

ANEXO II
Quadro-resumo das Revisões

Reabilitação Fenestrações e deiscências:

Estudo	Ano publicação	Objectivo da revisão:	Nº artigos incluídos	Nº de RCT incluídos	Total implantes	Parâmetros avaliados	Conclusão
Esposito <i>et al.</i>	2006	Avaliar quando é que os procedimentos de aumento ósseo são necessários e qual a melhor técnica em diferentes indicações clínicas.	3	3	NR	Falha implante Falha prótese Falha do aumento ósseo Complicações no local de recolha enxerto Complicações local aumento ósseo Satisfação paciente Preferência paciente Aumento altura/espessura do osso Avaliação estética pelo clínico Duração tratamento (da primeira intervenção até carga dos implantes) Custo	A utilização de membranas não reabsorvíveis permite maior regeneração óssea em implantes com fenestração do que quando não se utiliza membrana. Não é evidente que o novo osso formado seja benéfico para o paciente. Não há evidência que permita afirmar que uma das técnicas (mb reabs e mb não reabs, e proteínas morfogenéticas) é superior às outras.
Jensen & Terheyden	2007	Avaliar diferentes protocolos para aumento ósseo em defeitos localizados do rebordo	20 16 (deisc) 4 (fen)	4	987	Redução do defeito ósseo (em área, volume ou espiras de implante expostas) Complicações	Os protocolos mais bem documentados são osso bovino desproteinizado com membrana, OA particulado com ou sem membrana reabsorvível; membrana não reabsorvível sozinha.

Aumento volume ósseo Horizontal:

Estudo	Ano publicação	Objectivo da revisão:	Nº artigos incluídos	Nº de RCT incluídos	Total implantes	Parâmetros avaliados	Conclusão
Esposito <i>et al.</i>	2006	Avaliar quando é que os procedimentos de aumento ósseo são necessários e qual a melhor técnica em diferentes indicações clínicas.	6	6	NR	Falha implante Falha prótese Falha do aumento ósseo Complicações no local de recolha enxerto Complicações local aumento ósseo Satisfação paciente Preferência paciente Aumento altura/espessura do osso Avaliação estética pelo clínico Duração tratamento (da primeira intervenção até carga dos implantes) Custo	Não são referidas conclusões sobre este tema.
Jensen & Terheyden	2007	Avaliar diferentes protocolos para aumento ósseo em defeitos localizados do rebordo	20	1	1034	Possibilidade de colocação implante na melhor posição. Ganho de espessura óssea Porcentagem de casos que necessitou novo enxerto	Os protocolos mais bem documentados são bloco de osso autólogo com colheita intra-oral associado ou não a MBD com ou sem membrana.
Donos <i>et al.</i>	2008	Comparar parâmetros clínicos (relacionados com implantes) em osso em que foi realizado aumento ósseo horizontal (por ROG, enxertos ósseos, expansão óssea) com osso não nativo.	4	0	450	% de sucesso implantes % de sobrevivência de implantes Sucesso do aumento ósseo	Implantes colocados após ROG apresentam percentagens de sucesso semelhantes a implantes colocados em osso nativo. Houve maior perda óssea marginal nos implantes pós-ROG do que nos implantes em que não houve aumento. O aumento ósseo horizontal com OA com colocação diferida de implantes obteve resultados semelhantes (aos 12 meses) relativamente a osso nativo.

Aumento volume ósseo vertical:

Estudo	Ano publicação	Objectivo da revisão:	Nº artigos incluídos	Nº de RCT incluídos	Total implantes	Parâmetros avaliados	Conclusão
Rocchietta <i>et al.</i>	2008	Determinar o prognóstico das técnicas de aumento ósseo horizontal em pacientes com insuficiente altura óssea para colocação de implantes.	26	2	NR	Taxa de sucesso procedimento Complicações Taxa de sucesso implantes Insucesso implantes Análise histológica (na ROG)	Há evidência clínica e histológica de que o aumento de altura óssea pode ser realizado quando se pretende colocar implantes. O aumento em altura poderá ter bons resultados com ROG mas não há dados para concluir se é mais eficaz quando executada em uma ou duas fases. A utilização de enxerto + membrana parece aumentar a eficácia. Relativamente às restantes técnicas analisadas: distracção osteogénica, blocos de osso colocados em aposição (onlay), outras técnicas, não há dados suficientes para tirar conclusões.
Esposito <i>et al.</i>	2009	Determinar quando é que os procedimentos de aumento ósseo são necessários e qual a melhor técnica para aumento horizontal e vertical do rebordo.	10	10	NR	Falha implante Falha prótese Falha do aumento ósseo Complicações no local de recolha enxerto Complicações local aumento ósseo Satisfação paciente Preferência paciente Aumento altura/espessura do osso Avaliação estética pelo clínico Duração tratamento (da primeira intervenção até carga dos implantes) Custo	A distracção osteogénica permite um maior ganho de altura mas não pode ser efectuada em rebordos finos Vários procedimentos podem ser efectuados para aumento vertical do rebordo e não é evidente qual a melhor técnica. Os vários procedimentos estão associadas a complicações pelo que o seu uso deve ser ponderado.
Jensen & Terheyden	2009	- Avaliar diferentes protocolos para aumento ósseo em defeitos localizados do rebordo	14	4	596	Possibilidade de colocação implante na melhor posição. Ganho de altura óssea Porcentagem de casos que necessitou novo enxerto	Os protocolos mais bem documentados são: osso autólogo com colheita intra ou extra-oral, em bloco ou particulado.

