, para depois provar os dentes em cera, verificando oclusão, corredor bucal, fonética e demais análises necessárias para posteriormente, em laboratório, acrilizar essas próteses.

Para as próteses inferiores foram seguidos os mesmos passos; porém, quando ainda em cera, foram duplicadas em resina acrílica autopolimerizável. Esta duplicação produziu a guia multifuncional, a qual orienta a posição ideal dos implantes, funciona como guia cirúrgico e serve para reproduzir a dimensão vertical previamente determinada, além de registro de transferência para o laboratório, gerando orientação de suporte labial e espaço lingual. Com a guia multifuncional em mãos, fez-se perfurações na face lingual desta para orientação da instalação dos implantes. Feita esta etapa, colocou-se a guia e a nova prótese total superior em polivinilpirrolidona-iodo tópico 10%, adequando-o para encaminhamento às cirurgias.

Como protocolo pré-cirúrgico, antes de iniciar a cirurgia, foi necessário fazer a escolha dos tipos de implantes e comprimento dos mesmos. Com o auxílio da radiografia panorâmica foi possível analisar o volume ósseo na bateria ântero-inferior das mandíbulas dos pacientes e, conforme a altura óssea existente, eram determinado seus comprimentos. O protocolo de instalação dos implantes seguiu a seguinte ordem, da direita para a esquerda: GT (monobloco), cone morse, hexágono interno e hexágono externo, tendo variações apenas no comprimento destes conforme a disponibilidade óssea de cada paciente. Esta sequência foi utilizada para, posteriormente, serem feitas pesquisas clínicas sobre estes tipos de implantes no mesmo hospedeiro.

No protocolo cirúrgico protético, a etapa cirúrgica constou de instalação dos implantes, conexão intermediária destes à prótese proposta, que corresponde à sequência clínica da fase protética sobre implantes, através da instalação dos transferentes e fixação destes ao guia multifuncional, fazendo-se assim a moldagem de transferência para o laboratório.

Para o procedimento cirúrgico propriamente dito, de forma geral, os pacientes eram medicados através do receituário composto pelos seguintes medicamentos: Amoxicilina 500 miligramas, 1 cápsula a cada 8 horas durante 7 dias; Nimesulida 100 miligramas, um comprimido a cada 12 horas durante 4 dias e Paracetamol 750 miligramas, um comprimido a cada 4 horas nas primeiras 24 horas e, após, somente se houvesse dor.

Na data da realização da reabilitação, inicialmente, era aferida a pressão arterial e pulsação dos pacientes, de forma a garantir um procedimento adequado. No ato cirúrgico, todos os procedimentos eram

realizados pelo coordenador do Projeto, com a participação dos acadêmicos como auxiliares clínicos e volantes (suporte). Para os atos cirúrgicos, realizava-se antissepsia extra-oral com Polivinilpirrolidona-iodo tópico 10% e intra-oral com Solução de Digluconato de Clorexidina 0,12%. Para a anestesia, foram utilizados anestésicos Mepivacaína 2% com vasoconstritor adrenalina 1.100.000, através do bloqueio regional dos nervos Alveolar Inferior, Lingual e Bucal. Era feita a prova da guia multifuncional, para posterior incisão envolvendo o rebordo gengival, descolamento do mesmo, perfurações cirúrgicas conforme profundidade e largura dos implantes, instalação destes, colocação dos intermediários e sobre estes a colocação dos transferentes (os quais são componentes que irão reproduzir a posição dos implantes na boca em modelo de gesso para que o laboratorista consiga fazer a barra metálica e montagem dos dentes de acordo com o que foi planejado). Feito isso, suturou-se a região com pontos simples. Os transferentes foram interligados por fio dental e explintados entre si com resina acrílica (marca comercial Duralay II) para que não houvesse modificação de posição na hora da transferência, sendo posicionado o guia novamente e este fixado aos transferentes e devidamente em oclusão com a prótese total superior. Dessa maneira, existia uma posição de relação oclusal entre maxilar superior e inferior. Feita esta estabilização, era injetado material de moldagem sob a guia e os transferentes, para copiar a anatomia do rebordo alveolar, possibilitando correto posicionamento e adaptação da prótese, sem ferir ou ficar espaço excessivo entre rebordo e prótese reabilitadora. A moldagem era retirada da boca e os intermediários recebiam uma tampa de proteção com torque recomendado pelo fabricante, para que não sofressem nenhuma agressão nos atos de alimentação do paciente enquanto o laboratório produzia a estrutura da prótese, devendo o paciente não utilizar sua antiga prótese inferior para não traumatizar ainda mais o rebordo, durante um período aproximado de oito a doze horas.

