

**FACSETE – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas**

**BRUNA CABRERA CAPALBO**

***Incidência de condições e doenças sistêmicas  
em pacientes submetidos à avaliação pré-  
operatória***

**Araçatuba-SP**

**2017**

**BRUNA CABRERA CAPALBO**

***Incidência de condições e doenças sistêmicas em  
pacientes submetidos à avaliação pré-operatória.***

*Monografia apresentada ao curso  
de Especialização Lato Sensu,  
como requisito parcial para  
conclusão do Curso de  
Especialização em Implantodontia  
Área de concentração:  
Implantodontia  
Orientador: Profa. Dra Daniela  
Ponzoni*

**Araçatuba-SP**

**2017**

Capalbo, Bruna Cabrera

Incidência de condições e doenças sistêmicas em pacientes submetidos à avaliação pré-operatória / Bruna Cabrera Capalbo. - Araçatuba, 2017

24 f. : il. ; tab.

Monografia (Especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas, 2017

1. Doenças sistêmicas; 2. Anamnese; 3. Implantodontia

I. Título

II. Profa. Dra. Daniela Ponzoni

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**FACSETE – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas**

Monografia intitulada *“Incidência de condições e doenças sistêmicas em pacientes submetidos à avaliação pré-operatória”* de autoria do aluno Bruna Cabrera Capalbo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profa. Dra. Daniela Ponzoni

---

Prof. Dr. Paulo Sérgio Perri de Carvalho

---

Prof. Dr. Fernando Luppino

**Araçatuba-SP  
2017**

## **RESUMO**

Esse trabalho foi realizado de forma a mensurar a ocorrência de doenças sistêmicas em 978 pacientes submetidos a avaliação pré-operatória. Esses mesmos pacientes foram divididos em gênero, faixa etária (menos de 20; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 44; 45 a 49; 50 a 54; 60 a 64; 65 a 69 e 70 ou mais) e também pelo tipo de condição sistêmica apresentada. Dentre esses pacientes, 338 apresentavam algum tipo de doença, sendo que alguns desses apresentavam mais de uma. Dessa forma, foi possível constatar que 34,56% dos pacientes necessitavam de maior atenção durante o tratamento, de modo a evitar complicações provenientes das condições de saúde dos mesmos. A doença com maior prevalência foi a do tipo cardiovascular, e a faixa etária mais comprometida foi a entre 50 a 54 anos. De todos os pacientes, 450 eram do sexo feminino e 239 do sexo masculino. A porcentagem de mulheres afetadas pelas doenças sistêmicas foi de 81,55% (367 mulheres) e dos homens foi de 62,76% (150 homens). Sendo assim, com base nos resultados desse estudo, devemos frisar a importância de uma avaliação pré-operatória completa em todos os pacientes que comparecem ao consultório odontológico. Esse cuidado aumenta ainda mais nos casos em que os pacientes serão submetidos a cirurgias.

**Palavras chaves:** Doenças sistêmicas; Anamnese; Implantodontia.

## **ABSTRACT**

This study was carried out aiming to measure the occurrence of systemic diseases in 978 patients submitted to preoperative evaluation. These same patients were divided in gender, age group (less than 20, 20 to 29, 30 to 39, 40 to 44, 45 to 49, 50 to 54, 60 to 64, 65 to 69 and 70 or more) and also by the type of systemic condition presented. Among these patients, 338 had some type and disease, some of which had more than one. Thus, it was possible to verify that 34.56% of the patients needed a greater attention during the treatment, to avoid complications arising from their health conditions. The most prevalent diseases were those of the cardiovascular type, and the most compromised age group was between 50 and 54 years. Of all patients, 450 were females and 239 males. The percentage of women affected by systemic diseases was 81.55% (367 women) and men was 62.76% (150 men). Therefore, based on the results of this study, we must emphasize the importance of a complete preoperative evaluation in all patients who attend the dental office. This care increases even more in cases where patients will undergo surgeries.

**Keywords:** Systemic diseases; Anamnesis; Implantology.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. PROPOSIÇÃO.....	9
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	9
4. RESULTADOS.....	9
5. DISCUSSÃO.....	15
5. CONCLUSÃO.....	19
6. REFERÊNCIAS.....	20

## INTRODUÇÃO

Hoje em dia, não é difícil encontrar pacientes com doença sistêmica que necessitem de tratamento odontológico. O envelhecimento da população e a mudança do estilo de vida são responsáveis pela grande quantidade de pacientes com doenças sistêmicas. Os pacientes idosos tendem a ter doenças dentárias e apresentam alta incidência de doença sistêmica, o que pode exigir cautela especial durante o tratamento odontológico. Assim, é importante identificar a relação entre doença sistêmica específica e doença dentária antes de estabelecer um plano de tratamento para alcançar resultados bem-sucedidos com o tratamento<sup>2</sup>.

Neste tipo de pacientes há um maior risco de interações entre a doença e o procedimento odontológico, o que implica um maior risco. Este grupo precisa, portanto, preencher um questionário médico e submeter-se a um exame médico prévio, o que ajudará não só a determinar as medidas específicas que devem ser adotadas, mas também a avaliar o risco do paciente<sup>4</sup>.

