

Classificação de pacientes para reabilitação bucal implantosuportada

Rogério Gonçalves **VELASCO***, Pedro **VELASCO DIAS****, Leandro Gonçalves **VELASCO*****, Cecília da Rocha **BRITO******

Palavras-chave

Paciente. Implante dentário. Classificação.

Resumo

O presente estudo tem a proposta de uma classificação de pacientes que se submeterão a implantes dentários para que se possa tratar cada caso com uma complexidade diferente e atender as necessidades de cada paciente. A tabela proposta mostra uma classificação completa de pacientes para a avaliação dos riscos possíveis para uma cirurgia de implante dentário. Dados foram registrados de diversos autores relativos a gênero, idade, local de implante, qualidade de osso, volume de osso, história médica, higiene, tabagismo e outros, e com esta finalidade a presente classificação de pacientes para cirurgia de colocação de implantes visa a realização de uma cirurgia de implante com uma prévia avaliação do prognóstico segundo o risco e o caso particular de cada paciente.

* Doutorando em Implantodontia, Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Prótese Bucamaxilofacial, professor coordenador de Curso de Especialização em Implantodontia do Instituto Velasco/Universidade São Marcos, e diversos cursos de atualização em Implantodontia e Prótese.

** Mestre e Especialista em Prótese Dentária, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, professor coordenador de Curso de Especialização em Implantodontia do Instituto Velasco/Universidade São Marcos, e diversos cursos avançados de atualização em Implantodontia.

*** Doutorando em Ortodontia, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, professor de Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial do Instituto Velasco/Universidade São Marcos.

**** Doutoranda em Ciência Odontológicas, Mestre e Especialista em Odontopediatria. Diretora de Pesquisas do Instituto Velasco.

INTRODUÇÃO

Há muitos riscos envolvidos em um tratamento baseado em fixações osseointegráveis, já que se trata de uma reabilitação com uma fase cirúrgica e uma fase final protética reabilitadora. Envolve-se no tratamento diversas especialidades que se convergem na devolução da qualidade mastigatória e estética aos pacientes envolvidos. E justamente por se tratar de diversas especialidades, temos que avaliar o paciente em todos seus ângulos a fim de encontrar pontos frágeis ou desfavoráveis e guiar nosso tratamento de forma a eliminar tais situações, ou, numa hipótese desfavorável, contornar tais limitações.

Há um consenso na literatura de que existem dois fatores que parecem exercer grande influência na hora de se indicar um tratamento com implantes: o hábito de fumar e uma higiene bucal inadequada¹.

Lambert et al.² referiram que riscos à saúde associados ao uso de cigarros têm sido exaustivamente documentados e incluem aumento da incidência de doença periodontal, de osteíte e comprometimento da cicatrização das feridas produzidas pela hipoxia. Os autores sugeriram que o aumento das falhas nos implantes em fumantes são resultantes da cicatrização pobre ou falha na ósseo-integração. Referiram ainda que o efeito do cigarro pode ser diminuído pela cessação do fumo, uso de antibióticos e o uso de membranas de hidroxiapatita.

Embora os trabalhos protéticos convencionais sejam a grande parcela dos trabalhos restauradores, é necessário reconhecer que essas

reconstruções são realizadas as custas das estruturas circunvizinhas. Nessas circunstâncias, os implantes dentais passaram a representar um significativo papel à substituição dental, sem que haja a necessidade de um maior envolvimento estrutural da área tratada³ (Branemark, 1993).

O paciente diabético apresenta muitas alterações fisiológicas que diminuem a capacidade imunológica e a resposta inflamatória, aumentando a susceptibilidade às infecções⁴.

Herrmann et al.⁵ acharam diferenças significativas ou fortemente significativas relativas a fracassos de implante como resultado de qualidade de osso maxilar, forma de mandíbula, comprimento de implante, protocolo de tratamento, e combinações de características relacionadas ao osso maxilar. Responsáveis clínicos e número de implantes que apóiam a restauração eram fatores que não puderam ser associados com fracasso de implante, concluindo que uma seleção do paciente parece ser de importância para taxas de crescentes de sucesso de implante.

