

## PERIODONTOLOGIA - COMPROMISSO COM A CONSERVAÇÃO

Área da medicina dentária conservadora por excelência, a periodontologia tem seguido um caminho evolutivo de enorme relevância. Auxiliada por novas técnicas e biomateriais, a especialidade tem cada vez mais um papel de destaque na medicina dentária, numa sociedade que procura resultados estéticos e minimamente invasivos



1. O que o levou a enveredar pela periodontologia? Também pratica implantologia?
2. Como tem evoluído a periodontologia e como deverá continuar a evoluir? Qual o seu papel na manutenção dos tratamentos periodontais e de implantes (periimplantite)?
3. A medicina dentária caminha num sentido cada vez mais conservador. O que tem acontecido na periodontologia a este respeito?
4. Além da componente técnica e cirúrgica, qual o papel do paciente para que se obtenham resultados de sucesso. O que faz para aumentar a compliance dos pacientes nos tratamentos?
5. Quais as técnicas/biomateriais e instrumentos tecnológicos que destacaria para esta área?



### Dra. Cátia Íris Gonçalves

Especialista em Periodontologia pela OMD; Licenciada em Medicina Dentária pelo ISCS - N; Grau de Mestre em Periodontologia pela FMDUP; Curso intensivo em Implantologia Oral, 2001; Prática clínica em

Periodontologia desde 2007; Autora de palestras e cursos nacionais.

1. O gosto pela componente cirúrgica e pelo grau de rigor, delicadeza e detalhe que a periodontologia exige. A implantologia está presente na minha prática clínica, mas está remetida para segundo plano.

2. A periodontologia deu um grande salto, quer quantitativo, relativamente ao número de profissionais que a praticam; quer qualitativo, relativamente à sua prática cada vez mais aperfeiçoada e em constante evolução, quer em termos de materiais e instrumental usado, como na técnica microcirúrgica, cada vez menos invasiva e com melhor pós-operatório. Os pacientes estão cientes da responsabilidade desta área, na manutenção da saúde dos dentes e implantes e já procuram, eles mesmos, um periodontologista. A periimplantite é um mundo. Cerca de metade dos adultos sofrem de periodontite crónica, o que os torna possíveis can-

didatos a sofrer de periimplantite. O número de tratamentos de prevenção e intervenção necessários, numa cavidade oral reabilitada desta forma, é ainda mais imperativo. A responsabilidade de os diagnosticar é de todos. Enquanto área médico-dentária (desde a higiene oral a todas as áreas da medicina dentária), estando nas mãos da periodontologia apresentar um plano de tratamento de suporte ou de recuperação da saúde oral o mais eficaz e "patient-friendly" possível.

3. Estamos ainda no começo de uma fase "pós-febri-implantológica", se é que me faço entender. **Todas as áreas têm assistido a um conservadorismo crescente e, na periodontologia, área conservadora por excelência, isso também se reflete.** A magnificação tem tido um papel importantíssimo nessa evolução, é um caminho de um sentido — tratamos aquilo que vemos e, depois de vermos, por exemplo, os tecidos magnificados com mais luz numa cirurgia, nunca mais queremos voltar atrás. Por outro lado, permite-nos um controlo mais fino da manualidade e intervenções muito menos extensas e agressivas. Também os pacientes se têm tornado, ao longo do tempo, mais exigentes relativamente ao pós-operatório e aos resultados cirúrgicos. A consciencialização dos pacientes traz-nos mais procura e mais benefícios, mas mais responsabilidades e mais ambição.

4. Costumo dizer que os médicos dentistas apenas dão um empurrãozinho aos tecidos, no sentido da saúde. O papel do paciente é quase o de médico dele mesmo, no seu dia-a-dia, atuando na prevenção e na manutenção da saúde com os cuidados de higiene apropriados e com o respeito pela regularidade nas consultas. Relativamente ao paciente que foi submetido a uma intervenção periodontal, cerca de 80% do sucesso está nas suas próprias mãos, partindo do princípio que o diagnóstico foi bem elaborado e a técnica cirúrgica bem executada. **Quando uma cirurgia periodontal acontece sem complicações, cabe-nos a nós esclarecer o paciente acerca da minúcia de todos os procedimentos realizados e da delicadeza dos tecidos.** É depois responsabilidade do paciente manter a zona intervencionada livre de resíduos e de traumas mecânicos durante o período de cicatrização (mesmo quando se sente bem e não sente dor), ou perde-se todo o investimento realizado. É aqui, na minha opinião, que reside uma das dificuldades desta área: envolver o paciente no cumprimento de certos requisitos (não falar, não ingerir sólidos) de forma consciente, uma vez que, muitas vezes, as intervenções são pequenas e praticamente não apresentam sintomatologia pós-operatória dolorosa. Sou muito persistente nesta fase. Desde folhas impressas de cuidados pós-operatórios com sublinhados a **bold** até repetir incessantemente o número de dias em que não podem falar, ou aplicar o gel tópico.

5. O que me parece, atualmente, ser mais impactante na

periodontologia é, para além da magnificação, a "democratização" crescente de biomateriais ao nosso dispor. Há para todos os bolsos, gostos e aplicações. Desde a impressão 3D até aos já utilizados particulados e membranas para regeneração de tecidos moles e duros, o futuro é promissor: praticamente estamos a conseguir reconstruir todos os tecidos moles e duros necessários à manutenção dos dentes ou implantes com eficácia suficiente e previsível para podermos propor aos pacientes, conscientemente, planos de tratamento que há 10 anos eram algo distantes e futuristas. Gosto muito da evolução tecnológica que verifico, mas sem esquecer que a mão e os olhos humanos são sagrados — na capacidade para transmitir energia, na sensação tátil, percepção intuitiva do que fazer em situação de imprevisto, ou julgamento estético. Temos que encarar todas estas ferramentas como coadjuvantes do nosso trabalho, mas sem entrar em "febres tecnológicas" puristas. A nossa emoção, o saber, o juízo, empenho e trabalho manual fazem a diferença.



