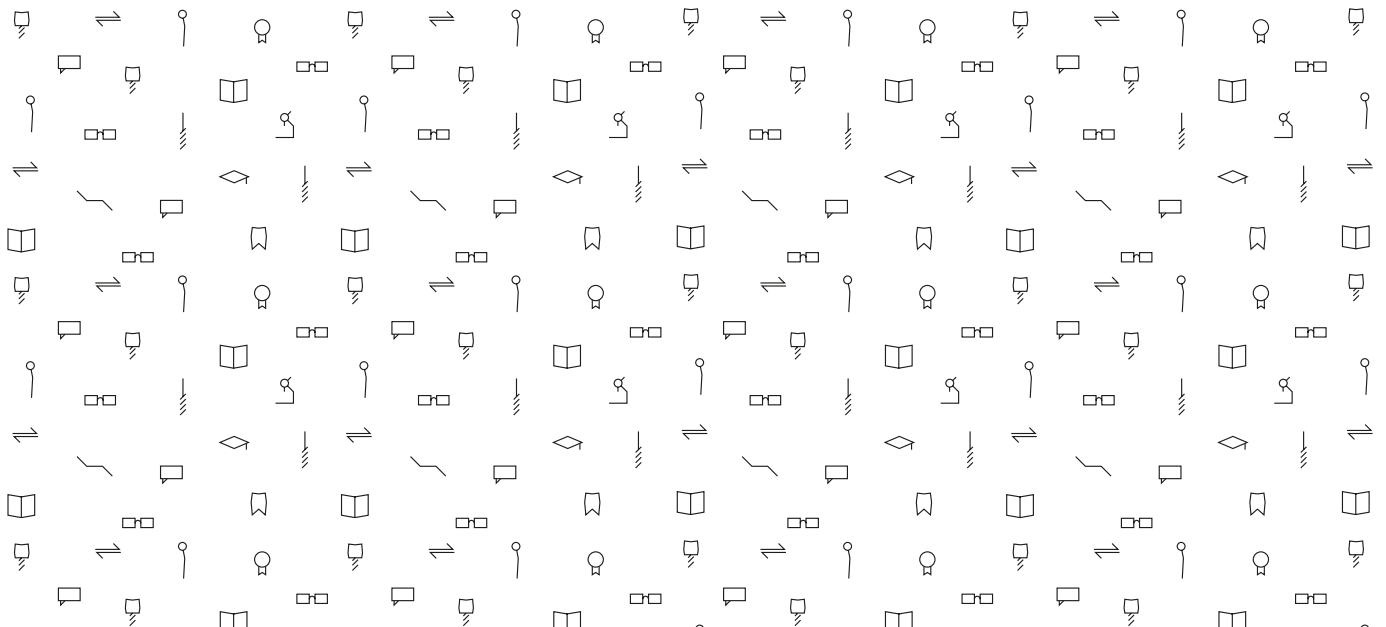


Pontos-chave para a prática clínica a partir da Conferência de Consenso da EAO





Grupo 1: Fármacos e doenças



Grupo 2: Parâmetros biológicos



Grupo 3: Reconstruções



Grupo 4: Aspectos biomecânicos



Grupo 5: Repórteres da Conferência de Consenso

Introdução

A Associação Europeia de Osteointegração (EAO), **a principal associação da Europa em implantologia dentária**, realiza uma Conferência de Consenso de três em três anos, durante a qual especialistas debatem áreas fundamentais da prática dentária e cheguem a um consenso. Estas conferências são totalmente financiadas pela associação no sentido de assegurar que os resultados da investigação estão livres de quaisquer influências comerciais.

60 cientistas de destaque de todo o mundo participaram na conferência de 2018, realizada na Suíça em fevereiro de 2018 e debateram os seguintes temas, que foram agrupados em vários subtemas:

- > **Fármacos e doenças**
- > **Parâmetros biológicos**
- > **Reconstruções**
- > **Aspectos biomecânicos**

Foi convidado um grupo de cientistas já envolvidos na preparação de relatórios nos congressos anuais da EAO a participar como observadores nas sessões de trabalho e resumir os debates. Este resumo que passou a ser os **“Pontos-chave para a prática clínica”**, foi preparado por Lino Esteve, Alberto Salgado, Guillem Esteve, Luis Miguel Sánchez e Javier Amigó em nome da EAO. Foi elaborado no sentido de partilhar informação de forma fácil e acessível com todos os clínicos na área da medicina dentária e como complemento **dos procedimentos oficiais da 5ª Conferência de Consenso publicados na COIR.**

Para mais informações sobre a EAO e os seus projetos, visite a página Web **www.eao.org**)

Programa

Parte 1

Fármacos e doenças

Parte 2

Parâmetros biológicos

Parte 3

Reconstruções

Parte 4

Aspectos biomecânicos

Parte 1

Fármacos e doenças



Concentrados de plaquetas



Questão clínica

Quais são as evidências atuais de apoio à utilização de concentrados de plaquetas (CP) na terapia de implante? A utilização de CP é útil?

Existem atualmente evidências limitadas de apoio a possíveis recomendações. Contudo, não foram relatados quaisquer efeitos secundários negativos associados à utilização de CP.

Todos os CP têm efeitos semelhantes ou deverão ser recomendados de forma diferenciada?

Existem várias classificações diferentes para CP. Há que se fazer uma distinção entre plasma rico em plaquetas (PRP), plasma rico em fatores de crescimento (PRGF) e fibrina rica em plaquetas (PRF), uma vez que foram testados e encontrados diferentes resultados. Além disso, as possíveis recomendações para cada um deles depende das indicações clínicas específicas.

Os CP melhoram as taxas de sucesso dos implantes?

Nem o PRP nem o PRGF têm demonstrado melhorar a estabilidade do implante ou reduzir a perda óssea marginal (MBL) após a colocação de um implante. Foi realizado um ensaio clínico controlado e aleatório (RCT) para determinar em que medida a utilização da PRF possa contribuir para melhores valores de ISQ (Quociente de Estabilidade do Implante) e níveis da MBL mais baixos, contudo atualmente não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clínica a partir deste estudo.

Os CP melhoram os resultados da preservação da crista alveolar (ARP)?

