



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
CURSO DE ODONTOLOGIA

DIOGO GUEDES POLICARPO

**DOENÇA PERIODONTAL: O QUE MUDOU SOB A ÓTICA DA NOVA
CLASSIFICAÇÃO (2017)**

CAMPINA GRANDE-PB
2019

DIOGO GUEDES POLICARPO

**DOENÇA PERIODONTAL: O QUE MUDOU SOB A ÓTICA DA NOVA
CLASSIFICAÇÃO (2017)**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Área de concentração: Periodontia.

Orientador: Prof^ª. Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos.

CAMPINA GRANDE-PB

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P766d Policarpo, Diogo Guedes.
Doença periodontal [manuscrito] : o que mudou sob a ótica da Nova Classificação (2017) / Diogo Guedes Policarpo. - 2019.
18 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Bruna Rafaella Martins dos Santos, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Doença periodontal. 2. Periodontite. 3. Periodontia. I.
Título

21. ed. CDD 617.632

DIOGO GUEDES POLICARPO

**DOENÇA PERIODONTAL: O QUE MUDOU SOB A ÓTICA DA NOVA
CLASSIFICAÇÃO (2017)**

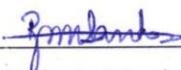
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-dentista.

Área de concentração: Periodontia.

Orientador: Prof^ª. Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos.

Aprovada em: 23/05/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Bruna Rafaela Martins dos Santos (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Dra. Raquel Christina Barboza Gomes (Examinador 1)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^ª. Dra. Renata de Souza Coelho Soares (Examinador 2)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Osório e Marilene; A minha avó Materna “Maria Cecília” (In memoriam), pela dedicação, companheirismo e amor, DEDICO.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2.1 CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA PERIODONTAL	8
2.2 COMPARANDO AS CLASSIFICAÇÕES DE 1999 E 2017 (PRINCIPAIS ALTERAÇÕES).....	8
3. “PERIODONTITE”: DEFINIÇÕES DE 1999 E 2017 E AS NOVAS CONSIDERAÇÕES...9	
3.1 "PERIODONTITE": CRÔNICA E AGRESSIVA (1999).....	12
3.2 “PERIODONTITE” SUBCLASSIFICAÇÕES (2017): ESTÁGIOS E GRAUS.....	10
4. METODOLOGIA	13
6. DISCUSSÃO.....	15
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

RESUMO

A doença periodontal se apresenta como uma das patologias mais comuns da cavidade bucal que compromete os tecidos de proteção e sustentação dos dentes. De acordo com a Academia Americana de Periodontia e Federação Europeia de Periodontologia, a necessidade de atualização nos padrões clínicos dessa doença impulsionou uma nova classificação para as doenças periodontais e peri-implantares. O objetivo desta revisão de literatura foi apresentar as principais alterações que ocorreram na classificação das doenças periodontais e detalhar, mais especificamente, as mudanças ocorridas quanto a classificação das periodontites crônica e agressiva através da explanação de um caso clínico. A metodologia utilizada para realizar esta revisão foi a leitura e compreensão dos artigos que regem a nova classificação, bem como os conceitos que a precedem para permitir a comparação entre ambas. Além disso, pudemos descrever e analisar um caso clínico de uma paciente atendida na Clínica Escola do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campus I. O diagnóstico para o caso de acordo com a nova classificação internacional foi de *periodontite estágio IV e grau C*. O plano de tratamento estabelecido foi seguindo os conceitos da nova classificação das doenças periodontais, tais como: tratamento periodontal básico e padrão ouro, debridamento mecânico das áreas afetadas; Uso de antimicrobianos e Probióticos como terapia coadjuvante. Além de exodontias e instalação de prótese imediata devido fator estético da paciente; Terapia Fotodinâmica e esplintagem em dentes inferiores para estabilização do periodonto. Dessa forma a atualização na classificação, nos direciona ao tratamento mais preciso e menos genérico de acordo com cada caso, além do conceito ampliado de saúde que nos permite enxergar às diversas necessidades de tratamento que não se limitam a condição bucal do paciente e sim, ao seu bem-estar biopsicossocial.

Palavras-Chave: Doença periodontal. Classificação. Periodontite.