### Prof. Doutora Célia Coutinho Alves

*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; Professora Auxiliar Convidada de Periodontologia na Universidade Católica -Viseu; Diretora clínica da CLINICCA*

1. Durante o meu sexto ano de curso, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP), surgiu a oportunidade de seguir mais de perto as aulas clínicas e cirurgias da primeira pós-graduação de periodontologia, inaugurada no letivo de 1999/2000, tendo começado a despartar para esta área que, à data, estava um pouco descreditada juntos dos alunos, colegas e mesmo dos pacientes. Era uma área à qual antevia um potencial enorme, onde começavam a surgir resultados de investigações científicas sérias na sua vertente mais cirúrgica. Além disso, a componente cirúrgica "delicada" da periodontologia aliciava-me. O facto de obrigar a falar muito com o paciente, a observá-lo como um todo e relacioná-lo de um ponto de vista sistémico, bem como ter de ganhar a sua confiança para mudar rotinas e comportamentos, também era aliciante e, ao mesmo tempo, exigente. Há quem diga que é a área mais médica de toda a medicina dentária, nesta perspetiva, mas eu encaro-a sobretudo como o grande pilar do tratamento e reabilitação oral, quer no contexto da saúde periodontal quer no da estética gengival. **Quando este pilar já não consegue salvar dentes então volto-me para os implantes, sempre e só como alternativa. A primeira opção é sempre salvar dentes.**

2. Considero que a periodontologia tem evoluído muito, sobretudo em duas frentes: na previsibilidade dos tratamentos e na menor invisibilidade dos mesmos. As técnicas que utilizamos, os instrumentos, os materiais, tornam atualmente o tratamento das periodontites previsível. Hoje a regene-

ração periodontal é uma realidade, altera o prognóstico de dentes, salva-os e mantém-nos na arcada por muitos anos o que, possivelmente em 2000, quando iniciei a minha pós-graduação em periodontologia, não era tão verdade. Estava ao alcance de poucas mãos iluminadas que manipulavam membranas e materiais exigentes e com resultados bons, mas pouco reproduzíveis. **A periimplantite é uma entidade muito mais difícil de tratar do que a periodontite. O primeiro tratamento é a prevenção.** Admito que quem vem da periodontologia respeita os tecidos moles e duros e se preocupa com a sua reconstrução/ preservação de uma forma mais atenta. Isto pode significar implantes conscienciosamente colocados, mas não significa ausência de periimplantes. As ferramentas que a periodontologia proporciona permitem primeiro trabalhar no sentido da melhor colocação possível do implante, bem como a sua intervenção imediata face à periimplantite com correção de gengiva aderida ou tentativa de regeneração óssea. Quanto mais cedo se detetar a periimplantite e mais cedo se iniciar o tratamento, mais probabilidade existe de travar o processo.

3. A periodontologia é por si só a ciência de "conservar" os dentes, de os manter na arcada. A medicina dentária é cada vez menos extracionista e tal deve-se, maioritariamente, ao avanço na previsibilidade das técnicas de tratamento periodontal. A comunidade científica é cada vez mais cautelosa no que respeita a estratégias reabilitadoras muito invasivas e de fim de linha, pois quando a última opção de tratamento é proposta como a primeira, podemos estar a mutilar e/ou condicionar possíveis opções de tratamentos futuras. Assim, a conservação e manutenção de dentes na arcada, seja por mais cinco, 10 ou 15, anos, pode significar adiar uma periimplantite mais cinco, 10 ou 15 anos e isso, à luz do conhecimento atual, é uma questão a considerar. A periodontologia é também mais conservadora na perspetiva do "minimamente invasivo", reduzindo o dano, as incisões, o diâmetro dos fios de sutura ao mínimo.

4. O papel do paciente é o de cúmplice. Ou rema conosco ou rema contra nós e contra os resultados do nosso empenho sobre o seu tratamento. Esta noção tem de estar claríssima e o paciente deve ser responsabilizado pela parte que não cumpre. Controlo da higiene oral, de situações sistémicas com influência sobre a evolução da doença periodontal como a diabetes, ou tabaco, são hábitos ou rotinas que o paciente pode ter de alterar em favor dos seus dentes. É nosso dever explicar e dar oportunidade para ver essa alteração de comportamentos em favor do seu tratamento. Se não houver, há que responsabilizar, dar nova oportunidade, insistir, mas saber até quando o nosso esforço vai ser valorizado. Se este não é valorizado, também é preciso então saber dizer "não". Enquanto o paciente não cumprir com a sua parte do tratamento, não continuaremos a tratá-lo, se ele não mostra sinais claros de que quer ser tratado. O que faz aumentar a *compliance* dos pacientes aos tratamentos é uma boa informação, um bom diagnóstico, um bom plano de tratamento e uma boa execução desse plano. Assim que o paciente percebe a nossa motivação ao tratá-lo, ele ficará motivado para nos ajudar a ajudá-lo.

5. **Técnicas**- são muitas e difíceis de destacar. Diria que em geral é o respeito pelos tecidos a "técnica" principal. "Be-

*gentle with the tissues and they will be gentle with you"* é uma máxima que fui aprendendo no dia a dia e que tento pôr em prática independentemente do procedimento que esteja a realizar. **Biomateriais**- se tiver que destacar algum tenho de destacar o gel de proteínas derivadas da matriz de esmalte que é um produto biológico ímpar e com resultados na regeneração periodontal e cirurgia plástica de recobrimento muito importantes. **Instrumentos tecnológicos**- as lupas de magnificação são uma ajuda tremenda no controlo do nosso trabalho e ajudam-nos a trabalhar com microlâminas e microinstrumentos essenciais à prática duma periodontologia atual e minimamente invasiva.



### Dr. Gonçalo Assis

*Mestrado Integrado em Medicina Dentária pela FMDUL; Especialista em Periodontologia pela OMD; Docente convidado da Pós-graduação em Periodontologia do ISCSEM; Residência clínica "Program in periodontology and implant dentistry" na Harvard School of Dental Medicine / Institute for Advanced Dental Studies (IADS); Curso "Treatment of periodontal disease and implant therapy" pelo IADS (Boston, EUA)*

1. Sempre tive um fascínio pela parte técnica da periodontologia. A microcirurgia, o detalhe e o desafio constante foram os fatores que me deram a energia inicial para enveredar por esta área. Quando me formei, muitos colegas diziam que dali a quatro ou cinco anos estaria farto da medicina dentária, pela natureza repetitiva de muitos atos, pelo que encontrar uma área em que me pudesse desenvolver e que me proporcionasse a certeza de que o meu dia-a-dia profissional não cairia na monotonia ao longo da minha carreira foi um grande contributo para desenvolver o meu interesse. Existe ainda outro momento posterior que me marcou no início da minha formação e mudou a minha forma de pensar a medicina dentária e abraçar a periodontologia em definitivo: um dos meus mestres apresentou-me um doente dele, tratada com uma regeneração periodontal num dente com prognóstico periodontal no mínimo questionável, e que à data tinha 40 anos de sucesso. Saber que a possibilidade de ser conservador também com os doentes que me procuravam é ser uma real alternativa a uma medicina dentária mais destrutiva motivou-me. Considero que as inúmeras decisões que tomamos quando formulamos os nossos planos de tratamento advêm de uma determinada conceção filosófica da medicina dentária, assente em princípios éticos, e que varia entre todos de acordo com a formação que tivemos, com o que conhecemos e com o que vivemos no nosso dia a dia clínico. A minha paixão pela periodontologia advém do meu gosto por poder ajudar a conservar. Os tratamentos periodontais cirúrgicos, a cirurgia plástica periodontal, por nos ajudarem a preservar a biologia, sempre foram muito estimulantes.

