



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

ALINE DE ARAUJO GONZAGA

**MANUTENÇÃO E PROSERVAÇÃO DE PRÓTESE
IMPLANTOSSUPORTADA:
Revisão de literatura**

Piracicaba
2019



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

ALINE DE ARAUJO GONZAGA

**MANUTENÇÃO E PROSERVAÇÃO DE PRÓTESE
IMPLANTOSSUPORTADA:
Revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Prótese Dentária à Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo dos S. Fernandes

Piracicaba
2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

G589m Gonzaga, Aline de Araujo, 1991-
Manutenção e preservação de prótese implantossuportada : revisão de literatura / Aline de Araujo Gonzaga. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: João Paulo dos Santos Fernandes.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Boca - Cuidado e higiene. 2. Implantes dentários. 3. Prótese dentária. I. Fernandes, João Paulo dos Santos, 1966-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Palavras-chave em inglês:

Mouth - Care and hygiene

Dental implants

Dental prosthesis

Área de concentração: Prótese Dentária

Titulação: Especialista

Data de entrega do trabalho definitivo: 26-02-2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, que me concedeu o dom da vida, pela força e coragem ao longo de minha trajetória. Obrigada meu Deus por mais uma graça alcançada.

Aos meus pais, Antônio Gonzaga e Josilda Gonzaga, por sempre me incentivar, apoiar, confiar e não medir esforços para que meu sonho fosse realizado. Que sempre abdicaram de muita coisa pensando no melhor para meu futuro.

Ao meu irmão, Lucas Gonzaga, que tenho como exemplo de ser humano e profissional.

Ao meu namorado, Júlio Leão, que sempre se fez presente, sem dúvida um dos meus maiores apoiadores. Obrigada por compreender, compartilhar e sempre me acalmar das minhas angústias e ansiedades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Paulo Fernandes por ser essa pessoa única, que tem o dom de ensinar e nunca mediu esforços para repassar o conhecimento. Obrigada por toda compreensão, paciência e por tornar o ambiente de trabalho mais leve e divertido. Sem dúvidas, peça importante na minha formação como especialista.

Ao corpo docente da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), Prof. Dr. Wilkens Aurélio Buarque e Silva, Prof. Dr. Frederico de Andrade e Silva, à Profa. Dra. Ligia Luzia Buarque e Silva, aos mestrandos Paulo e Arthur e ao doutorando Gustavo, por ter participado dessa etapa da minha formação profissional.

À querida Keila, que tenho como referência de força e de coração bondoso. Que sempre esteve se fazendo presente com seu abraço fraterno.

À minhas amigas e colegas de profissão, Fernanda Brito, Camilla Bueno Rofino, Yasmin Okamoto e Laura Bana, por fazer essa caminhada ser mais leve e prazerosa. Obrigada por os momentos compartilhados de felicidade e conhecimento. Sem dúvida um presente de Deus para o resto da minha vida.

RESUMO

Com a melhoria no processo de osseointegração, as próteses implantossuportadas são escolhas que garantem ao paciente conforto e qualidade de vida, porém com o aumento de reabilitações orais utilizando implantes dentários, também é crescente o número de falhas. Portanto, é de extrema importância a manutenção adequada, evitando acúmulo de placa bacteriana ao redor do implante. Indivíduos que possuem esse tipo de reabilitação oral devem ser regularmente motivados, instruídos e monitorados pelo cirurgião-dentista, a fim de evitar o insucesso no tratamento. O paciente deve ser orientado a usar o tipo de dentífrício e escovas dentais adequados, o uso também de escovas interdentais, fio dentais e colutórios. As consultas de rotina para preservação devem ser individualizadas atendendo o perfil de cada paciente.

Palavras-chave: Higiene Bucal, Prótese Dentária, Implantes Dentários

ABSTRACT

With the improvement in the osseointegration process, implant-supported prostheses are options that ensure the patient comfort and quality of life, but with the increase of oral rehabilitations using dental implants, the number of failures is also increasing. Therefore, proper maintenance is extremely important, avoiding plaque buildup around the implant. Individuals who have this type of oral rehabilitation should be regularly motivated, instructed and monitored by the dentist in order to avoid treatment failure. The patient should be instructed to use the appropriate type of toothpaste and toothbrushes, also use interdental brushes, dental floss and mouthwash. Routine appointments for preservation should be individualized according to the profile of each patient.

