

Introdução

O objeto de estudo da periodontia são os tecidos que suportam os dentes, o periodonto. Fazem parte do periodonto os tecidos que circundam os dentes e os fixam na maxila e na mandíbula (lat.: *peri* = ao redor de; gr.: *odus* = dente).

Os tecidos duros e moles que estão envolvidos na constituição do periodonto são:

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| • gengiva | • ligamento periodontal |
| • cimento radicular | • osso alveolar |

A estrutura e a função dos tecidos periodontais foram amplamente estudadas (Schroeder, 1992). Compreender a interação entre seus componentes celulares e moleculares e aplicar os novos conhecimentos na prática terapêutica são o alvo de futuras e intensas pesquisas.

Doenças periodontais

Gengivite e periodontite

São várias as doenças que afetam o periodonto. Em primeiro plano estão as gengivites associadas à placa bacteriana (inflamações gengivais sem perda de inserção) e as periodontites (perda de tecido periodontal causada por inflamação).

- A *gengivite* limita-se ao tecido conjuntivo mole marginal, acima da crista alveolar. Clinicamente, manifesta-se por sangramento à sondagem do sulco gengival e, nos casos mais graves, por eritema e edema sobretudo na área das papilas (Fig. 3).
- A periodontite pode desenvolver-se de uma gengivite pré-existente em pacientes com uma condição imunológica comprometida, com presença de fatores de risco e mediadores pró-inflamatórios, bem como a presença de uma microbiota predominantemente periodontopatogênica. A inflamação se estende às estruturas mais profundas do aparelho de sustentação dental, ocorrendo, então, a destruição de colágeno e a reabsorção óssea (perda de inserção). O epitélio juncional transforma-se em epitélio de revestimento da bolsa periodontal, que prolifera em direção látero-apical. Forma-se, então, uma bolsa que serve como reservatório e área de proliferação de bactérias patogênicas oportunistas, que per-

petuam a periodontite e podem ocasionar a progressão da doença (Fig. 4).

Recessão gengival

A *recessão gengival* não é propriamente uma doença, mas uma alteração, em princípio, morfológica causada por uma higiene oral incorreta (força excessiva de escovação) e, em algumas ocasiões, por sobrecargas funcionais. As recessões gengivais não levam à perda de elementos dentais, mas podem causar incômodos ao paciente, como sensibilidade dentinária e problemas estéticos. Se a retração atingir a mucosa oral de revestimento do fundo sulco, a realização adequada da higiene não mais será possível, acarretando, assim, uma inflamação secundária.

Além da forma clássica de recessão, observa-se também a migração apical da gengiva nos casos de periodontites de longa duração sem tratamento ou de pacientes idosos submetidos a tratamento periodontal (“involução”) (Fig. 2).

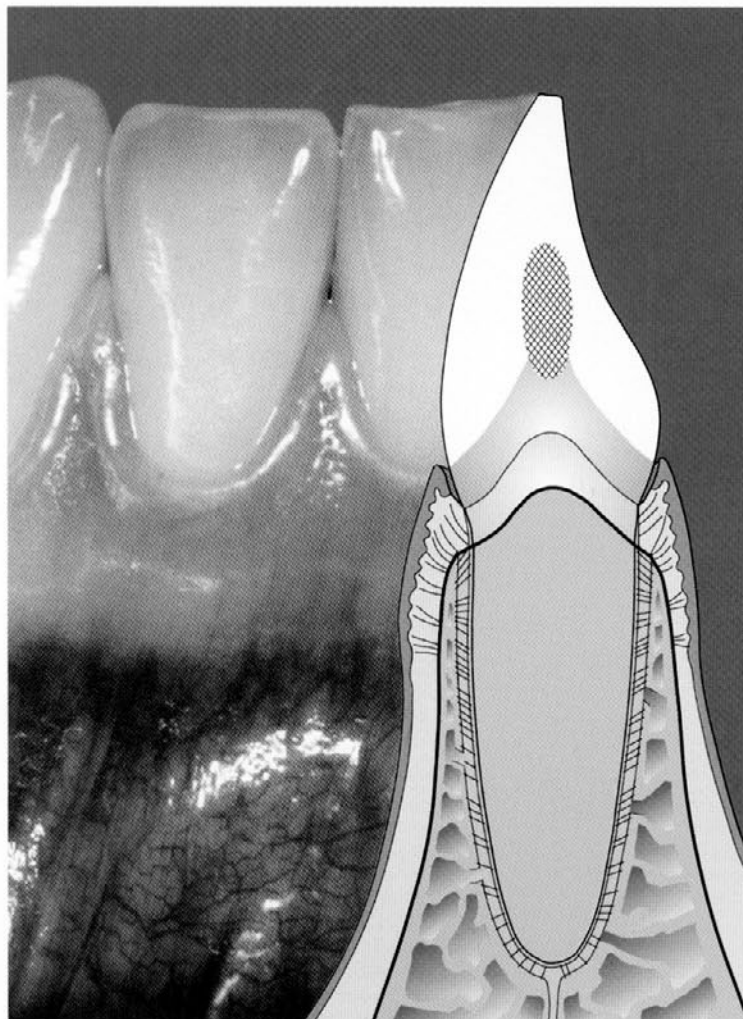
As doenças periodontais mencionadas – gengivite, periodontite e recessão gengival – apresentam distribuição mundial, acometendo quase toda a população do planeta. Além dessas, existe um grande número de patologias e malformações pouco comuns, que foram, sem exceção, reclassificadas detalhadamente em 1999 na ocasião de um *World Workshop* internacional (classificação completa, ver Apêndice, p. 519).