O desígnio de estudo e análise estatística são de importância ao comparar taxas de sucesso de várias investigações, que a dependência entre implantes no mesmo paciente-mandíbula exista e pode influenciar as taxas de sucesso. Por conseguinte, é sugerida fortuitamente uma seleção de cada paciente de implante que deveria ser considerado ao calcular taxas de sucesso de implante⁶.

Por este motivo o presente estudo tem a proposta de uma classificação de pacientes que se submeterão a implantes dentários para que

Tabela 1 - Fase de avaliação clínica.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Local de Implantação	Intermentua	Mandíbula posterior Maxila Posterior	Maxila anterior
Qualidade Óssea	Tipo 2 e 3	Tipo 1	Tipo 4
Espaço edentulo	1 a 3 elementos Sem inclinação dos dentes adjacentes em direção ao defeito	4 a 8 elementos Espaços múltiplos Inclinação dos dentes em direção ao defeito	mais de 9 elementos
Área Desdentada	2º Pré-molares Molares	Incisivos inferiores Caninos e pré-molares	Incisivos anteriores superiores
Higiene	Periodonto e mucosa saudáveis	Mucosa saudável com alguma deposição de placa bacteriana	Quadro de sangramento e periodontite instalada

se possa tratar cada caso com uma complexidade diferente e atender as necessidades de cada paciente.

CLASSIFICAÇÃO PROPOSTA

A presente classificação se baseia na Classificação SAC da Sociedade Suíça de Implantodontia idealizada em 1997. Da mesma forma que esta, as situações são classificadas como casos simplificados, avançados e complexos e nas tabelas apresentadas utilizamos um padrão de cores (verde, amarelo e vermelho) que vai facilitar a visualização geral do quadro em que o paciente se apresenta. A presente classificação está sendo utilizada como auxiliar didático em cursos de implantodontia oferecidos pelos autores.

Vamos dividir nossa classificação em uma série de tabelas a fim de facilitar o entendimento.

Em um primeiro momento, avaliação do

paciente se dá somente de uma forma superficial, sem necessidade de análise radiográfica ou exame de tecidos moles (tabela 1). Por se tratar de um local pouco nobre, ou seja, não há estruturas anatômicas relevantes onde o profissional pode causar lesões importantes, a região intermentual é colocada como sendo bastante interessante na reabilitação implantossuportada, tanto pelo seu acesso privilegiado, bem como pela boa área de trabalho e qualidade óssea. Não foi aleatória a escolha desta área para pesquisas nos estágios iniciais da implantodontia e osseointegração, quando o uso do "Protocolo de Branemark" foi muito aplicado.

Já na região superior-posterior, encontramos os seios maxilares. Quando o paciente não apresenta nenhuma sinusopatia (sinusite, cistos de retenção, etc) não há grandes complicações caso o assoalho do seio seja perfurado durante o processo de instalação do implante.

Claro que essa perfuração é relativa, na primeira broca (até 2,5 mm) a perfuração é preenchida com coágulo, portanto não terá influência na osseointegração do implante. Já nas perfurações seguintes, existe um risco de contaminação do alvéolo recém criado. Em um seio contaminado, isso pode representar um problema, em seios limpos, já não temos tanta preocupação. Na colocação de implantes que atravessam o assoalho do seio, o risco de contaminação da superfície deste é grande, também, atrapalhando a osseointegração.