Keywords: Oral Hygiene, Dental Prosthesis, Dental Implants

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
3	DISCUSSÃO.....	15
4	CONCLUSÃO.....	17
5		
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Desde a descoberta dos princípios de osseointegração dos implantes por Branemark (1960), o uso em reabilitações orais implantossuportada tornou-se realidade (Aquilino et. al., 2001). Os implantes dentários para a reabilitação oral de indivíduos edêntulos têm finalidade de uma reabilitação funcional e estética, havendo melhora na fonética, mastigatória e recuperação das relações psicossociais (Novaes et. al., 2008).

A reabilitação com prótese sobre implantes recompõe a função perdida pela falta dos dentes. O implante também pode ser considerado parte do próprio corpo, elevando a satisfação com o tratamento proposto e aumentando autoestima e autoimagem do paciente (Aquilino et al., 2001).

A manutenção de prótese implantossuportada pode estar diretamente ligada à longevidade do tratamento proposto pelo dentista (Misch, 2008). É de extrema importância a etapa de manutenção da higienização da prótese e da cavidade oral, impedindo o acúmulo de biofilme em volta do implante dentário (Tawse-Smith et. al., 2002; Barbosa, et. al., 2007).

O êxito do tratamento com implantes osseointegráveis é diretamente proporcional à técnica cirúrgica, inexistência de contaminação bacteriana e obtenção de estabilidade primária (Esposito et. al., 2004).

A presença de bactérias nos tecidos circundantes pode criar um risco para o sucesso do tratamento por isso o controle durante o tratamento e na manutenção garantindo longevidade é importante (Paolantonio et. al., 2008).

As consultas periódicas do paciente são imprescindíveis ao sucesso do tratamento com implantes com objetivo de verificar precocemente problemas periimplantares. Essa preservação deve incluir avaliação de prótese, sondagem do sulco periimplantar, remoção de placa, instrução de higiene e, solicitar radiografias complementares para fazer acompanhamento (Albrektsson et. al., 1986).

O paciente com o periodonto comprometido, o índice de sucesso é menor do que em pacientes com saúde periodontal. Com isso, as periimplantites, perdas ósseas avançadas, inflamação gengival e o desenvolvimento de bolsa periodontal significam preocupações em reabilitação com deficiência em saúde periodontal. Por isso, é importante ter cautela na etapa de instalação dos implantes e de confecção da prótese, pois estas devem ser idealizadas a fim de possibilitar uma correta higienização (Bannwart et. al., 2012). A realização de teste microbiológico em

pacientes que serão submetidos a implantes dentários, pode ser uma prevenção para empregar terapias antimicrobianas antes da colocação dos implantes (Van Winkelhoff et. al., 1997).

Na elaboração de próteses implantossuportadas, deve existir espaço para a correta higiene; deve-se ater ao material utilizado na confecção da prótese até a fase de polimento, facilitando a higienização e reduzindo possíveis chances de acúmulo de resíduos (Van Winkelhoff et al., 2000).

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura a fim de esclarecer os aspectos relacionados à higienização e manutenção em próteses implantossuportadas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao perder o dente natural, pode-se substituí-lo em três modalidades de prótese: prótese parcial removível (PPR), prótese parcial fixa (PPF), apoiada por dentes, ou prótese fixa apoiada por implantes (Shillingburg et al. 1998). A recomendação de escolha de cada tipo de prótese necessita de certos fatores como: biomecânica, aspectos anatômicos, estéticos e financeiros do paciente (Shillingburg et al. 1998).

É de bastante valia a realização de uma anamnese bastante rigorosa, reconhecendo o perfil do paciente, questionando o motivo que levaram as perdas dos dentes naturais e realizar um bom planejamento protético, pois os mesmos microrganismos que levam à perda dentária devido às doenças periodontais, estão presentes nas periimplantites (Mombelli et. al., 1997; Quirynen et. al., 2007).

- **Reabilitação implante e prótese**

O uso de implantes para a reabilitação oral do paciente tem sido a primeira escolha para repor elementos perdidos, porém o Cirurgião-Dentista precisa conhecer mecanismo para a manutenção dos implantes, diminuindo assim os insucessos e falhas (Engquist et al., 2005). O uso de implantes osseointegráveis e próteses implantossuportadas podem melhorar a mastigação e com isso aumentar a qualidade de vida (Beumer III et. al., 1996). O paciente considera o implante parte de seu próprio corpo, e com isso aumenta o nível de satisfação, sua autoimagem e autoestima (Aquilino et. al., 2001). E ainda pode-se citar a vantagem de interromper a reabsorção óssea que ocorre após a exodontia, e com isso preservar o osso residual (Wael et. al. 2003).