Elevação do seio maxilar

Estudo	Ano publicação	Objectivo da revisão:	Nº artigos incluídos	Nº de RCT incluídos	Total implantes	Parâmetros avaliados	Conclusão
Graziani <i>et al.</i>	2004	Comparar a percentagem de sucesso de implantes colocados após elevação do seio maxilar com implantes colocados na zona posterior da maxila sem aumento ósseo.	6	0	NR	Percentagem de sucesso implantes- Complicações Alterações na altura óssea à volta do implante medida por radiografia.	Há várias variações entre os grupos: tipo de implante, tipo de enxerto, altura inicial do rebordo, tipo de intervenção, características e hábitos dos pacientes, tempo de colocação dos implantes, restauração. A taxa de sucesso de implantes (utilizando o paciente como unidade) varia entre 36% a 100% após elevação do seio e entre 73 a 100% em osso nativo. A taxa de sucesso de implantes colocados após aumento do seio maxilar parece ser menos previsível do que implantes colocados em osso nativo.
Del Fabbro <i>et al</i>	2004	Avaliar a taxa de sucesso de implantes colocados no seio maxilar após elevação. (Objectivos secundários avaliar a superfície dos implantes, material de enxerto e tempo de colocação dos implantes)	39	3	6913	Taxa de sucesso dos implantes	O resultado obtido parece ser semelhante quando os implantes são colocados de forma imediata ou diferida. Os implantes com superfície rugosa parecem obter melhores resultados. Os materiais de substituição óssea parecem ter resultados semelhantes ao OA. São necessários mais estudos nomeadamente RCT.
Esposito <i>et al.</i>	2006	- Avaliar quando é que os procedimentos de aumento ósseo são necessários e qual a melhor técnica em diferentes indicações clínicas.	3	3	NR	Falha implante Falha prótese Falha do aumento ósseo Complicações no local de recolha enxerto Complicações local aumento ósseo Satisfação paciente Preferência paciente Aumento altura/espessura do osso Avaliação estética pelo clínico Duração tratamento (da primeira intervenção até carga dos implantes) Custo	Os substitutos ósseos (BO e Cerasorb) podem ser tão eficazes como o OA para aumento de seios maxilares extremamente atroficos. Esta conclusão necessita de ser avaliada por estudos com mais pacientes.
Chiapasco <i>et al.</i>	2006	Avaliar o sucesso de diferentes técnicas cirúrgicas para reconstrução do rebordo e a taxa de sucesso de implantes colocados nas áreas	62	3	9369	Taxa de sucesso dos implantes Taxa de sucesso da técnica de aumento ósseo Morbilidade da técnica de aumento ósseo.	Podem ser utilizadas várias técnicas para regeneração do rebordo alveolar. Não é possível determinar qual o melhor procedimento para cada indicação clínica. São necessários mais estudos bem

		que sofreram aumento ósseo.					desenhados e com controlos a longo prazo para se chegar a maior número de conclusões.
Jensen & Terheyden	2007	Avaliar diferentes protocolos para aumento ósseo em defeitos localizados do rebordo	47	4	5388	Possibilidade de colocação implante na melhor posição. Ganho de volume ósseo Porcentagem de casos que necessitou novo enxerto	Os protocolos mais bem documentados são coágulo, AO particulado e MBD.
Shalabi <i>et al.</i>	2007	Determinar a taxa de sucesso de implantes colocados quando se utilizam osteótomos.	5	0	349	Probabilidade de sucesso implante antes de carga. Probabilidade de sucesso implantes após 56 meses de carga Nº de implantes falhados Nº de implantes em risco Nº de implantes excluídos	A probabilidade de sucesso dos implantes quando se utiliza a técnica referida é de 98% até carga e 99% após 56 meses de carga. O prognóstico parece ser semelhante ao de implantes colocados em osso não aumentado.
Del Fabbro <i>et al.</i>	2008	Avaliar as taxas de sucesso de implantes, colocados no seio maxilar aumentado tendo especial atenção à superfície dos implantes, material de enxerto e tempo de colocação dos implantes.	59	4	13062	Taxa de sucesso dos implantes. Número de implantes perdido.	A elevação do seio maxilar é um processo com elevadas taxas de sucesso. Os resultados obtidos dependem de variáveis como material de enxerto e tipo de implantes. O resultado obtido parece ser semelhante quando os implantes são colocados de forma imediata ou diferida. Os substitutos ósseos podem ser utilizados com sucesso na elevação do seio maxilar e devem ser avaliados com estudos a longo prazo. Os implantes com superfície rugosa parecem apresentar melhores resultados.
Pjetursson <i>et al.</i>	2008c	Determinar as taxas de sucesso de implantes e enxertos na elevação do seio maxilar pela técnica da janela lateral.	48	1	12020	Porcentagem de sucesso do enxerto Porcentagem de sobrevivência implantes (aos 3 anos). Insucesso de implantes (por ano em percentagem) Complicações	Quando se utiliza o implante como unidade de medida a perda de implantes por ano é de 3.5% e corresponde a uma taxa de sucesso de implantes a 3 anos de 90.1% O insucesso de implantes por ano é maior em implantes de superfície lisa em relação a implantes de superfície rugosa. O insucesso de implantes por ano é maior quando não se utiliza membrana para cobrir a janela lateral. Em implantes com superfície rugosa a percentagem de sucesso aos 3 anos foi de 96,3% e 99,8% dependendo do tipo de material de enxerto. A menor percentagem de insucesso de

