

Raspagem supra e subgengival

O procedimento de raspagem tem por objetivo a remoção da placa e do cálculo da superfície dos dentes. O cálculo é formado a partir da mineralização da placa bacteriana. Dependendo da localização dos depósitos, poderá ser considerada supra ou subgengival¹.

Caroline Teggi Schwartzkopf, Emerson Nakao
e Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani



► **R**aspagem supragengival é a remoção de placa, cálculo e manchamento da superfície da coroa e da raiz². É frequentemente o início do debridamento de um paciente com doença periodontal. O cálculo supra gengival e as saliências das restaurações são removidos. Esta fase pode ser realizada com instrumentos manuais ou instrumentos ultrassônicos.



Geralmente são utilizadas curetas ou foices e após remoção do cálculo supra realiza-se o alisamento da região com taças de borracha, pedra pomes e pastas de polimento com grãos mais finos. Na maioria dos casos a raspagem supragengival pode ser finalizada em uma sessão, permitindo que o paciente comece o controle de placa¹.



Divulgação

Raspagem subgengival e alisamento radicular são os primeiros estágios no tratamento da periodontite² e são executados com instrumentos manuais. Visam remover os depósitos moles e duros das superfícies radiculares, bem como pequenas porções da estrutura dentária. Ce-

mento radicular e dentina são removidos sob a forma de pequenas lascas¹. A instrumentação subgengival visa resolver a inflamação subgengival e interromper a destruição progressiva do periodonto de inserção por meio da remoção do biofilme da bolsa gengival³.

Realiza-se uma sondagem de todos os dentes e a partir das marcações determina-se uma ordem para início do tratamento. Geralmente a raspagem subgengival ocorre sob efeito de anestesia local^{1,2}, para controlar a dor e a hemorragia², segura-se o instrumento pela chamada empunhadura de caneta modificada, usando apoio digital com a face da lâmina paralela e em leve contato com a superfície radicular¹.

O raspador é posicionado na bolsa com o bisel em um ângulo entre 45 e 90^o². O apoio digital deve ser feito o mais perto possível do dente selecionado, conferindo um fulcro estável, permitindo uma boa angulação da lâmina e possibilitando a utilização do movimento punho-antebraço¹.

O epitélio sulcular e a inserção epitelial são removidos primeiro, seguido da remoção do tecido conjuntivo inflamado da porção interna da parede da bolsa. Após a cicatrização podemos verificar um tecido com contornos delimitados, firme, sem edema e bem adaptado².

A raspagem e alisamento da superfície radicular com instrumentos manuais exige habilidade e treinamento do operador, ou seja, em casos mais complexos (com bolsas mais profundas) deveriam ser destinados a um profissional com treinamento adequado. A melhora do quadro depende do sucesso obtido nesse procedimento, que é a remoção dos fatores de retenção de placa (biofilme) e alisamento da superfície radicular. A instrumentação errônea pode promover a criação de degraus e riscos profundos na superfície, que podem funcionar como fatores de retenção de placa.



Lindhe, 2005

O controle da placa supragengival, o debridamento subgengival e a orientação de higiene são as medidas ►

- ▶ mais importantes para o tratamento da periodontite. Antes de iniciar a instrumentação subgingival deve ser realizada uma avaliação minuciosa para verificar a presença e extensão de gengivite ou periodontite e se houve destruição do periodonto de suporte¹.

A raspagem e polimento dos dentes rotineiramente é benéfica para pacientes saudáveis?

A maioria dos cirurgiões-dentistas faz consultas de rotina com seus pacientes, que consistem, geralmente, na realização de uma avaliação e profilaxia por meio de ultrassom ou raspagem manual. Para analisar os benefícios da raspagem e polimento dental feitos rotineiramente deve-se levar em conta as vantagens e desvantagens da realização desse procedimento periodicamente, bem como o risco de desenvolvimento da doença periodontal (presença de placa, nível sócio-econômico-cultural, tratamentos prévios e estresse).

Considera-se raspagem a remoção dos depósitos de placa (biofilme) e cálculo da superfície da coroa ou raiz de um dente. Polimento é a remoção mecânica de qualquer mancha extrínseca ou depósitos, e é normalmente realizado com uma taça de borracha ou escova associada a uma pasta profilática⁴.



Divulgação

É igualmente importante verificar os resultados obtidos quando se realiza orientação de higiene oral. A remoção da placa bacteriana é o pilar principal para controle da gengivite e da doença periodontal. A placa aderida à superfície mineraliza-se com o passar do tempo, formando o cálculo dental. A intervenção profissional por meio de raspagem e polimento coronário radicular deve ser considerada como suplementar, e não substituta, ao controle de placa realizado pelo paciente em sua casa⁴.