O excelente resultado dos implantes dentários depende inicialmente da técnica utilizada, da estabilidade primária e ausência da infecção bacteriana no implante (Esposito et. al., 2004; Ntounis et. al., 2010). Secundariamente, o sucesso do implante dependerá da falta de trauma mecânico ou sobrecarga e também da ausência de periimplantite induzida (Rose et. al., 1991). O êxito do implante é alcançado com a manutenção da higiene oral impedindo o acúmulo de placa bacteriana ao redor do implante (Tawse-Smith et. al., 2002; Barbosa et. al., 2007).

Dentre os benefícios da reabilitação oral com implantes, encontram-se a longevidade superior comparada com as próteses fixas, pois não existe a

necessidade de preparar os dentes adjacentes, diminuição da sensibilidade dos elementos adjacentes, melhora na manutenção e higienização, melhora na estética dos pilares, preservação óssea no espaço edêntulo e redução do risco de perda do dente pilar. E como ponto negativo, incluem-se maior custo, aumento do tempo de tratamento, e a possibilidade de insucesso do implante (Bottino et. al., 2002; Hungaro et. al., 2000).

Deve-se observar certos fatores na confecção de prótese implantossuportada, como por exemplo, o perfil de emergência, a existência de pânticos e cantilever e a necessidade de esplintagem (Bannwart et.al, 2012). A anatomia dos pânticos deve ser em formato convexo, favorecendo a higienização (Chen et. al., 2003).

- **Implante e periodontia**

Para alcançar um prognóstico favorável em prótese implantossuportadas, deve-se ter saúde periodontal. Segundo Lewgoy et. al. (2012), há influência da periodontia na estética e na saúde geral do paciente. Com isso, em pacientes com o periodonto comprometidos ou que já manifestou a doença periodontal, a taxa de sucesso é menor do que em pacientes que apresentam periodonto saudável, podendo ocorrer periimplantite acarretando perda dos implantes. Os microrganismos da periimplantite são muito semelhantes aos presentes na periodontite (Evian et. al., 2004; Chen et. al., 2003).

As infecções periimplantares são geralmente classificadas como mucosite periimplantar e periimplantite dependendo da gravidade. A mucosite periimplantar é definida como reação inflamatória reversível nos tecidos moles ao redor de um implante. A periimplantite é uma reação inflamatória com perda de osso de suporte nos tecidos que cercam o implante (Albrektsson et. al., 1994). Quando ocorre acúmulo de biofilme em dentes, a inflamação da mucosa e dos tecidos gengivais causará a gengivite. E quando esse acúmulo é entre implante e mucosa, ocorre o desenvolvimento da mucosite (Karring et. al, 2002; Jamcosk et. al., 2012).

As respostas inflamatórias observadas clinicamente na mucosite periimplantar e na periimplantite podem ser dependentes de patógenos específicos (Zitzmann et al. 2001). Observa-se que bactérias como *P. gingivalis* e *Prevotella* tem um nível de afinidade muito maior ao titânio (Kuula et al. 2004). O mecanismo de disseminação do *P. gingivalis* permite que ela penetre nos tecidos independente das medidas de

higiene oral e resposta imunológica do paciente. O processo de cicatrização da ferida, proporciona um ambiente favorável para a colonização e crescimento microbiano. Observou que a colonização de bactérias ocorria após 30 minutos da conclusão da cirurgia de instalação do implante transmucoso (Furst et. al.,2007).

As bactérias existentes em dentes naturais são os cocos e bastonetes gram-negativos facultativos; e nos implantes dentários que tem periimplantite ativa, são observados *Fusobacterium*, *Spirochaeta*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, espécies de *Porphyromonas gingivalis* e *Prevotella intermedia*, e *Campylobacter rectus*. E estes são os responsáveis pela falha de osseointegração (Oliveira et. al.,2017). O *Treponema denticola* foram encontrados em sítios de periimplantite (Hultin et. al., 2002).

A principal falha do implante pode ser atribuída à infecção de periimplantite e observou-se que pacientes com boa higiene, tendem a manter por mais tempo o implante em boca (Lang et.al, 2000). Se os patógenos periodontais foram identificados no sulco antes da colocação do implante, também foram detectados nos locais dos implantes três meses após a exposição ao ambiente oral (Chen et. al., 2003).