Os implantes dentários surgem como alternativas cirúrgicas de reabilitação dos dentes entretanto perdidos, ou quando estes estão fora do espectro do que conseguimos realizar em conjunto com outras áreas, como a endodontia e a prosodontia, para preservar um dente. A cirurgia dento-alveolar realizada no tratamento periodontal compreende técnicas e

princípios cirúrgicos de manipulação do periodonto que são transponíveis para a cirurgia de implantes. Para mim, e para muitos, por razões de integração da reabilitação no plano de tratamento periodontal e pelas semelhanças cirúrgicas, a periodontologia e a implantologia são áreas indissociáveis e que naturalmente também pratico.

2. A periodontologia é uma área muito antiga, mesmo que em Portugal tenha tido um desenvolvimento generalizado mais recente. Essa geração habituou-se a ver nos tratamentos periodontais a única forma de permitir ao doente a manutenção da função e da estética, através da manutenção dos dentes naturais. Na altura, amputações radiculares, hemisseções e tunelizações eram a última linha de tratamento.

Com o advento dos implantes, passámos a um período em que a periodontologia conservadora foi relegada para segundo plano, dado que as peças dentárias mais comprometidas seriam substituídas por implantes. A crença de que os implantes eram imunes a insucessos era generalizada na altura. Muitos consideram a periimplantite uma fatalidade desencadeada por fatores inerentes ao próprio doente e mais fora do nosso alcance, mas julgo que a tendência no futuro será a de termos menos periimplantites. Isto, à medida que vamos sabendo mais sobre os tecidos moles periimplantares, que a macrogeometria dos implantes e das suas conexões são melhoradas e tornadas biologicamente mais versáteis, que percebemos cada vez mais sobre a integração dos materiais dos pilares e os tecidos moles, e que entendemos as reabsorções ósseas marginais como local de acumulação preferencial de biofilme, com as suas consequências biológicas, e que vamos aprendendo como evitá-las. **Existe ainda muito para otimizar nos sistemas de implantes a uma escala macro quando os nossos tratamentos das periimplantites estão desenhados para resolver o problema a uma escala micro, podendo não responder à verdadeira causa da periimplantite, e isso pode levar-nos a resultados pouco previsíveis.** O facto de o implante não ser um elemento biológico e sim artificial, e o desenvolvimento de sistemas de explantação cada vez mais conservadores, pode tornar tentadora a opção de substituir o implante como primeira opção, pelo que o desafio dos tratamentos periimplantares é o de alcançarem uma previsibilidade equivalente.

Não podemos esquecer que a periodontologia afirma-se este ano como especialidade e que conta, na minha opinião, com um conjunto muito interessante de profissionais desta área que, espalhados pelo país e atuando em conjunto e de forma integrada, poderão ajudar a mudar em muito o paradigma de saúde oral da população.

3. A medicina dentária caminha de facto para um patamar de conservadorismo sem precedentes. Cada vez há mais interesse não só relativamente à manutenção de dentes, mas também à adoção de técnicas menos invasivas, mais previsíveis e confortáveis para os pacientes, do ponto de vista da sua recuperação pós-operatória. Também a periodontologia viu integrada no seu seio uma forte componente de reabilitação com implantes aquando do seu advento. **Os implantes nunca servirão para substituir dentes que poderiam ser reabilitados de outra forma**, mas antes como recurso para reabilitar espaços edêntulos e dentes com mau prognóstico. Melhor que recuperar a anatomia per-

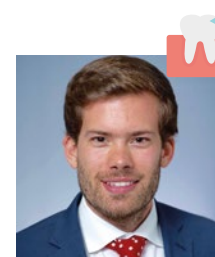
didada é não a perder. Essa atitude perante a biologia está no ADN da periodontologia e não será diferente no futuro. Têm existido avanços a nível técnico, com o aprofundamento de princípios microcirúrgicos que aumentam de facto a previsibilidade dos nossos procedimentos, mas também a nível dos biomateriais, que nos têm permitido manter cada vez mais dentes, em condições cada vez piores. O verdadeiro desafio será desenvolver conhecimento neste sentido. Mas o mérito é não só da periodontologia, que tem um papel central nesta alteração de consciências, visto que se assiste a uma generalização de desenvolvimentos recentes noutras áreas. Na endodontia ouvimos falar em instrumentação canalar menos agressiva do ponto de vista da manutenção da dentina radicular, bem como em acessos coronários cada vez mais conservadores. Na prostodontia, também o biomimetismo e os preparos minimamente invasivos ditam o tom.



4. A suscetibilidade desta geração de implantes dentários a problemas inflamatórios é enorme e aqui a implantologia deve vir beber à periodontologia algum *know-how* de gestão emocional e *compliance* dos doentes relativamente à adoção de consultas de manutenção e técnicas de higiene oral. Não existirá sucesso na globalidade dos tratamentos, e a longo prazo, sem uma boa manutenção. Esta não pode estar apenas alocada ao doente, já que existe manutenção a realizar *in-office*, quer cirúrgica quer prostodôntica, através da monitorização da saúde periimplantar, atuando precocemente em caso de doença, e através da monitorização da oclusão, fluída e variável, ao longo do tempo. Nessa ótica, vejo com muita preocupação o encerramento sucessivo de cursos de higiene oral pelo país, quando estes profissionais podem ser os mais habilitados a operar parte dessa manutenção. A questão da *compliance* é absolutamente central. **Poucas áreas existirão em que o sucesso de um tratamento depende de forma tão profunda da colaboração do doente quanto no tratamento periodontal.** Essa motivação dos pacientes para o tratamento periodontal, alterando hábitos muitas vezes de décadas, e mexendo com rotinas e com o tempo disponível, é bastante complexa e desafiante. É fundamental relevar de que forma é que a colaboração do doente contribui para o sucesso do tratamento, como se processa esse tratamento, e que resultados são expectáveis

em cada uma das fases que o integram. Iremos certamente desiludir e perder a colaboração do paciente se propusermos objetivos terapêuticos impossíveis de alcançar, pelo que essa gestão de expectativas é central. Como materiais didáticos, recorro a uma apresentação de explicação da doença periodontal (que os médicos dentistas podem encontrar em [www.goncaloassis.com](http://www.goncaloassis.com) e usar com os seus paciente) e faço um periodontograma completo que permite ao doente visualizar a sua situação particular e definir um plano de tratamento periodontal desde cedo.

