

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Bruna Freire Salem de Miranda

**CONDUTA TERAPEUTICA CONSERVADORA EM CASO PERIODONTITE
AGRESSIVA: RELATO DE CASO CLINICO.**

Mossoró

2021

Bruna Freire Salem de Miranda

**CONDUTA TERAPEUTICA CONSERVADORA EM CASO PERIODONTITE
AGRESSIVA: RELATO DE CASO CLINICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de pós Graduação do Instituto Oral Clínica, como requisito para obtenção do título de especialista em Periodontia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo da Silva Neto

Mossoró

2021



Trabalho de conclusão de curso intitulado **CONDUTA TERAPEUTICA
CONSERVADORA EM CASO PERIODONTITE AGRESSIVA: RELATO DE
CASO CLINICO** de autoria do aluno: **BRUNA FREIRE SALEM DE MIRANDA**

Aprovada em 12/03/2021 pela banca constituída pelos seguintes professores:

Dr. Ney Robson Vieira de Alencar

Dr. Gustavo Henrique Apolinário Vieira

Dr. Lucas Dantas

Mossoró

2021

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO	11
3. RELATO DE CASO	12
3.1. DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO	12
3.2. CONDUTAS TERAPÊUTICAS E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO A LONGO PRAZO.....	16
4. DISCUSSÃO	18
5. CONCLUSÃO	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 Vista frontal</i>	12
<i>Figura 2 Foto do sorriso da paciente</i>	13
<i>Figura 3 Vista da lateral direita do sorriso</i>	13
<i>Figura 4 Vista da lateral esquerda do sorriso</i>	14
<i>Figura 5 Foto intraoral da oclusão da paciente</i>	14
<i>Figura 6 Radiografia panorâmica para auxiliar no diagnóstico</i>	15
<i>Figura 7 Série de radiografias periapicais para diagnóstico</i>	15

CONDUTA TERAPEUTICA CONSERVADORA EM CASO PERIODONTITE AGRESSIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO.

RESUMO

A periodontite é uma doença de prevalência alta, etiologia bacteriana, de caráter inflamatório, onde acontece destruição dos tecidos de suporte periodontais, encontrada em dois ou mais sítios não adjacentes, formando bolsas periodontais e perda de inserção. A antiga periodontite severa (crônica) é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, acometendo grande parte da população, prejudicando muitas vezes na capacidade mastigatória, tendo problemas estéticos e de convívio social, diminuindo assim a sua qualidade de vida. Periodontite Agressiva é uma doença periodontal dos tecidos de suporte de evolução rápida. Observa-se uma profundidade de sondagem aumentada, presença de bolsas, sangramento à sondagem e perda óssea de rápida progressão. Podem ser classificadas como localizada ou generalizada. Há um consenso que esta doença periodontal atinge grande parte dos pacientes com idade inferior a 30 anos de qualquer raça. Este trabalho objetiva a exposição de um caso clínico de periodontite agressiva generalizada tratada em paciente jovem com nenhum relato de doença sistêmica e por um período de acompanhamento, discutindo aspectos relacionados ao diagnóstico e formas de tratamento.

Palavras-chave: Periodontite agressiva; diagnóstico periodontal; tecidos de suporte.

ABSTRACT

Periodontitis is a disease of high prevalence, with bacterial etiology and inflammatory character where the destruction of periodontal support tissues happens, found in two or more non-adjacent sites and creates periodontal pockets and loss of insertion. The old several periodontitis (chronicle) is considered one of the most public health problems, affecting a large part of the population and often prejudicing the masticatory capacity, having aesthetic and social problems and reducing the quality of life. Aggressive periodontitis is a periodontal disease of the fast evolving support tissues. There is an increased probing depth, presence of pockets, bleeding on probing and fast progression bone loss. They can be classified as localized or generalized. There is a consensus that this periodontal disease affects most patients under the age of 30 of any race. This assignment aims to expose a clinical case of generalized aggressive periodontitis treated in a young patient with no reports of systemic disease and for a follow-up period, discussing aspects related to the diagnosis and treatment ways.

Key words

Aggressive periodontitis; periodontal diagnosis; support tissues

1. INTRODUÇÃO

A Periodontite é uma doença inflamatória crônica mediada pelo hospedeiro, de etiologia bacteriana, multifatorial, associada a uma disbiose no biofilme aderido a estrutura dentária, caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos que envolvem o dente, chamado de periodonto de suporte (osso, cimento, ligamento periodontal), manifestada pela perda de inserção clínica e perda óssea detectada radiograficamente, com formação de uma bolsa periodontal e sangramento gengival. É a doença que acomete dois ou mais sítios não adjacentes, perda de inserção maior que 2 mm avaliada com o auxílio da sonda periodontal com referência à junção cimentoesmalte (JCE) ao redor do dente. Prevalência alta, prejudica a capacidade mastigatória, resulta em problemas estéticos, diminuindo assim a qualidade de vida do paciente. (Tonetti et al. 2018).