A grande preocupação em relação à reabilitação com implantes osseointegrados e próteses está associada à periimplantopatias, com a formação de bolsa avançada, inflamação gengival acentuada e perda óssea progressiva. Assim, além da terapia periodontal anterior à instalação dos implantes, a etapa de confecção das próteses deve ser muito bem elaborada e planejada, possibilitando a adequada higienização (Bannwart et.al, 20012).

- **Manutenção e proervação**

A motivação do paciente e a higiene bucal são primordiais para alcançar sucesso no tratamento com implantes, porém, a saúde periodontal deve ser alcançada antes da colocação do implante. Um programa de manutenção deve ser realizado após a colocação dos implantes. Isso deve ser adaptado individualmente e incluir consultas regulares a fim de prevenir doenças. A consulta de manutenção é similar à de um paciente comprometido periodontalmente: deve incluir exame, reavaliação, diagnóstico, motivação, instrução de higiene e, se for necessário, o tratamento de locais infectados (Chen et. al., 2003).

Após a instalação dos implantes dentários, é dever do cirurgião-dentista orientar, motivar e conscientizar o paciente sobre a manutenção domiciliar, auxiliando para um excelente prognóstico (Neves et. al., 2001). Instruir e motivar os pacientes é necessário para um adequado controle de placa bacteriana em implantes e dentes (Neves et. al., 2008).

As situações que devem ser observadas durante a consulta de preservação dos implantes são: possíveis gengivites, hiperplasia e/ou hipertrofia de tecido mole periimplantar, ausência de dor à palpação, presença de fístula, exposição do colo do implante, possível fratura do parafuso do implante e da prótese, presença da perda dos contatos oclusais e periimplantite (Neves et. al., 2008). Como a doença periodontal e periimplantite são semelhantes, o diagnóstico para avaliar também são semelhantes. Os parâmetros incluem indícios clínicos, sondagem periimplantar, índice de sangramento à sondagem, presença de supuração, presença de mobilidade, radiografia e exame de microbiologia (Chen et. al., 2003).

Deve ser feita a avaliação do padrão de higiene oral e reinstrução do correto dispositivo utilizado para a remoção da placa bacteriana. Dispositivos auxiliares da manutenção domiciliar são as escovas dentárias, escovas interdentais, fio dental e bochecho com Digluconato de clorexidina 0,12% (Spiekermann et. al., 1995). Já os dispositivos usados pelo cirurgião-dentista, podem ser feitos com curetas de plástico e profilaxia com taça de borracha e pasta profilática não abrasiva (Neves et. al., 2001).

Implantes considerados bem-sucedidos permitem que a sonda penetre aproximadamente três milímetros no sulco, com exceção de implantes muito submersos (Mombelli et. al., 1998). O recomendado é não criar bolsas profundas com mais de cinco milímetros, pois são nichos ideais para o desenvolvimento de patógenos e poderá ser confundido com a periimplantite (Becker et. al., 1990). A formação de mucosa queratinizada ao redor do implante é importante para a preservação do implante, pois diminui a inflamação gengival e também reduz o acúmulo de placa (Neves et. al., 2008).

A presença de pus ou bolsas maiores que cinco milímetros indicam a necessidade da aplicação de antissépticos, como clorexidina a 2% ou uso de peróxido de hidrogênio a 3%. Também podem ser utilizados antibióticos locais ou sistêmicos. A decisão por utilizar antibióticos depende dos padrões de distribuição

dos patógenos, das condições periodontais do restante dos dentes e da localização do sítio de infecção do implante (Chen et. al., 2003).

Não há evidências científicas para sugerir que a sondagem periodontal afeta a integridade implante, mas deve-se notar que uma sonda de metal pode danificar a superfície do implante. Uma sonda de plástico rígido é ideal (Etter et. al., 2002; Chen et. al., 2003). Existe certa dificuldade de fazer a sondagem como diagnóstico para periimplantite, devido a força que pode variar de cada profissional, bem como determinar um ponto fixo a partir da instalação do implante, a fim de fazer uma média para saber se existe diferença na anatomia antes e após a osseointegração. A penetração da sonda aumentará de acordo com a inflamação (Jamcosk et. al., 2012).

