

# TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE EM PACIENTE COM PERIODONTITE AGRESSIVA GENERALIZADA: ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E RADIOGRÁFICO DE 13 ANOS

Periodontal maintenance therapy in patient with generalized aggressive periodontitis: clinical and radiographic following by 13 years

Felipe da Silva Peralta<sup>1</sup>, Daniela Susin<sup>1</sup>, Alexandre Prado Scherma<sup>2</sup>, Sheila Cavalca Cortelli<sup>2</sup>, Luis Felipe das Chagas e Silva de Carvalho<sup>2</sup>, José Roberto Cortelli<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade de Taubaté – UNITAU, Taubaté, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Professor do Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté - UNITAU, Taubaté, SP, Brasil.

Recebimento: 14/08/18 - Correção: 27/09/18 - Aceite: 05/11/18

## RESUMO

A terapia periodontal de suporte (TPS) tem como objetivo principal a manutenção dos resultados obtidos durante o tratamento periodontal ativo, sendo a forma mais previsível de controlar a doença periodontal. Essa extensão do tratamento periodontal, pode ocorrer em intervalos de tempo que variam de acordo com a severidade da doença, condição sistêmica do indivíduo, idade, fatores de risco, entre outros. A TPS contribui para a redução da perda dentária e recorrência da doença periodontal, além de possibilitar o diagnóstico de outras doenças bucais. Durante essa etapa, é possível traçar o perfil do paciente, identificar suas dificuldades e estabelecer condutas educativas, preventivas e terapêuticas necessárias para o controle do biofilme e da doença periodontal. Assim, o periodontista deve conscientizar o paciente sobre a importância da TPS, sendo que, a adesão ao tratamento é fundamental para a manutenção da saúde dos tecidos periodontais a longo prazo. O presente relato de caso clínico, demonstra o sucesso da TPS em paciente jovem acometida por periodontite agressiva generalizada. Após a realização da terapia periodontal não cirúrgica, a paciente foi inserida em um programa de manutenção periodontal, há 13 anos atrás, no qual participa ativamente até o presente momento.

**UNITERMOS:** Periodontite Agressiva Generalizada; Biofilme; Raspagem Dentária. R Periodontia 2019; 29: 07-14.

## INTRODUÇÃO

A Terapia Periodontal de Suporte (TPS), assim denominada pela Academia Americana de Periodontia (AAP), é a extensão da terapia periodontal ativa e tem como objetivo principal a manutenção dos resultados obtidos durante a terapia inicial. Assim, os efeitos benéficos promovidos pela TPS, constituem a forma mais previsível de controlar a doença periodontal e promover a manutenção dentária por longos períodos (AAP, 2000; Lang, 2005).

Durante a TPS, o periodontista poderá atualizar a história médica e odontológica do indivíduo, fazer exame clínico periodontal, solicitar exames de imagem, estabelecer condutas educativas, motivacionais e terapêuticas

necessárias para o controle do biofilme. Ressalta-se que em todas as etapas do tratamento periodontal, os indivíduos devem ser orientados a respeito da importância do controle domiciliar do biofilme (AAP, 2000; Calvasina & Nuto, 2009; Butze, Feron, Conde, 2015).

A TPS é tão importante quanto o próprio diagnóstico e tratamento da doença periodontal. A identificação de fatores de risco locais e sistêmicos como presença do biofilme, bolsas periodontais, lesão de furca, má oclusão, tabagismo, diabetes, menopausa, obesidade, entre outros, é fundamental para estabelecer a periodicidade das consultas de manutenção (Costa *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2011).

Estudos mostraram que indivíduos que participam ativamente da TPS, são mais motivados em relação ao autocuidado, sendo que, essa participação pode reduzir em até seis vezes o risco de perda dentária. A periodicidade trimestral é descrita na literatura como ideal para as consultas de manutenção, além disso, o controle domiciliar do biofilme parece ser o fator relativo mais importante para garantir a estabilidade longitudinal dos resultados da terapia (Nuto, Nations, Costa, 2007; Calvasina & Nuto, 2009; Miyamoto *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2015).

A periodontite agressiva é uma doença rara e multifatorial, na qual a interação de fatores de risco microbiológico, genético, imunológico e ambiental, determinam o início, curso e a gravidade da doença. A rápida progressão e a perda óssea vertical constituem as características clínicas mais importantes da periodontite agressiva. Normalmente, os pacientes acometidos pela doença, não apresentam acúmulo de biofilme compatível com a destruição tecidual observada clinicamente e radiograficamente (Armitage, 1999; Rocha *et al.*, 2007; AAP, 2000).