ABSTRACT

Periodontal disease presents as one of the most common pathologies of the oral cavity that compromises the protection and sustentation systems of the teeth. According to the American Academy of Periodontology and European Federation of Periodontics, in order to stagnate the evolution of periodontal disease and peri-implant. The objective of this literature review was to present as main alterations that occurred in the classification of periodontal and more detailed diseases, such as those that presented on the chronic and aggressive periodontites through the explanation of a clinical case. The methodology used for the revision and publication of the articles that govern a new classification, as well as the concepts that precede the possibility of a dialogue between both. In addition, we were able to describe and analyze a clinical case of a patient attended at the School Clinic of the Dentistry Course of the State University of Paraíba-UEPB, Campus I. The diagnosis for the case according to a new international organization was periodontitis stage IV and grade C. The treatment plan was indicated for the new types of periodontal diseases, such as: basic periodontal and gold standard treatment, automatic debridement of the affected areas; Use of antimicrobials and probiotics as adjuvant therapy. In addition to exodontia and installation of prosthesis, the emptying of the aesthetic factor of the patient; Photodynamic therapy and splint in lower teeth for the stabilization of the periodontium. Whatever your goal, direct us to the more precise and less generic treatment according to each case, in addition to the expanded concept of health that allows us to see as several treatment options that are not limited to a patient's oral condition and yes , to their biopsychosocial well-being.

Keywords: Periodontal disease. Ranking. Periodontitis.

1. INTRODUÇÃO

A Academia Americana de Periodontia-AAP (1999) define a periodontite como uma doença de ordem multifatorial associada ao biofilme dentário e com perda de inserção óssea alveolar; classificada ainda como crônica ou agressiva. A periodontite crônica representa uma doença infecciosa de progressão lenta, resultante da inflamação dos tecidos de suporte dos dentes e perda progressiva de inserção conjuntiva, mais prevalente em adultos acima dos 40 anos de idade. Enquanto a periodontite agressiva está mais associada em adultos jovens, sendo caracterizada por severa perda de inserção clínica associada à rápida destruição óssea alveolar (CORTELLI e CORTELLI, 2003). A rápida perda óssea vertical do osso alveolar de suporte, resulta no aparecimento de bolsas infra-ósseas com mais de quatro milímetros de profundidade à sondagem, podendo causar mobilidade nos dentes permanentes e até mesmo levar a perdas dentárias (HEPP et al., 2007).

A constante busca por padronização nas metodologias das pesquisas científicas e o aparecimento de indivíduos com quadros discrepantes daqueles conceituados na classificação da AAP de 1999, impulsionou a necessidade de uma atualização dessa classificação. Nessa perspectiva, aconteceu um workshop mundial para nova classificação das doenças periodontais.

O workshop mundial de classificação das doenças periodontais e peri-implantares, apresentada pela Academia Americana de Periodontia (AAP) e pela Federação Europeia de Periodontia (EFP), no qual aconteceu em Chicago nos Estados Unidos, e redefiniu, em 2017, a classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares. Esta classificação orienta o planejamento mais abrangente do tratamento e permite uma abordagem personalizada do atendimento ao paciente, sendo mais específico de acordo com cada caso. Os destaques da nova classificação incluem um sistema multidimensional para a classificação da periodontite, uma recategorização de várias formas da doença e a classificação inaugural para doenças e condições peri-implantares.

Dessa maneira, a divisão se deu em três grandes grupos para as condições e doenças periodontais, sendo: Saúde periodontal, condições e doenças gengivais; Periodontite e Outras condições que afetam o periodonto. Ainda, para as condições e doenças peri-implantares, dividiu-se de uma forma mais abrangente em: Saúde peri-implantar; Mucosite peri-implantar; Peri-implantite e Deficiência nos tecidos peri-implantares moles e duros (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018).

Face ao exposto, o presente artigo visa relatar um caso clínico enquadrado como “periodontite agressiva” e promover uma discussão sobre a classificação de 1999 e 2017, vislumbrando o melhor entendimento do processo de diagnóstico e plano de tratamento dos indivíduos.

2. WORKSHOP MUNDIAL E A NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS E CONDIÇÕES PERIODONTAIS E PERI-IMPLANTARES – 2017

O workshop mundial é um evento organizado pela Associação Americana de Periodontia – AAP e pela Federação Europeia de Periodontia – EFP, na qual se reúnem para atualizar estudos concernentes a Periodontia. Em novembro de 2017, ocorreu mais uma edição deste encontro que aconteceu na cidade de Chicago, nos Estados Unidos, denominada de Workshop Mundial para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares. O evento teve o propósito de substituir e atualizar a vigente classificação de 1999. Segundo Caton et al., (2018), o escopo deste workshop foi alinhar e atualizar o esquema de classificação para a compreensão atual das doenças e condições periodontais e peri-implantares. Nessa edição que contém 291 páginas, há 18 artigos relacionados, além do relato

de consenso de cada um dos quatro grupos de trabalho e uma introdução. A introdução à nova classificação apresenta-se resumida e faz frequentes menções (inclusive com a disponibilização de link) a artigos originais, permitindo um primeiro contato com os novos conceitos que necessitarão de leituras mais aprofundadas.