5. Hoje em dia a indústria é mais persuasiva que nunca e procura incutir-nos a ideia de que determinado procedimento só resulta com "aquele" instrumento ou "aquele" biomaterial, quando a periodontologia clássica, mesmo na sua vertente regenerativa, já era eficaz antes do aparecimento desta tecnologia/biomateriais. Prefiro centralizar o papel da seleção do doente e da história médica, bem como da obediência a um bom diagnóstico e uma boa fase higiénica previamente a qualquer tratamento cirúrgico, bem como cumprimento de princípios cirúrgicos básicos com favorecimento da estabilidade do coágulo e uma boa sutura, suportados em regimes de manutenção completos e escrupulosamente cumpridos. Esses são parte dos fatores críticos de sucesso. Quanto aos biomateriais, aqueles que já funcionavam bem antes na cirurgia periodontal regenerativa, continuam a ver aumentar o seu número de publicações e a evidência científica que os sustenta, e os que funcionavam mal vão progressivamente sendo descontinuados. Continuamos com o desafio de encontrar um substituto para a enxertia de tecidos moles autólogos e não creio que devamos sacrificar os excelentes resultados e previsibilidade a longo prazo das técnicas atuais, em favor de técnicas alternativas, cujo benefício é o de poupar a existência de uma zona cirúrgica dadora intraoral em nome de um bom pós-operatório. Não devemos, porém, esquecer que este é perfeitamente controlável com uma técnica cirúrgica cuidada e bons cuidados pós-operatórios. Se tivesse que destacar uma técnica, é importante relevar o papel que a ampliação e os princípios de microcirurgia têm, porque elevam a um nível muito alto o cumprimento de princípios cirúrgicos básicos. A boa visualização, iluminação e manipulação pouco traumática dos tecidos, sem dúvida potenciam o nosso sucesso. Esse é o motivo para o seu sucesso generalizado, não só na periodontologia moderna, mas também em áreas médico-cirúrgicas fora da medicina dentária.



**Dr. Gonçalo Caramês**

Médico Dentista pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; Especialização em Periodontologia e Implantes pela University of Southern California (2015-2018); Master of Science in Craniofacial Biology pela University of Southern California (2016-2018); Membro da American Academy of Periodontology, Academy of Osseointegration e Western Society of Periodontology; Prática privada exclusiva no Instituto de Implantologia®

1. Sempre gostei muito de medicina e cirurgia. Acredito que o meu interesse pela periodontologia tenha vindo da

combinação destes dois interesses. A periodontologia é uma área que consegue conciliar a componente médica no tratamento de uma doença que está entre as mais prevalentes na população humana, a doença periodontal, com a componente cirúrgica, que envolve normalmente vários procedimentos. A cirurgia ressetiva, regenerativa, mucogengival e a implantologia integram este processo. No meu dia a dia pratico periodontologia e implantologia.

2. Identificaria como o grande desafio da periodontologia no futuro o tratamento das doenças periimplantares. **A periimplantite é bastante mais complicada de controlar do que a doença periodontal, por razões biológicas e por, em muitos casos, ter uma etiologia multifatorial.** Com o aumento da esperança de vida e pelo facto de cada vez se colocarem mais implantes, não tenho dúvida de que a incidência e prevalência aumentarão. Por isso mesmo, a aposta na prevenção é essencial e passa pela redução dos fatores de risco.

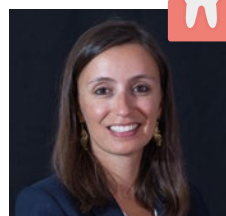


3. A periodontologia sempre teve, ao longo do tempo, uma abordagem muito conservadora, na minha perspetiva. Está centrada na obtenção de dois objetivos muito simples, mas simultaneamente complicados de alcançar: controlar a inflamação inerente às doenças periodontais e periimplantares e a consequente manutenção dos dentes/implantes na cavidade oral dos pacientes. Idealmente, o tratamento seria sempre conservador, mas infelizmente sabemos que nem sempre é possível essa abordagem, principalmente nos casos de periimplantite, em que mesmo com tratamentos mais invasivos os resultados, muitas vezes, não são satisfatórios.

4. A compliance do paciente é um fator determinante no sucesso do tratamento periodontal. Se compararmos a população portuguesa com a população escandinava ou americana verificamos que a compliance é completamente diferente. Assim, **julgo que ainda existe um longo caminho a percorrer no sentido de educar a população portuguesa relativamente à importância da saúde oral.** É irrealista julgar que num paciente fumador com periodontite severa e com má higiene oral, a extração dos dentes e a colocação de

implantes resolverá o problema. A curto prazo talvez, mas a longo prazo os problemas surgirão se o paciente não se consciencializar de que os seus hábitos têm que mudar.

5. Eu destacaria a técnica VISTA para o tratamento de recessões gengivais múltiplas e o LPRF. A técnica VISTA é uma técnica de tunelização desenvolvida na University of Southern California, que permite, em apenas uma cirurgia, recobrir uma arcada dentária completa, mesmo em casos mais desfavoráveis com perda óssea interproximal, ou em casos de raízes proeminentes e vestibularizadas. O L-PRF na medida em que melhora consideravelmente a cicatrização dos tecidos moles e reduz o desconforto pós-operatório para o paciente. São duas técnicas inovadoras, muito utilizadas nos EUA, que têm apresentado bons resultados e me parecem muito promissoras.



## Prof. Doutora Helena Francisco

*Licenciada em Medicina Dentária pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCS), (2005); Pós-graduação em Periodontologia e Implantologia pela New York University College of Dentistry, New York - USA, (2005-2008); Mestrado em Medicina Dentária pela Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL) (2009); Doutoramento em Medicina Dentária pela FMDUL em 2016; Professora Auxiliar do Departamento de Cirurgia Oral e Implantologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa;*

1. Desde que era aluna na faculdade que tive uma grande apetência pelas áreas cirúrgicas da medicina dentária e em especial pela periodontologia. Quando estava a acabar o curso existia excesso de médicos dentistas no país. Senti a necessidade de me especializar e a periodontologia estava no topo da lista. Decidi ir para os EUA, para a New York University. Durante o meu primeiro ano tive contacto com referências internacionais, não só na área da periodontologia, como também da implantologia. A minha paixão pela implantologia surgiu também quando me encontrava nos EUA, muito graças a uma referência na área, o Dr. Dennis Tarnow. Acabei por ficar três anos a estudar em Nova Iorque, diferenciando-me em periodontologia e implantes.

2. A periodontologia assume um papel essencial no diagnóstico e tratamento de doenças periodontais e periimplantares, assim como na sua prevenção. É hoje uma especialidade da medicina dentária, fortemente impulsionada pelos novos materiais e técnicas, que têm permitido ir muito mais além na prevenção e tratamento dos pacientes. Tenho a certeza que esse papel evoluirá muito no futuro, através das novas tecnologias regenerativas, permitindo a recuperação da anatomia perdida.

3. A periodontologia tem acompanhado este trajeto conservador da medicina dentária. Atualmente preconizam-se cirurgias minimamente invasivas, que permitem recuperar parte ou, em certos casos, a totalidade da anatomia perdida. A utilização de técnicas de *tunneling*

para recobrimento radicular, utilização de biomateriais que permitem substituir o tecido conjuntivo, diminuindo a morbidade, assim como a utilização de instrumentos microcirúrgicos, vieram não só simplificar os tratamentos, mas também ajudar o clínico a lidar com as expectativas cada vez mais elevadas dos nossos doentes. **A cirurgia periodontal regenerativa com a utilização de substitutos ósseos e outros biomateriais permite evitar cirurgias mais extensas e obter resultados clínicos mais satisfatórios.** Os biomateriais têm evoluído muito e continuam a evoluir. Acredito que as técnicas cirúrgicas também vão continuar a evoluir no sentido de termos resultados cada vez melhores.