O PRP e o PRGF não demonstraram melhorar o resultado de procedimentos de ARP, quer sejam utilizados isoladamente ou combinados com materiais de enxerto. Foi verificado, contudo, que a PRF, limita a reabsorção óssea após extração e nisso pode ser recomendada.

Pode os CP melhorar os resultados dos procedimentos de regeneração da crista?

O PRP demonstrou melhorar os resultados clínicos em matéria de procedimentos de regeneração e poderá ser recomendado. Contudo, o PRGF e a PRF não foram avaliados quanto a esta indicação.

Os CP são benéficos em procedimentos de elevação do seio maxilar quando utilizados em combinação com o osso autólogo e/ou substitutos ósseos?

Nenhuma das variantes de CP demonstraram ser superiores às técnicas convencionais de elevação do seio maxilar, pelo que não se recomenda.

Existem outras recomendações possíveis para CP?

Foi demonstrado que a utilização do PRF em desbridamento aberto de superfícies afetadas por peri-implantite pode gerar melhores resultados, mas as evidências científicas relativos a isto são limitados e não apoiam uma recomendação clínica.



Pontos-chave

- 1. De modo geral, não existem evidências suficientes que possam apoiar a utilização de CP**
- 2. O PRP, o PRGF e a PRF provaram ter efeitos diferentes dependendo da indicação clínica**
- 3. A PRF pode ser utilizada na preservação da crista alveolar, mas o PRP e o PRGF demonstraram não ter benefícios adicionais para esta indicação**
- 4. A utilização de PRP pode ser recomendada em procedimentos de regeneração, contudo, as evidências disponíveis sobre esta matéria são limitadas**
- 5. Nenhum dos CP são recomendados para procedimentos de elevação do seio uma vez que ainda não foi comprovado ter quaisquer benefícios adicionais ao processo convencional**

Partículas de titânio: biocorrosão e alergia



Questão clínica

Parece haver um aumento da tendência para a atribuição de reações teciduais perigosas ao titânio e alguns corpos dos pacientes rejeitam metais. As alergias ao titânio existem? Os clínicos devem prescrever um teste de alergias antes de iniciar o tratamento com implantes?

As evidências são débeis, mas a hipersensibilidade do paciente ao titânio não pode ser definitivamente excluída. Atendendo ao reduzido número de casos comunicados e à reduzida especificidade de sintomas, testes de alergia preventivo não pode ser atualmente recomendado como prática de rotina. Além disso, os testes do emplastro e os ensaios de imunoestimulação dos linfócitos parecem dar resultados inconclusivos e resultam frequentemente em falsos positivos.

Está bem. As alergias ao titânio podem ser consideradas um problema menor, mas foram detetadas partículas de titânio em tecidos peri-implantares. De onde surgiram?

Embora o titânio seja menos suscetível à corrosão do que outros metais, ainda assim é possível devido ao desgaste mecânico e a agentes químicos ambientais. O desgaste mecânico pode ocorrer durante a colocação de um implante e pode ser causado por micromovimentos entre o implante e os componentes protéticos, ou por fatores externos tais como através dos procedimentos de profilaxia ou do ato de mastigar. A corrosão química pode ser exacerbada pelo ambiente ácido causado por biofilmes e inflamação dos tecidos. A combinação destes fatores pode levar à libertação de partículas da superfície do implante através de um processo denominado “tribocorrosão”.

Contudo, é de salientar que é devido ao facto do titânio estar omnipresente na vida quotidiana e ser utilizado em muitos bens de consumo que as partículas de titânio podem ser encontradas em tecidos humanos quer estes tenham ou não implantes dentários.

Nesse caso, a presença de partículas de titânio são clinicamente irrelevantes?

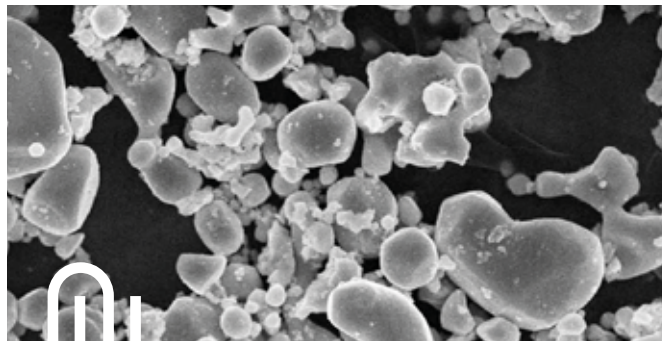
Antes de responder a esta questão, é de salientar que os resíduos de titânio demonstraram ter efeitos citotóxicos e pró-inflamatórios in vitro. Assim, as partículas de titânio podem aumentar a produção de citocinas e, portanto, participarem na reabsorção óssea.

É possível que tal contribua para as complicações biológicas dos implantes?

Nos 15 estudos de análise dos dados em partículas de titânio em tecidos peri-implantares, não foi encontrada nenhuma correlação direta. O real impacto clínico da presença de partículas de titânio permanece pouco claro.

Se as partículas de titânio são citotóxicas, estas podem influenciar a eficácia/sobrevivência do implante e causar complicações biológicas?

Pode afirmar-se que as partículas de titânio não desempenham nenhum papel em matéria de insucessos prematuros dos implantes. O seu papel no desencadeamento ou agravamento da peri-implantite é também pouco claro, sobretudo porque as abordagens de tratamento abrasivo podem de fato causar uma subsequente contaminação dos tecidos peri-implantares com partículas de titânio da superfície do implante. Apesar disso, porém, estes tratamentos têm um certo grau de sucesso. Pode afirmar-se que não existem evidências de que as partículas de titânio devam levar os clínicos a selecionarem materiais de implantes que não sejam de titânio.



Pontos-chave

1. Embora as evidências sejam débeis, a hipersensibilidade ao titânio não pode ser definitivamente excluída

2. Os testes de alergias não são recomendados com base rotineira por serem suscetíveis de dar falsos resultados positivos

3. As partículas de titânio podem estar presentes em tecidos peri-implantares em consequência da “tribocorrosão”, mas o seu impacto clínico (se houver algum) é pouco claro

4. Não existem evidências que demonstrem que as partículas de titânio desempenham um papel determinante na peri-implantite

Fármacos anti-reabsortivos e terapia de implante



Questão clínica

Cada vez mais fármacos anti-absorção de baixa dose (ARDs) tais como bifosfonatos e denosumab são prescritos em todo o mundo para tratar os efeitos da osteoporose. Os pacientes tratados com ARDs vêm frequentemente às consultas à procura de implantes. Quais são os riscos?

