

PERIODONTITE CRÔNICA EM PACIENTE ADULTO JOVEM: RELATO DE CASO CLÍNICO

Chronic periodontitis in young adult patient: a case report

Camile Zanona Caselli¹, Patricia Weidlich², Letícia Algarves Miranda³

RESUMO

A diferenciação entre as formas de periodontite é importante, pois suas características podem determinar a abordagem em relação ao tratamento e prognóstico, como por exemplo, a inclusão de terapia antimicrobiana na forma de coadjuvante da terapia mecânica, a determinação do tempo de avaliação da cicatrização pós-tratamento e da frequência das consultas de manutenção e na necessidade de exame de familiares. Com este preceito, o objetivo deste estudo é apresentar o processo de diagnóstico de periodontite crônica em um paciente adulto jovem, o qual envolveu exames clínicos radiográficos e de familiares, assim como a seqüência de tratamento periodontal em duas fases: supra e subgingival. O resultado do tratamento em curto prazo (150 dias) mostra os excelentes resultados obtidos com relação aos parâmetros supra e subgingivais.

UNITERMOS: Gengivite. Periodontite. Classificação. Diagnóstico. R Periodontia 2006; 16:5-13.

INTRODUÇÃO

Os critérios de classificação das doenças periodontais vêm sofrendo alterações com o passar do tempo, conforme o entendimento que se tem da doença à época. Em 1999, a Academia Americana de Periodontia revisou a classificação das doenças periodontais e chegou ao consenso de que as periodontites se dividem em três grandes grupos: a periodontite crônica (PC), a periodontite agressiva (PA) (**quadro 1**) e as periodontites associadas a doenças sistêmicas.

Em geral, a periodontite crônica tem sido caracterizada como uma doença de progressão lenta a moderada, associada ao acúmulo de placa bacteriana e cálculo dental, mais prevalente em adultos. Sugeriu-se que periodontite agressiva é um tipo específico de periodontite com achados clínicos e radiográficos identificáveis os quais a fazem suficientemente diferenciável da periodontite crônica para garantir uma classificação separada (CONSENSUS REPORT, 1999a). Periodontite agressiva é caracterizada por rápida destruição das estruturas periodontais de suporte, em sua maior parte em indivíduos jovens saudáveis. Esta forma de periodontite tende a apresentar uma agregação familiar e, em muitos casos, a severidade da doença não é compatível com a quantidade de placa bacteriana, sugerindo uma alta susceptibilidade destes indivíduos à doença. Há características específicas, as quais são suficientemente

¹ Cirurgiã-dentista, aluna do curso de pós-graduação, nível de especialização em periodontia da Sobracsursos

² Doutoranda em odontologia - UFRGS e professora do curso de especialização em periodontia da Sobracsursos, Porto Alegre-RS

³ Doutora em periodontia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Karolinska Institutet, e professora da Sobracsursos e UNISC

Quadro 1**CARACTERÍSTICAS DAS PERIODONTITES CRÔNICA E AGRESSIVA SEGUNDO A ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONTIA (1999)**

CARACTERÍSTICA	PERIODONTITE CRÔNICA	PERIODONTITES AGRESSIVAS
Velocidade de progressão	Lenta a moderada, mas pode ter períodos de progressão rápida.	Perda de inserção e destruição óssea rápidas*
Agressão x Destruição	Consistente com a presença de fatores locais Cálculo subgingival é um achado freqüente	Depósitos microbianos são inconsistentes com a severidade de destruição Progressão de perda de inserção e óssea pode ser auto-interrompida Generalizada: natureza episódica de destruição
Fatores Predisponentes/Fatores Modificadores do risco	Predisponentes: iatrogênicos ou relacionados ao dente Doenças sistêmicas: diabete mellitus ou HIV, p.ex. Outros: fumo, stress emocional	Pacientes são clinicamente saudáveis* P. ex: fumo, stress emocional, drogas, hormônios sexuais, etc.
Agregação familiar*	Não mencionado	Sim
Idade	Mais prevalente em adultos, mas pode ocorrer em crianças e adolescentes	Localizada: Cincumpuberal Generalizada: Usualmente abaixo dos 30 anos, mas pacientes podem ser mais velhos
Extensão/ Severidade	Localizada: se < 30% dos sítios afetados Generalizada: se > 30% dos sítios afetados Leve: 1-2mm de perda de inserção clínica (PIC) Moderada: 3-4mm (PIC) Severa: 5mm ou mais (PIC)	Localizada: apresentação molar/incisivo Generalizada: perda de inserção interproximal afetando ao menos 3 dentes permanentes, além dos primeiros molares e incisivos
Microbiologia	Variável	Elevadas proporções de <i>A. actinomycetemcomitans</i> e em algumas populações <i>P. gingivalis</i>
Anormalidades fagocitárias	Não mencionado	Presente
Resposta de anticorpos séricos	Não mencionado	Localizada: robusta Generalizada: pobre

*Características mais comuns das periodontites agressivas

discriminatórias, para permitir a subclassificação da periodontite agressiva em localizada (PAL) e generalizada (PAG) (**quadro 1**).