Na região inferior-posterior temos a presença do canal mandibular que orienta a passagem do feixe vaso-nervoso (artéria e nervo alveolar inferior). Esse feixe entra na mandíbula através do forame mandibular emerge do osso através do forame mental, localizado usualmente entre os ápices dos pré-molares inferiores, e é justamente posteriormente a esse forame que reside o risco na instalação dos implantes. Uma perfuração que comprima ou corte o feixe vaso-nervoso pode causar uma seqüela (parestesia) que, dependendo da gravidade da injúria, pode ser permanente ou temporária. A instalação dos implantes, portanto, deve ser muito bem avaliada, como veremos adiante.

A abordagem da região anterior superior é uma área que devemos ter um cuidado redobrado, já que, pelos requisitos estéticos atuais, temos situações onde a instalação dos implantes torna-se complexa, sobretudo quando avaliamos as expectativas dos pacientes. Na questão anatômica, não temos áreas nobres envolvidas, a não ser o canal naso-palatino que, em situa-

ções de extrema atresia óssea, fica muito acessível a uma abordagem na área. A presença do assoalho nasal traz as mesmas preocupações que o seio maxilar na situação anterior.

Quando discutimos sobre as qualidades ósseas, temos algumas considerações necessárias. Apesar de não ser possível classificar a qualidade óssea através desse exame superficial, sabemos que existe uma probabilidade de encontrar osso mais denso na região intermental, um osso bastante medular na porção maxilar posterior e um osso de qualidade intermediária na região anterior superior e posterior inferior. Utilizando a classificação de Lekholm & Zarb⁸ colocamos a densidade óssea como sendo Tipo 1 o osso bastante cortical, cuja densidade vai diminuindo até chegar no Tipo 4, caracterizado por ser extremamente medular. Osso com qualidade do tipo 2 e 3 trazem em sua constituição um volume ósseo medular relativamente grande tornando essas qualidades como as mais favoráveis sua perfuração e instalação dos implantes, com uma resistência adequada e risco de necrose alveolar por sobreaquecimento reduzido.

Na qualidade óssea tipo 1, pela área medular reduzida, apresenta um risco de aquecimento no momento da perfuração considerável, de forma que devemos atentar para a qualidade de corte das brocas a serem utilizadas e irrigação abundante. No osso tipo 4, a preocupação maior deve ser a estabilidade inicial do implante, já que este osso não apresenta nenhuma qualidade cortical e seu trabeculado é amplo e muito vascularizado. O cuidado deve ser na

Tabela 2 - Hábitos e Condição Sistêmica.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Tabagismo	Não-fumante Ex-fumante por mais de 2 anos	Ex-fumante com menos de 2 anos	Tabagismo ativo
Doenças associadas		Hipertensão	Depressão Diabetes
Avaliação subjetiva	Esclarecido Expectativa normal	Ansiedade Stress Expectativa excessiva	Expectativa maior que o normal

instrumentação do alvéolo, muitas vezes a instrumentação deve ficar bem aquém do diâmetro do implante, para que ele tenha uma estabilidade inicial adequada.

A quantidade de elementos a serem reabilitados também deve ser levada em consideração, já que quanto maior a quantidade de ausências dentárias, mais complexo se torna a reabilitação, sobretudo quando levarmos em consideração o espaço presente/ espaço necessário para a reposição dentária, já que ausências e desequilíbrio oclusal levam a distalização/ mesialização dos elementos adjacentes à área afetada.

A higiene também pode ser avaliada e procedimentos como profilaxia ou mesmo um tratamento periodontal prévio ao tratamento implantossuportado pode e deve ser indicado a fim de minimizar riscos à reabilitação proposta.

Uma boa leitura da anamnese e conversa com o paciente nos apresenta hábitos nocivos associados, como o tabagismo que é um grande risco à implantodontia, bem como a presença de doenças sistêmicas. Como protocolo à realização de implantes, solicitamos como padrão

exames sorológicos para avaliação da condição sistêmica de cada paciente. Hemograma completo, coagulograma, curva glicêmica, além de exames infectológicos para Hepatites e HIV são os exames-padrão para todos os atendimentos (tabela 2). As informações obtidas por estes exames podem nos oferecer também contra-indicações a um tratamento implantossuportado, como por exemplo uma diabetes não diagnosticada ou um quadro infeccioso não identificado.