O bom prognóstico de implantes é inicialmente dependente de uma osseointegração bem-sucedida após a colocação. Qualquer alteração deste processo biológico pode afetar negativamente o resultado do tratamento<sup>1</sup>. Doenças sistêmicas e medicamentos ou outras terapias utilizadas no tratamento podem interferir na cicatrização, influenciando os tecidos e a fisiologia do hospedeiro, aumentando assim o risco de falhas precoce e tardia de implantes<sup>3</sup>. A dependência crítica do metabolismo ósseo para a sobrevivência do implante nos leva à avaliação de certos fatores de risco. Uma das controversas doenças discutidas é o diabetes mellitus. Os pacientes diabéticos têm uma frequência aumentada de periodontite e perda dentária, atraso na cicatrização de feridas e resposta dificultada frente às infecções. Esta tendência destaca a necessidade de uma melhor compreensão da diabetes, da sua terapia e seu impacto na reabilitação com implantes dentários<sup>1</sup>.

Um paciente comprometido pode se beneficiar da reabilitação com implantes orais, o que aumentará significativamente a qualidade de vida do paciente e, às vezes, irá até mesmo melhorar sua condição médica. O que deve ser mantido em mente ao lidar com pacientes com a saúde comprometida é que há uma mudança descendente das reservas e reatividade geral do corpo. Estes predispõem a várias complicações durante a cirurgia, período pós-operatório ou a longo prazo. Por isso, a necessidade



de precauções que devem ser aplicadas a esses pacientes surge não só durante o ato cirúrgico, mas também na fase protética ou no período de monitoramento. Um dos aspectos mais importantes é a profilaxia antibiótica no tratamento de pacientes comprometidos antes da cirurgia. Nesses pacientes com doenças crônicas todo o tratamento também deve ser precedido com exames laboratoriais clínicos, sendo que os mais comuns são: contagem completa de células sanguíneas, testes de sangramento, glicose sérica, cálcio sérico, creatinina, bilirrubina ou outros indicadores. É obrigatório conhecer as implicações das doenças sistêmicas ou aquelas produzidas pelos medicamentos atuais na cavidade oral, a fim de evitar falhas em pacientes comprometidos que recebem terapia com implante dentário. Dadas as constantes biológicas alteradas do paciente, a equipe médica deve ser capaz de resolver qualquer complicação que ocorra e também deve ser preparada com mais opções de tratamento para essa situação<sup>5</sup>.

## **PROPOSIÇÃO**

O objetivo desse trabalho foi identificar e quantificar a ocorrência de doenças e condições sistêmicas de pacientes avaliados para cirurgia odontológica ou de implantes osseointegrados, levando em consideração os fatores idade e gênero.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Para a realização desse trabalho foi feita a análise de 978 prontuários pertencentes aos cursos de Atualização em Cirurgia Bucal e Implantodontia e cursos de Especialização em Implantodontia.

Tais prontuários foram preenchidos por profissionais variados e com diferentes graus de formação. No entanto, todos tiveram a mesma orientação quanto aos questionamentos e preenchimento dos mesmos.

Em alguns casos as respostas não foram conclusivas e/ou houve desconhecimento por parte dos pacientes quanto à pergunta realizada. Nessas situações exames complementares foram solicitados ou até mesmo os médicos foram

contactados para fazer uma avaliação nesses pacientes, a fim de esclarecer o estado de saúde dos mesmos. Entretanto, devido à falta de informações, alguns prontuários foram descartados, sendo que ao final restaram 689 contendo todas as informações necessárias.

## **RESULTADOS**

Dos 978 prontuários examinados, 689 estavam aptos para entrar na pesquisa. Desses, 338 continham respostas afirmativas quanto à enfermidades e condições sistêmicas.

As enfermidades ou condições detectadas foram hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, úlcera, distúrbios psíquicos, sinusite, anemia, hepatite, febre reumática, osteoporose, tireóide, nefrite, problemas hepáticos, doença de Chagas, epilepsia, sífilis e asma. A tabela 1 mostra a incidência em percentual de cada uma dessas doenças encontradas nos prontuários em relação ao total de prontuários analisados (978) e aos contendo respostas afirmativas (517).

Tabela 1 – Incidência das respostas positivas.

<b>Doenças e condições relacionadas</b>		<b>% (N=517)</b>	<b>% (n=978)</b>
<b>Enfermidades cardiovasculares (hipertensão, doenças cardíacas e doença de Chagas)</b>	181	35,00	18,50
<b>Diabetes</b>	51	9,86	5,21
<b>Úlcera</b>	26	5,03	2,65
<b>Distúrbios psíquicos</b>	38	7,35	3,88
<b>Sinusite</b>	66	12,76	6,74
<b>Anemia</b>	70	13,54	7,15
<b>Hepatite</b>	15	2,90	1,53
<b>Febre reumática</b>	3	0,58	0,30
<b>Osteoporose</b>	28	5,41	2,86
<b>Tireoide</b>	15	2,90	1,53
<b>Nefrite</b>	7	1,35	0,71
<b>Problemas hepáticos</b>	6	1,16	0,61
<b>Epilepsia</b>	7	1,35	0,71
<b>Sífilis</b>	3	0,58	0,30
<b>Asma</b>	1	0,19	0,10
<b>Total</b>	<b>517</b>	<b>100</b>	<b>52,48</b>

## - Faixa Etária

Foram criados dez grupos de pacientes levando em consideração a faixa etária. O grupo com maior número de prontuários foi o da faixa etária de 50 a 54 anos e com menor quantidade foi de 70 anos ou mais.