Os pacientes com implantes a receber bifosfonatos orais de baixa dose correm o risco de desenvolverem osteonecrose dos maxilares associada ao uso de medicamentos (OMAM), embora o fator de risco parece ser reduzido.

A duração do uso de ARD tem impacto na ocorrência de OMAM?

Sim. Todos os pacientes que estejam tomando ARDs de dose baixa (bifosfonatos e denosumab), correm o risco de desenvolver OMAM com o aumento da duração do uso. Em 71% dos pacientes com OMAM, a reação ocorreu após 36 meses após o início do uso do fármaco.

A descontinuação da terapia “drug holiday” foi recomendada em algumas diretrizes clínicas publicadas. A interrupção da toma de ARDs tem efeito na incidência ou no risco de desenvolver OMAM?

As evidências que apoiam isto são insuficientes, pelo que a sua recomendação permanece pouco clara.

Existe um risco acrescido em matéria de insucessos de implantes prematuros ou tardios nestes pacientes?

Não foram comunicadas taxas superiores relativas a perdas de implantes em pacientes a pacientes que usaram ARDs de baixa dose em comparação aos grupos controle. A longevidade dos implantes também demonstrou não estar comprometida naqueles que receberam ARDs de baixa dose. O efeito possível da administração de ARDs subcutâneo e intravenoso de baixa dose é pouco claro, mas parece ser comparável.

Encontram-se disponíveis poucos dados sobre a segurança de procedimentos de enxerto ósseo realizados no momento da colocação do implante, é portanto inconclusivo.

Após a revisão da documentação existente, o que posso fazer?

Os ARDs de baixa dose não podem ser considerados uma contraindicação para a colocação de implantes, mas não há dados suficientes disponíveis para apoiar a sua utilização em procedimentos de enxerto ósseo.

Nestes pacientes, recomenda-se uma avaliação individual dos fatores de risco (por ex., fatores locais, tabagismo, doenças sistêmicas, co-medicações e duração do uso de ARDs) e da utilização profilática de antibióticos e anti-sépticos pós-operatório (por ex., clorexidina). A descontinuação da terapia deverá ser apenas sugerida após uma consulta com o médico assistente.

A terapia de implante e/ou os procedimentos de enxerto ósseo não são atualmente recomendados em pacientes usando ARDs de baixa dose.



Pontos-chave

1. Os pacientes a receber ARDs de baixa dose (bifosfonatos e denosumab) correm o risco de desenvolver OMAM, embora o fator de risco seja considerado reduzido

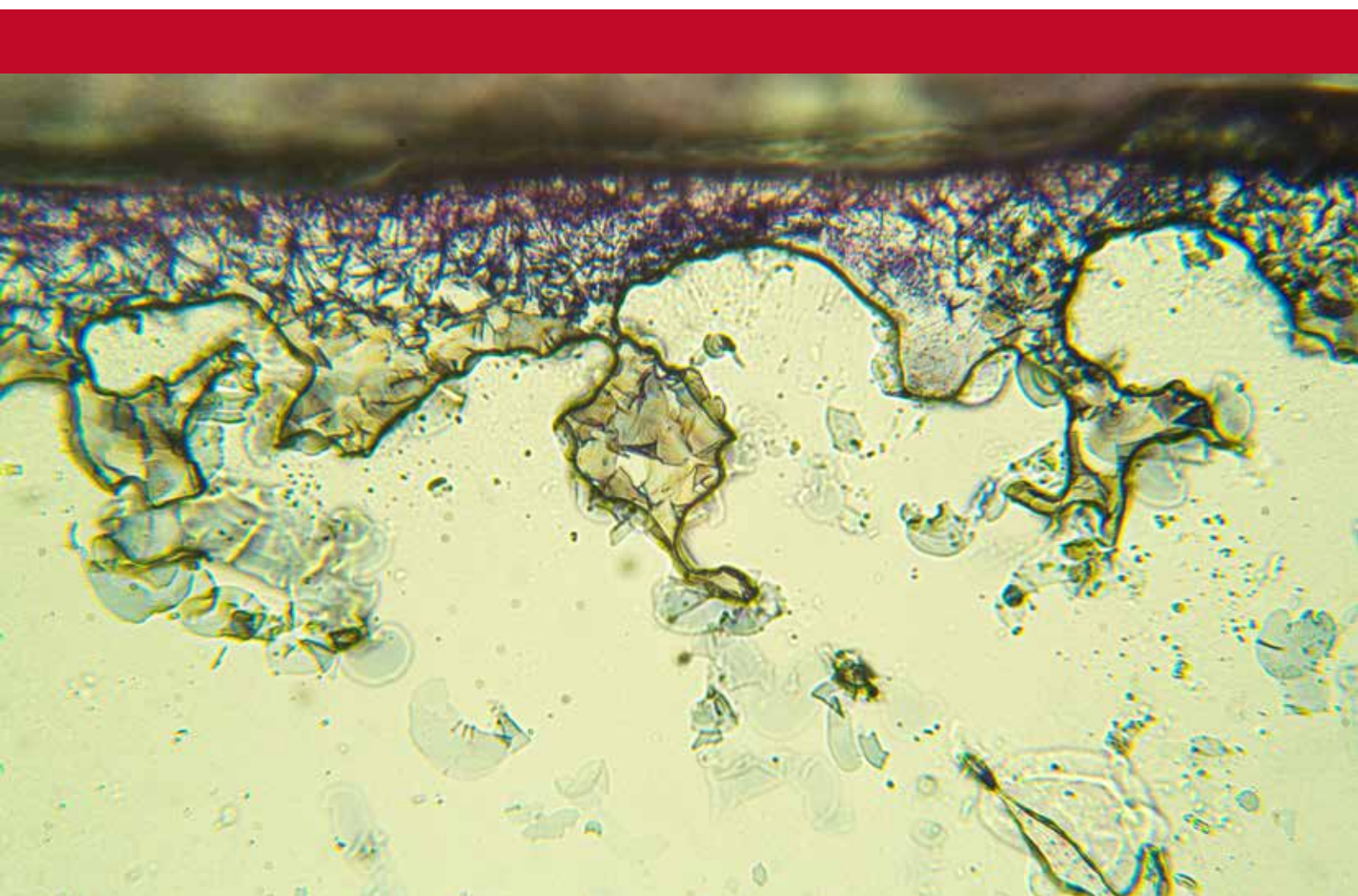
2. O risco de desenvolvimento da OMAM aumenta com o aumento do tempo de uso do fármaco. A eficácia da descontinuação da terapia para minimizar este risco é pouco clara