							implantes por ano (0,1%)foi conseguida com implantes de superfície rugosa e OA particulado. A percentagem de insucesso de implantes de superfície rugosa por ano foi semelhante com materiais de substituição óssea e uma mistura de OA mais substitutos ósseos. A perfuração da membrana do seio é a complicação mais frequente.
Tant <i>et al.</i>	2008	Quantificar a taxa de sucesso de implantes colocados no seio maxilar aumentado pela técnica Summers.	19	0	4388	Percentagem de sucesso implantes (aos 3 anos). Insucesso de implantes (por ano em percentagem) Complicações cirúrgicas Complicações pós-operatórias	A perda de implantes por ano é de 2.5% e corresponde a uma taxa de sucesso de implantes a 3 anos de 92.8% A taxa de sucesso dos implantes parece diminuir quando menor a altura de osso inicial. A perfuração da membrana do seio é a complicação mais frequente. A complicação pós-operatória mais frequente foi infecção numa média de 0.8% dos pacientes.
Nkenke & Stelzle	2009	Determinar se há vantagens na utilização do osso autógeno relativamente aos materiais de substituição óssea na elevação do seio maxilar.	21	0	NR	Percentagem de sucesso implantes. Morbilidade pacientes. Percentagem sinusites. Perda do enxerto. Custo. Risco de transmissão de doenças.	A perda de enxerto e sinusite não parecem estar associadas ao material de enxerto. O OA se a colheita for extra-oral, apresenta maiores custos. Não há dados suficientes para optar por um material em relação ao outro.
Chiapasco <i>et al.</i>	2009	- Avaliar as taxas de sucesso de diferentes técnicas cirúrgicas para reconstrução do rebordo alveolar com quantidade óssea insuficiente e avaliar a taxa de sucesso de implantes colocados nas zonas aumentadas.	59	2	15071	Taxa de sucesso dos implantes. Taxa de sucesso da técnica.	Todos as técnicas apresentam vantagens e desvantagens. Devia dar-se preferência às técnicas menos evasivas e com menos risco de complicações. São necessários mais artigos e estudos bem desenhados com tempos de controlo mais longos e maior número de pacientes.
Esposito <i>et al.</i>	2010	Avaliar em que situações é que a elevação do seio maxilar é necessária e quais as melhores técnicas quando se pretende reabilitar pacientes com implantes endo-ósseos.	10	10	NR	Falha prótese Falha do aumento ósseo Complicações no local de recolha enxerto Complicações local aumento ósseo Preferência paciente Aumento volume do ósseo Avaliação estética pelo clínico	Não está cientificamente comprovado quando é que se deve realizar elevação do seio maxilar. Implantes mais curto podem ser uma alternativa mas o seu prognóstico a longo prazo é incerto. Se a altura óssea remanescente for entre

					<p>Duração tratamento (da primeira intervenção até carga dos implantes) Controlos</p>	<p>3 a 6mm pode optar-se por utilizar a técnica de Summers e colocar implantes de 8 mm de comprimento em vez de se utilizar a técnica da janela lateral e colocar implantes ≥ 10mm.</p> <p>Se a altura óssea remanescente for de 1 a 5 mm a elevação do seio, mantendo o espaço só com uma membrana e sem enxerto, é suficiente para que se forme osso e se possam colocar implantes. No entanto é tecnicamente mais simples encher o espaço com enxerto.</p> <p>Os substitutos ósseos (tais como o BO) poderão ser tão eficazes como o OA na elevação do seio maxilar e poderão vir a substituí-lo.</p> <p>São necessários mais ensaios clínicos de boa qualidade, com amostras grandes.</p> <p>O uso de proteínas morfogenéticas associadas a OA ou substitutos ósseos parece não melhorar o prognóstico da reabilitação com implantes.</p>
--	--	--	--	--	---	---