A faixa etária com maior incidência de respostas positivas foi também a entre 50 e 54 anos, enquanto aqueles com menos de 20 anos apresentaram a menor ocorrência (Gráfico 1).

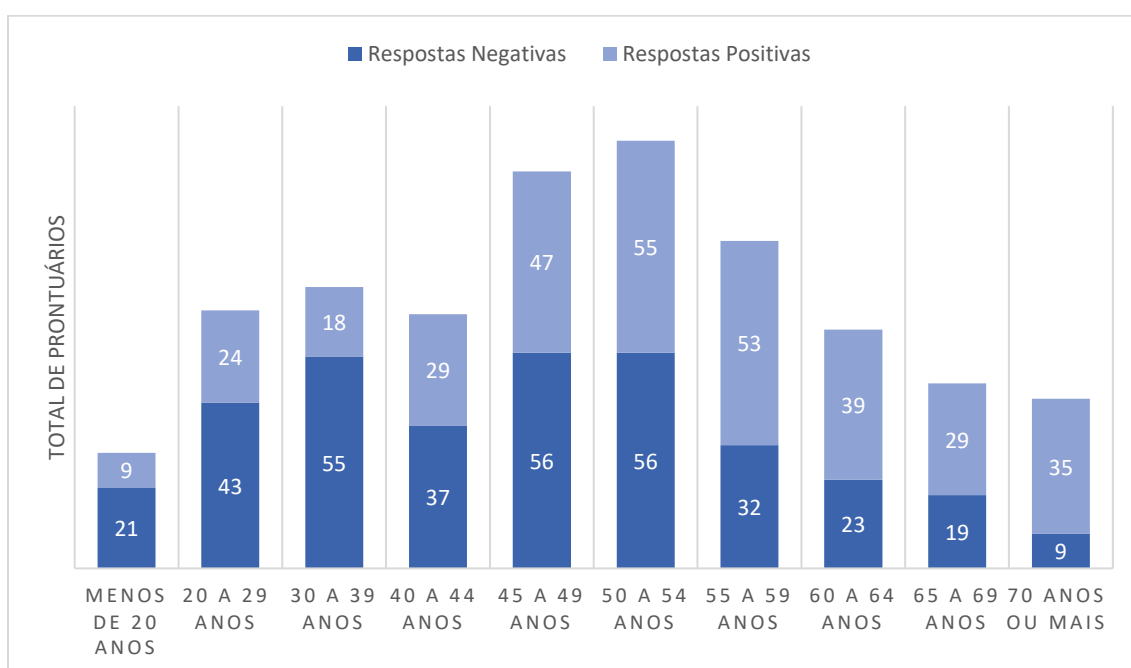


Gráfico 1 – Incidência de respostas positivas em relação à faixa etária.

Durante o estudo foi detectado que alguns prontuários continham mais de uma enfermidade ou condição sistêmica alterada, como mostra a Tabela 2, que relaciona a doença com a faixa etária.

<b>Anos</b>	<b>&lt; 20</b>	<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>	<b>50-54</b>	<b>55-59</b>	<b>60-64</b>	<b>65-69</b>	<b>70 +</b>	<b>Total</b>
<b>Hipertensão</b>	0	3	1	11	14	22	36	23	18	26	154
<b>Problemas cardíacos</b>	0	1	2	1	2	3	5	2	2	5	23
<b>Diabetes</b>	0	1	0	3	4	7	9	5	5	17	51
<b>Úlcera</b>	0	1	0	2	7	3	3	4	3	3	26
<b>Dist. Psíquicos</b>	0	0	2	4	5	9	6	7	3	2	38
<b>Sinusite</b>	5	11	7	6	14	11	4	4	1	3	66
<b>Anemia</b>	4	11	4	6	14	11	10	5	2	3	70
<b>Hepatite</b>	0	1	1	1	4	3	2	1	1	1	15
<b>Febre reumática</b>	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
<b>Osteoporose</b>	0	0	0	0	4	5	3	8	3	5	28
<b>Tireóide</b>	1	0	0	2	2	0	3	3	3	1	15
<b>Nefrite</b>	0	0	0	1	3	1	0	1	1	0	7
<b>Epilepsia</b>	0	0	1	1	0	1	3	0	1	0	7
<b>Problemas hepáticos</b>	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	6
<b>Sífilis</b>	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
<b>Doença de Chagas</b>	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	4
<b>Asma</b>	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>Total</b>	10	29	18	40	77	79	86	65	44	69	517

*Tabela 2 – Doenças e condições sistêmicas relacionadas com a idade.*

**- Relação do gênero com as enfermidades relatadas:**

Dos 689 pacientes, 450 eram do sexo feminino e 239 do masculino. Dentre esses, 150 homens (62,76%) e 367 mulheres (81,55%) apresentam enfermidades.