O resultado da classificação geral se deu em três grandes grupos para as doenças e condições periodontais e em quatro grupos para as doenças e condições peri-implantares. Especificando de uma forma geral, os três grupos para as doenças e condições periodontais foram: Saúde Periodontal, condições e doenças gengivais; Periodontite e Outras condições que afetam o periodonto. Já a classificação geral para as doenças e condições peri-implantares foram: Saúde peri-implantar; Mucosite Peri-implantar; Peri-implantite e Deficiências nos tecidos peri-implantares moles e duros.

Para individualizar o processo diagnóstico, os três grandes grupos para as doenças e condições periodontais foram ainda subclassificados da seguinte maneira: Para o primeiro grupo; “Saúde periodontal, condições e doenças gengivais”, foi subdividido em três subgrupos: Saúde periodontal e saúde gengival; Gengivite induzida pelo biofilme; Doenças gengivais não induzidas por biofilme. Para o segundo grupo; “Periodontite”, foi subdividido em mais três subgrupos: Doenças periodontais necrosantes; Periodontite; Periodontite com manifestações de doenças sistêmicas. Por fim, o último grupo (Outras condições que afetam o periodonto) foi subdividido em cinco categorias: Manifestações Periodontais de Doenças ou Condições Sistêmicas (Doenças ou Condições Sistêmicas que Afetam os Tecidos Periodontais de Suporte); Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais; Condições e Deformidades Mucogengivais; Forças Oclusais Traumáticas e Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses (CATON et al., 2018; STEFFENS e MARCANTONIO, 2018).

2.1 CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA PERIODONTAL

De acordo com Chapple et al., (2018), a saúde periodontal é definida como a ausência de inflamação clinicamente detectável, sem perda de inserção conjuntiva e de osso alveolar de suporte, afirma ainda que, é necessário haver um equilíbrio bioimunológico no indivíduo para favorecer a saúde periodontal do mesmo, e que ele esteja bem não somente sistemicamente, mas também socialmente e mentalmente. Chapple para definir saúde periodontal baseou-se na linha de pensamento da definição de saúde da OMS que afirma: “A saúde é um completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”; Sendo assim, baseado nessa afirmação, a saúde periodontal deve ser definido como um estado livre de doença periodontal inflamatória que permite que o indivíduo viva de uma forma saudável evitando consequências mentais, físicas ou mesmo sociais, devido a doença atual ou passada.

2.2 COMPARANDO AS CLASSIFICAÇÕES DE 1999 E 2017 (PRINCIPAIS ALTERAÇÕES)

Uma nova leitura da classificação da periodontite foi adotada, na qual as formas das doenças anteriormente reconhecidas como “crônicas” ou “agressivas” são agora agrupadas em uma única categoria (“periodontite”) e são caracterizadas com base em um sistema de estadiamento e gradação. O estadiamento é, em grande parte, dependente da severidade da doença em sua apresentação clínica e radiográfica, assim como na complexidade do tratamento da doença; enquanto a gradação fornece informações complementares quanto à velocidade de destruição da doença de acordo com o tempo (nível de progressão da periodontite) e ainda fatores de riscos associados; avaliação do risco de progressão; análise de possíveis resultados de tratamentos deficientes; e avaliação do risco de que a doença ou o seu

tratamento possam negativamente afetar a saúde geral do paciente. (PAPAPANOU et al., 2018)

3. “PERIODONTITE”: DEFINIÇÕES DE 1999 E 2017 E AS NOVAS CONSIDERAÇÕES.

Antes de falar sobre a nova classificação da periodontite agressiva em si, na qual, de acordo com a nova classificação, perde essa nomenclatura de “Periodontite Agressiva”, é necessário entender, para fins didáticos, a classificação até então vigente, de 1999. A periodontite de uma forma geral se classificava como uma doença de ordem multifatorial que envolve microrganismos, fatores genéticos, fatores ambientais e a resposta do hospedeiro, que podem modificar a sua expressão e a suscetibilidade ao seu desenvolvimento. A mesma se caracteriza por um processo inflamatório que ocorre nos tecidos de suporte dos dentes, em resposta a um acúmulo de biofilme dental (TOMMASI, 2013).

O último levantamento de saúde bucal, no Brasil, demonstrou que 54% da população brasileira possui periodontite. A doença, por ser silenciosa, passa despercebida pela maioria dos pacientes, isso porque, o sangramento gengival e a perda de inserção óssea associada no processo da doença periodontal são indolores e acaba sendo ignorado pelo paciente. Assim, de acordo com a classificação até então vigente (1999), a periodontite se classificava como crônica ou agressiva de acordo com a característica clínica específica de cada uma (TOMMASI, 2013).

