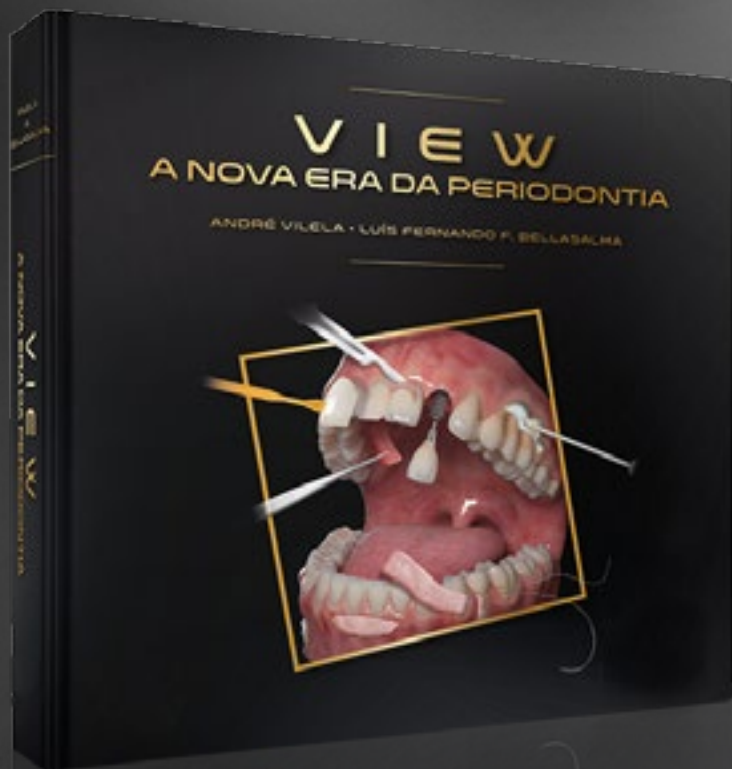


ENTENDENDO A DOENÇA PERIODONTAL

View • A Nova Era da Periodontia

ANDRÉ VILELA E LUIS FERNANDO FERRARI BELLASALMA

SANTOS[®]
PUBlições



APRESENTAÇÃO

View • A Nova Era da Periodontia, de André Vilela e Luis Fernando Bellasalma, é uma verdadeira obra-prima. Por meio dela, muitos profissionais podem se aperfeiçoar no exercício da odontologia, adentrando sua literatura rica em casos clínicos e com um vasto conteúdo científico.

Mas, não se engane: a leitura está longe de ser tediosa. O livro vem acompanhado de óculos VR Box para que você tenha uma experiência 3D na visualização de vídeos exclusivos que compõem a obra.

Para saber quais as últimas atualizações sobre doenças periodontais, exames clínicos, de imagens e prognóstico, acesse na íntegra o capítulo **“Entendendo a doença periodontal”**, do livro **View • A Nova Era da Periodontia**.

Boa leitura!

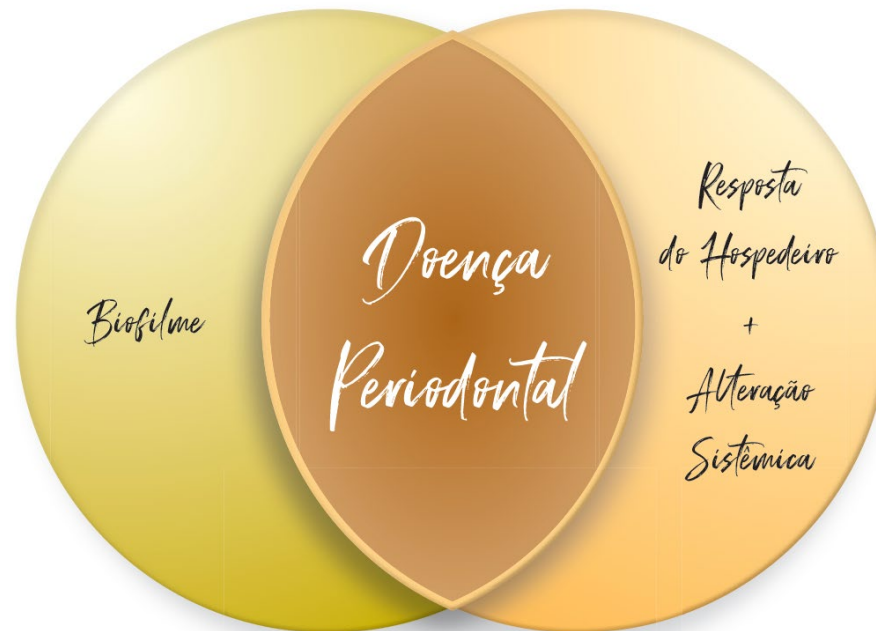


ENTENDENDO A
DOENÇA PERIODONTAL

ANDRÉ VILELA
LUIS FERNANDO FERRARI BELLASALMA

INTRODUÇÃO

A evidenciação de alguma modalidade de doença periodontal ainda durante o exame clínico do paciente provoca no cirurgião-dentista uma sensação de dúvida e impotência ao mesmo tempo. A maior dúvida é em entender porque as doenças que acometem os tecidos protetores ou de sustentação dos dentes são tão complexas. Se nos deslocarmos para os textos anteriores, perceberemos que os fatores que destroem a sustentação dentária (NCI) estão na dependência, em parte do biofilme, e sua presença na região de sulco gengival e, também, em uma importante porcentagem da situação sistêmica do indivíduo. A luta contra a instalação e perpetuação do biofilme é possível de ser realizada a partir de uma boa higiene bucal, mas a sensação de impotência vem quando os fatores sistêmicos estão envolvidos, dificultando a conduta a ser tomada.