A nova Classificação das Periodontites (PAPAPANOU et. al., 2018) ficou dividida por estágios (com base na severidade e complexidade do gerenciamento), extensão e distribuição (localizada, generalizada e distribuição molar-incisivo) e em graus (evidencia ou risco de progressão rápida, resposta antecipada ao tratamento). Os estágios foram subdivididos em 4, sendo eles: periodontite inicial, periodontite moderada, periodontite severa com potencial de perda dentária adicional e periodontite severa com potencial de perda de dentição.

O estágio é dependente da gravidade da doença, bem como da complexidade do manejo, enquanto a classificação fornece informações suplementares sobre características biológicas, incluindo análise baseada na taxa de progressão, risco de futura progressão, antecipação de maus resultados do tratamento pode afetar negativamente a saúde geral do paciente. Os estágios envolveram quatro categorias, determinados após considerar diversas variáveis incluindo perda de inserção clínica, quantidade e porcentagem de perda óssea, profundidade de sondagem, presença e extensão de defeitos ósseos angulares, envolvimento de furca, mobilidade dentária e perda dentária devido à periodontite.

O início da periodontite crônica pode ocorrer em qualquer idade, todavia, essa é uma patologia mais frequentemente encontrada em adultos. Por outro lado, a periodontite agressiva acomete indivíduos saudáveis sendo caracterizada por severa perda de inserção clínica associada à rápida destruição óssea alveolar (ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONTIA, 1999).

Embora ambas patologias envolvam microrganismos em sua etiologia, as bolsas periodontais de indivíduos com periodontite agressiva parecem ser colonizadas por um número mais limitado de espécies microbianas; enquanto as bolsas periodontais de indivíduos com periodontite crônica parecem representar ambientes mais complexos no que se refere à diversidade de espécies bacterianas (ZAMBON, 1994; ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONTIA, 1999). Apesar de muitos microrganismos bucais receberem a definição de periodontopatógenos, apenas um número reduzido de bactérias é responsável pela infecção dos tecidos periodontais. Estes poucos microrganismos pertencem às mais de 400 espécies de bactérias capazes de colonizar a cavidade bucal em seus mais variados locais (MOORE; MOORE, 1994).

Alguns estudos demonstraram que são estes microrganismos que apresentam capacidade de induzir o desenvolvimento de gengivites e periodontites em humanos (MOORE; MOORE, 1994; SOCRANSKY; HAFFAJEE, 2002). Especialmente as periodontites, estão fortemente associadas à presença de *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Eikenella corrodens*, *Bacteroides forsythus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Capnocytophaga* spp, *Peptostreptococcus micros*, *Campylobacter rectus* (KORNMAN et al., 1991; DARVEAU et al., 1997).

A inflamação resulta de interações entre espécies específicas da microbiota subgengival e um hospedeiro suscetível, levando a liberação de citocinas, quimiocinas e prostanoídes. A produção exacerbada destes mediadores leva à destruição tecidual e à ativação de vias de reabsorção óssea. Foi realizado um estudo da ecologia bucal fez um mapeamento genético, e ordenou os grupos de bactérias que estavam presentes na saúde e

na inflamação gengival (SOCRANSKY'S, 1994). O complexo vermelho é o agrupamento de bactérias de periodonto-patógenos necessários para que ocorra a periodontite. Nele estão presentes as espécies: *T.forsythia*, *P. gingivalis* e *Treponema denticola*. Foi fortemente relacionado com a profundidade de sondagem e sangramento a sondagem.

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico onde foi realizado tratamento conservador não cirúrgico da Periodontite Generalizada estágio III grau C em paciente jovem associado à antimicrobianos sistêmicos e acompanhamento clínico de dois anos.

3. RELATO DE CASO

3.1. DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

Paciente, A.J.S., 30 anos, gênero feminino, compareceu ao instituto de pesquisa e ensino Oral Clínica em maio de 2019 para atendimento no setor de periodontia pelos alunos de Pós-graduação.

Na anamnese inicial foi submetida a um questionário para avaliação de história médica e odontológica prévia, no qual continha um termo livre esclarecido que autorizou a publicação deste trabalho. A partir da análise inicial não foi observado comprometimento sistêmico, ausência de utilização de medicação frequente. A queixa principal reportada foi a gengiva sangrante edemaciada ao escovar, sintomatologia dolorosa e o aparecimento de pequenos espaços entre os dentes, além de sensibilidade dentária.