O tratamento periodontal é frequentemente dividido em fases, a saber, de controle da doença, cirúrgica e de manutenção⁵. Raspagem e polimento coronário radicular em pacientes que apresentam doença periodontal é considerado o tratamento padrão para essa condição, pois podem reduzir os depósitos de biofilme e cálculo na superfície dentária, diminuindo a inflamação dos tecidos gengivais e, conseqüentemente, seu sangramento^{4,5}. Ao longo do tempo, a redução deste quadro inflamatório também se traduzirá em redução da progressão à periodontite, ou seja, ela traz benefícios aos pacientes periodontais.

O cálculo dental por si só não é a principal causa das doenças periodontais, mas é considerado como fator etiológico secundário na doença periodontal. Curiosamente, não está em contato direto com os tecidos gengivais, pois está sempre coberto com placa bacteriana não mineralizada. Por facilitar a retenção de placa nas regiões supra e subgingival, é o fator retentivo mais importante e deve ser removido para que o tratamento periodontal tenha chances de sucesso⁴.

A prática de realizar raspagem e polimento periodontal rotineiramente em pacientes considerados como de baixo risco ao desenvolvimento de doença periodontal é muito comum⁴. E existem dúvidas quanto à sua efetividade e custos envolvidos, e, também, sobre qual seria a frequência ideal para realização desse procedimento em adultos saudáveis. A remoção do cálculo provoca danos, ▶

- mesmo que microscópicos, à superfície dentária, mesmo quando se utiliza raspadores afiados e corretamente removem o cálculo junto com o tecido ao qual este se aderiu (cimento/dentina). Em alguns casos pacientes relatam sensibilidade após o tratamento.

Um estudo⁴ realizado com 836 pacientes livres da doença periodontal, com o intuito de verificar se há ou não benefícios associados a esse tratamento para prevenção do aparecimento e desenvolvimento da doença em pacientes saudáveis, abordou 5 situações diferentes:

- Raspagem e polimento X sem intervenção.
- Raspagem e polimento periódicos X raspagem e polimento somente em resposta aos sinais e sintomas da doença periodontal.
- Raspagem e polimento em tempos fixos diferentes realizados em dois grupos.
- Raspagem e polimento com orientação de higiene bucal em um intervalo de tempo fixo X raspagem e polimento sem orientação de higiene bucal no mesmo intervalo de tempo.
- Raspagem e polimento realizado por um dentista X raspagem e polimento realizado por um profissional de atendimento odontológico.

Ao final do estudo não foram encontradas evidências suficientes para determinar os benefícios da raspagem e polimento realizados rotineiramente em pacientes adultos sem doença periodontal. Seriam necessários conduzir ensaios de alta qualidade assim como um acompanhamento dos casos por um período maior. Ao mesmo tempo, não há evidências suficientes para contraindicar a prática rotineira de tais procedimentos. Deve-se levar em consideração que a raspagem é um procedimento invasivo e que pode provocar quadros indesejáveis após tratamento (danos à superfície dos dentes e hipersensibilidade).



Quando realizada por profissional com treinamento específico, tais danos podem ser minimizados devido à habilidade individual do operador na realização da raspagem e

na preparação dos instrumentos (afiação). Entretanto, nos casos em que o paciente consegue manter uma higienização oral satisfatória outra conduta pode ser tomada. Muitos serviços de saúde pelo mundo já discutem abertamente os benefícios da raspagem e polimento rotineiros na qualidade de vida da população X custos financeiros desta conduta.

Como a remoção mecânica profissional do cálculo e da placa bacteriana são procedimentos indispensáveis quando esses fatores já estão presentes, uma estratégia mais eficiente é a associação deste procedimento à orientação em higiene bucal, que a longo prazo previne a necessidade de tratamentos futuros.

O que se recomenda são as visitas periódicas ao consultório dentário para verificação da higienização oral, aparecimento de lesões de cárie, inflamações ou de qualquer outro quadro que requeira intervenção profissional. Esse retorno varia de acordo com cada paciente e deverá ser baseado no risco de cada um.

Hipersensibilidade dentinária relacionada à raspagem

Alguns pacientes podem apresentar sensibilidade após raspagem e alisamento radicular. Essa condição geralmente recebe o nome de hipersensibilidade dentinária, mas também pode ser chamada de dentina sensível, sensibilidade dentinária cervical e sensibilidade radicular¹. A hipersensibilidade pode aparecer como resultado de uma perda de esmalte ou desnudamento radicular.

A hipersensibilidade à raspagem varia de paciente para paciente devido ao limiar de dor, a instrumentação, severidade da doença, hábitos alimentares e reação ao estímulo da dor (diminuição na higienização). É mais comumente descrita em áreas cervicais vestibulares dos dentes permanentes⁶.