1 Periodonto saudável

A característica fundamental do periodonto é a união especial de tecidos moles e duros:

- Na área marginal, a gengiva livre de inflamação, por meio do epitélio juncional, protege as partes mais profundas do periodonto contra lesões mecânicas e microbiológicas.
- Abaixo do epitélio juncional, são as fibras supra-alveolares que unem a gengiva ao dente e, na altura do osso alveolar, são as fibras periodontais que, partindo da cemento radicular, inserem-se no osso.

Prevenção: Manter a saúde do periodonto é o objetivo principal da periodontia, devendo ser também o do paciente. Atinge-se esse objetivo mediante uma ótima higiene oral, simplesmente mecânica. Colutórios e dentifrícios complementam a higiene mecânica.



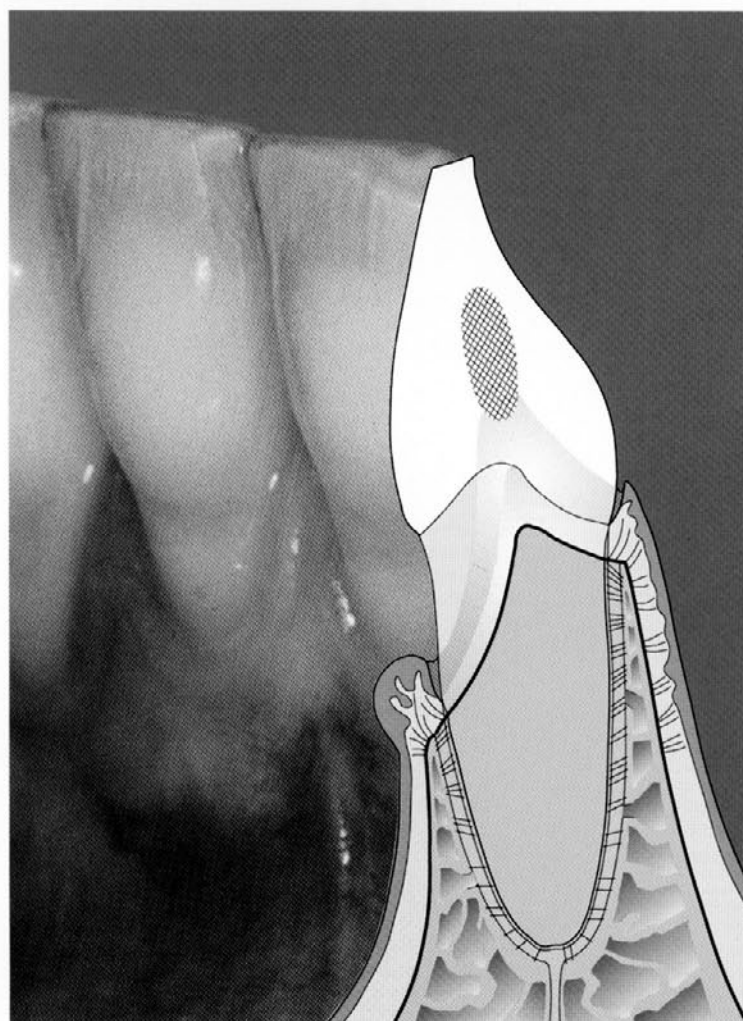
Saudável

2 Recessão gengival