O mesmo grupo (CONSENSUS REPORT, 1999b) sugeriu que qualquer sistema de classificação para as várias formas de periodontite não deveria ser baseada na idade do paciente ao momento da apresentação, mas em achados clínicos, radiográficos, histórico e laboratoriais. A partir desse momento deixou-se de lado o sistema classificatório vinculado à idade do paciente e que colocava a idade de 35 anos como marco divisório entre as outrora denominadas periodontite de início precoce e periodontite do adulto (ARMITAGE, 2002).

Sabe-se que a idade é importante para determinar a severidade do envolvimento periodontal. Contudo não poderia ser usada como critério único para basear a classificação das diferentes formas de periodontite, já que evidências mostram que PC pode acometer indivíduos jovens, sem caracterizar um quadro de do-

ença agressiva (ALBANDAR & TINOCO, 2002 e KINANE, 2001). ALBANDAR et al. (1996) em estudo de prevalência de periodontite em pacientes jovens, anterior à classificação atual, observaram a existência de um terceiro tipo de colapso periodontal além das periodontites de acometimento precoce em adolescentes, no qual somente um ou poucos dentes estavam envolvidos. Este último foi referido como perda de inserção incidental, descrito com base em estudos clínicos e radiográficos, e era acreditado ser mais prevalente que outras formas de periodontite de acometimento precoce, que pelo critério restritivo de idade, não poderia ser classificado com periodontite do adulto, mas também não seguia as características das outras formas de classificação das periodontites de estabelecimento precoce vigentes à época (ALBANDAR & TINOCO, 2002).

A diferenciação entre as formas de periodontite é importante, pois suas características podem determinar diferentes abor-

dagens em relação ao tratamento e prognóstico (ALBANDAR et al, 1991) frente à doença que se apresenta. Assim, em alguns casos de PA, poderá ser necessária a inclusão de terapia antimicrobiana como coadjuvante da terapia mecânica em uma segunda abordagem (OPPERMANN & RÖSING, 2003). Além disso, pode ser esperado tempo de cicatrização aumentado quando comparado a pacientes que sofrem de doença crônica não modificada. Na fase de manutenção, maior preocupação com a determinação da frequência das consultas e com a qualidade do controle do biofilme supragengival pelo paciente, em casos de doença agressiva, pela velocidade de colapso periodontal que se poderia esperar se essas premissas não forem respeitadas. O seu caráter mais íntimo de agregação familiar (MICHALOWICZ & PHILSTRON, 1998) leva-nos a ter mais atenção com outros membros da família dos pacientes, para intervenção precoce e prevenção. Com este preceito, o objetivo deste estudo é apresentar o processo de diagnóstico de periodontite crônica em paciente adulto jovem e a seqüência de tratamento periodontal realizado em duas fases: controle placa supra e subgengival.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

O paciente C.R.L., 26 anos, leucoderma, professor de educação física, apresentou-se na clínica de pós-graduação em periodontia da SOBRACURSOS – Porto Alegre - RS, com a queixa principal de apresentar “problemas de gengiva”. O mesmo foi esclarecido sobre a natureza do relato de caso clínico e concordou em participar, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo de caso foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2000 e com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

2.1 Anamnese

Foi realizada com a finalidade de identificar problemas de saúde de ordem sistêmica, fatores de risco para doença periodontal, hábitos alimentares e de higiene, história odontológica e uso de medicações, através de um questionário. Dentre os achados relevantes encontrou-se que o paciente não era fumante e não tinha nenhum problema de saúde identificado. O paciente relatou usar escova multicerdas macia duas vezes ao dia e fio-dental, este último para remoção de restos alimentares eventualmente impactados entre os dentes, e dentifício. Quanto à história familiar de doença periodontal, o paciente relatou que a mãe (43 anos) e a única irmã (20 anos) apresentavam “problemas de gengiva também”.

2.2 Exame clínico periodontal e radiográfico

Foram examinadas as faces vestibulares, mesiais, distais e linguais ou palatinas de todos os dentes com sonda tipo Williams da marca Neumar. O exame supragengival consistiu de índice de

placa visível (IPV), índice de sangramento gengival marginal (ISG) e presença de fatores retentivos de placa (FRP). Para o exame subgengival foram utilizados os seguintes parâmetros: sangramento ou supuração à sondagem (SS), medidas de profundidade de sondagem (PS) e perda de inserção clínica (PIC). As medidas de PIC ficaram prejudicadas neste momento devido à presença massiva de cálculo subgengival identificada clinicamente e radiograficamente nas áreas proximais de molares e pré-molares (figura 2). Optou-se então por registrá-las ao momento da consulta de raspagem e alisamento radicular (RASUB), antes de realizá-la e imediatamente após a remoção dos depósitos mais grosseiros de cálculo subgengival (KÄLLESTAL & MATSSON, 1990), porém sem atingir o fundo da bolsa periodontal, a fim de não alterar as medidas originais. Nas faces livres esta dificuldade não foi encontrada, pois não havia cálculo subgengival abundante.