Houve uma diferença bastante significativa entre os gêneros nos grupos das doenças Osteoporose, Anemia e Distúrbios Psíquicos, como mostra a Tabela 3.

<b>Doença/Gênero</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Feminino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Hipertensão</b>	60	40,00	94	25,61	154
<b>Problemas cardíacos</b>	4	2,66	19	5,17	23
<b>Diabetes</b>	32	21,33	19	5,17	51
<b>Úlcera</b>	10	6,66	16	4,35	26
<b>Dist. Psíquicos</b>	1	0,66	37	10,08	38
<b>Sinusite</b>	16	10,66	50	13,62	66
<b>Anemia</b>	5	3,33	65	17,71	70
<b>Hepatite</b>	4	2,66	11	2,99	15
<b>Febre reumática</b>	1	0,66	2	0,54	3
<b>Osteoporose</b>	0	0	28	7,62	28
<b>Tireóide</b>	3	2,00	12	3,27	15
<b>Nefrite</b>	5	3,33	2	0,54	7
<b>Epilepsia</b>	3	2,00	4	1,09	7
<b>Problemas hepáticos</b>	3	2,00	3	0,81	6
<b>Sífilis</b>	2	1,33	1	0,27	3
<b>Doença de Chagas</b>	0	0	4	1,09	4
<b>Asma</b>	1	0,66	0	0	1
<b>Total</b>	150	100	367	100	517

*Tabela 3 – Doenças e condições sistêmicas relacionadas ao gênero.*

## DISCUSSÃO

Uma avaliação pré-operatória bem feita e completa é fundamental para garantir um bom e seguro atendimento ao paciente. É uma etapa crucial para conhecer quem estamos atendendo, suas necessidades e cuidados que devem ser tomados durante os procedimentos odontológicos.

Na literatura, os relatórios sobre implantes dentários em pacientes clinicamente complexos são escassos, sendo que encontramos várias revisões sobre contraindicações. São mencionadas contraindicações relativas de implantes dentários em pacientes com osteoporose, doenças cardiovasculares, distúrbios hemorrágicos e diabetes<sup>21-28</sup>. De acordo com a literatura, doenças cardíacas, patologias diabéticas e endócrinas ou distúrbios metabólicos controlados não parecem ser uma contraindicação total ou parcial à colocação de implantes dentários<sup>7</sup>.

Embora algumas doenças sistêmicas possam não representar um risco de falha no implante<sup>20</sup>, uma combinação de fatores de risco pode representar uma situação delicada. Em um estudo de Moy e colegas, 4680 implantes foram colocados em 1140 pacientes pelo mesmo cirurgião ao longo de um período de 21 anos. Eles investigaram possíveis fatores de risco para perda do implante. O estudo realizou análise de regressão linear passo a passo, de uma série de variáveis, e concluiu que diabetes, tabagismo e irradiação de cabeça e pescoço eram preditores significativos de falha no implante. Curiosamente, uma análise da tabela de vida mostrou mais falência do implante em indivíduos medicamente saudáveis do que em indivíduos com problemas sistêmicos. Os autores concluíram, então, que essas três variáveis não eram contraindicações absolutas para a colocação de implantes<sup>6</sup>.

No que diz respeito apenas aos pacientes com falha no implante, os fatores associados a um grande número de implantes perdidos foram a presença de doenças reumatológicas ou cardiovasculares, sendo que condições reumatológicas apresentaram o dobro do risco do que as doenças cardiovasculares. As condições reumáticas incluem mais de 150 doenças e síndromes. Eles são categorizados a partir de diferentes tipos de distúrbios, com alguns desses distúrbios que revelam um grande impacto na sociedade, incluindo artrite reumatoide, osteoartrite e osteoporose<sup>30</sup>. Diferentes condições reumáticas podem influenciar o sucesso do implante de maneiras diferentes<sup>31,31,33</sup>. Vários autores indicam um pequeno efeito das doenças reumáticas

na falha do implante, especialmente na osteoporose e na artrite reumatoide. Por outro lado, as doenças cardiovasculares são um grupo de distúrbios que incluem hipertensão, aterosclerose, estenose vascular, doença arterial coronária e insuficiência cardíaca congestiva. O mecanismo de situações de comprometimento do processo de cicatrização e osseointegração pode ser descrito por um fluxo sanguíneo comprometido, o que pode restringir o suprimento de oxigênio e os nutrientes para os tecidos<sup>27,34</sup>. No entanto, vários estudos não registraram evidências de que doenças cardiovasculares controladas aumentassem o risco de falha no implante<sup>27,34,35,36</sup>. Estes possíveis resultados contraditórios podem ser explicados pelo grau de controle da doença sistêmica. Na verdade, este fator foi previamente proposto para ser de maior significado do que a condição sistêmica em si<sup>8,36,37</sup>.