O periodonto é composto por múltiplos tecidos que, em harmonia e saúde, remetem a uma aparência harmoniosa e vibrante de vigor e estabilidade estética. Essas características não estão limitadas a poucos itens, compondo assim uma teoria linear de aparências estéticas, ou seja, não podemos dizer que uma faixa larga e espessa de tecido queratinizado é “a característica” de normalidade para esse tecido periodontal. Faixas largas ou finas, espessas ou delgadas, róseas ou marrons de tecido queratinizado podem ser consideradas normais, saudáveis e belas. Assim, podemos dizer que o periodonto normal está dentro de **uma faixa ampla** de características de normalidade.

Periodonto saudável



A partir da normalidade e frente às agressões que podem tornar o periodonto **anormal**, deparamo-nos com as **doenças** ou **desarmonias estéticas** periodontais. Para que possamos discutir aqui o tratamento dessas anormalidades adquiridas, podemos dividi-las em dois grandes grupos:

- **Grupo 1** – Periodonto doente: gengivites, periodontites e traumatismos.
- **Grupo 2** – Periodonto em desarmonia estética (sem doença): recessões, hiperplasias e ausências de tecido queratinizado.

No periodonto doente, causado por um processo infeccioso misto associado a grupos de bactérias específicas, ao exame clínico devemos verificar o nível atual de controle do biofilme do paciente e identificar as condições locais que possam promover a colonização dos dentes por microrganismos periodontopatogênicos.

No exame intraoral, podemos observar as características de um periodonto saudável em relação à cor, forma, textura, contorno, consistência e posição. Em um periodonto doente, uma ou mais características devem estar alteradas. Dessa forma, o exame clínico deve ser bastante detalhado, e junto com os exames complementares, coletamos as informações que possam fechar o diagnóstico de uma possível doença para que seja feito um bom plano de tratamento.

Grupo 1



Grupo 2



O periodonto doente pode estar relacionado a um simples processo inflamatório sem que haja perda dos tecidos de suporte, como a **gengivite**.

No entanto, podemos estar diante de uma alteração mais severa, causando perda dos tecidos de suporte (osso alveolar), estando diante da **periodontite**.

Essas duas modalidades de doença possuem tratamentos específicos.

No caso da **gengivite**, estamos diante de uma inflamação de tecidos de proteção que estão doentes por ação de alguma modalidade de traumatismo, mas causada por microrganismos.

A instalação do biofilme no sulco gengival é o que mais leva ao aparecimento dessa doença. É uma doença inflamatória em que os tecidos intrassulculares ulceram-se, portanto, sangram.

O tratamento dessa doença se restringe a controle e desorganização do biofilme para que o processo não evolua.

Periodonto doente - Gingivite



Periodonto doente - Periodontite



EXAME CLÍNICO E RADIOLÓGICO

O exame clínico periodontal envolve a coleta de dados analisando exames de imagem como radiografias periapicais e tomografia computadorizada, além dos dados clínicos obtidos por meio da sondagem periodontal com sonda milimetrada do tipo Carolina do Norte, para que possamos preencher o periograma e definir o plano de tratamento.



FATORES DE RISCO

Por teoria, a **periodontite** é a doença que causa a perda de tecido de sustentação do dente (processos alveolares), frente às agressões impostas pela inflamação do periodonto de proteção. Isso nos leva a pensar que quando da instalação da gengivite, o próximo estágio da doença seria a instalação da periodontite. Pelo estudo dos fatores de risco, essa colocação é perfeitamente aceitável e adequada ao estudo da doença. No entanto, algumas situações nos causam dúvidas se esse caminho de pensamento é de fato uma trilha sem bifurcações. Há situações em que o paciente possui grande quantidade de biofilme e cálculo, mas apresenta pouca ou nenhuma perda de tecido de suporte. Assim como há situações em que o paciente possui boa higiene bucal, sem presença de biofilme ou cálculo, mas possui perda de tecidos de suporte extremamente grave, muitas vezes, condenando os dentes. Se encararmos os problemas de destruição óssea periodontal com o pensamento livre do velho postulado, que dita que a higienização deficiente é a grande causadora dos problemas periodontais, começaremos a abrir nosso pensamento para novas maneiras de encarar a doença periodontal e, assim, estabelecer maneiras melhores de tratá-la. Passemos a encarar assim: A presença prolongada do biofilme no sulco periodontal levará o paciente a apresentar um