O exame radiográfico interproximal dos dentes posteriores e levantamento periapical completo foi solicitado (figuras 2 e 3). As perdas ósseas radiográficas interproximais que o paciente apresentava seguiam um padrão de acompanhamento da forma do depósito calcificado, verdadeiras “pontes de cálculo” subgengival que se formaram entre os dentes posteriores (figura 2). A combinação do exame clínico e radiográfico sugeriu morfologia da arquitetura óssea do tipo cratera nesses sítios (PAPAPANOU & TONETTI, 2000).

2.3 Diagnóstico

O IPV e ISG corresponderam respectivamente a 71,4% e 32,1% no exame inicial, o que levou ao diagnóstico de gengivite e 54,4% das faces apresentou FRP (cálculo supragengival).



Figura 1: Fotografias iniciais do paciente

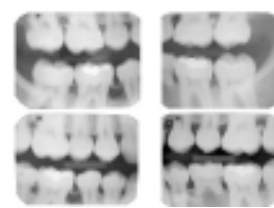


Figura 2: Radiografias interproximais iniciais do paciente



Figura 3: Exame radiográfico periapical completo do paciente após tratamento supragengival

Os parâmetros subgengivais do exame inicial estão representados na **figura 4**. O paciente apresentou no exame inicial 87,4% das faces com PS de 1-3 mm e 12,5% com PS > 4 mm, sendo que a máxima foi de 7 mm em apenas um dente (face distal de um segundo molar inferior). A prevalência de sangramento subgengival foi de 89,2%, não tendo o mesmo apresentado supuração. Em relação à extensão da PIC, o paciente apresentou 21,4% (n=24) das faces com PIC > 2 mm, distribuídas desigualmente entre as faces livres e proximais. Somente dois sítios eram em faces livres, sendo uma delas a face vestibular do dente decíduo que o paciente apresentava. Quando consideradas as PIC > 3 mm, as superfícies proximais foram as únicas atingidas somando 14,5% do total de faces examinadas, sendo a máxima PIC encontrada de 4 mm (**figura 5**). Quanto à distribuição por tipo de dente, verificou-se maior prevalência e severidade de PIC nos molares e pré-molares do que em incisivos e caninos (**Tabela 1**). Em nenhum dente observou-se envolvimento de furcas.

A doença do paciente C.R.L. foi caracterizada como localizada por envolver menos que 30% dos sítios examinados (CONSENSUS REPORT, 1999b). Levando-se em consideração a classificação de 1999, o paciente apresenta periodontite crônica moderada localizada.

As familiares próximas do paciente, mãe e irmã, foram chamadas para exame periodontal para complementar o processo

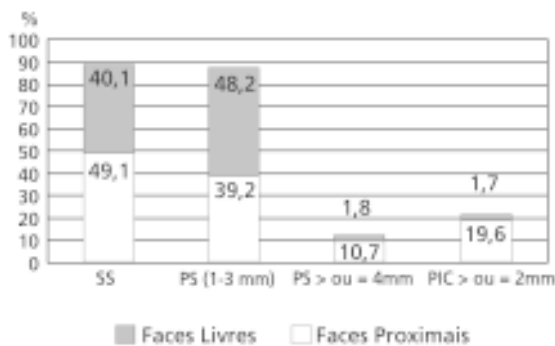


Figura 4: Prevalência e extensão nos sítios livres ou proximais dos parâmetros subgengivais: SS, PS(1-3 mm e > 4 mm) e PIC(> 2 mm) no paciente. Valores percentuais

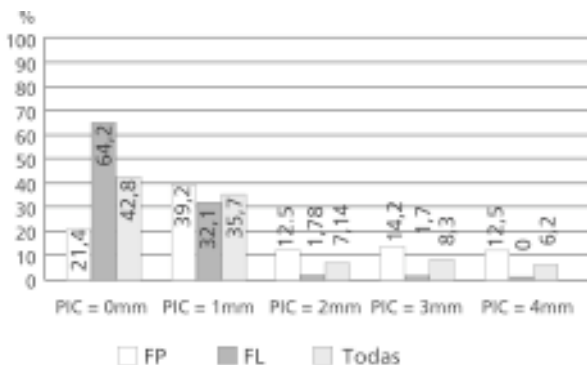


Figura 5: Frequência e distribuição de perda de inserção clínica nos diferentes pontos-de-corte por tipo de sítio (livre ou proximal)

Tabela 1

PREVALÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DE SÍTIOS COM PIC = 2 MM OU DE 3-4 MM DO PACIENTE POR GRUPOS DE DENTES. VALORES ABSOLUTOS E PERCENTUAIS				
	Sítios com PIC=2 mm		Sítios com PIC 3-4mm	
	N	(%)	N	(%)
Molares e pré-molares (n=64)	5	7,8	16	25
Incisivos e caninos (n=48)	3	6,2	0	0,0
Todos (n=112)	8	7,1	16	14,2

diagnóstico da doença, tendo em vista o componente genético da doença periodontal. Na anamnese, foi constatado que, enquanto a irmã estava passando por processo diagnóstico de artrite reumatóide (AR), a mãe já tinha a confirmação da doença. A mãe passou pelo mesmo exame de parâmetros clínicos que o paciente C.R.L. e a irmã passou por exame dos parâmetros supragengivais (IPV, ISG e FRP) e feitas radiografias interproximais dos dentes posteriores para identificar perdas ósseas incipientes, o que não ocorreu. A irmã apresentava gengivite associada à placa (IPV = 79,4%, ISG = 45,5% e ISG = 39,2%) e a mãe apresentava gengivite associada à placa (IPV = 82,4%, ISG = 53,7% e FRP = 86,1%) e periodontite crônica severa generalizada, com 87,9% dos sítios apresentando SS e 46,2% com PIC > a 3 mm, em maior prevalência nas faces proximais.