A doença acomete indivíduos jovens e principalmente afrodescendentes, sendo mais acentuada na região dos dentes incisivos e molares. Algumas bactérias patogênicas são encontradas no biofilme dentário do indivíduo com periodontite agressiva, especialmente *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*. Devido ao alto risco de perda dentária e destruição tecidual, indivíduos acometidos pela doença, devem ser inseridos em um programa de TPS e acompanhados periodicamente (Schacher, 2007; Armitage, 2010; Bäumer *et al.*, 2011).

O presente relato de caso clínico demonstra o sucesso da TPS em paciente jovem acometida por periodontite agressiva generalizada, inserida em um programa de manutenção periodontal em 2005, a qual participa ativamente até os dias

atuais, completando assim 13 anos de acompanhamento clínico e radiográfico.

## RELATO DE CASO

No ano de 2004, a paciente NVP, sexo feminino, 23 anos, leucoderma, apresentou-se em clínica odontológica privada relatando “inflamação gengival e sangramento na escovação”. Durante a anamnese, a mesma referiu ter depressão, hipertireoidismo e não possuir hábitos deletérios como o tabagismo e etilismo. Após a realização do exame clínico periodontal e radiográfico, a paciente foi diagnosticada com periodontite agressiva generalizada.

O tratamento proposto foi a realização de terapia periodontal não cirúrgica de raspagem e alisamento radicular, polimento coronário, orientação de higiene bucal e prescrição de antibioticoterapia sistêmica com amoxicilina (500mg) associado ao metronizadol (400mg), por via oral, três vezes ao dia, durante 7 dias.

Durante a primeira consulta de reavaliação do tratamento periodontal ativo, após 60 dias, ficou estabelecida a periodicidade dos retornos, que deveriam ocorrer a cada 90 dias. A paciente foi orientada sobre a importância da TPS e seus benefícios.

No primeiro ano de manutenção, em 2005, a paciente relatou melhora no sangramento gengival e se mostrou bastante motivada com o tratamento. Durante as consultas de manutenção, realizou-se: reavaliação clínica periodontal, fotografia intrabucal (Fig. 1), radiografia panorâmica (Fig. 2), periograma (Fig. 3), análise dos dados periodontais (Fig. 4), orientação de higiene bucal, educação e motivação, controle do biofilme supragengival, polimento coronário, aplicação tópica de flúor e raspagem e alisamento radicular em sítios com profundidade de sondagem e sangramento à sondagem.



Figura 1: Aspecto clínico intrabucal durante a TPS em 2005



Figura 2: Exame radiográfico do tipo panorâmica em 2005







crônica. Os indivíduos com periodontite agressiva costumam apresentar menor quantidade de biofilme associado aos dentes afetados, contudo, a presença dos periodontopatógenos *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis* e *Tannerella forsythia* são detectados com maior frequência nesses indivíduos (Novak & Novak, 2011; Livingstone *et al.*, 2015).

O diagnóstico da periodontite agressiva deve ser obtido por meio de exame clínico periodontal minucioso, anamnese e história médica detalhada, na qual se procura excluir doenças sistêmicas relacionadas à doença periodontal. Durante a anamnese, é fundamental também considerar possíveis fatores hereditários relacionados ao hospedeiro (Castro & Duarte, 2002).

Devido a sua etiologia, a doença periodontal exige dos indivíduos maior colaboração, principalmente no que se refere à prevenção e à manutenção dos resultados obtidos durante o tratamento. Além disso, a TPS possibilita o monitoramento profissional da condição periodontal e dos fatores etiológicos, minimizando os episódios de recidiva da doença. A frequência sugerida pela Academia Americana de Periodontia para a TPS é de menos de seis meses, contudo, existe uma tendência em individualizar os intervalos dos retornos de acordo com a necessidade de cada indivíduo (AAP, 2003; Leavy & Robertson, 2018).

Estudos mostraram que indivíduos submetidos à TPS com maior frequência tiveram um decréscimo na progressão de suas doenças e perderam um número menor de dentes, comparados aos indivíduos que participaram com menor frequência da TPS. Da mesma forma, indivíduos que não participaram de um programa de manutenção após a terapia periodontal ativa, mostraram sinais de periodontite recorrente, com perdas periodontais maiores do que a progressão natural da doença (Nyman, 1975; Merin, 1996; Lang *et al.*, 1997; Cohen, 2003).

