

U. PORTO



**FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Dissertação de Revisão Bibliográfica do Programa de Mestrado Integrado em Medicina
Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto**

Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico

Rita Pereira Costa

Porto, 2019



Dissertação de Revisão Bibliográfica do Programa de Mestrado Integrado em Medicina Dentária
da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico

Autor: Rita Pereira Costa

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina
Dentária da Universidade do Porto

up201404703@fmd.up.pt

Orientadora: Marta dos Santos Resende

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

mresende@fmd.up.pt

Coorientadora: Luzia da Conceição Martins Mendes Gonçalves

Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

lgoncalves@fmd.up.pt

Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico

Rita Pereira Costa

Agradecimentos

O meu profundo agradecimento à minha família, por todo o apoio, carinho e dedicação.
Obrigada aos amigos que fizeram do Porto uma segunda casa.

Agradeço a todos os professores desta casa, pela partilha de conhecimentos, e por terem transmitido o seu amor pela Medicina Dentária.

Um especial agradecimento à minha orientadora, por toda a ajuda e motivação, sempre com um sorriso para oferecer.

Obrigada à minha coorientadora, por todas as dicas e disponibilidade.

Resumo

Introdução: A classificação da condição periodontal é muitas vezes uma dificuldade para os estudantes do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD), especialmente devido ao facto de atualmente esta classificação ter sofrido alterações. Uma nova reforma do sistema de classificação foi dirigida pela Associação Americana de Periodontologia (AAP) e pela European Federation of Periodontology (EFP), em novembro de 2017, no evento “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”.

Objetivos: Esta revisão bibliográfica é destinada aos alunos que estão a começar a aprender os fundamentos da Periodontologia, e àqueles que estão a reaprender a classificação que lhes foi anteriormente ensinada. É ainda proposto um algoritmo, concebido para ser aplicado na clínica, melhorando assim a sua curva de ensino/aprendizagem.

Metodologia: Para a construção do algoritmo efetuou-se uma análise de artigos produzidos no “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”. Foi ainda realizada uma pesquisa complementar nas bases de dados Medline/Pubmed, Scielo, Scopus/Elsevier e EBSCO. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos com texto integral disponível em português, inglês e espanhol entre os anos 1989 e 2019. A pesquisa foi feita com a seguinte equação booleana: “periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR taxonomy”.

Resultados: Foi elaborada uma análise das classificações periodontais e das suas principais limitações. De modo a facilitar a aprendizagem, foram adicionados esquemas e mapas conceituais. Foi ainda apresentado e discutido um algoritmo para facilitar a aplicação da nova classificação. Este está concebido em 2 níveis: o primeiro pretende auxiliar no diagnóstico periodontal propriamente dito e o segundo na caracterização do estadio, grau e extensão da periodontite.

Conclusão: O novo sistema de classificação periodontal está bem estruturado e permite colmatar algumas limitações das classificações pregressas. O algoritmo apresentado é simples, de fácil aplicação, e permite uma simplificação do processo de diagnóstico periodontal pelos alunos do MIMD.

Abstract

Introduction: Most of the times, students struggle with the classification systems for periodontal diseases, finding it to confusing. The new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions has been presented by the American Association of Periodontology (AAP) and European Federation of Periodontology (EFP), in November 2017, at “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.

Objectives: This bibliographic review is intended for students who are beginning to learn the fundamentals of Periodontology, and for those who are relearning the classification previously taught to them. It is also presented an algorithm, designed to be applied in the clinic, thus improving its teaching / learning curve.

Methodology: The algorithm was based on the analysis of articles produced in “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implantable Diseases and Conditions”. Further research was carried out in the databases Medline/Pubmed, Scielo, Scopus/Elsevier and EBSCO. As inclusion criteria, articles with integral text were selected in English, English and Spanish between 1989 and 2019. The research was done with the following Boolean equation: "periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR taxonomy".

Results: An analysis of the periodontal classifications and their main limitations was made. In order to facilitate learning, they were concept maps. An algorithm was also presented and discussed to facilitate the application of the new classification. It is designed in 2 levels: the first one is intended to aid in the periodontal diagnosis itself and the second in the characterization of the stage, degree and extent of periodontitis.

Conclusion: The new system of periodontal classification is well structured and allows to overcome some limitations of the previous classifications. The algorithm elaborated is simple to apply and allows a simplification of periodontal diagnosis by MIMD students.

Abreviaturas

AAP- American Academy of Periodontology

BOP- “Bleeding on probing” – hemorragia à sondagem

CAL- “Clinical attachment loss” – perda de inserção

DP – Doença Periodontal

EFP- European Federation of Periodontology

GUN- Gengivite ulcerativa necrosante

HPS- Hemorragia pós-sondagem

MD – Medicina Dentária

MIMD - Mestrado Integrado em Medicina Dentária

PPD/ PS- “Probing pocket depth” - profundidade de sondagem

PUN- Periodontite ulcerativa necrosante

RBL- “Radiographic bone loss” - perda óssea radiográfica

TL- “Tooth loss” - perdas dentárias

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologia	5
3. Desenvolvimento	6
3.1. A antiga classificação da patologia periodontal	7
3.1.1. Limitações da classificação proposta em 1999	10
3.2. A nova classificação da doença periodontal	13
3.2.1 Limitações da Nova Classificação das doenças e condições periodontais	22
3.3. Sugestão de algoritmo para a nova classificação	24
3.4. Sistemas de classificação periodontais- o futuro	30
4. Conclusão	31
Referências	33
Anexos	36

Índice de Figuras

Figura 1: Sequência clínica para definir estadios e graus, segundo a AAP.....	24
Figura 2: Relação entre saúde periodontal, gengivite e periodontite.....	26
Figura 3: Algoritmo de diagnóstico para a nova classificação periodontal.....	27
Figura 4: Síntese esquemática da classificação básica da nova classificação periodontal.....	29

Índice de tabelas

Tabela I: Evolução do sistema de classificação da doença periodontal.	7
Tabela II: Versão resumida da classificação de 1999.	8
Tabela III: Resumo das Condições e Doenças Periodontais e Peri-Implantares, de acordo com a AAP e a FEP (2017).	13
Tabela IV: Estádios da DP, segundo a nova classificação	18
Tabela V:	19

1. Introdução

1. Introdução

O ensino da Periodontologia, nas diversas faculdades de Medicina Dentária é introduzido na pré-graduação, como uma disciplina independente, mas que está intimamente relacionada com as restantes áreas da Medicina Dentária (MD).

No ensino pré-graduado são transmitidos aos alunos as bases fundamentais da periodontologia, tanto a nível teórico como a nível prático. Na verdade, um dos objetivos estratégicos da EFP (European Federation of Periodontology) consiste em garantir a harmonização do processo de ensino/aprendizagem nas faculdades de MD europeias, através da implementação de *guidelines* ⁽¹⁾.

Os sistemas de classificação permitem que os médicos dentistas possam ir ao encontro das necessidades dos seus pacientes, uma vez que são o resultado do estudo da etiologia, da patogénese e do tratamento da patologia em causa ⁽²⁾. Em adição, um sistema de classificação facilita a comunicação/ partilha de informação entre os clínicos, relativamente aos seus casos clínicos. Estes sistemas têm vindo a gerar alguma controvérsia, e nem sempre foi fácil chegar a uma classificação que respondesse às necessidades dos médicos dentistas, até porque é quase impossível obter uma classificação isenta de inconsistências e incongruências, sendo essencial a contínua reformulação dos sistemas de classificação.

A contínua investigação científica na área da Periodontologia, nomeadamente da etiologia, patogénese e história natural da doença, tem como consequência inevitável que o sistema de classificação para a doença periodontal tenha de sofrer alterações. Assim, à semelhança do que aconteceu no passado, uma nova reforma desta classificação foi elaborada recentemente. Dado o carácter evolutivo das ciências de investigação, foi concebido um sistema de classificação “aberto”, passível de ser alterado facilmente, sendo possível acrescentar novas categorias de forma simples.

