

Publicado em: 31/05/2019 às 10h15

Fernando Duarte: um olhar lusitano sobre a peri-implantite

Em entrevista ao brasileiro Marco Aurélio Bianchini, o professor português fala sobre seus protocolos de tratamento da peri-implantite.



Marco Bianchini e Fernando Duarte debateram protocolos de tratamento da peri-implantite.

O português **Fernando Duarte** se divide entre as atividades acadêmicas, clínicas e de pesquisa. Nos últimos anos, sua equipe da Universidade do Porto, em Portugal, tem focado em estudos relacionados ao controle e tratamento da peri-implantite. Sendo assim, além de protocolos tradicionais da Implantodontia e da Periodontia, Duarte também realiza uma abordagem farmacológica, que vem apresentando resultados positivos.

Logo após obter o título de especialista em Cirurgia Oral pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), ele foi para a Inglaterra, onde fez pós-graduação e mestrado em Cirurgia Oral e Maxilofacial no Eastman Dental Institute da University College of London, seguidos pelo doutorado na mesma instituição. Seu histórico profissional também conta com uma passagem pelo Brasil, quando obteve o certificado em reabilitação com implantes zigomáticos e em reabilitação oral avançada pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisas Odontológicas (Inepo), em São Paulo.

Nessa conversa conduzida pelo brasileiro **Marco Aurélio Bianchini**, mestre e doutor em Implantodontia, Duarte fala sobre seus protocolos de tratamento da peri-implantite e também sobre a importância do acompanhamento rotineiro e de longo prazo do paciente após a colocação de implantes.

Marco Aurélio Bianchini – Falando sobre peri-implantite, por que você começou a trabalhar nessa área?

Fernando Duarte – Na Universidade do Porto, temos um centro de referência de tratamentos que recebe muitos pacientes – principalmente com reabsorções ósseas severas, na linha dos implantes zigomáticos e dos grandes enxertos ósseos. No passado, em Portugal e na Europa como um todo, foram colocados muitos implantes sem planos adequados de tratamento e sem planejamento reverso, por isso demoramos para perceber a grande perda óssea nessas pessoas. Agora estamos em uma fase em que os casos reabilitados começam a perder implante. Este é um problema transversal. Se não tivermos cuidado e se deixarmos de desenvolver terapias para responder a essa demanda, vamos ter sérios problemas.

Eu divido meu tempo em três grandes áreas – acadêmica, clínica e pesquisa – e acho que, mais do que desenvolver produtos, temos que manter os produtos e as reabilitações. Os pacientes julgam que, ao colocar implante, o fazem para a vida toda. Claro que se instalarmos implante em um paciente com 90 anos, a taxa de sucesso é longa. Mas, o que observamos hoje são pacientes jovens, de 20 a 30 anos, muitas vezes sem uma manutenção adequada e sem frequentar

consultas de *follow-up*. Então, nós decidimos criar uma linha de investigação com vários colegas – inclusive da Itália, Suíça e Espanha –, e começamos a perceber que esse fenômeno não era só português, mas que se espalhava por todo o continente.

Bianchini – Inclusive no Brasil e nos Estados Unidos. Trata-se de um problema epidemiológico?

Duarte – Exatamente, foi isso que despertou nossa atenção. Começamos a investigar e vimos que na literatura não há um protocolo consensual, cada um trata da forma que parece mais adequada, com melhores ou piores resultados. Isso estava sendo levado com uma base empírica, sem sistematização de resultados ou técnicas. Então, começamos a construir um protocolo no qual incorporamos uma parte farmacológica e dividimos nossa abordagem em três grandes grupos: o debridamento mecânico com osteoplastia; o debridamento químico; e uma abordagem farmacológica.

Bianchini – Vocês fazem uma terapia não cirúrgica, assim como fazemos na Periodontia, ou seja, uma raspagem que chamamos de raspagem com campo fechado?

Duarte – É exatamente a mesma coisa. Não podemos tratar apenas os implantes e deixar os dentes adjacentes cheios de tártaro e inflamação gengival. Então, esse é o primeiro passo. Depois, se houver intervenção cirúrgica, passamos pelos seguintes pilares: debridamento mecânico, debridamento químico e, o que nos diferencia, a abordagem farmacológica. Nesta última, utilizamos uma combinação de piperacilina e tazobactam para limpar e minimizar o número de microrganismos presentes, funcionando como um antibiótico local.