O migração apical da gengiva sem inflamação é característico dessa “alteração” que tanto preocupa o leigo. Quanto ao aspecto morfológico, isso ocorre em áreas de lâminas ósseas vestibulares muito delgadas ou ausentes. O verdadeiro fator desencadeador da recessão é a higiene oral incorreta, traumática (escovação horizontal), ou, eventualmente, a sobrecarga funcional (?). Por isso, a recessão não pode ser classificada propriamente como uma doença periodontal.

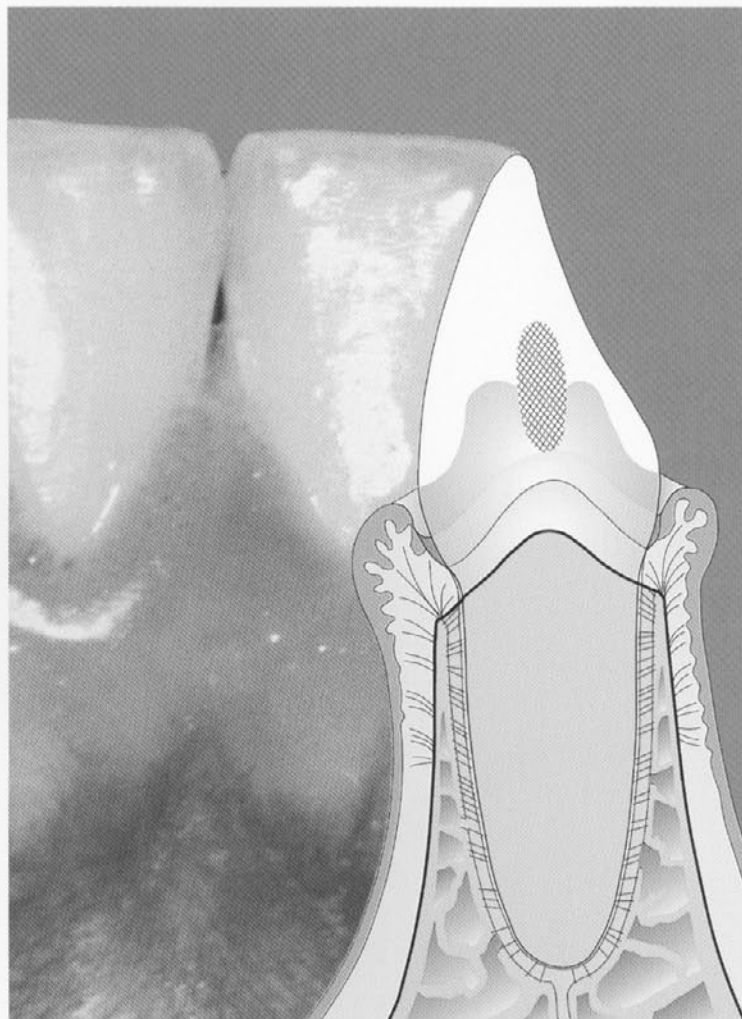
A melhor *forma de prevenção* da recessão é o procedimento correto e cuidadoso de escovação (movimentos verticais e circulares; eventualmente, uso de escovas sônicas).

Tratamento: O surgimento de novas retrações ou o avanço das já existentes podem ser contidos com a mudança dos hábitos de higiene e, nos mais graves, por meio de intervenção cirúrgica com a finalidade de recobrimento.