Neste momento fazemos também uma avaliação subjetiva do paciente quanto à sua expectativa em relação do tratamento e correlacionamos essas informações com a possibilidade de se atender a essa expectativa. Pacientes depressivos apresentam-se difíceis de se tratar, muitas vezes devemos indicar tratamentos correlacionados a fim de se obter sucesso com nossa terapia.

No momento da avaliação radiográfica/ tomográfica, antes mesmo de avaliar nosso paciente, devemos ver a qualidade da documentação oferecida. Radiografias pouco nítidas, ou leitura inadequada de tomografias faz com

Tabela 3 - Avaliação óssea.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Altura Óssea	12mm ou +	9 a 12mm	Menos que 9 mm
Largura óssea	mais que 5mm	entre 4 e 5 mm	menos que 4 mm
Tipo de defeito	Sem defeito	Não-Crítico (3 paredes ou mais) Levantamento de seio Preenchimento de alvéolo	Crítico (menos que 3 paredes) Perda em altura e largura
Eixo de raízes próximas à falha	Paralelas, em posição normal	Eixos divergentes	Eixos convergentes

nossa análise seja invalidada por conta dessa baixa qualidade nos exames. A recomendação padrão é utilizar sempre uma tomografia computadorizada para uma avaliação das estruturas ósseas. Os custos destes procedimentos estão bem acessíveis há muitas empresas que oferecem esses exames com qualidade adequada. É importante salientar que uma tomografia utilizada para o diagnóstico dentário não é a mesma utilizada para diagnóstico médico, de modo que nossa leitura deve se atentar às estruturas dentárias e áreas adjacentes, apresentados de forma que possamos fazer a quantificação de tecido ósseo e planejamento de implantes.

Com isso, a tabela 3 apresenta os itens que devemos avaliar neste momento. Uma condição óssea ideal é aquela que se apresenta em uma condição de instalação dos implantes que oferecerá uma proporção coroa-raiz adequada, comprimento e diâmetro do implante compatível com a demanda mastigatória e mecânica exigida do elemento a ser repostado, bem como a ausência de

falhas, defeitos ou rarefações ósseas.

Na presença de defeitos devemos ter sempre em mente sua correção, seja esta realizada juntamente com a fixação osseointegrada, ou mesmo previamente à instalação dos implantes. O material de enxertia a ser utilizado é de escolha do profissional, não é motivo deste artigo avaliar quais as opções existentes nem qual é mais indicado para cada situação (veja comentários da tabela 4).

Já a presença de dentes inclinados, cujas raízes interferem no espaço protético existente deve ser avaliada a fim de se recomendar um tratamento ortodôntico prévio a qualquer colocação de implantes. Nas situações onde os ápices dos dentes adjacentes à falha se aproximam, temos um grande risco de lesão aos dentes, deixando o procedimento mais complexo.

Implantes de duplo estágio são os implantes mais comumente utilizados e os que apresentam menores riscos pós-operatórios (tabela 4). Há uma enorme variedade de implantes, pos-

Tabela 4 - Fixações e zonas de estabilidade.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Modelo do Implante	Implantes de duplo-estagio	Implantes de estágio único Implantes de pequeno diâmetro Implantes de pequeno comprimento	Implantes Zigomáticos
Local de Fixação	Rebordo alveolar	Áreas enxertadas com osso particulado	Áreas enxertadas com enxertos em bloco Osso zigomático
Associações de enxertos	Sem enxertias	Osso autógeno de área próxima Enxerto aloplástico Enxerto de preenchimento	Enxerto autógeno de sítio distante Associação de membranas Telas e Parafusos de fixação