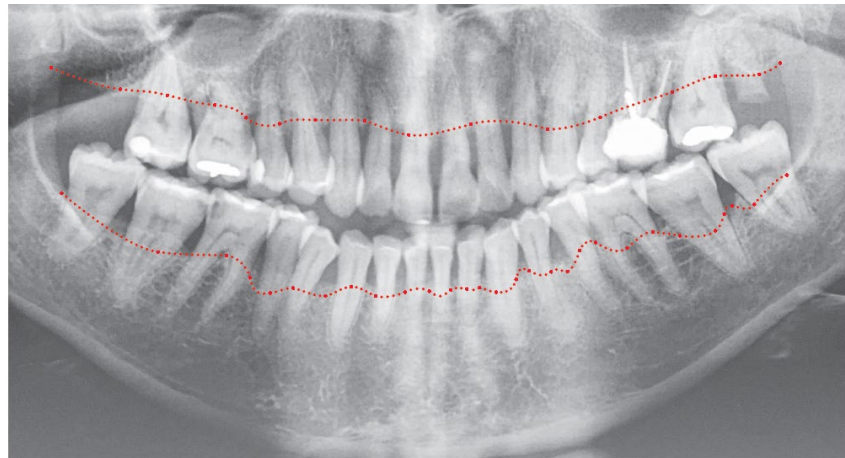
quadro de inflamação periodontal em quase todos os casos. Porém, o paciente **perder osso alveolar**, frente a essa inflamação, está na dependência de outros múltiplos fatores intrínsecos (diabetes, genética, deficiências nutricionais ou celulares etc.) ou extrínsecos (tabagismo, medicamentos, drogas ilegais etc.).

Esses fatores intrínsecos ou extrínsecos compõem o que chamamos de **fatores de risco** de periodontite. Uma constatação clínica de aumento da gravidade da doença periodontal está presente nos pacientes que apresentam mais do que um fator. Por exemplo, é comum evidenciarmos maiores destruições ósseas em pacientes que são diabéticos e fumam. O diabetes e o tabagismo são, por evidência clínica, os fatores que mais levam os pacientes a perderem suporte ósseo. Nos casos de alterações sistêmicas, como hipertensão, diabetes, hemofilia, insuficiência renal etc., o cirurgião-dentista deve ser capaz de reconhecer esses estados de alteração da homeostase do paciente e classificá-lo de acordo com a sua condição:

- Paciente saudável (sem alteração sistêmica).
- Paciente controlado (por medicamentos) e saudável.
- Paciente descontrolado de sua alteração e, portanto, debilitado.

Quanto mais descontrolado frente à suas alterações, maior o risco de acometimento dos tecidos periodontais de suporte, e isso sem necessariamente grandes acúmulos de biofilme.

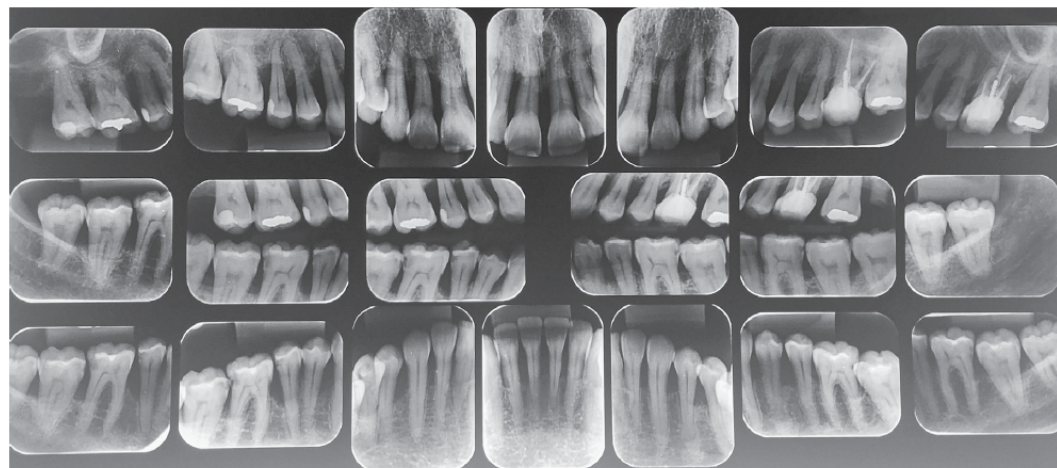
Vale a pena lembrar que a idade pode ser um fator de risco. É possível envelhecer com saúde, mas temos que considerar que quanto mais idade um indivíduo tem, mais debilitada é sua resposta às agressões externas. Se cruzarmos pacientes com idade avançada e doenças de base instaladas, estaremos cada vez mais frente a pacientes de alto risco de instalação e perda dentárias por periodontite. A mesma consideração deve ser feita quando o paciente apresenta mais que uma alteração, como diabetes com hipertensão.