A Periodontologia, enquanto unidade curricular clínica prática no currículo da FMDUP, é responsável por iniciar os estudantes na sua prática clínica, estabelecendo-se nessa unidade o primeiro contacto destes com os pacientes. É imprescindível, claro está, que os fundamentos teóricos desta área estejam bem consolidados e compreendidos pelos estudantes.

A criação de algoritmos, surge como uma tentativa de facilitar o ensino, sendo uma ferramenta simplista, esquemática, não ambígua, aumentando assim a probabilidade de o estudante conseguir memorizar e compreender o que lhe está a ser ensinado. Permitem aos alunos “integrar,

reconciliar e diferenciar conceitos”⁽³⁾, sendo um complemento para a informação lecionada pelo docente. A criação de um algoritmo resulta de uma medicina baseada em evidências, através de uma investigação bibliográfica de qualidade⁽³⁾. No que concerne à Periodontologia, podemos, por exemplo, aplicar um algoritmo baseado em dados clínicos e radiológicos, obtidos em consultas de diagnóstico periodontal, permitindo a deteção rápida de doenças periodontais e a realização de planos de tratamento, para assim se referenciar o paciente para um especialista/ pós- graduação.

Os objetivos desta tese são:

1- Fornecer aos médicos dentistas generalistas e estudantes de MD uma ferramenta de estudo, de fácil consulta e simples de interpretar, que forneça informação detalhada sobre os sistemas de classificação, e que permita aos utilizadores conhecer os conceitos essenciais relativos à nova classificação periodontal;

2 . Elaborar um algoritmo simples, rápido e fácil de ser utilizado, para uma tomada de decisão mais eficiente e uma melhor sistematização de conceitos.

2. Metodologia

2. Metodologia

O presente trabalho foi elaborado a partir de uma base teórica composta por artigos científicos, obtidos através de bases de dados fidedignas e revistas indexadas.

Foram utilizadas plataformas informáticas de pesquisa, nomeadamente PubMed, Scielo, EBSCO, Elsevier. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos com texto integral disponível para consulta, publicações em português, inglês e espanhol. Os artigos pesquisados foram publicados entre os anos 1989 e 2019.

A pesquisa foi feita através da seguinte equação booleana: “periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR taxonomy”.

Os artigos foram selecionados sempre que o título ou resumo se mostrava pertinente para a realização deste trabalho.

3. Desenvolvimento

3.1. A antiga classificação da patologia periodontal

Desde 1977 até ao presente, foram várias as alterações feitas aos sistemas de classificação periodontais. De seguida apresentam-se, sumariamente, as diferentes classificações da doença periodontal propostas nos anos de 1977, 1986 e 1989:

1977	1986	1989
<ul style="list-style-type: none"> • Periodontite Juvenil • Periodontite Marginal Crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodontite Juvenil <ul style="list-style-type: none"> ○ Pré-pubertária ○ Periodontite Juvenil Localizada ○ Periodontite Juvenil Generalizada • Periodontite do Adulto • Periodontite/ Gengivite Ulcerativa - necrozante • Periodontite Refratária 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodontite de início precoce <ul style="list-style-type: none"> ○ Periodontite pré-pubertária <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizada ▪ Generalizada ○ Periodontite Juvenil <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localizada ▪ Generalizada ○ Periodontite de progressão rápida • Periodontite do adulto • Periodontite Ulcerativa Necrosante • Periodontite Refratária • Periodontite associada a doenças sistémicas

Tabela I: Evolução do sistema de classificação da doença periodontal.

O primeiro sistema de classificação no âmbito da Periodontologia foi desenvolvido em 1989, no “World Workshop in Clinical Periodontics”, tendo sofrido algumas alterações aquando do “1st European Workshop in Periodontology”. As limitações desta classificação (esta era uma classificação que não abrangia todas as categorias da doença; não contemplava as doenças gengivais; não tinha em conta as taxas de progressão da doença e a sua relação com a idade) fizeram desta uma classificação pouco clara, com critérios insuficientes ⁽²⁾ ⁽⁴⁾.

As lacunas que a classificação existente possuía eram sentidas por toda a comunidade científica, pelo que a Academia Americana reuniu esforços numa tentativa de colmatar estas limitações.

Surge assim, em 1999, no “International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions”, uma nova classificação para as condições periodontais. Esta remodelação da classificação prevaleceu durante vários anos, apesar de ainda não responder a todas as necessidades dos clínicos de MD, aquando do estabelecimento de planos de diagnóstico.

Ainda em relação à classificação de 1999, sucessora da que foi proposta em 1989, esta passou a incluir lesões endo-periodontais e as doenças gengivais (induzidas por placa e não induzidas por placa), que até então não faziam parte do sistema de classificação. Outro marco significativo da classificação de 1999 foi a introdução dos termos “periodontite crónica” e “periodontite agressiva”, em detrimento dos termos usados anteriormente, “periodontite do adulto” e “periodontite do jovem”. Esta alteração foi de extrema importância, visto que estes dois tipos de doença não eram, de facto, exclusivos destas faixas etárias, pelo que não fazia muito sentido que assim continuassem a ser classificados. Esta classificação eliminou também o conceito de “periodontite refratária”, tendo em conta que todas as formas de periodontite podem não responder ao tratamento, pelo que não seria correto considerar que os pacientes refratários correspondem a uma entidade isolada ^(2, 5).

A categoria “periodontites associadas a doenças sistémicas” de 1989 passou a ser denominada por “periodontites como manifestação de doenças sistémicas”, em 1999.

Outra alteração feita pelos especialistas aquando da reformulação da classificação de 1999 consistiu em desvalorizar, de certa forma, a relação da idade e da taxa de progressão da doença, já que estes foram considerados critérios demasiado ambíguos (tendo em conta que nem sempre se consegue determinar quando a doença se instala nem tão pouco como essa doença progride).

Assim, a nova classificação implementada (1999) permitiu ultrapassar algumas das limitações do sistema de classificação proposto em 1989, que se caracterizava por ser pouco claro, com défice de categorias para algumas doenças, tendo como consequência a impossibilidade de classificar alguns pacientes. Importa ainda referir que apesar de todas as mudanças efetuadas na classificação, o modo de atuação a nível do tratamento não sofreu alterações ⁽⁶⁾.

Seguidamente, apresenta-se um quadro resumo da classificação de 1999. Note-se que este quadro corresponde a uma versão abreviada desta classificação, sendo que esta versão permite utilizar este sistema de classificação de forma mais rápida e simples:

I.	Doenças Gengivais
	A. Induzidas por placa
	B. Não induzidas por placa
II.	Periodontite Crónica (ligeira, moderada ou severa)
	A. Localizada
	B. Generalizada
III.	Periodontite Agressiva (ligeira, moderada ou severa)
	A. Localizada
	B. Generalizada

IV.	Periodontite como manifestação de doença sistémica
	<ul style="list-style-type: none"> A. Associada a desordens hematológicas B. Associada a desordens genéticas C. Sem outra causa específica
V.	Doenças periodontais necrosantes
	<ul style="list-style-type: none"> A. Gingivite ulcerativa necrosante B. Periodontite ulcerativa necrosante
VI.	Abcessos Periodontais
	<ul style="list-style-type: none"> A. Abcesso gengival B. Abcesso periodontal C. Abcesso pericoronário
VII.	Periodontites associadas a lesões endodônticas
	<ul style="list-style-type: none"> A. Lesões perio-endodonticas combinadas
VIII.	Condições e deformidades de desenvolvimento ou adquiridas
	<ul style="list-style-type: none"> A. Fatores que modificam ou predis põem a periodontites/ gengivites induzidas por placa B. Deformidades mucogengivais e condições circundantes ao dente C. Deformidades mucogengivais e condições em rebordos edêntulos D. Trauma oclusal

Tabela II: Versão resumida da classificação de 1999.