2.4 TRATAMENTO

Os tratamentos da gengivite e da periodontite foram feitos em duas fases separadas para permitir a correta distinção entre as duas doenças, evitando assim o sobretratamento, e para permitir a melhor adequação do paciente às técnicas de higiene a serem modificadas e/ou introduzidas, garantindo, assim, a manutenção do estado de saúde alcançado pelo binômio paciente/profissional (OPPERMANN & RÖSING, 2003). Além de ser coerente com a etiopatogenia diferenciada dos dois estágios da doença, permite que se intervenha subgengivalmente com menor sangramento e também com menores profundidades de sondagem (OPPERMANN & RÖSING, 2003 e CATÃO, 1999).

Após o exame periodontal, o paciente recebeu explicações sobre a doença periodontal, o tratamento e a necessidade da sua colaboração tanto no controle de placa, como na participação do sistema de manutenção periódica preventiva. Após a concordância do paciente, na mesma ocasião foi realizada a primeira sessão de RAP – raspagem, alisamento e polimento supragengival. Foram utilizadas as curetas periodontais da série Gracey e Mcall

e, para o polimento das superfícies coronárias, pasta profilática Pert-X (SS WHITE) e taças de borracha. O paciente recebeu instrução de higiene bucal (IHB) com escova multicerdas macia e fio-dental. Na consulta seguinte, os índices IPV e ISG foram realizados no sextante tratado e foi realizada RAP e IHB dos demais dentes com os mesmos instrumentos. Depois de finalizado o tratamento supragengival em duas sessões, foi realizado exame intermediário em consulta subsequente para avaliar o efeito do tratamento supragengival nas condições subgengivais e logo, identificar as reais necessidades de tratamento subgengival (**figura 6**).

Para a raspagem e alisamento subgengival (RASUB) foram utilizadas as limas periodontais Hirshfield e Dunlop e curetas da série Gracey e Pádua-lima, todas da marca Newmar, sob anestesia local em cinco sessões. A cada início de consulta, exames de IPV e ISG eram realizados. As regiões que apresentavam desedemaciação da gengiva (principalmente áreas interproximais dos dentes posteriores) começaram a ser higienizadas com escovas interdentais: extra-finas, passando a finas e em algumas regiões, médias (marca PREV).

2.5 Resultados

A variação no IPV e ISG no decorrer do tratamento podem ser vistos na **figura 7**. Houve uma redução notável dos sítios

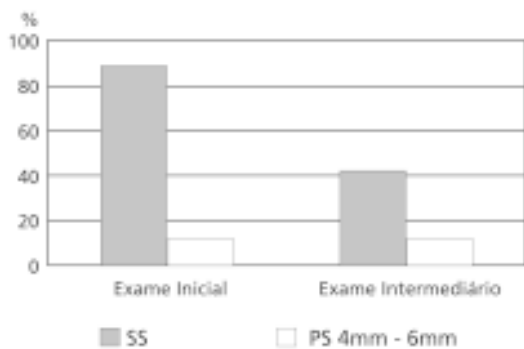


Figura 6: Alterações dos parâmetros inflamatórios subgengivais do paciente ao final da fase de tratamento supragengival

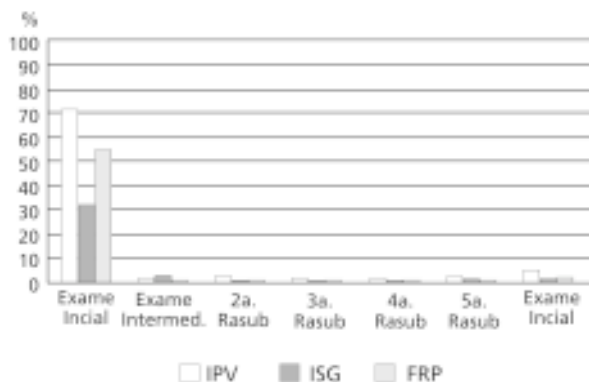


Figura 7: Variação nos índices IPV, ISG e FRP do paciente durante tratamento (valores percentuais)

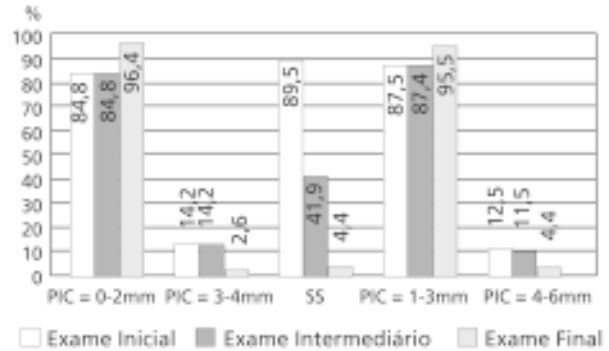


Figura 8: Alterações nos parâmetros subgengivais no exame final, em relação aos exames intermediário e inicial. Valores percentuais (n=112)

com exsudato subgengival, passando de 89,28% no exame inicial para 41,96% no exame intermediário (**figura 6**). Foi realizado exame periodontal completo com mínimo de 60 dias após o fim do tratamento. Os resultados dos parâmetros clínicos podem ser vistos na **figura 8**.