Se ocorrer a perda óssea na inserção do implante, ela pode ser classificada em leve, moderada ou grave. A perda óssea leve pode ser tratada pela limpeza dos implantes, ressecção cirúrgica, tratamento antisséptico tópico, antibióticos locais ou sistêmicos. A perda moderada segue o mesmo protocolo da perda óssea leve, porém deve ser considerada o acesso cirúrgico. A abordagem cirúrgica está associada com a possível exposição do colo do implante e consequentes problemas estéticos. A perda óssea grave deve-se indicar limpeza do implante, instruções de higiene oral, administração de antibiótico local e/ou sistêmico, desbridamento em aberto ou remoção do implante. O enxerto ósseo pode ser considerado para preencher o componente infra-ósseo do defeito da periimplantite. Se a recomendação for remoção do implante, deve-se estar ciente que haverá uma destruição maior do osso para ocorrer essa remoção, em cerca de um milímetro e meio. Quando houver menos de três a quatro milímetros de suporte ósseo residual, os implantes podem ser removidos com fórceps (Chen et. al., 2003).

- **Higienização das próteses implantossuportadas**

A recomendação da American Dental Association (ADA), é que a escovação seja realizada no mínimo duas vezes ao dia, realizando movimentos suaves e circulares. O uso da técnica de Bass é indicada, conseguindo acessar as superfícies dentárias e protéticas, mantendo a integridade e saúde dos tecidos, sendo um método simples, que pode ser executado por pessoas com dificuldades motoras (Paolantonio et. al., 2008; Garber et. al., 1981; Farrell et. al., 2006).

Nas consultas periódicas de retorno do paciente, o profissional deve incentivar e instruir, com o objetivo de tornar um costume para o paciente realizar a rotina de higienização diariamente em casa (Razzog et. al., 2005).

Preconiza-se o uso de dentifrícios com ausência de potenciais ácidos, escovas dentais, fio dental com passa fio ou uso de super-floss, consultas de retorno periódicas, orientação de higiene oral como agente principal no sucesso da manutenção e maior longevidade nas próteses (Santiago et. al., 2013).

O uso de dentifrício com potencial ácido, pode ser danoso para a superfície do implante, por isso, recomenda-se o uso de creme dental com fluoreto estanoso ou que contenha Triclosan na sua composição, que proporciona vantagem de ser antiplaca e antigengivite (Santiago et. al., 2013).

O uso de escovas dentais unitufos ou interdentais, é indicado para as reabilitações que permitem a penetração de tal escovas nos espaços interdentais, melhorando assim a mecânica da limpeza. No mercado, estão disponíveis diferentes diâmetros destas escovas, que são desenvolvidas para higienização entre elementos dentais e entre o pântico e o tecido gengival, sem causar danos para a estrutura do implante e sem provocar riscos na superfície do implante. É dever do profissional Cirurgião-Dentista indicar por escrito, o diâmetro e formato das escovas interdentais para cada paciente (Sison et. al., 2003). Lewgoy et. al. (2012), explicaram que, escovas unitufos têm cerdas mais rígidas, impedindo a formação de tártaro dental entre os implantes e pilares protéticos.

A clorexidina pode ser usada como agente de controle químico, tendo um uso recomendando ao paciente com intervalo entre escovação e bochechos, que deve ser 30 minutos antes ou depois da escovação, para não haver interferência da clorexidina com o detergente do creme dental, podendo levar à inativação do potencial de ação. Recomenda-se também que o uso não deve ser contínuo, pois poderá interferir no paladar e causar o manchamento de dentes e próteses (Corbella et al., 2011).

3 DISCUSSÃO

A microbiota associada à saúde dos tecidos periimplantares se assemelha ao da flora associada com a saúde gengival. Os microrganismos da periimplantite são muito semelhantes aos presentes na periodontite (Chen et. al., 2003). Com isso, é de extrema importância conhecer o paciente, saber dos possíveis riscos e história de doenças periodontais progressas, para ajudar na preservação de reabilitações implantossuportadas.

A grande parte dos pacientes sujeitos à reabilitação com implantes, são periodontalmente comprometidos e os microrganismos que habitavam antes da reabilitação, determinarão a composição da microflora após a reabilitação (Heydenrijk et. al., 2002; Mombelli et. al., 1995), permitindo que os pacientes fiquem expostos às possíveis periimplantites e probabilidade de perda dos implantes. A terapia progressa antes da reabilitação com implantes, ajuda a minimizar possíveis risco de desenvolvimento de periimplantite.

Bottino et. al. (2006), declararam que a remoção do biofilme dental é diária, sendo fundamental para a longevidade dos implantes osseointegráveis.

Na etapa de controle posterior, é de extrema necessidade o protesista usar uma solução evidenciadora de placa, para ter a real noção da higiene do paciente e, por sua vez, o paciente consiga enxergar déficits na sua condição bucal. Nesse momento, se for observado algum foco de infecção, faz-se necessário o uso de curetas de teflon, preservando a integridade do implante (Cortelli et. al., 2010).