A periodontite é considerada como um grande problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, bem como pode levar a perda dentária e a deficiência mastigatória, afetar negativamente a função e a estética e se tornar uma fonte de desigualdade social, prejudicando a qualidade de vida das pessoas. De acordo com Papapanou et al. (2018), a periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial, associada a um biofilme disbiótico, caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos de suporte dos dentes. Suas principais características clínicas incluem a perda dos tecidos periodontais de suporte, através da perda de inserção clínica, presença de bolsas periodontais e sangramento gengival. Radiograficamente a doença é avaliada pelo padrão de perda óssea alveolar.

De acordo com a nova classificação das doenças periodontais, a periodontite é classificada como uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental (TONETTI et al., 2018). De acordo com CATON et al. (2018), esse novo modelo de classificação permite o profissional desempenhar de forma mais efetiva um tratamento mais eficaz, uma vez que, a classificação no momento do diagnóstico se torna mais individualizado e particular de cada paciente.

Centralizando o assunto peculiar as condições periodontais, O workshop da AAP (2017) redefiniu a classificação da periodontite em três formas que podem ser identificadas de acordo com sua fisiopatologia, sendo: Periodontite Necrosante, Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas e as formas da doença previamente conhecidas como “crônicas” ou “agressivas” agora agrupadas em uma nova categoria – Periodontite, subclassificada de acordo com o grau e o estágio da doença (CATON et al., 2018).

Estima-se que a periodontite agressiva acometa 11% da população mundial com prevalência crescente de acordo com o fator idade; aonde estudos vêm sendo levantados para considerar o papel da idade como um fator de risco relevante para o desenvolvimento da periodontite (BILLINGS et al., 2017).

A Periodontite é considerada como um problema de saúde pública, por apresentar alta prevalência, poder causar incapacidade, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e ainda ser um forte potencial de desigualdade social. Apesar da alta prevalência em todo o mundo, a saúde periodontal tem demonstrado significativas melhoras em

levantamentos epidemiológicos mundiais, principalmente em países de alta renda (NEEDLEMAN et al., 2018).

3.1 “PERIODONTITE”: CRÔNICA E AGRESSIVA (1999)

A periodontite crônica, de uma forma geral, é caracterizada pela destruição óssea dos tecidos de sustentação dos dentes, sendo proporcional à higiene bucal ou índice de placa e é mais prevalente em adultos, porém pode ser encontrada em crianças e adolescentes. Associada a outros fatores como acúmulo de biofilme, fumo, estresse, diabetes e imunossupressão, a doença pode se agravar mais rapidamente. A periodontite crônica pode ser subclassificada como localizada, com menos de 30% dos sítios afetados ou generalizada, com mais de 30% dos sítios afetados, ainda, a severidade pode ser diferenciada de acordo com a perda de inserção clínica em Leve com perda de IC de 1 a 2mm; Moderada de 3 a 4mm e Severa sendo maior que 5mm (TOMMASI, 2013).

A periodontite agressiva, por sua vez, compreende um grupo de formas de periodontite de progressão rápida, rara e frequentemente grave, que tem como característica manifestações clínicas em idade precoce e tendência genética significativa. Os indivíduos apresentam uma perda de inserção, entretanto o acúmulo de biofilme não é condizente com essa perda, mostrando ainda, uma gengiva sem inflamação, aparentemente saudável, porém apresentando bolsas periodontais profundas. A bactéria fundamental presente na periodontite agressiva é a *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* [A.a] (TOMASSI, 2013).

3.2 “PERIODONTITE” SUBCLASSIFICAÇÕES (2017): ESTÁGIOS E GRAUS

A subclassificação da “Periodontite” na nova classificação traz a compreensão de que a doença é subclassificada de acordo com o estágio e o grau em que se encontram. Como mencionado anteriormente o estágio está relacionado à severidade da doença na sua apresentação clínica e radiográfica, bem como na complexidade do tratamento, sendo assim, divide-se em: Estágios do I ao IV que serão subclassificados de acordo com o nível de profundidade de sondagem, perda de osso alveolar avaliado radiograficamente e perda dentária, bem como complexidade por sítio, extensão e distribuição da doença. A classificação por estágios devem ser primariamente definidos pela perda de inserção clínica ou profundidade à sondagem, que seria de uma forma geral considerada como uma “característica determinante”. Em sua ausência, utiliza-se a perda óssea radiográfica como parâmetro, considerando a perda óssea dos terços radiculares. Caso haja “fatores de complexidade” (por exemplo, lesões de furca ou mobilidades avançadas), sobe-se o estágio ao pior cenário encontrado. Em pacientes tratados, o estágio não deve diminuir. Para todos os estágios, deve-se classificar ainda quanto à extensão: localizada (até 30% dos dentes afetados), generalizada (30% dos dentes ou mais) ou padrão molar/incisivo (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018).