Tabela 5 - Avaliação dentária.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Área vizinha à falha	Condição periodontal e endodôntica adequada	Processo inflamatório gengival leve Sem presença de doença periodontal Cárie ou restauração mau-adaptada	Destruições coronárias por cáries
Antagonista à falha	Elementos naturais bem posicionados Prótese Total	Pequena extrusão dentária Comprometimento oclusal pequeno	Extrusão onde será necessário endodontia e restauração
Oclusão	Arcada com curva adequada Sem quadro de DTM	Curva com pequena alteração Elementos mal-posicionados sem comprometimento de função	Parafunção (bruxismo) Curva muito alterada Posicionamento dentário com comprometimento de função

sibilitando virtualmente a solução de qualquer situação clínica, mas cada variação desses implantes faz com os procedimentos fiquem mais complexos, com mais riscos envolvidos.

Da mesma forma, a colocação de implantes em áreas enxertadas é sempre uma situação de maior risco. A qualidade óssea obtida, o volume ósseo preservado e o quanto do material de

enxertia, ainda está presente no momento da instalação são fatores que devem ser avaliados individualmente. Procedimentos que utilizam o osso alveolar, sem enxertia, são mais previsíveis e simplificados, já fixações sobre enxertos ou em ossos distantes como o osso zigomático, deixam o procedimento cada vez mais complexo.

O uso de enxerto no momento da fixação

Tabela 6 - Avaliação protética.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Tipo de prótese	PF até 3 dentes OVER inferior	PF 4 a 8 dentes OVER sup Protocolo Unitários estéticos	PF edêntulo total
Material protético	Resina acrílica Metallo-cerâmica	In-ceram Pilares de Zirconia usinável	Procera Cercon
Comprimento da coroa dentária	de 8 a 12mm	de 6 a 8mm	menor que 6mm ou maior que 12mm
Tipo de fixação	Cimentada	Parafusada	Encaixes de semi-precisão Associações

dos implantes também deve ser avaliado, já que oferecem um risco maior ao procedimento. Em linhas gerais, quanto maior a área a ser enxertada, maior o risco e a morbidade do procedimento.

A avaliação dentária é essencial num tratamento que visa justamente a reabilitação estética e funcional através de duas fases, uma cirúrgica e outra protética. Na fase cirúrgica inicial, dentes adjacentes que se apresentam com lesões endodônticas ou periodontais chegam até a impossibilitar nossa reabilitação. Já as condições de higiene e saúde das áreas adjacentes também deixam nosso tratamento mais complicado.

As avaliações quanto a área antagonista à falha e a curva oclusal são necessária para o correto planejamento protético. Extrusões dentárias, curvas muito acentuadas podem até impedir, inicialmente, a instalação de implantes já que impedem a correção das curvas mastigatórias e assim nossa reabilitação não terá uma

resposta apropriada. Muitas vezes é necessário primeiro uma correção oclusal antes de iniciar um tratamento implantosuportado.

Presença de parafunção e dor são fatores que devem ser eliminados antes de qualquer iniciativa para o uso de implantes.

Um tratamento implantosuportado deve contemplar, no início de seu planejamento, como será o tipo de reabilitação final. E o caminho que será tomado a fim de chegar a esse objetivo é o que dita todo nosso planejamento pré-cirúrgico.

Próteses pequenas demandam um planejamento menos complexo e com resultados mais previsíveis. Áreas estéticas já são áreas cujo cuidado na execução, independente da quantidade de elementos dentários, têm uma solução difícil e exigem atenção e apuro técnico do profissional envolvido. Materiais estéticos atuais, como sistemas CAD-CAM que utilizam zircônia para pilares e coppings, oferecem resultados excep-

Tabela 7 - Avaliação estética.

