



NOVAS GUIDELINES CLÍNICAS PARA O TRATAMENTO DOS ESTÁDIOS I-III DA PERIODONTITE

A periodontite é uma patologia que se caracteriza pela destruição progressiva dos tecidos de suporte dos dentes e que cursa com o aparecimento de sinais clínicos como sangramento gengival e bolsas periodontais, com perda de suporte e mobilidade dentária.

Em 2017, um novo esquema de classificação (PAPAPANOU, Panos N., et al.) para esta patologia foi adotado. A doença periodontal passou então a ser classificada em estádio (ou estágio) e grau, sendo que o estádio determina a gravidade da doença enquanto que o grau determina o risco de progressão da mesma (Figs. 1 e 2).

Dependendo da gravidade, esta doença inflamatória crónica, pode ser travada a fim de prevenir a sua progressão e por consequência a perda de elementos dentários. Além disso, a doença periodontal pode ser associada ao agravamento de várias doenças sistémicas nomeadamente diabetes ou doenças cardiovasculares pelo que necessita de um tratamento ativo e realizado atempadamente.

Assim, a terapia periodontal visa o cumprimento de vários objetivos, nomeadamente prevenir episódios futuros de periodontite, reduzir e eventualmente eliminar inflamação gengival, reduzir e eventualmente eliminar bolsas profundas, regenerar a inserção periodontal dos dentes e prevenir a perda de dentes e de função.

As mais recentes guidelines apontam para que a terapia periodontal, dependendo da gravidade, seja efetuada de modo incremental, subdividindo-a em três passos:

• Passo um

Esta etapa é essencialmente voltada para o paciente através da orientação para a mudança de comportamentos no que concerne a higiene oral. O paciente deve ser instruído e motivado a fazer um controlo/remoção mecânica adequada do biofilme supragengival diariamente e se necessário orientado a recorrer a terapias adjuvantes para controlo da inflamação gengival. Além disso, este passo contempla ainda a intervenção do médico dentista no sentido da remoção de placa mecânica profissional (PMPR), que inclui a remoção de placa e cálculo supragengival bem como de outros possíveis fatores de retenção de placa, que possam dificultar a ação pretendida por parte do doente. O médico dentista deve ainda, neste passo, alertar o doente periodontal para a existência de eventuais fatores de risco que possam estar associados a uma progressão mais rápida da doença, tais como o tabagismo ou a diabetes descontrolada, estimulando-o mais uma vez para a alteração de comportamentos. O passo um não pode efetivamente ser encarado como um passo suficiente por si só para o tratamento do doente periodontal, mas é o passo essencial para um resultado positivo e estável a longo prazo. Este primeiro passo é aplicável a todos os doentes periodontais, independentemente do estágio da doença, e deve ser reavaliado de forma frequente e se necessário reajustado.

• Passo dois

O segundo passo pode ser considerado como a terapia dirigida à causa, cujo objetivo é a remoção do cálculo subgengival pelo médico dentista, com recurso a instrumentos como ultrassons ou curetas que permitam o acesso a estas zonas. Além disso, esta etapa pode ainda incluir a utilização de antimicrobianos locais bem como antibióticos locais ou sistémicos. É ainda nesta etapa que se deve avaliar a existência de frémits, efetuar alívios oclusais ou realizar férulas caso haja essa indicação.

O sucesso deste passo está diretamente dependente do sucesso do passo anterior.

Esta etapa deverá ser aplicada em todos os doentes periodontais, independentemente do estágio, desde que apresentem formação de bolsas periodontais.

Após passado o tempo de cicatrização, uma nova avaliação periodontal deve ser efetuada, o que vai permitir determinar o curso a seguir. Assim, se nesta nova avaliação, existirem bolsas periodontais residuais moderadas (profundidade de sondagem de 4 e 5 mm) o passo dois deverá ser repetido. Por outro lado, se existirem bolsas periodontais residuais profundas (profundidade de sondagem ≥ 6 mm) então deverá ser iniciado o passo três. Caso o passo dois tenha sido absolutamente bem-sucedido e o paciente não apresente mais bolsas periodontais deve então entrar numa nova fase, de tratamento não ativo, destinada a cuidados periodontais de suporte.

• Passo três

Esta etapa destina-se à intervenção em bolsas periodontais profundas (≥ 6 mm), cujo passo dois não foi capaz de resolver com sucesso, e cujo objetivo passa pela instrumentação subgengival dessas zonas, muitas vezes associadas a locais de pior acesso como zonas de furca. Para além da repetição da instrumentação subgengival, esta etapa destina-se também à realização de cirurgia periodontal de retalho de acesso, cirurgia periodontal ressetiva e /ou cirurgia periodontal regenerativa, dependendo do caso clínico em questão.