Bianchini – Eu também faço descontaminação química, meu protocolo é muito parecido com o de vocês. Mas, quando vou passar um produto, seja antibiótico, ácido ou ETDA, fico me perguntando: será que essa descontaminação química é tão necessária? Qual é a sua opinião sobre isso?

Duarte – Temos um estudo com base em *follow-up* de quatro anos, comparando se vale a pena fazer ou não a abordagem farmacológica. Os resultados melhoraram consideravelmente com o uso local do antibiótico em gel. Embebemos uma compressa com esse gel e deixamos por cinco minutos em contato com o implante, depois removemos essa gaze e seguimos para a reconstrução óssea com biomaterial, membranas etc. Notamos que nossa regeneração é mais eficaz e gera menos perda óssea do osso que colocávamos, ou seja, perdíamos muito menos no grupo que recebia essa antibioticoterapia local.

Bianchini – As indústrias deveriam se preocupar mais em focar as pesquisas em produtos e equipamentos que facilitassem a vida do dentista e do paciente para limpar e manter os implantes?

Duarte – Exatamente. Temos uma clínica com uma abordagem multidisciplinar e temos sempre uma consulta de manutenção do paciente. Às vezes, quando não vemos o paciente, partimos do pressuposto de que ele está bem. Mas, não está tudo bem porque não o estamos vendo. Então, de seis em seis meses, fazemos *follow-up* com eles. Nos casos de reabilitações totais, nas quais temos que tirar as próteses protocolo, fazemos acompanhamento de quatro em quatro meses. Notamos que, nos implantes e tecidos, nós conseguimos intervir precocemente em qualquer inflamação que esteja no início. Se não acompanharmos nossos pacientes, os resultados serão ruins.

Bianchini – Na Universidade do Porto, vocês observam se algum implante tem mais peri-implantite do que outros, no que se refere a sistemas, por exemplo, hexágono externo, *cone-morse* zigomático etc?

Duarte – Existe a tendência de algumas superfícies terem uma contaminação microbiológica superior a outras, também tem muita relação com a localização. Agora estamos buscando sempre o início do caso, regredindo o processo por meio da localização tridimensional do implante: onde ele foi localizado? Como era a fenestração das tábuas ósseas? Houve fenestração? Houve exposição no osso? Houve exposição tecidual? Dentre esses fatores, há um que não controlamos, que é a localização tridimensional do próprio implante. Do ponto de vista das superfícies, existem as de adição, que têm mais tendência a desenvolver peri-implantite. Além disso, conexões externas, quando colocadas de forma unitária, tendem a desenvolver um grau maior de peri-implantite por processo de saucerização. Quanto às conexões tipo *cone-morse* não temos um *follow-up* longo.

Bianchini – Pensando em um dentista que está fazendo agora especialização em Implantodontia, seja em Portugal ou no Brasil, como ele deve se comportar no que diz respeito aos tecidos peri-implantares?

Duarte – Diagnóstico é a base de tudo, além de estudar a profundidade o paciente. Tanto no Brasil quanto em Portugal, temos a tendência de “dar um jeitinho” e de “improvisar”. No entanto, devemos ser muito rígidos com nosso planejamento. Se planejamos aquele determinado implante naquela localização anatômica, não podemos mudar isso durante a cirurgia, não podemos facilitar o erro. Se nos compararmos à Oftalmologia e Neurocirurgia, vamos ver que eles não facilitam o erro. O que fazemos é uma intervenção cirúrgica, muitas vezes, pouco programada. Eu digo sempre aos meus alunos: na hora da cirurgia, não inventem. Se quiserem ser criativos e encontrar uma solução diferente, façam na etapa de planejamento. Depois, é só execução. Para quem está começando, aconselho passar mais tempo na etapa de diagnóstico e imaginologia, aprender sobre tecidos moles, biologia e histologia, pois todas essas áreas são a base para fazer Implantodontia, que é fisiológica, mas tem muito de mecânica também.

Confira a entrevista com Fernando Duarte completa no **PCP**, acessando <https://bit.ly/2VTCTgy> (<https://bit.ly/2VTCTgy>).