A moldagem era encaminhada para a fase laboratorial, pós-cirúrgica, em que as réplicas dos intermediários são colocadas nos transferentes e o gesso é vazado sobre estes, reproduzindo a posição exata dos implantes na boca do paciente. Após o endurecimento do gesso, removeu-se a guia de moldagem e, através de procedimentos laboratoriais, construiu-se as barras metálicas que suportam as forças mecânicas incidentes sobre os dentes, as quais passam estas forças para os implantes e estes ao osso. Era feita a fundição da estrutura metálica e sobre esta a montagem dos dentes em cera.

Neste momento, o paciente retornava à clínica e era feita a instalação da barra com dentes montados, onde os parafusos passantes precisam entrar livres, sem forçar, para não interferir na adaptação

passiva da prótese sobre os implantes e estes na ósseo-integração dos mesmos. Feito a devida prova e ajustes necessários, a prótese em cera voltava ao laboratório para sua conclusão, o qual a acrilizava com resina acrílica termo ativada, para a devida fixação dos dentes na estrutura metálica. O paciente retornava e a prótese concluída era então instalada na boca sobre os implantes, com torque recomendado pelo fabricante, sendo feitos refinamentos de ajustes oclusais, verificação de pontos que poderiam vir a ferir, guias, movimentos de lateralidade e protrusão. Após receber o aval do paciente, as cavidades (caminhos dos parafusos fixantes) eram fechadas com guta-percha, onde os parafusos de fixação sobre os intermediários eram travados de forma a manter estabilizada esta prótese.

Normalmente sete a dez dias após a instalação da prótese, eram removidos os pontos cirúrgicos e dadas as devidas orientações de higienização. Posteriormente, estas próteses serão removidas para análises clínicas subsequentes.

O processo de reabilitação, da cirurgia até a instalação da prótese fixa definitiva, levou no máximo 30 horas, sendo que a maioria ocorreu em 24 horas. A fase cirúrgica sucedeu-se em torno de 3 a 4 horas, a primeira fase laboratorial aproximadamente de 8 a 12 horas, a fase clínica subsequente, em torno de duas horas, sendo encaminhado novamente ao laboratório para conclusão, num prazo de 8 a 10 horas e, assim, posteriormente feita a instalação das mesmas na boca do paciente, totalizando aproximadamente 24 a 30 horas.

As orientações de higienização oral e manutenção inicial das reabilitações eram repassadas individualmente a cada paciente, que consistiram em ensinar a escovação adequada das próteses, com escova rígida, e limpeza ideal no local da colocação dos implantes, com escovas interproximais e gazes passadas entre a prótese inferior e a mucosa, retirando qualquer possível resíduo.

Por fim, todos fizeram radiografia panorâmica para análise do trabalho realizado e assinaram um Termo de Conclusão e Entrega, declarando a realização dos procedimentos e comprometendo-se em comparecer nas posteriores consultas para controle, acompanhamento e preservação, assim como coleta de dados para análises futuras e realização de pequenos ajustes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso de próteses implanto-suportadas em pacientes de terceira idade mostrou-se eficaz na promoção de saúde e qualidade de vida, promovendo a recuperação da capacidade mastigatória perante as condições inicialmente apresentadas por cada reabilitado. Com o bom desenvolvimento profissional, técnico e científico dos executores e

participantes do projeto, foi possível alcançar as metas desejadas, difundindo e aprofundando conhecimentos, preservando, recuperando e/ou restabelecendo as funções mastigatórias adequadas e prevenindo o aparecimento de lesões possivelmente pré-cancerígenas, gerando qualidade de vida a todos os envolvidos.



Resultado final do paciente M. A., 63 anos, sexo masculino.

Segundo MISCH (2000), “a necessidade e o aumento do uso de tratamentos associados a implante resultaram do efeito combinado de diversos fatores, incluindo (1) envelhecimento da população, (2) perda dentária associada à idade, (3) consequências anatômicas do edentulismo, (4) desempenho insatisfatório das próteses removíveis, (5) aspectos psicológicos da perda dental, (6) resultados previsíveis a longo prazo das próteses implantossuportadas e (7) vantagens das próteses implantossuportadas.” Por isso, “A colocação de implantes osseointegrados e a confecção de uma prótese fixa implanto-suportada pode melhorar bastante a mastigação e, com ela, a qualidade de vida.” (BEUMER & LEWIS, 1996).