Nos últimos anos, os avanços científicos e tecnológicos permitiram um grande desenvolvimento da investigação das doenças periodontais e peri-implantares. Diversos especialistas têm vindo a melhorar os sistemas de classificação prévios, tendo em conta que tem havido uma contínua investigação sobre as doenças do periodonto. Por conseguinte, a antiga classificação proposta em 1989 e revista em 1999, revela-se um tanto ou quanto desajustada à realidade atual ⁽⁶⁾.

3.1.1. Limitações da classificação proposta em 1999

Apesar de todas as alterações efetuadas neste sistema de classificação da doença periodontal, não se conseguiu obter uma classificação isenta de críticas. Na verdade, esta classificação surge com um nível de complexidade elevado, tornando-se assim um pouco difícil de ser usada, diariamente, nas clínicas de MD. Por este motivo, foi então apresentada uma versão simplificada desta classificação ⁽⁷⁾.

À luz da classificação de 1999, torna-se difícil categorizar um paciente, sem bolsas maiores que 4 mm, sem HPS (hemorragia pós-sondagem) associado, e com mobilidade mínima, porque esta não contempla nenhuma divisão para doenças periodontais passadas, isto é, pacientes que sofreram de doença periodontal, mas que de momento não têm a doença ativa nem a progredir. Assim sendo, este sistema de classificação limita os clínicos por não permitir classificar casos de recessão e perda de aderência devidas a um historial de periodontite crónica. Note-se que apesar de a doença não estar ativa e de não precisar de tratamento no momento, há sempre o risco de recorrência da doença ⁽⁷⁾.

A categoria “periodontites como manifestação de doença sistémica” foi também alvo de algumas críticas. Esta categoria representa na verdade uma dificuldade nesta classificação, visto que alguns pacientes podem ter uma doença sistémica subclínica, cujo único sintoma é a patologia periodontal, podendo passar despercebida a causa sistémica da periodontite. Todas as doenças que fazem parte desta lista são doenças estritamente sistémicas, que afetam os tecidos periodontais, ao invés de doenças periodontais que surgem *de novo* ⁽⁷⁾. A *diabetes mellitus* não faz parte desta lista de doenças sistémicas, visto que esta pode provocar modificações nas mais diversas formas de doenças periodontais. Para além disso, não se pode ainda afirmar que exista uma forma específica de periodontite associada exclusivamente à *diabetes mellitus*. Pelo mesmo raciocínio, deixou-se também de fora o tabagismo, tendo em consideração que o tabaco tem a capacidade de modificar, substancialmente, todas as variações de doenças periodontais.

A inclusão, nesta classificação de 1999, do termo “periodontites agressivas”, levou à exclusão das subdivisões de periodontites consideradas precoces, sendo elas a periodontite pré-pubertária, a periodontite de progressão rápida e a periodontite juvenil. Como consequência, os clínicos perdem a referência da idade, diminuindo, de alguma forma, a precisão do diagnóstico da forma juvenil e precoce da doença. Como a categoria de periodontites agressivas apresenta uma amplitude relativamente elevada, alguns clínicos consideram que esta peca pela diminuição da

precisão, ao não admitir variáveis como o tempo de instalação da doença e a idade do paciente. Adicionalmente, ao chamar um tipo de periodontite de “agressiva”, pode levar a que se considere, erroneamente, que outros tipos de periodontite não se possam expressar de forma agressiva ⁽⁸⁾.

Outra das alterações feitas na classificação de 1999 foi a nível das doenças necrosantes, que até então se dividiam em duas categorias, GUN e PUN. Como não existia evidência científica suficiente para afirmar se estas condições clínicas correspondiam a duas doenças separadas ou não, optou-se por criar uma categoria única, à qual se chamou “doenças periodontais necrosantes”. Uma das críticas feitas a estas alterações foi ao nível da omissão das “estomatites agudas necrosantes” ⁽²⁾.

Ao analisar todas as alterações contempladas no sistema de classificação de 1999, verificou-se ainda a omissão da categoria “Periodontite Juvenil Localizada”. Esta omissão foi vista por alguns especialistas como sendo um retrocesso na categorização da doença periodontal, já que este tipo de doença periodontal é um dos mais distintivos clinicamente, e apresentando características microbiológicas específicas ⁽⁷⁾.

Sumariamente, Ubeler van der Velden, assume que as principais desvantagens da classificação de 1999 prendem-se com a sobreposição entre as várias categorias de diagnóstico; a necessidade de dados relativos à progressão desta doença, bem como a necessidade de estar disponível informação detalhada sobre a resposta tecidual de cada paciente aos tratamentos prévios ⁽⁹⁾.

Existiam ainda limitações relativas à severidade da doença nas classificações passadas, nas quais verificava-se que sempre que se perdiam dentes com pior prognóstico periodontal, a severidade da doença na verdade diminuía. Este paradoxo levou os especialistas a acordar que as perdas dentárias (TL- tooth loss) devidas a periodontites deveriam ser levadas em linha de conta aquando da definição da severidade da doença ⁽¹⁰⁾.

No passado, as periodontites designadas de agressivas eram limitadas pelo baixo número de ocorrências desta forma da doença, e pela inconsistência de uma definição demasiado vaga para definir esta condição (que era definida essencialmente pela observação clínica e imagiológica). Neste sentido, havia a necessidade de se reformular este termo, de modo a incidir mais em indicadores fenotípicos (tais como a idade aquando do surgimento da doença e grupo populacional pertencente), bem como em possíveis alterações genéticas responsáveis pelo estabelecimento da doença em fases precoces. A substituição do conceito de periodontite agressiva era, segundo os

investigadores, um imperativo clínico, de modo a que fosse possível detetar a doença em fases iniciais, dada a etiologia multifatorial da doença ⁽¹¹⁾.

Condições como lesões radiculares, hipersensibilidade e estética gengival (devida a recessão gengival), não se encontravam contempladas em nenhuma classificação periodontal. Uma nova abordagem ao sistema de classificação vigente (1999) deverá idealmente incluir informação relativa à severidade das recessões gengivais, ao biótipo gengival, à presença de lesões cervicais (cariosas ou não cariosas), à presença/ausência de hipersensibilidade dentinária, e por último, deve incluir um parâmetro relativo a diferentes graus de recessão gengival e de que forma comprometem a estética do paciente ⁽¹²⁾.

De um modo geral, a classificação de 1999 foi bem aceite por toda a comunidade científica e, não obstante das suas limitações, foi utilizada internacionalmente, ao longo dos últimos anos.

3.2. A nova classificação da doença periodontal

Uma nova reforma do sistema de classificação foi dirigida pela Associação Americana de Periodontologia (AAP) e pela EFP, em novembro de 2017, no evento “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”, o qual decorreu em Chicago. Diversos peritos analisaram as evidências científicas existentes e desenvolveram critérios chave de modo a obterem uma classificação universal, globalmente aceite, capaz de responder às necessidades dos clínicos, permitindo assim a padronização dos conceitos ⁽¹⁰⁾. Foram realizadas alterações significativas na classificação precedente, a classificação de 1999, através do trabalho conjunto de uma equipa com mais de 100 especialistas.

Esta nova classificação, fruto de um grande estudo e entendimento do estado da arte, apresenta-se com um carácter dinâmico, com grande adaptabilidade. Assim, com os avanços científicos futuros no âmbito da Periodontologia, será possível acrescentar novos critérios à classificação atual, evitando assim a necessidade de uma remodelação radical de toda a classificação. Em adição, esta classificação foi concebida de maneira a que pudesse ser implementada no ambiente clínico, mas também no âmbito da investigação e de estudos epidemiológicos ⁽¹⁰⁾.

Entre todas as alterações feitas, salienta-se o facto de, pela primeira vez, se introduzir o conceito de saúde periodontal e de condições/doenças peri-implantares na classificação. Destaca-se ainda a substituição dos termos “crónica” e “agressiva” para caracterizar a doença periodontal (DP), passando-se então a definir a doença segundo diferentes estadios e graus.