4. O paciente tem um papel essencial no sucesso do tratamento periodontal. Acima de tudo, a consciencialização da doença e a motivação constituem o melhor método para aumentar a *compliance* dos pacientes.

5. A nível de técnicas, destacaria a regeneração óssea guiada, na qual um biomaterial, nomeadamente um xenoenxerto, é associado a uma barreira, uma membrana de colagénio. São biomateriais com elevada previsibilidade e uma vasta documentação na literatura científica. A nível dos instrumentos tecnológicos realçaria a utilização de *scanners* intraorais, que podem auxiliar-nos não só a nível do planeamento multidisciplinar, como também no *follow-up* de pacientes que foram, por exemplo, submetidos a cirurgia de enxerto ósseo ou de manipulação de tecidos moles.



## Dra. Helena Rebelo

*Licenciatura em Medicina Dentária na FMDUL (1988); "Magister Universitario" em Periodontologia - Universidade Complutense de Madrid (1991); Assistente Convidada - Especialização em Periodontologia e Implantes da FMDUL; Especialista em Periodontologia pela OMD; Atividade clínica limitada à periodontologia e cirurgia de implantes*

1. A periodontologia foi, desde sempre, a área da medicina dentária a que me quis dedicar. Sempre considerei tratar-se da área que alia uma perspetiva médica na abordagem das doenças a várias técnicas cirúrgicas e, para além disso, considero ser das áreas mais fundamentadas em investigação científica e que mais respeita a biologia. A periodontologia é uma área que se dedica aos tecidos que envolvem e suportam os dentes e, naturalmente, também os seus substitutos, os implantes. Para mim a "implantologia" não é uma área – é uma cirurgia e reabilitação protética. Assim, dentro da reabilitação com implantes, sempre me dediquei aos procedimentos cirúrgicos e à manutenção da saúde/tratamento das doenças dos tecidos periimplantares. A periodontologia sempre estudou a biologia óssea e a maioria das técnicas de regeneração óssea são uma evolução das de regeneração periodontal.

2. A periodontologia tem evoluído, desde a década de 70 do século passado, sempre no sentido manter os dentes, mesmo que afetados por periodontite grave e com um suporte remanescente reduzido. Hoje a tendência preva-

lece, com tratamentos regenerativos mais eficazes. Outro aspeto importante da periodontologia atual resulta do conhecimento que existe sobre as ligações entre a patologia periodontal e diversas doenças sistémicas. Com efeito, **existe cada vez mais evidência científica que suporta o conceito de que a inflamação periodontal se correlaciona com a inflamação sistémica**, tornando a periodontologia uma área cada vez mais médica, e o tratamento das periodontites num elemento indispensável para a promoção da saúde geral da população. A periodontite e a periimplantite, ainda que tenham importantes características comuns (nomeadamente no que diz respeito a fatores etiológico e de risco), são doenças muito diferentes: a superfície dos implantes afetados por periimplantite é totalmente diferente da superfície radicular. A ausência de ligamento periodontal tem consequências importantes na fisiopatologia da doença e nas hipóteses de tratamento. **A grande maioria das periodontites é controlável, a longo prazo, mesmo em casos avançados. O mesmo não acontece ainda, hoje, com as periimplantites, onde é muito difícil deter o processo destrutivo e onde a tendência à recidiva é muito elevada.** Assim, no caso de doentes a reabilitar com implantes, é fundamental o compromisso prévio com um controlo do biofilme bacteriano eficaz (desde que o desenho da prótese o permita) e com um programa de monitorização profissional regular, para prevenir o desenvolvimento da periimplantite.

**3.** Por um lado, no sentido de os tratamentos periodontais serem cada vez mais eficazes e permitirem preservar a dentição natural, mesmo em casos avançados de periodontite, com saúde, função e uma estética aceitável.

Por outro lado, a cirurgia minimamente invasiva é uma das principais evoluções técnicas na abordagem, quer da regeneração periodontal, quer da correção de defeitos plásticos dos tecidos periodontais. Hoje em dia conseguem-se resultados espetaculares quando os tratamentos são efetuados com técnicas de microcirurgia, recorrendo a lupas cirúrgicas.

**4.** O que se passa com o tratamento das periodontites passa-se com o tratamento de muitas outras doenças crónicas: a compreensão da situação por parte do paciente, valorização da sua saúde e o conhecimento das diferentes etapas do tratamento (fase ativa e de manutenção) são indispensáveis antes de se iniciar o tratamento. Em 2013, Leroy Hood definiu o conceito médico P4 (personalizado, preditivo, preventivo e participativo), atualmente já aplicado à oncologia mas que faz todo o sentido no que diz respeito a todas as doenças inflamatórias, nomeadamente para as periodontites.

**5.** Destacaria as abordagens cirúrgicas minimamente invasivas. Estas permitem, no caso do tratamento das lesões de periodontite, uma tal estabilização do coágulo que praticamente dispensam a utilização de materiais regenerativos. Dentro do âmbito da regeneração óssea, relacionada com a reabilitação oral com implantes, creio que o grande salto evolutivo será dado quando a utilização de proteínas morfogenéticas for uma realidade na clínica, permitindo a correção de defeitos ósseos verticais e, quem sabe, a reosteointegração de implantes afetados por periimplantite.



**Dr. Miguel de Melo Costa**

*Licenciado em Medicina Dentária pela Fac. de Medicina da Universidade de Coimbra; Especialista em Periodontologia; Investigador no Centro de Investigação em Ciências da Saúde, UBI; Aluno de doutoramento em Biomedicina, UBI; Diploma universitário em Periodontologia pela Universidade Complutense de Madrid; Diploma Universitário em Aplicaciones clínicas de la modificación tisular en implantología pela Universidade Complutense de Madrid; Advanced surgical curriculum in regenerative implant dentistry, University of Szeged*

**1.** O gosto pela periodontologia começou ainda na Faculdade, em Coimbra, pela mão do Dr. Jorge Ermida com quem dei os primeiros passos nesta área. O seu gosto pela disciplina e as suas “mãos” criteriosas levaram a que me entusiasmasse principalmente pela cirurgia plástica periodontal que ainda hoje é o que mais me fascina na periodontologia. A implantologia surgiu naturalmente. As formações que frequentei abordavam também esta área.