EXAME CLÍNICO

Com a sequência do exame clínico e as informações coletadas na anamnese do paciente juntamente com os exames de imagem, podemos fechar o diagnóstico e propor um plano de tratamento baseado nestas informações. O diagnóstico de doença periodontal inclui:

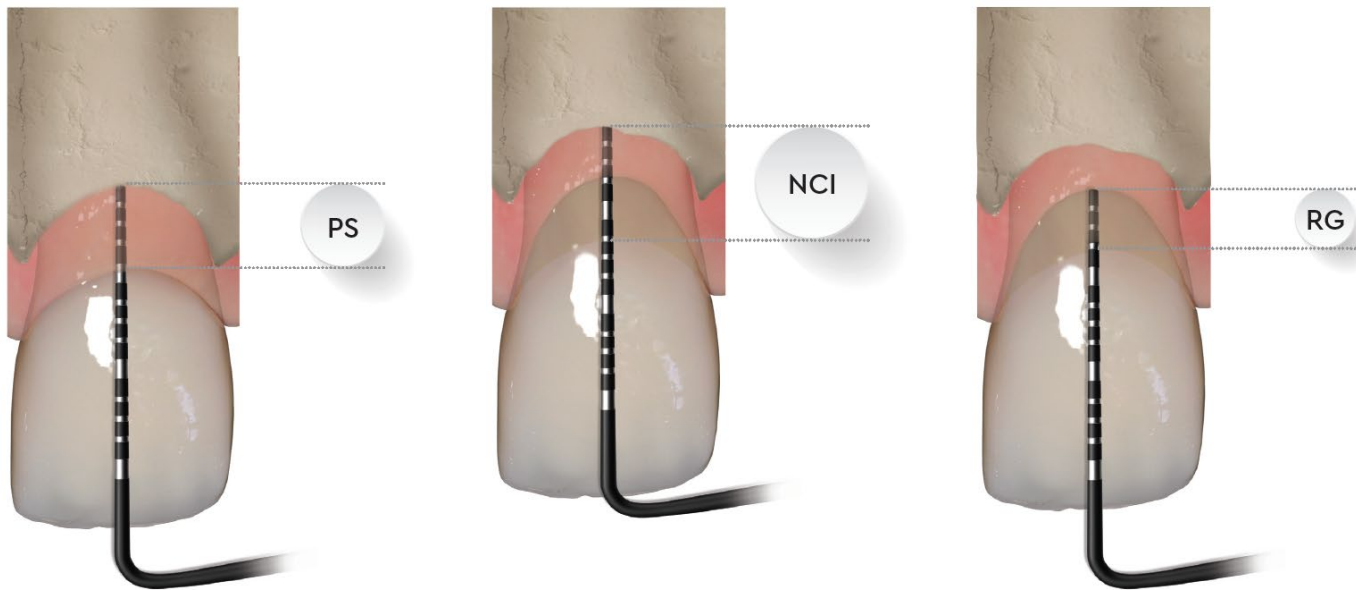
- Vermelhidão.
- Exsudato.
- Aumento de sangramento à sondagem.
- Aumento da profundidade de sondagem.
- Aumento do nível de inserção clínica.
- Aumento da mobilidade dentária.
- Migração.
- Perda óssea (exame radiográfico e profundidade de sondagem).



Todas essas informações que fecham o diagnóstico devem ser repassadas para uma ficha que chamamos de periograma, na qual esses dados devem ser gravados para controlar a evolução do tratamento proposto. O periograma básico para a avaliação periodontal deve conter informações como as descritas a seguir:

- **Profundidade de sondagem (PS):** é a distância da margem gengival até o fundo do sulco ou da bolsa periodontal.
- **Sangramento à sondagem (SS):** é a indicação de um processo inflamatório durante o movimento da sondagem.
- **Nível de inserção clínica (NIC):** é a distância do fundo da bolsa até a junção cimento- esmalte (JCE).
- **Recessão gengival (RG):** é a distância da JCE até a margem gengival.
- **Mobilidade (M):** é o indicativo da perda de inserção do dente causando movimentação.
- **Furca (F):** é a perda de inserção na região de furca de pré-molares e molares.

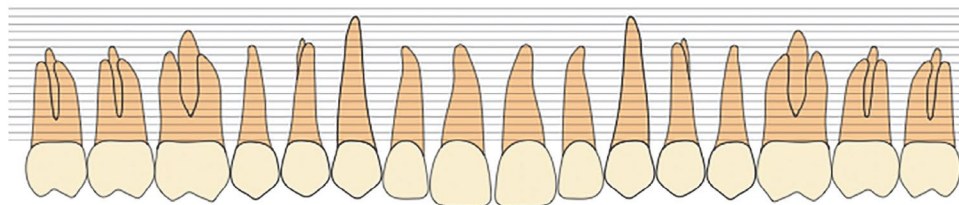
Baseados nessas informações e nos exames de imagem, podemos fechar o diagnóstico e definir o plano de tratamento.



