

OdontoLIFE®

Ano IX - Nº 49 - Março de 2012 - R\$ 9,20 - Ribeirão Preto-SP

IMPLANTOLOGIA

A implantologia auxiliando o combate e a prevenção das infecções focais

ESTÉTICA

O desafio de restabelecer a estética do sorriso com o uso de laminado cerâmico unitário

JURISPRUDÊNCIA NA ODONTOLOGIA

Rotinas trabalhistas em um consultório - Parte 2

ENTREVISTA

Renata Fronzaglia Lollato
Presidente eleita da Associação Odontológica de Ribeirão Preto - Aorp - para o biênio 2012 / 2013



MARCA REGISTRADA

Certificado de Registro de Marca reflete o alto nível de qualidade da OdontoLife® e sua importância para o setor odontológico.

ISSN
1807-9954





Sérgio Narciso
Marques de Lima
Professor titular de
Periodontia da Forp/USP.
Especialista em
Implantologia e
Periodontia.
sergioalma@netsite.com.br



Carolina Della Torre Lima
Graduada pela Univer-
sidade de Ribeirão Preto
- Unaerp. Especialista em
Endodontia. Mestranda em
Biotecnologia UNAERP
caroldtlima@hotmail.com

A implantologia auxiliando o combate e a prevenção das infecções focais

Infecções odontogênicas são infecções localizadas nos dentes, no tecido ósseo subjacente aos dentes e na mucosa da cavidade bucal. São conhecidas também, por focos de infecção da boca. As mais comuns e constantes são as cáries, as periodontopatias e os processos endodônticos. Tais infecções são relevantes não somente para a cavidade bucal como também para o organismo e a saúde em geral.

Segundo o Professor Doutor Max Grinberg, do Instituto do Coração de São Paulo (INCOR), o dente pode matar, pois quando infectado está diretamente associado a endocardite infecciosa. Segundo o mesmo, neste mês o INCOR recebeu doze pacientes com endocardite, sendo que em 40% destes casos a origem das endocardites era a cavidade bucal.

Os implantes dentários mudaram profundamente o paradigma da odontologia. Os novos conceitos trazidos pela implantologia permitiram a eliminação de focos de inflamações, sem prejuízo estético ou funcional para os clientes. Pois com a possibilidade e a facilidade para substituir elementos condenados por implantes, a odontologia não tem mais a necessidade de manter na boca dentes com focos de inflamação.

Um exemplo pertinente é o caso mostrado na Radiografia da Figura 1.

O paciente em questão apresentava problemas de saúde crônicos, vasculares e cardíacos há muitos anos. Mesmo estando

sob tratamento médico, não houve suspeita da existência de focos de infecção na cavidade bucal deste paciente.

Radiograficamente observava-se acentuada rarefação óssea na raiz do dente 34, indicando a existência de um processo inflamatório crônico na área.

Este grave foco de inflamação foi descoberto acidentalmente, já que o paciente não relatava sintomatologia dolorosa na área. O dente 34 já havia sido tratado endodonticamente, havia recebido pino intracanal e coroa de porcelana unida ao dente adjacente 35. O dente 34 não apresentava mobilidade, apesar de já estar solto do alvéolo, pois permanecia "ancorado" em seu vizinho pela prótese fixa de dois elementos. Após a extração do dente 34 e da regeneração óssea da área, o quadro geral de saúde do paciente melhorou sensivelmente. Certamente o foco de inflamação desta área estava interferia em sua saúde.

Dentes, osso alveolar e mucosa bucal, podem apresentar processos inflamatórios capazes de interferir em todo organismo. Esse fato é conhecido há séculos. No final do século 19 e até a década de 1950, quando eram diagnosticados focos de infecção na boca (antigamente chamada piorréia) o procedimento de rotina era a extração de todos os dentes com posterior instalação de prótese total.