O grau deve ser usado como um indicador da taxa de progressão da periodontite e seus efeitos na saúde sistêmica, subclassificados como A (lenta taxa de progressão); B (moderada taxa de progressão); C (rápida taxa de progressão). Inicialmente, todo paciente com periodontite deve ser considerado como grau B, apenas para se estabelecer um padrão inicial de diagnóstico e assim esse grau é modificado para A ou C de acordo com a taxa de progressão que foi detectada, de acordo com alguns fatores, deve-se avaliar: 1) evidências diretas de progressão, que são alguns dados longitudinais como, perda óssea alveolar ou perda de inserção clínica; ou 2) evidências indiretas, que são a porcentagem de perda óssea por idade ou mesmo a observação dos níveis de depósitos do biofilme dentário. Após a

determinação da gradação da periodontite pela evidência de progressão, o grau pode ser modificado pela presença de fatores de risco (tabagismo e diabetes mellitus) (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018).

QUADRO 1. Resumo da classificação da periodontite baseada em estágios definidos pela gravidade (de acordo com o nível de perda de inserção clínica interdental, perda óssea radiográfica e perda de dentes), complexidade, extensão e distribuição

Adaptado de: PAPAPANOU et al., 2018

ESTÁGIOS		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
SEVERIDADE	Perda de Inserção Clínica interproximal no pior sítio	1 a 2 mm	3 a 4 mm	>5mm	>5mm
	Perda Óssea Radiográfica	Terço coronal (<15%)	Terço Coronal (15 a 33%)	Até a metade ou terço apical da raiz.	Até a metade ou terço apical da raiz.
	Perda dentária	Não há perda dentária por Periodontite.		Perda dentária devido a periodontite de ≤4 dentes	Perda dentária devido a periodontite de ≥5 dentes
COMPLEXIDADE	Local/Sítio	Máxima Profundidade de Sondagem ≤4 mm Perda Óssea Horizontal	Máxima Profundidade de Sondagem ≤5 mm Perda Óssea Horizontal	Além do estágio II de complexidade: Profundidade de sondagem ≥ 6 mm Perda óssea vertical ≥3 mm Bifurcação Classe de envolvimento II ou III Defeito moderado do cume	Além do estágio III de complexidade: Necessidade de reabilitação devido a: Disfunção mastigatória Trauma oclusal secundário (grau de mobilidade dentária ≥ 2) Defeito severo do cume Colapso da mordida Menos de 20 Dentes restantes (10 pares opostos)
EXTENSÃO E DISTRIBUIÇÃO		Para cada estágio, descreve-se a extensão da doença como localizada (<30% dos dentes envolvidos), generalizada (<30% dos dentes envolvidos) ou padrão molar / incisivo.			

Adaptado de: STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; AAP, 2019.

O grau A corresponde a *Progressão Lenta* da periodontite, caracterizada por não haver evidência de perda de inserção clínica por 5 anos, ou perda óssea/ano de até 0,25mm. Nesse grau observa-se algumas características secundárias, tais como, a grande quantidade de biofilme presente nos pacientes mas pouca destruição periodontal e ainda a ausência de

fatores de risco, tais como tabagismo e diabetes (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; AAP, 2019).

O grau B corresponde a *Progressão Moderada* da periodontite, caracterizada por progressão inferior a 2mm de perda de inserção clínica em 5 anos, ou perda óssea anual de 0,25-1mm. Depósitos de biofilme são compatíveis com a destruição tecidual, e ainda podemos caracterizar alguns fatores de risco que podem modificar a gradação, como fumantes que fumam abaixo de 10 cigarros ao dia ou HbA1c < 7% em pacientes diabéticos (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; AAP, 2019).

O grau C corresponde a *Progressão Rápida* da periodontite, a característica determinante de forma direta é a perda de inserção igual ou superior a 2mm em 5 anos ou de acordo com uma evidência indireta considerar perda óssea/ano superior a 1mm. Como características secundárias avalia-se que a destruição tecidual excede ao esperado para a quantidade de biofilme presente. Padrões clínicos específicos sugerem períodos de rápida progressão e/ou acometimento precoces da doença (por exemplo, padrão molar/incisivo e ausência de resposta esperada as terapias de controle do biofilme). Fatores de risco que podem modificar a gradação: tabagismo (10 ou mais cigarros/dia) ou pacientes com diabetes mellitus (HbA1c igual ou superior a 7%) (STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; AAP, 2019).

QUADRO 2. Resumo da classificação da periodontite baseado no grau em que a doença se encontra no paciente de acordo com a progressão, padrão de perda de inserção e características secundárias.