Esta nova classificação divide-se em dois grandes grupos principais: condições/doenças periodontais e condições/doenças peri-implantares. Seguidamente, iremos analisar cada um destes grupos, realçando quais as diferenças significativas relativamente às classificações prévias ⁽¹³⁾.

Condições e doenças periodontais

- Saúde Periodontal; Condições e doenças gengivais
- Periodontite
- Outras condições que afetam o periodonto

Condições e doenças peri-implantares

- Saúde Peri-implantar
- Mucosite peri-implantar
- Peri-implantite
- Deficiências nos tecidos peri-implantares moles e duros

Tabela III: Resumo das Condições e Doenças Periodontais e Peri-Implantares, de acordo com a AAP e a FEP (2017).

1. Condições e doenças periodontais

i. Saúde periodontal, doenças e condições periodontais

É essencial que se estabeleçam critérios aceitáveis para definir saúde periodontal, de modo a que se proporcione terapêuticas adequadas, bem como para se avaliar o risco individual para o desenvolvimento de DP ⁽¹⁴⁾.

Uma das questões discutidas pelos especialistas incidiu no limiar entre saúde periodontal e inflamação gengival: existirá algum nível de inflamação gengival consistente com saúde periodontal, a nível local? A resposta foi positiva, sendo que na verdade existe uma resposta imunológica que se manifesta, essencialmente, por um infiltrado neutrofílico, e que é consistente com saúde gengival clínica ⁽¹⁴⁾. Esta é uma das primeiras alterações feitas: deixa-se de classificar saúde periodontal como ausência absoluta de inflamação gengival. Os principais fatores determinantes de saúde periodontal incidem maioritariamente na resposta do hospedeiro, nos depósitos microbianos presentes e no ambiente ⁽¹⁵⁾.

Com esta nova classificação, surge a divisão de saúde periodontal em duas categorias ⁽¹⁵⁾:

1. saúde periodontal num periodonto intacto- ausência de BOP; ausência de eritema/edema; paciente sem sintomatologia; ausência de perda óssea não fisiológica (1.0 – 3.0 mm é considerado normal);
2. saúde periodontal num periodonto reduzido- igual ao anterior, mas admite a presença de perdas de aderência. Esta categoria pode ainda ser subdividida, se estivermos perante:
 - a. paciente sem periodontite
 - b. paciente com periodontite estável ⁽¹⁴⁾

Tal como afirma Lang N. ⁽¹⁵⁾, “a saúde periodontal pode existir antes do início da doença, mas, de forma inversa, a saúde periodontal pode ser restaurada em um periodonto reduzido”. Assim sendo, o conceito de saúde periodontal clínica e histológica, pode ser avaliado no início e no fim de um tratamento periodontal.

ii. Gengivite ⁽¹⁴⁾ – caracteriza-se pelo rubor, edema e ausência de perda de aderência. Pode ser de dois tipos:

1. Induzida por placa ^(16, 17):

- a) Num periodonto reduzido
- b) Periodonto reduzido num paciente sem periodontite
- c) Periodonto reduzido num paciente com periodontite estável

Este tipo de gengivite tem um caráter de reversibilidade, isto é, uma vez removida a causa (que é a placa bacteriana acumulada, as alterações tecidulares desaparecem espontaneamente ⁽¹⁶⁾.

2. Não induzida por placa ⁽¹⁸⁾

iii. Formas de periodontite

1. Periodontite necrosante

Com a classificação de 1999, não eram consideradas as diferenças relativas ao risco de prevalência e progressão das DPN (doenças periodontais necrosantes), relativas a pacientes com diferentes fatores predisponentes. Trata-se de uma condição infecciosa, no entanto, podem estar presentes fatores predisponentes: etiologia bacteriana (tais como *Prevotella intermedia*, *Treponema*, *Selenomonas*, *Fusobacterium*, espiroquetas, *Peptostreptococcus*); resposta auto-imune alterada; malnutrição; stress psicológico; HO deficiente; gengivite e/ou DP pré-existentes; consumo de álcool e hábitos tabágicos; idade e etnia (maior prevalência nos 15-34 anos, em caucasianos); fatores locais, como coroas e aparelhos ortodônticos. Com a nova classificação, as DPN passam a ser classificadas de acordo com o paciente: periodontite necrosante num paciente medicamente comprometido (condições crónicas severas) e periodontite necrosante em pacientes comprometidos temporariamente, ou pacientes comprometidos de severidade intermédia. Note -se que podemos estar perante um caso de gengivite necrosante, periodontite necrosante (igual ao anterior, mas com perda óssea rápida) ou ainda estomatite necrosante (ultrapassa os limites gengivais, podendo formar sequestros ósseos) ⁽¹⁹⁾.

2. Periodontite como manifestação de doenças sistémicas

A nova classificação periodontal inclui uma categoria referente a condições e doenças sistémicas capazes de afetar o periodonto. Algumas síndromes são associadas à instalação precoce e severa da DP, como é o caso da Síndrome de Papillon-Lefèvre.

Os casos de Periodontite como manifestação de doenças sistémicas devem ser classificados com base na doença sistémica primária ⁽¹³⁾.

Grande parte das desordens sistémicas associadas a perdas significativas de tecidos periodontais têm como etiologia fatores genéticos (decorrentes de mutações de genes ou cromossomas). Estas desordens genéticas incluem doenças imunológicas, doenças que afetam a mucosa oral, os tecidos gengivais, e tecido conjuntivo, bem como desordens metabólicas e endócrinas. Porém, parte destas desordens sistémicas pode ser adquirida, ou pode ainda ter etiologia inflamatória ⁽²⁰⁾.

3. Periodontite

O novo sistema de classificação das doenças e condições periodontais classifica a DP segundo o seu estadio, grau e extensão. Esta categoria será abordada com mais detalhe no próximo capítulo, no entanto, de uma forma resumida, podemos verificar como esta se subdivide:

a) Estadio (classifica a doença consoante a sua severidade e complexidade)

I. Periodontite inicial

II. Periodontite moderada

III. Periodontite grave com potenciais perdas dentárias

IV. Periodontite grave com potencial perda da dentição

b) Extensão e distribuição

Classifica-se como periodontite localizada ou generalizada, consoante a percentagem de dentes afetados (<30% e >30%, respetivamente)

c) Grau (representa o risco de progressão da doença)

A. Taxa de progressão baixa

B. Taxa de progressão moderada

C. Taxa de progressão rápida ⁽¹³⁾

Para classificarmos uma condição como periodontite, clinicamente, deve existir perda de inserção em 2 ou mais pontos interproximais não adjacentes, ou perda de inserção de ≥ 3 mm em pelo menos 2 dentes (exceto casos em que essa perda de inserção se deve a trauma ou cáries).

Tal como foi referido previamente, a nova classificação para as doenças periodontais passa a admitir estádios e graus para categorizar a doença periodontal.

Os estádios representam a severidade da doença, devendo ser definidos de acordo com uma “característica determinante”, que vem a ser a perda de inserção; não sendo possível, pode ser utilizada a perda óssea radiográfica (RBL- radiographic bone loss) ⁽²¹⁾.