É impossível controlar a doença periodontal se não houver uma boa comunicação paciente-profissional. Além disso, faz-se necessário uma mudança comportamental por parte do indivíduo (motivação). Estudos mostraram que indivíduos pouco motivados não comparecem com frequência as consultas de retorno. Logo, indivíduos periodontalmente tratados e portadores de implantes dentários, próteses fixas extensas, aparelhos ortodônticos, requerem um acompanhamento interdisciplinar integrado. Nesses casos, apenas a TPS com o periodontista não é suficiente para a manutenção da saúde bucal desses indivíduos (Wilson Jr *et al.*, 1984; Cohen, 2003; Couto & Duarte, 2006; Costa *et al.*, 2012).

No presente relato de caso clínico, é possível observar o sucesso da TPS associado ao bom controle do biofilme

por parte da paciente. Este fato comprova que, ao longo dos anos, foi possível motivar a paciente e orientá-la sobre a importância da assiduidade as consultas de retorno. É importante ressaltar que nesses 13 anos de acompanhamento clínico e radiográfico, a paciente não perdeu nenhum dente, mesmo aqueles com mobilidade e que foram espiantados por meio de contenção periodontal. Além disso, os parâmetros clínicos periodontais permaneceram estáveis. E, os dentes anteriormente perdidos pela paciente foram reabilitados com uma prótese parcial removível (PPR).

A reabilitação de um indivíduo com periodontite agressiva envolve vários desafios como o controle de infecções, manutenção da saúde periodontal, correção de defeitos anatômicos e substituição de dentes perdidos. Logo, é comum a realização de reabilitação protética para esses pacientes, sendo a PPR uma alternativa viável por diversos motivos, tais como a impossibilidade de prótese parcial fixa pela disposição dos elementos dentários remanescentes, falta de suporte ósseo para a reabilitação com implantes osseointegrados e menor custo quando comparado a outros tratamentos reabilitadores (Karoussis *et al.*, 2003; Gonçalves *et al.*, 2014; Miyashita *et al.*, 2014; Livingstone *et al.*, 2015).

O uso de implantes dentários revolucionou o tratamento de pacientes que perderam seus dentes em decorrência da doença periodontal. Contudo, pacientes reabilitados com implantes podem sofrer colonização por periodontopatógenos, além disso, a história pregressa de periodontite pode representar um fator de risco significativo para complicações em torno dos implantes. No entanto, a destruição óssea perimplantar é o resultado de uma interação complexa entre microrganismos e fatores do hospedeiro, semelhante ao observado em torno dos dentes naturais afetados pela periodontite, porém, resultados terapêuticos semelhantes ao tratamento das periodontites não podem ser obtidos para peri-implantites devido à dificuldade em descontaminar a superfície dos implantes (Leonhardt *et al.*, 1993; Buser *et al.*, 1999; Hardt *et al.*, 2002; AAP, 2013; Mengel *et al.*, 2017; Stein *et al.*, 2017).

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o tratamento periodontal ativo não se justifica sem a manutenção periodontal. Assim, é extremamente importante que os periodontistas motivem seus pacientes a retornarem com frequência a consulta e entendam o propósito do programa de manutenção, uma vez que a preservação da saúde periodontal e do elemento dentário depende da efetividade desses procedimentos. Um intervalo de seis meses entre as consultas pode ser efetivo,

dependendo das condições bucais e comportamentais do paciente. Na recorrência de doença periodontal ativa, procedimentos de diagnóstico e tratamentos adicionais devem ser realizados. Logo, o controle bem-sucedido da doença periodontal a longo prazo, depende dos cuidados promovidos pela TPS e principalmente pelo autocuidado do paciente.

## ABSTRACT

The main objective of the periodontal maintenance therapy (PMT) is to maintain the results achieved during the active periodontal therapy, being the most predictable way of controlling the periodontal disease. This extension of the periodontal treatment may occur at different times, varying according to the aggressiveness of the disease, general health condition of the subject, age and risk factors, among others. The PMT contributes to the reduction of dental loss

and prevents the reoccurrence of the periodontal disease, while also allowing the diagnose of other diseases of the mouth. During this phase it is possible to trace the patient's profile, identifying the difficulties and stablishing educational, preventive and therapeutic practices to control oral biofilm and periodontal disease. Thus, the periodontist must raise the patient's awareness to the importance of the PMT, as the patient compliance to the treatment is essential for the long term preservation of the periodontal tissue health. The clinical case here described demonstrates the success of the PMT performed on a young female patient afflicted with generalized aggressive periodontitis. After having performed the non-surgical periodontal therapy, the patient entered a periodontal maintenance program 13 years ago, in which she has been actively participating until the present time.