“Embora os procedimentos recomendados por Brånemark e seus colegas não fossem aceitos por muitos cirurgiões orais e ortopédicos na época, o tratamento de Gösta Larsson foi o primeiro realizado e com sucesso. Foram colocados quatro implantes em sua mandíbula que serviram para conexão de uma prótese fixa. Após o procedimento, Larsson passou a mastigar, comer, falar e teve uma vida saudável até 2006, ano de sua morte.” (MCCLARENCE, 2003).

Em um estudo de CARVALHO (2002), “foram avaliados em três momentos distintos, 16 pacientes desdentados totais reabilitados com próteses fixas inferiores sobre implantes, sob carga imediata” e “observou-se que este tratamento proporcionou melhor qualidade de

vida”.

Além das vantagens já citadas, “a reabilitação com prótese total inferior implanto-suportada com carga imediata vem sendo realizada como uma alternativa viável, com excelente prognóstico e comodidade para o paciente, já que a mesma é concluída em um espaço de tempo curto, sendo modificado o protocolo de dois estágios cirúrgicos para instalação dos implantes e posteriormente a instalação da prótese. Tal procedimento se torna viável dado o alto índice de sucesso da técnica, com resultados bastante satisfatórios.” (VERONESE, 2005).

Comparando-se os dados que constam na literatura com os alcançados ao término deste trabalho, houve uma convergência de resultados, sendo que os aspectos positivos em relação às próteses sobre implantes sobressaem aos possíveis transtornos que podem ser gerados durante todo o procedimento para instalação da prótese fixa definitiva.

CONCLUSÃO

Com o término das reabilitações, ficou evidente a satisfação dos pacientes, ao notarem a melhora nos aspectos fisiológicos, estéticos e psicossociais, mantendo uma saúde bucal e geral na terceira idade. Em busca do cumprimento dos objetivos, não ocorreram problemas quanto à realização dos procedimentos cirúrgicos nos indivíduos com disfunções sistêmicas, sendo instalados os implantes em posições adequadas, proporcionando próteses corretamente adaptadas.

Houve consolidação da relação sociedade-universidade-aluno, permitindo que os participantes tivessem a universidade como um ponto de apoio, para vencer receios e adquirir conhecimentos adicionais por meio deste projeto, sendo estes também um meio de difundir os trabalhos realizados pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Além disso, notou-se a capacidade dos acadêmicos em iniciar atividades científicas na área da Implantodontia, especificamente próteses fixas sobre implantes, buscando adquirir maior conhecimento, elaboração de novos métodos e técnicas possibilitando a realização de pesquisas científicas em benefício da população inválida oral.

REFERÊNCIAS

BEUMER III, J. & LEWIS, S.G. *Sistema de implantes Branemark*. 2. Ed. São Paulo: Pancast, 1996.

CARDOSO, A.C. e colaboradores. *O passo a passo da prótese sobre implante*. 1. ed. São Paulo: Santos, 2005.

CARVALHO, L.E.P.de. Avaliação do nível de satisfação, capacidade, eficiência e performance mastigatórias em pacientes reabilitados com próteses fixas totais inferiores sobre implantes, sob carga imediata. *Net*, Bauru, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iahxis&src=gole&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=19364&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 jul. 2009.

FRANCISCHONE, C.E.; FILHO, H.N.; MATOS, D.A.D; LIRA, H.G.; NEVES, J.B.das; VASCONCELOS, L.W.; PEREDO - PAZ, L.G; DUARTE, L.R.; JANSON, R.R.P. *Osseointegração e o tratamento multidisciplinar*. 1. ed. São Paulo: Quintessence, 2006.

HOBO S.; ICHIDA, E.; GARCIA, L.T. *Osseointegração e reabilitação oclusal*. 1. ed. São Paulo: Santos, 1997.

MCCLARENCE, E. *Close to the edge: Brånemark and the development of osseointegration*. 1.ed. Berlim: Quintessence, 2003.

MISCH, C.E. *Implantes dentários contemporâneos*. 2. Ed. São Paulo: Santos, 2000.

SCARSO FILHO, J.; BARRETO, M.A.; TUNES, U. da R. *Planejamento estético, cirúrgico e protético em implantodontia*. 1. ed. São Paulo : Artes Médicas, 2001.

VERONESE, R.M.; VISIOLI, A.; HERRERA, E.; HASSE, P.N. Prótese total inferior implanto-suportada com carga imediata - Protocolo cirúrgico e protético. *Net*, jan.-fev.2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iahxis&src=gole&base=LIACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=415664&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 Out. 2009.