**2.** A evolução da periodontologia prende-se essencialmente com tratamentos mais conservadores, técnicas minimamente invasivas, sempre com uma forte componente biológica. O papel da periodontologia no tratamento da periimplantite é fundamental, não só na sua prevenção (técnicas de manipulação de tecidos moles ao redor dos implantes, tratamento de problemas periodontais de dentes adjacentes, motivação e instrução higiénica), como no seu tratamento.

**3.** Considero que todas as áreas, sem exceção, caminham nesse sentido. A ideia de que os implantes seriam melhores que os dentes já foi há muito abandonada. Neste momento a medicina dentária em Portugal anda um pouco à deriva, mas todos os profissionais com sentido ético da sua profissão tendem a realizar tratamentos menos radicais, que visam obter os melhores resultados para os seus pacientes.

**4.** A nossa profissão está sujeita a uma série de variáveis que são difíceis de controlar, sendo o paciente a mais imprevisível. A escolha de bons materiais, o domínio das técnicas, um bom diagnóstico e um bom planeamento nem sempre são suficientes para garantir o sucesso dos nossos tratamentos. Destacaria como principal fator para uma boa *compliance* dos pacientes o fornecimento detalhado de todo o processo de reabilitação. Muitas vezes as ações menos corretas por eles praticadas são fruto do desconhecimento. **Evitar consultas curtas, repetir várias vezes os pontos que queremos reforçar e tentar perceber as motivações dos pacientes é fundamental para o sucesso.** Outro fator determinante e muito complicado é tentar perceber que pacientes são ou não candidatos a determinados tipos de tratamento.

**5.** Nesta área há tantas técnicas e materiais que é difícil nomear alguns. Destacaria como uma grande melhoria para o meu dia a dia a magnificação (lupas e microscópio) e todo o material de microcirurgia que foi adaptado para a medicina dentária. Permite realizar tratamentos menos invasivos, com menor morbilidade e com muito melhor prognóstico.



**Prof. Doutor Orlando Martins**

*Especialista em Periodontologia (OMD); Docente de Periodontologia da Área de Medicina Dentária da FMUC; Mestrado em Patologia Experimental pela FMUC; Doutoramento em Periodontologia pela FMUC;*

*Vice-Presidente da “Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes”*

**1.** Desde cedo tive uma paixão pela periodontologia. Sempre me fascinou a forma como se relaciona com as restantes áreas da medicina dentária e com a saúde em geral. Em paralelo, sempre adorei a componente cirúrgica, mais “delicada” da periodontologia, que pretende devolver ou criar uma estética/função importantíssima para o paciente. Transmitir e criar condições para que o paciente compreenda o que tem e daí partir para a obrigatoriedade de participar no tratamento foi outro fator. Contudo, este fator representa um autêntico desafio.

Mais tarde surgiu a implantologia. Não fazia sentido dedicar-me à implantologia sem compreender adequadamente os tecidos que suportam os implantes. Acredito que apenas assim sou capaz de fornecer um melhor tratamento aos pacientes que me procuram.



**2.** A periodontologia tem evoluído principalmente em três frentes: a) no maior e mais consolidado conhecimento da sua relação com a saúde em geral; b) no avanço de técnicas cirúrgicas; e c) no enorme contributo para o conhecimento das doenças periimplantares, nomeadamente a periimplantite. A periodontite severa é a sexta patologia mais prevalente no mundo, tendo a doença periodontal tido um incremento de 57,3% entre 1990 e 2010. Sabe-se igualmente que a periodontite é uma patologia crónica não-transmissível que partilha fatores de risco com outras patologias que causam 2/3 das mortes, tais como patologia cardíaca, diabetes, cancro e doenças respiratórias crónicas. É com base neste incremento de conhecimento que, quando transmitido à população e aos responsáveis políticos, aumentamos a literacia dos mesmos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida e mesmo a

despesa pública na área da saúde. A prevenção é a chave para a saúde oral. Simultaneamente, fruto da existência de pacientes cada vez mais exigentes, **as técnicas cirúrgicas utilizadas principalmente na cirurgia plástica periodontal têm evoluído no sentido de permitirem a obtenção de melhores resultados estéticos, mais previsíveis e com menor morbidade.** Paralelamente, as técnicas regenerativas permitem a manutenção de dentes durante mais tempo em condições de proporcionarem uma correta função e assim aumentam a qualidade de vida. A periimplantite teve um surgimento quase “explosivo” na prática clínica diária. Colocam-se globalmente mais de 12 milhões de implantes/ano e a prevalência desta patologia ronda os 20%. Fruto de alguma semelhança com a periodontite, a periodontologia tem sido fundamental no contributo para o conhecimento sobre a etiologia, patogénese e tratamento desta patologia. Contudo, também aqui a prevenção é a chave. Cabe ao médico dentista determinar um plano de manutenção correto para cada paciente reabilitado com implantes. O paciente deve ser informado, consciencializado e responsabilizado por essa manutenção pois o sucesso do tratamento passa pela sua adesão ao mesmo. É isso que o paciente deve compreender. Na área de medicina dentária da FMUC damos uma enorme importância a esta patologia há mais de 10 anos. Temos contribuído a nível nacional e internacional com vários trabalhos de investigação pré-clínica e clínica e atualmente trabalhamos com alguns centros europeus, não só na periimplantite, como também na periodontite. Temos uma consulta integrada na periodontologia, onde recebemos pacientes reencaminhados por qualquer colega para auxiliar na resolução da periimplantite.

A saúde oral, quer seja uma situação de periodontite quer periimplantite, assenta na prevenção. Após diagnosticada e tratada, é fundamental que o paciente compreenda que a manutenção fará parte da sua vida.

**3.** A periodontologia é uma área conservadora. Talvez a mais conservadora de toda a medicina dentária, entrando por vezes em disputa com outras áreas. Como resultado da utilização de técnicas cirúrgicas e materiais cirúrgicos mais eficientes é possível manter os dentes em função durante mais anos. **Atualmente temos vários estudos científicos que apontam para a preservação de dentes sujeitos a tratamento periodontal, a cirurgias periodontais regenerativas ou ressetivas durante mais de 25 anos.** Obviamente que a terapia periodontal de manutenção é fundamental para estes resultados mas esta abordagem permite que o paciente tenha uma adequada qualidade de vida durante mais tempo. Em 2011, a Academia Americana de Periodontologia lançou *guidelines* onde indica que pacientes com a forma moderada a severa de periodontite, ou outros casos mais complexos, devem ser avaliados/tratados pelo médico dentista generalista e periodontologista. Quanto maior for a *expertise* numa determinada área, maior será o meu sucesso e, nesse sentido, podemos obter melhores resultados.

Apesar dos avanços tecnológicos, melhores instrumentos e novas técnicas, **o sucesso do tratamento periodontal continua a depender do controlo da placa bacteriana e de uma correta terapia de manutenção.**

**4.** O paciente tem “o papel central” na obtenção do sucesso a médio-longo termo. Costumo dizer que o sucesso do tratamento começa muito antes da cirurgia. Logo numa fase inicial, é preciso avaliar as expectativas do paciente e a sua capacidade de *compliance*. Pode parecer que temos um paciente muito dedicado, mas se nas consultas seguintes o controlo da placa bacteriana não estiver bem temos que voltar a instruir.