Após a determinação do estádio, devemos classificar a extensão da doença como sendo localizada ($\leq 30\%$ dos dentes estão afetados), generalizada ($>30\%$ dos dentes encontram-se afetados) e padrão incisivo molar. Note-se que existem alguns fatores capazes de modificar o estádio, como são o caso das lesões de furca e/ou mobilidades dentárias de elevado grau. A distinção entre um estádio III ou IV deve ser feita consoante os fatores de complexidade (não precisam estar todos presentes, apenas um fator de complexidade pode ser suficiente). O estádio deve ser elevado sempre que existam fatores modificadores. Importa ainda referir que um paciente não pode descer de estádio, pelo que em casos de tratamentos de sucesso, o estádio mantém-se. O seguinte quadro-resumo esquematiza os 4 estádios da doença periodontal ⁽¹⁰⁾:

Estadio	Características determinantes	Características secundárias	Fatores modificadores
I	1-2mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL no terço coronal <15%;	PS≤4mm, sem dentes perdidos por periodontite; RBL com padrão horizontal	
II	3-4mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL no terço coronal de 15-33%		PS≤5mm, sem perdas dentárias por periodontite; RBL com padrão horizontal
III	≥5mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL até metade/ terço apical da raiz		PS≥6mm, com perdas dentárias devidas à DP (até 4 dentes perdidos); pode haver RBL de padrão vertical (até 3mm), lesões de furca (graus II e III) e defeito de rebordo moderado
IV	≥5mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL até metade/ terço apical da raiz		≥5 dentes perdidos por DP; em adição aos fatores de complexidade do estadio III, pode haver ainda disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário, defeito de rebordo grave

Tabela IV: Estádios da DP, segundo a nova classificação.

Contrariamente ao estadio, que nos indicava o quão severa determinada patologia periodontal é, o grau é representativo da taxa/risco de progressão dessa mesma doença. Em adição, o grau também nos indica quais os possíveis efeitos da DP ao nível da saúde sistémica do indivíduo. Diferente do que acontecia com o estadio, o grau é passível de ser alterado. Se numa fase inicial classificarmos determinado paciente como estando no grau B,

este pode passar para o grau A ou C, de acordo com a presença ou ausência de fatores de risco ⁽¹⁰⁾.

Grau	Característica determinante	Características secundárias	Fatores de risco modificadores
A- Progressão lenta	Evidência direta de ausência de progressão de perda de inserção por 5 anos ou perda óssea/ano $\leq 0,25\text{mm}$	Pacientes com grandes depósitos de biofilme, mas com pouca destruição periodontal	Sem fatores de risco (tais como tabagismo e a <i>diabetes mellitus</i>)
B- Progressão moderada	Evidência direta de progressão $< 2\text{mm}$ em 5 anos ou perda óssea/ano entre 0,25-1mm	Destruição compatível com os depósitos de biofilme existentes	Tabagismo (< 10 cigarros/dia); HbA1c $< 7\%$ em pacientes com <i>diabete mellitus</i>
C- Progressão rápida	Evidência direta de progressão $\geq 2\text{mm}$ em 5 anos ou perda óssea/ano $> 1\text{mm}$	Destruição óssea superior ao expectável para a quantidade de biofilme presente; suspeita de períodos de progressão rápida e/ou estabelecimento precoce da doença	Tabagismo (> 10 cigarros por dia) ou HbA1c $> 7\%$ em pacientes com <i>diabete mellitus</i>

Tabela V: Graus da DP, segundo a nova classificação.

iv. Outras condições que afetam o periodonto:

1. Manifestações periodontais de doenças ou condições sistêmicas (doenças ou condições sistêmicas que afetam os tecidos periodontais de suporte)
2. Abscessos periodontais e lesões endo-periodontais
3. Condições e deformidades mucogengivais ⁽¹²⁾
 - Surge um modelo de classificação com 3 tipos de recessão gengival, com base no CAL (clinical attachment loss) interdentário;

4. Forças Oclusais Traumáticas

- Trauma oclusal foi definido como termo histológico representativo de todo e qualquer dano ao nível das inserções periodontais. Não existem evidências que o trauma leve a perdas de inserção ou que acelere a progressão da DP, mas há evidências de que não provocam recessão gengival; o trauma oclusal não é fator etiológico da periodontite ⁽²²⁾;

5. Fatores Relacionados com os dentes e próteses

- Estes fatores podem potenciar o desenvolvimento de doenças periodontais, atendendo ao grau de suscetibilidade do indivíduo. Rotações dentárias, variações de anatomia dos dentes, fraturas dentárias, apinhamento, características de superfície de materiais restauradores e próteses dentárias estão associados a uma maior retenção de placa bacteriana, e consequentemente, maior predisposição a gengivite e doença periodontal ⁽²³⁾;

2. Condições e doenças peri-implantares

A inclusão desta categoria no sistema de classificação é de facto inédito, já que até ao momento não era possível catalogar as patologias peri-implantares.

Foram também levantadas questões referentes a características da saúde peri-implantar, mucosites peri-implantares, peri-implantites e ainda sobre deficiências ao nível dos tecidos duros. Todos estes pontos foram devidamente discutidos e avaliados pelos especialistas.

Definiu-se saúde peri-implantar como sendo a ausência de sinais inflamatórios, como hemorragia e/ou supuração à sondagem (se estas estiverem presentes, podem ser indicativas de uma mucosite peri-implantar). Em adição, os valores de PS (numa reavaliação), não podem ser superiores aos valores anteriores, para se classificar como saudável, bem como ausência de perda óssea para além do nível da crista óssea. Contudo, não foi possível definir uma PS standard que se considerasse compatível com saúde peri-implantar. Importa ainda referir que é possível haver saúde peri-implantar em implantes com suporte ósseo reduzido ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Entende-se por peri-implantite como sendo uma condição patológica associada ao acúmulo de placa bacteriana, que ocorre nos tecidos periféricos a um implante, e que se caracteriza pela inflamação da mucosa peri-implantar e pela perda subsequente de massa óssea. Estamos perante

um caso de peri-implantite sempre que se tem uma combinação de: hemorragia e/ou supuração à sondagem; aumento dos valores de PS em exames consequentes; alterações ao nível da remodelação óssea. Na ausência desta tríada, é possível classificar uma peri-implantite se no quadro clínico estiver presente a hemorragia/ supuração pós-sondagem, $PS > 6\text{mm}$ e nível ósseo $> 3\text{mm}$, apicalmente à porção mais coronal da porção intra-óssea do implante ^(24, 27).

A taxa de progressão de lesões peri-implantares ocorre a um ritmo superior ao registado em casos de periodontite, com um padrão não linear crescente. Existem evidências que permitem afirmar que o risco de se desenvolver peri-implantites é superior em casos de periodontite severa prévia. À semelhança do que ocorre com a periodontite, é possível relacionar a taxa de progressão da patologia peri-implantar com os depósitos de placa bacteriana existentes. Verificou-se que em casos de pacientes com controlo insuficiente de placa bacteriana, o risco de se desenvolver peri-implantites é bastante superior aos indivíduos que detinham um nível de higiene oral satisfatório, e que realizavam consultas de manutenção frequentes. Consequentemente, todas as estratégias que visem combater a inflamação peri-implantar permitem reduzir a taxa de progressão da doença ⁽²⁴⁾.

Esta nova categoria, segundo os investigadores, não deve ser generalizada, atendendo ao facto de que existem inúmeros *designs* de implantes diferentes, que consequentemente apresente características de superfícies variáveis. Assim, é do interesse do clínico obter um status radiográfico e avaliar periodicamente as PS de cada implante, para que possa acompanhar a evolução do complexo peri-implantar do paciente ^(24, 27).

3.2.1 Limitações da Nova Classificação das doenças e condições periodontais

Ao ser introduzido um novo sistema de classificação, quer a nível universitário quer a nível de prática clínica, é necessário haver um período de adaptação aos novos conceitos que são introduzidos. É, portanto, necessário analisar e planear a aplicação do sistema de classificação que está a ser implementado, o que acarreta tempo despendido para ser efetuada, de forma correta, uma reestruturação do pensamento. Esta nova classificação apresenta um nível de complexidade elevado, e implica muito tempo de trabalho por parte do utilizador para uma correta utilização, uma vez que é necessária a análise bibliográfica considerável. A introdução desta nova classificação aos estudantes pode tornar-se uma tarefa difícil, com uma grande curva de aprendizagem, tendo em conta a quantidade de conceitos abordados. Para os estudantes que estão a aprender pela primeira vez a classificação das doenças e condições periodontais, o processo torna-se mais simples, por não terem conhecimentos prévios dos sistemas de classificação antigos. Por outro lado, para os médicos dentistas que têm vindo a utilizar a classificação de 1999 há alguns anos, pode ser um pouco mais difícil alterar os seus hábitos no que toca à classificação periodontal.