As principais doenças da boca e dos dentes, que mais afetam o organismo são:

Gengivite: fase inicial do processo inflamatório, nos tecidos periodontais. Ela atinge a gengiva aderida e fibras gengivo-dentais, existe grande infiltrado inflamatório, de polimorfos nucleares neutrófilos e macrófagos. Nesta fase as bactérias presentes são



cocos gram positivos, fixos, são bactérias capazes de cair na corrente circulatória produzindo as bacteriemias. Dependendo das respostas imunológicas do paciente estes microorganismos podem se alojar em qualquer órgão, com maiores riscos para as coronárias, e válvulas cardíacas.

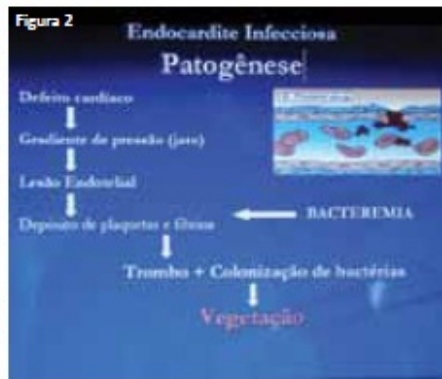
Periodontite: uma vez instalada a gengivite, se o biofilme (placa bacteriana) não for removido, haverá uma mudança significativa

na microflora do biofilme, aparecerão bactérias móveis, gram negativas, e iniciará no tecido as reações imunológicas, com destruição do tecido conjuntivo a matéria fundamental de suas fibras e destruição do osso. Se a doença não for tratada haverá a perda do dente. Nesta fase o risco para o organismo como um todo é muito maior e grave.

Cárie e envoltórios endodônticos: A cárie é a porta de entrada para que as bactérias cheguem à polpa do dente. Uma vez infectada a polpa, haverá necessidade de tratamentos endodônticos, onde em 18% dos casos haverá comprometimento no periápice do dente, aparecendo com o tempo um importante foco de inflamação como vimos na primeira radiografia mostrada. **Granulomas periapicais, cistos dentígenos, entre outros.**

O trabalho sobre bacteriemias transitórias, em estudantes de odontologia, na USP de Ribeirão Preto, feito por LIMA e ITO, 1989, demonstrou que esses focos de inflamação, provocam bacteriemias significativas no organismo quando são manipulados. Por esses motivos, todos pacientes de risco: pacientes enfartados, pacientes com problemas nas válvulas cardíacas, pacientes com estenoses, pacientes reumáticos, entre outros, devem receber antibiótico terapia pelo menos 2 horas antes dos procedimentos odontológicos em sua boca.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), o controle e eliminação dos focos de inflamação no corpo humano, podem prevenir uma série de patologias, no coração, nos vasos sanguíneos, incluindo artérias e veias, como



por exemplo, enfarte do miocárdio, angina de peito, aterosclerose os acidentes vasculares e cerebrais entre outras.

O esquema da Figura 2 mostra como os focos de inflamações podem causar lesões. Inicialmente ocorre nos vasos sanguíneos uma pequena alteração anatômica. O gradiente de pressão, ou seja, o fluxo sanguíneo na área, causa uma lesão nas células do sistema retículo endotelial dos vasos.

Começa então um processo semelhante à coagulação do sangue, com depósito de plaquetas, seguindo a formação de fibrina, e então se forma o trombo sanguíneo. Este trombo é um meio de cultura excelente para as bactérias que circulam durante as bacteremias. Elas se estabelecem no trombo, iniciam sua multiplicação, na forma vegetativa, e tem início ao processo destrutivo inflamatório, que dá início a doença em si.

A Figura 3 mostra uma lâmina de tecido com um foco de inflamação crônica, mostrando os vasos sanguíneos edemaciados, o que cria espaço para a migração das células de defesa para os tecidos subjacentes.

Nota-se um grande número macrófagos, e plasmócitos na área. Contudo, as bactérias, suas enzimas e toxinas, também penetram nos vasos sanguíneos, percorrendo todo o organismo humano e se estabelecendo nos pontos de retenção, criando processos patológicos em vários tecidos e órgãos.