Neves et al. (2008), relataram a vantagem para o paciente em usar próteses implantossuportadas, porém ressaltaram também que deve ter mais cuidados no seu planejamento. Os autores declararam que deve haver um preparo prévio do periodonto, avaliação criteriosa do perfil do paciente, minuciosa análise desde a confecção da prótese até a pós instalação. Deve haver sempre controle periódico para a manutenção e preservação, e que o profissional é responsável por motivar o paciente para fazer higiene oral diária.

Santiago Junior et al. (2013), sugeriram que os pacientes com higiene oral controlada podem ter suas consultas espaçadas, porém, pacientes com déficit no controle da placa, devem ter suas consultas de manutenção intensificadas a fim de monitorar melhor sua saúde periimplantar.

A escolha do dentífrício deve ser de baixa abrasividade, e que não contenha em sua fórmula fluoretos ácidos, evitando corrosões de materiais da peça protética, indicando-se fluoretos de sódio ou neutros (Kebir et. al., 2007; Probst et. al., 1992).

O uso de fio dental em conjunto com a escova manual, é significativamente melhor em remoção de placa bacteriana, do que o uso da escova manual sozinha (Costa et al., 2007). Destaca-se o uso do superfloss (Oral-B, P & G, Ohio, EUA), ou passafio em próteses fixas convencionais ou implantossuportada. Indica-se também o uso de aparelhos de irrigação como WaterPik (TeledyneWaterPik, CO, EUA), para remoção de resíduos (Bottino et al. 2006). Sison et. al (2003) recomendaram o uso de gaze embebida em água para limpeza dos espaços protéticos maiores, com isso melhorando a higienização.

O uso da clorexidina antes e após a cirurgia para colocação dos implantes, é defendida por Lewgoy et. al. (2012), que indicaram a clorexidina a 0,12% após ato cirúrgico, devido às suas propriedades antimicrobianas e Santiago Júnior et. al. (2013) apoiaram o uso, desde que utilizado em curto período de tempo e usado com cautela, alertando ao paciente dos possíveis danos aos tecidos orais e ao manchamento dos materiais das próteses.

Diante do exposto, é essencial a visita regular ao dentista, para fazer as consultas de manutenção; sempre orientar e instruir sobre a correta higienização oral, e assim, garantir a longevidade da reabilitação implantossuportada

4 CONCLUSÃO

- A reabilitação com prótese implantossuportada é uma realidade viável e que traz benefício da função e da estética quando bem indicados, realizados e quando existir correta higiene oral do paciente;

- A manutenção periódica da prótese é etapa primordial para alcançar o sucesso neste tipo de reabilitação. Essa proervação dependerá do perfil de cada paciente, podendo ser mais espaçadas ou não, porém nunca deixadas de ser realizadas;

- A manutenção atua como importante função no diagnóstico precoce e precaução em possíveis patologias periimplantares e mucosites, e também exerce um função importante em detectar problemas nas próteses e nos componentes protéticos, além da correta indicação do dentista de escovas dentais, interdentais, tipo de dentifício e colutório que será usado garantindo longevidade do tratamento.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albrektsson T, Isidor F. Consensus report of session IV. In: Lang NP, Karring T, eds. Proceedings of the first European Workshop on Periodontology. London: Quintessence, 1994:365-369

Aquilino SA, Shugars DA, Bader JD, White BA. Ten-year survival rates of teeth adjacent to treated and untreated posterior bounded edentulous spaces. J Prosthet Dent. 2001;85:455-60.

Bannwart LC, Dekon SFC, Pereira LV, Pellizzer EP. Higienização em prótese sobre implante. Revista odontológica de Araçatuba. v. 33, n.1, p. 32-36, jan-jun, 2012.

Barbosa GA, Simamoto Júnior PC, Fernandes Neto AJ, de Mattos Mda G, Neves FD. Prosthetic laboratory influence on the vertical misfit at the implant/UCLA abutment interface. Braz Dent J. 2007; 18:139-43.

Barbosa GA, Simamoto Júnior PC, Fernandes Neto AJ, De Mattos, MDAG, Neves FD. Prosthetic laboratory influence on the vertical misfit at the implant/UCLA abutment interface. Brazilian Dental Journal, v. 18, p. 139-43, 2007.