Após término do passo três, deverá ser efetuada nova avaliação periodontal, onde, idealmente, não deverão existir bolsas periodontais ativas (profundidades de sondagem ≥ 4 mm com hemorragia), entrando o paciente na fase de cuidados periodontais de suporte.

A fase dos cuidados periodontais de suporte, também conhecida como terapia periodontal de suporte, é uma etapa de monitorização clínica, destinada ao reforço das instruções de higiene oral e controlo dos fatores de risco, mas também de remoção mecânica de placa e/ou cálculo supragengival e, eventualmente, de instrumentação subgengival de bolsas residuais.

Caso Clínico

Paciente do sexo masculino, 51 anos, sem patologias sistémicas a considerar, apresentava um defeito periodontal infra-ósseo avançado único em interproximal dos dentes 31 e 41 (Figs.3 e 4). Após criterioso exame clínico verificou-se que a profundidade de sondagem no 31 era de 9 mm (Fig.5), com hemorragia à sondagem e apresentava mobilidade grau I. Além disso, o referido dente estava em trauma oclusal secundário com existência de frémite. Os dois incisivos centrais apresentavam resposta positiva ao teste de vitalidade.

Plano de tratamento:

Foi proposta e iniciada a terapia periodontal em três passos:

Passo um

- 1.1) Instruções e motivação para adequada higiene oral:
 - Técnica de escovagem com escova elétrica
 - Técnica de utilização do fio/escovilhão
 - Indicação de auxiliares químicos para controlo de placa e sangramento
- 1.2) Remoção de placa supragengival pelo profissional

Passo dois

- 2.1) Instrumentação subgengival dos dentes 31 e 41:
 - Remoção de placa e cálculo com ultrassons e curetas de Gracey
 - Irrigação subgengival com iodopovidona
- 2.2) Alívio oclusal para eliminação de frémite no 31 e verificação de vitalidade positiva.

Dois meses após a realização do passo dois foi efetuada uma nova avaliação periodontal, tendo-se verificado a manutenção de bolsas periodontais residuais profundas nos referidos dentes, havendo então necessidade de seguimento para o passo três.

Passo três

- 3.1) Repetição da sessão de instrumentação subgengival.
- 3.2) Fase cirúrgica regenerativa do defeito periodontal angular profundo entre 31 e 41:

- 1º. Descolamento mucoperiósseo e limpeza do defeito-RAR (Fig.6);
- 2º. Aplicação de Prefgel® - dois min (Fig.7);
- 3º. Aplicação de gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (EMDOGAIN®) nas raízes expostas (Fig.8);
- 4º. Preenchimento do defeito ósseo com hidroxiapatite de origem bovina (BIO-OSS®) e membrana reabsorvível de colagénio porcino (BIO-GIDE®) (Figs.9 e 10);
- 5º. Sutura gore-tex® (Fig.11).
- 6º Remoção da sutura após 12 dias (Fig.12)

Estágio da periodontite		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Gravidade	PIC interdental no sítio de maior perda	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronal (<15%)	Terço coronal (15% a 30%)	Se estende ao terço médio ou apical da raiz	Se estende ao terço médio ou apical da raiz
	Perda dentária	Sem perda dentária devido à periodontite		Perda dentária devido a periodontite de ≤4 dentes	Perda dentária devido a periodontite de ≥5 dentes
Complexidade	Local	Profundidade de sondagem máxima ≤4 mm Quase inteiramente perda óssea horizontal	Profundidade de sondagem máxima ≤5 mm Quase inteiramente perda óssea horizontal	Em adição à complexidade do estágio II: Profundidade de sondagem ≥6 mm Perda óssea vertical de ≥3 mm Envolvimento de furca de Grau II ou III Defeito de rebordo moderado	Em adição à complexidade do estágio III: Necessidade de reabilitação complexa devido a: Disfunção mastigatória Trauma oclusal secundário (mobilidade dentária de grau ≥2) Defeito de rebordo grave Colapso de mordida, desvio de mordida, espaçamento de mordida Menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas)
				Extensão e distribuição	Adicionar ao estágio como descritor

Fig. 1. Classificação da periodontite por estágios (gravidade).