Recessão gengival

Gengivite



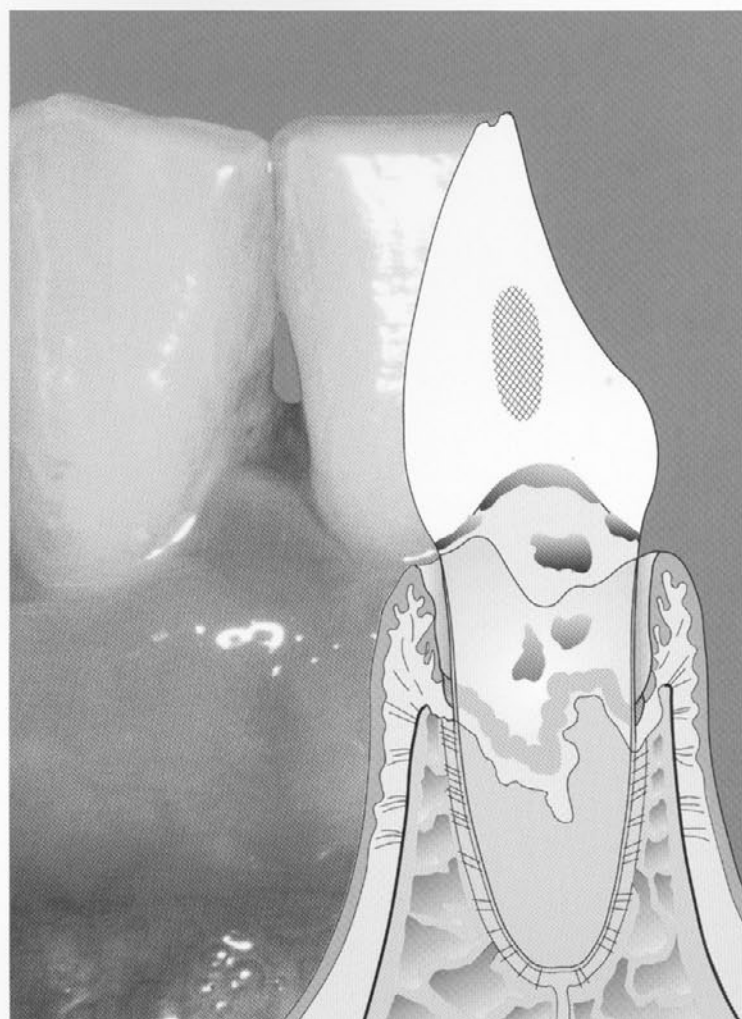
3 Gengivite

A gengivite é caracterizada pela inflamação da gengiva marginal e das papilas causada pela placa bacteriana; sangramento à sondagem, eritema e edema são os sintomas clínicos. O grau de manifestação pode variar conforme a placa bacteriana – biofilme (quantidade/qualidade) – e a resposta do hospedeiro. Não são envolvidas estruturas mais profundas (osso alveolar e ligamento periodontal).

A gengivite pode evoluir para uma periodontite, mas de forma alguma isso ocorre necessariamente.

Tratamento: O controle adequado da placa já é suficiente para sanar a gengivite. Com o início ou a melhora da higiene bucal e a remoção por profissional de placa e cálculos, obtém-se a cura completa. Entretanto, a ausência de inflamação, ou seja, de sangramento à sondagem, dificilmente pode perdurar se o paciente não for capaz de manter a longo prazo um bom padrão de higiene oral.

Periodontite



4 Periodontite

Nas áreas marginais, as características da periodontite correspondem às da gengivite. Os processos inflamatórios, porém, estendem-se às estruturas periodontais mais profundas – osso alveolar e ligamento periodontal, ocorrendo perda de inserção e formação de bolsa. Em geral, as perdas teciduais ocorrem de forma localizada, e não, generalizada. Distinguem-se a *forma crônica (tipo II)* e a *agressiva (tipo III)*, com diferentes graus de severidade. Cerca de 90% dos casos são de “periodontite crônica” (p. 108,519).

Tratamento: A maioria das periodontites pode ser tratada com sucesso. O grau de dificuldade do tratamento, porém, pode diferir significativamente. Em fase inicial, o tratamento é simples, preferindo-se aos procedimentos mecânicos e, em algumas situações, pode ser feita complementação com medicamento local ou sistêmico.