Becker W, Becker BE, Newman MG, Nyman S. Clinical and microbiologic findings that may contribute to dental implant failures. Int J Oral Maxillofac Implants 1990;5:31-38.

Beumer III J, Lewis SG. Sistema de implantes Branemark. 2. Ed. São Paulo: Pancast, 1996.

Bottino MA, Quintas AF, Muratore V. Implante dentário osseointegrado: uma nova perspectiva para o paciente idoso desdentado. In: BRUNETTI, R.F.; MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.321-331.

Chen S, Darby I. Dental implants: maintenance, care and treatment of periimplant infection. Aust Dent J. 2003;48(4):212- 20.

Cortelli SC, Cortelli JR, Aquino DR, Costa FO. Self-performed supragingival biofilm control: qualitative analysis, scientific basis and oralhealth implications. Braz Oral Res. 2010;1:4354

Costa MR, Marcantonio RA, Cirelli JA. Comparison of manual versus sonic and ultrasonic toothbrushes: a review. Int J Dent Hyg, v. 5, n. 2, p. 75-81, 2007

Engquist B, Astrand P, Anzén B, Dahlgren S, Engquist E, Feldmann H, et al. Simplified methods of implant treatment in the edentulous lower jaw: a 3-year follow-up report of a controlled prospective study of one-stage versus two-stage surgery and early loading. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2005; 7(2): 95-104.

Esposito M, Worthington HV, Coulthard P. Interventions for replacing missing teeth: treatment of peri-implantitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;18:CD004970.

Etter TH, Håkanson IH, Lang NP, Trejo PM, Caffesse RG. Healing after standardized clinical probing of the peri-implant soft tissue seal: a histomorphometric study in dogs. *Clin Oral Implants Res* 2002;13:571-580

Evian C, Emling R, Rosenberg ES, Waasdorp JA, Halpern W, Shah S, Garcia M. Retrospective analysis of implant survival and the influence of periodontal disease and immediate placement on long-term results. *The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants*, v. 19, p. 393-8, 2004.

Farrell S, Terézhalmy GT, Bartizek RD, Biesbrock AR. Comparative plaque removal efficacy of a dual-action power toothbrush and a manual tooth: effects by tooth type. *Am J Dent*, v. 19, p. 195-200, 2006.

Fürst MM, Salvi GE, Lang NP, Persson GR. Bacterial colonization immediately after installation on oral titanium implants. *Clin Oral Implants Res*. 2007;18:501-8.

Garber DA, Rosenberg ES. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. *Compend Contin Educ Dent*, v. 2, p. 212-23, 1981.

George K, Zafiroopoulos GKG, Murat Y, Hubertus S, Nisengard RJ. Clinical and microbiological status of osseointegrated implants. *J Periodontol* 1994;65:766-770.

Heydenrijk K, Meijer HJ, Van der Reijden WA, Raghoobar GM, Vissink A, Stegenga B. Microbiota around root-form endosseous implants: a review of the literature. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2002;17:829-38.

Hultin M, Gustafsson A, Hallstrom H, Johansson LÅ, Ekfledt A, Klinge B. Microbiological findings and host response in patients with peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res* 2002;13:349-358.

Hungaro P, Yamada RN, Kiausinis V, Hvanov ZV. Overdenture implanto-retida: reabilitação orientada pelos conceitos de prótese total convencional. *Revista de pós-graduação*, v. 7, p. 172-177, 2000.

Karring T, Lang NP. Placa e cálculo dental. 4.ed. In: Lindhe J. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.81-104.

Kebir M, Davarpanah M, Mattout, P, Mattout C. Manutenção em Implantodontia. In: Darvapanah, M. Manual de implantodontia clínica. Porto Alegre: Armed; 2007. p. 258-65.

Kuula, H, Kononen, E, Lounatmaa, K, Konttinen, YT, Kononen M. Attachment of oral gram-negative anaerobic rods to a smooth titanium surface: an electron microscopy study. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 2004;19: 803–809.

Lang NP, Wilson TG, Corbet EF. Biological complications with dental implants: their prevention, diagnosis and treatment. Clin Oral Implants Res 2000;11 Suppl 1:146-155.

Mish C. E. Implantes Dentais Contemporâneos. Rio de Janeiro: Elsevier 2008

Mombelli A, Buser D, Lang NP. Colonization of osseointegrated titanium implants in edentulous patients. Early results. Oral Microbiol Immunol 1988;3:113-120.

Mombelli A, Lang NP. The diagnosis and treatment of periimplantitis. Periodontol 2000 1998;17:63-76.