	Simplificado	Avançado	Complexo
Altura do sorriso	Terço incisal dos dentes	Terço médio dos dentes	Sorriso gengival Cervicais dentárias à mostra
Trespasse	Pequeno, até 2mm	Grande, mais de 2 mm	
Qualidade da Fibromucosa	fibrosa com 4mm ou mais	Fibrosa com menos de 4mm	Flácida e delgada

cionais, mas têm em suas fases de confecção uma grande complexidade e grandes custos envolvidos.

O tipo de prótese a ser utilizada também é um fator de risco, já que próteses parafusadas são mais trabalhosas e quando não são realizadas adequadamente podem sacrificar mecanicamente os pilares implantados. O comprimento da coroa clínica tem relação direta com o tipo de fixação protética, e da mesma forma interferem na complexidade do caso.

Avaliação dos requisitos estéticos é essencial para a implantodontia nesta sua fase de desenvolvimento. Apesar de estarmos extremamente avançados nas tecnologias que permitem ótima estética em próteses, ainda há fatores que variam de paciente para paciente. Linha do sorriso e qualidade do tecido mucoso são itens essenciais para serem avaliados antes de se oferecer um tratamento estético implantossuportado. Há situações onde estes itens podem até inviabilizar um tratamento com implantes e sugerir um tratamento protético convencional a fim de se obter melhor estética. Associar essas

informações com as expectativas dos pacientes é essencial para essa indicação.

DISCUSSÃO

Chuang et al.⁹ (2002) avaliaram de maneira válida estatisticamente e eficiente, o fator de risco associado ao fracasso de implante dental. Fatores de risco foram classificados como demográfico, estado de saúde, implante, anatômico, ou protético-específico, e variáveis de reconstrução. A variável de resultado era fracasso do implante. A conclusão a que chegaram foi que três dos fatores identificados foram o uso de tabaco, implantes imediatos, comprimento do implante e podem ser modificados para aumentar sobrevivência de implante.

Vasconcelos et al.¹ (2004) afirmaram que não existe contra indicação absoluta na indicação de implantes em pacientes fumantes. Entretanto, é de se esperar alteração na cicatrização, e conseqüentemente maior risco de perda de implantes. Nesses pacientes é recomendado controle vigoroso da higiene bucal e deve-se motivá-los a cessação do uso do tabaco.

O risco do tabaco para o paciente quanto a cicatrização do tecido do paciente foi avaliado por muitos autores^{2,9,1,10,11} por este motivo nesta classificação o uso ativo do tabaco é considerado complexo e não impedimento.

Dados foram registrados relativos a gênero, idade, local de implante, qualidade de osso, volume de osso, e história médica^{12,13,14}. Esses autores obtiveram resultados de fracasso de implantes em torno de 10% em seus estudos.

Morris et al.¹⁵ avaliaram diabetes tipo 2 como fator de risco significativo ao desempenho clínico a longo prazo de implantes dentais. Pacientes diabéticos Tipo 2 tendem a ter mais fracassos que os pacientes não diabéticos; porém, a influência foi marginalmente significativa. Nesta tabela de classificação a diabetes não compensada é considerada fator de impedimento, pois é necessário a capacidade imunológica e a resposta inflamatória do paciente esteja boa para esta cirurgia.

Friberg et al.¹⁶ baseado em dados obtidos de radiografias pré-operatórias, história médica do paciente e resistência do osso de mandíbula durante perfuração, foram feitas medidas de densidade de osso. O resultado do estudo mostrou que colocação de implante em pacientes em que a densidade do osso mostrou osteoporose em espinha lombar e quadril e também textura de osso local pobre pode ter êxito por um período de muitos anos. Sendo assim a osteoporose não é considerada fator de risco para colocação de implantes dentais.

Em uma pesquisa realizada por Friberg et al.¹⁷ a maior quantidade de perda de implantes,

na mandíbula, foi em osso tipo I, provavelmente devido ao sobre aquecimento durante o preparo cirúrgico. E a maior quantidade de perda de implantes, na maxila, foi em osso tipo IV, provavelmente devido à falta de estabilidade inicial na colocação do implante. Para que as falhas na colocação de implantes sejam minimizadas o cirurgião deve estar apto a realizar modificações na técnica operatória de acordo com o tipo de osso encontrado.