3. Os ARDs não estão associados com mais casos de insucesso prematuro de implantes ou mesmo tardios

4. Os ARDs de baixa dose não são considerados uma contraindicação na colocação de implantes. Não existem dados disponíveis em enxertos ósseos

5. A terapia de implante e/ou os procedimentos de enxerto ósseo não são atualmente recomendados em pacientes usando ARDs de baixa dose

Parâmetros biológicos



Material dos pilares e tecidos peri-implantares



Questão clínica

Para além do titânio, utiliza-se também zircônia, alumina, ouro, dissilicato de lítio e nitrito de titânio como pilares de implantes. Estes materiais atuam de forma semelhante na prática clínica?

Uma meta-análise incluindo 29 estudos em 954 pacientes (1266 implantes) não demonstrou diferenças estatísticas entre estes materiais de pilares, quer em termos de perda óssea da marginal (MBL), sobrevivência do implante quer em termos de incidência de complicações num seguimento médio de 30 meses (proporção: 6 para 86,4).

Embora o desempenho clínico documentado pareça muito semelhante, é possível analisar quaisquer diferenças entre as reações dos tecidos peri-implantares e os materiais para pilares?

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a média de profundidade de sondagem (PS), sangramento periimplantar (SP) ou acúmulo de biofilme bacteriano (AP) identificadas em RCTs. Contudo, uma comparação em separado entre pilares em zircônia e titânio apresentava níveis significativamente mais elevados de SP com o titânio. Registou-se, de igual modo, uma tendência para mais AP com pilares em titânio do que em zircônia ($p=0,068$).

Todos os materiais testados parecem ter respostas clínicas e biológicas comparáveis. Mas que efeitos produziam em matéria de satisfação e estética dos pacientes?

A satisfação dos pacientes com próteses implanto-suportadas era, em geral, elevada, não tendo sido atribuída nenhuma diferença em relação aos materiais para pilares. Além disso, não foi detetada nenhuma diferença na meta-análise entre os materiais de pilares em valores de índice de estética. Outros estudos não incluídos na presente avaliação sistemática apresentaram, no entanto, resultados significativamente melhores para pilares em cerâmica do que em titânio em termos de cor dos tecidos moles.

Em conclusão, qual é o material de pilar mais adequado a utilizar?

O titânio deverá continuar a ser considerado o material para pilares de eleição na prática clínica em geral. Contudo, outros materiais, a zircônia e sobretudo a alumina, demonstraram ser igualmente eficazes e deverão ser considerados apropriado para uso clínico. A zircônia, em especial, demonstrou obter melhores resultados que o titânio relativamente à AP e ao SP.

Investigações futuras deverão abordar a integração dos tecidos mole e as propriedades de antibiofilmes dos materiais para pilares. Não deverão ser introduzidos novos materiais para pilares no mercado sem terem sido submetidos a rigorosos ensaios e sem documentação correspondentemente adequada.



Pontos-chave

- 1. O titânio é o material para pilares de eleição para a maioria das indicações clínicas**
- 2. Não existe qualquer diferença aparente entre o titânio e outros materiais para pilares em termos de sobrevivência do implante, perda óssea da marginal ou incidência de complicações**
- 3. Os pilares em zircônia tendem a ser associados a uma menor acúmulo de biofilme bacteriano e sangramento periimplantar**
- 4. De acordo com alguns estudos, os pilares em cerâmica eram superiores aos pilares em titânio em termos de aparência estética dos tecidos**

Parâmetros de diagnóstico e peri-implantite



Questão clínica

A peri-implantite afeta a previsibilidade da sobrevivência e as taxas de sucesso do implante a longo prazo. Não existem orientações para o tratamento adequado e a prevalência exata da doença é desconhecida. Quais são os casos de peri-implantite atualmente definidos nos estudos de prevalência?

As definições de casos de peri-implantite consistem geralmente em avaliações de compósitos de inflamação de tecidos peri-implantares, tais como sangramento periodontal, resultados hemorrágicos ou análises da perda óssea da zona marginal com diferentes limiares (com uma proporção de <1 a >3 mm). Contudo, entre os 41 estudos a avaliar a inflamação de tecidos peri-implantares que foram incluídos na presente revisão, havia muitas discrepâncias entre as definições de casos comunicados. 15 careciam de uma definição de caso e os restantes 26 estudos aplicaram 15 critérios diferentes.

Os parâmetros de diagnóstico ainda são válidos para avaliar a verdadeira prevalência da peri-implantite?

Aquando da avaliação dos valores médios para os três parâmetros de diagnóstico (MBL, SP e PS), os valores não se correlacionam com a prevalência da peri-implantite comunicada. Os valores médios não eram, portanto, parâmetros adequados para avaliar a prevalência da doença. Ao invés de valores médios, a distribuição de frequência das localizações da doença deverá ser considerada a medida de desfecho mais adequada.

Como deverá ser diagnosticada a peri-implantite na prática clínica?

O diagnóstico não deverá ser baseado num parâmetro único, mas em vários parâmetros clínicos e radiográficos. Esses parâmetros deverão ser obtidos na linha de base para referência, de preferência após a fase de adaptação óssea e quando os tecidos peri-implantares tiverem sarado totalmente. Os parâmetros da linha de base deverão ser utilizados para detetar alterações significativas em tecidos peri-implantares, e deverão ser utilizados como base para o diagnóstico da peri-implantite. Na ausência de valores da linha de base, poderão ser utilizados determinados limiares que são geralmente aceites (por exemplo, se o nível do osso através de radiografia for de 3 mm desde a parte coronal do componente intraósseo do implante).

São necessárias novas ferramentas de diagnóstico com melhoramento da sensibilidade e especificidade, o que iria permitir os clínicos avaliarem alterações nos níveis dos ossos marginais e distinguir entre tecidos moles peri-implantares saudáveis e pacientes.