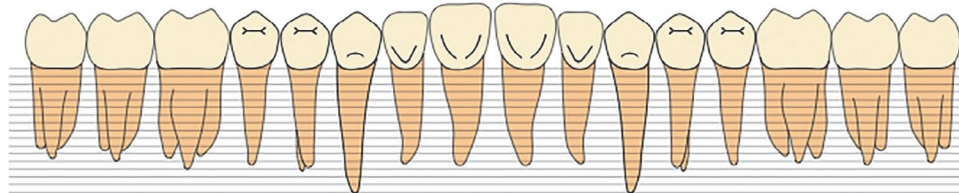
PERIOGRAMA

	18 17 16 15 14 13 12 11								21 22 23 24 25 26 27 28																					
	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	M	V	D	M	V	D	M	V	D	M	V	D
Profundidade de Sondagem (PS)																														
Sangramento à Sondagem (SS)																														
Nível Clínico de Inserção (NCI)																														
Recessão Gengival (RG)																														
Mobilidade (M)																														
Furca (F)																														

Vestibular



Palatina

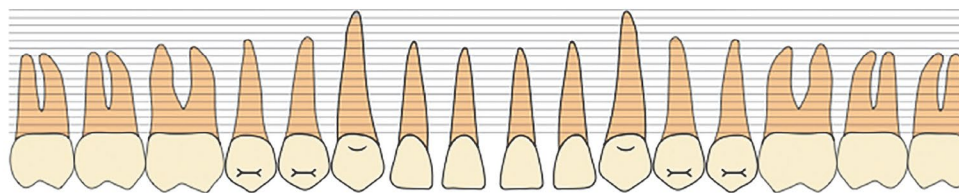


	18 17 16 15 14 13 12 11								21 22 23 24 25 26 27 28																					
	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	M	V	D	M	V	D	M	V	D	M	V	D
Profundidade de Sondagem (PS)																														
Sangramento à Sondagem (SS)																														
Nível Clínico de Inserção (NCI)																														
Mobilidade (M)																														
Furca (F)																														

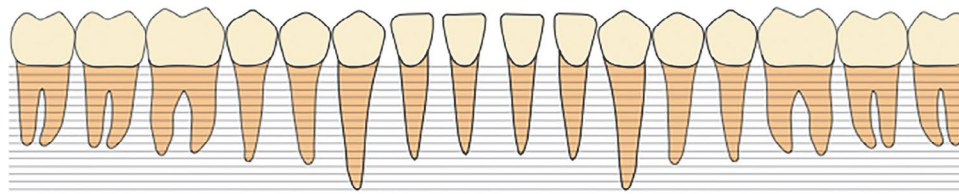
PERIOGRAMA

	48		47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37		38								
	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D		
Profundidade de Sondagem (PS)																																							
Sangramento à Sondagem (SS)																																							
Nível Clínico de Inserção (NCI)																																							
Recessão Gengival (RG)																																							
Mobilidade (M)																																							
Furca (F)																																							

Palatina



Vestibular



	48		47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37		38								
	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D	V	M	D		
Profundidade de Sondagem (PS)																																							
Sangramento à Sondagem (SS)																																							
Nível Clínico de Inserção (NCI)																																							
Mobilidade (M)																																							
Furca (F)																																							

EXAME CLÍNICO

A partir da coleta dos dados relacionados à alteração, cabe ao cirurgião-dentista avaliar as condições em que esse dente se encontra para que o plano de tratamento seja eficaz. Com a evolução do tratamento, os implantes dentários criaram uma situação de confronto entre o tratar e substituir o dente doente, levando à perda de conceitos que realmente são relevantes na tomada de decisão. O tratamento periodontal convencional acabava criando uma condição de desconforto tanto funcional quanto estético ao paciente, fazendo com que a substituição por um implante acabe sendo a decisão mais correta. Porém, com a evolução dos tratamentos periodontais, com os adventos dos biomateriais, reduzindo a sequela estética e tornando o dente doente em um dente viável,

principalmente em longo prazo, acabaram gerando dúvidas em quais situações devemos tratar o dente doente e em quais situações devemos prezar pela manutenção do osso alveolar para a substituição por um implante osseointegrável. Quando o diagnóstico de doença é fechado, a opção pelo tratamento periodontal regenerativo deve ser tomada com base principalmente na presença de mobilidade do dente e o tamanho e tipo de perda óssea. Dessa forma, podemos preservar o dente mantendo o controle de higienização do paciente de forma bastante rigorosa ou manter o máximo do processo alveolar remanescente, para que seja possível a instalação de um implante em um posicionamento adequado para substituir o dente perdido.



QUANDO TRATAR E QUANDO CONDENAR UM DENTE DOENTE?

Com o avanço dos tratamentos odontológicos em todas as áreas e por influência muito forte da Implantodontia, tomar a decisão de condenar um dente periodontalmente comprometido ou tratá-lo se tornou uma decisão bastante complexa quando avaliamos as variáveis que interferem no tratamento em questão. Portanto, baseando-se na coleta de dados periodontais, **tratando dentes íntegros e levando em consideração a perda de inserção**, a tabela mostra uma árvore de decisões em que o tamanho da perda óssea, o tipo de perda óssea e a presença de mobilidade dentária são os fatores mais relevantes a se avaliar no momento de tomar essa decisão.