A maioria das falhas, no entanto, foi encontrada nos pacientes com doenças cardiovasculares devido a periimplantite. De acordo com Renvert et al.<sup>29</sup>, 27,3% dos casos de doença cardiovascular desenvolveram periimplantite e 3,0% dos indivíduos desenvolveram mucosite periimplícita<sup>7</sup>. No entanto, não há evidências concretas de que os distúrbios cardíacos sejam uma contraindicação para colocação de implantes, mas é importante considerar outras questões como a ocorrência de hemorragia ou isquemia cardíaca durante a inserção dos implantes nestes pacientes e, portanto, o consentimento médico deve ser adquirido antes da cirurgia<sup>10</sup>.

Distúrbios sanguíneos são algumas das doenças mais críticas com eco na implantodontia. A anemia causa complicações tanto a curto quanto a longo prazo: cura retardada, diminuição da densidade óssea, aumento do tempo de cicatrização. O sangramento intra-operatório em tais pacientes é alto; as consequências para o paciente são a possibilidade de edema pós-operatório e aumento do desconforto. Além disso, está associado a um alto risco de infecções secundárias, o que faz com que a sobrevivência a longo prazo do implante seja baixa. Os distúrbios leucocitários induzem múltiplas complicações que podem comprometer o sucesso do implante. A mais comum é a infecção (pode ocorrer durante qualquer fase do tratamento). Assim como em pacientes com anemia, o sangramento intra-operatório é alto e o risco de edema pós-operatório e infecção secundária são aumentados<sup>5</sup>.

A maioria das séries de casos, estudos de grupo e pesquisas sistemáticas apoiam que as colocações de implantes em diabéticos com bom controle metabólico têm taxas de sucesso semelhantes quando comparadas a pacientes saudáveis. Em



resumo, não há evidências de que o diabetes seja uma contraindicação à terapia com implantes, mas como a hemoglobina glicada pode representar um fator independente correlacionado com complicações pós-operatórias<sup>43</sup> e devido aos efeitos conhecidos de estados hiperglicêmicos, orientação médica e controle rigoroso da glicemia antes e após a terapia com implantes são recomendados<sup>39,40,41,42</sup>. Cobertura antimicrobiana com uso de penicilina, amoxicilina, clindamicina ou metronidazol deve ser fornecido durante a cirurgia de implante.<sup>97</sup> Esses pacientes também devem parar de fumar, otimizar as medidas de higiene bucal e usar enxaguatórios antissépticos para evitar a ocorrência de infecções periodontais e periimplantite<sup>39,44,45,46</sup>. Já que a cirurgia de implante nunca é uma questão de urgência, portanto sugeriu-se que os pacientes deveriam ser conjuntamente selecionados e preparados pelo cirurgião dentista e endocrinologista<sup>10,39</sup>.

As preocupações mais importantes associadas à doença do fígado na prática clínica são: risco de contaminação cruzada, risco de transtorno hemorrágico e risco de toxicidade causada pelo metabolismo alterado da substância medicamentosa. Uma vez que o vírus da hepatite C pode permanecer estável durante a temperatura ambiente durante mais de 5 dias, é necessária uma medida de esterilização rigorosa<sup>11</sup>. Além disso, espera-se que o tecido oral piore à medida que a gravidade da doença hepática agrava. A piora da condição oral parece provir da doença hepática grave. No entanto, há mais algumas possibilidades disponíveis. Por exemplo, no caso de pacientes com estágio avançado de doença hepática, eles podem ter a possibilidade de negligenciar o manejo da higiene bucal, o que também causa a limitação na manutenção do tecido bucal. Estudos anteriores descobriram que os pacientes com doença hepática crônica tendem a apresentar fraca higiene oral, o que causou maior frequência de perda de dente e lesão cáries, presença de placa e cálculo e sangramento gengival<sup>12</sup>. Um exame intra-oral completo e uma revisão da história clínica são fundamentais para avaliar a saúde sistêmica do paciente antes do tratamento odontológico. Se os pacientes tiverem algum tipo de doença sistêmica, como doença hepática, que pode afetar significativamente a condição do tecido bucal, é essencial fazer uma consulta com seus médicos e avaliar o grau de danos funcionais do órgão associado. A partir desses procedimentos, um tratamento odontológico seguro pode ser planejado com um julgamento claro do prognóstico de acordo com a condição médica dos pacientes<sup>11</sup>. O fígado é o órgão com uma ampla gama de funções

e a influência da doença hepática pode ter uma extensão maior do que atualmente conhecida. Por conseguinte, será necessária uma abordagem mais cuidadosa com o tratamento de manutenção para tratar o doente com doença hepática, uma vez que a doença pode ter um efeito maligno na manutenção da saúde da via oral<sup>2,13</sup>