**UNITERMS:** Generalized Aggressive Periodontitis; Biofilm; Scaling and Root Planing.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- American Academy of Periodontology. Parameters of care. J Periodontol. 2000; 71:847-8.
- 2- Lang *et al.* Terapia Peridontal de Suporte (TPS). In: LINDHE, J Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Guanabara Koogan, 2005, p.205-10
- 3- Calvasina PG, Nuto SAS. A aliança na terapia periodontal de suporte: avaliando a motivação e o autocuidado na periodontite crônica. R. Periodontia;19(2):54-63.
- 4- Butze JP, Feron L, Conde A. A importância do controle do biofilme supragengival na avaliação do risco periodontal e na manutenção periódica preventiva (MPP): Perspectivas atuais. Rev. Ciênc. Saúde;17(1):12-16.
- 5- Costa FO, Santuchi CC, Lages E JL, Cota LOM, Cortelli SC, Cortelli JR, *et al.* Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between academic and private practices. J Periodontol. No prelo 2011.3.
- 6- Costa FO, Cota LOM, Lages EJP, Câmara GCV, Cortelli SC, Cortelli JR, Costa JE, Lorentz TCM. Oral impact on daily performance, personality traits and compliance in periodontal maintenance therapy. J Periodontol. 2011; 82:1-10.
- 7- Costa FO, Cota LOM, Lages EJP, Lorentz TCM, Oliveira AMSD, Oliveira PAD, *et al.* Progression of periodontitis in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year follow-up study. J Periodontol. 2011; 82:1-13.
- 8- Nuto, SAS, Nations, MK; Costa, ICC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. Cad Saúde Pública 2007 23(3):681-90.
- 9- Miyamoto T, Kumagai T, Lang MS, Nunn ME. Compliance as a prognostic indicator. II. Impact of patient's compliance to the individual tooth survival. J Periodontol. 2010; 81:1280-8.
- 10- Lee CT, Huang HY, Sun TC, Karimbux N. Impact of patient compliance on tooth loss during supportive periodontal therapy: a systematic review and meta-analysis. J Dent Res 2015; 94(6):777-786.
- 11- American Academy of Periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. J Periodontol 2000; 71(5):867-869.
- 12- Rocha DM, Abdallah EYA, Cezário ES, Abreu FAM, Costa FO. Periodontite agressiva: uma visão histórica e crítica sobre os sistemas de classificação. R. Periodontia;17(1):11-15.
- 13- Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol 1999; 4(1):1-6.
- 14- Schacher B, Baron F, Roßberg M, Wohlfeil M, Arndt R, Eickholz P. Aggregatibacter actinomycetemcomitans as indicator for aggressive periodontitis by twoanalysing strategies. J ClinPeriodontol 2007; 34(7):566-573.
- 15- Armitage GC. Comparison of the microbiological features of chronic and aggressive periodontitis. Periodontol 2000 2010; 53:70-88.
- 16- Bäumer A, El Sayed N, Kim TS, Reitmeier P, Eickholz P, Pretzl B. Patient-related risk factors for tooth loss in aggressive periodontitis after active periodontal therapy. J ClinPeriodontol 2011; 38(4):347-354.
- 17- Mestnik MJ, Feres M, Figueiredo LC, Duarte PM, Lira EA, Faveri M. Short-term benefits of the adjunctive use of metronidazole plus amoxicillin