Grau da periodontite		Grau A: taxa lenta de progressão	Grau B: taxa moderada de progressão	Grau C: taxa rápida de progressão	
Critério primário	Evidência direta de progressão	Dados longitudinais (perda óssea radiográfica ou PIC)	Evidência de perda ao longo de 5 anos	< 2 mm ao longo de 5 anos	≥ 2 mm ao longo de 5 anos
	Evidência indireta de progressão	% de perda óssea / idade	< 0,25	0,25 a 1,0	> 1,0
Modificadores de grau	Fatores de risco	Fenótipo do caso	Muito acúmulo de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição proporcional com os depósitos de biofilme	A destruição excede o esperado devido ao biofilme: padrões clínicos específicos sugestivos de períodos de progressão rápida e / ou estabelecimento precoce da doença (ex. padrão molar / incisivo; falta de resposta esperada às terapias de controle bacteriano padrões)
		Tabagismo	Não fumantes	Fumante < 10 cigarros / dia	Fumante ≥ 10 cigarros / dia
		Diabetes	Normoglicêmicos / sem diagnóstico de diabetes	HbA1c < 7,0% em pacientes com diabetes	HbA1c ≥ 7,0% em pacientes com diabetes

Fig. 2. Classificação da periodontite por graus (risco de progressão).



Figs. 3 e 4. Situação Radiográfica Inicial.



Fig. 5. Profundidade inicial de sondagem de 9 mm.



Fig. 6. Descolamento mucoperiosteal e limpeza do defeito (RAR).



Fig. 7. Aplicação de Prefgel®.



Fig. 8. Aplicação de gel de proteínas derivadas da matriz do esmalte (EMDOGAIN®) nas raízes expostas.



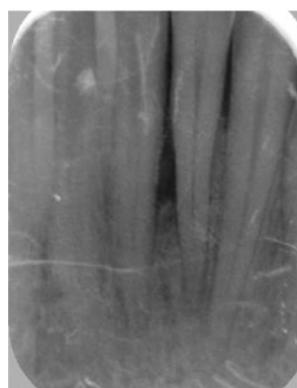
Figs. 9 e 10. Preenchimento do defeito ósseo com hidroxiapatite de origem bovina (BIO-OSS®) e membrana reabsorvível de colagénio porcino (BIO-GIDE®).



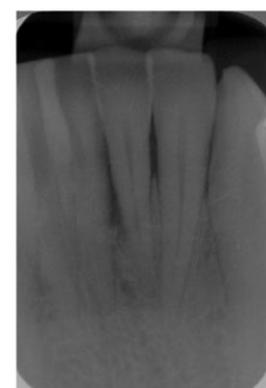
Fig. 11. Sutura gore-tex®.



Fig. 12. Pós-operatório aos 12 dias. Remoção de sutura.



Figs. 13 e 14. *Follow-up* clínico radiográfico aos 6 meses.



Figs. 15 e 16. *Follow-up* clínico radiográfico aos 3 anos.



Figs. 17 e 18. *Follow-up* clínico e radiográfico aos 10 anos.



Fig. 19. Comparação da situação clínica e radiográfica inicial com a de 10 anos de *follow-up*.

Após cicatrização do passo três, uma nova avaliação periodontal foi efetuada, demonstrando a efetividade do tratamento na eliminação de bolsas periodontais ativas.

Posto isto, o paciente entrou na fase de tratamento periodontal de suporte, tendo sido sugeridas consultas de quatro em quatro meses no primeiro ano, passando depois para o acompanhamento de seis em seis meses. Nestas consultas foram efetuadas a remoção supragengival de placa e ainda o reforço em termos de cuidados de higiene oral.

Até à data foram efetuados várias consultas de controlo. As imagens expressam o *follow-up* radiográfico aos 6

meses, três anos e dez anos (Figs. 13 a 18). Nesta altura, pode verificar-se que houve um preenchimento ósseo radiográfico, com uma profundidade de sondagem de 4 mm, sem hemorragia e um ganho clínico de 5 mm de inserção, comparativamente à situação inicial. (Fig. 19). ■

Bibliografia

PAPAPANOU Panos N., et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, 2018, vol. 89, p. 5173-5182

Sanz M, Herrera D, Kebschull M., et al.; On behalf of the EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis—The EFP 53 level

¹ Licenciada em Medicina Dentária pela FMDUP (2000); Pós-graduação em Periodontologia pela FMDUP; Doutorada pela Universidade de Santiago de Compostela; Especialista em Periodontologia pela OMD; Residência clínica 2004-Pericop. P.C. Dr. Myron Nevins-Boston-USA; Curso de cirurgia mucogengival em Harvard 2004-Boston-USA; Diretora clínica da CLINICCA

² Mestrado Integrado em Medicina Dentária pelo IUCS (2017)

Pós-Graduação em Dentisteria Adesiva com Resinas Compostas

clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020;47:4-60.

Loos B.G, Needleman I. Endpoints of active periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):61-71. doi: 10.1111/jcpe.13253. PMID: 31912527; PMCID: PMC7670400.