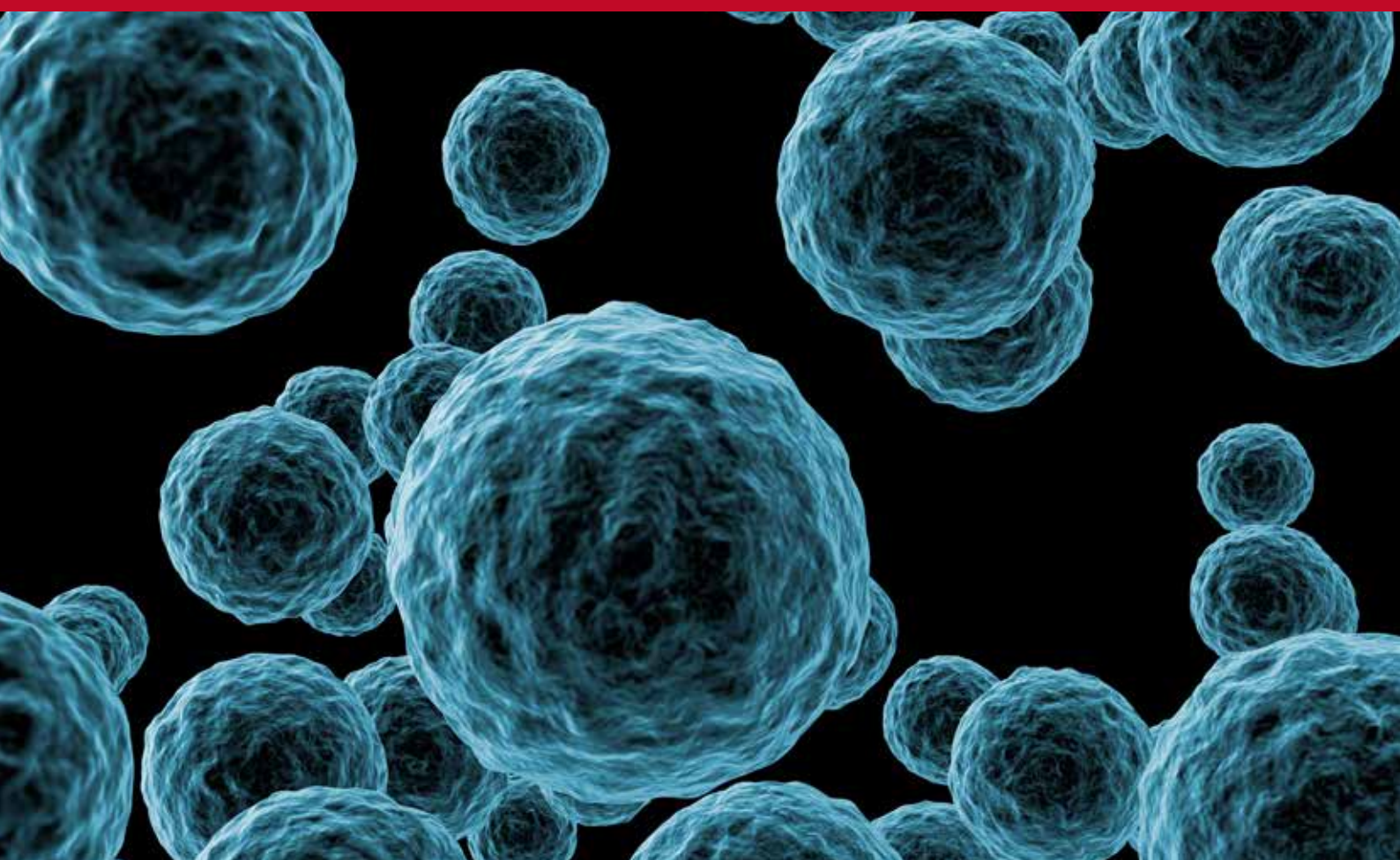


Pontos-chave

- 1. É necessária uma definição de caso homogênea e aceita internacionalmente para a peri-implantite**
- 2. Os parâmetros “baseline” deverão ser registados alguns meses após a colocação da prótese final de modo a ser utilizados como valor de referência**
- 3. A peri-implantite não deverá ser diagnosticada com base numa medida única, mas numa combinação de parâmetros clínicos e radiográficos, tais como PS, SP e MBL**

Parte 3

Reconstruções



Fluxos de trabalhos convencionais vs digitais



Questão clínica

Como é que a mudança de um fluxo de trabalho digital me ajuda no consultório?

São necessários mais estudos para explorar esta questão, mas as evidências atualmente disponíveis parecem sugerir que o processo para a criação de impressões é mais rápido utilizando um fluxo de trabalho digital.

E o laboratório poderá fornecer próteses mais rapidamente e com menor custo utilizando um fluxo de trabalho digital?

No caso que envolvam coroas de implante unitário posterior, sim. Em termos de tempo: os procedimentos do laboratório são mais rápidos quando é utilizado um molde de fabricação própria, bem como um pilar pré-fabricado e um modelo monolítico. Em termos de custo, depende do país (custos laborais, centralização e amortização do equipamento).



Ponto de vista consensual

Não existem atualmente dados suficientes disponíveis para avaliar todos os fatores envolvidos num fluxo de trabalho digital. Estamos a meio de uma "fase híbrida", onde os procedimentos digitais e convencionais andam muitas vezes de mãos dadas. A divisão exata de quando utilizar um ou outro depende em grande parte das preferências individuais dos clínicos e não podem ser apresentadas recomendações com base no consenso atual. São necessários mais estudos de referências cruzadas "crossover" para avaliar os fluxos de trabalho digitais utilizando sistemas diferentes, sob diversas circunstâncias dos operadores e registar de forma adequada medidas de desfecho relativas ao paciente, eficiência temporal, relação custo-benefício e resultados clínicos.



Pontos-chave

1. A utilização de procedimentos digitais ou convencionais em qualquer fase do processo de tratamento depende das preferências do clínico
2. Os procedimentos digitais quer num ambiente clínico quer de laboratório poderão ser mais rápidos e baratos do que os convencionais, em alguns casos, mas ainda não existem dados suficientes para fazer recomendações concretas

Coroas de implante unitário totalmente de cerâmica



Questão clínica

Posso evitar metais em coroas de implante unitário? As coroas totalmente de cerâmica são seguras em implantes unitários?