- in the microbial profile and in the clinical parameters of subjects with generalized aggressive periodontitis. *J ClinPeriodontol*2010; 37(4):353-365.
- 18- Yek EC, Cintan S, Topcuoglu N, Kulekci G, Issever H, Kantarci A. Efficacy of amoxicillin and metronidazole combination for the management of generalized aggressive periodontitis. *J Periodontol*2010; 81(7):964-974
- 19- Guerrero A, Griffiths GS, Nibali L, Suvan J, Moles DR, Laurell L, Tonetti MS. Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-surgical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J ClinPeriodontol*2005; 32(10):1096-1107.
- 20- Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, van der Velden U, Armitage G, Bouchard P, Deinzer R, Dietrich T, Hughes F, Kocher T, Lang NP, Lopez R, Needleman I, Newton T, Nibali L, Pretzl B, Ramseier C, Sanz-Sanchez I, Schlegelhauf U, Suvan JE. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J ClinPeriodontol* 2015; 42(16):5-11.
- 21- Novak KF, Novak MJ. PeriodontiteAgressiva. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *PeriodontiaClínica*. 11. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Saunders, 2011. Cap. 18, p.424-433.
- 22- Livingstone D, Murthy V, Reddy VK, Pillai A. Prosthodontic rehabilitation of a patient with aggressive periodontitis. *BMJ Case Rep* 2015; 5. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4368951/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.
- 23- Castro MVM, Duarte CA. Classificação atual das doenças periodontais. Disponível em: <<http://files.odontoeducacao.webnode.com.br/200000013-45de946d8f/Classifica%C3%A7%C3%A3o%20atual%20das%20doen%C3%A7as%20periodontais.pdf>>. Acessoem: 02 abr. 2018.
- 24- American Academy of Periodontology. Position Paper: Periodontal Maintenance. *J Periodontol* 2003; 74: 1395-1401.
- 25- Leavy PG, Robertson DP. Periodontal maintenance following active specialist treatment: Should patients stay put or return to primary dental care for continuing care? A comparison of outcomes based on the literature. *Int J Dent Hyg* 2018; 16(1):68-77.
- 26- Nyman S, Rosling B, Lindhe J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J ClinPeriodontol* 1975; 2(2):80-6.
- 27- Merin RL. Tratamento periodontal de apoio. In: Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR, Carranza FA. *Periodontia Clínica*. 11. Ed. Rio de Janeiro: ElsevierSaunders, 2011. Cap. 78, p. 2116-2135.
- 28- Lang NP. *et al*. Terapia periodontal de suporte (TSP). In: Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p.602-17.
- 29- Cohen RE, Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal maintenance. *J Periodontol* 2003; 74(9):1395-401.
- 30- Wilson TG Jr, Glover ME, Schoen J, Baus C, Jacobs T. Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J Periodontol* 1984; 55(8):468-73.
- 31- Couto JL, Duarte CA. Comunicação e motivação em periodontia – Bases para o tratamento odontológico. São Paulo: Santos; 2006. 157 p.
- 32- Costa FO, Santuchi CC, Lages EJ, Cota LO, Cortelli SC, Cortelli JR, Lorentz TC, Costa JE. Prospective study in periodontal maintenance therapy: comparative analysis between academic and private practices. *J Periodontol* 2012; 83(3):301-11.
- 33- Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-Mayfield LJ, Brägger U, Hämmerle CH, Lang NP. Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI Dental Implant System. *Clin Oral Implants Res* 2003; 14(3):329-39.
- 34- Gonçalves TM, Campos CH, Rodrigues Garcia RC. Implant retention and support for distal extension partial removable dental prostheses: Satisfaction outcomes. *J ProsthetDent* 2014; 3913(13):387-9.
- 35- Miyashita E, Pellizzer EP, Kimpara ET. Reabilitação oral contemporânea baseada em evidências científicas. Bahia: Napoleão; 2014. 519 p.
- 36- Leonhardt A, Adolfsson B, Lekholm U, Wikström M, Dahlén G. A longitudinal microbiological study on osseointegrated titanium implants in partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res* 1993; 4(3):113-20.
- 37- Buser D, Weber HP, Brägger U. The treatment of partially edentulous patients with ITI hollow-screw implants: presurgical evaluation and surgical procedures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990; 5(2):165-75.
- 38- Hardt CR, Gröndahl K, Lekholm U, Wennström JL. Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support: a retrospective 5- year study. *Clin Oral Implants Res* 2002; 13(5):488-94.
- 39- American Academy of Periodontology. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: a current understanding of their diagnoses and clinical implications. *J Periodontol* 2013; 84(4):436-43.
- 40- Mengel R, Heim T, Thöne-Mühling M. Mucositis, peri-implantitis, and survival and success rates of oxide-coated implants in patients treated for periodontitis 3- to 6-year results of a case-series study. *Int J Implant Dent* 2017; 3(1):48.
- 41- Stein JM, Hammächer C, Said-Yekta Michael S. Combination of Ultrasonic Decontamination, Soft Tissue Curettage and Submucosal Air Polishing With Povidone-Iodine Application for Non-Surgical Therapy of Peri-Implantitis: 12 Months Clinical Outcomes. *J Periodontol* 2017; 15(9):1-13.

Endereço para correspondência:

E-mail: felipe.periodontia@hotmail.com