Figura 1 Vista frontal

Refere que realizou tratamento anteriormente de raspagem supragengival e subgengival em combinação com a medicação (Metronidazol

400mg de 12/12 horas por 12 dias, uso interno via oral, e amoxicilina 875mg de 12/12 horas por 14 dias) prescrito por outra dentista, e que foi encaminhada ao instituto para atendimento mais especializado. Após a finalização da medicação, começou a notar a retração gengival se agravar. Relatou não fazer uso frequente do fio dental e ter passado por tratamento ortodôntico prévio durante 3 anos. Ao exame extrabucal não observou nenhuma alteração que ocasionasse algum tipo de enfermidade ou alteração na face.



Figura 2 Foto do sorriso da paciente



Figura 3 Vista da lateral direita do sorriso



Figura 4 Vista da lateral esquerda do sorriso



Figura 5 Foto intraoral da oclusão da paciente

Ao exame intrabucal observou um quadro de gengiva com coloração normal rósea, com papila invertidas, gengivas retraídas, surgimento de espaços negros entre os dentes na arcada superior e inferior, sem perdas dentárias, presença de cálculo dental interproximal. Alguns dentes

apresentaram mobilidade grau I. No exame radiográfico, foi constatado bastante perda óssea horizontal bolsas periodontais em quase todos os dentes.



Figura 6 Radiografia panorâmica para auxiliar no diagnóstico



Figura 7 Série de radiografias periapicais para diagnóstico

O exame clínico periodontal (Periograma) teve como resultado do índice de placa bacteriana de 31%, índice de sangramento a sondagem foi de 65%, profundidade de sondagem estava entre 1 a 8 milímetros. O diagnóstico pela nova classificação é periodontite generalizada estágio III, grau C.

Levando em consideração a idade da paciente o plano de tratamento esquematizado para ela foi a terapia conservadora, que consistia em de orientação de higiene bucal, enfatizar a utilização do fio dental, usar uma escova de cerdas extra macias para não machucar ainda mais a gengiva, além de raspagem e alisamento supragengival e subgengival de todos os sextantes com irrigação com Digluconato de Clorexidina a 0,12% por 15 dias.

3.2. CONDUTAS TERAPÊUTICAS E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO A LONGO PRAZO

A antibióticoterapia já tinha sido realizada via oral de Amoxicilina 875mg e metronidazol 400mg, e digluconato de clorexidina 0,12% em bochecho por 1 minuto depois da escovação.

Após 15 dias foi reavaliada. Após 2 meses da última raspagem, foi pedido novos exames radiográficos e feito um novo periograma para avaliar se a doença da paciente teria estabilizado e foi realizada uma nova raspagem. Foi traçado um plano de tratamento estético para a paciente, onde foi citado algumas opções de tratamento e discutido com a mesma a melhor opção.

Três tratamentos foram colocados em pauta e explicados as vantagens e desvantagens de cada um. O primeiro seria um tratamento mais agressivo e definitivo, onde lançaríamos mão de exodontias de todos os dentes e implantes nas duas arcadas para protocolos de carga imediata. Foi descartado devido a paciente ser bastante jovem.

Segundo tratamento seria laminados cerâmicos na região anterior superior para fechamento de black space existentes entre os dentes. Mas o custo benefício do tratamento ficou inviável para paciente.

Terceiro e último plano de tratamento citado e apoiado pela paciente, sendo o mais conservador possível, onde foi realizado o tratamento estético utilizando resina composta Z350 da marca 3M para fechamento dos blackspace nas proximais dos dentes 16 ao 26, e acompanhamento a cada 2 meses. No arco inferior, decidiu-se pela preservação sem resinas, pois não era visualmente nítido no sorriso.

Paciente foi bem orientada e esclarecida sobre a gravidade do seu caso, e sobre todos os cuidados que devem ser tomados para o caso não agravar. Futuros Implantes e protocolos são opções se a paciente não colaborar com o tratamento conservador.

4. DISCUSSÃO

A principal conduta não cirúrgica que se diz respeito a periodontite está relacionada ao procedimento de raspagem e alisamento coronoradicular, o principal método mecânico para desorganização e remoção de cálculo dental e biofilme dental supra e subgingival. Antibióticos de administração sistêmica como amoxicilina, metronidazol, ciprofloxacino, azitromicina, tetraciclina e clindamicina podem ser utilizados (KRAYER et al., 2010).

A associação da amoxicilina e metronidazol e o enxaguatório bucal contendo digluconato de clorexidina a 0,12% é um antisséptico que possui amplo espectro de ação, inibindo a formação de placa e o desenvolvimento da gengivite crônica. Pode ser empregado durante a terapia periodontal inicial ou para a manutenção periodontal (KRAYER et al., 2010). Somado à higiene oral adequada, é possível ter melhora na perda de inserção dentária em pacientes com periodontite (DRISKO, 2001; DEO & BHONGADE, 2010). Devido à natureza e complexidade do biofilme subgingival, em alguns casos faz-se necessário regimes de tratamentos adjuvantes à terapia mecânica.