PROGRESSÃO / PADRÃO DE PERDA DE INSERÇÃO / CARACTERÍSTICAS SECUNDÁRIAS				
Grau	Progressão	Perda Inserção clínica anual	Perda Óssea por cinco anos	Características Secundárias.
<i>GRAU A</i>	Lenta	Até 0,25mm	Sem evidências	Biofilme presente e pouca destruição periodontal/ Ausência de fatores de risco
<i>GRAU B</i>	Moderada	0,25 à 1mm	>2mm	Depósitos de biofilme compatível com destruição tecidual. Fatores de risco modificador. Tabagismo (10cig/dia) e Diabetes(HbA1c < 7%)

<i>GRAU C</i>	Rápida	> 1 mm	>2mm	Destruição tecidual excede a quantidade de biofilme./ Acometimento precoce/Fatores de risco modificador. Tabagismo (<10cig/dia) e Diabetes (HbA1c igual ou superior a 7%)
---------------	--------	--------	------	---

Adaptado de: STEFFENS e MARCANTONIO, 2018; PAPAPANOU et al., 2018; AAP, 2019.

3.3 “PERIODONTITE” ESTÁGIO III/IV e GRAU C

Como já dito anteriormente, de acordo com a nova classificação das doenças periodontais, a “periodontite agressiva” com essa nomenclatura deixa de existir para que possa se enquadrar em uma categoria mais atual, denominada “periodontite” na qual estará subclassificada de acordo com o estágio e o grau em que a doença se encontra (PAPAPANOU et al., 2018).

Na nova classificação, a “periodontite agressiva”, nomenclatura que vinha sendo usada, se enquadra no novo grupo “Periodontite” de estágio III e IV e Grau C, dependendo do nível de profundidade das bolsas periodontais e a sua relação com a perda óssea observada, ainda associada à mobilidade dentária, disfunção mastigatória, trauma oclusal, e alguns fatores de risco (CATON et al., 2018).

O estágio III e IV são caracterizados por perda de inserção de 5 mm ou mais na interproximal do pior sítio, ou perda óssea radiográfica se estendendo a metade ou terço apical da raiz. Algumas características diferenciam o estágio III do estágio IV, como por exemplo, a perda de dentes por periodontite no terceiro estágio é igual ou inferior a quatro dentes, já no quarto estágio a perda dentária é de cinco dentes ou mais. Há outras informações que também podem modificar o estágio III para o estágio IV, como, profundidade de sondagem superior a seis milímetros, perda óssea vertical maior que três milímetros, necessidade de reabilitação devido à disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário, colapso de mordida e quantidade inferior a vinte dentes restantes no arco (PAPAPANOU et al., 2018).

O Grau C corresponde a características da antiga “periodontite agressiva”, evidenciadas por uma destruição óssea que excede ao esperado para a quantidade de biofilme. Padrões clínicos específicos sugerem períodos de rápida progressão e/ou acometimento precoce da doença (por exemplo, padrão molar/incisivo e ausência de resposta esperada às terapias de controle de biofilme). Há ainda, alguns fatores de risco que podem modificar a gradação como, por exemplo: tabagismo ou pacientes com diabetes mellitus (TONETTI et al., 2018; CATON et al, 2018).

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realizar esta revisão foi à leitura e compreensão dos artigos internacionais (Inglês) e também nacionais que ainda não estão disponíveis nas bases de dados, publicados em revistas internacionais, a exemplo: Journal of periodontology. Além disso, pudemos descrever e analisar um caso clínico de uma paciente atendida na Clínica Escola do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, Campus I.

5. RELATO DO CASO

Paciente LML, sexo feminino, 35 anos de idade, leucoderma, chegou à Clínica Escola de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba com queixa de “dentes amolecidos e perda de dente anterior espontânea”. Durante a anamnese a paciente relatou que seu pai, seu irmão e uma de suas primas também apresentavam características semelhantes à dela, (dentes amolecidos e grandes espaços entre os dentes). A paciente não possuía nenhuma comorbidade sistêmica diagnosticada.

Foi realizado o exame clínico e periodontal, no qual pode-se observar perda do dente 21, recessões gengivais em dentes anteriores e posteriores, (Imagens 01, 02 e 03) cálculo dentário supra e subgengival presente em quase todos os sextantes, migração patológica e extrusão de alguns dentes posteriores. O periograma foi realizado para fins de diagnóstico e observou-se grande quantidade de sítios com profundidade de sondagem superior a quatro milímetros, recessões gengivais na maioria dos dentes e perda de inserção clínica (Imagem 04). Além disso, o exame radiográfico revelou perdas ósseas verticais e horizontais, crateras ósseas e comprometimento de furca em alguns dentes (Imagens 05, 06, 07).