Sim. As coroas totalmente de cerâmica (com facetas de alumina, zircônia, dissilicato de lítio ou coroas reforçadas com leucite e coroas monolíticas de dissilicato de lítio) podem ser consideradas uma opção válida para restaurar implantes unitários (cimentada ou aparafusada) em localizações anterior e posterior.



Ponto de vista consensual

Foram recolhidos dados de 2200 coroas com várias estruturas e configurações de facetas em cerâmica para análise estatística. As coroas demonstraram uma taxa de sobrevivência superior a 5 anos, acima de 95%, em linha com aquelas comunicadas, de forma geral, para restaurações de implantes unitários. Após os 5 anos, ocorreu ocasionalmente a lascagem em facetas de alumina 1,8%; facetas de cerâmica-vidro 2,8%; dissilicato de lítio monolítico 6% e facetas em zircônia 11,3%.

O resultado a longo prazo de todas as coroas totalmente de cerâmica depende, em muito, do processo de fabricação e do tratamento clínico. Recomenda-se igualmente que os pacientes sejam informados das eventuais complicações técnicas desde o início.

No entanto, avaliação concluiu que as coroas de cerâmica híbridas à base de resina estavam associadas a fraturas do núcleo significativamente maiores do que as coroas com facetas de alumina e zircônia, e a taxa média de sobrevivência de 5 anos tinha caído para 67% nas coroas de cerâmica híbrida. Este tipo de coroa não pode, portanto, ser recomendado para uso clínico. Atualmente, não é possível fazer uma declaração de consenso relativa às coroas de zircônia devido à falta de dados longitudinais.



Pontos-chave

- 1. É de esperar que as coroas totalmente de cerâmica em implantes unitários funcionem com confiabilidade em todas as indicações**
- 2. As coroas de cerâmica híbridas à base de resina não são recomendadas devido às taxas de fraturas elevadas em estudos longitudinais de 5 anos**
- 3. Devido à falta de dados longitudinais, atualmente não é possível fazer uma declaração no que diz respeito às coroas de zircônia monolítica**

Próteses da arcada dentária completa e parcial totalmente de cerâmica



Questão clínica


As estruturas de zircônia da arcada dentária completa e parcial são utilizadas com mais frequência em próteses sobre implantes. Em que medida é que as evidências atuais apoiam estes tipos de reabilitações?

As próteses implanto-suportadas em facetas de zircônio demonstraram taxas de sobrevivência a longo prazo superiores a 98%. Infelizmente, porém, também foi comunicada uma elevada incidência de lascagem: 22,8% para reabilitações de arcadas dentárias parciais e 34,8% para arcadas dentárias completas.



Ponto de vista consensual

Devido à elevada incidência de casos de lascagem comunicados, o prognóstico dessas reabilitações deverá ser considerado discutível. Os pacientes deverão ser informados das eventuais complicações técnicas com antecedência. As reabilitações de zircônia monolítica parecem ser alternativas viáveis para prevenir lascagens, mas, de momento, não existem dados suficientes para apoiar este processo.



Pontos-chave

- 1. A faceta de zircônia em próteses fixas de arcada dentária completa e parcial está associada a elevadas taxas de casos de lascagem que não pode ser recomendada**
- 2. Os dados disponíveis em matéria de reabilitações de zircônia monolíticas são limitados**

Pilares e ligações



Questão clínica

Qual é o melhor material para pilares para coroas de implante unitário?

Todos os pilares, quer sejam de metal ou de cerâmica, com ligações internas ou externas, em casos anteriores ou posteriores, cimentados ou aparafusados, têm resultados clínicos semelhantes.

E no caso de uma dentadura fixa, que material para pilares deve ser utilizado?

Continuamos a não ter dados longitudinais suficientes em matéria de pilares de zircônia para dentaduras fixas parciais. Apenas os pilares metálicos poderão ser recomendados. Os pilares metálicos são adequados para ligações internas ou externas e para restaurações cimentadas ou aparafusadas.



Ponto de vista consensual

Apesar das diversas limitações da revisão, foi realizada uma meta-análise em cerca de 6000 pilares a partir de 60 estudos com uma taxa de sobrevivência média de 5 anos de aproximadamente 96,5%. Quanto às falhas e complicações, não foi verificada significância estatística tanto nas restaurações parciais e simples como nas ligações cimentadas ou aparafusadas nem internas/externas. Ainda são limitadas as evidências disponíveis relativamente aos pilares de cerâmica em áreas posteriores, sobretudo para dentaduras fixas parciais.

Embora os resultados não tenham sido significativos do ponto de vista estatístico, as ligações externas eram frequentemente associadas a folgas nos parafusos e mais fraturas em pilares de cerâmica.

São necessários mais estudos em reabilitações de cerâmica e monolíticas. Os estudos deverão utilizar mais parâmetros de investigação fiáveis e ter significância estatística suficiente para conferir maior viabilidade aos materiais utilizados, às ligações e aos tipos de retenção das restaurações. Recomenda-se vivamente uma documentação adequada a fim de obter-se conclusões válidas para a prática clínica.



Pontos-chave

- 1. Para uma coroa de implante unitário, todos os materiais para pilares, ligações e tipos de retenção têm resultados clínicos semelhantes**
- 2. Para próteses parciais fixas, os pilares de zircônia ainda não são recomendados devido à falta de evidências**

Aspectos biomecânicos



Relação entre a coroa/implante e resultados de tratamento do implante



Questão clínica

Deverei preocupar-me quando um implante é curto e espaço interoclusal é longo? A ferulização faz diferença em casos que envolvam implantes curtos?

Em implantes ferulizados, a relação entre a coroa/implante supostamente desfavorável não demonstrou mais taxas de falhas ou de complicações. Em restaurações de implantes unitários, a relação entre a coroa/implante de 0,9 a 2,2 não foi associada à ocorrência de complicações biológicas ou técnicas. Por isso, os implantes curtos com coroas longas pode ser considerada uma opção de tratamento válida para simplificar ou evitar mais procedimentos complexos.



