

FACULDADE SETE LAGOAS- FACSETE
Pós-graduação em Periodontia

Rhuan Carlos Ferreira do Valle

PERIODONTITE AGRESSIVA

Sete Lagoas

2021

Rhuan Carlos Ferreira do Valle

Periodontite Agressiva:

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Periodontia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Orientador: Esp Roberto L. Fech

Ficha Catalográfica

Valle, Rhuan Carlos Ferreira.
Periodontite Agressiva./Rhuan Carlos Ferreira do Valle
Sete Lagoas,2021. 17p

Trabalho de conclusão de curso(Pós-graduação) – Faculdade Sete
Lagoas – FACSETE
Eixo-temático: Periodontia
Orientador: Profº Esp. Roberto L. Fech



Monografia intitulada “Periodontite Agressiva” de autoria do aluno **Rhuan Carlos Ferreira do Valle**.

Aprovada em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Profº Drº Roberto L. Fech

São Paulo, 10 de Setembro de 2021

RESUMO

Para debater sobre o conceito de Periodontite Agressiva é necessário conhecer os aspectos biológicos e bacterianos da doença em si. Saber que se trata de um quadro incomum, mas agressivo nos pacientes afetados.

Foram realizadas pesquisas em diversos artigos para estudar as características que definem a periodontite agressiva, sendo assim descrever detalhes que definem quais pacientes estão suscetíveis a ela e o que fazer nessas situações, tratamentos, orientações e condutas a serem tomadas.

O uso adjunto de alisamento radicular com antibioticoterapia sistêmica pode trazer benefícios ao indivíduo, retardando assim a progressão da doença, nesse caso, o diagnóstico precoce aumenta a possibilidade de sucesso.

A periodontite agressiva se expande para o ligamento periodontal e osso e pode resultar em perdas precoces de elementos dentais. Essa doença é classificada em dois tipos, localizada e generalizada, o objetivo deste trabalho é a partir dos estudos levantados sobre a etiologia microbiana e susceptibilidade do indivíduo, classificar sua resposta às diferentes abordagens terapêuticas e detalhar a progressão da doença.

DESCRITORES: Periodontite agressiva, tratamento; doença, Perda ossea.

ABSTRACT

To discuss the concept of Aggressive Periodontitis, it is necessary to know the biological and bacterial aspects of the disease itself. Know that this is an uncommon but aggressive condition in affected patients.

They were researched in several articles to study the characteristics that define aggressive periodontitis, thus being descriptive that define which patients are susceptible to it and what to do in these situations, guidelines, guidelines and conducts to be removed.

The adjunct use of root planing with systemic antibiotic therapy can bring benefits to the individual, thus delaying the progress of the disease, in this case, early diagnosis increases the possibility of success.

Aggressive periodontitis expands to the periodontal ligament and bone and can result in early loss of dental elements. This disease is classified into two types, localized and generalized, from the studies raised for the development of this work, it will be pointed out as characteristics for each case.

DESCRIPTORS: Aggressive periodontitis, treatment; disease, bone loss.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	8
2-METODOLOGIA	10
3-DISSCUSSÃO	14
4-CONCLUSÃO	15
REFERÊNCIAS	16

1-INTRODUÇÃO

Periodontite agressiva é o nome dado a um quadro pouco comum de doença periodontal, sua característica principal é a presença da microbiota altamente virulenta chamada *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Trata-se de uma doença de destruição rápida do periodonto de sustentação que acomete paciente sistematicamente saudáveis exceto pela presença da doença periodontal, mesmo em casos que o nível de cálculo dental não justifica as perdas teciduais.

O fator de mais determinação para esta doença é a de rápidas perdas de tecido e progressão da perda óssea e de inserção autolimitantes.

As causas da periodontite agressiva não são somente os fatores de uma má higienização. Isso significa que as placas bacterianas não são determinantes para uma pessoa ter ou não uma periodontite agressiva. Contudo, é algo que pode agravar a doença.

Um dos principais fatores são os componentes hereditários. Sendo assim é importante verificar se na família do paciente há algum caso de periodontite agressiva e, se sim, dar as orientações necessárias para retardar os danos.

A redução de danos é muito discutida na literatura, pode se basear em constantes raspagens supra e subgingivais para alisamento radicular com o uso adjunto de antibioticoterapia sistêmica, ou seja, a combinação de antimicrobianos com a terapia convencional pode trazer benefícios aos indivíduos, portanto a melhor forma de controlar a progressão da PA é pelo diagnóstico precoce, aumentando, assim, a possibilidade de sucesso com o tratamento adequado.

Outra característica que vale a pena listar é que a prevalência não é definida por sexo, e é encontrada igualmente em ambos, sendo as mulheres atingidas mais precocemente. Como consequência da agressividade dessa doença, a reabsorção óssea só cessa com o tratamento, a esfoliação ou a exodontia dos dentes afetados.