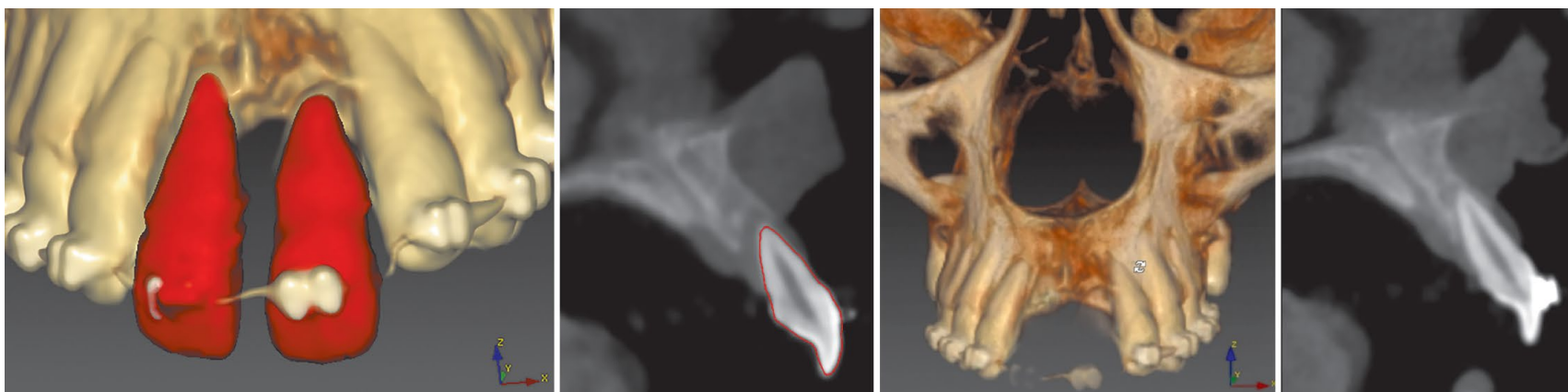
PERDA DE INSERÇÃO	MOBILIDADE	PERDA ÓSSEA	PLANO DE TRATAMENTO
1/3 da raiz	Com mobilidade	Localizada	Tomografia + reavaliação para tratamento periodontal
		Generalizada	Tomografia + reavaliação para tratamento periodontal
	Sem mobilidade	Localizada	Tratamento periodontal
		Generalizada	Tratamento periodontal
1/2 da raiz	Com mobilidade	Localizada	Tomografia + reavaliação para tratamento periodontal
		Generalizada	Exodontia + planejamento reabilitador
	Sem mobilidade	Localizada	Tratamento periodontal
		Generalizada	Tratamento periodontal
+ de 1/2 da raiz	Em dentes com perda de inserção de mais da metade da raiz, independente do tipo de perda óssea, não há boa perspectiva de resposta ao tratamento periodontal. Portanto, está indicada a extração para preservação e/ou reconstrução alveolar para a futura reabilitação com implantes.		

EXAME DE IMAGEM

No exame clínico, fazendo o preenchimento dos dados no periograma, quando estamos diante de situações em que o plano de tratamento é duvidoso, em casos de perdas ósseas localizadas e profundas em dentes com ou sem mobilidade avançada já direcionando para exodontia, a radiografia periapical, muitas vezes, não nos dá uma dimensão real da destruição óssea causada pela doença para uma futura manobra regenerativa ou até mesmo para o planejamento de substituição do dente por um implante. Sendo assim, a análise tomográfica é um exame que deve fazer parte do protocolo clínico de planejamento.



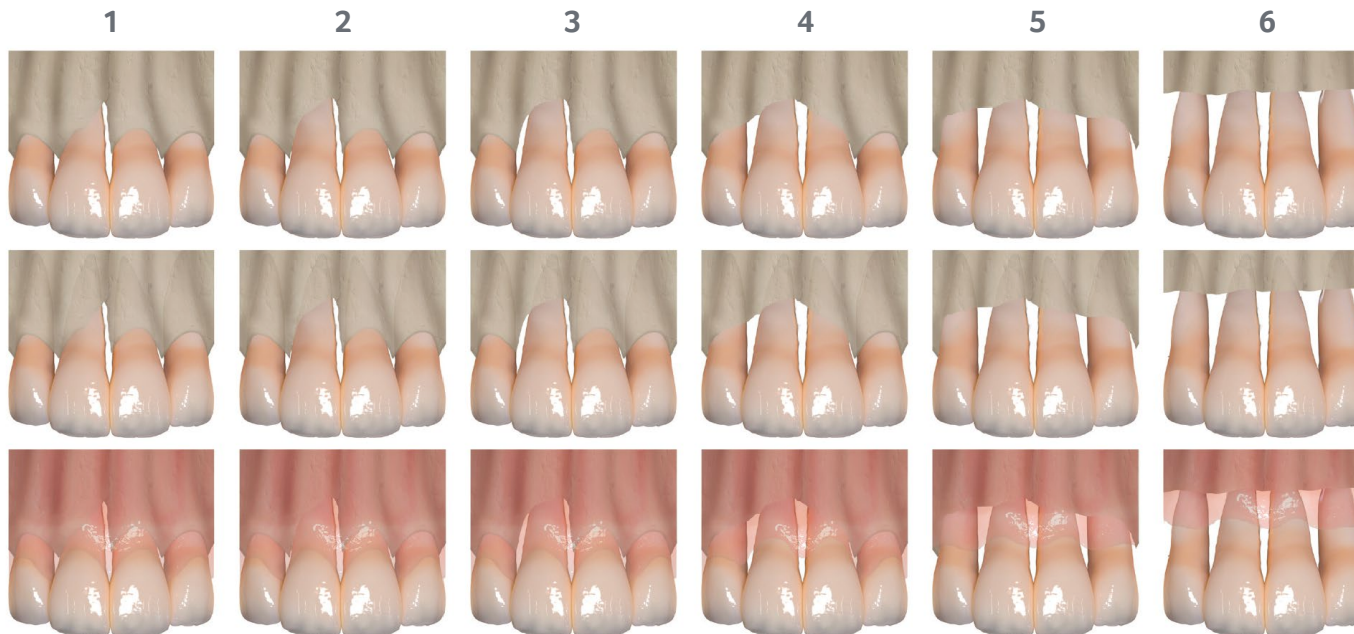
Radiografia periapical mostrando perda de inserção, mas sem a análise tridimensional do tamanho e do tipo de perda óssea envolvida. A análise da mesma região através da tomografia computadorizada define o tamanho da perda em uma vista mais completa.