DISCUSSÃO

No presente relato, apresentamos um caso clínico de periodontite crônica localizada em um paciente adulto jovem, com diagnóstico baseado em critérios clínicos e radiográficos, assim como o resultado do tratamento até 150 dias do término das sessões de tratamento subgengival não cirúrgico.

Para fins de diagnóstico, foram analisadas as características das diferentes formas de periodontite. A primeira questão a considerada foi a agregação familiar, característica primária da PA conforme ficou definido no workshop da Academia Americana de Periodontia (CONSENSUS REPORT, 1999a) (**quadro 1**). Para tanto, foi realizado exame periodontal completo na mãe e na única irmã do paciente, as familiares próximas que sabiam apresentar “problemas de gengiva”. Estas não tinham formas agressivas de doença, ao contrário, a primeira apresentava periodontite crônica em uma forma mais avançada e a segunda, somente gengivite.

Uma outra questão a ser considerada no diagnóstico diferencial é a relação entre quantidade de fatores agressores e severidade da destruição dos tecidos periodontais. A periodontite crônica é uma forma de doença destrutiva que afeta os tecidos de suporte dos dentes, na qual existe uma correlação direta entre a intensidade da agressão e a resposta do hospedeiro (CONSENSUS REPORT, 1999b). Em outras palavras, em um paciente suscetível, haverá destruição condizente com a quantidade de fatores locais: placa e cálculo (KINANE & LINDHE, 2005), o que foi observado no caso apresentado.

Por sua vez, como tradicionalmente é descrito na literatura, na PA há uma inconsistência entre a quantidade de depósitos microbianos e a severidade de destruição tecidual (CONSENSUS

REPORT, 1999a), apesar de evidências atuais mostrarem que nem sempre isto ocorre (SUSIN & ALBANDAR, 2005).

Além das características clínicas para diagnóstico da PA sugeridos pela Academia Americana, outros critérios têm sido propostos na literatura. SUSIN & ALBANDAR (2005), avaliaram em amostra representativa de Porto Alegre a prevalência de PA, que foi caracterizada da seguinte forma: no grupo de 14-19 anos, quatro ou mais dentes com PIC > 4 mm; no grupo de 20-29 anos, quatro ou mais dentes com PIC > 5 mm. Se este mesmo critério fosse adotado no presente caso clínico, o paciente C.R.L. ainda assim não teria PA, pois as PIC máximas do paciente foram de 4 mm.

Em relação à velocidade de progressão, a idéia de que a instalação da doença pode ser a qualquer idade permite pensar que no caso em questão a doença pode ter-se instalado na infância ou adolescência e sua progressão pode ter sido lenta e gradual desde lá (CONSENSUS REPORT, 1999b), ou pode ter iniciado mais tarde e picos de perda inserção terem ocorrido (FLEMMIG, 1999). Somente tivemos a oportunidade de medir a PIC acumulada ao longo do tempo, aos 26 anos de idade, com 14,5% dos sítios apresentando PIC de 3 – 4 mm, localizada em molares e pré-molares (**tabela 1**) e com muito maior prevalência, nestes pontos-de-corte, em faces proximais (**figura 5**).

Para classificar doença do caso clínico estudado quanto à extensão, considerou-se o ponto de corte de 2 mm (**figuras 4 e 5**). Diferentes limiares de perda de inserção têm sido propostos para identificar adolescentes e adultos jovens com perda de inserção incipiente, desde a presença de um sítio com PIC > 1 mm (CLEREHUGH et al, 1990), PIC > 2 mm (VAN DER VELDEN et al, 1989) e PIC > 3 mm (LÖE & BROWN, 1991 e ALBANDAR et al, 1997). Optou-se por adotar o critério de severidade empregado na maioria dos estudos de prevalência, de presença de perda de inserção de 2 mm ou mais, conforme observado por JENKINS & PAPAPANOU (2001).

Utilizando o critério estabelecido pelo Workshop de 1999 (CONSENSUS REPORT, 1999b), o qual estabeleceu que a periodontite crônica, quando atingir até 30% dos sítios examinados deve ser classificada como localizada, o caso apresentado, o paciente apresentou 21,4% dos sítios com PIC > 2 mm, como mostrado na **figura 5**, conferindo o caráter localizado.

Em relação à severidade, a doença foi classificada como moderada por ter apresentado medidas máximas de PIC de 4 mm, em seis dentes (CONSENSUS REPORT, 1999b).