Características

A periodontite agressiva é uma rara infecção nas gengivas que se expande para todo o ligamento periodontal e o osso caracterizada pela falta de sinais clínicos evidentes de inflamação, apesar de a presença de bolsas periodontais infra-ósseas profundas. Essa patologia afeta, geralmente, indivíduos jovens e sem comprometimento sistêmico, tendo como primordial característica clínica a rápida perda de inserção e destruição óssea, podendo resultar em perda precoce de unidades dentárias

Pode ser classificada em localizada, caracterizada pela perda de inserção clínica de 1 mm ou mais, resposta intensa dos anticorpos aos agentes infecciosos, com perdas ósseas proximais localizadas em primeiros molares e incisivos e envolvendo não mais que dois dentes além destes; e generalizada, afetando usualmente pessoas abaixo dos 30 anos, no entanto pode se apresentar em pacientes mais velhos, pobre resposta dos anticorpos aos agentes infecciosos, natureza episódica pronunciada da generalizada difere da localizada pela extensão da doença, já que ocorre perda de inserção de 4 mm ou mais e osso alveolar,

interproximal generalizada, afetando ao menos três dentes permanentes além dos primeiros molares e incisivos.

1.1- Epidemiologia

A epidemiologia da periodontite agressiva apresenta-se bastante divergente, variando na literatura de 0,5 a 15% dos universos estudados. Há, porém, consenso que esta doença periodontal atinge prioritariamente pacientes com idade inferior a 30 anos de qualquer raça.

Poucos dados existem sobre a prevalência e distribuição da PAg na população em geral. No entanto, entre os indivíduos caucasianos, a doença parece afetar as mulheres com maior frequência que homens e sua prevalência de maneira geral é baixa ($\approx 0,1\%$). Entre outras raças, e em

particular em indivíduos negros, a prevalência da doença é maior (até 2,6%) e a razão entre os sexos parece ser inversa, uma vez que os homens são mais frequentemente afetados. A prevalência em espanhóis, caucasianos e afro-americanos pode variar entre 0,1% e 15%.

1.2- Etiologia

De acordo com estudos, este grupo de doenças (PA) apresenta um forte componente genético e são mais prevalentes dentro de famílias, tendo a agregação familiar sido adotada como um dos critérios maiores para o diagnóstico desta patologia

Diversos autores, em diferentes épocas, observaram o padrão familiar da periodontite agressiva com relação aos efeitos genéticos e fatores do meio. Concluíram que estes contribuem para o desenvolvimento da doença. A *Actinobacillus actinomycetemcomitans* difunde-se entre membros da mesma família de duas maneiras: a transmissão por contato intrafamiliar ou por meio da transmissão genética da susceptibilidade à doença. Estudos concluíram que a periodontite agressiva é transmitida geneticamente pelo cromossomo X dominante.

1.3- Tratamento

Inicialmente, é imperativo realizar o controle da infecção periodontal. Para isso, deve se realizar a raspagem e o alisamento de todos os sextantes. A literatura prova que apenas a instrumentação periodontal é ineficaz, portanto, métodos auxiliares à raspagem e alisamento radicular têm sido estudados objetivando resultados mais previsíveis ao final da terapia periodontal ativa, como a utilização de agentes antimicrobianos locais ou sistêmicos, indicados principalmente no tratamento dos casos de periodontite severa, refratária ou agressiva.

2-METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada por meio da busca eletrônica, junto às bases de dados do Google acadêmico, SCIELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) além de pesquisas realizadas dentre os trabalhos explicativos fornecidos por fabricantes de

implantes e conexões. Os critérios de inclusão para coleta de dados foram: publicações dos últimos dezoito anos (1994 à 2012) nas formas de artigos científicos, teses, capítulos, dissertações e monografias, que se encontravam na íntegra e com idioma em português e inglês.

Para a análise dos dados será realizada uma leitura completa das produções e realizado tabela com tema, autores e ano de publicação.

2.1- RESULTADOS

TITULO	AUTOR	ANO
PERIODONTITE AGRESSIVA: REVISÃO DE LITERATURA	Renata de Araújo Barbosa	2012
Epidemiologia das doenças periodontais.	Papapanou PN, Lindhe	2005
Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. Periodontology	Jenkins WMM, Papapanou PN.	2000
Determinants of host susceptibility in aggressive periodontitis. Periodontology	Meng H, Xu L, Li Q, Han J, Zhao Y.	2000

Genetic and heritable risk factors in periodontol disease. J Periodontol.	Michalowicz BS.	1994
Treatment of localizes juvenile periodontitis – Result after 5 years.	Lindhe J, Liljenberg B.	1994
A review of localized juvenile periodontitis (LJP): II. Clinical trials and treatment guidelines. General Dentistry.	Gustke CJ.	1998
Periodontal diseases in the child and adolescent.	Oh TJ, Eber R, Wang HL.	2002
Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.	Tonetti MS, Mombelli A.	2005

O Efeito da terapia na microbiota da região dentogengival	Haffajee AD, Socransky SS, Lindhe J.	2005
Effective, safe, practical and affordable periodontal therapy: where are we going, and are we there yet?	Slots J, Jorgensen MG.	2000
Plasma antibody levels in periodontitis patients and controls.	Graswinckel JEM, van der Velden U, van Winkelhoff AJ, Hoek FJ, Loos BG.	2004
Cytokine profiles in peripheral blood and whole blood cultures associated with aggressive periodontitis, juvenile idiopathic arthritis, and rheumatoid arthritis.	Havemose-Pousen A, Sorensen LK, Stoltze K, Bendtzen K, Holmstrup P.	2005

