

Recomendações clínicas para as doenças periodontais e gengivais

Doutores Caroline Schwartzkopf, Emerson Nakao e Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani



Como são classificadas as doenças periodontais?

No âmbito da saúde, sistemas de classificação são necessários, pois fornecem um enquadramento das manifestações, permitem que sejam estudadas a etiologia e a patogênese e auxiliam no diagnóstico e na elaboração de protocolos de tratamento para cada manifestação ou doença¹. Em 1989, foi elaborada a primeira classificação das doenças periodontais durante o Workshop Mundial de Periodontia Clínica. Algum tempo depois, uma classificação mais simples foi criada no I Workshop Europeu de Periodontia.

Com o tempo percebeu-se uma necessidade de reavaliação dessas classificações, exatamente 10 anos depois da primeira. Do dia 30 de outubro a 2 de novembro de 1999, a Academia Americana de Periodontia (AAP) efetuou uma revisão nesses documentos, introduzindo uma nova seção exclusiva sobre do-

enças gengivais e modificando algumas terminologias¹.

Adicionou-se na classificação as chamadas doenças gengivais e lesões induzidas ou não pela placa bacteriana, pois essas condições patológicas não estavam presentes na versão de 1989.

Como características clínicas da gengivite temos: vermelhidão e edema do tecido gengival, sangramento provocado, mudanças no contorno, presença de placa e de cálculo e nenhuma comprovação radiográfica de perda da crista óssea alveolar, exceto nos casos de periodontites prévias tratadas com sucesso².

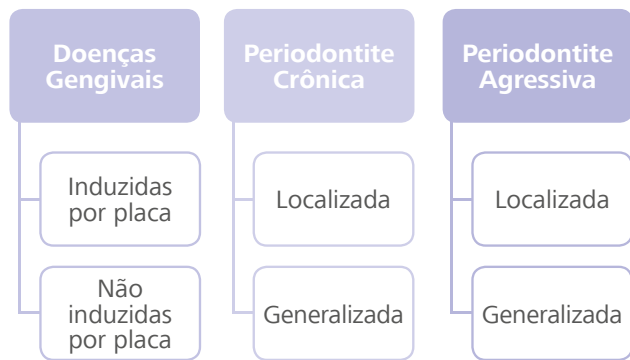
O tratamento consiste em estabelecer saúde gengival por meio da eliminação dos fatores etiológicos, como placa, cálculo e outros que podem favorecer o acúmulo e a retenção de placa e dificultar a higiene do paciente².

Quando há o diagnóstico de gengivite é porque não ocorreu perda de inserção no periodonto. Por outro lado, quando há perda de inserção, o diagnóstico é de doença periodontal (ou periodontite) e o tratamento consiste nos mesmos passos já descritos para as doenças gengivais, em conjunto com raspagem e alisamento radicular.

Na nova classificação, a Periodontite do Adulto passa a ser chamada Periodontite Crônica, por ser menos restritiva de acordo com a idade. As Periodontites de Acometimento Precoce passaram a ser chamadas de Periodontites Agressivas para que não se restringissem a pacientes jovens, pois são muitas vezes diagnosticadas em adultos e idosos¹.

Chegou-se também a um consenso que algumas condições sistêmicas podem modificar a periodontite (tabagismo e diabetes) ou causar destruição do periodonto mesmo sem ter características de periodontite do ponto de

Classificação das Doenças e Condições Periodontais (AAP, 1999)



Periodontite como manifestação sistêmica



Considera-se periodontite crônica ou agressiva localizada menos de 30% dos sítios afetados e generalizada mais de 30% dos sítios afetados³.

vista histopatológico (leucemias e neutropenias), portanto precisavam estar descritas na classificação².

Convencionou-se que a Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e a Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN) seriam referidas conjuntamente, pois, provavelmente, representam etapas diferentes da mesma infecção. A diferença fundamental entre os dois estágios da doença é a limitação à gengiva ou o acometimento dos tecidos de sustentação^{1,2}.