Evolução da periodontite não-tratada

A periodontite é geralmente uma doença de evolução muito lenta (Locker e Leake, 1993; Albandar e cols., 1997), e nos casos graves – principalmente os não-tratados – pode levar à perda de estruturas dentais. Comparando-se os casos individualmente, notam-se grandes diferenças na velocidade de progressão. Além da quantidade e da composição da placa bacteriana, há diversos fatores que determinam a variabilidade individual: o estado de saúde geral do paciente; a sua imunidade, que embora seja definida geneticamente, é influenciada por variações do estado psíquico;

a etnia; a classe social; e condições como fumo e estresse (p. 22, Fig. 41). Esses fatores fazem com que a periodontite instale-se nas mais diversas idades e apresente velocidade de progressão bastante variável.

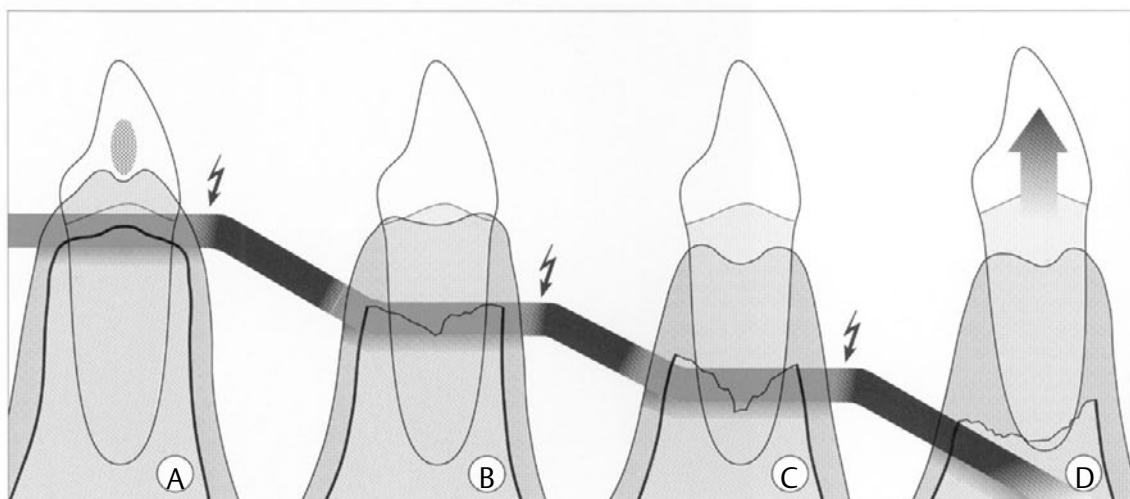
A susceptibilidade à periodontite não é igual para todos os dentes e faces dentais (Manser e Rateitschak, 1996):

- Os *molares* apresentam maior risco.
- Os *pré-molares* e os *incisivos* são menos propensos.
- Os caninos são os mais resistentes.

5 Evolução da periodontite não-tratada

Nas formas mais agressivas da periodontite (p. 95,97), as perdas teciduais para cada dente ocorre principalmente em surtos agudos sucessivos, e não de forma crônica e regular. As fases de progressão e latência se alternam. As fases de destruição podem suceder-se muito rapidamente ou a longos intervalos.

Vermelho Fase aguda/destruição
Azul Fase de quiescência



Periodontite – propostas terapêuticas

O principal objetivo é a prevenção das doenças periodontais; o segundo, a cura das periodontites manifestas, visando à restituição integral do periodonto. As pesquisas básicas e clínicas atuais buscam atingir essa meta em um futuro próximo. Hoje, há propostas terapêuticas de comprovada eficácia, capazes de eliminar a inflamação e interromper a progressão da doença. Além disso, a regeneração da inserção é possível até determinado grau (RTG, p. 338). Pode-se optar pelas seguintes modalidades terapêuticas:

- 1 Raspagem radicular com ou sem intervenção cirúrgica (tratamento causal, *goldstandard*)
- 2 Tratamentos cirúrgicos regenerativos
- 3 Tratamentos cirúrgicos ressecativos
- 4 Como alternativa: extrações e implantes?

1 A raspagem radicular é indispensável em qualquer tratamento de periodontite. Ela é uma “terapia causal”, por meio da qual o biofilme (placa bacteriana) e o cálculo subgengival são removidos. Se as bolsas periodontais são rasas, e as características morfológicas são simples (dentes unirradiculares), o tratamento pode ser feito sem intervenção cirúrgica. Nos casos de periodontite mais avançada, a terapia é feita sob visão direta, após o rebati-

mento de um retalho (retalho de acesso, p. ex., retalho de Widman modificado). O resultado desse tratamento é, em geral, a cura por meio de reparo (p. 206), formando-se um epitélio juncional longo.