- A retração gengival e a exposição radicular permitem uma rápida e extensa exposição dos túbulos dentinários, porque a camada de cimento sobre a raiz radicular é fina e rapidamente removida⁶.

Na maioria dos casos os sintomas atingem seu nível máximo durante a primeira semana após o tratamento periodontal, como sugere o estudo de Goh⁸, que observou esse comportamento. O sintoma principal é uma dor aguda que desaparece uma vez que o estímulo é removido. Nos casos mais severos, períodos curtos ou longos de latejamento e de sintomas dolorosos podem ser provocados pelo estímulo instituído¹.



Divulgação

A teoria hidrodinâmica é a mais aceita para explicar a sensibilidade dentária dos pacientes. Os túbulos radiculares são expostos após a instrumentação mecânica das superfícies radiculares, tornando-os sujeitos à movimentação súbita de líquido nos túbulos dentinários frente a estímulos evaporativos, táteis, térmicos e osmóticos, e, conseqüentemente, induz uma sensação dolorosa⁸.

É considerada uma doença de difícil tratamento e controle, o que requer considerar os fatores etiológicos, incluindo o consumo excessivo de alimentos ácidos. Outras condições - como dentes gretados, restaurações infiltradas e cáries, que possuem sintomas comuns com hipersensibilidade dentinária - devem ser excluídas. Fatores predisponentes e causas de hipersensibilidade devem ser removidos ou modificados¹.

É muito importante a realização de um controle efetivo de placa, necessário para permitir a oclusão natural dos


túbulos dentinários por remineralização de sua superfície. Depósitos de placa bacteriana tendem a exacerbar a sensibilidade, o que impede uma higienização adequada, que, por sua vez, podem permitir a evolução de cáries cervicais. Há informes na literatura que, na maioria dos casos, existe uma dificuldade na motivação do paciente^{1,8}, para que o grau de controle de placa seja mantido.

Quando não for possível uma correta higienização e controle de placa devido à sensibilidade, um agente com capacidade de bloquear a atividade tubular, mesmo que temporariamente, pode ser utilizado para facilitar a higienização. O controle químico da placa bacteriana por meio da clorexidina também pode ser utilizado. Nos casos mais severos pode ser necessária a restauração da região ou mesmo a pulpectomia¹.

Não existe um tratamento considerado padrão ouro para tratar a hipersensibilidade. O agente dessensibilizante ideal não deve provocar irritação pulpar, ou dor ao ser aplicado e após a aplicação, ser de fácil aplicação, ter ação rápida e não provocar descoloração no dente⁶.

Agentes tópicos dessensibilizantes podem ser classificados em agentes químicos (corticosteroides, nitrato de prata, citrato de sódio, oxalato de potássio, hidróxido de cálcio) e físicos (resinas, vernizes, selantes, enxerto gengival, cimento de ionômero de vidro e lasers)^{1,6}.

Os tratamentos podem ser realizados em ambiente profissional (no consultório ou clínica) como em casa, e visam bloquear o mecanismo sensitivo através da obliteração dos túbulos dentinários. Em casa, normalmente utiliza-se bochechos e pasta de dente, e no consultório, a obliteração tubular pode ser feita por meio de resina e vernizes.

O aumento da longevidade dental devido aos tratamentos periodontais e ao controle de placa pode elevar a incidência de hipersensibilidade dentinária⁶. Goh et al., (2016)⁷ afirmam que a hipersensibilidade dentinária afeta a qualidade de vida percebida pelo paciente, tendo impacto proporcional à severidade da hipersensibilidade. O acompanhamento do paciente é essencial, para que ele tenha conforto durante o tratamento até a completa resolução¹. 

► Referências Bibliográficas

1. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Guanabara-Koogan, 4ª Edição, 2005.
2. Cohen ES. Atlas de cirurgia periodontal reconstrutiva e cosmética. Santos livraria e Editora, 3ª Edição; 2008.
3. 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.
4. Dababneh RH, Khouri AT, Addy M. Dentin Hypersensitivity – an enigma. A Review of terminology, epidemiology, mechanisms, aetiology and management. British Dental Journal. 1999 Dec;187(11):606-11.
5. Greenstein G, Cavallaro Jr J, Tarnow D. Dental Implants in the Periodontal Patient. Dent Clin N Am. 2010;54(1):113-28.
6. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Principles of Periodontology. Periodontol 2000 2013;61:16-53.
7. Goh V, Corbet, EF, Leung WK. Impact of dentine hypersensitivity on oral health-related quality of life in individuals receiving supportive periodontal care. J Clin Periodontol 2016 – DOI: 10.1111/jcpe.12552
8. Canadian Advisory board on Dentin Hypersensitivity. Consensus-based Recommendations for the Diagnosis and Management of Dentin Hypersensitivity. J Can Dent Assoc. 2003;69(4):221-6.