

Jorge Faber

A localização da interface implante-conector protético define o grau de inflamação periimplantar e isso tem importante consequência estética

Atualmente existe uma grande ênfase na melhora dos resultados estéticos periimplantares. A localização da interface implante/conector-protético (IIC) em relação à crista óssea é de grande relevância nesse aspecto, e tem sido demonstrado que a IIC situada apicalmente à crista tende a produzir melhores resultados. Entretanto, será que esse é o nível ideal do ponto de vista biológico e, conseqüentemente, clínico em longo prazo?

Um artigo publicado no *Journal of Dental Research*¹ responde essa pergunta por meio de um experimento em cães. Implantes foram posicionados com a IIC no nível da crista óssea, 1mm acima dela e 1mm abaixo. Três meses após, conectores protéticos foram instalados e, depois de adicionais três meses, os animais foram mortos. A microscopia de luz associada à morfometria foi utilizada para quantificar as células inflamatórias em diferentes regiões próximas da IIC, bem como o nível ósseo após esse período.

Os resultados do trabalho mos-

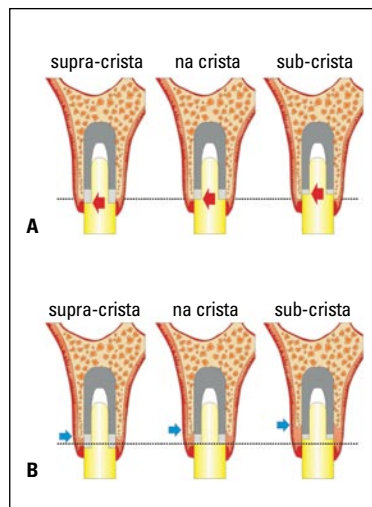


FIGURA 1 - Esquema que representa os implantes e a crista óssea ao início (A) e ao fim (B) do experimento. As setas vermelhas em A indicam a posição da interface implante/conector-protético (IIC) em relação às cristas ósseas, delimitadas pelas linhas pontilhadas. Em B as setas azuis apontam o nível da crista ao final do experimento. Quanto mais apical estava o IIC, mais reabsorção ocorreu na crista óssea, que originalmente se encontrava no nível da linha pontilhada.

tram que a quantidade de células inflamatórias estava relacionada à profundidade da crista – quanto mais funda a IIC, maior foi o processo inflamatório na região. Além disso, é interessante salientar que os autores encontraram reabsorção óssea periimplantar aumentada nos casos onde a IIC estava abaixo ou ao nível da crista óssea (Fig. 1). Esse dado tem uma relevância clínica muito grande, pois a manutenção da crista óssea parece ser um importante preditor das margens dos tecidos moles, tanto em dentes naturais quanto em próteses sobre implantes.

Assim, aparentemente, a instalação de interfaces implantes/conectores ao nível ou abaixo da crista óssea alveolar pode ter um excelente comportamento estético no curto prazo, mas possivelmente acarretará resultados não ideais com o passar do tempo.

1. BROGGINI N. et al. Peri-implant inflammation defined by the implant-abutment interface. *J Dent Res*, Chicago, v. 85, no. 5, p. 473-478, May 2006.

Diabetes intensifica a perda óssea periodontal por aumento na reabsorção óssea e diminuição em sua formação

A doença periodontal inflamatória crônica é induzida pela placa dentária que estimula a gengiva adjacente a destruir os tecidos conjuntivo e ósseo. A progressão da condição pode ser afetada por vários fatores sistêmicos e as diabetes dos tipos 1 e 2 são alguns deles. Entretanto, não se sabia ao certo se o problema endocrinológico afetava o processo de reabsorção óssea alveolar, deposição, ou ambos. Pesquisadores se debruçaram sobre esse tópico e publicaram seus resultados no *Journal of Dental Research*², em junho desse ano.

O experimento incluiu a indução da periodontite por meio de fios de seda embebidos em uma solução rica em *P. gingivalis* em ratos que desenvolvem espontaneamente diabetes e ratos controle. Os fios foram amarrados ao redor de molares superiores e inferiores.

As análises histomorfométricas, feitas após a morte

dos animais, mostraram que o processo inflamatório era mais intenso nos ratos diabéticos. Apesar da quantidade de reabsorção óssea ter sido similar nos grupos controle e com diabetes, os ratos diabéticos mantiveram o processo de reabsorção por um período maior. Ao mesmo tempo, o reparo ósseo foi afetado nos ratos diabéticos por uma redução na capacidade de formar osso, possivelmente, em decorrência do aumento da quantidade de osteoblastos apoptóticos.

2. LIU R., et al. Diabetes enhances periodontal bone loss through enhanced resorption and diminished bone formation. *J Dent Res*, Chicago, v. 85, no. 6, p. 510-514, June 2006.

Doutor em Biologia - Morfologia, Laboratório de Microscopia Eletrônica da Universidade de Brasília. Mestre em Ortodontia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Clínica privada focada no atendimento de pacientes adultos.