Na minha prática clínica utilizo muito a fotografia, vídeos e panfletos. Numa primeira consulta fotografo e, muitas vezes, aplico revelador de placa bacteriana. Realizo a instrução verbalmente e utilizo muito o material didático disponível no site da Federação Europeia de Periodontologia ([www.efp.org](http://www.efp.org)) e da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes ([www.sppi.pt](http://www.sppi.pt)). Utilizo também material desenvolvido por mim. Por vezes coloco os meus pacientes a escovar os dentes, passar fio dentário ou escovilhões durante a consulta. É extremamente didático e apercebemo-nos de possíveis dificuldades. Nas consultas seguintes volto a fotografar e mostro aos meus pacientes o antes e o depois. É uma forma de os responsabilizar, pois as imagens não enganam.



**5.** As novas técnicas cirúrgicas utilizadas para cirurgia periodontal plástica, como a de Retalho Reposicionamento Coronário Modificado ou a Técnica de Tunelização, têm já evidência científica a corroborar a sua utilização. A *Minimally Invisive Periodontal Surgery* já é uma mais-valia na cirurgia periodontal. A periodontologia tem beneficiado bastante da investigação nos materiais regenerativos, principalmente os xenoenxertos. Também as membranas e agentes biológicos têm contribuído bastante para um sucesso cada vez maior com vários laboratórios a investir em investigação, fundamental para que clínicos cada vez mais informados e *evidence-based* adiram aos mesmos. Estou bastante curioso quanto a novas gerações de concentrados plaquetares. Tenho participado também no desenvolvimento de alguns projetos cujos resultados deverão ser apresentados em breve. Nos instrumentos existem instrumentos de cirurgia, principalmente microcirurgia, fantásticos e que nos permitem obter excelentes resultados. Por fim destaco os apa-

relhos de magnificação que têm evoluído bastante e que são atualmente essenciais em alguns tipos de cirurgia.



**Prof. Doutor Paulo Mascarenhas**

Licenciado em Medicina Dentária, FMDUL; Especialização e Mestrado em Periodontologia-Implantologia, Universidade de Michigan; Doutoramento em Periodontologia, Universidade de Lisboa; Especialista em Periodontologia, Ordem Médicos Dentistas; Regente de Periodontologia, FMDUL; Coordenador Pós-Graduação de Periodontologia, FMDUL; Diretor Clínico, Instituto Reabilitação Oral

**1.** A periodontologia sempre foi uma paixão. Sempre me fascinou o facto de ser uma área da medicina dentária muito envolvida com o paciente no seu todo, ou seja, com seu aspeto sistémico e não “apenas” com a função ou estética da cavidade oral. Quando me licenci em medicina dentária, em 1997, a periodontologia em Portugal estava ainda a dar os primeiros passos com muito poucos profissionais a dedicarem-se em exclusivo a esta área. Acabei por rumar ao estrangeiro, no meu caso para os EUA. Hoje não me arrependo e considero que foi, a nível profissional, a minha decisão mais acertada. Estou muito satisfeito por integrar atualmente uma equipa que permite na FMDUL a mesma formação em Lisboa que eu tive em tempo de ir procurar fora de Portugal. A periodontologia não se pode dissociar da implantologia e por essa razão pratico em exclusividade ambas as áreas.

**2.** A periodontologia tem evoluído no sentido de minimizar a secura estética do tratamento periodontal. A periodontologia clássica baseava-se no tratamento da doença recorrendo a procedimentos ressetivos em que os tecidos lesados eram extirpados. Hoje investimos mais na educação dos pacientes, na prevenção. Damos uma relevância cada vez maior ao papel do higienista oral, não só na instrução das populações como na fase de manutenção. Não faz sentido que hoje em Portugal o uso do fio dentário seja ainda a exceção e que mesmo entre alguns colegas, ainda se menospreze a peça dentária em detrimento da sua substituição por implantes. Essa é uma visão ultrapassada, pouco esclarecida. Penso que a evolução da periodontologia (que envolve os tratamentos com implantes e a correção de eventuais complicações biológicas a eles associados) deve ser mais baseada na filosofia do tratamento do que que ferrementas técnicas.

**3.** A periodontologia sempre foi uma área conservadora e, com os conhecimentos cada vez mais irrefutáveis no campo das periimplantites, mais sentido ainda faz sê-lo. Como alguém disse no passado, cada implante que colocamos na cavidade oral de um paciente é uma bomba relógio pronta a explodir a qualquer momento. **O recurso ao implante deve ser o fim da linha, não o início.** O problema não está resolvido quando se extrai o dente. Pode estar a começar nessa altura, desta vez por responsabilidade nossa. A medicina dentária tem evoluído, não apenas a periodontologia. Com o crescimento das especialidades e o

maior número de colegas que se dedicam em exclusivo a cada uma delas, as taxas de sucesso terapêuticas têm vindo a aumentar de tal forma que os critérios que nos fazem considerar um dente como tendo indicação para ser extraído são cada vez menos.

4. O papel do paciente é fundamental! A base da terapia periodontal é o controlo da quantidade e qualidade da placa bacteriana, possível com o empenho dos pacientes. Se o paciente não entender essa necessidade, não for instruído e responsabilizado a terapia não irá funcionar. O paciente tem de compreender que tem uma doença crónica com consequências tanto locais como sistémicas, e que necessita do seu empenho diário e de controlo clínico. Cura não existe para a terapia periodontal, mas existe controlo e se o paciente conseguir remover da superfície dos dentes aquilo que causa a inflamação, poderá parar o processo destrutivo. Claro que deixar a próxima consulta sempre marcada e receber um telefonema de confirmação na véspera ajuda a aumentar a compliance, a informação é a nossa melhor arma!