A osteoporose resulta em uma diminuição da densidade óssea e já foi considerada uma contraindicação relativa à colocação do implante<sup>6</sup>. A doença está presente no maxilar, onde o implante será inserido, com as mesmas características que os outros ossos do corpo: desgaste do osso cortical, diminuição do padrão trabecular e desmineralização. Hoje em dia, a osteoporose em si não é mais uma doença sistêmica que contraindica o implante dentário, mas afeta cada estágio do tratamento de forma particular: o plano do tratamento (escolha do tipo de implantes que proporcionam uma maior área de contato com o osso) e abordagem cirúrgica conservadora e menos traumática possível. Outro aspecto importante relacionado à osteoporose é a medicação utilizada para este transtorno: os bisfosfonatos (BPs) são um importante grupo de drogas. A osteonecrose do maxilar é uma complicação observada em pacientes que utilizam bisfosfonatos orais ou intravenosos. É chamado osteonecrose de mandíbula relacionada ao bisfosfonato. É importante informar todos os pacientes submetidos à terapia com bifosfonatos sobre os possíveis riscos de desenvolvimento de osteonecrose<sup>14,15</sup>. Todos os pacientes submetidos à colocação do implante devem ser questionados sobre a terapia com bifosfonatos, incluindo a droga, a dosagem e o período de tratamento antes da cirurgia, porque todos esses fatores influenciam o protocolo de tratamento<sup>5,16,17</sup>.

A literatura, em relação à colocação de implantes dentários, em pacientes com transtornos neuro-psiquiátricos é escassa e contraditória. Alguns relatos de casos e séries de casos mostraram que o tratamento com implantes é bem-sucedido em alguns pacientes com vários graus de deficiência intelectual e física, incluindo casos de paralisia cerebral, síndrome de Down, distúrbios psiquiátricos, demência, bulimia, doença de Parkinson e epilepsia grave<sup>47-55</sup>. No entanto, uma fraca higiene oral, parafunções orais como o bruxismo, hábitos nocivos, como introdução repetida dos dedos na boca e problemas comportamentais, não são incomuns em pacientes com doenças neuropsiquiátricas, e a reabilitação com implantes dentários em tais pacientes pode levar a complicações. Portanto, o sucesso da reabilitação oral depende

fundamentalmente da seleção adequada do paciente<sup>55</sup> e um conselho médico adequado deve ser investigado antes da terapia com implante<sup>10,53</sup>.

Quanto aos fatores associados à falência do implante, a idade revelou uma associação significativa, com pacientes com mais de 40 anos exibindo mais de 2 vezes a probabilidade de falha no implante em relação aos pacientes com menos de 40 anos. Moy et al<sup>38</sup>, em um estudo de grupo retrospectivo, analisaram as taxas de falência dos implantes dentários e os fatores de risco associados e observaram que o aumento da idade estava fortemente associado ao risco de falência do implante dentário, em pacientes entre 60 e 79 anos, registrando maior risco relativo de falha no implante<sup>8</sup>. Pacientes com mais de 60 anos têm adaptabilidade fisiológica ao estresse diminuído, e é por isso que são tratados de forma semelhante a pacientes com condições sistêmicas médicas leves. Exige um alto nível de precaução intra e pós-operatório. Se houver distúrbios sistêmicos, eles são levados em consideração na determinação da abordagem terapêutica. Os medicamentos que os idosos tomam rotineiramente, interferem no estado da cavidade oral com os efeitos colaterais<sup>5,18,19</sup>.

As doenças sistêmicas requerem tratamento adequado em colaboração com os respectivos médicos e, quando controladas corretamente, não afetam a taxa de sucesso dos implantes<sup>9</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Após análise dos prontuários e tabulação dos resultados, pudemos notar que as doenças mais incidentes são as cardiovasculares, seguidas da anemia, sinusite, diabetes, distúrbios psíquicos, osteoporose, úlcera, hepatite e problemas na tireóide. Além disso, notamos que a faixa etária que mais obteve respostas positivas foi a dos 50 a 54 anos, sem predominância de gênero (com exceção da anemia e osteoporose).

Com isso podemos concluir que a avaliação pré-operatória de todos os pacientes é fundamental para saber sobre sua saúde, identificar enfermidades e checar as condições do paciente ser submetido ao tratamento cirúrgico odontológico, a fim de minimizar os riscos dos procedimentos visto que muitos pacientes de idade procuram atendimento.