Este novo esquema de classificação, teve como principal intuito os clínicos (periodontologistas, médicos dentistas generalistas, higienistas e estudantes de MD) diagnosticarem a saúde e doença periodontal dos pacientes. No entanto, nem todos estes grupos de prestadores de cuidados de saúde oral participaram no desenvolvimento deste sistema de classificação. É importante envolver médicos generalistas e pacientes nas diferentes fases de desenvolvimento aquando do estabelecimento de novas diretrizes de médicas, tal como defende o Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados ⁽²⁸⁾. O envolvimento de todos os grupos permite assegurar um trabalho de excelência, produzido por especialistas internacionais, e que seja acessível todos os prestadores de cuidados de saúde oral, teria sido uma mais-valia para o sucesso de implementação desta classificação ⁽²⁸⁾. Atendendo ao facto de este sistema ter sido inteiramente desenvolvido por especialistas, surgem algumas preocupações em relação à aplicabilidade deste sistema de classificação num consultório de um médico dentista generalista ⁽²⁹⁾.

Como já foi explicado, as ferramentas de diagnóstico periodontal consistem na análise radiográfica, na medição da profundidade de sondagem e na quantificação de pontos sangrantes pós-sondagem. Com esta nova classificação, e à semelhança do que acontecia com as classificações pregressas, continua a ser difícil fazer a distinção entre gengivites e estadios iniciais de periodontite com as ferramentas de diagnóstico que dispomos. Em adição, os erros de

diagnóstico continuam suscetíveis à falta de padronização de algumas ferramentas de diagnóstico (como as sondas periodontais) e aos erros do examinador.

Uma das alterações mais marcantes desta nova classificação foi a classificação de saúde periodontal. Pacientes com história prévia de doença periodontal, mas com a doença estabilizada passam a ser considerados saudáveis. Este facto pode gerar alguma controvérsia e confusão perante os utilizadores.

A exclusão dos abscessos pericoronários da categoria de abscessos periodontais é discutível. No entanto, a pericoronarite ainda pode ser considerada uma condição periodontal aguda, mas em uma categoria separada ⁽¹⁹⁾. É também discutível a nómima escolhida para classificar abscessos periodontais relacionados com implantes, e se estes devem ou não estar na mesma categoria que os restantes abscessos periodontais ⁽¹⁹⁾. Paralelamente, em relação às lesões endo-periodontais, estas deixam de ser classificadas quando à sua etiologia primária, passando a estar na mesma categoria, abscessos de origem periodontal e endodôntica, o que pode ter implicações ao nível dos planos de tratamento.

Sendo este um sistema de classificação muito recente, são poucas as limitações conhecidas. Com um maior tempo de aplicação deste sistema, os clínicos serão então capazes de perceber um pouco melhor as vantagens e desvantagens da sua utilização. Nesta primeira fase, salienta-se o facto de este ser um sistema de classificação complexo, que requer tempo de aprendizagem.

3.3. Sugestão de algoritmo para a nova classificação

Ao longo deste capítulo, será apresentado um algoritmo de diagnóstico para as doenças e condições periodontais. Como já foi referido anteriormente, este algoritmo pretende ser implementado na prática clínica de medicina dentária, como uma ferramenta de auxílio, sendo especialmente interessante a sua utilização pelos estudantes de MD.

Para efetuar um correto diagnóstico, os estudantes devem ter todos estes fundamentos teóricos bem claros, para facilitar as tomadas de decisão. De uma forma simples, e antes de se apresentar o algoritmo propriamente dito, sugere-se que os estudantes orientem a sua postura nas consultas de Periodontologia da seguinte forma:

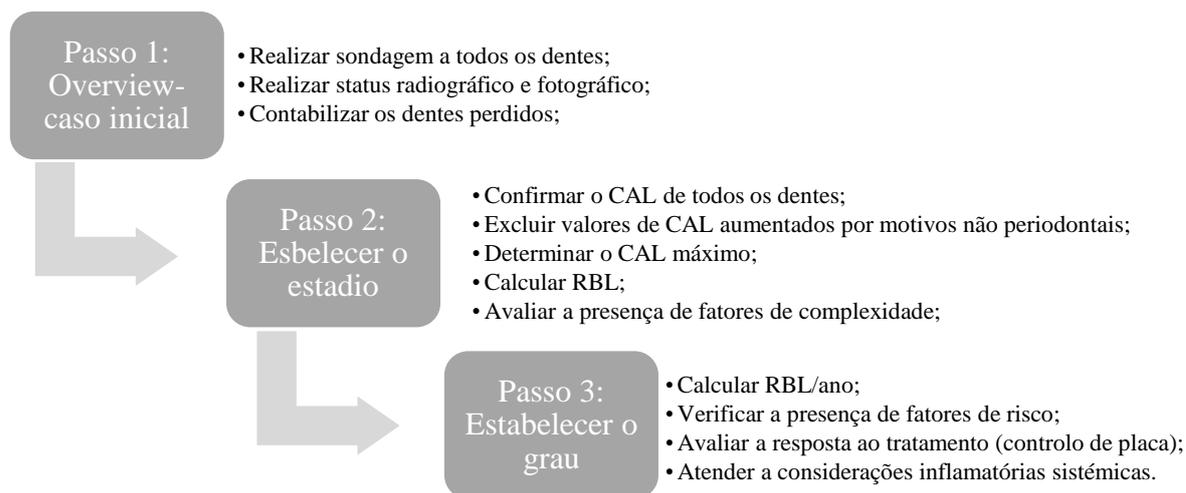


Figura 1: Sequência clínica para definir estádios e graus, segundo a AAP.

Para ser possível implementar de forma correta a nova classificação periodontal, é necessário que se entenda o conceito de periodonto reduzido, conceito este que foi uma das principais alterações feitas pelos especialistas. Estão mais suscetíveis os indivíduos cujo fenótipo gengival é do tipo fino, na medida em que a recessão gengival ocorre com maior facilidade ⁽³⁰⁾.

Estão incluídos na categoria de “periodonto reduzido” tanto pacientes saudáveis como pacientes com periodontite estável. Pacientes sem periodontite, nos quais o clínico verifique que existe perda de inserção, e em que a PS é menor ou igual a 3mm, e a BOP é inferior a 10%, são classificados como pacientes portadores de um periodonto reduzido. Nestes pacientes, é possível que se verifique alguma perda óssea radiográfica, nomeadamente se estivermos perante casos de

recessão gengival ou de aumento da coroa clínica do dente. Quanto aos pacientes em que a doença periodontal está estabilizada, estes são incorporados nesta categoria caso o clínico averigue que existe perda de inserção, que as PS não excedam os 4mm, e que a BOP seja inferior a 10%, sendo que existe perda óssea radiográfica nestes pacientes. Note-se que nos pontos em que a PS é igual a 4 não deve haver hemorragia à sondagem para que se cumpram as normas desta classificação (14).

Na eventualidade de o clínico estar perante um paciente com valores de BOP superiores a 10%, no qual as PS são iguais ou inferiores a 3mm, com perda de inserção e ainda uma possível RBL, a designação correta a atribuir será gengivite em um periodonto reduzido. Naturalmente, é também possível que ocorram gengivites em pacientes com periodontite estabilizada, sendo que a diferença nestes casos é que existirá certamente uma percentagem de quantidade óssea perdida (14).

Como é do conhecimento de todos nós, nas consultas de Periodontologia, surgem diversos casos de pacientes com gengivite (associada a pacientes saudáveis, pacientes com periodonto reduzido ou com periodontite), sendo que no algoritmo proposto estes casos são também contemplados.