Do estudo de VALLE (2003) com amostra representativa da cidade de Porto Alegre - R.S. – Brasil, região geográfica à qual o paciente C.R.L. pertence, levantou-se os dados encontrados em indivíduos não-fumantes de 14-25 anos e comparou-se com o caso apresentado: 42% e 16,1% apresentavam PIC > 3mm e PIC > 5 mm em pelo menos 1 dente. Por indivíduo, a média de

sítios com PIC de pelo menos 3 mm foi de 7,2% e de com PI > 5 mm foi de 1,3%. No caso clínico apresentado, o percentual de sítios com PI de 3-4 mm foi de 14,5% (**fig.5**). O IPV médio por indivíduo foi de 81,1% e o ISG foi de 71,1%, mostrando que em relação ao IPV, o paciente CRL está próximo da média da população (71,4%) porém, com relação ao ISG, estava bem abaixo (32,1%) (**figura 7**). No que se refere à profundidade de sondagem foi encontrado que 44,9% dos indivíduos apresentaram PS > 5 mm e, quanto à extensão, em média 4,6% dos dentes possuíam PS > 5 mm nesses pacientes. No caso apresentado, o paciente apresentava sítios com PS > 5 mm em 32,1% dos dentes, bem acima da média da população. A prevalência de indivíduos com cálculo supragengival foi de 82,1% e em relação à extensão foi de 27,0% e no paciente estudado a extensão foi de 54,4% no exame inicial (**figura 7**).

A relação entre inflamação gengival e cálculo supra e subgengival com a perda de inserção foram investigados em vários estudos. ALBANDAR et al. (1996) encontraram associação entre inflamação gengival e cálculo subgengival com colapso periodontal precoce em estudo transversal com indivíduos de 13 a 20 anos, mas não com relação ao cálculo supragengival. GRIFFITHS et al. (2001) encontraram a mesma associação em relação à PIC adicional com cálculo subgengival e sangramento gengival, mas diferente no que se refere ao cálculo supragengival, pois esta variável também teve associação na PIC adicional em três anos no acompanhamento de militares de 16 – 20 anos de idade. No caso apresentado, os sítios proximais do paciente que apresentavam maior severidade de doença destrutiva - em molares e pré-molares - eram aqueles com massiva presença de cálculo subgengival, detectável ao exame clínico e radiográfico (**figura 2**).

Deve-se levar em consideração para o critério diagnóstico que nas faces livres, principalmente as vestibulares, exista o risco da perda de inserção ter sido causada por outros fatores que não a periodontite, tais com escovação traumática (JENKINS & PAPAPANOU, 2001; KALLESTAL & MATSSON 1990; SCHÄTZLE et al, 2003; GRIFFITHS et al, 2001; KINANE, 2001). Ainda que no caso apresentado as faces mais freqüentemente afetadas e com maior severidade tenham sido as proximais, reduzindo assim, a chance de que as causas tenham sido outras que a periodontite.

A maior prevalência de sítios com perdas de inserção de 3-4 mm, as maiores apresentadas pelo paciente, localizavam-se nas áreas proximais na região de molares, o que está de acordo com estudos transversais, longitudinais e revisões não-sistemáticas de literatura (JENKINS & PAPAPANOU, 2001 e TANNER et al, 2005). No estudo transversal de TANNER et al (2005), com adultos de 20 a 40 anos, a prevalência de sítios interproximais com PIC era maior nos molares, sistematicamente progredindo para os dentes adjacentes em indivíduos com maior número de dentes en-

volvidos.

Apesar de alguns dos critérios usados para diferenciar as periodontites (**quadro 1**) basearem-se em exames complementares, no presente estudo não foram realizados exames laboratoriais, como exame microbiológico, de atividade fagocitária e titulação de anticorpos. Até o momento, exames microbiológicos não apresentam resultados suficientemente convincentes para serem indicados como imprescindíveis no diagnóstico das periodontites (ALBANDAR & TINOCO, 2002 e OPPERMANN & RÖSING, 2003). Além disso, estudos mostram uma grande variabilidade nos resultados de microrganismos encontrados (DAHLÉN et al, 1992; HAFFAJEE et al, 2005; TANNER et al, 2005; TIMMERMANN et al, 2000; XIMÉNEZ-FYVIE et al, 2000). Entretanto, o teste microbiológico e antibiograma poderiam ser úteis para áreas onde a terapia eventualmente não surta resultado (OPPERMANN & RÖSING, 2003). De qualquer forma, em nossa área geográfica de atuação não havia laboratórios comerciais habilitados para estes tipos de exame, nem para exames imunológicos, em funcionamento.

Desta forma, a predominância das características da periodontite crônica e a inconsistência das características da periodontite agressiva suportaram o diagnóstico do caso apresentado.