Combater esses focos de inflamação deve ser uma prioridade para os profissionais da área da saúde. Muitas vezes tais focos são ignorados, ou passam despercebidos pelos profissionais. É muito importante salientar

a importância do diagnóstico e do tratamento de focos de inflamação crônica relacionados aos dentes com doença gengival-periodontal e ou edondôntica. O cirurgião-dentista deve estar ciente da importância deste tipo de avaliação e estar preparado para relatar a relevância do tratamento para o paciente.

Além disso, ter em mente que com a possibilidade do uso de

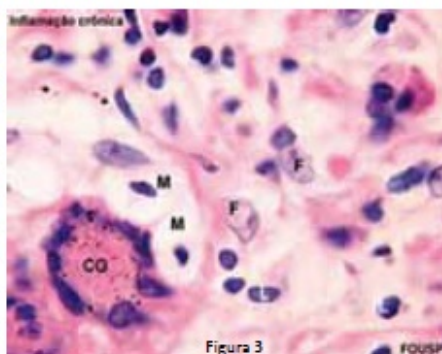


Figura 3

implantes ósseo-integrados para reposição de elementos dentais, não se faz mais necessária manutenção de dentes com doenças crônicas seja para manutenção da estética ou da função, pois ao mesmo tempo em que a manutenção da inflamação causa grande prejuízo em termos de saúde geral ao paciente, a substituição do elemento comprometido por um implante, gera grande benefício. A anamnese detalhada é fundamental para iniciar o exame clínico. Durante a anamnese o cirurgião-dentista deve procurar saber se o paciente é portador de pressão alta, diabetes, alterações cardíacas, renais, hepáticas ou alterações hemopáticas. Avaliando a posição do paciente como de risco ou não e como possível portador de infecções odontogênicas.

Consideramos o exame clínico da cavidade bucal, um dos aspectos mais importantes do exame. Em seguida as radiografias periapicais e ou panorâmicas associadas ao exame clínico irão auxiliar o profissional a definir um diagnóstico. O profissional deve estudar de-

talhadamente tais informações, buscando as alterações patológicas que possam existir, e instituindo o tratamento mais simples possível, para eliminar o problema. O cirurgião-dentista deve demonstrar ao paciente que os implantes com regeneração óssea ou não, são procedimentos de rotina na odontologia moderna.

As Figuras 4 e 5 mostram radiografias de um caso onde o paciente havia perdido o elemento 22 e na ocasião teve a possibilidade de fazer um implante agulhado. Após seis anos, o implante agulhado inflamou, apresentando supuração e mau cheiro. Foi então proposta a remoção do implante agulhado e a colocação de um implante osteointegrado de titânio, com regeneração óssea guiada. Segunda radiografia mostra o implante no equipamento digitalizado digora, evidenciando a formação óssea e ausência de focos de inflamação.

A Figura 6 mostra a radiografia panorâmica inicial de caso mais complexo, envolvendo situações graves, com perda óssea, implantes fraturados e implantes lamina-dos causando destruição do osso. No maxilar todos implantes estavam fraturados e inflamados. Na mandíbula todos os dentes remanescentes tratados endodonticamente apresentavam reações periapicais. Os dois im-



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

plantes laminados estavam soltos no osso. O paciente apresentava sérios problemas de saúde, renais, urogenitais, e grande prostração física. Inicialmente todos os dentes e implantes foram extraídos. As áreas superiores e inferiores posteriores recebem enxerto ósseo homogêneo com plasma rico em plaquetas (PRP) e a área anterior inferior recebeu regeneração óssea guiada (ROG).

Algumas semanas após a cicatrização das cirurgias iniciais o paciente relatou grande melhora em sua disposição e bem estar. O tratamento médico que fazia há meses para suas mazelas físicas começaram a repercutir em efeito de cura. As Figuras 7 e 8 mostram a área inferior após a reconstituição do tecido ósseo, onde os implantes foram realizados em um tecido perfeitamente sadio e íntegro. O paciente recebeu seis implantes para a arcada superior e seis implantes para a arcada inferior.