## REFERÊNCIAS

1. Hendrik Naujokat\*, Burkhard Kunzendorf and Jörg Wiltfang. Dental implants and diabetes mellitus - a systematic review. Naujokat et al. International Journal of Implant Dentistry (2016) 2:5 DOI 10.1186/s40729-016-0038-2
2. Da-Le Yoon, Yong-Gun Kim, Jin-Hyun Cho, Sang-Kyu Lee, Jae-Mok Lee. Long-term evaluation of teeth and implants during the periodic maintenance in patients with viral liver disease. J Adv Prosthodont 2016;8:321-8 <http://dx.doi.org/10.4047/jap.2016.8.4.321>
3. Zygimantas Guobis, Ingrida Pacauskiene, Inesa Astramskaite. General Diseases Influence on Peri-Implantitis Development: a Systematic Review. J Oral Maxillofac Res 2016 (Jul-Sep) | vol. 7 | No 3 | e5 | p.1. <http://www.ejomr.org/JOMR/archives/2016/3/e5/v7n3e5ht.htm>
4. Rafael Gómez-de Diego, María del Rocío Mang-de la Rosa, María-Jesús Romero-Pérez, Antonio Cutando-Soriano, Antonio López-Valverde-Centeno. Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients: Update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2014 Sep 1;19 (5):e483-9. doi:10.4317/medoral.19565
5. Gheorghiu IM, Stoian IM. Implant surgery in healthy compromised patients- review of literature. Journal of Medicine and Life Volume 7, Special Issue 2, 2014
6. Dolphus R. Dawson III, Samuel Jasper. Key Systemic and Environmental Risk Factors for Implant Failure. Dent Clin N Am 59 (2015) 25–39 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2014.09.002>
7. Yifat Manor & Roy Simon & Doron Haim & Adi Garfunkel & Ofer Moses. Dental implants in medically complex patients – a retrospective study. Clin Oral Invest (2017) 21:701–708 DOI 10.1007/s00784-016-1937-6
8. Joana Neves, Miguel de Araújo Nobre, Pedro Oliveira, Jose Martins dos Santos, Paulo Malo. Risk Factors for Implant Failure and Peri-Implant Pathology in Systemic Compromised Patients. Journal of Prosthodontics 00 (2016) 1–7 C 2016 by the American College of Prosthodontists
9. Hyo-Jung Lee, Young-Kyun Kim, Jin-Young Park, Su-Gwan Kim, Myung-Jin Kim, and Pil-Young Yun. Short-term clinical retrospective study of implants in geriatric patients older than 70 years. OOOOE Volume 110, Number 4

10. Pedro Diz, Crispian Scully, Mariano Sanz. Dental implants in the medically compromised patient. *Journal of dentistry* 41 ( 2013 ) 195 – 206
11. Cruz-Pamplona M, Margaix-Munoz M, Sarrion-Perez MG. Dental considerations in patients with liver disease. *J Clin Exp Dent* 2011;3:e127-34.
12. Guggenheimer J, Egtesad B, Close JM, Shay C, Fung JJ. Dental health status of liver transplant candidates. *Liver Transpl* 2007;13:280-6.
13. Douglas LR, Douglass JB, Sieck JO, Smith PJ. Oral management of the patient with end-stage liver disease and the liver transplant patient. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;86:55-64.
14. Javed F, Almas K. Osseointegration of dental implants in patients undergoing bisphosphonate treatment: a literature review. *J Periodontol*. 2010 Apr;81(4):479-84.
15. Kumar MN, Honne T. Survival of dental implants in bisphosphonate users versus non-users: a systematic review. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2012 Dec;20(4):159-62.
16. Pazianas M, Miller P, Blumentals WA, Bernal M, Kothawala P. A review of the literature on osteonecrosis of the jaw in patients with osteoporosis treated with oral bisphosphonates: prevalence, risk factors, and clinical characteristics. *Clin Ther*. 2007 Aug;29(8):1548-58.
17. Taxel P, Ortiz D, Shafer D, Pendrys D, Reisine S, Rengasamy K, Freilich M. The relationship between implant stability and bone health markers in post-menopausal women with bisphosphonate exposure. *Clin Oral Investig*. 2013 Mar 16.
18. Thoma DS, Martin IS, Mühlemann S, Jung RE. Systematic review of pre-clinical models assessing implant integration in locally compromised sites and/or systemically compromised animals. *J Clin Periodontol*. 2012 Feb;39 Suppl12:37-62.
19. Schwartz AB, Larson EL. Antibiotic prophylaxis and postoperative complications after tooth extraction and implant placement: a review of the literature. *J Dent*. 2007 Dec;35(12):881-8.
20. Khadivi V, Anderson J, Zarb GA. Cardiovascular disease and treatment outcomes with osseointegration surgery. *J Prosthet Dent* 1999;81(5):533–6.
21. Fitts-Henry J (2011) The ASA classification and peri-operative risk. *Ann R Coll Surg Engl* 93:185–187

22. Sugerman PB, Barber MT (2002) Patient selection for endosseous dental implants: oral and systemic considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 17:191–201
23. Meijer GJ, CuneMS (2008) Surgical dilemmas Medical restrictions and risk factors. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 115:643–651
24. Scully C, Hobkirk J, Dios PD (2007) Dental endosseous implants in the medically compromised patient. *J Oral Rehabil* 34:590–599
25. Balshi TJ, Wolfinger GJ (2003) Management of the posterior maxilla in the compromised patient: historical, current, and future perspectives. *Periodontol* 33:67–81
26. Hwang D, Wang HL (2006) Medical contraindications to implant therapy. Part I. Absolute contraindications. *Implant Dent* 15:353–360
27. Hwang D, Wang HL (2007) Medical contraindications to implant therapy. Part II. Relative contraindications. *Implant Dent* 16:13–23
28. Gómez-de Diego R, Mang-de la Rosa Mdel R, Romero-Pérez MJ, Cutando-Soriano A, López-Valverde-Centeno A (2014) Indications and contraindications of dental implants in medically compromised patients: update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 19:e483–e489
29. Renvert S, Aghazadeh A, Hallström H, Persson GR (2014) Factors related to peri-implantitis—a retrospective study. *Clin Oral Implants Res.* 25:522–529
30. World Health Organization: Chronic rheumatic conditions. Available online at <http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en> Accessed March 26, 2015
31. Weinlander M, Krennmair G, Piehslinger E: Implant prosthodontic rehabilitation of patients with rheumatic disorders: a case series report. *Int J Prosthodont* 2010;23:22-28
32. Krennmair G, Seemann R, Piehslinger E: Dental implants in patients with rheumatoid arthritis: clinical outcome and peri-implant findings. *J Clin Periodontol* 2010;37:928-936
33. Diz P, Scully C, Sanz M: Dental implants in the medically compromised patient. *J Dent* 2013;41:195-206

