

Qual a eficácia da terapia oclusal aplicada a pacientes periodontais?

Prof. Dr. Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani é Professor-associado do Departamento de Odontologia Social da FOU SP e Responsável pela área de Odontologia Legal do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas | FOU SP. **Prof. Emerson Nakao** é Mestre e Especialista em Prótese Dentária | FOU SP. **Dra. Caroline Teggi Schwartzkopf** é Cirurgiã-Dentista e Especialista em Periodontia



iStock

Periodontite é uma inflamação dos tecidos de suporte do dente, uma alteração destrutiva progressiva que leva à perda de osso e de ligamento periodontal¹. Como há perda do tecido que sustenta o dente, é de se esperar que, em determinado momento, haja aumento da mobilidade desse dente e até mesmo mudança de sua posição original. O contato oclusal harmônico entre dentes antagonistas depende de adequado posicionamento dos dentes². Nessa situação, não há presença de contatos prematuros gerando forças inadequadas que afetam desfavoravelmente a mandíbula e os dentes.



Fonte: http://www.hs-menezes.com.br/page_36.html

Uma das consequências esperadas durante a evolução da periodontite é a migração patológica dos dentes³, à medida que os tecidos de sustentação (ligamentos periodontais e osso alveolar) vão sendo comprometidos e perdem sua capacidade de manter a posição do dente estável. As intervenções oclusais ganham espaço neste cenário, pois acredita-se que possam trazer benefícios e reequilibrar as forças oclusais – o que melhoraria a resposta do paciente à terapia periodontal⁴. Neste contexto, atuar prevenindo o trauma oclusal, considerando-o um fator modificador do curso da doença periodontal, faz sentido. Desconsiderando a doença periodontal, sabe-se que danos aos ligamentos periodontais podem ser causados por trauma oclusal², uma sobrecarga de forças funcionais ou parafuncionais, a partir do momento que ultrapassam as capacidades adaptativas e reparativas desse tecido de sustentação periodontal. Com base nessa premissa, imaginar como seriam os efeitos dessa sobrecarga oclusal sobre um periodonto comprometido seria o próximo passo.

As intervenções oclusais conhecidas e utilizadas em pacientes periodontais adultos são o ajuste oclusal, a ortodontia, a contenção⁵ e os dispositivos interoclusais⁶, e ▶

- entende-se que essa estratégia tenha como objetivo reduzir os efeitos do desequilíbrio das forças oclusais sobre o periodonto, distribuindo-as, pois acredita-se que tais forças possam influenciar negativamente a doença periodontal (alterar o curso da doença periodontal). Essa associação foi citada pela primeira vez por Karolyi, em 1901⁷.



Fonte: <https://pt.slideshare.net/caiqueacm/occluso-dentria-protec-2013-georje-de-martin>



Fonte: <http://www.uel.br/pos/periodontia/pages/casos-clinicos.php>

A revisão sistemática conduzida por Weston 2015⁶ aponta problemas metodológicos que impedem, segundo critérios de inclusão, sua utilização. Foram selecionados 54 estudos, todos ensaios clínicos controlados e randomizados, porém, somente um deles conseguiu ser elegível para análise. Apesar de ser randomizado e controlado, permaneceu a dúvida sobre alguns pontos, como o mascaramento das amostras. Em solicitação de esclarecimento ao autor, não houve resposta. Foi apresentada como resultado a recuperação significativa do ganho de inserção (cerca de 0,4 mm), com intervalo de confiança de 95% em sítios tratados com a associação do ajuste oclusal com a terapia periodontal comparados com sítios tratados somente com terapia periodontal. Mas a evidência não tem força suficiente para ser considerada recomendação clínica.

Ou seja, até o momento, encontra-se pouco consenso na literatura a respeito das indicações e efetividade das intervenções oclusais em pacientes periodontais^{4,6}, talvez

devido às dificuldades metodológicas de se desenvolver estudos dessa natureza. Como conclusão, não há evidências que favoreçam ou contrariem a utilização de intervenções oclusais na prática clínica⁶.

Qual a recomendação quando se trata de estabelecer o período de retorno para pacientes com e sem problemas periodontais?

Nos casos dos pacientes que foram submetidos a tratamento periodontal, a fase de manutenção visa à preservação da saúde gengival e do periodonto⁸. Segundo a Academia Americana de Periodontia, a terapia de manutenção tem como objetivo a diminuição da ocorrência e da progressão da doença periodontal, redução da perda de elementos e aumento na probabilidade de localizar e tratar outras condições encontradas na cavidade oral⁹.