De acordo com os achados clínicos e radiográficos e tomando como base a nova classificação das doenças periodontais (2017), foi estabelecido o diagnóstico de Periodontite *estágio IV e grau C* (CATON et al., 2018). Esse diagnóstico foi estabelecido de acordo com os seguintes critérios: De acordo com o estágio, o fator severidade da doença apresentou, perda de inserção interproximal no pior sítio maior ou igual a cinco milímetros, além de perda óssea radiográfica até a metade ou ultrapassando o terço médio e/ou apical da raiz, perda dentária maior que cinco dentes devido a periodontite. De acordo com o fator complexidade a profundidade de sondagem foi maior ou igual a seis milímetros em vários sítios; perda óssea vertical maior que três milímetros, bifurcação ou lesão de furca grau I, necessidade de reabilitação oral com próteses parciais, disfunção mastigatória, trauma oclusal e colapso de mordida. De acordo com o fator de extensão e distribuição considerada generalizada por acometer mais de trinta por cento dos dentes. Para classificar o grau, o fator progressão foi considerado como rápida e ainda características secundárias como biofilme incompatível com a destruição tecidual e acometimento precoce.

O tratamento proposto para este caso foi: Orientações de higiene bucal no que diz respeito à importância de eliminar o biofilme periodontopatogênico presente nos sítios acometidos por doença, realizando a remoção com escova tradicional macia e de recursos mecânicos auxiliares como as escovas interdentais, fio dental, dentifrício com clorexidina a 0,12% ou enxaguante bucal (digluconato de clorexidina- 0,12% - 2x/dia) após 30 min da higienização com dentifrício. Além disso, sessões de raspagem e alisamento corono-radicular para eliminar a microbiota patogênica dos sítios infectados também foram propostas junto à terapia fotodinâmica (TPD) com o intuito de minimizar a microbiota patogênica das bolsas periodontais remanescentes. Adicionalmente a terapia convencional, propusemos o uso de terapia antimicrobiana (Amoxicilina 500mg + Clavulanato de potássio 125mg) administrados de 8 em 8 horas por 7 dias. Após os 7 dias de antibioticoterapia, foi iniciado o uso de probióticos (Simfort) para auxiliar na recolonização bacteriana. Ainda, os elementos dentários considerados com extensa perda óssea foram indicados para exodontia (12, 21, 22 e 26) e, no mesmo ato cirúrgico, procederemos com a instalação de uma prótese provisória imediata para restabelecimento de estética e função. Os incisivos inferiores receberão uma esplintagem por tempo determinado até o total condicionamento da paciente quanto aos hábitos de higiene bucal e estabilização do periodonto.

6. DISCUSSÃO

O novo desenho dado a classificação das doenças periodontais e inclusão das doenças peri-implantares, proposto pela Federação Europeia de Periodontologia (2017), enfatizou a abordagem aos diferentes padrões clínicos das doenças que acometem o periodonto de inserção e de proteção, além de adicionar a compreensão acerca da conduta mais adequada que o profissional deverá tomar para dar o diagnóstico frente a esses padrões clínicos encontrados nos pacientes para instituir um correto tratamento.

No que diz respeito ao foco deste trabalho, pudemos observar que as principais diferenças entre a antiga e a nova classificação quanto ao subgrupo *Periodontite*, foram: A perda da nomenclatura de *periodontite crônica* e *agressiva* para uma subdivisão mais detalhada da doença de acordo com os padrões clínicos apresentados por cada paciente, sabendo que cada paciente responde de uma forma diferente a doença, segundo fatores do hospedeiro, da resposta imunológica do indivíduo, da microbiota patogênica, fatores genéticos e adquiridos, quantidade de biofilme entre outros; além disso, a nova classificação trouxe consigo a divisão em estágios e graus de evolução para subclassificar a *Periodontite*; sendo assim, estágios que variam do I e II (correspondente às características da antiga *periodontite crônica*) ao III e IV (correspondente às características da antiga *periodontite agressiva*). Ainda, dentro dos estágios, os fatores *Severidade; Complexidade e Extensão e distribuição da doença* fazem parte do estadiamento (FINE et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018; STEFFENS e MARCANTONIO, 2018).

Além dos estágios, a *Periodontite*, na nova classificação ainda pode ser subclassificada em graus de evolução, nos quais variam do A ao C, através de fatores que são avaliados para a subclassificação como: Progressão (Lenta, Moderada e Rápida); perda de inserção clínica anual; perda de inserção clínica por cinco anos e características secundárias, nas quais avaliam ou não a presença de comorbidades, tais como a presença de diabetes e fatores modificadores como o tabagismo (CATON et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018; FINE et al., 2018).