34. Elsubeihi ES, Zarb GA: Implant prosthodontics in medically challenged patients: The University of Toronto Experience. *J Can Dent Assoc* 2002;68:103-108
35. Alsaadi G, Quirynen M, Komárek A, et al: Impact of local and systemic factors on the incidence of oral implant failures, up to abutment connection. *J Clin Periodontol* 2007;34:610-617
36. Diz P, Scully C, Sanz M: Dental implants in the medically compromised patient. *J Dent* 2013;41:195-206
37. Scully C, Hobkirk J, Dios PD: Dental endosseous implants in the medically compromised patient. *J Oral Rehabil* 2007;34:590-599
38. Moy PK, Medina D, Shetty V, et al: Dental implant failure rates and associated risk factors. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2005;20:569-577.
39. Marchand F, Raskin A, Dionnes-Hornes A, Barry T, Dubois N, Valeóro R, et al. Dental implants and diabetes: conditions for success. *Diabetes & Metabolism* 2012;38:14–9.
40. Scully C. *Medical problems in dentistry*. 6th ed. London: Elsevier; 2010.
41. Michaeli E, Weinberg I, Nahlieli O. Dental implants in the diabetic patient: systemic and rehabilitative considerations. *Quintessence International* 2009;40:639–45.
42. Oates TW, Dowell S, Robinson M, McMahan CA. Glycemic control and implant stabilization in type 2 diabetes mellitus. *Journal of Dental Research* 2009;88:367–71.
43. Tawil G, Younan R, Azar P, Sleilati G. Conventional and advanced implant treatment in the type II diabetic patient: surgical protocol and long-term clinical results. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 2008;23:744–52.
44. Anner R, Grossmann Y, Anner Y, Levin L. Smoking, diabetes mellitus, periodontitis, and supportive periodontal treatment as factors associated with dental implant survival: a long-term retrospective evaluation of patients followed for up to 10 years. *Implant Dentistry* 2010;19:57–64.
45. Javed F, Romanos GE. Impact of diabetes mellitus and glycemic control on the osseointegration of dental implants: a systematic literature review. *Journal of Periodontology* 2009;80:1719–30.

46. Oates TW, Huynh-Ba G, Vargas A, Alexander P, Feine J. A critical review of diabetes, glycemic control, and dental implant therapy. *Clinical Oral Implants Research* 2011.
47. Rogers JO. Implant-stabilized complete mandibular denture for a patient with cerebral palsy. *Dental Update* 1995;22:23–6.
48. Ambard A, Mueninghoff L. Rehabilitation of a bulimic patient using endosteal implants. *Journal of Prosthodontics* 2002;11:176–80.
49. Lopez-Jimenez J, Romero-Dominguez A, Gimenez-Prats MJ. Implants in handicapped patients. *Medicina Oral* 2003;8:288–93.
50. Kubo K, Kimura K. Implant surgery for a patient with Parkinson's disease controlled by intravenous midazolam: a case report. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 2004;19:288–90.
51. Ekfeldt A. Early experience of implant-supported prostheses in patients with neurologic disabilities. *International Journal of Prosthodontics* 2005;18:132–8.
52. Oczakir C, Balmer S, Mericske-Stern R. Implant-prosthodontic treatment for special care patients: a case series study. *International Journal of Prosthodontics* 2005;18:383–9.
53. Addy L, Korszun A, Jagger RG. Dental implant treatment for patients with psychiatric disorders. *European Journal of Prosthodontics and Restorative Dentistry* 2006;14:90–2.
54. Cune MS, Strooker H, Van der Reijden WA, de Putter C, Laine ML, Verhoeven JW. Dental implants in persons with severe epilepsy and multiple disabilities: a long-term retrospective study. *International Journal of Oral and Maxillofacial Implants* 2009;24:534–40.
55. Feijoo JF, Limeres J, Diniz M, Del Llano A, Seoane J, Diz P. Osseointegrated dental implants in patients with intellectual disability: a pilot study. *Disability and Rehabilitation* 2012;34:2025–30.
56. Paulo Sérgio Perri de Carvalho, Oscar Luiz Mosele. Ocorrência de enfermidades ou condições sistêmicas detectadas após avaliação pré-operatória da saúde de 2475 pacientes. *ImplantNews V.3 Nº4 Julho/Agosto2006*