Também podemos chamar esta fase de manutenção de terapia periodontal de suporte, e cada paciente deve ter um planejamento individualizado. Para isso, considera-se o padrão de higiene oral individual de cada paciente, a prevalência dos sítios que exibem sangramento à sondagem, o nível de inserção e a quantidade de osso alveolar presente antes do tratamento³.



iStock

“ Também podemos chamar esta fase de manutenção de terapia periodontal de suporte, e cada paciente deve ter um planejamento individualizado. ”

► Pacientes com controle de placa inadequado e/ou alta prevalência de sítios sangrantes devem ser chamados com maior frequência do que aqueles que possuem excelente controle de placa e tecidos gengivais saudáveis. Pacientes que possuem altura do suporte periodontal muito reduzida, mesmo apresentada condição gengival compatível com saúde, devem retornar com intervalo de tempo menor, não excedendo quatro meses, a fim de reduzir ou evitar a perda de elementos^{3,10}.

A manutenção terapêutica dos pacientes com comprometimento deve ter início com sessões de controle periodontal de três a seis meses, a serem estipuladas de acordo com o quadro de cada paciente. Estes intervalos poderão ser alterados, diminuindo ou aumentando o tempo de acordo com os aspectos relatados anteriormente^{3,9,10}.

A prática de boa higiene oral é de extrema importância para garantir a estabilidade do resultado do tratamento. O profissional deve reforçar a importância da higienização e motivar a realização da mesma por meio das técnicas mais adequadas e do uso de escovas específicas de acordo com cada paciente³.

Para estabelecer tempo adequado e correta avaliação do risco do paciente, vários pontos deverão ser verificados, tanto em dentes quanto em implantes: situação da higiene oral, controle de placa, sítios com sangramentos à sondagem (indicando inflamação persistente), inspeção dos sítios reinfectedados com formação de pus, avaliação de dentes pilares e reconstruções existentes e verificação de cáries^{3,10}.

Segundo o National Institute for Clinical Excellence¹¹ (NICE, do Reino Unido), o tempo recomendado para retorno de consultas deve ser individualizado e determinado para cada paciente, com base no risco de cada um. A equipe ou o cirurgião-dentista responsável deve realizar a avaliação clínica e avaliar o histórico do paciente e, em conjunto com o paciente ou responsável, levar em consideração alguns pontos:

- Higiene oral, dieta, uso de flúor, efeitos de tabaco e álcool na saúde bucal.
- Fatores de risco que podem influenciar a saúde oral do paciente.
- Avaliação dos intervalos entre controles anteriores.
- Os custos financeiros para controle e tratamento (se necessários).
- O tempo mínimo de controle para pacientes deve ser de 3 meses.
- O tempo máximo para retorno para pacientes com menos de 18 anos deve ser de 12 meses.
- O tempo máximo para retorno de pacientes com mais de 18 anos deve ser de 24 meses.

Obs.: O tempo de retorno deverá ser revisto novamente na próxima consulta³³.



iStock

► Referências

1. American Academy of Periodontology. in: Glossary of periodontal terms. 4th ed. Chicago: The American Academy of Periodontology; 2001:39.
2. Academy of Prosthodontics. The Glossary of Prosthodontics Terms. The Journal of Prosthetic dentistry. J Prosthet Dent. 2017;117(5):e1-e105.
3. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. São Paulo: Guanabara-Koogan; 2005(4).
4. Harrel SK. Occlusal forces as a risk factor for periodontal disease. Periodontol 2000. 2003;32:111-7.
5. Seemann R, Conceição MD, Filipi A, et al. Halitosis management by the general dental practitioner - results of an international consensus workshop. J Breath Res. 2014;8(1):017101.
6. Weston P, Yaziz YA, Moles DR, Needleman I. Occlusal interventions for periodontitis in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul 16;(3):CD004968.
7. Davies SJ, Gray RJM, Linden GJ, James JA. Occlusal considerations in periodontics. Brit Dent J. 2001;191(11):597-604.
8. Cohen ES. Atlas de cirurgia periodontal reconstrutiva e cosmética. São Paulo: Santos Livraria e Editora; 2008(3).
9. American Academy of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance – Parameters of Care Supplement. J. Periodontol. 2000;71(5):849-50.
10. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. Periodontia Clínica. São Paulo: Guanabara Koogan; 2007(10).
11. National Institute for Clinical Excellence. Guideline – Risk-based recall intervals recommended. Evidence-Based Dentistry. 2005(6):2-4.