2 Os *métodos de tratamento regenerativos* (regeneração tecidual guiada [RTG]; autógenos e implantes aloplásticos) ganharam importância nos últimos anos. Tais métodos têm sido continuamente aprimorados e é possível que, no futuro, sejam complementados por fatores de crescimento.

A terapia regenerativa pode ocasionar uma neoformação considerável de tecido periodontal.

3 Os *procedimentos cirúrgicos radicais* para a eliminação de bolsas estão em segundo plano, porém seus resultados são mais previsíveis, e os riscos de recidiva são menores.

4 Nos casos complexos de periodontite avançada, como os de comprometimento severo da área de furca de molares, deve-se considerar a extração e a *substituição da estrutura dental por um implante* em forma radicular como alternativa ao tratamento periodontal (tanto ressecativo como regenerativo).

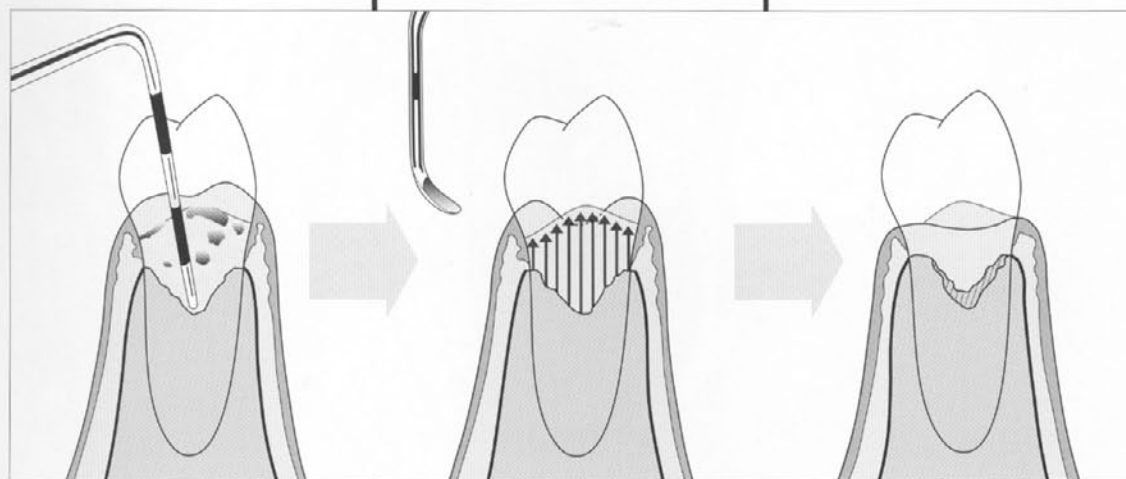
Neste contexto, também são indispensáveis o tratamento periodontal dos demais dentes, o ótimo controle de placa por parte do paciente e a obtenção de volume ósseo suficiente para a realização do implante.