Uma das dificuldades desse novo modelo de classificação é o acompanhamento em longo prazo dos pacientes, o fato de a doença ser silenciosa e não causar dor, quando iniciado o tratamento a maioria não retorna para acompanhamento rigoroso do caso, dessa forma torna-se dificultoso o acompanhamento de anos ou mais para classificar a doença de acordo com o padrão de perda óssea radiográfica. Avaliações em longo período de tempo para classificação da doença de acordo com fator temporal torna-se menos eficaz, por mais comprovado ou mais específico que fique o diagnóstico, mas é quase impossível trazer um diagnóstico de acordo com esses fatores temporais.

Como visto no caso clínico apresentado, a paciente chegou com um padrão clínico bem crítico. O correto diagnóstico favoreceu-nos a pensar em um tratamento terapêutico integrado da paciente, uma vez que, diagnosticada com a forma mais agressiva da periodontite em seu mais elevado estágio e grau, a mesma precisou de uma equipe integrada para reestabelecer sua função oral, estética e fonética, devolvendo-a qualidade de vida.

De acordo com Caton et al. (2018), a paciente LML, se enquadrou na classificação de *periodontite, estágio IV e grau C*, pelos seguintes critérios avaliados: No *estágio IV*, o fator *severidade* da doença na condição encontrada na paciente, estava em perda de inserção clínica interproximal maior que 5mm no pior sítio; perda óssea radiográfica até a metade ou terço apical da raiz; e comprometimento dentário com uma perda maior que 5 dentes devido a periodontite. Ainda, avaliando o estágio da doença no fator *complexidade do estágio IV*, a paciente apresentou profundidade de sondagem em vários sítios maiores ou iguais a 6mm; perda óssea vertical maior que 3mm; bifurcação de envolvimento classe I e características do fator complexidade como a necessidade de reabilitação devido a disfunção mastigatória;

trauma oclusal secundário com mobilidade maior que dois; e colapso de mordida. Pelo fator *extensão e distribuição* da doença no *estágio IV*, a periodontite nesse caso está descrita como *generalizada*, por comprometer mais de 30% dos dentes envolvidos.

De acordo com Papapanou et al. (2018), agora caracterizando o *grau C* da doença, a paciente apresentou velocidade rápida na progressão da doença e destruição tecidual excedente a quantidade de biofilme esperado, além de acometimento precoce relacionado a idade da paciente.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova classificação das doenças periodontais nos traz de fato a compreensão do atendimento individualizado, com diagnóstico mais preciso e mais detalhado de acordo com cada caso clínico. Além disso, seu conceito ampliado de saúde nos permite enxergar as diversas necessidades de tratamento que não se limitam a condição bucal do paciente e sim, ao seu bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, E.M. et al. **Probióticos na terapia periodontal**. Ver. Bras. Odonto., Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 224-227, Jul./dez. 2012.
- BILLINGS, M. et al. **Age-dependent distribuiton of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012**. J Periodontol, v.89, n.1, p. 140-158. 2018.
- CARDOSO, M.V. et al. **Probióticos associados ao tratamento das doenças periodontais: revisão de literatura**. RFO, Passo-Fundo, v. 23, n. 1, p. 98-106, jan./abr. 2018.
- CATON, J.G. et al. **A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification**. J Periodontol, v.89(Suppl 1), p.1–8. 2018.
- CHAPPLE I.L.C. et al. **Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 WorldWorkshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions**. J Periodontol, v.89(Suppl 1), p.74–84. 2018.
- FINE D.H. et al. **Classification and diagnosis of aggressive periodontitis**. J Clin Periodontol, v.45(Suppl 20), p.95–111. 2018.
- HEPP V. et al. **PERIODONTITE AGRESSIVA: relato de casos e revisão da literatura**. Rev. Clín. Pesq. Odontol, v.3, n. 1, p.23-31. Jan./abr. 2007
- JEPSEN S. et al. **Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 WorldWorkshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions**. J Periodontol.89(Suppl 1), p.237–248. 2018.
- LANG N.P, et al. **Periodontal Health**. J Clin Periodontol, v.45, n. 20, p. 9-16. 2018.
- NEEDLEMAN I. et al. **Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review**. J Periodontol, v.89(Suppl 1), p.120–139. 2018.
- PAPAPANOU P. N. et al. **Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions**. J Periodontol, v.89(Suppl 1), p.173–182. 2018.
- STEFFENS J.P; MARCANTONIO R.A.C. **Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave**. Rev. Odontol UNESP, v.47, n.4, p. 189-197, Jul./Ago. 2018.
- TOMMASI, Maria Helena. **Diagnóstico em patologia bucal**: 4.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

TONETTI M.S. et al. **Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition.** J Periodontol. 89(Suppl 1), p.159–172. 2018.

TROMBELLI L. et al. **Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations.** J Periodontol, v.89(Suppl 1), p.46–73. 2018.