Ponto de vista consensual

Não é claro se esta relação entre a coroa/implante de vários tamanhos poderá influenciar as taxas de sobrevivência ou de complicações. Nem existem dados disponíveis no desempenho destes tipos de próteses entre duas unidades dentárias comparados com próteses de extremidade distal. Embora já existam evidências na viabilidade dos comprimentos da coroa (até ao dobro do comprimento do implante), são necessário mais estudos aleatórios a longo prazo para comparar estas relações coroas/implantes com implantes mais longos em osso aumentado e próteses com dimensões normais.



Pontos-chave

1. Os comprimentos da coroa até o dobro do tamanho do implante não foram associados a complicações biológicas e técnicas em reabilitações simples ou ferulizadas

2. Os implantes curtos com coroas longas poderia ser uma alternativa mais simples para procedimentos de argumentação complexos

Implantes inclinados e resultados de tratamento



Questão clínica

Posso inclinar implantes para compensar as limitações anatómicas? Em que medida a inclinação dos implantes influenciam os resultados?

Dados recolhidos de 17 estudos em 1584 pacientes não revelaram diferenças significativas entre implantes inclinados e verticais em termos de taxas de sobrevivência a longo prazo ou perda óssea marginal.

Isso significa que os implantes verticais e inclinados funcionam de igual modo?

Infelizmente, as restaurações com características semelhantes que são suportadas por implantes inclinados ou verticais nunca foram comparados num estudo prospectivo. Tampouco a angulação do implante foi avaliada como um fator de risco distinto. Por isso, continua ainda a não ser claro se os implantes inclinados têm uma influência nos tecidos moles peri-implantares ou em complicações protéticas.

Mas os implantes inclinados ainda são uma opção de tratamento válida?

Sim, mas não são a única opção. A recomendação atual é avaliar cuidadosamente as possíveis alternativas de tratamento numa base individual.



Pontos-chave

1. Os resultados comunicados sobre implantes inclinados e verticais são comparáveis em termos de taxas de sobrevivência, a médio prazo, e perda óssea marginal

2. São necessários estudos prospectivos de comparação entre implantes inclinados e verticais

Cantilevers em próteses de arcadas dentárias completas



Questão clínica

Durante o tratamento de pacientes desdentados, poderei evitar colocar implantes posteriores? Os *cantilevers* são uma opção de tratamento fiável?

As próteses de arcadas dentárias completas sobre implantes na região interforaminal ou intersinusal com *cantilevers* demonstraram ser uma boa solução para reduzir a complexidade do tratamento. Este conceito funciona tanto na maxila quanto na mandíbula, quer seja com implantes paralelos tradicionais quer seja com dois implantes distais inclinados (desde que os *cantilevers* não ultrapassem os 20 mm e não substituam mais do que duas unidades oclusais).

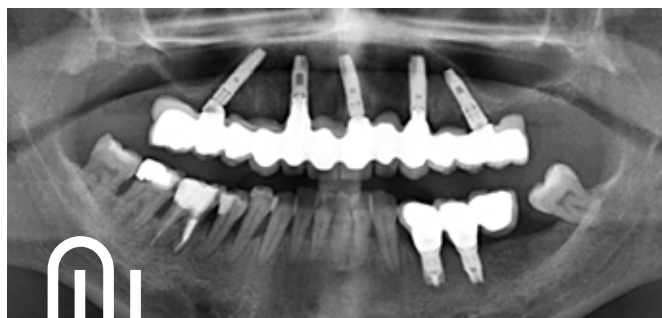


Ponto de vista consensual

Verificou-se que as reabilitações com *cantilevers* de arcadas dentárias completas tinham taxas de sobrevivência da prótese e do implante elevadas em 5 a 10 anos de acompanhamento (97% e 99% respetivamente). Contudo, a taxa de complicações foi da ordem dos 39% com próteses e consistiram, sobretudo, em fraturas do material para facetas, especialmente quando a resina era utilizada.

Isto é clinicamente significativo pois poderá ter um impacto na satisfação do paciente. Os clínicos deverão estar cientes dos potenciais problemas e discuti-los com os pacientes desde o início do tratamento.

Contudo, não existem estudos de comparação de reabilitações de arcadas dentárias completas com ou sem *cantilevers*. Por isso, não sabemos se os *cantilevers* poderão ou não serem considerados um fator de risco específico em matéria de complicações técnicas. Verifica-se ainda uma falta de evidências sobre esta matéria.



Pontos-chave

1. As reabilitações de arcadas dentárias completas com cantilevers até 20 mm (duas unidades) de extensão funcionam bem a longo prazo tanto na maxila quanto na mandíbula em pacientes desdentados

2. As reabilitações implanto-suportadas de arcadas dentárias completas têm uma elevada taxa de lascagem, mas ainda não é claro se os cantilevers apresentam um nível de risco adicional em matéria de complicações técnicas

Cantilevers em próteses fixas parciais



Questão clínica

Os *cantilevers* parecem funcionar de forma fiável em pacientes desdentados, mas poderei utilizar *cantilevers* em pacientes parcialmente desdentados? Irei encontrar mais complicações utilizando *cantilevers* em reabilitações implanto-suportadas parciais?

Os *cantilevers* em próteses fixas parciais provaram ser uma opção viável. Elas poderão ser utilizadas de forma previsível quando o tratamento necessitar de ser simplificado ou em casos que envolvam limitações anatómicas.

Está bem. Os *cantilevers* em pacientes desdentados parcialmente poderão ser considerados uma opção válida para casos complexos para evitar mais cirurgias avançadas ou por razões estéticas. Mas tendo em conta as imensas complicações biomecânicas qual seria o comprimento ideal de segurança do *cantilever*?

As evidências atualmente disponíveis inclui *cantilevers* pequenos/curtos de 6 mm e superiores a duas unidades oclusais de comprimento. O comprimento médio dos *cantilevers* é de 10 mm.

Uma vez verificados se os *cantilevers* funcionam, poderei também colocar próteses de forma segura num implante unitário sobre uma coroa e um pontico em *cantilever*?

Foram incluídos apenas dois estudos retrospectivos em 44 próteses, e demonstraram uma taxa de sobrevivência de 97% em 6 a 18 anos de seguimento. Mas os dados são tão escassos que este modelo ainda não poderá ser recomendado para uso clínico de rotina.