5. As evoluções técnicas têm sido muitas, variadas e em todas as áreas. Desde os métodos de remoção mecânica de placa que são cada vez mais apelativos e eficazes, aos instrumentos tanto cirúrgicos como não cirúrgicos que permitem o recurso a técnicas minimamente invasivas, as ofertas são muitas. Mais do que encher as gavetas do consultório de materiais e instrumentos acabados de ser lançados, deve investir-se mais na educação dos nossos pacientes. **Uma escova de dentes e um fio dentário bem utilizados fazem mais do que um biomaterial sofisticado!**



## Prof. Doutor Ricardo Faria e Almeida

Licenciado em Medicina Dentária FMDUP (1990-1996); Mestrado em Periodontologia UCM (1999-2002) - full time; Doutorado Departamento de Cirurgia e Medicina UCM (2004);

Prof. Catedrático da FMDUP; Prof. Convidado Mestrado Periodontologia UCM; Especialista em Periodontologia pela Ordem dos Médicos Dentistas

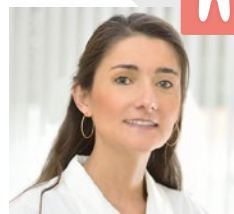
1. Quando estava a terminar o curso, em 1996, tive a honra de ajudar a organizar as Jornadas de Medicina Dentária da FMDUP. Nessas Jornadas esteve presente o Prof. Doutor Jean Louis Giovanolli, responsável por uma conferência que me fez apaixonar pela periodontologia. Esse foi o momento em que "sonhei" que seria possível dedicar-me exclusivamente à periodontologia. A partir daí procurei a melhor forma de obter uma formação adequada na área. Em 1999 tomei a decisão final de me candidatar a um programa de formação em periodontologia tutelado pela Federação Europeia de Periodontologia, e tive a sorte de entrar. Aí estive três anos em formação "full time". Neste programa, como nos outros tutelados pela Federação Europeia de Periodontologia, a formação cirúrgica de implantes está incluída e posso, portanto, afirmar que desde 1999 me dedico exclusivamente à prática privada em periodontologia e cirurgia de implantes.

2. A evolução não somente da periodontologia, mas em toda a medicina dentária em Portugal tem sido imensa. A qualidade dos médicos dentistas é cada vez melhor e isso reflete-se na qualidade dos tratamentos realizados. A periodontologia terá espaço para evoluir com novas técnicas e materiais, no entanto, **convém sempre não esquecer que o êxito do tratamento periodontal está muito dependente da capacidade do paciente em cumprir rigorosos programas de manutenção**, auxiliando e assim potenciando os tratamentos realizados. E aqui entra a questão das periimplantites, algo que, por variadíssimas razões, se verifica que tem aumentado, e que ainda hoje não temos pautas claras de tratamento para as mesmas. Isto obriga-nos a pensar, e mais ainda a atuar com cautela, tentando mais que nunca preservar os dentes passíveis de preservar e não enveredar de forma pouco sensata por tratamento com implantes de forma generalizada.

3. Efetivamente. Se sabemos de forma clara o que fazer para tratar a periodontite, se conhecemos os resultados dos tratamentos possíveis e, tendo em conta que a prevalência das periimplantites está a aumentar, parece-me óbvio que devamos ser mais conservadores. Não pretendo com esta afirmação dizer que devamos manter os dentes que estão "perdidos", mas sim que **devemos ser conscientes nas nossas abordagens terapêuticas, não somente com o objetivo do imediato, mas fundamentalmente do futuro de darmos aos nossos pacientes tratamentos que sabemos podem ser duradouros no tempo.**

4. Muitos estudos científicos demonstram que se o paciente não alterar os seus hábitos e não cumprir os rigorosos programas de controlo, então o resultado do tratamento será ineficaz. Infelizmente, isso às vezes não é fácil de inculcar ao paciente, apesar de considerar que cada vez mais as pessoas estão recetivas e compreendem esta premissa. Acresce que os mesmos problemas que ocorrem à volta de dentes surgem também à volta de implantes, com a agravante de aqui não sabermos de forma sustentada qual o tratamento e, portanto, se não cumprem para manter os dentes, é difícil acreditar que os pacientes o passem a fazer depois de colocados os implantes.

5. Em termos periodontais, creio que passámos de uma fase onde os materiais, em especial os regenerativos, vieram ajudar em muito à eficácia dos nossos tratamentos, para uma fase onde **a técnica cirúrgica desempenha cada vez maior importância**. Ou seja, os resultados que podemos obter com os diferentes materiais no mercado serão diferentes dependendo do material, mas dá-se cada vez mais importância à técnica cirúrgica do que acontecia num passado recente. Quanto ao futuro, veremos o que nos reserva, com a certeza que devemos ser muito cuidadosos com tudo o que nos aparece com efeitos quase milagrosos. Devemos sempre ter uma análise crítica sobre todas as novidades com que nos deparamos.



## Prof. Doutora Susana Noronha

Licenciada em Medicina Dentária pelo ISCS-Sul, 1997; Especialidade e Mestrado em Periodontologia e Implantes pela Faculdade de Odon-

tologia, Universidade Complutense de Madrid, 2003; Doutoramento na área da Periodontologia pela Universidade Complutense de Madrid, 2015; Professora Auxiliar de Periodontologia da FMDUL; Docente da Especialização em Periodontologia da FMDUL; Presidente da Sociedade Portuguesa de Periodontologia e Implantes (SPPI)

1. Durante o 4º ano do curso de medicina dentária comecei a desenvolver um especial interesse pela periodontologia, provavelmente por se tratar de uma área que se dedica ao diagnóstico e tratamento de uma doença crónica e que implica uma estreita colaboração com o doente.

Tendo em consideração o caminho de formação que escolhi, dedico-me em exclusividade à periodontologia e à fase cirúrgica do tratamento com implantes.

2. Ao longo dos últimos anos, o avanço no conhecimento científico e o crescente interesse dos médicos dentistas pela área da periodontologia têm sido fundamentais. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer não só na investigação científica, como também nas medidas que permitam aumentar a literacia dos doentes, apostando na prevenção. Dessa forma poderemos manter os resultados obtidos com o tratamento periodontal e prevenir as complicações biológicas do tratamento com implantes.

A importância da área está também refletida no facto de ter sido, recentemente, reconhecida Especialidade da Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

3. A periodontologia, tal como outras áreas da medicina dentária, tem evoluído no sentido mais conservador. As técnicas cirúrgicas de regeneração periodontal são um claro exemplo disso, já que visam regenerar e não apenas reparar os tecidos periodontais perdidos. **As técnicas cirúrgicas minimamente invasivas são especialmente importantes na abordagem das zonas estéticas**, onde sequelas da doença e do seu tratamento se tornam particularmente relevantes.

4. O doente tem um papel fundamental na prevenção, no diagnóstico precoce e no tratamento atempado das doenças periodontais e das complicações biológicas do tratamento com implantes. É crucial motivar o doente para uma colaboração permanente na manutenção dos resultados alcançados.

Informar – apenas **um doente informado consegue dar importância à manutenção da saúde periodontal e colaborar nas várias fases do tratamento periodontal**. Esclarecer – unicamente um doente esclarecido em relação ao prognóstico da doença, aos resultados esperados com o tratamento, às limitações e sequelas poderá optar. Desmistificar – um doente elucidado em relação às ideias antigas, atualmente incorretas, que se relacionavam com a periodontite e com o seu tratamento, poderá acreditar que vale a pena apostar na saúde periodontal.

5. Além das técnicas e materiais de regeneração periodontal e óssea, e das técnicas e instrumentais de microcirurgia em constante evolução, destaco os métodos auxiliares no planeamento para o tratamento com implantes e a cirurgia guiada como avanços tecnológicos benéficos para esta área da medicina dentária. ■