Mestinik et al., 2012, realizou um estudo onde verificou a eficácia da associação do metronidazol à amoxicilina em tratamentos de periodontite agressiva generalizada, e após 1 ano de acompanhamento clínico verificou-se uma melhora significativa nos resultados sobre o tratamento conservador não cirúrgico.

Outro estudo realizado por Ardila et al., 2015, visou comparar dois grupos de pacientes com periodontite agressiva quanto ao seu tratamento feito com raspagem e associação de antibioticoterapia. 40 indivíduos que possuíam a doença foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo foi feito raspagem associando com a medicação na dosagem de 400mg 1 vez ao dia por 7 dias, e o outro grupo foi realizado raspagem combinado com a dosagem placebo. Ambos os grupos apresentaram melhoras nos níveis de inserção clínica e profundidade de sondagem. No entanto o grupo com o antibiótico apresentou uma melhora significativa após avaliação de 3 e 6 meses comparado ao grupo placebo. Considerando assim, que a terapia adjuvante de antibiótico com a raspagem leva a melhores vantagens clínicas ao tratamento apenas mecânico.

Heller et al. 2011, publicou um estudo que visou comparar os efeitos da amoxicilina sistêmica mais metronidazol e placebos associados ao desbridamento mecânico em pacientes com periodontite agressiva generalizada, Trinta e um indivíduos receberam o tratamento com ultrassom seguido de raspagem e alisamento radicular com enxague com clorexidina, escovação e irrigação. Os indivíduos receberam amox + metro ou placebo por dez dias. Após o acompanhamento de 6 meses, os dois grupos foram compatíveis na redução de patógenos periodontais.

Um outro estudo realizado por Aimetti M. et al. 2012, visou comparar efeitos da administração sistêmica de Metronidazol e Amoxicilina em pacientes com periodontite agressiva que faziam associado a raspagem e alisamento corono radicular, 39 pacientes participaram da pesquisa e foram divididos em dois grupos. Um grupo recebeu as medicações administradas e outro grupo mas medicações placebo. Ambos os grupos levaram uma diminuição significativa na profundidade de sondagem e nível de inserção clínica, mas o grupo com a associação as medicações apresentaram melhoras significativas em aspectos clínicos e microbiológicos.

5. CONCLUSÃO

Dentro das limitações deste caso clínico, uma conduta conservadora de tratamento periodontal associada a tratamento restaurador direto ofereceu resultados satisfatórios em relação ao ponto de vista estético bem como a manutenção dos níveis de suporte ósseo em até dois anos de acompanhamento. Salienta-se ainda a importância do acompanhamento frequente em curtos intervalos de três em três meses para a terapia de manutenção do tratamento conservador. A cooperação do paciente são essenciais para alcançar o sucesso no tratamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA AMERICANA DE PERIODONTIA. **Annals of Periodontology.**, v. 4, p. 32-37, 1999.

ARDILA, C.M., et al 2015, J Clin Periodontol 2015; 42: 160–168 doi: 10.1111/jcpe.12345

MOORE, W. E. C.; MOORE, L. V. H. The bacteria of periodontal diseases. Periodontology 2000., v. 5, p. 66- 77, 1994.

Papapanou PN , Sanz M , et al. Periodontite: Relatório de consenso do grupo de trabalho 2 do Workshop Mundial de 2017 sobre a Classificação de Doenças e Afecções Periodontais e Peri - Implantes . *J Periodontol* . 2018 ; 89 (Suplemento 1): S173 - S182 .

SOCRANSKY, S. S.; HAFFAJEE, A. D. Evidence of bacterial etiology: a historical perspective. Periodontology 2000., v. 5, p. 7-25, 1994.

ZAMBON, J.J. Actinobacillus actinomycetemcomitans in adult periodontitis. J Periodontol, v. 65, p. 892-893, 1994.

DRISKO, C.H.Terapia periodontal não cirúrgica, Periodontol 2001., v.25, p.77-88.

Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol. 2018;89(February):S159–72.

Mestnik MJ et al, J Clin Periodontol 2010; 37: 353–365 doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01538.x

Heller D. et al, J Clin Periodontol 2011; 38: 355–364 doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01707.x.

Mario Aimetti, et al., J Clin Periodontol 2012; 39: 284–294 doi: 10.1111/j.1600-051X.2011.01795.x.

Kenneth S. Kornman et al., Journal of periodontology, 1991, V. 62 , Ed 10 P. 634-642.

Joe W Kraye, Renata S Leite, Keith L Kirkwood., Dent Clin North Am 2010
Jan;54(1):13-33. doi: 10.1016/j.cden.2009.08.010.