A mobilidade do dente depende exclusivamente do tamanho e do tipo de perda óssea que ele apresenta. Portanto, é importante definir quais tipos de perda óssea são favoráveis ao tratamento regenerativo e definir se o dente permanecerá ou não em boca. As tomografias computadorizadas fazem uma leitura completa do tipo de perda óssea e dos defeitos ósseos causados por doença periodontal, podemos destacar seis:

- **Defeito 1:** defeito de uma parede interproximal, M ou D, com integridade das tábuas ósseas vestibulares e palatinas.
- **Defeito 2:** defeito de duas paredes, sendo uma interproximal M ou D e uma das paredes V ou P.

- **Defeito 3:** defeito de três paredes, sendo as duas paredes proximais M e D, e uma parede V ou P.
- **Defeito 4:** defeito de quatro paredes, sendo as duas paredes proximais e as paredes V e P, porém apenas um dente envolvido.
- **Defeito 5:** defeito de quatro paredes, sendo as duas paredes proximais e as paredes V e P envolvendo dentes adjacentes e com menos de metade do comprimento da raiz.
- **Defeito 6:** defeito de quatro paredes, sendo as duas paredes proximais e as paredes V e P envolvendo dentes adjacentes e com mais da metade do comprimento da raiz.



REFERÊNCIAS

1. Rose LR, Mealey BL, Genco RJ, Cohen DW. Periodontia – Medicina, Cirurgia e Implantes. São Paulo: Santos, 2007.
2. Muller HP, Eger T. Gingival phenotype in young male adults. J Clin Periodontol. 1997 Jan; 24(1):65-71.
3. Lindhe J, Lang NP. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. São Paulo: Guanabara Koogan, 2018.
4. Chilvarquer I, Hayey JE, Chilvarquer LW, Saddy MS, Fenyó-pereira M. Radiologia digital. In: Panella J. Radiologia Odontológica e Imaginologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
5. Tanner ACR, Kent JRR, DykeTV, Sonis ST, Murray LA. Clinical and other risk indicators for early periodontitis in adults. J Periodontol. 2005;76(4):573-81.
6. Fisher KR, Grill E, Jockel Schneider Y, Bechtold M, Schlagenhaut U, Fickl S. On the relationship between gingival biotypes and supracrestal gingival height, crown form and papilla height. J Oral Implants Res. 2013.
7. Chambrone L. Cirurgia Plástica Periodontal e Periimplantar Baseada em Evidências. Nova Odessa: Napoleão, 2014.
8. Coelho RDS, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC, Caldas ADFJ. Prevalence of periodontal conditions in a Brazilian adult population. Oral Health Prev Dent. 2008; 6(2):139-45.
9. Eick S, Pietkiewicz M, Sculean A. Oral microbiota in Swiss adolescents. Clin Oral Invest. 2012.
10. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME, Abdelghafar KO. A survey of oral health in a Sudanese population. BMC Oral Health. 2012; 12:5.
11. Vogt M, Sallum AW, Cecatti JG, Morais SS. Factors associated with the prevalence of periodontal disease in low-risk pregnant women. Reproductive Health. 2012; 9(3):1-8.
12. Hermann P, Gera I, Borbely J, Fejerdy P, Madlena M. Periodontal health of an adult population in Hungary: findings of a national survey. J Clin Periodontol. 2009; 36(6):449-57.
13. Klages U, Weber AG, Wehrbein H. Approximal plaque and gingival sulcus bleeding in routine dental care patients: relations to life stress, somatization and depression. J Clin Periodontol. 2005; 32(6):575-82.
14. Raghianti MS, Gregh SLA, Lauris JRP, Sant'ana ACP, Passanezi E. Influence of age, sex, plaque and smoking on periodontal conditions in a population from Bauru, Brazil. J Appl Oral Sci. 2004; 12(4):273-9.
15. Neamatollahi H, Ebrahimi M. Oral health behavior and its determinants in a group of Iranian students. Indian J Dent Res. 2010; 21(1):84-8.
16. Dye BA, Ornton-Evans G. A brief history of national surveillance efforts for periodontal disease in the United States. J Periodontol. 2007; 78(Suppl. 7):1373-9.
17. Shiao HJ, Reynolds MA. Sex differences in destructive periodontal disease: a systematic review. J Periodontol. 2010; 81(10):1379-89.
18. Kirtiloglu T, Yavuz US. An assessment of oral self-care in the student population of a Turkish university. Public Health. 2006; 120(10):953-7.
19. Burt B. Research, science and therapy committee of the American Academy of Periodontology. Epidemiology of periodontal diseases. J Periodontol. 2005;76 (8):1406-19.