Mombelli A, Marxer M, Gaberthüel T, Grunder U, Lang NP. The microbiota of osseointegrated implants in patients with a history of periodontal disease. J Clin Periodontol. 1995;22:124-30.

Neves JB, Bastos PB, Lucena RMA, Gomes GP. Manutenção em implantes dentários. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 437-443, out./dez. 2008

Neves JB. Implantodontia oral: otimização da estética – Uma abordagem dos tecidos mole e duro. Belo Horizonte: Rona; 2001.

Novaes LCGF, Seixas ZA. Próteses total sobre implante: técnicas contemporaneas e satisfação do paciente. International Journal of Dentistry, v.7, n.1, p.50-62, jan mar, 2008

Ntounis A, Petropoulou A. A technique for managing and accurate registration of periimplant soft tissues. J Prosthet Dent. 2010;104:276-9.

Oliveira AF, Alcântara AAS, Allegrini Junior S. Periimplantite: Terapia Fotodinâmica. Rev. Ibirapuera, São Paulo, n. 13, p. 1723, jan/jun 2017.

Paolantonio M, Perinetti G, D'Ercole S, Graziani F, Catamo G, Sammartino G, et al. Internal decontamination of dental implants: an in vivo randomized microbiologic 6-month trial on the effects of a chlorhexidine gel. *J Periodontol.* 2008;79:1419-25.

Probster L, Lin W, Huttermann H. Effect of fluoride prophylactic agents on titanium surfaces. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 7, n. 3, p. 390-4, 1992.

Quirynen M, Abarca M, Van Assche N, Nevins M, Van Steenberghe D. Impact of supportive periodontal therapy and implant surface roughness on implant outcome in patients with a history of periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology*, v. 34, p. 805-15, 2007.

Razzog ME, Hollender LG. Manutenção. In: Worthington, P, Lang, BR.; Rubenstein, JE. *Osseointegração na odontologia: uma visão geral.* São Paulo: Quintessence; 2005. p. 137-44.

Rose LF, Rosenberg ES, Abrams L. Periodontal and restorative considerations in implant dentistry: the compromised dentition. *Compendium.* 1991;12:888, 890, 892.

Santiago Júnior JF, Lemos CAA, Batista VES, Mello CC, Almeida DAF, Lopes LFTP, Verri FR, Piza E. Manutenção em próteses implantossuportadas: higiene oral. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 34, n. 1, p. 56-64, 2013.

Shillingburg HT. Jr. et al. *Fundamentos de Prótese Fixa.* 4ª edição. Ed Quintessence Nacional, 2007. 472 p.

Sison, SG. Implant maintenance and the dental hygienist. supplement to accessmay-june 2003. AIT Dental, Hu-Friedy Manufacturing Co., and Oral-B Laboratories.

Spiekermann H. *Color atlas of dental medicine: implantology.* 6th ed. New York: Thieme Medical Publishers; 1995.

Tawse-Smith A, Duncan WJ, Payne AG, Thomson WM, Wennström JL. Relative effectiveness of powered and manual toothbrushes in elderly patients with implant-supported mandibular overdentures. *J Clin Periodontol.* 2002;29:27580.

Van Winkelhoff AJ, Winkel EG. Systemic antibiotic therapy in severe periodontitis. *Current Opinion in Periodontology.* 1997. 4: 35–40.

Van Winkelhoff AJ, Goené RJ, Benschop C, Folmer, T. Early Colonization Of dental implants by putative periodontal pathogens in partially edentulous patients. *Clinical Oral Implants Research*, v. 11, p. 511-520, 2000

Wael A, Christian S. Implant therapy to improve quality of life. *Quintessence Int.* 2003 Sep; 34(8): 573-81.

MANUTENÇÃO E PROSERVAÇÃO DE PRÓTESE

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

15% ÍNDICE DE SEMELHANÇA	13% FONTES DA INTERNET	3% PUBLICAÇÕES	3% DOCUMENTOS DOS ALUNOS
------------------------------------	----------------------------------	--------------------------	------------------------------------

FONTES PRIMÁRIAS

1	docplayer.com.br Fonte da Internet	2%
2	apcdaracatuba.com.br Fonte da Internet	1%
3	pt.scribd.com Fonte da Internet	1%
4	repositorio.unicamp.br Fonte da Internet	1%
5	hdl.handle.net Fonte da Internet	1%
6	searchoasis.ibict.br Fonte da Internet	1%
7	revistargo.com.br Fonte da Internet	1%