Ao avaliar as PS (passo 1 proposto no esquema anterior), o estudante deve também quantificar os pontos em que há hemorragia pós-sondagem, ou seja, deve definir a BOP em percentagem. De facto, as variações ao nível da BOP é que nos vão indicar se estamos perante um caso de saúde periodontal ou de gengivite, e se esta é localizada ou generalizada. Assim, para valores de $BOP < 10\%$, é seguro afirmar que se trata de um paciente com saúde periodontal clínica. Por oposição, quando os valores de BOP se situam no intervalo 10-30%, categoriza-se como sendo um caso de gengivite localizada; $BOP > 30\%$ são representativos de gengivites generalizadas (14).

Salienta-se o facto de que quando se fala de saúde gengival clínica, não está implícita a ausência absoluta de inflamação: existe sempre um determinado grau de inflamação fisiológica, a qual é compatível com a homeostasia. Nesta categoria de saúde gengival clínica, estão incluídos todos os pacientes sem perda de aderência e sem perdas ósseas; pacientes com periodonto reduzido (sem periodontite) e pacientes com periodontite tratada ($PS \leq 3mm$) (14).

Após ter sido feito o diagnóstico de uma gengivite, é importante que o clínico dirija a sua atenção para as causas da gengivite, devendo verificar se esta tem como fator etiológico a presença de placa bacteriana ou não. O clínico deve ainda avaliar se estão presentes fatores de risco que

possam fomentar a inflamação gengival (tenha-se como exemplos o tabagismo, fatores metabólicos e/ou nutricionais, fármacos, alterações hormonais ou ainda condições hematológicas).

Nos casos de gengivite, é importante que o paciente seja alertado para a relação existente entre a gengivite e a periodontite, já que os casos de periodontite resultam da evolução de um quadro inicial de gengivite.

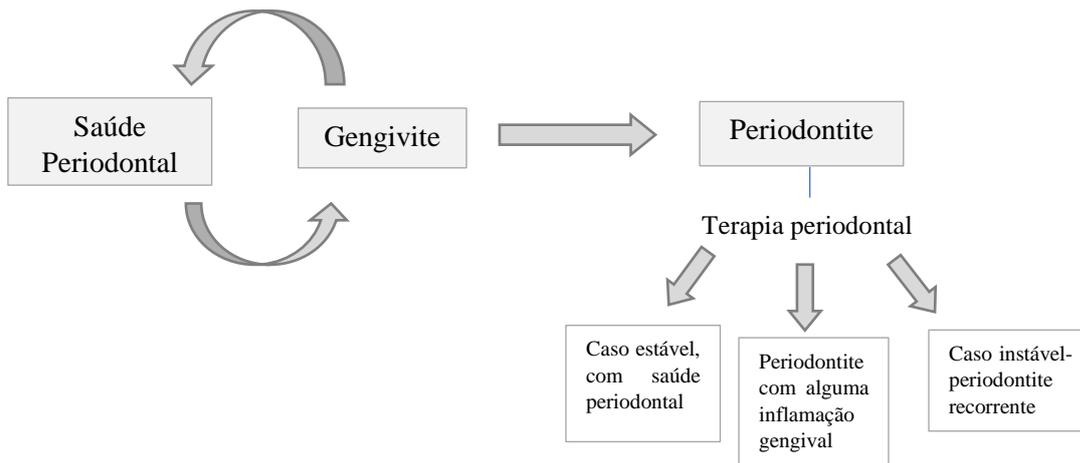


Figura 2: Relação entre saúde periodontal, gengivite e periodontite. Adaptado ⁽¹⁴⁾.

De seguida, apresenta-se o algoritmo para a nova classificação das doenças e condições periodontais, com as suas respetivas anotações. Mais uma vez se reforça a ideia de que este algoritmo é de facto um complemento à bibliografia de especialidades que deve ser consultada pelos estudantes.

Notas:

1. Refere-se a perda de aderência interproximal detetável em dois ou mais dentes não adjacentes ou perda de aderência vestibular/lingual \geq a 3mm, excetuando-se motivos não periodontais como:
 - a) Recessão gengival de origem traumática
 - b) Cáries cervicais
 - c) CAL na face distal de 2º molar associada à exodontia ou má posição do 3º molar
 - d) Lesão endodôntica com drenagem pelo periodonto marginal
 - e) Fratura radicular vertical
2. Excluir periodontite necrosante e periodontite como manifestação de doença sistémica.
3. Redução da inserção clínica ou nível ósseo por motivos periodontais (atualmente estabilizados) ou não periodontais (ex.: recessão gengival traumática, alongamento coronário, etc.).
4. Pacientes com periodontite estável, mas que desenvolvem inflamação gengival, devem permanecer em manutenção periodontal para monitorizar qualquer reativação da periodontite.
5. Inclui saúde gengival num periodonto intacto e saúde gengival num periodonto reduzido que, por sua vez, inclui pacientes com periodonto reduzido por motivos não periodontais e pacientes com periodontite estável (definido como um estado no qual a periodontite foi tratada com sucesso, por meio do controlo de fatores locais e sistémicos, resultando num BOP mínimo, melhorias ótimas na PPD e nos níveis de inserção e na ausência de destruição progressiva). Diferente de periodontite controlada/em remissão, na qual o tratamento resultou numa redução (embora não resolução total) da inflamação e alguma melhoria nos níveis de PPD e de inserção, mas não no controlo ótimo de fatores locais ou sistémicos.
6. O valor de CAL na zona interproximal com maior perda de aderência.
7. A contagem de dentes perdidos inclui apenas dentes cujo principal motivo de perda seja periodontal.
8. Se um ou mais fator de complexidade de mudança de estágio for eliminado pelo tratamento, o estágio não deverá retroceder para um estágio mais baixo uma vez que estágio original deve sempre ser considerado na fase de manutenção.
9. Fatores de complexidade
 - a) disfunção mastigatória
 - b) trauma oclusal secundário (mobilidade grau \geq 2)
 - c) colapso da mordida/migração dentária
 - d) menos de 20 dentes remanescentes (10 pares oponentes)
 - e) defeitos acentuados da crista alveolar
10. Percentagem de perda óssea radiográfica do dente mais afetado/idade

Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico

Rita Pereira Costa

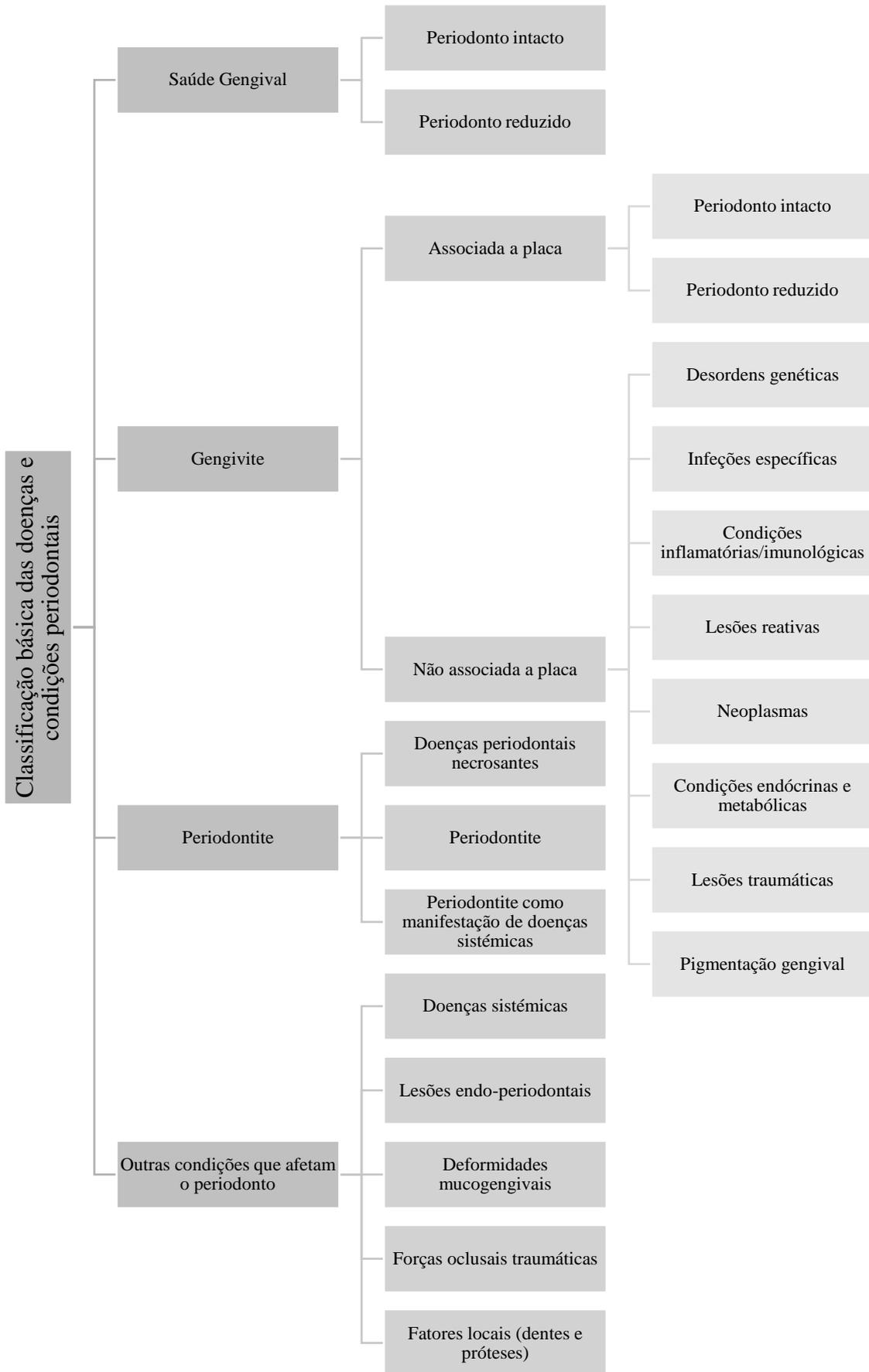


Figura 4: Síntese esquemática da Classificação básica das doenças e condições periodontais

3.4. Sistemas de classificação periodontais- o futuro

Como já se tem vindo a enfatizar ao longo deste trabalho, a necessidade de investigação contínua é transversal às mais diversas áreas da medicina. Assim, este sistema de classificação irá certamente evoluir por necessidade de se adaptar às mais recentes atualizações na área da periodontologia.

Não obstante, alguns autores sugerem alguns pontos essenciais nos quais os investigadores podem direcionar as suas pesquisas. Chapple I. et al⁽¹⁴⁾ defendem que após a apresentação do novo sistema de classificação, a comunidade científica carece de investigação relativa ao desenvolvimento/validação de ferramentas de diagnóstico não invasivas acessíveis na prática clínica diária, dada a sua relevância perante a deteção de inflamação gengival. Ainda em relação às ferramentas de diagnóstico, são necessários mais estudos que visem analisar de que forma o *design* das sondas periodontais afeta a as respostas dos tecidos aquando da medição das profundidades de sondagem. Os mesmos autores defendem ainda que não existem estudos suficientes para explicar o porquê de alguns indivíduos serem mais suscetíveis a doenças gengivais (induzidas ou não por placa bacteriana), pelo que seria interessante que fosse feita pesquisa no sentido de identificar as características/fatores genéticos responsáveis por tal suscetibilidade.

Ao nível da gengivite, esta nova classificação não considera a existência de possíveis diferenças (moleculares) entre gengivites num periodonto intacto e outras formas de gengivite⁽¹⁴⁾. A análise molecular destas gengivites poderá vir a ser interessante se modo a se avaliar se existem ou não diferenças entre os dois grupos.

4. Conclusão

4. Conclusão

A realização desta tese fornece uma descrição pormenorizada das ferramentas de diagnóstico necessárias para as tomadas de decisão clínicas, através da correta implementação do novo sistema de classificação periodontal para as doenças e condições periodontais. A informação foi apresentada de forma sintética, de modo a facilitar a sua leitura e compreensão, como é o caso do algoritmo fornecido. Este é simples, de fácil aplicação (tanto do ponto de vista clínico como educacional), e permite uma simplificação do processo de diagnóstico periodontal pelos alunos do MIMD, bem como pelos médicos dentistas, na sua prática clínica. Este permite distinguir diferentes casos de saúde e de doença periodontal.

É fundamental diagnosticar corretamente para que seja possível definir planos preventivos e planos de tratamento personalizados, ajustados às necessidades de cada paciente. Assim sendo, é de extrema utilidade o fornecimento ferramentas de aprendizagem didáticas, quer sejam revisões bibliográficas, esquemas ou ainda algoritmos de decisão, diminuindo, tanto quanto possível, erros de diagnóstico. A precisão do diagnóstico e grau de eficácia da aplicação do algoritmo proposto precisam, no entanto, de ser validadas em estudos prospetivos, em diferentes populações e contextos clínicos.

Referências

1. Periodontology EFO. Strategic Plan EFP 2017 [Available from: <https://www.efp.org/aboutefp/EFP-Strategic-Plan-2017-2021.pdf>].
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*. 1999;4(1):1-6.
3. Casas CGMRJARAAM-BC. Sobre protocolos, pautas y guias de la practica clinica. *Rev Neurol*. 1999;29:1089-92.
4. Suzuki JB, Charon JA. Current classification of periodontal diseases. *Journal de parodontologie*. 1989;8(1):31-51.
5. CuriloviÊ DPKJ-SZ. New Classification of Periodontal Diseases. *Acta Stomatol Croat*. 2001;35:89-93.
6. Wiebe CB, Putnins EE. The periodontal disease classification system of the American Academy of Periodontology--an update. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2000;66(11):594-7.
7. Milward MR, Chapple IL. Classification of periodontal diseases: where were we? Where are we now? Where are we going? *Dental update*. 2003;30(1):37-44.
8. Fábio Aníbal Goiris JEW, Tatiane Michelle Striechen. Análise crítica da classificação das doenças periodontais após dez anos: essencialismo e nominalismo na nova taxonomia. *Odontol Clín-Cient*. 2010;9(4):307-9.
9. van der Velden U. Purpose and problems of periodontal disease classification. *Periodontology* 2000. 2005;39:13-21.
10. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S159-s72.
11. Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S103-s19.
12. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S204-s13.
13. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(S20):S1-S8.
14. Chapple ILC, Mealey BL, Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(S20):S68-S77.
15. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S9-s16.
16. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S46-s73.
17. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S17-s27.
18. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S28-s45.
19. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S85-s102.
20. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S183-s203.
21. Dietrich T, Ower P, Tank M, West NX, Walter C, Needleman I, et al. Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions – implementation in clinical practice. *Bdj*. 2019;226:16.

22. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S214-s22.
23. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S223-s36.
24. Berglundh T. The new classification of periodontal and peri-implantir diseases and conditions *Perio Insight*. 2018;7:5.
25. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S173-s82.
26. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S267-s90.
27. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S313-s8.
28. Dorri M. Periodontal diseases: New classification for periodontal diseases. *Bdj*. 2018;225:686.
29. Tervahartiala; HHDHB. Clinicians welcome new classification but raise concerns about implementation. *Perio Insight*. 2018.
30. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*. 2018;89 Suppl 1:S237-s48.

Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico

Rita Pereira Costa

Anexos

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação/Relatório de Atividade Clínica, integrado no MJMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

13 / 05 / 2019

O / A investigador(a)

Rita Pereira Costa

(Rita Pereira Costa)

Parecer

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pelo(a) Estudante Rita Pereira Costa com o título “Nova classificação das doenças e condições periodontais- um algoritmo de diagnóstico” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

13/5/2019

O(A) Orientador(a)

A handwritten signature in blue ink, reading "Marta Resende", is written over a horizontal line.

(Marta dos Santos Resende)