A classificação utilizada hoje em dia continua sendo a de 1999. A AAP se prepara para iniciar uma nova revisão no documento. Isso deve ocorrer em 2017, quando, pela primeira vez, haverá um consenso entre a Federação Europeia de Periodontia e a Academia Americana de Periodontia, que participarão juntas de todas as fases de elaboração da nova classificação³.

A escova elétrica é melhor que a convencional (manual)?

A base para a prevenção de doenças gengivais e a manutenção da saúde bucal é a remoção da placa bacteriana (biofilme), tanto para indivíduos com ou sem doença periodontal^{4,5}. Ela é a causa primária da gengivite, progressão da periodontite e evolução da cárie, sendo essas as principais determinantes da perda dentária (Farina 2013 apud Yaacob 2015,

p.2)⁴. Nesse processo, são gerados impactos na qualidade de vida do indivíduo^{6,7}, como desconfortos, dores, halitose, custos e tempo necessário para realizar esse tratamento, além de problemas funcionais e estéticos.

“ Estima-se que, globalmente, 80% a 90% dos adolescentes, entre 15 e 19 anos, tenham a forma branda e moderada da gengivite. ”

Esse índice aumenta para 92% a 97% em adultos, entre 35 a 44 anos (Petersen 2012 apud Yaacob 2015)⁴.

Medidas como a boa higienização bucal feita em casa e visitas regulares programadas, segundo a sua necessidade individual, ao profissional de saúde bucal são importantes para a prevenção desses problemas. Nessa consulta, caberá ao cirurgião-dentista a tarefa de verificar problemas com a higienização bucal do paciente e corrigi-los, utilizando-se da orientação e de sessões de escovação supervisionadas. Cabe lembrar que procedimentos clínicos, como a raspagem e o polimento, são considerados como suplementares aos de higiene bucal realizados

pelas pessoas em suas casas, nunca devendo substituí-los⁸.

Na terceira atualização da revisão sistemática, conduzida por Yaacob 2015⁴, comparou-se o uso no dia a dia de escovas manuais e elétricas por pessoas de qualquer idade, utilizando como parâmetros a remoção de placa, saúde gengival, manchas e cálculo, confiança, efeitos adversos e custo, pois existem dados conflitantes na literatura a respeito do mérito dessas duas formas de higienização.

Após seleção e análise de 51 estudos clínicos randomizados controlados, totalizando 4624 participantes, chegou-se à conclusão de que escovas elétricas são mais eficientes em remover placa bacteriana (biofilme)^{4,9}, o que, consequentemente, leva a uma redução da gengivite e do risco à cárie enquanto for mantido o nível satisfatório de higienização. Uma diminuição de 11% de placa e de 6% da gengivite foi registrada nos primeiros três meses de seu uso. Depois desse período, observou-se atenuação de 21% de placa e 11% da gengivite⁴.

A efetiva escovação dos dentes depende de uma série de fatores que incluem a motivação, o conhecimento e a destreza manual⁴. Ou seja, o mérito não deve ser somente do aparato utilizado, mas da combinação com fatores individuais do paciente.

O que é a fase de manutenção periodontal e por que ela é importante?

Segundo o protocolo para diagnóstico e tratamento das doenças periodontais do *HealthPartners Dental Group*¹⁰, é a fase da terapia periodontal, após o controle da doença. Seu objetivo é manter o nível de saúde periodontal conseguido na fase ativa da terapia.

“Como a doença periodontal é de natureza inflamatória crônica, esses cuidados devem se estender por toda a vida, única garantia para limitar a progressão da perda de inserção por reativação da enfermidade^{10,11}”

A conduta de suporte periodontal deverá se adequar às seguintes situações:

- Agressividade da doença periodontal tratada.
- Tipo de tratamento empregado de acordo com a condição periodontal inicial.
- Complexidade da instrumentação periodontal.
- Cooperação do paciente em seguir as orientações de higiene bucal.
- Presença de fatores de risco: hereditariedade, tabagismo, doenças sistêmicas relacionadas.