Falhas na terapia com implantes podem ser atribuídas a um fator isolado ou a vários fatores associados. De acordo com a literatura revisada, as causas mais freqüentes de falha prematura foram infecções (seja por contaminação do implante antes de sua inserção ou colocação do implante em sítio contaminado ou próximo de local infectado), qualidade óssea pobre e quantidade óssea insuficiente¹⁸. Esta classificação é de necessidade aos cirurgiões para a realização de uma cirurgia de implante para a avaliação do prognóstico segundo o risco do paciente.

O grande desafio da Odontologia ao longo do tempo tem sido o de restituir ao paciente mutilado oral a função, a fonética, o conforto e a saúde do sistema estomatognático. Na Odontologia tradicional, quanto mais edêntulo for o paciente, mais difícil será alcançar plenamente esse objetivo. A implantologia, a partir da técnica de osseointegração, veio suprir essa lacuna na Odontologia, tornando-se uma alternativa terapêutica importante nas últimas décadas¹⁹, porém aqueles pacientes que possuem expectativas maiores do que podem ser alcançadas são classificadas como casos de impedimento

pois este paciente não estará satisfeito com nenhum tipo de melhora em seu caso e tem necessidade que o tratamento vá além do que o caso permite.

Esses critérios usados e propostos no presente trabalho corrobora com os critérios propostos pela Cooperação de Compensação de Acidentes de Neo-zelandeses²⁰ em 2004. Este grupo desenvolveu um guia de seleção apropriado de pacientes para recebimento de implantes dentários. E os critérios de seleção são: reconstrução protética possível, tratamento deve ser consistente com o status dental do paciente, condição periodontal satisfatória, sem erosões ou lesões ulcerativas, sem disfunção temporomandibular, ou infecções orais, o paciente deve

ter idade acima de 21 anos, com higiene adequada, sem bruxismo, e não pode estar grávida no caso de mulheres. Este guia também aponta algumas condições de saúde e médicas que devem ser consideradas como contra-indicações e alguns hábitos e doenças que não devem ser totalmente contra-indicados.

CONCLUSÃO

A presente classificação de pacientes para cirurgia de colocação de implantes visa a realização de uma cirurgia de implante com uma prévia avaliação do prognóstico segundo o risco e o caso particular de cada paciente, servindo ainda de artifício didático para o ensino da especialidade.

Classification of patients for supported implant buccal rehabilitation

ABSTRACT

The present work has a proposition of a classification of patients which will be submitted to dental implant surgery so that each case can be treated with unique complexity and attends to each patients different needs. The proposed table shows a complete selection of patients to evaluate the possible risks for a dental implant surgery. Data were registrate from several authors relating gender, age, place of the implant, bone quality, bone volume, medical history, hygiene, smoke habits and others, and with this objective the presented classification of implant patients aims to a surgery performance with a preview evaluation of the prognosis according to the risk and the individual case of each patient.