A figura 9 é a imagem do paciente com o caso concluído, com ótimos resultados estéticos e funcionais.

Podemos assim realizar algumas conclusões pertinentes:

1. Pacientes de risco devem ser identificados na anamnese e receber antibiótico terapia preventiva.
2. A indicação correta de implantes para áreas anodonticas ou em substituição de dentes de prognóstico sombrio é uma medida profilática que somente pode propiciar benefícios à saúde do paciente.
3. Para todos os pacientes deve ser solicitada uma radiografia panorâmica, e que com ela se pesquise minuciosamente focos de inflamações crônicas, na maioria dos casos assintomáticos.
4. Pacientes portadores de periodontite e ou gengi-



Figura 9

vite, devem receber tratamento periodontal. Dentes que apresentem mais de ½ de perda óssea e mobilidade avançada, deverão ser condenados e extraídos.

A área deve ser curetada e receber Regeneração Óssea Guiada (ROG).

5. Dentes com problemas endodônticos crônicos, dentes que receberam tratamento endodôntico há mais de 10 anos, que possuem pino intracanal e apresentam rarefações ósseas apicais, devem ser criteriosamente analisados quanto a sua possibilidade de recuperação pelo endodontista. Se o prognóstico não for excelente, não se deve insistir na manutenção do elemento.

6. Dentes com envoltimentos de bi ou trifurcações devem ser avaliados pelo periodontista para verificar a possibilidade real do foco de inflamação ser eliminado. Da mesma maneira, não insistir na manutenção do elemento quando o prognóstico não for favorável. ■

Referências bibliográficas

1. www.nossodontista.com/odentepodematar.html
2. Lima. S.N.M, Ito. I.Y. Bacteremia transitória após tratamento odontológico profilático. 70f, Dissertação Faculdade de Odontologia do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto – S.P, 1989.
3. Oliveira. AGRC. et al. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise da metodologia proposta pela Organização Mundial de Saúde. Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 1, Nº 2, 1998.
4. Lima. S.N.M, Ito. I.Y. Infecções odontogênicas: o controle de infecções no consultório odontológico. Revista Paulista de Odontologia, 16(1), 36-37, jan-fev, 1994.
5. Gaetti-Jardim, E. et al. Microbiota associated with chronic osteomyelitis of the jaws. Brazilian Journal of Microbiology, 41:1056-1064, 2010.
6. Marcelino, S.L. et al. . Presence of periodontopathic bacteria in coronary arteries from patients with chronic periodontitis. Anaerobe, 16: 629-632. 2010.
7. Trombone, A.P. et al. Periodontitis and arthritis interaction in mice involves a shared hyper-inflammatory genotype and functional immunological interferences. Genes and Immunity, 1-11, 2010
8. Garlet, G.P. et al. Association of human T lymphotropic virus 1 amplification of periodontitis severity with altered cytokine expression in response to a standard periodontopathogen infection. Clinical Infectious Diseases, 50: 111-118, 2010
9. Gaetti-Jardim, E. et al. Quantitative detection of periodontopathic bacteria in atherosclerotic plaques from coronary arteries. Journal of Medical Microbiology, 58: 1568-1575, 2009.
10. Gaetti-Jardim, E. et al. Distribution of biotypes and leukotoxic activity of Aggregatibacter actinomycetemcomitans isolated from brazilian patients with chronic periodontitis. Brazilian Journal of Microbiology, 39: 658-663, 2008.
11. Martins, A.G. Fatores de risco - Doença periodontal. Perio news, vol. 06(1), p. 12-16, 2012.
12. Costa, L.C.M. et al. Doença periodontal e intercorrências gestacionais. Perio news, vol. 06(1), p. 61-66, 2012.