3-DISCUSSÃO

Na literatura foi encontrado um estudo sobre os tratamentos da Periodontite Agressiva para determinados autores

Segundo Lindhe e Lilienberg, o melhor tratamento é a administração de tetraciclina (250 mg, quatro vezes ao dia durante duas semanas), associada à terapia cirúrgica dois a três dias após o início da medicação, com retalho de Widman modificado, raspagem supra e subgingival, reposicionamento do retalho e, após a cirurgia, iniciar bochechos com clorexidina a 0,2%; duas vezes ao dia, durante dois minutos, por duas semanas. Gustke preconizou como seqüência de tratamento da periodontite agressiva a instrução de higiene oral, a remoção do cálculo grosseiro (quando necessário), tratamento cirúrgico das bolsas periodontais maiores que 5 mm, RAP e curetagem de eventuais lesões, uso de clorexidine por uma a duas semanas, antibiótico associado, avaliação da evolução do caso quatro a seis semanas após o tratamento, retratamento (quando necessário) e acompanhamento por três meses por meio de sondagem, radiografias periapicais, reforço na orientação de higiene, profilaxia e testes microbiológicos (opcionais). OH et al. aplicaram a combinação de antibióticos sistêmicos com terapia cirúrgica regenerativa, obtendo sucesso no tratamento de defeitos infraósseos e de áreas com envolvimento de bifurcações.

A busca por características que diferenciem a periodontite crônica e agressiva e que permitam um diagnóstico precoce da doença tem levado pesquisadores a avaliar e quantificar a presença de células e citocinas no plasma sanguíneo, fluido gengival e periodonto. Entretanto, a literatura dispõe de poucos estudos que comparem essas características entre a periodontite crônica e a agressiva. Mesmo quando essas comparações foram feitas, conclusões definitivas não foram alcançadas pela existência de fatores ambientais como raça, idade, diabetes e fumo que também podem alterar a resposta imuno-inflamatória. Além disso, muitas citocinas e mediadores estão envolvidos na resposta do hospedeiro e um mapeamento da

maior parte delas talvez seja importante para melhor diferenciação entre periodontite crônica e agressiva.

O biofilme dental é indiscutivelmente o agente etiológico primário da PA. Apesar de que muitas vezes a quantidade de cálculo/biofilme dental presente não é compatível com a destruição tecidual apresentada.

4-CONCLUSÃO

A Periodontia Agressiva é uma doença cujo a principal característica é o perfil de incidência em membros da mesma família e que dividem código genético, portanto, estudar a história clínica do paciente é a melhor forma de ter um diagnóstico precoce e a maneira mais garantida de sucesso no tratamento. Remediar os efeitos da PA logo no início da disseminação é essencial para que o paciente não experimente a perda óssea nem tecidual.

É necessário saber associar tratamentos mecânicos como as raspagens supra gengivais e infra gengivais com antibioticoterapia indicada para o controle da doença.

REFERÊNCIAS

1. PERIODONTITE AGRESSIVA: REVISÃO DE LITERATURA Renata de Araújo Barbosa
2. Papapanou PN, Lindhe J. Epidemiologia das doenças periodontais. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 49-73.
3. Jenkins WMM, Papapanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000*. 2001;26:16-32.
4. Meng H, Xu L, Li Q, Han J, Zhao Y. Determinants of host susceptibility in aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*. 2007;43:133-59.
- Aggressive periodontitis: report of cases and review Virginia Hepp1
5. Michalowicz BS. Genetic and heritable risk factors in periodontal disease. *J Periodontol*. 1994;65:479-488.
6. Lindhe J, Liljenberg B. Treatment of localized juvenile periodontitis – Result after 5 years. *J Clin Periodontol*. 1984;11:399-410
7. Gustke CJ. A review of localized juvenile periodontitis (LJP): II. Clinical trials and treatment guidelines. *General Dentistry*. 1998;46:580-587.
8. Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol*. 2002;29:400-416.

9. Tonetti MS, Mombelli A. Periodontite agressiva. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 212-33.
10. Haffajee AD, Socransky SS, Lindhe J. O Efeito da terapia na microbiota da região dentogengival. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.542-553.
11. Slots J, Jorgensen MG. Effective, safe, practical and affordable periodontal therapy: where are we going, and are we there yet? *Periodontology* 2000. 2002;28:298-312.
12. Graswinckel JEM, van der Velden U, van Winkelhoff AJ, Hoek FJ, Loos BG. Plasma antibody levels in periodontitis patients and controls. *J Clin Periodontol.* 2004;31:562-568.
13. Havemose-Pousen A, Sorensen LK, Stoltze K, Bendtzen K, Holmstrup P. Cytokine profiles in peripheral blood and whole blood cultures associated with aggressive periodontitis, juvenile idiopathic arthritis, and rheumatoid arthritis. *J Periodontol.* 2005;76:2276-2285.