KEY WORDS: Patient. Dental implantation. Classification

REFERÊNCIAS

1. VASCONCELOS, B. C. E.; et al. Controvérsias sobre implantes dentais em fumantes/ Controversies about dental implants in smokers. *Odontologia. Clín.-Cientif., Recife*, v. 3, n. 2, p. 93-96, maio/ago. 2004.
2. LAMBERT, P. M.; MORRIS, H. F.; OCHI, S. The influence of smoking on 3-year clinical success of osseointegrated dental implants. *Ann periodontol*, v. 5, n. 1, p. 78-9, 2000.
3. BRANEMARK, P. I., Introduction a la osseointegration in: *Protesis tejido integradasla osseointegracion en la odntologia clinica*. Quintessence books, 1993.
4. CASTILHO, L. S.; RESENDE, V. L. S. Profilaxia antibiótica: quem necessita? *Rev do CROMG, Belo Horizonte*, v. 5, n. 3, p. 146-150, set./dez. 1999.
5. HERRMANN, I; et al. Evaluation of patient and implant characteristics as potential prognostic factors for oral implant failures. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 20, n. 2, p. 220-30, Mar-Apr. 2005.
6. HERRMANN, I; et al. Impact of implant interdependency when evaluating success rates: a statistical analysis of multicenter results. *Int J Prosthodont*, v. 12, n. 2, p. 160-6, Mar-Apr.1999.
7. BUSER, D.; TAYLOR, T. D. Manual da Terceira Conferência de Consenso da ITI. *The Int J Oral Maxillofac Impl*, v. 19, suplemento especial. Quintessence, 2006.
8. LEKHOLM, U.; ZARB, G. A. Patient selection and preparation. In: BRANEMARK, P.-I.; ZARB, G. A.; ALBREKTSSON, T. *Tissue integrated prostheses. Osseointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence, 1985.
9. CHUANG, S. K.; et al. Risk Factors for Dental Implant Failure: A Strategy for the Analysis of Clustered Failure-time Observations. *Dent Res*, v. 81, n.8, p. 572-577, 2002.
10. SÁNCHEZ-PÉREZ, A.; MOYA-VILLAESCUSA, M. J.; CAFFESSE, R. G. Tobacco as a risk factor for survival of dental implants. *J Periodontol*, v. 78, n. 2, p. 351-9, Feb. 2007.
11. STRIETZEL, F. P.; et al. Smoking interferes with the prognosis of dental implant treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*, v. 34, n. 6, p. 523-44, Jun. 2007.
12. MCDERMOTT, N. E.; et al. Complications of dental implants: identification, frequency, and associated risk factors. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 18, n. 6, p. 848-55, Nov-Dec. 2003.
13. MOY, P. K.; et al. Dental implant failure rates and associated risk factors. *Int J Oral Maxillofac Implants*, v. 20, n. 4, p. 569-77, Jul-Aug. 2005
14. DODSON, T. B. Predictors of dental implant survival. *J Mass Dent Soc*, v. 54, n. 4, p. 34-8, Winter.2006.
15. MORRIS, H. F.; OCHI, S.; WINKLER, S. Implant survival in patients with type 2 diabetes: placement to 36 months. *Ann Periodontol*, v. 5, n. 1, p. 157-65, Dec. 2000.
16. FRIBERG, B.; et al. Brånemark implants and osteoporosis: a clinical exploratory study. *Clin Implant Dent Relat Res*, vol. 3, n. 1, p. 50-6, 2001.
17. FRIEBERG, B.; JEMT, T.; LEKHOLM, U. Early failures in 4641 consecutively placed Branemark dental implants: A study from stage 1 surgery to the connection of completed prostheses. *Oral Maxillofac Implants*, v. 6, n. 2, p. 142-6, 1991.
18. FADANELLI, A. B.; STEMMER, A. C.; BELTRÃO, G. C. Falha prematura em implantes orais/ Early Oral Implant Failures. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 20, n. 48, abr./jun. 2005.
19. CARVALHO, N. B.; GONÇALVES, S. L. M. B.; GUERRA, C. M. F.; CARREIRO, A. F. P. Planejamento em implantodontia: uma visão contemporânea. *Ver. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe*, v. 6, n.4, p.17-22, out./dez. 2006.
20. Guidelines for selecting appropriate patients to receive dental implants when funded by the Accident Compensation Corporation of NZ. Draft 19/8/04. Guidelines for selecting clients for dental implants. Ver. 1.

Endereço para correspondência

Rogério Gonçalves Velasco

Rua: Riga, 300 - Sacomã

CEP: 04.249-070 - São Paulo/SP

E-mail: rogervelasco@hospitaldafaace.com.br