As familiares próximas do paciente que foram chamadas para exame periodontal apresentavam diagnóstico de artrite reumatóide (AR). A AR é uma doença inflamatória crônica destrutiva de causa desconhecida caracterizada pelo acúmulo de infiltrado inflamatório na membrana sinovial, destruindo a arquitetura da articulação envolvida. Tanto a doença periodontal como a AR têm como característica um desequilíbrio na resposta imune-inflamatória, mesmo que na periodontite seja necessária a presença do agente etiológico – o biofilme subgengival. MERCADO et al. (2003), em revisão feita para discutir inter-relação das duas doenças, expõe a possível relação entre AR e periodontite descrevendo que a desregulação da resposta inflamatória do hospedeiro é determinada geneticamente, podendo tornar o indivíduo suscetível a ambas as condições devido à desregulação imune na artrite reumatóide, de modo que pacientes suscetíveis à artrite reumatóide na presença de periodontopatógenos e ambiente propício podem ser mais suscetíveis a desenvolver periodontite. “Ainda que o mesmo não tenha a AR manifestada, esta desregulação pode ter sido herdada pelo paciente C.R.L. e contribuído para a suscetibilidade à doença periodontal.

O tratamento da periodontite do paciente C.R.L. foi realizado através da terapia mecânica não cirúrgica em duas fases: controle de placa supra e subgengival. SUVAN (2005) realizou uma revisão sistemática para verificar a efetividade deste tipo de terapia e concluiu que esta mostrou ser eficaz no tratamento das doenças periodontais e que não há substitutos para o

debridamento mecânico, permanecendo este como a melhor opção de terapia isolada disponível.

A grande melhora dos parâmetros supragengivais na primeira fase do tratamento – controle de placa supragengival – foi conseguida e mantida ao longo das consultas (**figura 7**). No exame intermediário verificou-se redução no sangramento subgengival (**figura 6**), o que está de acordo com o estudo de CATÃO (1999), o qual avaliou o efeito clínico do controle de placa supragengival sobre a condição periodontal, concluindo que este tem influência na redução dos sinais clínicos inflamatórios associados com a doença periodontal.

O exame final do paciente foi realizado 150 dias após o término das sessões de RASUB. Quanto às variáveis subgengivais, alterações positivas – redução de PS, SS e ganho de inserção clínica – puderam ser observadas (**figura 8**).

Apesar de a periodontite crônica ser a forma de doença periodontal mais comum na infância e em adultos jovens (ALBANDAR & TINOCO, 2002), estudos mostrando o resultado de tratamento periodontal nestas idades são escassos pelo fato de que indivíduos pertencentes a estes grupos eram estudados junto com os pertencentes à PAL e PAG em estudos anteriores à nova classificação (THE RESEARCH, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento atual da etiopatogenia e das características clínicas e radiográficas das doenças periodontais permite entender o caráter crônico das lesões periodontais apresentadas pelo paciente descrito neste estudo. A severidade de doença foi condizente com a intensidade da agressão e, sendo este um paciente suscetível não submetido a cuidados preventivos e com pobre controle de placa, desenvolveu, ao longo do tempo em que esteve exposto aos fatores etiológicos, gengivite associada à placa e periodontite crônica localizada. Após o tratamento das duas doenças em duas fases, o prognóstico pode ser considerado excelente desde que o mesmo seja incluído em programa de



Figura 9

manutenção periódica preventiva para perpetuar o padrão de controle do biofilme bacteriano supra/subgengival pelo binômio paciente/profissional (CUGINI et al, 2000 e OPPERMANN & RÖSING, 2003).

ABSTRACT

The distinction among the various types of periodontitis is important since their own characteristics can reflect clinically different approaches regarding treatment and prognosis. These include the use of antimicrobials as adjuvant of the mechanical

therapy, the determination of after-treatment healing reevaluation period, the decision of the frequency interval of maintenance visits, and the need of relatives examination. With this principle, the aim of this study is to present the diagnosis process of chronic periodontitis on a young adult patient; the periodontal treatment sequence on two stages: supra and subgingival plaque control; and the outcomes to the treatment on short term evaluation.

Uniterms: Periodontitis/Classification. Gingivitis/Diagnosis. Oral hygiene. Diagnosis/ differential.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Albandar JM, Jackson BL, Genco RJ, Loe H. Clinical classification of periodontitis in adolescents and Young Adults. *J Periodontol* 1997; 68: 545-555.
- 2- Albandar JM, Brown JL, Brunelle JA, Loe H. Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. *J Periodontol* 1996; 67: 953-959.
- 3- Albandar JM, Buischi YA, Barbosa MFZ. Destructive forms of periodontal disease in adolescents. A 3-year longitudinal study. *J Periodontol* 1991; 62: 370-376.
- 4- Albandar JM, Tinoco EM. Global epidemiology of periodontal diseases in children and young persons. *Periodontology* 2000 2002; 29: 153-176.
- 5- Armitage GC. Classifying periodontal diseases - a long-standing dilemma. *Periodontology* 2000 2002; 30: 9-23.
- 6- Catão VV. O efeito do controle de placa supragengival no diagnóstico clínico da doença periodontal. [Mestrado]. Canoas: Universidade Luterana do Brasil; 1999. 85 p.
- 7- Clerehugh V, Lennon MA, Whortington HV. 5-year results of a longitudinal study of early periodontitis in 14- to 19-year-old adolescents. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 702- 708.
- 8- Consensus Report: Aggressive periodontitis. *Ann Periodontol* 1999a; 4(1): 53.
- 9- Consensus Report: Chronic periodontitis. *Ann Periodontol* 1999b; 4 (1): 38.
- 10- Cugini MA, Haffajee AD, Smith C, Kent Jr RL, Socransky SS. The effect of scaling and root planning on the clinical and microbiological parameters of periodontal diseases: 123 months results. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 30-36.
- 11- Dahlén G, Manji F, Baelum V, Fejerskov O. Putative periodontopathogens in "diseased" and "non-diseased" persons exhibiting poor oral hygiene. *J Clin Periodontol* 1992; 19: 35-42.
- 12- Flemmig T F. Periodontitis. *Ann Periodontol* 1999; 4: 32-37.
- 13- Griffiths GS, Duffy S, Eaton KA, Gilthorpe MS, Johnson NW. Prevalence and extent of lifetime cumulative attachment loss (LCAL) at different thresholds and associations with clinical variables: changes in a population of male military recruits over 3 years. *J. Clin Periodontol* 2001; 28: 961-969.
- 14- Haffajee AD, Japlit M, Bogren A, Kent Jr RL, Goodson JM, Socransky SS. Difference in the subgingival microbiota of Swedish and USA subjects who were periodontally healthy or exhibited minimal periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 33-39.
- 15- Jenkins WMM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology* 2000 2001; 26: 16-32.
- 16- Källestal C, Matsson L. Periodontal conditions in a group of Swedish