AUTORES



ANDRÉ VILELA

- Dr. André Vilela é graduado pela Universidade São Francisco (2008).
- Mestre em Periodontia.
- Especialista em Periodontia e em Implantodontia.
- Exerce a profissão com uma filosofia clínica, além de fazer pesquisas dentro das áreas da Periodontia e da Implantodontia, com diversos artigos publicados no Brasil e no Exterior.
- Atua na área acadêmica desde 2012 e atualmente é coordenador do curso de pós-graduação em Periodontia, juntamente com seu Mestre Dr. Luis Fernando Ferrari Bellasalma, com quem vem trabalhando desde a sua formação.
- Além dos programas de pós-graduação em Periodontia e Implantodontia, vem ministrando palestras em congressos sobre cirurgia plástica periodontal e peri-implantar no Brasil e no exterior, além de coordenar diversos cursos de imersão e extensão nas áreas da Periodontia e da Implantodontia na Clínica Vilela Oral Design, que fundou em 2017, além de instituições parceiras.



**LUIS FERNANDO
FERRARI BELLASALMA**

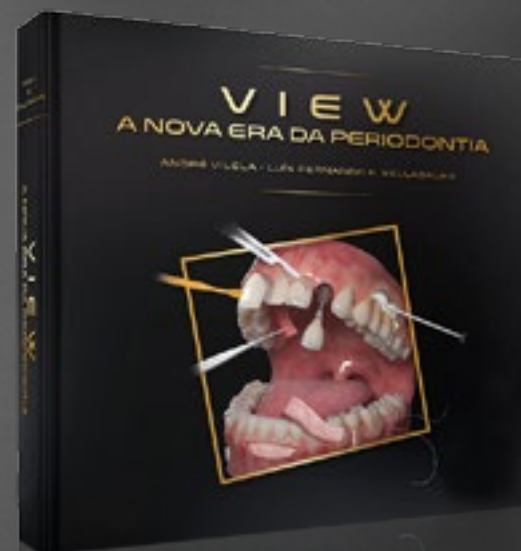
- Dr. Luis Fernando Ferrari Bellasalma é graduado pela Universidade São Francisco (1987).
- Especialista em Periodontia pela USF Bragança Paulista e em Implantodontia pela Unicsul.
- Mestre em Periodontia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1998).
- Atualmente é professor do Curso de Graduação em Odontologia da FAOA APCD, responsável pelo curso de especialização em Periodontia da Escola de Aperfeiçoamento Profissional da APCD Central.
- Tem experiência na área de Periodontia, Cirurgia Bucal e Implantes Dentários.
- Atua clinicamente na área de expertise e tem 30 anos de experiência profissional.

O LIVRO

A obra “**View • A Nova Era da Periodontia**” é uma mudança de paradigma na forma de aprender Periodontia e traz os anos de experiência clínica e acadêmica dos autores André Vilela e Luis Fernando Ferrari Bellasalma, profissionais de reconhecimento nacional e internacional.

Confira os tópicos que você encontrará no livro:

- Anatomia e histologia do periodonto
- Microbiologia e classificação da doença periodontal
- Entendendo a doença periodontal
- Tratamento das doenças periodontais
- Fotografia odontológica
- Cirurgias estéticas mucogengivais
- A dinâmica da papila
- Periodontia associada aos implantes osseointegráveis
- Peri-implantite
- Sorriso gengival
- Periodontia associada à reabilitação
- Manipulação tecidual no tratamento das sequelas estéticas



Páginas:
668



Imagens:
Aprox. 1500



Vídeos:
45



Conteúdo 3D:
16

COMPRAR



SANTOS PUBLICAÇÕES

Ao longo de nossa trajetória de mais de 35 anos atuamos no segmento editorial Médico e Odontológico, com mais de 1.000 obras publicadas, aprendemos que devemos estar em constante transformação e evolução.

Seguimos ansiosos por projetos editoriais que façam a diferença na vida de nossos leitores e renovamos nossa disposição e entusiasmo para publicar novas obras de grande contribuição para a Odontologia atual e continuarmos a fazer história na Produção Editorial Científica do Mundo. Nós somos a SANTOS PUBLICAÇÕES.

Acesse nosso site e confira nossos títulos:
www.santospub.com.br



SANTOS[®]
PUBLICAÇÕES