Situação inicial

Intervenção

Resultado

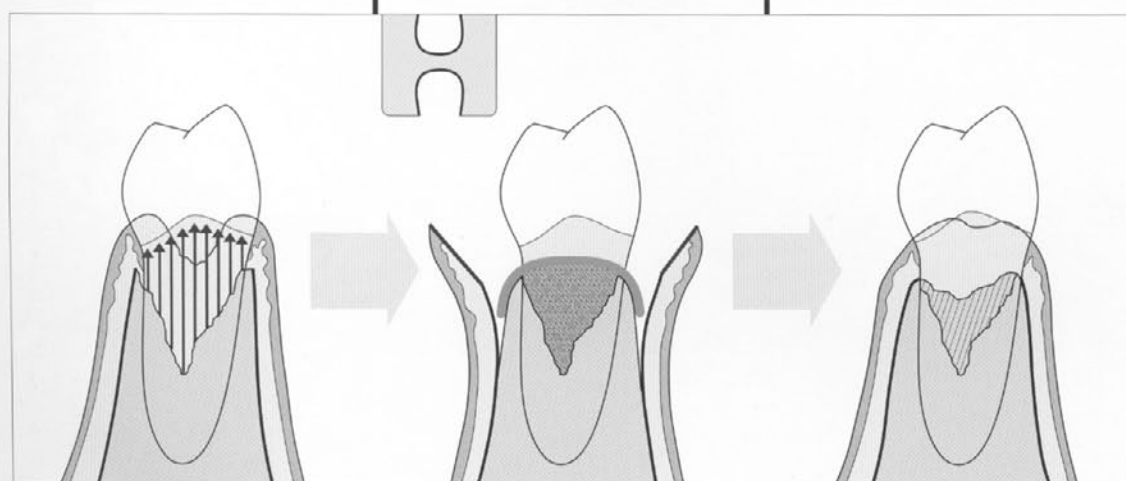
Opções de tratamento

**6 Raspagem com ou sem intervenção cirúrgica**

Esquerda: Bolsa infra-óssea de 6 mm. A raiz está recoberta por placa e cálculo (em vermelho).

Centro: O cálculo é removido da superfície da raiz por meio do uso de curetas ou ultra-som, com ou sem intervenção cirúrgica.

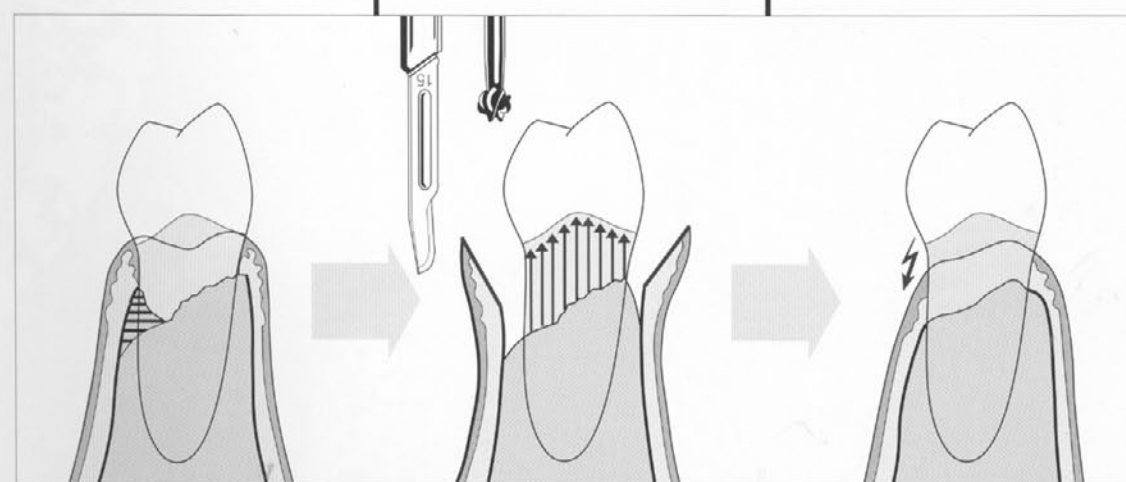
Direita: Nas áreas profundas da bolsa, pode ocorrer discreta neoformação óssea.

**7 Regeneração tecidual guiada (RTG) – cirúrgica**

Esquerda: Bolsa infra-óssea de 8 mm.

Centro: Após a raspagem por intervenção cirúrgica, o defeito ósseo é recoberto com uma membrana/barreira. Com isso, evita-se o “reparo” através de epitélio junctional longo. O defeito ósseo pode ser preenchido com osso autógeno ou materiais aloplásticos.

Direita: Regeneração notável de todos os tecidos periodontais.

**8 Procedimento cirúrgico radical**

Esquerda: Bolsa infra-óssea de 7 a 8 mm.

Centro: Por lingual, a bolsa infra-óssea é eliminada mediante osteoplastia ou osteotomia (p. ex., *ramping* lingual; ver p. 357).

Direita: A bolsa foi eliminada. Acima da gengiva saudável, está exposto o colo dental.

**9 Implante intra-ósseo**

Esquerda: Perda acentuada de inserção. Mesmo com tratamento intensivo e bem-sucedido, dificilmente é possível obter um resultado satisfatório. Deve-se considerar a opção de implante, sobretudo em casos de molares cuja furca (p. 383) esteja comprometida de forma considerável.

Centro: Extração dental.

Direita: Implante recoberto pela mucosa. Regeneração óssea sob membrana.