Caso o paciente tenha sido tratado por um clínico geral, espera-se que nessa fase de suporte receba os mesmos cuidados que teria de um especialista, o que inclui os registros periodontais e reconhecimento da progressão da doença.

A frequência de retorno dos pacientes tratados, seguindo as situações as quais deverão se adequar, pode

utilizar o protocolo de risco à cárie para determinar o agendamento dessas consultas. Se houver alternância entre o especialista e o clínico geral, uma comunicação consistente deve ser estabelecida entre os dois profissionais para entendimento do caso. Considera-se dois anos de estabilidade das condições periodontais como indicativo de que os cuidados podem ser delegados ao clínico geral exclusivamente, desde que o paciente permaneça em controle.

O especialista teria a preferência das consultas de controle nos casos em que há dúvidas sobre a estabilidade do quadro, ou fatores locais específicos não tenham sido solucionados, como o envolvimento de furca.

Nas consultas de retorno devem ser feitos registros da profundidade clínica de sondagem, presença ou não de sangramento, terapia de flúor nas áreas de furca, dessensibilização quando necessário e exames radiográficos periódicos para acompanhamento. Os procedimentos de manutenção devem ser supervisionados por um cirurgião-dentista, pois não é sinônimo de profilaxia e, geralmente, incluem uma atualização das condições médicas e dentais, revisões radiográficas, exames intra e extra orais dos tecidos moles, exame dentário, avaliação periodontal, remoção de biofilme da região de sulco e bolsas periodontais, raspagem e aplainamento onde necessário, polimento dos dentes e revisão da eficiência do controle de placa praticado pelo paciente¹².

Referências Bibliográficas:

- 1) Armitage GC. *Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions*. *Ann Periodontol*. 1999 Dez;4(1):1-6.
- 2) Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Guanabara-Koogan, 4ª Edição, 2005.
- 3) American Academy of Periodontology. *Task Force Report on the Update to the 1999 Classification of Periodontal Diseases and Conditions*. *J. Periodontol*. 2015 Jul;86(7):835-38.



4) Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, Glennly AM. *Powered versus manual toothbrushing for oral health*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library, Issue 4*, Art. No. CD002281. DOI:10.1002/14651858.CD002281.pub

5) Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. *Principles of Periodontology*. *Periodontol 2000* 2013;61:16-53.

6) Al-Harhi LS, Cullinan MP, Leichter JW, Thomson WM. *The impact of periodontitis on oral health related quality of life: a review of the evidence from observational studies*. *Aus Dent J* 2013;58:274-277. doi: 10.1111/adj.12076

7) Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. *Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010, 8:126. Available from <http://www.hqlo.com/content/8/1/126>

8) Worthington, HV, Clarkson, JE, Bryan, G, Beirne PV. *Routine Scale and Polish for periodontal Health in Adults*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Nov 7;11:CD004625. doi: 10.1002/14651858.CD004625.pub4.

9) Deacon SA, Glennly AM, Deery C, Robinson PG, Heanue M, Walmsley AD, Shaw WC. *Different powered toothbrushes for plaque control and gingival health*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library, Issue 8*, Art. No. CD004971. DOI: 10.1002/14651858.CD004971.pub12

10) *HealthPartners Dental Group and Clinics guidelines for the diagnosis & treatment of periodontal diseases*. (2011) Available from: <http://www.guideline.gov/popups/printView.aspx?id=35130>

11) American Academy of Periodontology. *Glossary of periodontal terms*. 4th ed. The American Academy of Periodontology, Chicago; 2001:39.

12) Paraskevas S, Huizinga JD, Loos BG. *A systematic review and meta-analyses on C-reactive protein in relation to periodontitis*. *J Clin Periodontol*. 2008; 35:277-90. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x.