- adolescents. (II) Analysis of data. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 609-612.
- 17- Källestal C, Matsson L, Holm A-KJ. Periodontal conditions in a group of Swedish adolescents (I). A descriptive epidemiologic study. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 601-608.
- 18- Kinane DF. Periodontal disease in children and adolescents: introduction and classification. *Periodontology* 2000 2001; 26: 7-15.
- 19- Kinane DF, Lindhe J. Periodontite Crônica. In: *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. Lindhe J, Karring T, Lang N. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Coogan; 2005. p. 205-210.
- 20- Loe H, Brown LJ. Early onset periodontitis in the United States of America. *J. Periodontol* 1991; 62(10): 608-616.
- 21- Mercado FB, Marshall RI, Bartold PM. Inter-relationships between rheumatoid arthritis and periodontal disease. A review. *J. Clin Periodontol* 2003; 30: 761-772.
- 22- Michalowicz BS, Phillstrom BL. Genetic risk for periodontal diseases: A clinical perspective. *Journal de Parodontologie Orale* 1998; 17: 123.
- 23- Oppermann RV, Rosing CK. Prevenção e tratamento das doenças periodontais. In: *Promoção de Saúde Bucal: Paradigma, Ciência, Humanização*. Krieger L. 3 ed. São Paulo: Aboprev; 2003. p. 265-286.
- 24- Papapanou PN, Tonetti MS. Diagnosis and epidemiology of periodontal osseous lesions. *Periodontology* 2000 2000; 22: 8-21.
- 25- Schätzle M, Loe H, Lang NP, Heitz-Mayfield LJA, Bürgin W, Anerud A, Boysen H. Clinical course of chronic periodontitis. III. Patterns, variations and risks of attachment loss. *J Clin Periodontol* 2003; 30: 909-918.
- 26- Susin C, Albandar JM. Aggressive periodontitis in an urban population in southern Brazil. *J Periodontol* 2005; 73(3): 468-474.
- 27- Suvan JE. Effectiveness of mechanical nonsurgical pocket therapy. *Periodontology* 2000 2005; 37: 48-71.
- 28- Tanner ACR, Kent Jr R, Van Dyke T, Sonis ST, Murray LA. Clinical and other risk indicators for early periodontitis in adults. *J Periodontol* 2005; 76: 573-581.
- 29- Timmerman MF, Van der Weijden GA, Abbas F, Arief EM, Armand S, Winkle EG, Van Winkelhoff AJ, Van der Velden U. Untreated periodontal disease in Indonesian adolescents. Longitudinal clinical data and prospective clinical and microbiological risk assessment. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 932-942.
- 30- The Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Periodontal diseases of children and adolescents. *J Periodontol* 2003; 74: 1696-1704.
- 31- Valle PM. O fumo como indicador de risco à periodontite em adolescentes e adultos jovens. [Mestrado]. Canoas: Faculdade de Odontologia da Universidade Luterana do Brasil; 2003.
- 32- Van Der Velden U, Abbas F, Van Steenberghe TJ, De Zoete OJ, Hesse M, De Ruyter C, De Laat VH, De Graaff J. Prevalence of periodontal breakdown in adolescents and presence of *Actinobacillus actinomycetecomitans* in subjects with attachment loss. *J Periodontol* 1989; 60: 604-610.
- 33- Ximénez-Fyvie LA, Haffajee AD, Socransky SS. Comparison of the microbiota of supra- and subgingival plaque in health and periodontitis. *J Clin Periodontol* 2000; 27: 648-657.8- Bruno JF. Technique de greffe conjonctive assurant le recouvrement de dénudations radiculaires étendues. *Rev Int Parodont Dent Rest*

Endereço para correspondência:

Camile Zanona Caselli

Av. Wenceslau Escobar, 1100/ sala 203 - Bairro Cristal

CEP: 91900-000 - Porto Alegre - RS

Tel.: (51) 3268-6107

E-mail: camilecaselli@pop.com.br