Ponto de vista consensual

Em pacientes desdentados parcialmente com próteses fixas por *cantilever* mesial ou distal, ambas as taxas de sobrevivência do implante e da prótese atingiram 98% para pontes de múltiplas unidades. Mas apenas 73% das restaurações permaneceram livres de complicações a médio prazo. A maioria das complicações eram técnicas, tais como lascagens ou fraturas da porcelana. Não foram comunicadas fraturas na estrutura, e as fraturas dos implantes ocorreram em apenas 0,3% dos implantes. Os *cantilevers* em próteses parciais poderão ser recomendados, desde que as potenciais complicações sejam levadas em consideração e desde que os clínicos saibam que esta recomendação é baseada em poucos estudos com um elevado risco de viés.



Pontos-chave

- 1. Em reabilitações parciais, os *cantilevers* (mesiais ou distais, e superiores a duas unidades ou a 10 mm) poderão ser considerados uma opção válida para simplificar o tratamento, mas parecem apresentar mais complicações técnicas**
- 2. Temos poucos dados sobre *cantilevers* em implantes unitários, pelo que não poderão ser recomendados para uso de rotina**

Mudanças posicionais entre o dente natural e as reabilitações implanto-suportadas ao longo do tempo



Questão clínica

O que acontece com as reabilitações implanto-suportadas a longo prazo? Como elas evoluem em relação à dentição natural?

Em metade das reabilitações implanto-suportadas, a infra-posição ou falta de pontos de contacto proximais foram detetados após um período médio de acompanhamento de 5,7 anos (proporção: 1 para 18). Verificou-se que ambos aumentavam ao longo do tempo. A falta de pontos de contacto foi encontrada mais frequentemente nas áreas mesiais, e a infra-posição era mais frequente nas mulheres. Quanto mais velho era o paciente quando da colocação do implante, menor infra-posição foi observada.



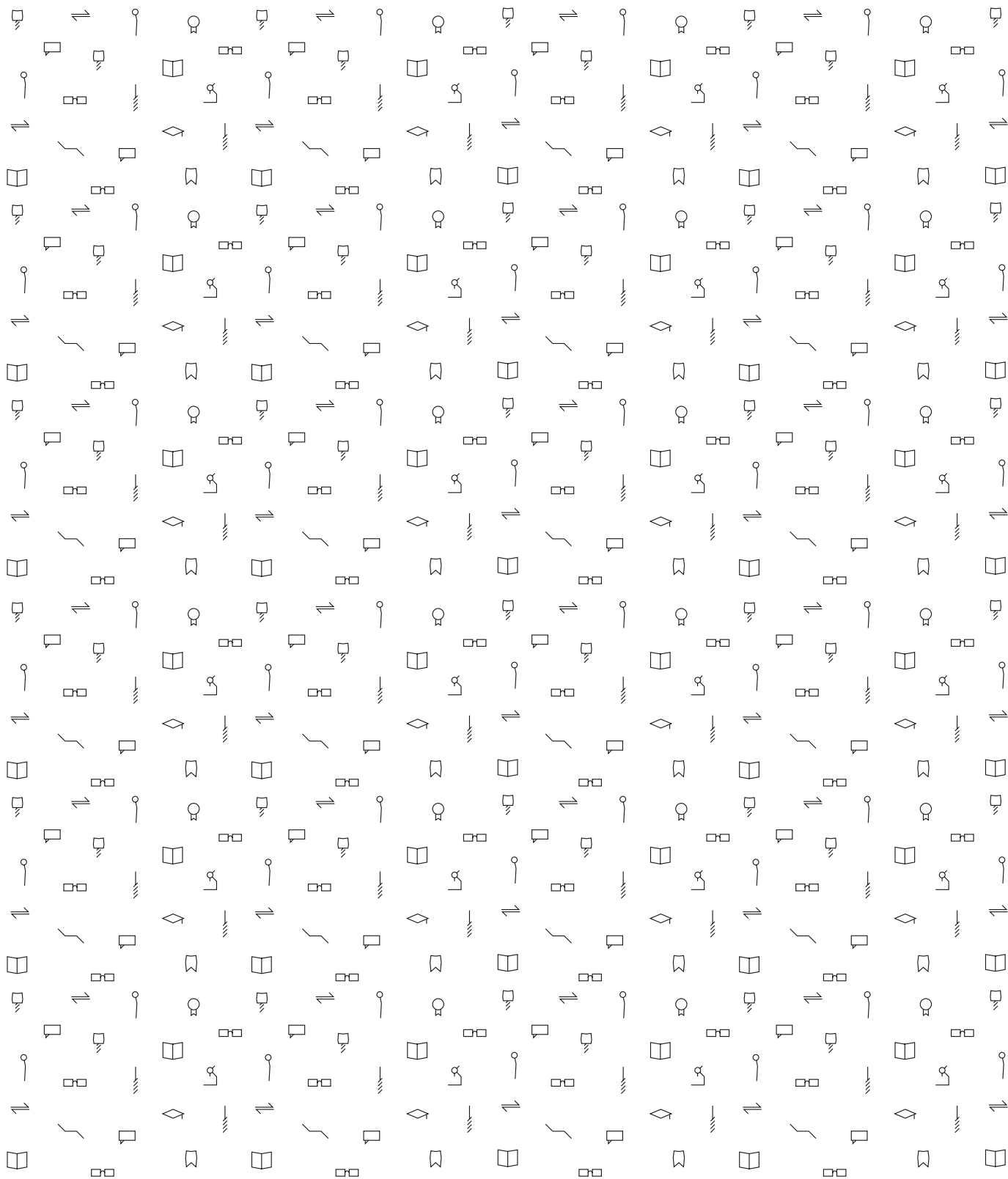
Ponto de vista consensual

As mudanças posicionais demonstraram ocorrer quando da colocação de implantes em pacientes jovens. Mas, é de salientar que esta potencial complicação também poderá afetar pacientes adultos. Embora as consequências clínicas destas mudanças terem sido raramente comunicadas, é provável que as reabilitações do implante a longo prazo poderão necessitar de algum tipo de reintervenção.



Pontos-chave

1. A longo prazo, as reabilitações do implante são suscetíveis a mudanças posicionais em relação ao dente natural (infra-posição e falta de pontos de contacto), mesmo em pacientes adultos



eao.org

EAO)))
EUROPEAN ASSOCIATION
FOR OSSEOINTEGRATION